

**MODUL *TRAINING OF TRAINER* (TOT)
PELAYANAN TERPADU PENYAKIT TIDAK MENULAR (PTM)
DI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA (FKTP)**

I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

1. Situasi Penyakit Tidak Menular di Dunia dan Asia Tenggara

Menurut Badan Kesehatan Dunia (WHO), pada tahun 2005 Penyakit Tidak Menular (PTM) merupakan penyebab 35,4 juta (61%) dari 58 juta kematian di dunia, terdiri dari penyakit jantung dan pembuluh darah (penyakit kardiovaskuler) (30%), penyakit pernapasan kronik dan penyakit kronik lainnya (16%), kanker (13%), dan diabetes melitus (2%). Pada tahun 2011, kematian yang disebabkan PTM meningkat menjadi 36 juta dari 56,8 kematian (63,4%), yaitu penyakit jantung dan pembuluh darah sebanyak 17,3 juta (48%), kanker 7,5 juta (21%), penyakit saluran pernapasan kronik 4,3 juta (12%), diabetes melitus 1,0 juta (3%), dan PTM lainnya 5,9 juta (16%).

Estimasi global WHO tahun 2010, dari 6.697 juta penduduk dunia, diperkirakan 285 juta (4,25%) diantaranya mengalami gangguan penglihatan, 39 juta (14%) kebutaan (*blindness*), dan 246 juta (86%) dengan *low vision*. Sedangkan pada tahun 2012, diperkirakan sebanyak 360 juta (5,3%) penduduk di dunia mengalami gangguan pendengaran, 328 juta (91%) diantaranya orang dewasa dan 32 juta (9%) anak-anak. Prevalensi gangguan pendengaran akan meningkat seiring dengan pertambahan usia. Prevalensi gangguan pendengaran pada orang di atas usia 65 tahun bervariasi dari 18% sampai hampir 50% di seluruh dunia.

Berdasarkan hasil penelitian Forum Ekonomi Dunia dan Harvard School of Public Health tahun 2015, lima jenis PTM (penyakit kardiovaskular, kanker, penyakit paru obstruktif kronik, diabetes melitus) dan gangguan kesehatan jiwa akan menyebabkan kerugian 4,47 triliun dolar Amerika Serikat atau 17.863 dolar Amerika Serikat per kapita dari tahun 2012 sampai 2030.

Di wilayah Asia Tenggara, PTM merupakan penyebab 51% kematian pada tahun 2003 dan menimbulkan DALYs (*Disability Adjusted Life Years*) sebesar 44%, sedangkan tahun 2010 penyebab 55% dari 14,5 juta kematian.

2. Situasi Penyakit Tidak Menular di Indonesia

Pembangunan bidang kesehatan di Indonesia saat ini dihadapkan pada *Triple Burden*, yaitu suatu keadaan dimana penyakit menular (*communicable diseases*) masih merupakan masalah kesehatan masyarakat, dilain pihak angka kesakitan dan kematian yang disebabkan PTM (*non-communicable diseases*) cenderung meningkat, dan sekaligus menghadapi tantangan penyakit-penyakit yang muncul kembali (*re-emerging infectious diseases*) atau munculnya penyakit-penyakit baru (*new-emerging infectious diseases*). Perubahan pola penyakit tersebut sangat dipengaruhi antara lain oleh perubahan lingkungan, perilaku masyarakat, transisi demografi, sosial ekonomi dan sosial budaya.

Hasil Riskesdas tahun 2007 menunjukkan tingginya prevalensi penyakit tidak menular di Indonesia, seperti hipertensi (31,7%), penyakit jantung (7,2%), stroke (8,3‰), diabetes melitus (1,1%), diabetes melitus di perkotaan (5,7%), asma (3,5%), penyakit sendi (30,3%), kanker/tumor (4,3‰), dan kebutaan pada penduduk umur ≥ 6 tahun (0,9%). Berdasarkan hasil Riskesdas 2013, prevalensi hipertensi sebesar 25,8%, stroke 12,1 per 1000 penduduk, diabetes melitus 6,9%, asma 4,5%, Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) 3,8%, kanker 1,4 per 1000 penduduk, hipertiroid 0,4%, penyakit jantung koroner 1,5%, gagal jantung 0,3%, gagal ginjal kronik 0,2%, batu ginjal 0,6%, penyakit sendi/rematik 24,7%, kebutaan pada penduduk umur ≥ 6 tahun 0,4%, dan katarak pada penduduk semua umur 1,8%. Pada penduduk usia ≥ 5 tahun, gangguan pendengaran sebesar 2,6%, ketulian 0,09%, serumen prop 18,8%, dan sekret di liang telinga 2,4%.

Hasil *Sample Registration Survey* (SRS) yang dilaksanakan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI tahun 2014, menunjukkan bahwa proporsi kematian PTM di Indonesia terus meningkat (71%) dibandingkan tahun 1995 (41,7%; SKRT, 1995), 2001 (49,9%; SKRT 2001), 2007 (59,9%; Riskesdas 2007). Empat dari 5 penyebab kematian tertinggi tahun 2014 adalah stroke (21,1%), penyakit jantung koroner (12,9%), diabetes melitus dengan komplikasi (6,7%), dan hipertensi dengan komplikasi (5,3%).

3. Faktor risiko Penyakit Tidak Menular

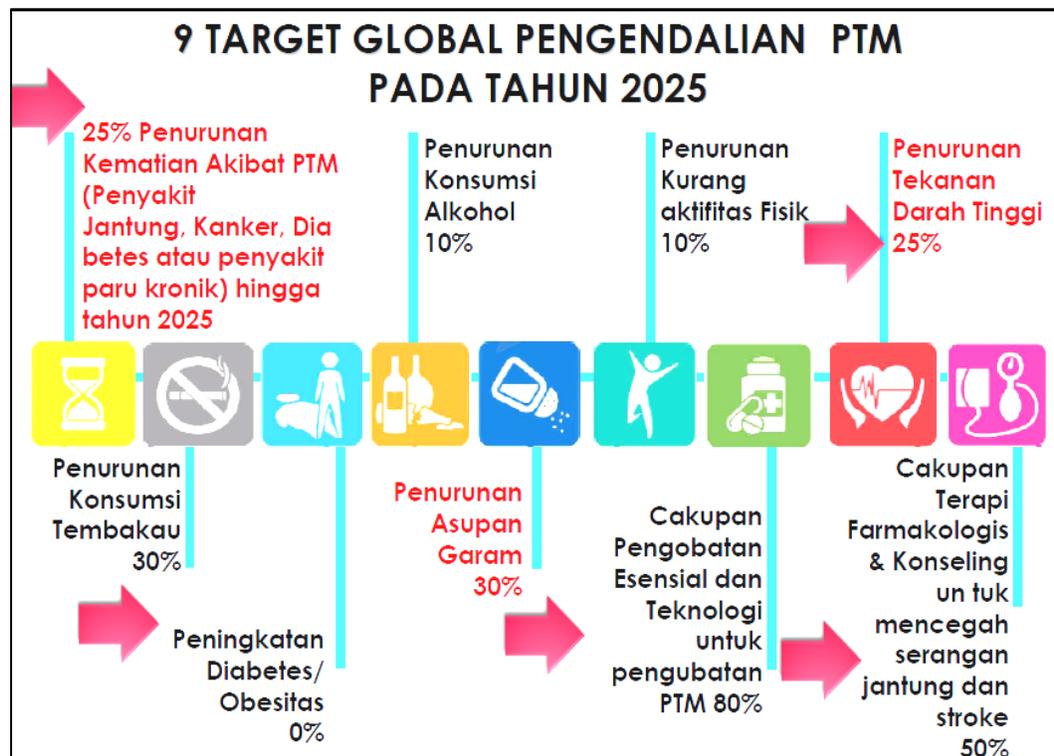
Prevalensi beberapa faktor risiko PTM di Indonesia, yaitu kurang konsumsi sayur dan buah 93,6%, sering mengonsumsi makanan/minuman manis 65,2%, kurang aktivitas fisik 48,2%, perokok (usia ≥ 10 tahun) 34,7%, sering (satu kali atau lebih setiap hari) makan makanan asin 24,5%, obesitas (usia ≥ 18 tahun) 19,1% (terdiri dari berat badan lebih 8,8% dan obesitas 10,3%), obesitas sentral 18,8%, sering makan makanan berlemak 12,8%, gangguan mental emosional 11,6%, dan konsumsi alkohol (12 bulan terakhir) 4,6%. Secara nasional, prevalensi obesitas sentral tahun 2013 adalah 26,6%, lebih tinggi dari prevalensi pada tahun 2007 (18,8%). Prevalensi obesitas sentral tertinggi di DKI Jakarta (39,7%). Sebanyak 18 provinsi memiliki prevalensi obesitas sentral di atas angka nasional, yaitu Jawa Timur, Bali, Riau, D.I. Yogyakarta, Sulawesi Tengah, Maluku, Maluku Utara, Kepulauan Riau, Sumatera Barat, Sumatera Utara, Sulawesi Selatan, Papua Barat, Kalimantan Timur, Bangka Belitung, Papua, Gorontalo, Sulawesi Utara, dan DKI Jakarta.

Prevalensi perokok tahun 2013 meningkat (36,3%) dibandingkan tahun 2007 (34,7%). Kecenderungan perokok meningkat pada remaja maupun Balita, masyarakat miskin tidak tertarik untuk berhenti merokok, dan belanja rokok mengalahkan belanja kebutuhan pokok. Merokok menjadi masalah sosial ketika kebiasaan seseorang akan berdampak negatif pada orang lain (perokok pasif), dan aturan yang ada tidak efektif melindungi masyarakatnya. Merokok dianggap sebagai budaya warisan bukan sebagai masyarakat yang kecanduan, dan secara sosiologis bahkan kultural, masyarakat Indonesia adalah *friendly smoking*.

4. Target global pencegahan dan pengendalian Penyakit Tidak Menular

- a. Target global pencegahan dan pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM) tahun 2025
 - 1) Penurunan kematian akibat PTM (penyakit jantung, kanker, diabetes melitus atau penyakit paru kronik) sebesar 25%
 - 2) Penurunan konsumsi alkohol 10%
 - 3) Penurunan kurang aktivitas fisik 10%
 - 4) Penurunan tekanan darah tinggi 25%
 - 5) Penurunan konsumsi tembakau 25%
 - 6) Peningkatan diabetes melitus/obesitas 0%
 - 7) Penurunan asupan garam 30%
 - 8) Cakupan pengobatan esensial dan teknologi untuk pengobatan PTM 80%
 - 9) Cakupan terapi farmakologis dan konseling untuk mencegah serangan jantung dan stroke 50% (Gambar 1).
- b. Target global pencegahan dan pengendalian gangguan indra penglihatan dan pendengaran
 - 1) *Vision 2020*, dengan menurunkan 25% angka kebutaan
 - 2) *Sound hearing 2030*, dengan mengurangi 90% ketulian yang dapat dicegah.

Gambar 1. Target Global Pencegahan dan Pengendalian PTM Tahun 2025



Berdasarkan UU RI No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, upaya pencegahan dan pengendalian PTM merupakan salah satu upaya kesehatan untuk meningkatkan

derajat kesehatan masyarakat. Upaya tersebut dilakukan melalui kegiatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif bagi individu dan masyarakat.

Untuk melakukan upaya pencegahan dan pengendalian PTM di Indonesia, dengan diterbitkannya Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan RI, dibentuklah Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular (P2PTM) di lingkungan Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Kementerian Kesehatan RI. Dengan demikian, kebijakan, strategi serta program pencegahan dan pengendalian PTM dikoordinasikan oleh Direktorat P2PTM.

Direktorat P2PTM terdiri dari 5 Sub Direktorat (Subdit), yaitu: 1) Subdit Penyakit Paru Kronik dan Gangguan Imunologi; 2) Subdit Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah; 3) Subdit Penyakit Kanker dan Kelainan Darah; 4) Subdit Diabetes Melitus dan Gangguan Metabolik; dan 5) Subdit Gangguan Indera dan Fungsional.

Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular telah melakukan program unggulan, seperti CERDIK (Cek kesehatan secara berkala, Enyahkan asap rokok, Rajin beraktivitas fisik, Diet yang baik dan seimbang, Istirahat yang cukup, dan Kelola stress), POSBINDU PTM (Pos Pelayanan Terpadu Penyakit Tidak Menular) di sekolah, tempat kerja, jemaah haji, lapas/rutan, PO bus, terminal, kampung nelayan, PANDU PTM di FKTP (Pelayanan Terpadu PTM di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama), Hipertensi-DM Terpadu, IVA-IMS-KB Terintegrasi, TB-DM Terintegrasi, Pendekatan Praktis Penyakit Paru, Pembatasan Konsumsi Gula, Garam dan Lemak, Upaya Berhenti Merokok, dan Surveilans Faktor Risiko PTM.

Dalam melakukan upaya pencegahan dan pengendalian PTM khususnya Pelayanan Terpadu PTM di FKTP, diperlukan dukungan sumber daya kesehatan sebagai pelaksana yang bekerja secara profesional. Oleh karena itu diperlukan pelatihan terhadap tenaga kesehatan baik di tingkat pusat, maupun provinsi dan kabupaten/kota. Dalam kaitannya dengan penyelenggaraan pelatihan tersebut, maka perlu disusun Kurikulum dan Modul Pelatihan untuk Pelatih (ToT) Pelayanan Terpadu PTM di FKTP untuk tingkat pusat dan provinsi, selanjutnya diikuti dengan Pelatihan Teknis di kabupaten/kota dan puskesmas.

B. Filosofi Pelatihan

Peserta pelatih pada pelatihan Pelayanan Terpadu (Pandu) PTM di FKTP diselenggarakan dengan memperhatikan:

1. Prinsip *Andragogy*, yaitu selama pelatihan peserta berhak:
 - a. Didengarkan dan dihargai pengalamannya tentang Pelayanan Terpadu PTM di FKTP
 - b. Dipertimbangkan setiap ide dan pendapat, sejauh dalam konteks pelatihan
 - c. Dihargai keberadaannya dengan tidak dipermalukan, dilecehkan, dan diabaikan.
2. Berorientasi kepada peserta, dimana peserta berhak:
 - a. Mendapatkan bahan belajar tentang Pelayanan Terpadu PTM di FKTP
 - b. Mendapatkan kelompok di lingkungan kerja yang mempunyai relevansi dengan pelatihan ini, dan dapat melakukan Pandu PTM di FKTP

- c. Belajar sesuai dengan gaya belajar yang dimiliki baik secara visual, auditorial, lisan, maupun keterampilan
 - d. Belajar dengan modal pengetahuan yang dimiliki oleh masing-masing peserta tentang Pelayanan Terpadu PTM di FKTP
 - e. Melakukan refleksi dan memberikan umpan balik secara terbuka
 - f. Melakukan evaluasi terhadap penyelenggaraan maupun fasilitator dan evaluasi tingkat pemahaman dan kemampuan peserta tentang Pelayanan Terpadu PTM di FKTP
3. Berbasis kompetensi yang memungkinkan peserta untuk:
 - a. Mengembangkan keterampilan langkah demi langkah dalam memperoleh kompetensi yang diharapkan dalam menyelenggarakan Pelayanan Terpadu PTM di FKTP
 - b. Mendapatkan Sertifikat setelah dinyatakan berhasil memperoleh kompetensi pada akhir pelatihan.
 4. *Learning by doing* yang memungkinkan peserta untuk:
 - a. Mempunyai kesempatan membahas tentang Pelayanan Terpadu PTM di FKTP
 - b. Melakukan pengulangan ataupun perbaikan yang dirasa perlu.

II. PERAN, FUNGSI DAN KOMPETENSI

A. Peran

Setelah mengikuti pelatihan, peserta berperan sebagai pelatih pada pelatihan Pelayanan Terpadu PTM di FKTP baik di tingkat pusat maupun provinsi dan kabupaten/kota.

B. Fungsi

Dalam melaksanakan perannya, peserta mempunyai fungsi sebagai berikut:

1. Melakukan upaya pencegahan terpadu PTM di FKTP
2. Melakukan penanggulangan PTM terpadu di FKTP
3. Melakukan surveilans terpadu PTM di FKTP
4. Melatih pada pelatihan Pelayanan Terpadu PTM di FKTP

C. Kompetensi

Untuk menjalankan fungsinya peserta memiliki kompetensi dalam:

1. Melakukan upaya pencegahan dan pengendalian PTM terpadu di FKTP
2. Melakukan penanggulangan PTM terpadu di FKTP
3. Melakukan pemanfaatan sarana dan prasarana PTM di FKTP
4. Melakukan surveilans terpadu PTM di FKTP
5. Melatih pada pelatihan Pelayanan Terpadu PTM di FKTP.

III. TUJUAN PELATIHAN

A. Tujuan Umum

Setelah mengikuti pelatihan, peserta mampu menjadi pelatih pada pelatihan Pelayanan Terpadu PTM di FKTP baik di tingkat Pusat maupun provinsi dan kabupaten/kota sesuai dengan pedoman.

B. Tujuan Khusus

Setelah mengikuti pelatihan, peserta mampu:

1. Melakukan upaya pencegahan terpadu PTM di FKTP
2. Melakukan pengendalian terpadu PTM di FKTP
3. Melakukan pemanfaatan sarana dan prasarana PTM di FKTP
4. Melakukan surveilans terpadu PTM di FKTP
5. Melatih pada pelatihan Pelayanan Terpadu PTM di FKTP

IV. STRUKTUR PROGRAM

Untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, maka disusun materi yang akan diberikan secara rinci pada struktur program berikut ini (Tabel 1):

Tabel 1. Struktur Program *Training of Trainer* Pelayanan Terpadu Penyakit Tidak Menular di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

No.	Materi	Waktu (Jpl)			
		T	P	PL	Jumlah
A.	MATERI DASAR				
1.	Kebijakan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM) di Indonesia	2	0	0	2
2.	Ruang Lingkup Pelayanan Terpadu PTM di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)	2	0	0	2
	Sub Total	4	0	0	4
B.	MATERI INTI				
1.	Pencegahan Terpadu PTM di FKTP	6	7	2	15
2.	Pengendalian Terpadu PTM di FKTP	2	4	2	8
3.	Sarana dan Prasarana PTM di FKTP	2	1	1	4
4.	Surveilans Terpadu PTM di FKTP	2	5	2	9
5.	Teknik Melatih	8	15	0	23
	Sub Total	20	32	7	59
C.	MATERI PENUNJANG				
1.	<i>Building Learning Commitment</i> (Membangun Komitmen Belajar)	0	3	0	3
2.	Rencana Tindak Lanjut (RTL)	1	2	0	3
3.	Anti Korupsi	2	0	0	2
	Sub Total	3	5	0	8
	Total	27	37	7	71

T=Teori, P=Penugasan, PL=Praktik Lapangan. Satu (1) Jam pelajaran (Jpl) @45 menit

V. GARIS-GARIS BESAR POKOK PEMBELAJARAN

A. MATERI DASAR 1: KEBIJAKAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT TIDAK MENULAR (PTM) DI INDONESIA

WAKTU: 2 Jpl (T: 2 Jpl, P: 0 Jpl, PL: 0 Jpl)

Tujuan Pembelajaran Umum (TPU): Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta *Training of Trainer* (ToT) mampu memahami kebijakan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular (P2PTM) di Indonesia

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok bahasan	Metode	Media dan alat bantu	Kepustakaan
Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta mampu:				
1. Menjelaskan kebijakan P2PTM di Indonesia	1. Kebijakan P2PTM di Indonesia a. Ruang lingkup program P2PTM b. Program prioritas P2PTM c. Kebijakan P2PTM d. Organisasi P2PTM e. Indikator program P2PTM di Indonesia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Curah pendapat ▪ Cera-mah dan Tanya Jawab (CTJ) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modul ToT ▪ Slide presentasi ▪ <i>power point (hand out)</i> ▪ <i>Laptop</i> ▪ Proyektor ▪ <i>Liquid Crystal Display (LCD)</i> ▪ Kertas <i>flipchart</i> ▪ Spidol 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2015 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2015-2019 2. Permenkes Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (LCD) 3. Kepmenkes No. HK.02.02/MENKES/52/2015 tentang Renstra Kemenkes Tahun 2015-2019 4. Permenkes Nomor 71 Tahun 2015 tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular 5. <i>Global Atlas on Cardiovascular Diseases Prevention and Control</i>. WHO, 2011 6. Pedoman Advokasi PPTM. Kemenkes RI, 2011 7. Rencana Operasional Promosi Kesehatan dalam Pengendalian Penyakit Tidak Menular Tahun 2010-2014. Kememkes RI, 2011 8. Riskesdas. Depkes RI, 2007 9. Riskesdas. Kemenkes RI, 2013.
2. Menjelaskan strategi P2PTM di Indonesia	2. Strategi P2PTM di Indonesia a. Strategi P2PTM b. Rencana aksi P2PTM tahun 2015-2019 c. Kegiatan/aksi P2PTM tahun 2015-2019 d. Strategi aksi P2PTM tahun 2015-2019			

B. MATERI DASAR 2: RUANG LINGKUP PELAYANAN TERPADU PENYAKIT TIDAK MENULAR DI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA

WAKTU: 2 Jpl (T: 2 Jpl, P: 0 Jpl, PL: 0 Jpl)

TPU: Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta mampu memahami ruang lingkup Pelayanan Terpadu PTM di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

TPK	Pokok bahasan	Metode	Media dan alat bantu	Kepustakaan
Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta mampu:				
1. Menjelaskan konsep dasar Pelayanan Terpadu PTM di FKTP	1. Konsep dasar Pelayanan Terpadu PTM di FKTP a. Pengertian b. Tujuan c. Sasaran	▪ Curah pendapat ▪ CTJ	▪ Modul ▪ <i>Hand out</i> ▪ <i>Laptop</i> ▪ LCD ▪ <i>Flipchart</i> ▪ Spidol	1. Permenkes Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan 2. Permenkes Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional 3. Permenkes Nomor 71 Tahun 2015 tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular 4. Pedoman Penyelenggaraan Pengendalian Penyakit Tidak Menular di Puskesmas. Kemenkes RI, 2013 5. Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Pengendalian Penyakit Tidak Menular di Puskesmas. Kemenkes RI, 2013
2. Menjelaskan ruang lingkup upaya Pelayanan Terpadu PTM di FKTP	2. Ruang lingkup Pelayanan Terpadu PTM di FKTP a. Promosi kesehatan b. Deteksi dini faktor risiko PTM c. Peningkatan peran serta masyarakat dengan membentuk dan mengembangkan Posbindu PTM d. Penemuan kasus PTM e. Penanganan kasus PTM f. Pencatatan dan pelaporan (kasus dan kematian)PTM g. Surveilans terpadu PTM h. Pemantauan dan penilaian (monitoring dan evaluasi) kegiatan P2PTM			

C. MATERI INTI 1: PENCEGAHAN TERPADU PENYAKIT TIDAK MENULAR DI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA

WAKTU: 15 Jpl (T: 6 Jpl, P: 7 Jpl, PL: 2 Jpl)

TPU: Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta mampu melakukan Pencegahan Terpadu PTM di FKTP sesuai dengan Permenkes Nomor 71 Tahun 2015 tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular

TPK	Pokok bahasan	Metode	Media dan alat bantu	Kepustakaan
Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta mampu:				
1. Menjelaskan pengertian PTM dan faktor risikonya	1. Pengertian PTM a. Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah b. Diabetes Melitus dan Gangguan Metabolik c. Penyakit Paru Kronik d. Penyakit Kanker e. Gangguan Indera dan Fungsional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Curah pendapat ▪ CTJ ▪ Simulasi ▪ Studi kasus 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modul ▪ <i>Hand out</i> ▪ <i>Laptop</i> ▪ LCD ▪ <i>Flipchart</i> ▪ Spidol ▪ Panduan simulasi ▪ Lembar kasus ▪ Panduan Praktik Kerja Lapangan (PKL) ▪ Alat pengukur Berat Badan dan Tinggi Badan ▪ Pita pengukur Lingkar Perut ▪ <i>Body Fat Analyzer</i> ▪ Tensimeter ▪ <i>Glucometer</i> ▪ Alat pengukur lipid darah ▪ <i>Peak Flow Meter</i> ▪ <i>CO Analyzer</i> ▪ Oftalmoskop ▪ Optotip Snellen ▪ <i>Ear Kit</i> ▪ <i>Garputala</i> ▪ <i>Phantom</i> payudara/cermin ▪ IVA Kit ▪ Carta Prediksi Risiko Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pedoman Pengendalian Hipertensi. Kemenkes RI, 2015 2. Pedoman Pengendalian Diabetes Melitus. Depkes RI, 2008 3. Pedoman Pengendalian Obesitas. Depkes RI, 2010 4. Pedoman Pengendalian PPOK. Kemenkes RI, 2015 5. Pedoman Pengendalian Asma. Kemenkes RI, 2015 6. Petunjuk Teknis Pengendalian Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim. Kemenkes RI, 2012 7. Pedoman Umum Penyelenggaraan Posbindu PTM. Kemenkes RI, 2015 8. Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Posbindu PTM. Kemenkes RI, 2015 9. Buku Pintar Posbindu PTM, Penyakit Tidak Menular dan Faktor Risiko. Kemenkes, 2015 10. Petunjuk Teknis CERDIK di Sekolah. Kemenkes RI, 2014 11. Rencana Aksi Nasional Promosoi Kesehatan di Sekolah/Madrasah. Kemenkes RI, 2014 12. Pedoman Penyelenggaraan Pengendalian Penyakit Tidak Menular di Puskesmas. Kemenkes RI, 2013 13. Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Pengendalian Penyakit Tidak Menular di Puskesmas. Kemenkes RI, 2013 14. Buku Pedoman Teknis Penanggulangan Gangguan Penglihatan dan Kebutaan. Kemenkes RI, 2016 15. Buku Pedoman Teknis Penanggulangan Gangguan Pendengaran dan Ketulian. Kemenkes RI, 2016.
2. Melakukan upaya promotif dan preventif PTM	2. Upaya promotif dan preventif PTM a. Upaya promotif b. Upaya preventif			
3. Melakukan deteksi dini faktor risiko PTM	3. Deteksi dini faktor risiko PTM a. Wawancara b. Pengukuran faktor risiko PTM c. Pemeriksaan PTM dan faktor risiko			

D. MATERI INTI 2: PENGENDALIAN TERPADU PENYAKIT TIDAK MENULAR DI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA

WAKTU: 8 Jpl (T: 2 Jpl, P: 4 Jpl, PL: 2 Jpl)

TPU: Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta mampu melakukan pengendalian terpadu PTM di FKTP sesuai dengan Permenkes Nomor 71 Tahun 2015 tentang Penanggulangan PTM

TPK	Pokok bahasan	Metode	Media dan alat bantu	Kepustakaan
Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta mampu melakukan:				
1. Pengendalian terpadu faktor risiko PTM	1. Pengendalian terpadu faktor risiko PTM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Curah pendapat ▪ CTJ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modul ▪ <i>Hand out</i> ▪ <i>Laptop</i> 	1. Pedoman Penyelenggaraan Pengendalian Penyakit Tidak Menular di Puskesmas. Kemenkes RI, 2013
2. Tatalaksana terpadu PTM di FKTP	2. Tatalaksana terpadu PTM (termasuk prosedur rujukan)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Latihan kasus ▪ Diskusi kelompok 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ LCD ▪ <i>Flipchart</i> ▪ Spidol ▪ Panduan latihan kasus 	2. Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Pengendalian Penyakit Tidak Menular di Puskesmas. Kemenkes RI, 2013
3. Upaya rehabilitatif PTM	3. Upaya rehabilitatif PTM		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lembar latihan kasus 	
4. Paliatf PTM	4. Paliatif PTM		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Panduan diskusi kelompok 	

E. MATERI INTI 3: SARANA DAN PRASARANA PENYAKIT TIDAK MENULAR DI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA

WAKTU: 4 Jpl (T: 2 Jpl, P: 1 Jpl, PL: 1 Jpl)

TPU: Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta mampu melakukan pemanfaatan sarana dan prasarana PTM di FKTP sesuai dengan Permenkes Nomor 71 Tahun 2015 tentang Penanggulangan PTM

TPK	Pokok bahasan	Metode	Media dan alat bantu	Kepustakaan
Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta mampu:				
1. Menjelaskan sarana dan prasarana PTM di FKTP	1. Sarana dan prasarana PTM di FKTP <ol style="list-style-type: none"> a. SDM b. Peralatan medis c. Obat esensial 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Curah pendapat ▪ CTJ ▪ Diskusi kelompok ▪ Praktik lapangan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modul ▪ <i>Hand out</i> ▪ <i>Laptop</i> ▪ LCD ▪ <i>Flipchart</i> ▪ Spidol ▪ Pandun diskusi kelompok 	1. Pedoman Penyelenggaraan Pengendalian Penyakit Tidak Menular di Puskesmas. Kemenkes RI, 2013
2. Melakukan pemanfaatan sarana dan prasarana PTM di FKTP	2. Pemanfaatan sarana dan prasarana PTM di FKTP		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Panduan PKL ▪ Daftar ceklis sarana dan prasarana PTM 	2. Pedoman Teknis Penyelenggaraan Pengendalian Penyakit Tidak Menular di Puskesmas. Kemenkes RI, 2013

F. MATERI INTI 4: SURVEILANS TERPADU PENYAKIT TIDAK MENULAR DI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA

WAKTU: 9 Jpl (T: 2 Jpl, P: 5 Jpl, PL: 2 Jpl)

TPU: Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta mampu melakukan surveilans terpadu PTM di FKTP sesuai dengan pedoman surveilans PTM

TPK	Pokok bahasan	Metode	Media dan alat Bantu	Kepustakaan
Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta mampu:				
1. Melakukan Surveilans Terpadu PTM	1. Surveilans Terpadu PTM a. Surveilans faktor risiko PTM di FKTP b. Surveilans PTM di FKTP c. Monitoring dan Evaluasi Pelayanan Terpadu PTM di FKTP	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Curah pendapat ▪ CTJ ▪ Latihan pengolahan dan analisis data ▪ Latihan pencatatan dan pelaporan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modul ▪ <i>Hand out</i> ▪ <i>Laptop</i> ▪ LCD ▪ <i>Flipchart</i> ▪ Spidol ▪ Modem/jaringan ▪ Data faktor risiko dan PTM (<i>row data</i>) ▪ Panduan latihan pencatatan dan pelaporan ▪ Aplikasi surveilans terpadu PTM di FKTP ▪ Aplikasi e-monev 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buku Petunjuk Teknis Surveilans Terpadu PTM. Kemenkes RI 2014 2. Juknis Posbindu PTM. Kemenkes RI 2014

G. MATERI INTI 5: TEKNIK MELATIH

WAKTU: 23 Jpl (T: 8 Jpl, P: 0 Jpl, P: 15 Jpl)

TPU: Setelah mengikuti pelatihan ini, peserta mampu menerapkan teknik melatih

TPK	Pokok bahasan	Metode	Media dan alat bantu	Kepustakaan
Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu:				
1. Menjelaskan Pembelajaran Orang Dewasa (POD) melalui komunikasi efektif	1. Pembelajaran Orang Dewasa (POD)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Curah pendapat ▪ CTJ ▪ <i>Micro teaching</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bahan tayang ▪ <i>Flipchart</i> ▪ <i>Whiteboard</i> ▪ LCD ▪ <i>Laptop</i> ▪ Spidol ▪ Panduan latihan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Komunikasi dan Presentasi yang Efektif, Dr. Marpaung, LAN, 2002
2. Menyusun Satuan Acara Pembelajaran (SAP)	2. Satuan Acara Pembelajaran (SAP)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Latihan 		
3. Menggunakan metode pembelajaran	3. Metode pembelajaran			<ol style="list-style-type: none"> 2. Teknik Presentasi yang Efektif, Alam P. Harahap, SKM, 2005
4. Menggunakan media dan alat bantu pembelajaran	4. Media dan alat bantu pembelajaran			
5. Menciptakan iklim pembelajaran yang kondusif	5. Teknik menciptakan iklim pembelajaran yang kondusif			
6. Melakukan presentasi yang efektif	6. Teknik presentasi yang efektif			<ol style="list-style-type: none"> 3. Praktek Mengajar, Dra. Titik Rostiah, LAN RI, 2002.
7. Melatih pada pelatihan Pelayanan Terpadu PTM di FKTP	7. Teknik melatih			<ol style="list-style-type: none"> 4. STIA, LAN RI, 1999.

H. MATERI PENUNJANG 1: *BUILDING LEARNING COMMITMENT* (MEMBANGUN KOMITMEN BELAJAR)

WAKTU: 3 Jpl (T: 0 Jpl; P: 3 Jpl; PL: 0 Jpl)

TPU: Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta mampu mengaplikasikan konsep Membangun Komitmen Belajar

TPK	Pokok bahasan	Metode	Media dan alat bantu	Kepustakaan
Setelah mengikuti pembelajaran peserta mampu :				
1. Melaksanakan perkenalan antar peserta, fasilitator dan panitia.	1. Perkenalan	▪ Curah pendapat ▪ CTJ	▪ Modul ▪ Bahan tayang ▪ Komputer ▪ LCD ▪ <i>flipchart</i> ▪ Spidol	1. Buku Panduan Dinamika Kelompok, LAN 2010 dan Pusdiklat Aparatur, 2014
2. Mencapai suasana pencairan, sehingga peserta dapat lebih siap dan berani mengemukakan pengalaman dan pandangannya/ berpartisipasi aktif dalam pelatihan	2. Pencairan			2. Kumpulan Games dan <i>Enegrizer</i> , Jakarta
3. Merumuskan harapan-harapan terhadap pelatihan yang merupakan kesepakatan bersama dan menjadi norma kelas yang disepakati bersama.	3. Harapan kelas, kekhawatiran mencapai harapan dan komitmen menjadi norma kelas			3. Munir, Badered, 2001. Dinamika Kelompok, Penerapannya dalam Laboratorium Ilmu Perilaku.
4. Menetapkan kontrol kolektif terhadap pelaksanaan norma kelas.	4. Kontrol kolektif			

I. MATERI PENUNJANG 2: RENCANA TINDAK LANJUT

WAKTU: 3 Jpl (T: 1 Jpl; P: 2 Jpl; PL: 0 Jpl)

TPU: Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta memahami dan mampu menyusun Rencana Tindak Lanjut (RTL) sebagai kelanjutan setelah pelatihan selesai

TPK	Pokok bahasan	Metode	Media dan alat bantu	Kepustakaan
Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta mampu:				
1. Menjelaskan pengertian dan tujuan penyusunan RTL	1. Rencana Tindak Lanjut: a. Pengertian b. Tujuan Penyusunan RTL	▪ Curah pendapat ▪ CTJ ▪ Latihan menyusun RTL	▪ Modul ▪ <i>Hand out</i> ▪ <i>Laptop</i> ▪ LCD ▪ <i>Flipchart</i> ▪ Spidol ▪ Format RTL ▪ Panduan latihan	1. Pusdiklat SDM Kesehatan, BPPSDM bekerjasama dengan Direktorat Komunitas Depkes RI Modul Pelatihan Manajemen Puskesmas, 2008
2. Menjelaskan format penyusunan RTL	2. Format Penyusunan RTL			2. Pusdiklat SDM Kesehatan, BPPSDM bekerjasama dengan P2JK Depkes RI. Modul Pelatihan Verifikator Jamkesmas, 2007.
3. Menyusun RTL	3. Penyusunan RTL			

J. MATERI PENUNJANG 3: ANTI KORUPSI

WAKTU: 2 Jpl (T: 2 Jpl, P:0 Jpl, PL: 0 Jpl)

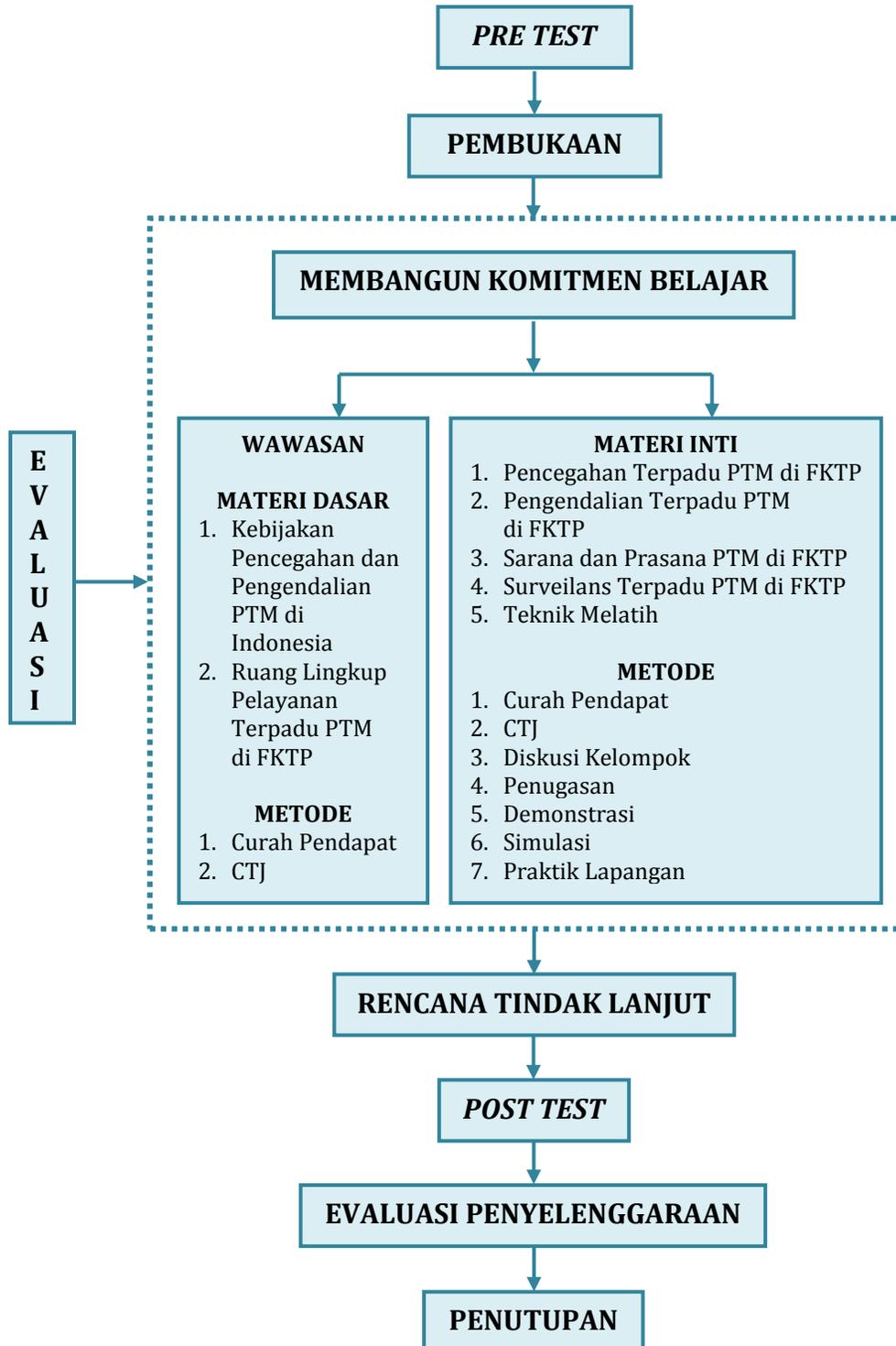
TPU: Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu memahami anti korupsi pada pelayanan publik sesuai dengan Instruksi Presiden RI Nomor 1 Tahun 2013 tentang Aksi Pencegahan dan Pemberantasan Korupsi Tahun 2013

TPK	Pokok bahasan	Metode	Media dan alat bantu	Kepustakaan
Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta mampu:				
1. Menjelaskan konsep korupsi	1. Konsep korupsi: a. Definisi korupsi b. Ciri-ciri korupsi c. Bentuk/jenis korupsi d. Tingkatan korupsi e. Penyebab korupsi f. Dasar hukum	▪ <i>Brain storming</i> (curah pendapat) ▪ CTJ	▪ Modul ▪ <i>Hand out</i> ▪ <i>Laptop</i> ▪ LCD ▪ <i>Flipchart</i> ▪ Spidol	1. UU RI No. 20 Tahun 2001 tentang Perubahan Atas UU No. 31 Tahun 1999 2. Instruksi Presiden RI No. 1 Tahun 2013 tentang Aksi Pencegahan dan Pemberantasan Korupsi Tahun 2013 3. Permenkes No. 14 Tahun 2014 tentang Pengendalian Gratifikasi di Lingkungan Kementerian Kesehatan 4. KPK, Buku Saku Memahami Gratifikasi, 2010 5. Uhar Suharsaputra. Budaya Korupsi dan Korupsi Budaya: Tantangan Bagi Dunia Pendidikan. https://uharsputra.wordpress.com/artikel-2/budaya-korupsi-dan-pendidikan/
2. Menjelaskan anti korupsi	2. Anti korupsi: a. Konsep anti korupsi b. Nilai-nilai anti korupsi c. Prinsip-prinsip anti korupsi			
3. Menjelaskan upaya pencegahan dan pemberantasan korupsi	3. Upaya pencegahan dan pemberantasan korupsi: a. Upaya pencegahan korupsi b. Upaya pemberantasan korupsi c. Strategi komunikasi anti korupsi			
4. Menjelaskan tata cara pelaporan dugaan pelanggaran Tindak Pidana Korupsi (TPK)	4. Tata cara pelaporan dugaan pelanggaran Tindak Pidana Korupsi (TPK): a. Laporan b. Pengaduan c. Tata cara penyampaian pengaduan d. Pencatatan pengaduan			
5. Menjelaskan gratifikasi	5. Gratifikasi			
6. Menjelaskan kasus-kasus korupsi	6. Kasus-kasus Korupsi			

VI. DIAGRAM PROSES PEMBELAJARAN

Diagram proses pembelajaran adalah sebagai berikut (Diagram 1):

Diagram 1. Proses Pembelajaran



VII. PESERTA DAN PELATIH/FASILITATOR

A. Peserta

1. Kriteria

- a. Pengelola program PTM di dinas kesehatan provinsi, kabupaten/kota, dan FKTP
- b. Pendidikan minimal D3 bidang Kesehatan
- c. Minimal dalam dua tahun ke depan tidak dimutasi

2. Jumlah

Jumlah peserta dalam satu kelas maksimal 30 orang

B. Fasilitator

Pelatih/fasilitator berasal dari Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular dengan kriteria sebagai berikut:

1. Sudah pernah mengikuti pelatihan bagi pelatih/TOT/TPPK/Widyaiswara/Pekerti (akta 4)/mempunyai pengalaman melatih
2. Pakar/praktisi dan profesi yang berkompeten di bidang Penyakit Tidak Menular
3. Latar belakang pendidikan minimal S1
4. Memahami kurikulum pelatihan Pelayanan Terpadu PTM di FKTP terutama Garis Besar Program Pembelajaran (GBPP).

VIII. PENYELENGGARA DAN TEMPAT PENYELENGGARAAN

A. Penyelenggara

Penyelenggara *Training of Trainer* Pelayanan Terpadu PTM di FKTP adalah BBPK/Bapelkes/Institusi Pelatihan yang terakreditasi

B. Tempat Penyelenggaraan

Tempat penyelenggaraan *Training of Trainer* Pelayanan Terpadu PTM di FKTP adalah BBPK/Bapelkes/Institusi lainnya yang memenuhi sarana dan prasarana serta persyaratan untuk pelatihan.

IX. EVALUASI

A. Evaluasi Terhadap Peserta

Evaluasi terhadap peserta meliputi refleksi, *pre test*, *post test*, penugasan dan penggalan informasi.

B. Evaluasi Terhadap Pelatih

Evaluasi terhadap pelatih dilakukan untuk mengetahui keberhasilan pelatih dalam menyampaikan materi.

Evaluasi dilakukan oleh peserta, dan aspek yang dinilai:

- Penguasaan materi
- Sistematis pembelajaran
- Ketepatan waktu
- Penggunaan metode, media dan alat bantu
- Gaya dan sikap terhadap peserta
- Penggunaan bahasa
- Pemberian motivasi kepada peserta
- Pencapaian tujuan pembelajaran
- Kerapian.

C. Evaluasi Terhadap Penyelenggaraan

Evaluasi dilakukan oleh peserta terhadap penyelenggaraan pelatihan meliputi:

- Tujuan pelatihan
- Relevansi pelatihan dengan tugas peserta
- Manfaat pelatihan
- Mekanisme pelaksanaan pelatihan
- Hubungan peserta dengan fasilitator, panitia pelaksana, dan antar peserta
- Pelayanan kesekretariatan, tempat penyelenggaraan, konsumsi, kesehatan (P3K), dan dokumentasi.

X. SERTIFIKASI

Setiap peserta yang telah mengikuti pelatihan dengan ketentuan kehadiran minimal 95% dari keseluruhan jumlah jam pembelajaran akan mendapatkan 'Sertifikat Pelatihan' yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan RI dengan angka kredit 1 (satu). Sertifikat ditandatangani oleh pejabat yang berwenang dan oleh panitia penyelenggara pelatihan. Apabila tidak memenuhi ketentuan tersebut, maka peserta hanya akan mendapatkan 'Surat Keterangan Telah Mengikuti Pelatihan' yang ditandatangani oleh penyelenggara pelatihan.

MATERI DASAR 1

KEBIJAKAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT TIDAK MENULAR DI INDONESIA

(Waktu 2 Jpl: T=2 Jpl, P=0 Jpl, PL=0 Jpl)

I. DESKRIPSI SINGKAT

Modul ini menjelaskan kepada peserta *Training of Trainer* (ToT) tentang Kebijakan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular (P2PTM) di Indonesia sebagai acuan dalam melaksanakan Pelayanan Terpadu PTM di FKTP.

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama disebut juga dengan Pemberi Pelayanan Tingkat Pertama (PPK1). Berdasarkan Permenkes Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional, yang dimaksud dengan FKTP antara lain Puskesmas atau yang setara.

Kebijakan Pencegahan dan Pengendalian PTM terintegrasi dan sinergis dengan kebijakan Kementerian Kesehatan, meliputi upaya promotif dan preventif dengan tidak mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif, partisipasi dan pemberdayaan masyarakat, kemitraan dan jejaring kerja, penguatan peran pemerintah daerah, pendekatan berjenjang (*continuum of care*) dan pendekatan siklus kehidupan, serta dukungan ketersediaan infrastruktur kesehatan yang memadai dengan kendali mutu.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta *Training of Trainer* (ToT) mampu memahami kebijakan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular (P2PTM) di Indonesia

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti pembelajaran, peserta mampu:

1. Menjelaskan kebijakan pencegahan dan pengendalian PTM di Indonesia
2. Menjelaskan strategi pencegahan dan pengendalian PTM di Indonesia

III. POKOK BAHASAN

A. Kebijakan Pencegahan dan Pengendalian PTM (P2PTM) di Indonesia

1. Ruang lingkup program P2PTM
2. Program prioritas P2PTM
3. Kebijakan P2PTM
4. Organisasi P2PTM
5. Indikator program P2PTM di Indonesia

B. Strategi P2PTM di Indonesia

1. Strategi P2PTM
2. Rencana aksi P2PTM tahun 2015-2019
3. Kegiatan/aksi P2PTM tahun 2015-2019
4. Strategi aksi P2PTM tahun 2015-2019

IV. BAHAN BELAJAR

1. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2015 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2015-2019
2. Permenkes Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan
3. Kepmenkes No. HK.02.02/MENKES/52/2015 tentang Renstra Kemenkes Tahun 2015-2019
4. Permenkes Nomor 71 Tahun 2015 tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular
5. *Global Atlas on Cardiovascular Diseases Prevention and Control*. WHO, 2011
6. Pedoman Advokasi PPTM. Kemenkes RI, 2011
7. Rencana Operasional Promosi Kesehatan dalam Pengendalian Penyakit Tidak Menular Tahun 2010-2014. Kememkes RI, 2011

V. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN PEMBELAJARAN

A. Langkah-langkah

1. Nara sumber memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan sesi ini (5 menit).
2. Curah pendapat (10 menit)
3. Nara sumber menyampaikan materi dengan menggunakan *power point* (45 menit).
4. Narasumber memandu peserta untuk aktif tanya jawab dan diskusi mengenai sesi ini (30 menit).

B. Metode

1. Curah pendapat
2. Ceramah dan Tanya Jawab (CTJ)

C. Media dan Alat Bantu Pelatihan

1. Modul ToT
2. Slide presentasi *power point (hand out)*
3. *Laptop*
4. Proyektor *Liquid Crystal Display (LCD)*
5. Kertas *flipchart*
6. Spidol

VI. URAIAN MATERI

A. Kebijakan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular (P2PTM) di Indonesia

1. Ruang lingkup program P2PTM

Berdasarkan Permenkes Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, ruang lingkup pencegahan dan pengendalian PTM mencakup:

- a. Penyakit Paru Kronik dan Gangguan Imunologi
- b. Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah
- c. Kanker dan Kelainan Darah
- d. Diabetes Melitus dan Gangguan Metabolik
- e. Gangguan Indera dan Fungsional.

2. Program prioritas P2PTM

Saat ini yang menjadi prioritas program pencegahan dan pengendalian PTM di Indonesia adalah:

- a. Hipertensi
- b. Stroke
- c. Penyakit Jantung Koroner (PJK)
- d. Diabetes melitus
- e. Obesitas
- f. Kanker leher rahim
- g. Kanker payudara
- h. Kanker pada anak
- i. Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK)
- j. Asma
- k. Gangguan penglihatan dan kebutaan
- l. Gangguan pendengaran dan ketulian
- m. Gangguan fungsional.

3. Kebijakan P2PTM

Pencegahan dan pengendalian PTM dilaksanakan secara terintegrasi dan sinergis dengan kebijakan Kementerian Kesehatan, meliputi:

- a. Upaya promotif dan preventif tidak mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif

- b. Partisipasi dan pemberdayaan masyarakat, antara lain diwujudkan dalam bentuk Pos Pelayanan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM)
- c. Kemitraan dan jejaring kerja
- d. Penguatan peran pemerintah daerah
- e. Pendekatan berjenjang (*continuum of care*) dan pendekatan siklus kehidupan
- f. Dukungan ketersediaan infrastruktur kesehatan yang memadai dengan kendali mutu.

4. Organisasi P2PTM

- a. Organisasi pencegahan dan pengendalian PTM (P2PTM) di Kementerian Kesehatan RI

Berdasarkan Permenkes Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, program pencegahan dan pengendalian PTM di tingkat kementerian merupakan tugas Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular, Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (Ditjen P2P), yaitu: 1) Melaksanakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan, 2) Penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria, pemberian bimbingan teknis dan supervisi, serta pemantauan, evaluasi, dan pelaporan di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (pasal 352).

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 305, Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular menyelenggarakan fungsi, antara lain penyiapan perumusan kebijakan, penyiapan pelaksanaan kebijakan, penyiapan penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria, penyiapan pemberian bimbingan teknis dan supervisi, pemantauan, evaluasi, dan pelaporan di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit paru kronik dan gangguan imunologi, jantung dan pembuluh darah, kanker dan kelainan darah, diabetes melitus dan gangguan metabolik, dan gangguan indera dan fungsional (pasal 353).

- b. Organisasi pencegahan dan pengendalian PTM di daerah
Pelaksana program pencegahan dan pengendalian PTM di daerah adalah secara berjenjang mulai dari dinas kesehatan provinsi, dinas kesehatan kabupaten/kota, puskesmas dan fasilitas kesehatan lainnya. Dalam pelaksanaannya, pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular bekerjasama dengan lintas program dan sektor terkait, perguruan tinggi, organisasi profesi, Yayasan dan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), swasta, dan organisasi/instansi terkait lainnya serta melibatkan partisipasi masyarakat.

5. Indikator Program P2PTM Tahun 2015-2019

- a. Rencana Strategis (Renstra) program pencegahan dan pengendalian PTM tahun 2015-2019

Indikator dan target Renstra program pencegahan dan pengendalian PTM tahun 2015-2019 sebagaimana terlihat pada Tabel 2. berikut ini:

Tabel 2. Indikator dan Target Renstra Program Pencegahan dan Pengendalian PTM Tahun 2015-2019

No.	Indikator	Target (%)				
		2015	2016	2017	2018	2019
1.	Persentase puskesmas yang melaksanakan pengendalian terpadu PTM	10	20	30	40	50
2.	Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) minimal 50 persen sekolah	10	20	30	40	50
3.	Persentase desa/kelurahan yang melaksanakan kegiatan Pos Pembinaan Terpadu PTM	10	20	30	40	50
4.	Persentase perempuan usia 30-50 tahun yang dideteksi dini kanker serviks dan payudara	10	20	30	40	50
5.	Presentase Puskesmas yang melakukan deteksi dini dan rujukan kasus katarak		5	10	20	30

- b. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Program P2PTM tahun 2015-2019

Indikator dan target RPJMN program P2PTM tahun 2015-2019 sebagaimana terlihat pada Tabel 3. di bawah ini:

Tabel 3. Indikator dan Target RPJMN Program P2PTM Tahun 2015-2019

No.	Indikator	Target (%)					
		2014 (<i>baseline</i>)	2015	2016	2017	2018	2019
1.	Prevalensi tekanan darah tinggi	25,80	25,28	24,77	24,28	23,79	23,38
2.	Mempertahankan prevalensi obesitas	15,4	15,4	15,4	15,4	15,4	15,4
3.	Pprevalensi merokok pada penduduk usia ≤18 tahun	7,2	6,9	6,4	5,9	5,6	5,4

c. Indikator keluarga sehat tahun 2015-2019

Indikator keluarga sehat tahun 2015-2019, dapat dilihat pada Tabel 4.

Tabel 4. Indikator Keluarga Sehat Tahun 2015-2019

A.	Program Gizi, Kesehatan Ibu dan Anak
1.	Keluarga mengikuti Keluarga Berencana (KB)
2.	Ibu bersalin di fasilitas kesehatan (faskes)
3.	Bayi mendapat imunisasi lengkap
4.	Bayi diberi ASI eksklusif selama 6 bulan
5.	Pertumbuhan Balita dipantau tiap bulan
B.	Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular dan Tidak Menular
6.	Penderita TB Paru berobat sesuai standar
7.	Penderita hipertensi berobat teratur
8.	Gangguan jiwa berat tidak ditelantarkan
C.	Perilaku dan Kesehatan Lingkungan
9.	Tidak ada anggota keluarga yang merokok
10.	Keluarga memiliki/memakai air bersih
11.	Keluarga memiliki/memakai jamban sehat
12.	Keluarga menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)/askes

B. Strategi Pencegahan dan Pengendalian PTM (P2PTM) di Indonesia

1. Strategi P2PTM

- a. Memobilisasi dan memberdayakan masyarakat dalam pencegahan dan pengendalian faktor risiko PTM melalui program berbasis masyarakat, seperti Posbindu PTM
- b. Meningkatkan akses yang berkualitas kepada masyarakat untuk deteksi dini dan tindak lanjut dini faktor risiko PTM terintegrasi
- c. Meningkatkan tatalaksana penderita PTM yang efektif dan efisien
- d. Memperkuat jejaring kerja dan kemitraan PTM
- e. Mengembangkan dan memperkuat sistem surveilans epidemiologi faktor risiko PTM termasuk monitoring dan sistem informasi. Dioptimalkan untuk surveilans faktor risiko PTM berbasis masyarakat dan registri PTM
- f. Mengembangkan penelitian dan pengembangan kesehatan terkait PTM
- g. Meningkatkan dukungan dana yang efektif untuk pencegahan dan pengendalian PTM berdasarkan kebutuhan dan prioritas.

2. Rencana aksi P2PTM tahun 2015-2019

Rencana aksi P2PTM tahun 2015-2019, meliputi: 1) Penurunan angka kesakitan (morbiditas) PTM; 2) Penurunan angka kematian (mortalitas) PTM; dan 3) Penurunan disabilitas PTM.

3. Kegiatan/aksi P2PTM tahun 2015-2019
 - a. Advokasi dan kemitraan
 - b. Promosi kesehatan dan reduksi (pengurangan) risiko
 - c. Penguatan sistem pelayanan kesehatan
 - d. Surveilans, monitoring dan evaluasi (monev) dan riset

4. Strategi aksi P2PTM tahun 2015-2019
 - a. Advokasi dan kemitraan
 - 1) Pencegahan dan pengendalian PTM menjadi prioritas dalam pembangunan
 - 2) Terbangunnya kemitraan antar lembaga terkait serta masyarakat
 - 3) Dikembangkannya rencana kerja lintas sektor untuk pencegahan dan pengendalian PTM

 - b. Promosi kesehatan dan reduksi (pengurangan) risiko
 - 1) Promosi kesehatan dengan pelibatan masyarakat
 - 2) Pengurangan faktor risiko, antara lain:
 - Penggunaan produk tembakau
 - Konsumsi alkohol
 - Diet tidak sehat, seperti tinggi gula, garam dan lemak
 - Kurang aktivitas fisik
 - Paparan radiasi *gadget*/elektronik, kebiasaan membaca dengan jarak terlalu dekat dan cahaya kurang terang, dan paparan ultra violet
 - Paparan bising yang cukup keras (>85 dB) dalam jangka waktu cukup lama dan berulang ulang
 - Riwayat infeksi TORCHS (Toksoplasma, Rubela, Cytomegalovirus, Herpes, Sifilis) pada kehamilan.

 - c. Penguatan sistem pelayanan kesehatan
 - 1) Integrasi pelayanan PTM di FKTP
 - 2) Pengembangan Sumber Daya Manusia (SDM)
 - 3) Peningkatan akses obat-obat esensial
 - 4) Pemenuhan kebutuhan bahan dan peralatan pencegahan dan pengendalian PTM
 - 5) Sinkronisasi kebijakan layanan PTM dan Jaminan Kesehatan Nasional.

 - d. Surveilans, monitoring dan evaluasi (monev) dan riset.
 - 1) Penguatan surveilans PTM dan faktor risikonya, dan penguatan sistem informasi kesehatan
 - 2) Pengembangan riset kebijakan untuk pencegahan dan pengendalian PTM.

VII. KEPUSTAKAAN

1. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2015 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2015-2019

2. Permenkes Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan
3. Kepmenkes No. HK.02.02/MENKES/52/2015 tentang Renstra Kemenkes Tahun 2015-2019
4. Permenkes Nomor 71 Tahun 2015 tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular
5. *Global Atlas on Cardiovascular Diseases Prevention and Control*. WHO, 2011
6. Pedoman Advokasi PPTM. Kemenkes RI, 2011
7. Rencana Operasional Promosi Kesehatan dalam Pengendalian Penyakit Tidak Menular Tahun 2010-2014. Kememkes RI, 2011
8. Riskesdas. Depkes RI, 2007
9. Riskesdas. Kemenkes RI, 2013

MATERI DASAR 2

RUANG LINGKUP PELAYANAN TERPADU PENYAKIT TIDAK MENULAR DI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA

(Waktu 2 Jpl: T=2 Jpl, P=0 Jpl, PL=0 Jpl)

I. DESKRIPSI SINGKAT

Modul ini menjelaskan kepada peserta *Training of Trainer* (ToT) ruang lingkup Pelayanan Terpadu Penyakit Tidak Menular (PTM) di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP).

Penyelenggaraan pelayanan terpadu PTM di FKTP dilaksanakan dengan menerapkan pendekatan tuntas, pendekatan pemerataan, dan pendekatan lainnya.

Dalam rangka pelaksanaan Pelayanan Terpadu PTM (komprehensif dan terintegrasi) di FKTP, Kementerian Kesehatan dapat memberikan dukungan sesuai kebutuhan daerah secara berjenjang.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta mampu memahami ruang lingkup Pelayanan Terpadu PTM di FKTP

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta mampu:

1. Menjelaskan konsep dasar Pelayanan Terpadu PTM di FKTP
2. Menjelaskan ruang lingkup Upaya Pelayanan Terpadu PTM di FKTP

III. POKOK BAHASAN DAN SUB POKOK BAHASAN

A. Konsep Dasar Pelayanan Terpadu PTM di FKTP

1. Pengertian
2. Tujuan
3. Sasaran

B. Ruang Lingkup Pelayanan Terpadu PTM di FKTP

1. Promosi kesehatan
2. Deteksi dini faktor risiko PTM
3. Peningkatan peran serta masyarakat dengan membentuk dan mengembangkan Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM)

4. Penemuan kasus PTM
5. Penanganan kasus PTM
6. Pencatatan dan pelaporan (kasus dan kematian) PTM
7. Surveilans terpadu PTM
8. Pemantauan dan penilaian (monitoring dan evaluasi) kegiatan pencegahan dan pengendalian PTM

IV. BAHAN BELAJAR

1. Buku Pedoman Penyelenggaraan Pengendalian Penyakit Tidak Menular di Puskesmas. Kemenkes RI, 2013
2. Buku Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Pengendalian Penyakit Tidak Menular di Puskesmas. Kemenkes RI, 2013

V. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN PEMBELAJARAN

A. Langkah-langkah

1. Fasilitator memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan sesi ini (5 menit).
2. Curah pendapat (10 menit)
3. Fasilitator menyampaikan materi dengan menggunakan *power point* (45 menit).
4. Fasilitator memandu peserta untuk aktif tanya jawab dan diskusi mengenai sesi ini (30 menit).

B. Metode

1. Curah pendapat
2. CTJ

C. Media dan Alat Bantu

1. Modul
2. *Hand out*
3. *Laptop*
4. LCD
5. *Flipchart*
6. Spidol

VI. URAIAN MATERI

A. Konsep Dasar Pelayanan Terpadu PTM di FKTP

1. Pengertian

Pelayanan terpadu PTM di FKTP adalah penyelenggaraan pencegahan dan pengendalian PTM yang dilaksanakan secara komprehensif dan terintegrasi melalui Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP).

Penyakit Tidak Menular merupakan penyakit yang tidak bisa ditularkan dari orang ke orang, yang perkembangannya berjalan perlahan dalam jangka waktu yang panjang (kronik).

Kelompok PTM berdasarkan sistem dan organ tubuh meliputi: 1) Penyakit keganasan; 2) Penyakit endokrin, nutrisi, dan metabolik; 3) Penyakit sistem saraf; 4) Penyakit sistem pernapasan; 5) Penyakit sistem sirkulasi; 6) Penyakit mata dan adnexa; 7) Penyakit telinga dan mastoid; 8) Penyakit kulit dan jaringan sub kutaneus; 9) Penyakit sistem muskuloskeletal dan jaringan penyambung; 10) Penyakit sistem genitourinaria; 11) Penyakit gangguan mental dan perilaku; dan 12) Penyakit kelainan darah dan gangguan pembentukan organ darah.

Penyelenggaraan pencegahan dan pengendalian PTM diprioritaskan pada jenis PTM yang menjadi masalah kesehatan masyarakat, dengan kriteria: 1) Tingginya angka kematian atau kecacatan; 2) Tingginya angka kesakitan atau tingginya beban biaya pengobatan; dan 3) Memiliki faktor risiko yang dapat diubah.

Saat ini yang menjadi prioritas program pencegahan dan pengendalian PTM di FKTP adalah: 1) Hipertensi; 2) Stroke; 3) Penyakit Jantung Koroner (PJK); 4) Diabetes melitus; 5) Obesitas; 6) Kanker leher rahim; 7) Kanker payudara; 8) Kanker pada anak; 9) Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK); 10) Asma; 11) Gangguan penglihatan dan kebutaan; 12) Gangguan pendengaran dan ketulian; dan 13) Gangguan fungsional.

Sesuai dengan amanat UU Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas, Pemerintah, Pemerintah Daerah dan swasta wajib menyediakan pelayanan kesehatan untuk penyandang disabilitas tanpa diskriminasi sesuai dengan standar dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Selain itu, penyandang disabilitas wajib memperoleh hak kesehatan, yang meliputi hak:

- a. Memperoleh komunikasi dan informasi yang mudah diakses dalam pelayanan kesehatan
- b. Memperoleh kesamaan dan kesempatan akses atas sumber daya di bidang kesehatan
- c. Memperoleh kesamaan dan kesempatan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau
- d. Memperoleh kesamaan dan kesempatan secara mandiri dan bertanggungjawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya
- e. Memperoleh alat bantu kesehatan berdasarkan kebutuhannya
- f. Memperoleh obat yang bermutu dengan efek samping yang rendah
- g. Memperoleh perlindungan dari upaya percobaan medis
- h. Memperoleh perlindungan dalam penelitian dan pengembangan kesehatan yang mengikutsertakan manusia sebagai subjek.

Dalam penyediaan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas, terlebih dahulu harus dipahami bahwa keterbatasan pada penyandang disabilitas dapat diatasi jika diupayakan aksesibilitas fisik dan non-fisik dan mengakomodir prinsip-prinsip sebagai berikut:

- a. Penghormatan pada martabat yang melekat, otonomi individual, termasuk kebebasan untuk menentukan pilihan, dan kemerdekaan perseorangan
- b. Non-diskriminasi
- c. Partisipasi penuh dan efektif dan keikutsertaan dalam masyarakat
- d. Penghormatan atas perbedaan dan penerimaan penyandang disabilitas sebagai bagian dari keragaman manusia dan kemanusiaan
- e. Kesetaraan kesempatan
- f. Aksesibilitas
- g. Kesetaraan antara laki-laki dan perempuan.

Untuk itu, pelayanan terpadu PTM di FKTP juga wajib menyediakan layanan untuk penyandang disabilitas tanpa adanya stigma maupun diskriminasi.

2. Tujuan

Pencegahan dan pengendalian PTM adalah upaya kesehatan yang mengutamakan aspek promotif dan preventif tanpa mengabaikan aspek kuratif dan rehabilitatif serta paliatif yang bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan, kecacatan, dan kematian yang dilaksanakan secara komprehensif, efektif, efisien, dan berkelanjutan.

3. Sasaran

Sasaran Pelayanan terpadu PTM di FKTP meliputi individu dan/atau kelompok masyarakat baik yang berisiko PTM maupun yang tidak berisiko.

B. Ruang Lingkup Pelayanan Terpadu PTM di FKTP

Pencegahan PTM dititikberatkan pada pengendalian faktor risiko PTM yang dapat diubah. Faktor risiko perilaku yang dapat diubah tersebut, antara lain merokok, kurang aktivitas fisik, diet yang tidak sehat, konsumsi minuman beralkohol, dan lingkungan yang tidak sehat. **Pencegahan** (upaya promotif dan preventif) PTM dilaksanakan melalui kegiatan **promosi kesehatan, deteksi dini faktor risiko PTM** dan **perlindungan khusus**, sedangkan **Pengendalian** (upaya kuratif dan rehabilitatif) dilaksanakan melalui kegiatan penemuan dini kasus (*early diagnosis*) dan penanganan segera (*prompt treatment*).

Dengan demikian ruang lingkup Pelayanan Terpadu PTM di FKTP mencakup: 1) Promosi kesehatan; 2) Deteksi dini faktor risiko PTM; 3) Peningkatkan peran serta masyarakat dengan membentuk dan mengembangkan Pos Pembinaan Terpadu PTM (Posbindu PTM). 4) Penemuan kasus PTM; 5) Penanganan kasus PTM (kuratif, perawatan, rehabilitatif, paliatif, dan rujukan); 6) Pencatatan dan pelaporan (kasus dan kematian) PTM; 7) Pelaksanaan surveilans terpadu PTM; dan 8) Pemantauan dan penilaian.

1. Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan bertujuan untuk mewujudkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dengan menciptakan dan mentradisikan perilaku **CERDIK** masyarakat, yaitu:

- Cek kesehatan secara berkala
- Enyahkan asap rokok
- Rajin aktivitas fisik
- Diet sehat dan gizi seimbang
- Istirahat yang cukup
- Kelola stress.

Promosi kesehatan dilakukan dengan strategi advokasi, pemberdayaan masyarakat, dan kemitraan oleh tenaga kesehatan dan dapat melibatkan kader kesehatan.

2. Deteksi dini faktor risiko PTM

Deteksi dini dilakukan untuk menemukan faktor risiko PTM sedini mungkin terhadap individu dan/atau kelompok yang berisiko atau tidak berisiko secara rutin melalui wawancara dan pengukuran faktor risiko di FKTP dan fasilitas/tempat dilaksanakan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM). Berdasarkan hasil deteksi dini positif berisiko PTM, harus ditindaklanjuti dengan pengendalian faktor risiko.

3. Peningkatan peran serta masyarakat dengan membentuk dan mengembangkan Posbindu PTM

Peningkatan peran serta masyarakat dalam pencegahan dan pengendalian PTM, baik secara perorangan maupun kelompok dilakukan melalui kegiatan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) dengan membentuk dan mengembangkan Posbindu PTM. Pada Posbindu PTM dapat dilaksanakan kegiatan deteksi dini, monitoring dan tindak lanjut dini faktor risiko PTM secara mandiri dan berkesinambungan di bawah pembinaan puskesmas.

4. Penemuan kasus PTM

Melakukan penemuan kasus PTM sedini mungkin (*early diagnosis*) melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

5. Penanganan kasus PTM

Penanganan kasus PTM sesegera mungkin (*prompt treatment*) dilakukan melalui pelayanan pengobatan dan perawatan, rehabilitasi dan paliatif serta melakukan rujukan ke fasilitas kesehatan tingkat kedua/lanjutan (FKRTL=Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut) bila diperlukan sesuai dengan kriteria rujukan PTM dan ketentuan sistem rujukan.

Pelayanan pengobatan dan perawatan diberikan kepada individu yang menderita sakit dengan tujuan untuk mengurangi faktor risiko, mengobati

penyakit, mencegah/mengurangi penyulit, memberikan prognosis serta meningkatkan kualitas hidup.

Dalam melakukan penanganan kasus, tenaga kesehatan di FKTP harus menciptakan dan mempromosikan perilaku **PATUH** yaitu:

- Periksa kesehatan secara rutin
- Atasi penyakit dengan pengobatan yang tepat
- Tetap aktivitas fisik dengan aman
- Upayakan diet sehat dan gizi seimbang
- Hindari asap rokok, minuman beralkohol dan zat karsinogenik.

Pelayanan rehabilitasi ditujukan untuk mengembalikan penderita ke tengah keluarga dan masyarakat, sehingga dapat berfungsi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya, sedangkan pelayanan paliatif ditujukan untuk mencapai kualitas hidup pasien dan kematian yang bermartabat.

6. Pencatatan dan pelaporan PTM

Setiap penyelenggaraan kegiatan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dalam rangka pencegahan dan pengendalian PTM harus dicatat dan dilaporkan oleh petugas penanggung jawab sesuai dengan sistem pelaporan yang terintegrasi dalam sistem informasi kesehatan baik manual maupun teknologi informasi, dan menjadi sumber data utama dalam penyelenggaraan Surveilans PTM.

7. Surveilans terpadu PTM

Surveilans PTM adalah kegiatan pengamatan yang sistematis dan terus menerus terhadap data dan informasi tentang kejadian faktor risiko dan PTM serta kondisi yang mempengaruhi peningkatannya untuk memperoleh dan memberikan informasi guna mengarahkan tindakan pencegahan dan pengendalian secara efektif dan efisien.

Surveilans PTM bertujuan untuk memperoleh informasi tentang situasi, kecenderungan penyakit, dan faktor risikonya sebagai bahan dalam melakukan penilaian dan membuat perencanaan berikutnya, yang dilaksanakan melalui kegiatan pengumpulan data, pengolahan dan analisis data, interpretasi data, serta diseminasi informasi terhadap faktor risiko, penyakit, dan penyebab kematian.

Kegiatan surveilans faktor risiko dilakukan dalam kegiatan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) dan kegiatan pelayanan di FKTP terhadap penyakit tertentu sesuai dengan jenis, dampak, dan besaran penyakit, dan kematian akibat PTM.

8. Pemantauan dan penilaian kegiatan P2PTM

Kementerian Kesehatan, dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota melakukan pemantauan dan penilaian (monitoring dan evaluasi)

penyelenggaraan pencegahan dan pengendalian PTM di FKTP sesuai dengan kebijakan dan strategi pencegahan dan pengendalian PTM di FKTP.

Pemantauan upaya pencegahan dan pengendalian PTM dilakukan terhadap: 1) Pencegahan, dengan indikator menemukan faktor risiko PTM; 2) Pengendalian, dengan indikator tidak ada penambahan kasus baru; dan/atau; 3) Penanganan, dengan indikator mengurangi angka kecacatan atau kematian akibat penyakit.

Penilaian upaya pencegahan dan pengendalian PTM dilakukan terhadap: 1) Pencegahan dan pengendalian, dengan indikator PTM tidak menjadi masalah kesehatan di masyarakat; dan 2) Penanganan, dengan indikator menurunnya angka kecacatan kejadian penyakit atau tidak menjadi masalah kesehatan.

VII. KEPUSTAKAAN

1. Permenkes Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan
2. Permenkes Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional
3. Permenkes Nomor 71 Tahun 2015 tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular
4. Pedoman Penyelenggaraan Pengendalian Penyakit Tidak Menular di Puskesmas. Kemenkes RI, 2013
5. Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Pengendalian Penyakit Tidak Menular di Puskesmas. Kemenkes RI, 2013

MATERI INTI 1

PENCEGAHAN TERPADU PENYAKIT TIDAK MENULAR DI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA

(Waktu 15 Jpl: T=6 Jpl, P=7 Jpl, PL=2 Jpl)

I. DESKRIPSI SINGKAT

Modul ini menjelaskan kepada peserta *Training of Trainer (ToT)* upaya Pencegahan Terpadu PTM di FKTP, meliputi pengertian PTM dan faktor risikonya, upaya promotif dan preventif PTM, upaya penapisan/skrining dan deteksi dini PTM, dan deteksi dini faktor risiko PTM. Penyakit Tidak Menular mencakup penyakit jantung dan pembuluh darah, diabetes melitus dan gangguan metabolik, penyakit paru kronik dan imunologi, kanker dan kelainan darah serta gangguan indera dan fungsional.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta mampu melakukan Pencegahan Terpadu PTM di FKTP sesuai dengan Permenkes Nomor 71 Tahun 2015 tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta mampu:

1. Menjelaskan pengertian PTM dan faktor risikonya
2. Melakukan upaya promotif dan preventif PTM
3. Melakukan deteksi dini faktor risiko PTM

III. POKOK BAHASAN

A. Pengertian PTM

1. Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah
2. Diabetes Melitus dan Gangguan Metabolik
3. Penyakit Paru Kronik
4. Penyakit Kanker
5. Gangguan Indera dan Fungsional

B. Upaya Promotif dan Preventif PTM

1. Upaya promotif
2. Upaya preventif

C. Deteksi Dini Faktor Risiko PTM

1. Wawancara
2. Pengukuran faktor risiko PTM
3. Pemeriksaan PTM dan faktor risiko

IV. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN PEMBELAJARAN

A. Langkah-langkah

1. Fasilitator memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan sesi ini (@ 5 menit)
2. Curah pendapat (@10 menit)
3. Fasilitator menyampaikan materi menggunakan *power point* (@30 menit)
4. Fasilitator memandu praktek penggunaan alat dan atau simulasi (@ 45 menit)
5. Praktik lapangan (2x45 menit).

B. Metode

1. Curah pendapat
2. CTJ
3. Simulasi
4. Studi kasus

C. Media dan Alat Bantu Pelatihan

1. Modul
2. *Hand out*
3. *Laptop*
4. LCD
5. *Flipchart*
6. Spidol
7. Panduan simulasi
8. Lembar kasus
9. Panduan Praktik Kerja Lapangan (PKL)
10. Alat pengukur Berat Badan dan Tinggi Badan
11. Pita pengukur Lingkar Perut
12. *Body Fat Analyzer*
13. Tensimeter
14. *Glucometer*
15. Alat pengukur lipid darah
16. *Peak Flow Meter*
17. *CO Analyzer*
18. Oftalmoskop
19. Optotip Snellen
20. *Garputala*
21. *Ear Kit*
22. *Phantom* payudara/cermin
23. IVA Kit
24. Carta Prediksi Risiko Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah.

V. URAIAN MATERI

A. Pengertian Penyakit Tidak Menular

Penyakit Tidak Menular (selanjutnya disingkat PTM) adalah penyakit yang tidak bisa ditularkan dari orang ke orang, yang perkembangannya berjalan perlahan dalam jangka waktu yang panjang (kronik).

1. Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah

Penyakit jantung dan pembuluh darah (kardiovaskuler), yaitu penyakit yang menyangkut jantung itu sendiri dan pembuluh-pembuluh darah. Keduanya sulit dipisahkan dalam manajemen maupun pembahasannya, sehingga istilah kardio (jantung) dan vaskuler (pembuluh darah) sulit dipisahkan. Penyakit ini merupakan penyakit yang tidak bisa ditularkan dari orang ke orang, yang perkembangannya berjalan perlahan dalam jangka waktu yang panjang.

Prioritas nasional pengendalian Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah (PJPD) di Indonesia adalah:

- Hipertensi
- Penyakit Jantung Koroner (PJK)
- Stroke

a. Faktor risiko PJPD

1) Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi atau tidak dapat dikontrol:

a) Riwayat keluarga

Adanya riwayat keluarga terdekat yang terkena PJPD meningkatkan risiko dua kali lebih besar dibandingkan dengan yang tidak memiliki riwayat keluarga dengan PJPD, pada wanita usia ≤ 55 tahun, sedangkan pada laki-laki usia ≤ 65 tahun.

b) Umur

Risiko PJPD akan meningkat seiring dengan bertambahnya usia, terutama terjadi usia >40 tahun.

c) Jenis kelamin

Laki-laki mempunyai risiko PJPD lebih tinggi dibandingkan dengan wanita. Setelah menopause, wanita akan lebih berisiko terkena PJPD.

2) Faktor risiko yang dapat dimodifikasi atau dikontrol:

a) Hipertensi

Risiko PJPD meningkat sejalan dengan peningkatan tekanan darah. Hasil penelitian Framingham menunjukkan bahwa tekanan darah sistolik 130-139 mmHg dan tekanan diastolik 85-89 mmHg akan

meningkatkan risiko PJPD sebesar 2 kali dibandingkan dengan tekanan darah yang kurang dari 120/80 mmHg. Hipertensi merupakan penyebab tersering penyakit jantung koroner dan stroke, serta faktor utama dalam gagal jantung kongestif. Studi yang ada menyebutkan bahwa risiko gagal jantung kongestif meningkat sebesar 6 kali pada pasien dengan hipertensi.

b) Merokok

Risiko penyakit jantung koroner pada perokok 2-4 kali lebih tinggi daripada yang bukan perokok. Kandungan zat racun dalam rokok seperti tar, nikotin dan karbon monoksida akan menyebabkan penurunan kadar oksigen ke jantung, peningkatan tekanan darah dan denyut nadi, penurunan kadar kolesterol HDL (kolesterol baik), peningkatan penggumpalan darah dan kerusakan endotel pembuluh darah koroner.

c) Diabetes melitus

Diabetes Melitus (DM) merupakan kumpulan gejala akibat peningkatan kadar gula dalam darah (glukosa) akibat kekurangan hormon insulin baik absolut maupun relatif. Berdasarkan hasil penelitian Framingham, satu dari dua orang penderita DM akan mengalami kerusakan pembuluh darah dan peningkatan risiko serangan jantung. Target pengobatan pada pasien DM adalah kadar HbA1c ≤ 6 , kadar gula darah puasa < 110 mg/dL atau gula darah 2 jam PP < 135 mg/dL.

d) Dislipidemia (metabolisme lemak yang abnormal)

Untuk menurunkan risiko PJPD, maka nilai kolesterol total plasma harus < 190 mg/dL, Low Density Lipoprotein (LDL) < 115 mg/dL, HDL > 40 mg/dL pada laki-laki dan > 45 mg/dL pada perempuan, serta kadar trigliserida puasa < 150 mg/dL. Pada orang dengan DM atau yang asimtomatik dengan risiko PJPD, maka target kadar kolesterol total harus < 175 mg/dL dan LDL < 100 mg/dL.

e) Obesitas

Obesitas visceral yaitu penumpukan lemak pada visera abdomen dan omentum yang meningkatkan risiko terjadinya DM, hipertensi, sindrom metabolik dan penyakit kardiovaskular. Pada obesitas visceral terjadi peningkatan risiko terbentuknya plak arteriosklerosis akibat proses inflamasi dari lemak yang tertumpuk di visera.

f) Kurang aktivitas fisik

Beberapa studi menunjukkan adanya hubungan antara aktivitas fisik dan PJPD. Aktivitas fisik akan memperbaiki sistem kerja jantung dan pembuluh darah dengan meningkatkan efisiensi kerja jantung, mengurangi keluhan nyeri dada/angina pectoris, melebarkan

pembuluh darah, membuat kolateral atau jalan baru bila sudah ada penyempitan pembuluh darah koroner, mencegah timbulnya penggumpalan darah, meningkatkan kemampuan tubuh termasuk meningkatkan kemampuan seksual dan meningkatkan kesegaran jasmani.

g) Pola makan

Dewasa ini perubahan pola makan menjurus ke saji, siap santap yang tidak sehat dan tidak seimbang, karena mengandung kalori, lemak, protein dan garam tinggi, tetapi rendah serat pangan (*dietary fiber*). Jenis makanan ini membawa konsekuensi terhadap perubahan status gizi menuju gizi lebih (berat badan lebih atau IMT ≥ 23 kg/m²), yang memicu berkembangnya penyakit degeneratif, seperti PJPD khususnya penyakit jantung koroner.

h) Konsumsi alkohol

Pengaruh alkohol terhadap kenaikan tekanan darah telah dibuktikan, namun mekanismenya masih belum jelas. Diduga peningkatan kadar kortisol, peningkatan volume sel darah merah dan peningkatan kekentalan darah berperan dalam menaikkan tekanan darah. Mengurangi alkohol pada penderita hipertensi yang biasa minum alkohol, akan menurunkan tekanan darah sistolik dengan rerata 3,8 mmHg.

i) Stress

Stress adalah suatu kondisi yang disebabkan oleh adanya interaksi antara individu dengan lingkungannya yang mendorong seseorang untuk mempersepsikan adanya perbedaan antara tuntutan situasi dan sumber daya (biologis, psikologis, dan sosial) yang ada pada diri seseorang. Peningkatan tekanan darah akan lebih menonjol pada individu yang mempunyai kecenderungan stress emosional tinggi.

Berdasarkan studi Framingham, wanita usia 45-64 tahun mempunyai sejumlah faktor psikososial seperti keadaan tegang, masalah rumah tangga, tekanan ekonomi, stress harian, mobilitas pekerjaan, ansietas dan kemarahan terpendam. Kesemuanya ini berhubungan dengan peningkatan tekanan darah dan manifestasi klinik penyakit kardiovaskular apapun.

b. Hipertensi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu keadaan dimana tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan/atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg (*Joint National Committee on Prevention Detection, Evaluation, and Treatment of High Pressure VII/ JNC-VII, 2003*).

Tekanan darah dipengaruhi oleh dua faktor yaitu *cardiac output* dan resistensi perifer. Segala sesuatu yang mempengaruhi kedua faktor tersebut berkontribusi terhadap tinggi atau rendahnya tekanan darah. Karena itu sebagian besar hipertensi (>90%) tidak diketahui penyebabnya.

Klasifikasi hipertensi menurut *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (JNC-VII) tahun 2003 sebagaimana terlihat pada Tabel 5.

Tabel 5. Klasifikasi Hipertensi Menurut JNC-VII, 2003

Klasifikasi	Sistolik (mmHg)		Diastolik (mmHg)
▪ Normal	<120	dan	<80
▪ Prehipertensi	120-139	atau	80-89
▪ Hipertensi derajat 1	140-159	atau	90-99
▪ Hipertensi derajat 2	≥160	atau	≥100

c. Penyakit Jantung Koroner

Penyakit Jantung Koroner (PJK) adalah penyakit jantung yang terjadi akibat penyempitan atau penyumbatan arteri koroner, sehingga tidak ada keseimbangan antara kebutuhan oksigen (O₂) miokard dengan kemampuan arteri koroner menyediakan O₂ yang cukup untuk kontraksi miokard.

Penyakit jantung koroner sebagian besar disebabkan oleh proses arterosklerosis yang dipengaruhi faktor risiko yang dapat dimodifikasi maupun tidak dapat dimodifikasi.

Penyakit jantung koroner terdiri dari penyakit jantung koroner stabil tanpa gejala, angina pectoris stabil, dan Sindrom Koroner Akut (SKA). Penyakit jantung koroner stabil tanpa gejala biasanya diketahui dari skrining, sedangkan angina pectoris stabil didapatkan gejala nyeri dada bila melakukan aktivitas yang melebihi aktivitas sehari-hari.

Sindroma Koroner Akut adalah suatu kegawatdaruratan pembuluh darah koroner yang terdiri dari:

- Infark miokard akut dengan gambaran Elektroardiografi (EKG) elevasi segmen ST (*ST Elevation Myocardial Infarction/STEMI*)
- Infark miokard akut dengan gambaran EKG tanpa elevasi segmen ST (Non STEMI) dan angina pectoris tidak stabil (APTS).

d. Stroke

Stroke adalah suatu keadaan dimana ditemukan tanda-tanda klinis yang timbul secara mendadak (akut) berupa defisit neurologis fokal atau global,

yang berlangsung lebih dari 24 jam tanpa adanya penyebab lain kecuali gangguan vaskuler.

Stroke dapat dibedakan dalam 2 kelompok besar, yaitu:

1) Stroke iskemik

Terganggunya sel neuron dan glia karena kekurangan darah akibat sumbatan arteri yang menuju otak atau perfusi otak yang inadkuat. Sumbatan dapat disebabkan oleh 2 keadaan, yaitu:

- Trombosis dengan gambaran defisit neurologis yang dapat memberat dalam 24 jam pertama atau lebih
- Emboli dengan gambaran defisit neurologis pertama kali muncul langsung sangat berat, dan biasanya serangan timbul saat beraktivitas.

2) Strok perdarahan

Terjadi perdarahan intrakranial akibat pecahnya pembuluh darah otak.

2. Diabetes melitus dan gangguan metabolik

a. Diabetes melitus

Diabetes Melitus (DM) merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau kedua-duanya.

Faktor risiko DM, sebagai berikut:

1) Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi

- a) Usia ≥ 40 tahun
- b) Ada riwayat keluarga DM
- c) Riwayat pernah menderita diabetes gestasional
- d) Riwayat berat badan lahir rendah, kurang dari 2500 gram
- e) Dapat dilakukan dengan metode tanya-jawab riwayat penyakit terdahulu.

2) Faktor risiko yang dapat dimodifikasi

- a) Kegemukan ($BB > 120\%$ BB idaman atau $IMT > 23 \text{ kg/m}^2$), dan Lingkar Perut $\geq 90 \text{ cm}$ (Laki-laki) atau $\geq 80 \text{ cm}$ (perempuan).
- b) Kurangnya aktivitas fisik
- c) Hipertensi, tekanan darah $\geq 140/90 \text{ mmHg}$
- d) Riwayat dislipidemia (kolesterol HDL $\leq 35 \text{ mg/dL}$ dan/atau trigliserida $\geq 250 \text{ mg/dL}$)
- e) Memiliki riwayat penyakit kardiovaskular
- f) Diet tidak sehat dengan tinggi gula dan rendah serat.

b. Obesitas

1) Pengertian

Obesitas merupakan penumpukan lemak yang berlebihan akibat ketidakseimbangan asupan energi dengan energi yang digunakan dalam waktu lama yang dapat mengganggu kesehatan.

- 2) Faktor risiko obesitas
 - Pola makan mencakup jumlah, jenis, jadwal makan
 - Pengolahan bahan makanan
 - Pola aktivitas yang kurang gerak
 - Faktor genetik (berperan sebesar 30% sebagai pencetus obesitas)

3. Penyakit paru kronik

a. Penyakit Paru Obstruktif Kronik

1) Pengertian

Penyakit Paru Obstruktif kronik (PPOK) adalah penyakit paru kronik yang umumnya dapat dicegah dan diobati ditandai dengan adanya keterbatasan aliran udara dalam saluran napas yang persisten dan progresif, yang berhubungan dengan meningkatnya respon inflamasi kronik pada saluran napas dan parenkim paru karena paparan partikel atau gas berbahaya. Partikel atau gas berbahaya yang utama adalah asap rokok. Gas berbahaya lainnya adalah debu, bahan kimia di tempat kerja, asap dapur. PPOK timbul pada usia pertengahan (> 40 tahun) akibat kebiasaan merokok dalam jangka waktu yang lama. (GOLD 2015; PPOK PDPI, 2016).

Eksaserbasi dan komorbid pada PPOK berperan dalam memperberat penyakitnya. Dampak dari eksaserbasi diantaranya perburukan gejala, pengaruh pada aktivitas sehari-hari, menurunkan status kesehatan, dapat mengakibatkan perawatan rumah sakit, dan memperlambat kesembuhan. Untuk itu tatalaksana pada PPOK selain mengobati juga melakukan pencegahan terjadinya eksaserbasi agar dapat memperlambat progresifitas.

2) Faktor risiko PPOK

Badan Kesehatan Dunia (WHO) memprediksi pada tahun 2020, PPOK menjadi penyakit kelima dengan prevalensi tertinggi di seluruh Dunia. PPOK merupakan penyebab ke 4 kematian terbanyak di dunia setelah penyakit jantung pembuluh darah dan keganasan. Prevalensi PPOK di Indonesia menurut Riskesdas 2013 adalah sebesar 3,7%. Angka ini dapat meningkat dengan bertambahnya jumlah perokok karena 90% pasien PPOK adalah perokok atau bekas perokok.

Pajanan asap rokok merupakan faktor risiko utama terjadinya PPOK. Risiko ini makin besar sejalan dengan meningkatnya jumlah batang rokok yang dihisap, usia awal mulai merokok dan lama merokok. Penelitian PPOK terhadap jemaah haji pada tahun 2012, dari 516 jemaah sebanyak 61 diantaranya dengan PPOK. Dari 61 dengan PPOK tersebut, 53 % merupakan perokok aktif. Data Kohort Litbangkes dan Departemen Paru FKUI, 2010 menunjukkan bahwa prevalensi PPOK daerah Bogor, Provinsi Jawa Barat sebesar 5,5%.

Polusi udara, stress oksidatif, faktor genetik, infeksi saluran napas berulang, dan faktor tumbuh kembang paru ikut berkontribusi sebagai faktor risiko PPOK, meskipun lebih rendah bila dibandingkan dengan asap rokok.

b. Asma

1) Pengertian

Asma adalah gangguan inflamasi kronik jalan napas yang melibatkan berbagai sel inflamasi dan elemennya yang berhubungan dengan hiperreaktivitas bronkus sehingga menyebabkan gejala *episodik* berulang berupa mengi, sesak, rasa berat di dada dan batuk yang timbul terutama pada malam atau dini hari yang bersifat *reversible* (dapat membaik) dengan atau tanpa pengobatan.

2) Faktor risiko asma

Faktor risiko yang mempengaruhi berkembangnya asma dapat dibedakan sebagai berikut:

a) Faktor pejamu (faktor individu)

Faktor pejamu terdiri dari genetik, obesitas dan jenis kelamin

b) Faktor lingkungan

Faktor lingkungan yang mempengaruhi terjadinya perburukan atau timbulnya serangan akut (eksaserbasi). Asap rokok dan polusi udara merupakan faktor pencetus yang dapat membuat gejala asma semakin berat. Faktor pencetus lain, yaitu: alergen, infeksi virus pernapasan, dan pajanan dari tempat tinggal, sekolah, tempat bermain, tempat kerja dan perubahan cuaca.

Risiko terjadinya asma pada perokok 1,33 kali lebih tinggi dibandingkan dengan bukan perokok. Penderita asma yang merokok mempunyai gejala asma yang lebih berat dan sulit dikontrol, meningkatkan kunjungan ke instalasi gawat darurat, fungsi paru lebih menurun dan kurang respons terhadap pengobatan (dengan kortikosteroid) dibandingkan dengan penderita asma yang tidak merokok.

Efek asap rokok bagi perokok pasif (anak dan dewasa) yang menderita asma adalah meningkatkan frekuensi serangan asma, gejala bertambah berat, serta penurunan fungsi paru. Bagi anak yang menderita asma dan terpajan asap rokok menjadi lebih berisiko sering tidak hadir di sekolah akibat keluhan pernapasan yang berulang, dan keluhan pernapasan ini dapat berlanjut sampai dewasa.

4. Penyakit kanker

a. Kanker payudara

Kanker adalah keganasan yang berasal dari sel kelenjar, saluran kelenjar, dan jaringan penunjang payudara, tidak termasuk kulit payudara.

Kanker payudara tidak diketahui penyebabnya secara pasti. Faktor risiko yang utama berhubungan dengan keadaan hormonal (estrogen dominan) dan genetik.

- Diet dan faktor yang berhubungan dengan diet
Faktor ini dapat dibagi dalam 2 (dua) katagori yaitu faktor risiko yang memperberat terjadinya kanker dan yang mengurangi terjadinya kanker, seperti: 1) Peningkatan berat badan yang bermakna pada saat pasca menopause; 2) Peningkatan tinggi badan; 3) Diet ala barat (*western style*); dan 4) Minuman beralkohol. Sedangkan faktor yang mempunyai dampak positif, antara lain: 1) Peningkatan konsumsi serat; dan 2) Peningkatan konsumsi buah dan sayur
- Hormon dan faktor reproduksi
Hormon dan faktor reproduksi mencakup: 1) *Menarche* (haid pertama) pada usia muda kurang dari 12 tahun; 2) Usia lebih tua pada saat melahirkan anak pertama; 3) Nulipara; 4) Usia lebih tua saat menopause; 5) Pemakaian kontrasepsi oral dalam waktu lama; 6) Infertilitas; dan 7) Tidak menyusui.
- Radiasi pengion pada saat pertumbuhan payudara
- Faktor genetik
- Pernah menderita kanker payudara
- Riwayat adanya penyakit tumor jinak

Faktor lain yang berhubungan dengan alur hormonal termasuk obesitas dan diet yang tidak diimbangi dengan aktivitas fisik, tingginya lemak hewan total serta diet buruk saat pertumbuhan payudara.

Penderita diperkirakan mempunyai potensi risiko tinggi kanker payudara bila terdapat riwayat:

- Tiga (3) atau lebih keluarga (saudara ibu/klien atau bibi) dari sisi keluarga yang sama terkena kanker payudara atau ovarium
- Dua (2) atau lebih keluarga dari sisi yang sama terkena kanker payudara atau ovarium usia dibawah 40 tahun
- Adanya keluarga dari sisi yang sama terkena kanker payudara dan ovarium
- Adanya kanker payudara bilateral pada keluarga
- Adanya kanker payudara pada pria dalam keluarga
- Adanya riwayat kanker payudara pada salah satu payudara ibu/klien, juga meningkatkan kemungkinan ibu/klien itu untuk mendapatkan kanker payudara pada payudara sebelahnya

Pada kelompok ini dilakukan surveilans ketat yaitu pemeriksaan payudara sendiri, pemeriksaan payudara oleh tenaga medis, dan mamografi setiap tahun, konseling genetik atau profilaktik mastektomi dimana prosedur ini tidak menjamin pencegahan sepenuhnya terhadap kanker payudara.

b. Kanker leher rahim

Kanker leher rahim adalah keganasan yang terjadi pada leher rahim yang merupakan bagian terendah dari rahim yang menonjol ke puncak liang senggama.

Sejumlah faktor risiko yang berhubungan dengan perkembangan kanker leher rahim dan mungkin prekursorinya. Faktor risiko diantaranya sebagai berikut:

- Usia muda (<20 tahun) saat pertama kali melakukan hubungan seksual
- Memiliki banyak pasangan seksual (perempuan atau pasangannya)
- Riwayat pernah mengalami IMS (Infeksi Menular Seksual), seperti klamidia atau gonore, dan khususnya HIV/AIDS
- Ibu atau saudara perempuan yang memiliki kanker leher rahim
- Hasil tes Pap Smear sebelumnya yang tidak normal
- Merokok/terpapar asap rokok.

c. Kanker pada anak

Program penemuan dini kanker pada anak menitikberatkan pada 6 jenis kanker pada anak yaitu:

1) Leukemia

Leukemia merupakan penyakit keganasan sel darah yang berasal dari sumsum tulang. Biasanya ditandai oleh proliferasi sel-sel darah putih dengan manifestasinya berupa sel-sel abnormal dalam darah tepi (sel *blast*) secara berlebihan yang menyebabkan terdesaknya sel darah yang normal sehingga mengakibatkan fungsinya terganggu.

Gejala dan tanda kanker pada anak:

- a) Pucat, lemah, anak rewel, nafsu makan menurun
- b) Demam tanpa sebab yang jelas
- c) Pembesaran hati, limpa dan kelenjar getah bening
- d) Kejang sampai penurunan kesadaran
- e) Perdarahan kulit (petekie, hematoma) atau perdarahan spontan (epistaksis, perdarahan gusi)
- f) Nyeri tulang pada anak
Seringkali ditandai pada anak yang sudah dapat berdiri dan berjalan, tiba-tiba tidak mau melakukannya lagi, anak lebih nyaman untuk digendong
- g) Pembesaran testis dengan konsistensi keras.

2) Retinoblastoma

Retinoblastoma adalah tumor ganas di dalam bola mata yang berkembang dari sel retina primitif/imatur dan merupakan tumor ganas primer terbanyak pada bayi dan anak usia ≤ 5 dengan insidensi tertinggi pada usia 2-3 tahun. Masa tumor di retina dapat tumbuh ke dalam *vitreus* (endofitik) dan tumbuh menembus ke luar (eksofitik). Retinoblastoma dapat bermetastasis ke luar mata menuju organ lain, seperti tulang, sumsum tulang, dan sistem saraf pusat.

Leukokoria (manik mata putih) merupakan tanda klinis tersering retinoblastoma (80,6%), disusul oleh strabismus atau juling (9,7%), mata merah dan nyeri (4,3%) (Tabel 6).

Tabel 6. Tanda Klinis Tersering Retinoblastoma

No.	Tanda Klinis	Frekuensi (%)
1.	Leukokoria/ <i>white pupil</i>	80,6
2.	Strabismus (juling)	9,7
3.	Mata merah dan nyeri	4,3
4.	<i>Buphthalmos</i> (kornea mata membesar) dan <i>cellulitis</i> (peradangan jaringan bola mata)	3,6
5.	Penglihatan buram	1,8

Pengenalan awal retinoblastoma melalui deteksi adanya leukokoria yang dapat dilakukan di puskesmas dengan alat sederhana:

- a) Lampu senter
- b) Oftalmoskop direk: tes Lihat Merah

3) Osteosarkoma

Kanker tulang pada anak adalah keganasan yang tumbuh dari tulang dan disebut juga sebagai osteosarkoma. Sering terjadi pada anak menjelang remaja (>10 tahun). Selain osteosarkoma, terdapat jenis lain keganasan pada tulang seperti, kondrosarkoma dan sarkoma Ewing. Kondrosarkoma adalah keganasan yang berasal dari tulang rawan, sedangkan sarkoma Ewing merupakan keganasan yang tumbuh dari tulang dan dapat juga dari jaringan ikat yang berada disekitar tulang.

Gejala dan tanda osteosarkoma:

- a) Nyeri tulang, lebih terasa malam hari atau setelah beraktivitas
- b) Pembengkakan, kemerahan dan teraba hangat pada daerah dimana terasa nyeri tulang
- c) Terjadi fraktur tulang setelah aktivitas rutin bahkan tanpa trauma
- d) Gerakan terbatas pada bagian yang terkena kanker
- e) Nyeri bagian punggung persisten
- f) Gejala lain adalah demam, cepat lelah, berat badan turun dan pucat

g) Pada lokasi kanker dapat ditemukan:

- Lingkaran pembengkakan pada alat gerak yang terkena lebih besar dibandingkan dengan yang normal (harus diukur lingkaran pembengkakannya pada lokasi yang sama). Perlu diperhatikan bahwa setiap ada perbedaan lingkaran pembengkakan yang disertai rasa nyeri harus dicurigai osteosarkoma
- Massa/benjolan teraba lebih hangat disertai peningkatan vaskularisasi di kulit, kadang-kadang dapat diraba pulsasi pada massa tersebut
- Penurunan sudut gerak sendi yang terkena (*range of motion*)
- Pembesaran kelenjar getah bening secara lokal
- Sesak napas akan ditemukan bila sudah metastasis ke paru.

4) Neuroblastoma

Neuroblastoma adalah tumor embrional dari sistem saraf simpatis yang berasal dari *primitive neural crest*.

Gejala dan tanda neuroblastoma timbul sesuai dengan penyebaran yang terjadi, yaitu:

a) Tulang preorbita

Menyebabkan perdarahan di sekitar mata (*hematom*) dan mata menonjol

b) Tulang

Menyebabkan nyeri pada tulang, sehingga menyebabkan anak lemah dan gelisah

c) Perut

Menyebabkan perasaan tidak enak, terasa penuh, dan diare. Jika sampai menekan pembuluh darah balik dan aliran getah bening tungkai bawah, maka akan timbul pembengkakan di skrotum dan tungkai bawah, serta hipertensi akibat tekanan tumor pada pembuluh darah

d) Rongga dada dan leher

Menyebabkan sindrom Horner (ptosis unilateral, miosis, anhidrosis/mata kering) dan sindrom vena cava superior (pembengkakan di leher akibat penekanan vena cava superior oleh massa dalam rongga dada)

e) Paraspinal

Bila menyebar ke foramen neural dan korpus vertebra yang menyebabkan nyeri radikuler, lumpuh, dan gangguan fungsi kandung kencing dan usus.

5) Limfoma malignum

Limfoma malignum adalah suatu keganasan primer jaringan limfoid yang bersifat padat.

Gejala dan tanda limfoma malignum:

- a) Pembengkakan kelenjar getah bening yang progresif dileher (spesifik di supraklavikula), ketiak, pangkal paha, dan tanpa rasa nyeri
- b) Sesak napas dan sindrom vena cava superior yang disebabkan oleh desakan tumor di mediastinum
- c) Obstruksi saluran pencernaan pada tumor yang berlokasi di abdominal
- d) Demam, keringat malam, lemah, lesu, nafsu makan berkurang (berat badan turun secara progresif).

6) Karsinoma nasofaring

Karsinoma nasofaring adalah tumor ganas pada daerah antara hidung dan tenggorok (daerah nasofaring).

7) Gejala dini karsinoma nasofaring:

- a) Ingus bercampur darah, pilek dan air ludah yang kental, hidung tersumbat, mimisan
- b) Tuli unilateral, telinga berdengung (tinitus), nyeri telinga, rasa penuh di telinga.

Gejala lanjut karsinoma nasofaring:

- a) Pembesaran kelenjar getah bening di daerah leher
- b) Gangguan visus, penglihatan ganda (diplopia), kelopak mata turun (ptosis)
- c) Kesulitan membuka mulut, gangguan menelan (disfagia)
- d) Kesemutan dan kebas pada daerah muka (neuropati trigeminal) merupakan keluhan yang sering dijumpai.

Upaya penemuan dini kanker anak di masyarakat dapat dilakukan antara lain pada:

- Posyandu
- Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD), seperti Taman Kanak-kanak (TK), dan *playgroup*
- Sekolah (SD, SMP)
- Pramuka
- Palang Merah Remaja
- Poskestren

Kegiatan yang dapat dilakukan meliputi:

1) Kader

- Penyuluhan tentang kanker pada anak kepada masyarakat
- Penemuan dini dugaan kanker pada anak berdasarkan tanda dan gejala
- Memberikan motivasi kepada masyarakat untuk segera melakukan pemeriksaan ke puskesmas, apabila terdapat tanda dan gejala
- Memberikan motivasi kepada penderita/keluarganya agar terus melakukan pengobatan.

- 2) Petugas kesehatan
 - Pemeriksaan kanker pada anak berdasarkan tanda dan gejala
 - Melakukan kunjungan rumah kepada masyarakat terutama keluarga binaan dalam upaya penemuan secara dini kanker pada anak
 - Merujuk kasus dugaan kanker pada anak yang ditemukan ke unit pelayanan kesehatan terdekat.

5. Gangguan indera dan fungsional

a. Gangguan penglihatan

1) Gangguan penglihatan dan kebutaan

Gangguan penglihatan dan kebutaan menurut *World Health Organization* (WHO-ICD 10) dibagi dengan kategori sebagai berikut (Tabel 7):

Tabel 7. Gangguan Penglihatan dan Kebutaaan (WHO-ICD 10)

Gangguan Penglihatan dan Kebutaaan (WHO - ICD 10)	
<i>Early Visual Impairment (EVI)</i>	Tajam penglihatan < 6/12 – 6/18 pada mata terbaik dengan koreksi yang ada atau dengan koreksi terbaik atau <i>pinhole</i>
<i>Moderate Visual Impairment (MVI)</i>	Tajam penglihatan < 6/18 – 6/60 pada mata terbaik dengan koreksi yang ada atau dengan koreksi terbaik atau <i>pinhole</i>
<i>Severe Visual Impairment (SVI)</i>	Tajam penglihatan < 6/60 – 3/60 pada mata terbaik dengan koreksi yang ada atau dengan koreksi terbaik atau <i>pinhole</i>
<i>Blindness</i>	Tajam penglihatan < 3/60 pada mata terbaik dengan koreksi yang ada atau dengan koreksi terbaik atau <i>pinhole</i>
<i>Visual Impairment</i>	Tajam penglihatan < 6/18 pada mata terbaik dengan koreksi yang ada atau dengan koreksi terbaik atau <i>pinhole</i>
<i>Functional Low Vision</i>	Seseorang dengan <i>low vision</i> adalah yang memiliki gangguan pada fungsi visual walaupun telah dilakukan terapi dan/atau koreksi refraksi, dan tajam penglihatan kurang dari 6/18 hingga persepsi cahaya, atau lapang pandang kurang dari 10 derajat dari titik fiksasi yang menggunakan atau potensial menggunakan penglihatannya untuk melakukan kegiatan sehari-hari.

2) Gangguan refraksi

Gangguan refraksi adalah kelainan pembiasan sinar oleh media penglihatan yang terdiri dari kornea, cairan mata, lensa, badan kaca atau panjang bola mata, sehingga bayangan benda dibiaskan tidak tepat di daerah makula lutea tanpa bantuan akomodasi. Gangguan refraksi terdiri dari Hipermetropia, Miopi, Astigmatisme dan Presbiopia.

3) Katarak

Katarak adalah kekeruhan pada lensa yang menyebabkan penurunan tajam penglihatan (*visus*). Katarak merupakan penyebab terbesar kebutaan di Indonesia, dengan prevalensi sebesar 0,78%. Seiring dengan

meningkatnya usia harapan hidup, peningkatan jumlah penderita katarak perlu diantisipasi.

Berdasarkan etiologinya katarak dibagi menjadi katarak senilis, katarak traumatika, katarak komplikasi dan katarak kongenital. Katarak biasanya ditemukan pada kedua mata (bilateral) tetapi dapat juga terjadi pada satu mata (katarak monokular). Diagnosis Katarak berupa katarak yang belum matang (*immature*) dan katarak yang sudah matang (*mature*)

4) Glaukoma

Glaukoma adalah suatu penyakit yang ditandai dengan kumpulan gejala berupa peningkatan tekanan bola mata yang disertai kerusakan saraf mata dan penyempitan lapang pandang.

Klasifikasi glaukoma: 1) Glaukoma primer (sudut terbuka dan sudut tertutup); 2) Glaukoma kongenital; 3) Glaukoma sekunder; dan 4) Glaukoma absolut.

b. Gangguan pendengaran dan ketulian

1) Sumbatan serumen

Serumen adalah produk kelenjar sebacea dan apokrin yang terdapat pada kulit liang telinga. Jumlah dan konsistensinya (lunak, keras) bervariasi pada setiap orang. Pengumpulan serumen baik keras maupun lunak yang menyebabkan gangguan hantaran suara pada liang telinga, namun hal ini bukan merupakan penyakit.

Keadaan penumpukan serumen yang keras dan menyumbat liang telinga dikenal sebagai "serumen prop". Adakalanya gangguan pendengaran akibat serumen prop tidak disadari bila hanya terjadi pada gangguan pendengaran satu sisi telinga, hal ini sering terjadi pada anak-anak. Pada usia lanjut, serumen cenderung mengeras karena kelenjar apokrin mengalami atrofi, selain itu kulit liang telinga juga relatif lebih kering sehingga mudah terjadi pengumpulan serumen (serumen prop).

2) Otitis Media Supuratif Kronik (OMSK)

Otitis Media Supuratif Kronik (OMSK) adalah infeksi telinga tengah, disertai lubang (perforasi) gendang telinga dan keluarnya cairan ke liang telinga terus menerus atau hilang timbul.

Infeksi telinga tengah dibagi menjadi fase akut (Otitis Media Akut=OMA) dan fase kronik (OMSK). Jika OMA tidak diobati dengan tepat, maka akan timbul cairan di telinga tengah yang akan mendorong gendang telinga sehingga pecah, bila sekret yang keluar menetap atau berlangsung lebih dari 8 minggu disebut sebagai OMSK.

- 3) Gangguan Pendengaran Akibat Bising (NIHL/GPAB)
Tuli akibat bising adalah kurang pendengaran atau tuli akibat terpajan bising yang cukup keras dalam jangka lama, biasanya diakibatkan oleh bising lingkungan kerja dan tempat rekreasi.
- 4) Tuli kongenital
Tuli Kongenital yaitu tuli yang terjadi sebelum persalinan atau pada saat persalinan disebabkan oleh kelainan secara genetik dan nongenetik
- 5) Presbikusis
Presbikusis merupakan akibat dari proses degenerasi, diduga kejadian presbikusis mempunyai hubungan dengan faktor-faktor herediter, pola makanan, metabolisme, arteriosklerosis, infeksi, bising, gaya hidup atau bersifat multifaktor. Ketulian yang terjadi bersifat sensorineural, relatif simetris pada kedua telinga dan tidak ada perbedaan jenis kelamin.

Gejala utama berupa berkurangnya pendengaran secara perlahan-lahan dan progresif, simetris pada kedua telinga (bilateral). Onset berkurangnya pendengaran tidak diketahui pasti. Gejala lainnya adalah tinitus nada tinggi. Penderita dapat mendengar suara percakapan, tetapi sulit untuk memahaminya terutama bila diucapkan dengan cepat di tempat dengan suara bising (*cocktail party deafness*). Bila intensitas suara ditinggikan akan timbul rasa sakit di telinga, hal ini disebabkan oleh faktor kelelahan saraf (*recruitment*).

c. Gangguan fungsional

Manusia, dalam model integrasi *The International Classification of Functioning, Disability and Health/ICF* (WHO, 2001) dipandang dari berbagai dimensi fungsional dan faktor-faktor lain di tempat manusia tersebut berada (faktor kontekstual). Gangguan fungsional menggambarkan suatu kelainan pada fungsi fisiologis pada tingkat sistem tubuh, termasuk fungsi mental, kognitif dan psikologis. Kemampuan fungsi seseorang akan menentukan derajat kualitas hidup. Gangguan fungsi yang ada dapat menyebabkan terjadinya gangguan emosional yang persisten, distress sosial dan penurunan kualitas hidup. Pada perjalanannya, gangguan fungsional yang tidak ditangani akan berujung pada kondisi disabilitas.

Dengan meningkatnya usia harapan hidup, maka semakin bertambah kecenderungan penyandang disabilitas disebabkan karena proses degeneratif. Beberapa penyakit dan kondisi kesehatan dapat berimplikasi menjadi gangguan fungsional/disabilitas, demikian juga kejadian bencana alam, kecelakaan lalu lintas serta konflik, dan lain-lain. Selain itu, permasalahan aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan masih menjadi penghalang bagi penyandang disabilitas.

Mengacu pada Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016, Ragam Penyandang Disabilitas meliputi :

- 1) Penyandang disabilitas fisik
Penyandang Disabilitas Fisik adalah terganggunya fungsi gerak, antara lain amputasi, lumpuh layuh atau kaku, paraplegi, *Cerebral Palsy* (CP), akibat stroke, akibat kusta, orang kecil, dan sebagainya.
- 2) Penyandang disabilitas intelektual
Penyandang Disabilitas Intelektual adalah fungsi pikir karena tingkat kecerdasan di bawah rata-rata, antara lain lambat belajar, disabilitas grahita, *Down syndrome*, dan sebagainya.
- 3) Penyandang disabilitas mental
Penyandang Disabilitas Mental adalah terganggunya fungsi pikir, emosi dan perilaku, antara lain:
 - a) Psiko-sosial, diantaranya skizofrenia, bipolar, depresi, ansietas dan gangguan kepribadian
 - b) Disabilitas perkembangan yang berpengaruh pada kemampuan interaksi sosial diantaranya autisme dan Hiperaktif
- 4) Penyandang disabilitas sensorik
Penyandang Disabilitas Sensorik adalah terganggunya salah satu fungsi dari panca indera, antara lain disabilitas netra, disabilitas rungu, disabilitas wicara, dan sebagainya

Ragam penyandang disabilitas dapat dialami secara tunggal, ganda, atau multi. Penyandang disabilitas ganda atau multi adalah penyandang disabilitas yang mempunyai dua atau lebih ragam disabilitas, antara lain, disabilitas rungu-wicara dan disabilitas netra-tuli.

B. Upaya Promotif dan Preventif PTM

1. Upaya promotif

Upaya promosi kesehatan di FKTP (puskesmas) dilakukan agar masyarakat mampu ber-Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Upaya promosi kesehatan dilaksanakan melalui sosialisasi, diseminasi informasi, dan KIE dengan menggunakan media promosi, seminar/workshop dan melibatkan pemuka masyarakat, keluarga dan dunia usaha. Promosi kesehatan juga ditujukan dalam rangka menciptakan lingkungan yang kondusif seperti adanya Kawasan Tanpa Rokok (KTR), sarana umum untuk melakukan aktivitas fisik, olahraga, dan lain-lain.

Pengendalian faktor risiko PTM dilakukan melalui gaya hidup sehat seperti tidak merokok, cukup aktivitas fisik, diet sehat (gizi seimbang, rendah gula garam dan lemak), tidak mengonsumsi alkohol serta dapat mengendalikan stres.

Promosi kesehatan dilaksanakan masyarakat dengan berperilaku “**CERDIK**”, yaitu menuju masa muda sehat dan hari tua nikmat tanpa PTM, yang secara harfiah adalah:

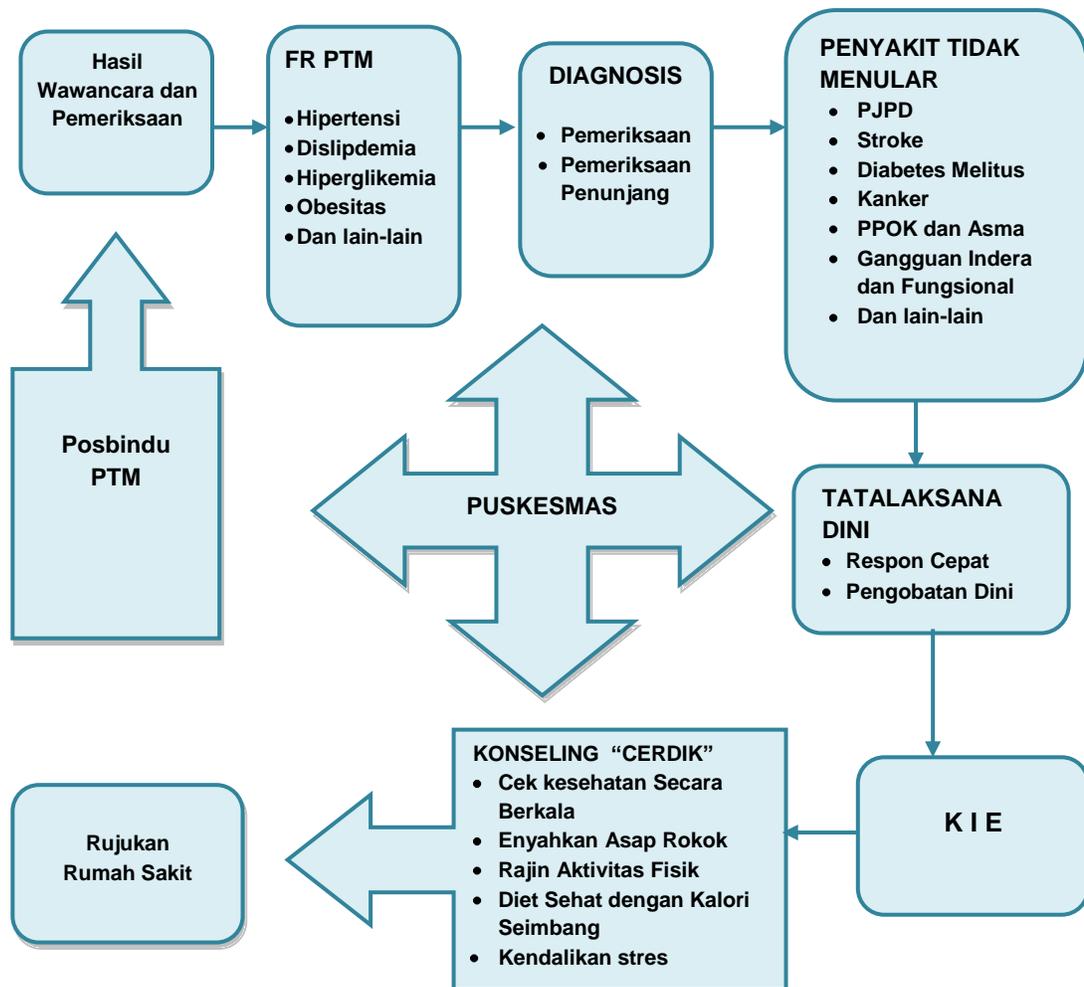
- C** : Cek kesehatan secara berkala
- E** : Enyahkan asap rokok
- R** : Rajin aktivitas fisik
- D** : Diet sehat dengan kalaori seimbang
- I** : Istirahat yang cukup
- K** : Kendalikan stres

Pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat di komunitas dapat dilaksanakan melalui Posbindu PTM, UKBM, Posdaya, Poslansia dan pos lainnya dimana masyarakat dapat berkontribusi dalam meningkatkan kesehatan melalui peningkatan pengetahuan dan kemampuan menuju kemandirian untuk hidup sehat. Diharapkan partisipasi masyarakat secara total dalam pencegahan dan penanganan kegawatdaruratan yang sederhana serta merubah perilakunya untuk mencapai hidup sehat.

Pengembangan Desa Siaga merupakan revitalisasi Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) sebagai pendekatan edukatif yang perlu dihidupkan kembali, dipertahankan dan ditingkatkan. Posbindu PTM adalah kegiatan pembinaan terpadu untuk mengendalikan faktor risiko PTM dan merupakan bentuk kemandirian masyarakat dalam mendeteksi dan memonitor faktor risiko PTM secara rutin. Petugas puskesmas melakukan pengawasan melalui kegiatan monitoring program. Pembinaan kegiatan Posbindu PTM, dapat dilakukan melalui kemitraan organisasi profesi (PPNI, IAKMI, IDI, IBI, Forum Kota Sehat, dan lain-lain). Selain sebagai pembina dan pengawas dalam penyelenggaraan Posbindu PTM, puskesmas juga menjadi tempat rujukan selain dokter keluarga dan klinik swasta.

Kasus yang sudah ditangani dan mendapat pengobatan, puskesmas dapat menganjurkan agar kasus dimonitor melalui kegiatan Posbindu PTM, selanjutnya secara berkala tetap kontrol ke puskesmas untuk mendapatkan pengobatan dan penanganan medis lainnya jika diperlukan. Berikut Alur Pengendalian PTM mulai dari Posindu PTM, puskesmas dan rumah sakit dapat dilihat pada Alur 1

Alur 1. Pengendalian PTM Mulai dari Posbindu PTM, Puskesmas dan Rumah Sakit

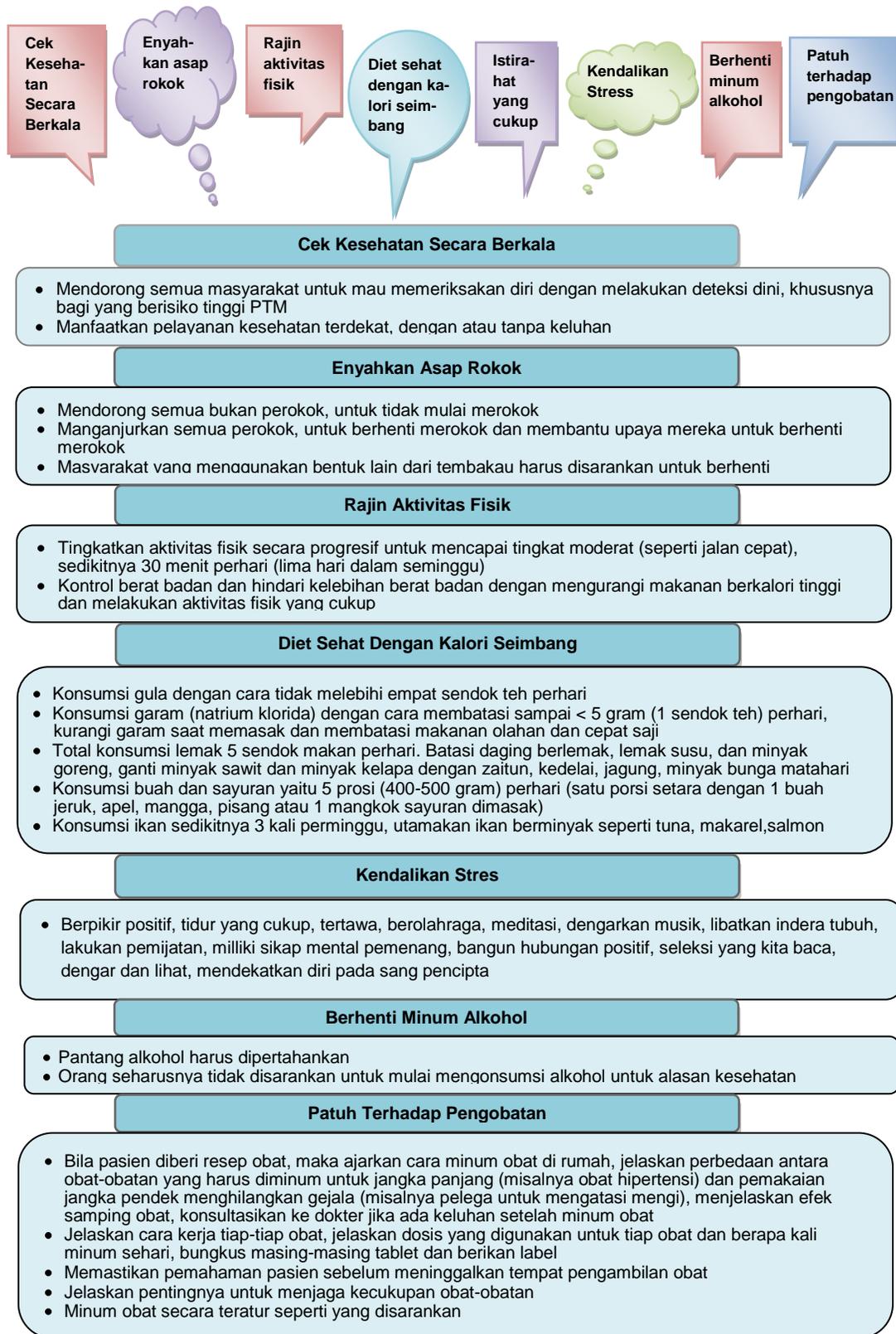


Puskesmas sebagai pembina posbindu dan rujukan posbindu, berperan memberikan penanganan penyakit serta memberikan pendidikan kesehatan dan konseling.

Pendidikan kesehatan dan konseling ini merupakan tatalaksana dini untuk pengendalian faktor risiko maupun pengendalian penyakit di posbindu maupun puskesmas.

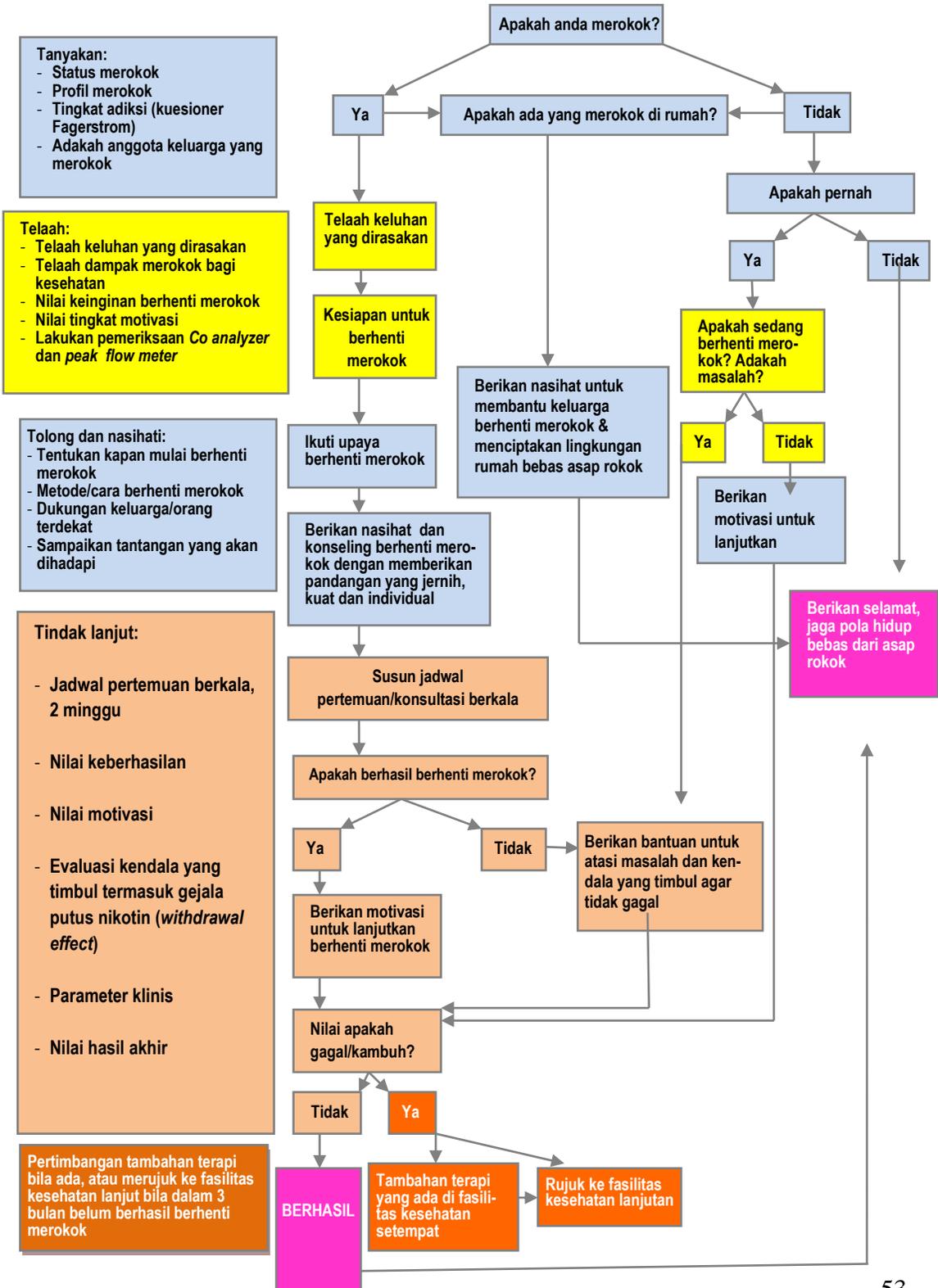
Berikut adalah panduan dalam memberikan pendidikan kesehatan maupun konseling kepada masyarakat untuk pencegahan PTM dengan melakukan pengendalian faktor risiko (Lihat Gambar 2).

Gambar 2. Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) dan Konseling Kesehatan



Sehubungan dengan pengendalian faktor risiko merokok, alur berikut digunakan sebagai pendidikan kesehatan dan konseling untuk berhenti merokok (Alur 2).

Alur 2. Konseling Berhenti Merokok



2. Upaya preventif

Upaya preventif mencakup pencegahan primer, sekunder dan tersier

a. Pencegahan primer

Segala kegiatan yang dapat menghentikan atau mengurangi faktor risiko kejadian penyakit, sebelum penyakit tersebut terjadi. Pencegahan primer dapat dilaksanakan di puskesmas, melalui berbagai upaya meliputi promosi PTM untuk meningkatkan kesadaran, edukasi pengetahuan masyarakat dalam pengendalian PTM.

Promosi dapat dilaksanakan melalui berbagai upaya, seperti kampanye pengendalian PTM pada hari-hari besar PTM (Hari Kanker Sedunia, Hari Tanpa Tembakau Sedunia, Hari Diabetes Sedunia, Hari Kesehatan Telinga dan Pendengaran, Hari Bebas Bising, Hari Glaukoma Sedunia, Hari Penglihatan Sedunia, dan Hari Disabilitas Sedunia).

Upaya meningkatkan pengetahuan, kemauan dan kemampuan masyarakat untuk melaksanakan upaya pencegahan primer dengan cara melindungi dirinya dari risiko PTM, seperti pemakaian alat pelindung diri (pemakaian kaca mata UV untuk mengurangi keterpaparan langsung sinar UV, pemakaian *ear plug* untuk melindungi gangguan pendengaran akibat kebisingan), dan deteksi dini faktor risiko PTM.

Bentuk pencegahan primer lainnya dapat berupa proteksi khusus seperti vaksinasi. Dalam kaitan dengan pencegahan kanker payudara sampai saat ini belum ditemukan vaksinasinya, sedangkan untuk kanker leher rahim adalah dengan vaksinasi HPV. Kesadaran dalam pencegahan agar masyarakat tidak jatuh sakit dan masyarakat yang sehat dapat memelihara kesehatan dan kebugarannya secara optimal. Puskesmas wajib memberdayakan perorangan, keluarga dan masyarakat agar berperan serta dalam penyelenggaraan setiap upaya puskesmas.

b. Pencegahan sekunder

Lebih ditujukan pada kegiatan deteksi dini untuk menemukan penyakit. Bila ditemukan kasus, maka dapat dilakukan pengobatan dini agar penyakit tersebut tidak menjadi parah. Pencegahan sekunder dapat dilaksanakan melalui skrining/uji tapis dan deteksi dini. Deteksi dini kanker leher rahim dan kanker payudara dilakukan dengan metode Inspeksi Visual dengan aplikasi Asam Asetat (IVA) sebagai cara untuk pemeriksaan lesi prakanker leher rahim, dan pemeriksaan klinis payudara (SADANIS).

c. Pencegahan tersier

Suatu kegiatan yang difokuskan untuk mempertahankan dan meningkatkan kualitas hidup penderita yang telah mengalami penyakit yang cukup berat, yaitu dengan cara rehabilitatif dan paliatif sesegera mungkin agar terhindar

dari komplikasi lebih lanjut. Pencegahan tersier dapat dilaksanakan melalui tindak lanjut dini dan tatalaksana kasus termasuk penanganan respon cepat sehingga dapat dicegah kecacatan dan kematian dini akibat PTM.

Tatalaksana kasus dan respon cepat terhadap kondisi kegawatan PTM harus segera dilakukan oleh setiap petugas kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan dasar. Penanganan pra rujukan yang memadai menjadi tolok ukur keberhasilan setiap layanan kesehatan yang diberikan di fasilitas pelayanan kesehatan dasar terhadap kasus yang memerlukan penanganan lebih lanjut di rumah sakit.

Pengendalian PTM difokuskan terhadap faktor risiko PTM, jika sudah menderita PTM, maka akan sulit disembuhkan dengan sempurna, bahkan dapat menimbulkan kecacatan dan kematian. Disamping itu, PTM memerlukan perawatan dan pengobatan yang memakan waktu cukup lama dengan biaya yang tidak sedikit.

C. Deteksi Dini Faktor Risiko PTM

Dalam perjalanan PTM selain faktor risiko perilaku, faktor risiko antara dapat dikendalikan karena itu perlu dilakukan deteksi dini dan diintervensi secara dini agar tidak berlanjut menjadi fase akhir terjadinya PTM, yang akan memberikan beban biaya kesehatan sangat mahal.

Faktor risiko PTM ada yang dapat dimodifikasi dan tidak dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi, yaitu:

- Riwayat penyakit dalam keluarga
- Kelahiran premature
- Usia
- Jenis kelamin.

Faktor risiko yang dapat dimodifikasi antara lain:

- Kurang aktivitas fisik
- Pola makan yang tidak sehat dan seimbang
- Gaya hidup tidak sehat
 - Merokok
 - Mengonsumsi alcohol
 - Kurang sayur dan buah
 - Berat badan berlebih
 - Obesitas (obesitas umum dan sentral)
- Stres
- Dislipidemia (metabolisme lemak yang abnormal)
- Hiperglikemia (kadar gula darah tinggi)
- Perilaku yang berkaitan dengan gangguan indera dan fungsional
 - Penggunaan *gadget*/elektronik dalam jangka waktu lama
 - Kebiasaan membaca dengan jarak terlalu dekat dan cahaya kurang terang

- Paparan Ultra Violet
- Pajanan bising yang cukup keras (>85 dB) dalam jangka waktu cukup lama dan berulang ulang.

Semakin dini PTM ditemukan akan semakin baik dalam penatalaksanaannya dan mengurangi terjadinya komplikasi yang bersifat fatal.

Faktor risiko PTM tersebut diatas dapat dideteksi dengan upaya deteksi dini. Upaya tersebut dapat dilaksanakan di masyarakat secara massal, di luar gedung maupun dalam gedung puskesmas yang dapat dilaksanakan secara terpadu (terintegrasi).

Deteksi dini atau skrining (uji tapis) adalah suatu strategi yang digunakan dalam suatu populasi untuk mendeteksi faktor risiko atau penyakit pada individu dengan atau tanpa gejala dan yang sudah menderita PTM.

Deteksi dini bukan untuk diagnosis, tetapi untuk menjangkit dan menemukan apakah yang bersangkutan memiliki Faktor Risiko (FR) PTM atau sudah menderita PTM. Pada saat skrining ditemukan faktor risiko PTM atau PTM, maka perlu ditindaklanjuti dengan cepat dan tepat.

Pelayanan deteksi dini PTM di puskesmas dilaksanakan dengan dua cara, yaitu:

1. Pelayanan aktif

Dilaksanakan melalui penyaringan massal (*mass screening*) saat kegiatan yang melibatkan masyarakat banyak, seperti:

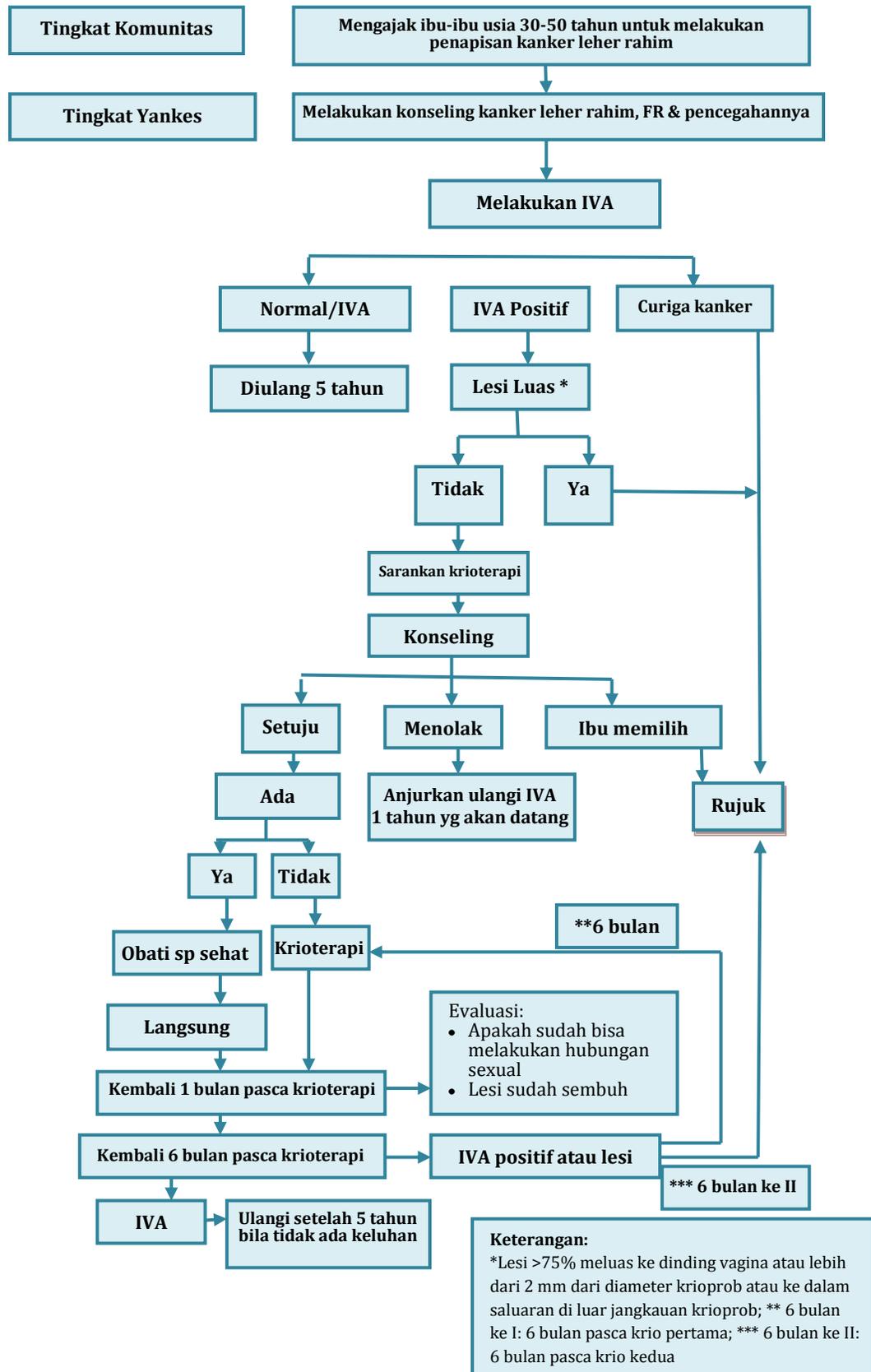
- Seminar/workshop
- Peringatan hari-hari besar nasional, keagamaan
- Dan lain-lain.

2. Pelayanan pasif

Deteksi dini dapat dilaksanakan secara terpadu (terintegrasi), misalnya melakukan pemeriksaan tinggi badan, berat badan, Indeks Masa Tubuh, lingkar perut, tekanan darah, disertai pemeriksaan gula darah sewaktu, kolesterol, IVA yang terintegrasi dengan program lain (misalnya ANC pada ibu hamil), pemeriksaan IVA (Inspeksi Visual dengan aplikasi Asam Asetat), SADARI (Pemeriksaan Payudara Sendiri) dan SADANIS (Pemeriksaan Payudara Klinis) oleh tenaga kesehatan yang dilakukan secara bersamaan pada ibu usia 30-50 tahun saat kontrol KB.

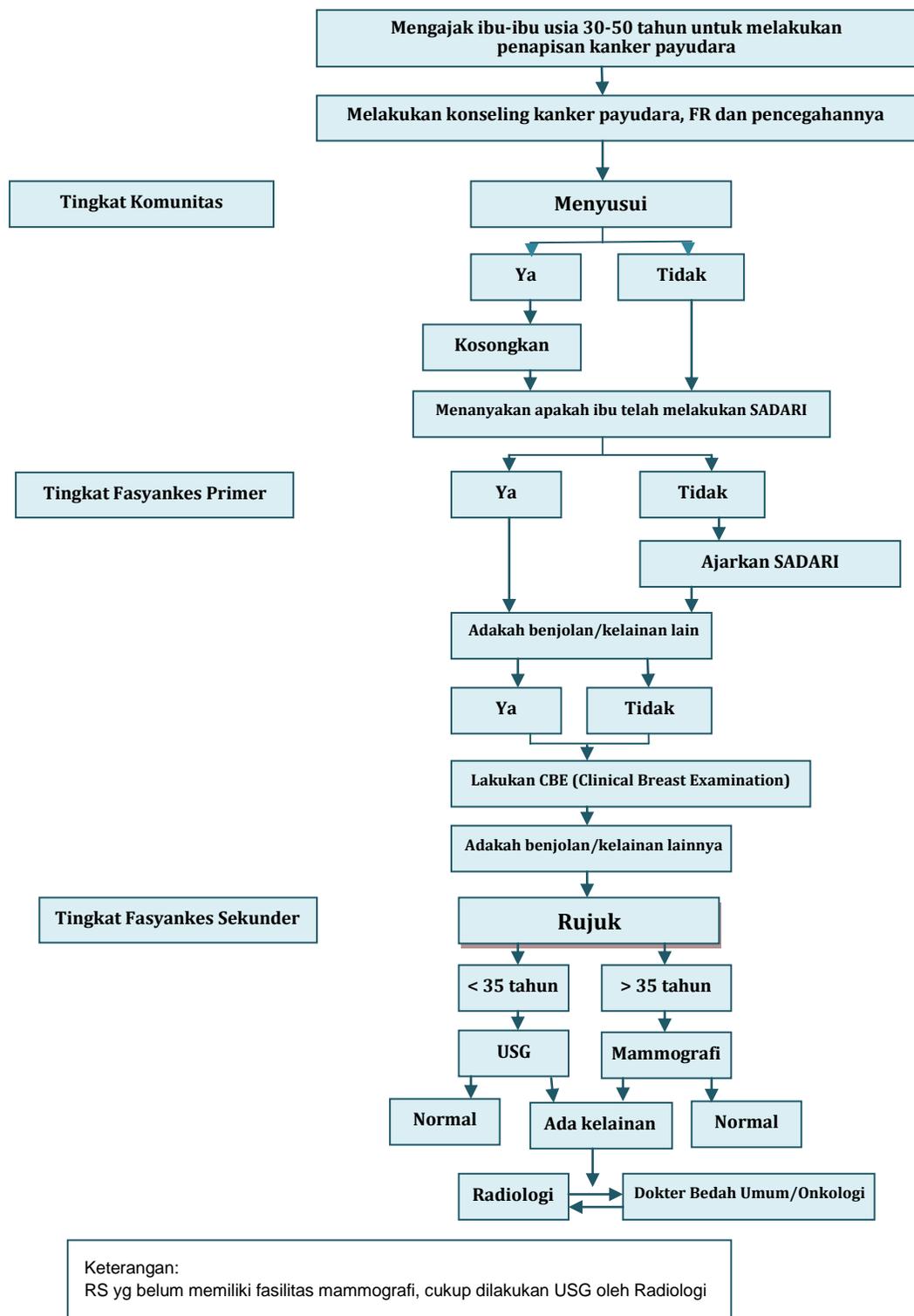
Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama sebagai ujung tombak pelayanan dasar di komunitas, juga dapat melakukan deteksi dini kepada masyarakat berisiko, yaitu perempuan usia 30-50 tahun dan dapat dilakukan pemeriksaan serta tatalaksana pada sekali kunjungan yang disebut *Single Visite Approach* (SVA), sebagaimana terlihat pada Alur 3a.

Alur 3a. *Single Visite Approac* (SVA)



Deteksi dini kanker payudara dapat juga dilakukan secara terintegrasi dengan kanker leher rahim pada kelompok umur yang sama, dengan menggunakan Alur 3b di bawah ini.

Alur 3b. Deteksi Dini Kanker Payudara

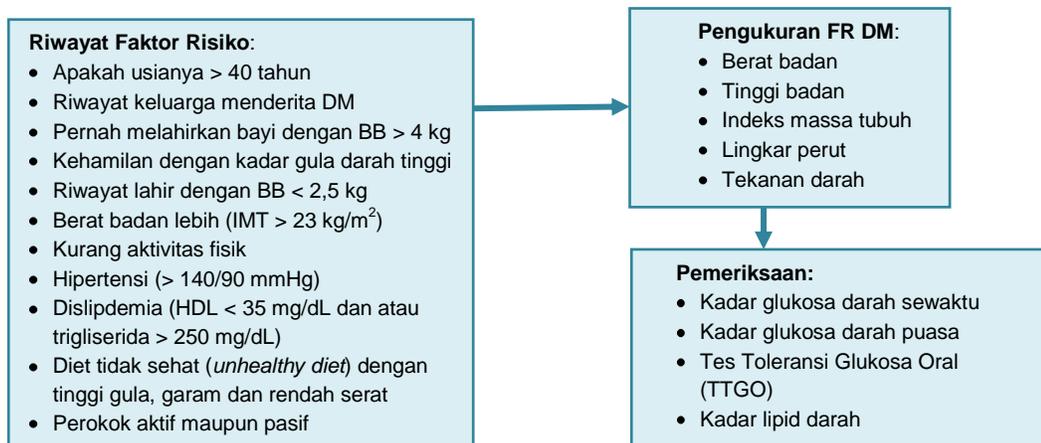


Melalui kegiatan deteksi dini faktor risiko PTM diharapkan dapat dilakukan penanganannya sesegera mungkin, sehingga prevalensi faktor risiko, angka kesakitan, kecacatan dan kematian akibat PTM dapat diturunkan serendah mungkin. Deteksi dini faktor risiko PTM dapat mencegah dampak yang memiliki konsekuensi sosial dan ekonomi, karena untuk pengobatan PTM perlu waktu yang lama dan dengan biaya mahal, misalnya miokard infark, stroke, gagal ginjal, amputasi dan gangguan penglihatan, PPOK derajat berat.

Deteksi dini PTM dilakukan terhadap faktor risiko dan dengan mengenali tanda dan gejala, seperti pada:

- a. Penyakit kanker, dapat dilaksanakan pada beberapa jenis kanker, dengan cara yang lebih mudah dan dapat dilakukan oleh petugas kesehatan di tingkat dasar sekalipun, yaitu pada kanker leher rahim menggunakan metode IVA (Inspeksi Visual dengan Asam Asetat), kanker payudara mengajarkan SADARI (pemeriksaan payudara sendiri) serta penemuan dini kanker pada anak menggunakan senter (*pen light*) atau oftalmoskop untuk uji Refleks Fundus Merah (Tes Lihat Merah) sebagai pengenalan awal Retinoblastoma.
- b. Penyakit jantung, dengan tanda utamanya adalah adanya keluhan sakit dada yang khas disertai peningkatan enzim-enzim jantung, seperti CPK-CKMB, troponin, bila positif jelas terjadi suatu penyumbatan koroner.
- c. Penyakit jantung dan pembuluh darah, dan diabetes melitus (melalui pemeriksaan kadar kolesterol dan gula darah), obesitas (melalui pemeriksaan IMT dan lingkar perut). Deteksi dini diabetes melitus dan penyakit jantung-pembuluh darah dapat dilaksanakan secara terintegrasi dengan mengikuti Alur 4 dibawah ini.

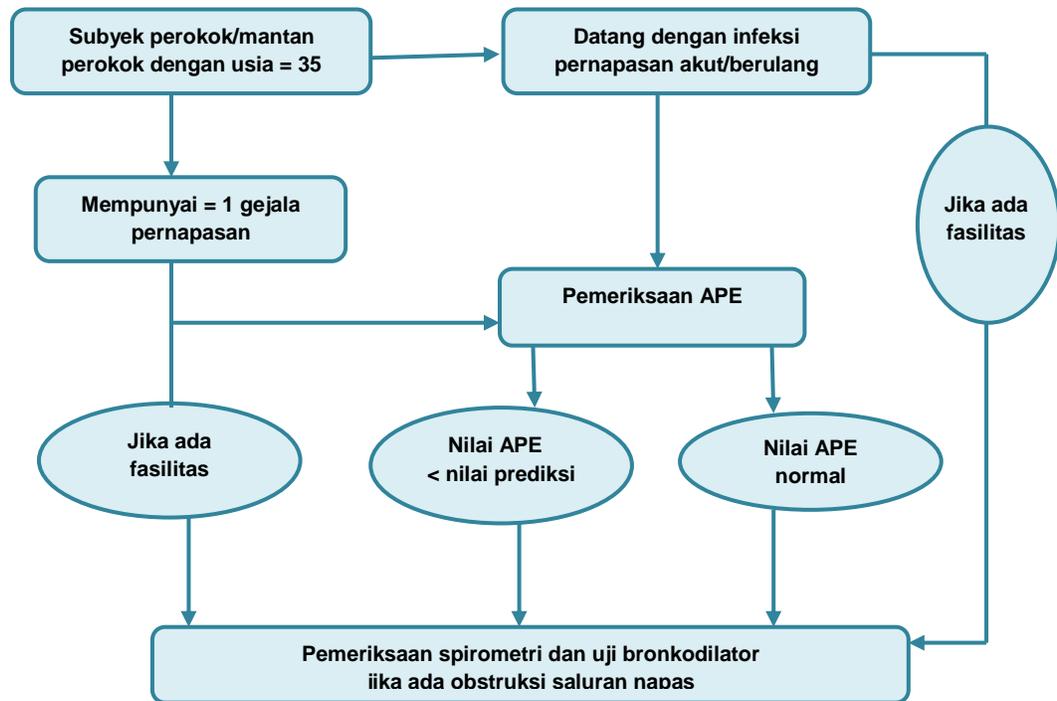
Alur 4. Deteksi Dini Diabetes Melitus dan Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah



- d. Penyakit Paru Obstruktif Kronik dengan tanda utama adanya keluhan batuk/sesak, untuk PPOK diatas 40 tahun dengan riwayat merokok disertai gangguan pernafasan berupa batuk kronik yang berulang dan bersifat progresif

disertai perubahan warna sputum. Asma dengan tanda utama sesak disertai mengi, gejala episodik dengan riwayat alergi. PPOK dan asma dapat dideteksi dengan pemeriksaan Arus Puncak Ekspirasi (APE) menggunakan *peakflow rate* meter dan dilanjutkan dengan pemeriksaan spirometer. Deteksi dini PPOK dan asma secara terintegrasi dapat juga dilakukan di puskesmas dan jajarannya dengan memperhatikan Alur 5 dibawah ini.

Alur 5. Deteksi Dini PPOK dan Asma



Catatan:

- Perokok adalah subyek yang telah merokok minimal 100 batang rokok dan sampai dengan penilaian dilakukan masih merokok.
- Mantan perokok adalah perokok yang telah berhenti merokok minimal satu bulan sebelum penilaian dilakukan.
- Hipotiroid melalui pemeriksaan *Thyroid Stimulating Hormone* (TSH) pada wanita usia subur, wanita hamil dan neonatus.
- Osteoporosis, adanya faktor risiko riwayat patah tulang secara tiba-tiba karena trauma ringan atau tanpa trauma, tubuh makin pendek dan bongkok, skrining dengan tes 1 menit.
- Gagal ginjal kronik
- Thalasemia dengan riwayat thalasemia dalam keluarga, sering anemia tanpa perdarahan, pemeriksaan darah tepi ditemukan anemia mikro.
- *Systemic Lupus Erimatous* (SLE) dengan periksa LUPus sendiri (SALURI).

e. Gangguan indera dan fungsional

1) Gangguan penglihatan dan kebutaan.

- a) Deteksi dini ketajaman penglihatan dengan menggunakan “Kartu Snellen” untuk pemeriksaan visus bila penderita tidak bisa membaca kartu Snellen maka dilakukan dengan : hitung jari, goyangan tangan, dan Cahaya gelap/terang.

Bila penderita bisa membaca kartu snellen ditambah lensa S+0,50 D: bila bertambah jelas: hipermetropia dan bila bertambah kabur: myopia, diberikan lensa sferis negatif yang dikurangi bertahap sampai 6/6 bila belum dicapai tajam penglihatan maksimal, kemungkinan astigmatisme (diperiksa dengan teknik *fogging*). Penderita dengan Usia ≥ 40 tahun (gangguan membaca dekat): ditambahkan adisi lensa sferis positif secara bertahap

- b) Deteksi dini katarak *immature* dengan tanda utama adanya keluhan bintik hitam pada lapangan pandang, penglihatan seperti berasap, penglihatan ganda dan sukar membaca huruf. Sedangkan pada katarak yang matur dengan keluhan penglihatan hanya mampu menghitung jari, gerakan lambaian tangan aja atau hanya bisa membedakan terang dan gelap serta tidak bisa membaca huruf. Melakukan pemeriksaan funduskopi dengan oftalmoskop untuk melihat segmen posterior (bila katarak tidak terlalu keruh)
- c) Deteksi dini glaukoma jenis akut dengan tanda adanya keluhan mata terasa sakit sekali karena tekanan bola mata tiba-tiba meninggi, hilangnya penglihatan sisi samping (perifer), sakit kepala, penglihatan kabur dan melihat pelangi bila melihat sumber cahaya terang (misalnya lampu). Melakukan pemeriksaan tekanan intraokular dengan tonometer Schiotz : TIO 28 mm Hg (4,5/7,5) atau lebih dan melakukan pemeriksaan lapang pandang dengan tes konfrontasi: menyempit

2) Gangguan pendengaran dan ketulian

- a) Deteksi dini ketajaman pendengaran
Secara sederhana dapat diperiksa dengan suara bisikan. Pendengaran yang baik akan dengan mudah mengetahui adanya bisikan dan tes penala.

Hasil Interpretasi pemeriksaan pendengaran dengan tes penala dapat dilihat pada Tabel 8.

Tabel 8. Hasil Pemeriksaa Pendengaran dengan Tes Penala

Tes Rinne	Tes Weber	Tes Schwabach	Diagnosis
+	Tidak ada lateralisasi	Sama dengan pemeriksaan	Normal
-	Lateralisasi ke telinga yang sakit	memanjang	Tuli konduktif
+	Lateralisasi ke telinga yang sehat	memendek	Tuli saraf

- b) Deteksi dini serumen
Melakukan pemeriksaaan liang telinga menggunakan lampu senter atau lampu kepala atau otoskop, akan terlihat serumen di liang telinga.
- c) Deteksi dini OMSK
Melakukan pemeriksaan liang telinga menggunakan alat otoskop ditemukan cairan kental kekuningan, berbau busuk dan setelah dibersihkan tampak perforasi (lubang) membran timpani/gendang telinga
- d) Deteksi dini presbikusis
Melakukan pemeriksaan liang telinga menggunakan alat otoskop: tampak membran timpani suram. Juga menggunakan audiometric dengan nada murni.
- e) Deteksi dini tuli kongenital
Biasanya melalui keluhan orang tua yang bayi/anak tidak memberi respons terhadap bunyi, Terlambat bicara (*delayed speech*), riwayat keluarga dengan gangguan pendengaran sejak masa anak-anak dan riwayat infeksi TORCHS (Toksoplasma, Rubela, Cytomegalovirus, Herpes, Sifilis) pada kehamilan dan riwayat bayi lahir prematur. Melakukan pemeriksaan menggunakan Oto Acoustic Emission (OAE) dengan hasil pencatatan mudah dibaca, berdasarkan kriteria *pass* (lulus) atau *refer* (tidak lulus) → hasil *refer* (tidak lulus).

Deteksi dini faktor risiko Penyakit Tidak Menular di puskesmas meliputi kegiatan wawancara, pengukuran dan pemeriksaan seperti di bawah ini:

1. Wawancara

Wawancara dilakukan petugas berkaitan dengan faktor risiko PTM antara lain: riwayat penyakit dahulu dan riwayat penyakit keluarga berkaitan dengan penyakit tidak menular riwayat merokok, kebiasaan minum minuman manis, kopi dan beralkohol, kegiatan aktifitas fisik/olah raga, kebiasaan makan sayur

dan buah, kebiasaan makan dengan kandungan tinggi karbohidrat, lemak tinggi dan asin, tekanan darah tinggi, sering mengalami stress.

Pada saat wawancara perlu memperhatikan tata cara pelaksanaan wawancara berikut:

- a. Perkenalkan diri Anda kepada narasumber sebelum wawancara dimulai dan kemukakan tujuan wawancara.
- b. Mulai wawancara dengan pertanyaan yang ringan dan bersifat umum. Lakukanlah pendekatan tidak langsung pada persoalan, misalnya lebih baik tanyakan dulu soal kesenangan atau kebiasaan/hobinya. Jika dia sudah asyik berbicara, baru hubungkan dengan persoalan yang menjadi topik Anda.
- c. Dengarkan pendapat dan informasi secara saksama, usahakan tidak menyela agar keterangan tidak terputus. Jangan meminta pengulangan jawaban dari narasumber.
- d. Hindari pertanyaan yang berbelit-belit.
- e. Harus tetap menjaga suasana agar tetap informatif. Hindari pertanyaan yang menyinggung dan menyudutkan narasumber.
- f. Harus pandai mengambil kesimpulan, artinya tidak semua jawaban dicatat.
- g. Hasil dicatat pada kartu hasil.
- h. Beri kesan yang baik setelah wawancara.
- i. Jangan lupa ucapkan terima kasih.

2. Pengukuran faktor risiko PTM

a. Pengukuran kegemukan/obesitas

Untuk menentukan kegemukan/obesitas diperlukan data berat badan (BB), tinggi badan (TB), dan lingkar perut. Dengan mengetahui BB dan TB, maka dihitung Indeks Massa Tubuh (IMT) dengan rumus:

$$IMT = \frac{BB \text{ (kg)}}{TB^2 \text{ (m)}}$$

1) Pengukuran Berat Badan

Timbangan berat badan sangat sederhana penggunaannya, namun diperlukan pelatihan oleh petugas kesehatan agar masyarakat/kader kesehatan mengerti dan dapat menggunakannya secara baik. Pedoman penggunaan timbangan berat badan ini harus dipelajari dengan benar untuk hasil yang optimal.

Berikut ini adalah langkah-langkah dalam menggunakan timbangan:

a) Persiapan:

- Ambil timbangan dari kotak karton dan keluarkan dari bungkus plastiknya.

- Letakan alat timbang pada lantai yang keras dan datar.
- Responden yang akan ditimbang **diminta membuka** alas kaki dan jaket serta mengeluarkan isi kantong yang berat seperti kunci.
- Pastikan timbangan pada nilai pengukuran pada angka 0.

b) Prosedur penimbangan:

- Responden diminta naik ke alat timbang dengan posisi kaki tepat di tengah alat timbang tetapi tidak menutupi jendela baca.
- Perhatikan posisi kaki responden tepat di tengah alat timbang, sikap tenang (JANGAN BERGERAK-GERAK) dan kepala tidak menunduk (memandang lurus kedepan).
- Jarum di kaca jendela alat timbang akan bergerak dan tunggu sampai diam/ tidak berubah (STATIS).
- Catat angka yang ditunjuk oleh jarum berhenti dan isikan pada Kartu Hasil berat badan
- Minta responden turun dari alat timbang.
- Jarum pada alat timbang akan berada pada posisi 0 secara otomatis.
- Untuk menimbang responden berikutnya, ulangi prosedur a s/d f
- Demikian pula untuk responden berikutnya.

2) Pengukuran Tinggi Badan

Pengukuran tinggi badan (cm) dimaksudkan untuk mendapatkan data tinggi badan semua kelompok umur.

a) Alat Pengukur tinggi badan: *microtoise* dengan kapasitas ukur 2 meter dan ketelitian 0,1 cm.

b) Prosedur Pengukuran Tinggi Badan

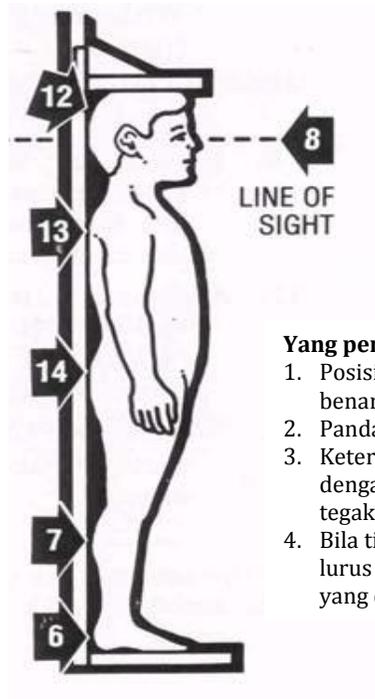
- Minta responden melepaskan alas kaki (sandal/sepatu), topi (penutup kepala).
- Pastikan alat geser berada diposisi atas.
- Responden diminta berdiri tegak, persis di bawah alat geser.
- Posisi kepala dan bahu bagian belakang, lengan, pantat dan tumit menempel pada dinding tempat *microtoise* di pasang.
- Pandangan lurus ke depan, dan tangan dalam posisi tergantung bebas.
- Gerakan alat geser sampai menyentuh bagian atas kepala responden. Pastikan alat geser berada tepat di tengah kepala. Dalam keadaan ini bagian belakang alat geser harus tetap menempel pada dinding.

- Baca angka tinggi badan pada jendela baca ke arah angka yang lebih besar (ke bawah). Pembacaan dilakukan tepat di depan angka (skala) pada garis merah, sejajar dengan mata petugas.
- Apabila pengukur lebih rendah dari yang diukur, pengukur harus berdiri di atas bangku agar hasil pembacaannya benar.
- Pencatatan dilakukan dengan ketelitian sampai satu angka dibelakang koma (0,1 cm). Contoh 157,3 cm; 160,0 cm; 163,9 cm. Isikan ke dalam Buku Monitoring FR PTM.

Gambar 3. Cara Pengukuran Tinggi Badan dengan *Microtoise*



Gambar 4. Pengukuran Tinggi Badan



Yang perlu diperhatikan:

1. Posisi kepala, punggung, pantat, betis dan tumit yang benar.
2. Pandangan lurus kedepan.
3. Keterbatasan *microtoise* adalah memerlukan tempat dengan permukaan lantai dan dinding yang rata, serta tegak lurus tanpa tonjolan atau lengkungan di dinding.
4. Bila tidak ditemukan dinding yang rata dan tegak lurus setinggi 2 meter, cari tiang rumah atau papan yang dapat digunakan untuk menempelkan *microtoise*.

3) Menghitung IMT (Indeks Massa Tubuh)

Contoh: BB=50 kg, TB=160 cm = 1,6m, maka $IMT = 50 / 1,6^2 = 50 / 2,56 = 19,53 \text{ kg/m}^2$

Tabel 9. Nilai IMT dan Risiko Penyakit Tidak Menular

No.	Nilai IMT	Klasifikasi	Risiko PTM
1.	≤18,5	BB Kurang	Rendah
2.	18,5-22,9	BB Normal	Rata-rata
3.	23-24,9	Gemuk dengan risiko	Meningkat
4.	25,0-29,9	Obesitas Tingkat I	Sedang
5.	≥30	Obesitas Tingkat II	Berbahaya

Mengacu pada standar WHO WPR/IASO/IOTF dalam The Asia-Pacific Perspective: Redefining Obesity and its Treatment, dan diadopsi oleh Perkeni tahun 2006.

b. Pengukuran lingkar perut

Pengukuran lingkar perut dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya obesitas abdominal/ sentral. Jenis obesitas ini sangat berpengaruh terhadap kejadian penyakit kardiovaskular dan diabetes mellitus. Lingkar Perut dan risiko PTM (Tabel 10):

Tabel 10. Lingkar Perut dan Risiko PTM

No.	Lingkar Perut	Jenis Kelamin	Risiko PTM
1.	≥ 90 cm	Laki-laki	Meningkat
2.	≥102 cm	Laki-laki	Sangat meningkat
3.	≥ 80 cm	Perempuan	Meningkat
4.	≥ 88 cm	Perempuan	Sangat meningkat

1) Alat yang dibutuhkan:

- Ruangan yang tertutup dari pandangan umum. Jika tidak ada gunakan tirai pembatas.
- Pita pengukur
- Spidol atau pulpen

2) Hal yang perlu diperhatikan:

- Pengukuran Lingkar Perut yang benar dilakukan dengan menempelkan pita pengukur diatas kulit langsung. Pengukuran di atas pakaian sangat tidak dibenarkan
- Apabila responden tidak bersedia membuka/menyingskap pakaian bagian atasnya, pengukuran dengan menggunakan pakaian yang sangat tipis (kain nilon, silk, dan lain-lain) diperbolehkan dan beri catatan pada kuesioner
- Apabila responden tetap menolak untuk diukur, pengukuran Lingkar Perut tidak boleh dipaksakan dan beri catatan pada kuesioner.

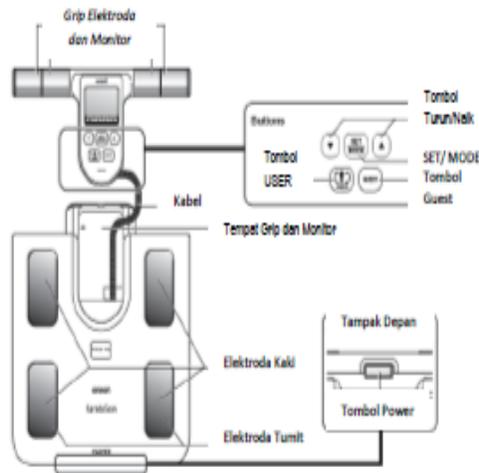
3) Cara pengukuran Lingkar Perut (Lihat Gambar 5):

Gambar 5. Cara Pengukuran Lingkar Perut

(1)	Jelaskan pada responden tujuan pengukuran Lingkar Perut dan tindakan apa saja yang akan dilakukan dalam pengukuran	
(2)	Untuk pengukuran ini responden diminta dengan cara yang santun untuk membuka pakaian bagian atas atau menyingkapkan pakaian bagian atas dan raba tulang rusuk terakhir responden untuk menetapkan titik pengukuran	
(3)	Tetapkan titik batas tepi tulang rusuk paling bawah	
(4)	Tetapkan titik ujung lengkung tulang pangkal paha/panggul	
(5)	Tetapkan titik tengah antara titik tulang rusuk terakhir dan titik ujung lengkung tulang pangkal paha/panggul dan tandai titik tengah tersebut dengan alat tulis	
(6)	Minta responden untuk berdiri tegak dan bernapas dengan normal (ekspirasi normal)	
(7)	Lakukan pengukuran Lingkar Perut dimulai/diambil dari titik tengah kemudian secara sejajar horizontal melingkari pinggang dan perut, kembali menuju titik tengah diawal pengukuran	
(8)	Apabila responden mempunyai perut yang gendut ke bawah, pengukuran mengambil bagian yang paling buncit kemudian berakhir pada titik tengah tersebut kembali	
(9)	Pita pengukur tidak boleh melipat dan ukur lingkaran pinggang mendekati angka 0,1 cm.	

c. Penggunaan *Body Fat Analyzer*

PENGENALAN ALAT



PENGANTIAN BATERAI

1. Buka penutup baterai di belakang unit seperti gambar dibawah



2. Masukkan baterai dengan posisi polaritas sesuai keterangan pada unit
3. Tutup kembali penutup baterai

CARA MELAKUKAN PENGUKURAN

❖ MENYIMPAN DATA PERSONAL

1. Nyalakan unit. Tulisan "CAL" akan berkedip pada layar. Tunggu sampai berganti dengan angka "0.0 Kg"



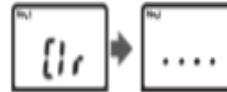
2. Tekan tombol USER untuk menyimpan data diri
3. Masukkan umur, jenis kelamin (Pria/Wanita) dan tinggi anda. Tekan tombol ▲ atau ▼ untuk mengubah dan tekan tombol SET/MODE untuk menyimpan data
4. Setelah semua penyetelan selesai tampilan akan kembali ke "0.0 Kg"
5. Untuk mengubah data, ulangi langkah 1-2, pilih nomor user anda (1-4)



6. Ubah data dengan tombol ▲ atau ▼, ikuti kembali langkah 3-4

❖ MENGHAPUS DATA PERSONAL

1. Nyalakan unit. Tulisan "CAL" akan berkedip pada layar. Tunggu sampai berganti dengan angka "0.0 Kg"
2. Tekan tombol USER untuk memilih nomor user
3. Tekan tombol SET/MODE untuk menentukan pilihan 1-4
4. Tekan tombol GUEST hingga muncul tulisan "Clr" pada layar. Nomor user terpilih akan terhapus



NOTE:

Unit akan mati otomatis jika :

- Unit tidak digunakan selama 1 menit setelah "0.0 Kg" muncul
- Jika tidak ada informasi yang dimasukkan dalam 5 menit
- Jika unit tidak digunakan 5 menit hasil pengukuran ditampilkan
- 5 menit setelah pengukuran berat ditampilkan

❖ MEMULAI PENGUKURAN

1. Nyalakan unit. Tulisan "CAL" akan berkedip pada layar. Tunggu sampai berganti dengan angka "0.0 Kg"
2. Saat "0.0 Kg" ambil monitor dan pilih nomor user anda
3. Naik ke atas unit, tempatkan kaki anda pada elektroda kaki. Setelah hasil pengukuran berat muncul, akan berkedip 2x. Unit akan mengukur body fat dan visceral fat dan lain lain
4. Saat tulisan START muncul di monitor, ulurkan tangan lurus membentuk sudut 90° dengan tubuh anda



5. Setelah pengukuran semua selesai, hasil pengukuran berat anda akan muncul kembali di monitor. Anda bisa turun dari unit.

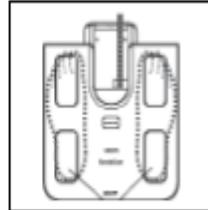
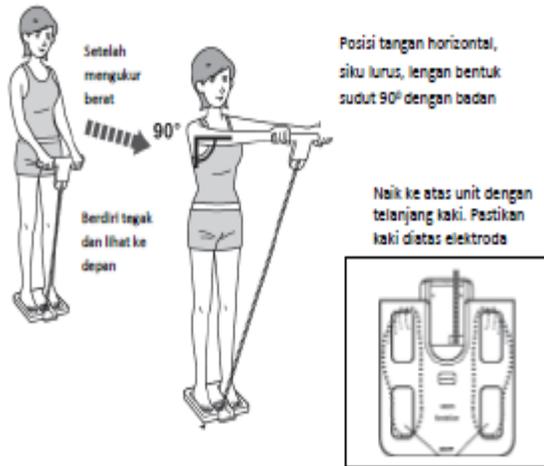
Jika tidak ada data yang tersimpan, gunakan mode GUEST. Tekan tombol GUEST, masukkan data diri (baca : Menyimpan Data Personal nomor 3-4). Indikator "G" akan muncul di monitor

6. Cek hasil pengukuran

❖ POSTUR TUBUH YANG BENAR UNTUK PENGUKURAN



Pegang grip elektroda sehingga anda bisa hasil pengukuran

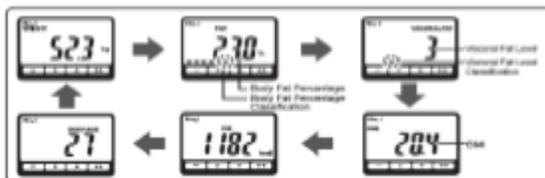


❖ POSTUR TUBUH YANG SALAH UNTUK PENGUKURAN



CARA PEMBACAAN HASIL PENGUKURAN

Tekan tombol SET/MODE untuk melihat hasil pengukuran.



Interpretasi Hasil Persentase Lemak Tubuh

Jenis Kelamin	Usia	Rendah (-)	Normal (+)	Tinggi (+)	Sangat Tinggi (++)
Wanita	20 - 39	< 21.0%	21-32.9%	33-38.9%	≥ 39%
	40 - 59	< 23.0%	23-33.9%	34-39.9%	≥ 40%
	60 - 79	< 24.0%	24-35.9%	36-41.9%	≥ 42%
Pria	20 - 39	< 8.0%	8-19.9%	20-24.9%	≥ 25%
	40 - 59	< 11.0%	11-21.9%	22-27.9%	≥ 28%
	60 - 79	< 13.0%	13-24.9%	25-29.9%	≥ 30%

Berdasarkan pada pedoman NIH/WHO untuk BMI

Berdasarkan pada Gallagher et al., American Journal of Clinical Nutrition, Vol 72, Sept. 2000

Interpretasi Hasil Tingkatan Lemak Tubuh

Tingkatan Lemak Perut	Klasifikasi Tingkatan
1 - 9	0 (Normal)
10 - 14	+ (Tinggi)
15 - 30	++ (Sangat Tinggi)

Menurut angka Omron Healthcare

Interpretasi Hasil BMI

BMI	Klasifikasi (oleh WHO)
< 18.5	Berat badan kurang
≥ 18.5 dan ≤ 25	Normal
≥ 25 dan ≤ 30	Berat badan berlebih
> 30	Obesitas

Indeks yang disebutkan diatas mengacu pada nilai-nilai untuk penilain obesitas yang dibuatkan oleh WHO (Organisasi Kesehatan Dunia)

PENYIMPANAN DAN PERAWATAN

- Lap dengan kain bersih
- Untuk membersihkan elektroda dapat menggunakan alkohol, tapi jangan gunakan untuk bagian lain
- Simpan unit seperti gambar berikut
- Jangan simpan unit dalam keadaan Lembab, terkena matahari langsung, Terkena getaran, terkena bahan kimia



3. Pemeriksaan PTM dan faktor risiko

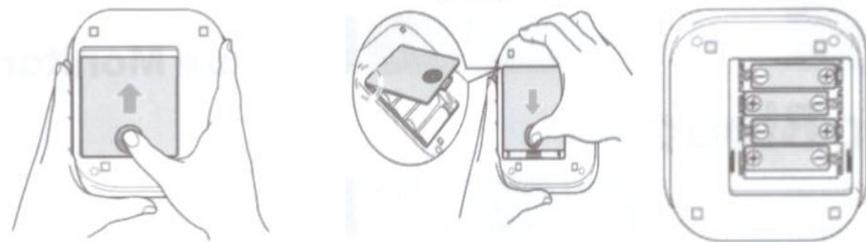
a. Pemeriksaan Tekanan Darah

Pengukuran Tekanan Darah dengan Tensimeter Digital. Pengukuran ini untuk mendapatkan data tekanan darah pada penduduk.

- 1) Alat dan bahan:
 - a) Tensimeter Digital
 - b) Mancet besar
 - c) Batu baterai AA
- 2) Cara pengukuran
 - a) Prosedur sebelum pengukuran
 - Pemasangan baterai
 - Balikkan alat, hingga bagian bawah menghadap keatas.
 - Buka tutup baterai sesuai tanda panah.
 - Masukkan 4 buah baterai "AA" sesuai dengan arah yang benar (Lihat Gambar 6).

Gambar 6. Pemasangan Baterai pada Tensimeter Digital

Pemasangan Batere



- Penggantian baterai
 - Matikan alat sebelum mengganti baterai
 - Keluarkan baterai jika alat tidak akan digunakan selama lebih dari 3 bulan
 - Jika baterai dikeluarkan >30 detik, maka tanggal/waktu perlu disetting kembali
 - Buang baterai yang sudah tidak terpakai pada tempat yang sesuai
 - Jika tanda baterai bersilang muncul, segera ganti baterai dengan yang baru
 - Walaupun tanda baterai bergaris muncul, saat masih dapat digunakan untuk mengukur sebentar, akan tetapi baterai harus segera diganti.

b) Prosedur pengukuran

- Tekan tombol “START/STOP” untuk mengaktifkan alat (Lihat Gambar 7).

Gambar 7. Cara Mengaktifkan Tensimeter Digital

1. Tekan tombol “START/STOP” untuk mengaktifkan alat.



- Sebelum melakukan pengukuran tekanan darah, responden sebaiknya menghindari kegiatan aktivitas fisik seperti olah raga, merokok, dan makan, minimal 30 menit sebelum pengukuran. Dan juga duduk beristirahat setidaknya 5-15 menit sebelum pengukuran.
- Hindari melakukan pengukuran dalam kondisi stres. Pengukuran sebaiknya dilakukan dalam ruangan yang tenang dan dalam kondisi tenang dan posisi duduk.
- Pastikan responden duduk dengan posisi kaki tidak menyilang tetapi kedua telapak kaki datar menyentuh lantai. Letakkan lengan kanan responden di atas meja sehingga manchet yang sudah terpasang sejajar dengan jantung responden.
- Singingkan lengan baju pada lengan bagian kanan responden dan memintanya untuk tetap duduk tanpa banyak gerak, dan tidak berbicara pada saat pengukuran. Apabila responden menggunakan baju berlengan panjang, singingkan lengan baju ke atas tetapi pastikan lipatan baju tidak terlalu ketat sehingga tidak menghambat aliran darah di lengan.
- Biarkan lengan dalam posisi tidak tegang dengan telapak tangan terbuka ke atas. Pastikan tidak ada lekukan pada pipa manchet.
- Ikuti posisi tubuh, lihat gambar dibawah (Gambar 8).

Gambar 8. Posisi Pengukuran Tekanan Darah



- Jika pengukuran selesai, manset akan mengempis kembali dan hasil pengukuran akan muncul. Alat akan menyimpan hasil pengukuran secara otomatis.
- Tekan “START/STOP” untuk mematikan alat. Jika Anda lupa untuk mematikan alat, maka alat akan mati dengan sendirinya dalam 5 menit.

c) Prosedur penggunaan manset

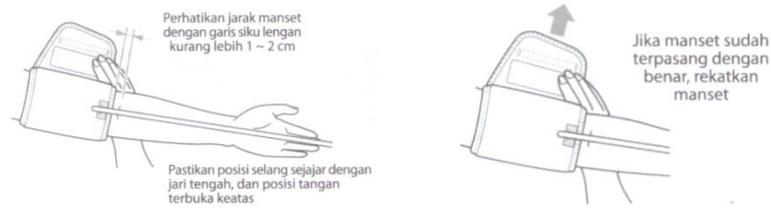
- Masukkan ujung pipa manset pada bagian alat.
- Perhatikan arah masuknya perekat manset.
- Pakai manset, perhatikan arah selang (Gambar 9)

Gambar 9. Cara Pemasangan Manset pada Tensimeter Digital



- Perhatikan jarak manset dengan garis siku lengan $\pm 1 \sim 2$ cm.

Gambar 10. Cara Pemasangan Manset pada Lengan



- Pastikan selang sejajar dengan jari tengah, dan posisi lengan terbuka keatas.
- Jika manset sudah terpasang dengan benar, rekatkan manset.
- Pastikan cara menggunakan manset dengan baik dan benar, sehingga menghasilkan pengukuran yang akurat.
- Catat angka sistolik, diastolik dan denyut nadi hasil pengukuran tersebut pada formulir hasil pengukuran dan pemeriksaan (Gambar 11).

Gambar 11. Contoh Angka Hasil Pengukuran Tensimeter Digital



- Pengukuran dilakukan dua kali, jarak antara dua pengukuran sebaiknya antara 2 menit dengan melepaskan manset pada lengan.
- Apabila hasil pengukuran satu dan kedua terdapat selisih > 10 mmHg, ulangi pengukuran ketiga setelah istirahat selama 10 menit dengan melepaskan manset pada lengan.
- Apabila responden tidak bisa duduk, pengukuran dapat dilakukan dengan posisi berbaring, dan catat kondisi tersebut di lembar catatan.

- d) Interpretasi
Interpretasi Hasil Pengukuran Tekanan Darah(JNC VII, 2003) (Tabel 11).

Tabel 11. Interpretasi Hasil Pengukuran Tekanan Darah*

No.	Tekanan Darah	Klasifikasi
1.	$\leq 120/\leq 80$ mmHg	Normal
2.	120-139/80-90 mmHg	Prehipertensi
3.	140-150/90-99 mmHg	Hipertensi derajat 1
4.	$\geq 160/\geq 100$ mmHg	Hipertensi derajat 2

*JNC VII, 2003

b. Kadar gula darah dan lipid

1) Gula darah

a) Alat dan bahan:

- Alat pemeriksaan kadar gula darah lipid (*Analyzer*)
- Test strip gula darah dan kolesterol
- Auto lancet (*Autoclix*)
- *Lancet*
- Pipet ukuran 40uL untuk *panel test strip* dan 15 uL untuk *single test strip*
- Alkohol 70%
- Kertas
- Tissue kering

b) Cara penggunaan *autoclix* (Gambar 12)

- Putar ujung penutup *autoclix* ke angka-angka yang sesuai dengan tebal tipisnya kulit jari tangan
- Lepaskan penutup instrumen
- Masukkan *autoclix lancet* ke dalam tempat *lancet*. Putar pelindung penutup *lancet*.
- Pasang penutup instrumen dan putar pada posisinya. Bunyi klik menandakan *autoclix* siap digunakan
- Tempelkan dan tekan *autoclix* pada bagian pinggir ujung jari tangan
- Lepaskan penutup dan *lancet* yang telah digunakan.

Gambar 12. Cara Penggunaan *Autoclix*



- c) Pemeriksaan dengan Glukometer (d disesuaikan dengan jenis glukometer)
- Masukkan tes strip bila gambar strip tes muncul
 - Bersihkan ujung jari (jari manis/jari tengah/telunjuk) dengan kapas yang telah diberi alkohol 70%, keringkan
 - Tusukkan *lancet/autoclix* pada ujung jari secara tegak lurus, cepat dan tidak terlalu dalam
 - Usap dengan kapas steril kering setelah darah keluar dari ujung jari. Tekan ujung jari ke arah luar
 - Sentuhkan satu/dua tetes darah sampai memenuhi tengah medan tes
 - Baca hasil glukosa darah yang muncul (Gambar 13).

Gambar 13. Cara Penggunaan *Glucometer*



2) Pemeriksaan kadar lipid

- a) Persiapan alat *Analyzer* (Gambar 14: 1-5)
- Pasang *lancet* pada *auto lancet* (siap untuk dipakai)
 - Tekan salah satu tombol pada *analyzer*, tombol kiri (*yes*) atau kanan (*next*)
 - Pada layar akan keluar tampilan “INSTALL MEMOCHIP “
 - Masukkan *Memo Chip* pada *port* bagian atas *analyzer*. Tekan dengan mantap arah ke dalam sampai masuk dengan benar, tapi jangan sampai terlalu keras
 - Pada layar akan keluar tampilan “USE CODE” dan angka Nomor Lot tes strip tsb. Angka tersebut harus sama dengan *Lot Number* yang tertulis pada belakang MEMOCHIP atau tertulis pada botol TEST STRIP. Kalau tidak sama berarti memasukkan Memo Chip yang salah.
 - Setelah itu akan keluar tampilan “INSERT TEST STRIP”. Kalau tulisan tersebut tidak keluar kita tekan tombol “yes”
 - Masukkan tes strip pada *port* (ada pada bagian bawah *analyzer*). Posisi tes strip jangan sampai salah.
 - Pada layar akan keluar tampilan “APPLY SAMPLE”.
- b) Cara pengambilan darah (Gambar 14: 6-8):
- Bersihkan salah satu ujung jari pasien (jari manis, jari tengah, jaritelunjuk) dengan kapas yang telah diberi alkohol 70%, sebelum jari tangan ditusuk dengan lancet, ada baiknya dilakukan pijitan dari telapak tangan mengarah kearah jari tangan dan tangan dijuntaikan dulu kebawah. Hal ini akan membantu darah berkumpul diujung jari tangan.
 - Tusuk jari pasien dengan auto lancet yang telah dipasang lancet. Tusuk jari pada bagian pinggir samping agak kedepan.
 - Tetesan darah pertama dibuang dengan tissue kering.
 - Tetesan selanjutnya akan dijadikan sample. Bantu kelancaran darah untuk sample tsb dengan melakukan pijitan/ tekanan dari telapak tangan mengarah ke ujung jari. Jangan memencet-mencet bagian ujung jari terlalu keras sekitar tetesan darah karena sample darah yang keluar sudah tidak murni lagi.
 - Ambil darah dengan pipet sampai batas garis warna hitam/ merah. Saat mengambil darah dari jari tangan, tempelkan saja ujung pipet tersebut, darah akan mengalir masuk sendiri kedalam pipet (pipet jangan dipencet).
 - Panel Test Strips : Harus pakai pipet 40 uL. Tempelkan ujung Pipet disamping darah yang telah terkumpul di ujung jari pada posisi horizontal atau sekitar 45° (jangan pada posisi vertikal). Pipet jangan dipencet saat mengambil darah.
 - Single Test Strip : Tidak harus pakai pipet (teteskan darah yg telah terkumpul cukup banyak pada test strip yang telah terpasang di

Analyzer atau teteskan darah pada test strips lebih dulu baru test strips tsb dimasukkan pada analyzer), walaupun dianjurkan memakai pipet ukuran 15 uL

- Lakukan prosedur pemeriksaan sesuai dengan instruksi masing-masing alat periksa (analyzer)

c) Cara Meneteskan Darah (Gambar 14: 9)

- Teteskan darah pada test strip secara baik, merata dan sampai habis masuk dalam lubang pengetesan (*port blood drop area*). Artinya jangan ada yang tertinggal didalam pipet atau keluar dari lubang pengetesan.
- Kalau belum cukup sampai batas volume yang diharuskan, lakukan pijitan lagi dari telapak tangan mengarah ke jari dan darah akan keluar. Darah diambil lagi dengan pipet sampai garis batas yang ada pada pipet.

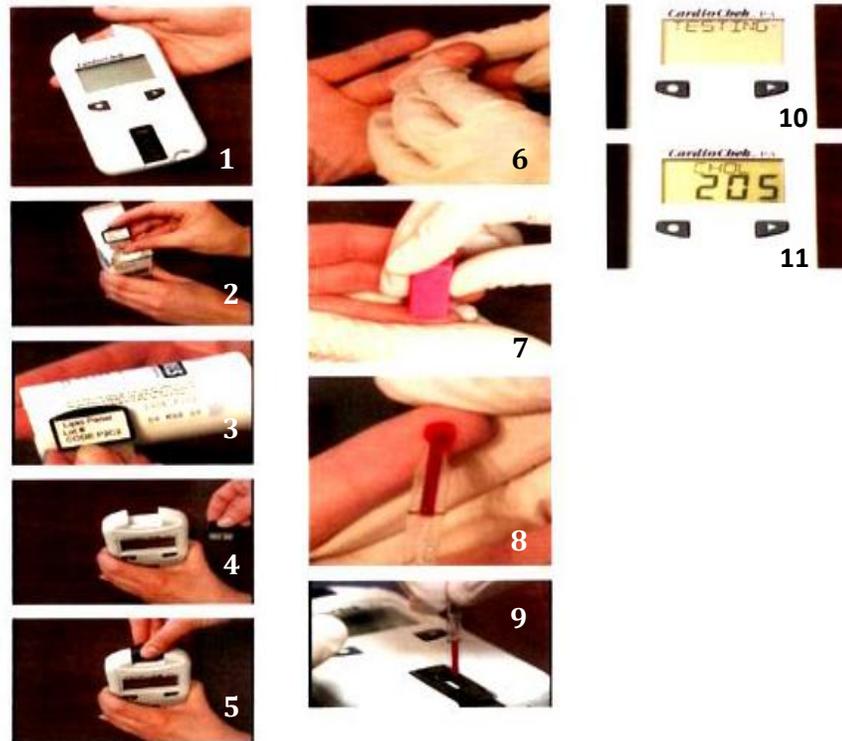
d) Tunggu Hasil (Gambar 14: 10-11)

- Tampilan pada layar akan keluar TESTING dan ada seperti jarum jam bergerak memutar. Dalam hitungan antara 1 sampai 2 menit hasil akan tampil dilayar.
- Jika melakukan pemeriksaan dengan Lipid Panel, maka akan keluar hasil satu persatu. Misal akan keluar CHOL Kemudian tekan tombol "next" akan keluar HDL dan seterusnya tekan tombol "next" sampai semua parameter keluar.
- Setelah hasil dibaca, cabut test strip dan biasakan lihat bagian bawah test strips. Ada 3 lubang dibagian bawah test strip. Kalau ketiga lubang tsb telah berubah warna menjadi biru muda, berarti sample darah tadi sudah masuk secara merata. Kalau tidak merata dapat mengakibatkan hasil tidak akurat.

Hal-hal yang selalu perlu diingat:

- Jika hasil tes rendah di luar dugaan, yang harus dilakukan adalah:
- Jika darah tidak mengenai lubang pengetesan (*Blood Drop Area*) dari tes strip secara merata maka ulangi prosedur pemeriksaan dengan strip yang baru
- Lihat ke belakang dari daerah reaksi, jika area tersebut tidak seluruhnya berwarna maka ulangi prosedur pemeriksaan dengan strip yang baru
- Jika hasil tes tinggi di luar dugaan, yang harus dilakukan adalah:
- Mungkin terlalu banyak darah di lubang pengetesan. Jika ya, maka ulangi prosedur pemeriksaan dengan strip yang baru.

Gambar 14. Prosedur Pemeriksaan Lipid Darah



c. *Peak Flow Meter*

1) Fitur

- a) Sensor
 - Mengukur arus puncak ekspirasi
 - Unit sensor dapat dipisahkan dari mesin dan dicuci dengan tangan jika kotor
 - Tiriskan dan diamkan sehingga kering, sebelum memasukkannya kembali
- b) Bagian utama
 - Menampilkan dan menyimpan hasil pengukuran
 - Jangan mencucinya
- c) Tombol kontrol
 - M/F: Ukur / fungsi
 - <: Teruskan ke kiri
 - >: Teruskan ke kanan
 - Save/Enter: Simpan / masuk
- d) Baterai/kompartemen
- e) Menggunakan 3 buah baterai AAA (1,5 Volt).

2) Petunjuk penggunaan alat

- a) Untuk pengukuran Arus Puncak Ekspirasi (APE)
Untuk mendapatkan nilai terbaik, dilakukan pengukuran APE 3x berturut-turut
 - Pasang mouth piece di bagian input dari Peak Flow Meter
 - Tekan tombol M/F
 - Tanda “L/MIN” di samping kanan angka 000 akan berkedip
 - Setelah mengambil napas dalam, tahan napas selama 2 - 5 detik
 - Tempatkan mulut pada mouth piece
 - Kemudian tiup dengan mulut sekeras dan secepat mungkin (\pm 2 detik)
 - Unit akan berbunyi dalam 2 detik dan hasil pengukuran akan muncul di layar (misalnya 536 liter/menit)
 - Ulangi langkah b-g untuk pengukuran kedua dan atau ketiga
 - *Peak flow* meter tidak akan mencatat hasil pengukuran bila meniupnya pelan atau lebih dari 4 detik
 - Alat akan mengeluarkan bunyi *beep* 3x sebagai peringatan
 - Tekan tombol Save/Enter selama 2 detik, alat akan mengeluarkan bunyi *beep* 3x, dan menyimpan secara otomatis nilai hasil pengukuran

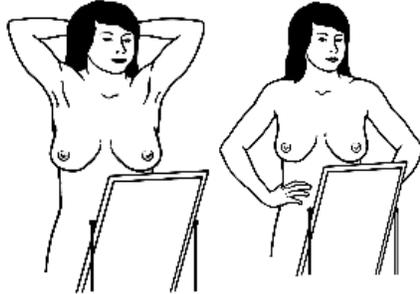
- b) Untuk mencari data yang disimpan
 - Tekan < untuk data lama, tekan > untuk data berikutnya
 - Jika sudah tidak ada data berikutnya, maka akan muncul “FFF” di layar

- c) Fungsi tombol
 - Kembali ke fungsi pengukuran :
 - Tekan M/F selama 2 detik
 - Lalu tekan Save/Enter untuk kembalike fungsi pengukuran
 - Menghapus rekaman data
 - Tekan M/F selama \pm 2 detik, “Clr” akan muncul di layar
 - Tekan Save/Enter untuk konfirmasi manghapus semua rekaman data

- d) Pengukuran APE pada responden atau subjek yang diperiksa, dilakukan sebanyak 3x dan diambil nilai tertinggi diantara ketiganya.

- e) Nilai tertinggi tersebut dibandingkan dengan tabel atau grafik nilai APE normal.

d. Pemeriksaan Klinis Payudara (Gambar 15)



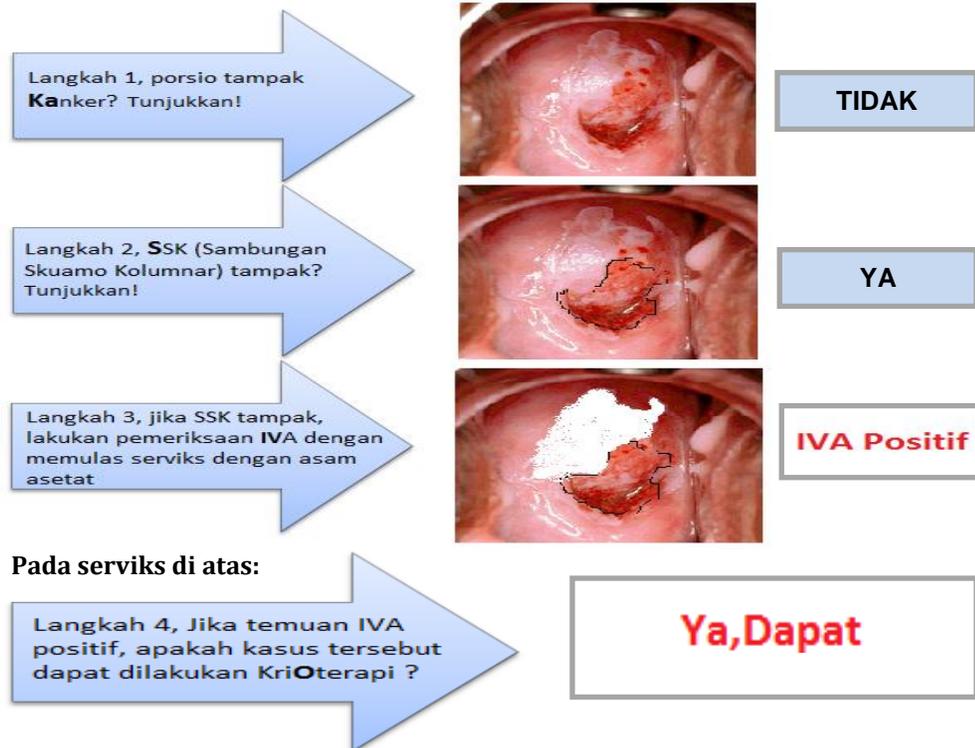
- 1) Pertama-tama, perhatikan payudara sendiri. Berdirilah didepan cermin dengan tangan disisi tubuh dan lihat apakah ada perubahan pada payudara. Lihat perubahan dalam hal ukuran, bentuk atau warna kulit, atau jika ada kerutan atau ceruk pada kulit.
- 2) Perhatikan kembali kedua payudara, pertama dengan kedua tangan diangkat di atas kepala, kemudian dengan kedua tangan menekan pinggang agar otot dada berkontraksi. Bungkukkan badan untuk melihat apakah kedua payudara menggantung seimbang.
- 3) Tekan dengan lembut masing-masing puting dengan ibu jari dan jari telunjuk untuk melihat apakah ada cairan yang keluar.
- 4) Kemudian, lakukan perabaan payudara, dapat dilakukan sambil berdiri atau berbaring. Jika memeriksa payudara sambil berbaring, akan lebih membantu bila meletakkan sebuah bantal di bawah pundak sisi payudara yang akan diperiksa. Angkat lengan kiri ke atas kepala. Gunakan tangan kanan untuk menekan payudara kiri dengan ketiga jari tengah (telunjuk, tengah, manis). Mulailah dari daerah puting susu dan gerakkan jari-jari dengan gerakan memutar di seluruh permukaan payudara. Rasakan apakah terdapat benjolan atau penebalan. Pastikan untuk memeriksa area di antara payudara, di bawah lengan dan di bawah tulang selangka.
- 5) Angkat lengan kanan ke atas kepala dan ulangi pemeriksaan untuk payudara sebelah kanan menggunakan tangan kiri. Jika payudara memiliki benjolan, harus diketahui berapa banyak benjolan yang teraba dan lokasinya. Bulan berikutnya, harus diperhatikan apakah terdapat perubahan ukuran maupun bentuk dibandingkan dengan bulan sebelumnya.

e. Pemeriksaan kanker leher rahim dengan Inspeksi Visual dengan Asam Asetat (IVA)

Pemeriksaan IVA adalah pemeriksaan oleh dokter/bidan terlatih dengan mengamati serviks yang telah diberi asam asetat/asam cuka 3-5% dengan penglihatan mata langsung (mata telanjang). Pemberian asam asetat itu akan mempengaruhi epitel abnormal.

Hasil positif jika ditemukan bercak putih seperti sariawan setelah 1 menit dioleskan asam cuka tersebut. Pemeriksaan ini juga bisa mendeteksi secara awal kelainan mulut rahim, seperti servicitis, *cervical wart*, cairan keputihan abnormal, polip, serviks oedema, hipertropi, pertumbuhan atau adanya tukak. Temuan dicatat, juga sebaiknya digambar skematik.

Gambar 16. Empat Langkah Pemeriksaan IVA



Untuk memudahkan memahami, dapat dilakukan singkatan:

- 1. **K**anker
 - 2. **S**SK
 - 3. **I**VA
 - 4. Krioterapi
- KaSIVO**

f. Pemeriksaan Oftalmoskopi

Pemeriksaan oftalmoskopi adalah suatu teknik pemeriksaan yang digunakan untuk melihat adanya kelainan pada fundus okuli. Pada pemeriksaan ini cahaya yang berasal dari alat oftalmoskop akan memberikan refleksi pada fundus dan akan tampak gambaran yang ada.

Sebelum pemeriksaan dilakukan, pupil dibuat dilatasi kecuali bila terdapat keadaan sebagai berikut :

- Bilik mata dangkal
- Kerusakan pupil (terjadi trauma)
- Glukoma dengan sudut sempit

a. Alat

- 1) Oftalmoskop
- 2) Dilator (tropicamide/midriacyl 0,5%-1%)

b. Persiapan klien

- 1) Beri klien penjelasan tentang teknik pemeriksaa
- 2) Bila klien datang sendiri atau dengan mengendarai kendaraan sendiri, informasikan bahwa obat yang diteteskan akan berdampak silau karena pupil mata midriasis

c. Persiapan lingkungan

Klien ditempatkan pada kamar yang gelap

d. Prosedur

- 1) Gelapkan ruangan, nyalakan lampu oftalmoskop dan putar piringan lensanya sampai pemeriksa melihat pancaran cahaya putih dan lebar. Arahkan cahaya tersebut pada punggung tangan pemeriksa untuk mengecek tipe cahayanya, intensitas cahaya yang diinginkan dan kekuatan batere pada oftalmoskop
- 2) Putarlah piringan lensa hingga dioptri 0 (dioptri merupakan satuan untuk mengukur kekuatan lensa dan mengkonvergensi atau mengdivergensi cahaya). Pada dioptri ini lensa tidak mengkonvergensi atau mengdivergensi cahaya. Letakkan jari telunjuk pemeriksa pada pinggir piringan lensa agar anda dapat memutar piringan tersebut untuk memfokuskan lensa ketika pemeriksameriksa fundus okuli
- 3) Ingat. Pegang alat oftalmoskop dengan tangan kanan pemeriksa untuk memeriksa mata kanan pasien, begitu juga pada sisi sebaliknya. Tindakan ini akan menjaga tangan pemeriksa agar tidak membentur hidung pasien dan memberi pemeriksa mobilitas yang lebih besar serta jarak pemeriksa yang lebih dekat untuk melihat fundus dengan jelas. Awalnya mungkin anda akan mengalami kesulitan dalam menggunakan mata yang tidak dominan, tetapi kesulitan ini akan semakin berkurang dengan latihan

- 4) Pegang oftalmoskop kuat-kuat hingga menempel permukaan medial orbita anda dengan bagian tangkainya sedikit dimiringkan ke arah lateral pada sudut sekitar 20° dari bidang vertical. Pastikan agar anda dapat melihat dengan jelas lewat aperture. Minta pasien untuk memandang sedikit ke atas dan diatas bahu anda langsung pada sebuah titik terdapat tembok.
- 5) Tempatkan diri anda pada jarak sekitar 15 inci (sekitar 38 cm) dari tubuh pasien dan dengan sudut 15° disebelah lateral dari garis pandang pasien. Arahkan pancaran cahaya oftalmoskop pada pupil pasien dan cari kilauan cahaya orange pada pupil tersebut- yang merupakan pantulan (refleksi cahaya merah) perhatikan setiap kekeeruhan yang mengganggu pantulan cahaya merah ini.
- 6) Kini tepatkan ibu jari tangan pemeriksa yang lain pada alis mata pasien (teknik akan membuat pemerisaan anda lebih mantap tetapi tidak selalu harus dilakukan). Dengan menjaga agar pancaran cahaya terus terfokus pada pantulan cahaya merah, gerakkan oftalmoskop kedalam dengan sudut 15° ke arah pupil sampai anda sangat dekat dengan pupil dan hamper menyentuh bulu mata pasien.

Coba untuk mempertahankan kedua mata anda agar tetap terbuka dan rileks seperti jika anda menatap tempat jauh karena tindakan ini akan mengurangi kekaburan yang berfluktuasi pada saat kedua mata anda mencoba berakomodasi

Anda mungkin perlu mengurangi intensitas pancaran cahayanya untuk membuat pemeriksaan anda terasa lebih nyaman bagi pasien, menghindari hippus (spasme pupil) dan memperbaiki hasil pengamatan anda.

g. Pemeriksaan visus mata

Tidak semua orang mempunyai visus yang sama. Visus dipergunakan untuk menentukan penggunaan kacamata. Visus penderita bukan saja memberi pengertian tentang optiknya (kaca mata) tetapi mempunyai arti yang lebih luas yaitu memberi keterangan tentang baik buruknya fungsi mata secara keseluruhan.

Pemeriksaan visus merupakan pemeriksaan fungsi mata. Gangguan penglihatan memerlukan pemeriksaan untuk mengetahui sebab kelainan mata yang mengakibatkan turunnya visus. Visus perlu dicatat pada setiap mata yang memberikan keluhan mata.

Pemeriksaan visus dapat dilakukan dengan menggunakan Optotype Snellen, kartu Cincin Landolt, kartu uji E, dan kartu uji Sheridan/Gardiner. Optotype Snellen terdiri atas sederetan huruf dengan ukuran yang berbeda dan bertingkat serta disusun dalam baris mendatar. Huruf yang teratas adalah yang besar, makin ke bawah makin kecil. Penderita membaca Optotype

Snellen dari jarak 6 m, karena pada jarak ini mata akan melihat benda dalam keadaan beristirahat atau tanpa akomodasi. Pembacaan mula-mula dilakukan oleh mata kanan dengan terlebih dahulu menutup mata kiri. Lalu dilakukan secara bergantian. Tajam penglihatan dinyatakan dalam pecahan.

Pembilang menunjukkan jarak pasien dengan kartu, sedangkan penyebut adalah jarak pasien yang penglihatannya masih normal bisa membaca baris yang sama pada kartu. Dengan demikian dapat ditulis rumus: $V = D/d$
(V = ketajaman penglihatan (visus), d=jarak yang dilihat oleh penderita, D= jarak yang dapat dilihat oleh mata normal)

Dengan Optotype Snellen dapat ditentukan tajam penglihatan atau kemampuan melihat seseorang, seperti :

- Bila visus 6/6 maka berarti ia dapat melihat huruf pada jarak 6 meter, yang oleh orang normal huruf tersebut dapat dilihat pada jarak 6 meter.
- Bila pasien hanya dapat membaca pada huruf baris yang menunjukkan angka 30, berarti tajam penglihatan pasien adalah 6/30.
- Bila pasien hanya dapat membaca huruf pada baris yang menunjukkan angka 50, berarti tajam penglihatan pasien adalah 6/50.
- Bila visus adalah 6/60 berarti ia hanya dapat terlihat pada jarak 6 meter yang oleh orang normal huruf tersebut dapat dilihat pada jarak 60 meter.
- Bila pasien tidak dapat mengenal huruf terbesar pada kartu Snellen maka dilakukan uji hitung jari. Jari dapat dilihat terpisah oleh orang normal pada jarak 60 meter.
- Bila pasien hanya dapat melihat atau menentukan jumlah jari yang diperlihatkan pada jarak 3 meter, maka dinyatakan tajam 3/60. Dengan pengujian ini tajam penglihatan hanya dapat dinilai sampai 1/60, yang berarti hanya dapat menghitung jari pada jarak 1 meter.
- Dengan uji lambaian tangan, maka dapat dinyatakan visus pasien yang lebih buruk daripada 1/60. Orang normal dapat melihat gerakan atau lambaian tangan pada jarak 1 meter, berarti visus adalah 1/300.
- Kadang-kadang mata hanya dapat mengenal adanya sinar saja dan tidak dapat melihat lambaian tangan. Keadaan ini disebut sebagai tajam penglihatan 1/~. Orang normal dapat melihat adanya sinar pada jarak tidak berhingga.
- Bila penglihatan sama sekali tidak mengenal adanya sinar maka dikatakan penglihatannya adalah 0 (nol) atau buta total. Visus dan penglihatan kurang dibagi dalam tujuh kategori. Adapun penggolongannya adalah sebagai berikut:
 - Penglihatan normal
Pada keadaan ini penglihatan mata adalah normal dan sehat.
 - Penglihatan hampir normal
Tidak menimbulkan masalah yang gawat, akan tetapi perlu diketahui penyebabnya. Mungkin suatu penyakit masih dapat diperbaiki.
 - Low vision sedang

Dengan kacamata kuat atau kaca pembesar masih dapat membaca dengan cepat.

- Low vision berat

Masih mungkin orientasi dan mobilitas umum akan tetapi mendapat kesukaran pada lalu lintas dan melihat nomor mobil. Untuk membaca diperlukan lensa pembesar kuat. Membaca menjadi lambat.

- Low vision nyata

Bertambahnya masalah orientasi dan mobilisasi. Diperlukan tongkat putih untuk mengenal lingkungan. Hanya minat yang kuat masih mungkin membaca dengan kaca pembesar, umumnya memerlukan Braille, radio, pustaka kaset.

- Hampir buta

Penglihatan kurang dari 4 kaki untuk menghitung jari. Penglihatan tidak bermanfaat, kecuali pada keadaan tertentu. Harus mempergunakan alat nonvisual.

- Buta total

Tidak mengenal rangsangan sinar sama sekali. Seluruhnya tergantung pada alat indera lainnya atau tidak mata. Di bawah ini ditunjukkan tabel penggolongan keadaan tajam penglihatan normal, tajam penglihatan kurang (low vision) dan tajam penglihatan dalam keadaan buta.

1) Prosedur pemeriksaan visus

Prosedur ini digunakan untuk mengukur ketajaman penglihatan individu. Prosedur Pemeriksaan Mata ini dilakukan dengan menggunakan Kartu Snellen dan Pinhole.

2) Alat

- a) Kartu snellen
- b) Buku pencatat

3) Tahap I. Pengamatan:

Pemeriksa memegang senter perhatikan:

- a) Posisi bolamata: apakah ada juling
- b) Konjungtiva: ada pterigium atau tidak
- c) Kornea: ada parut atau tidak
- d) Lensa: jernih atau keruh/ warna putih

4) Tahap II. Pemeriksaan Tajam Penglihatan Tanpa Pinhole:

- a) Pemeriksaan dilakukan di pekarangan rumah (tempat yang cukup terang), responden tidak boleh menentang sinar matahari.
- b) Gantungkan kartu Snellen atau kartu E yang sejajar mata responden dengan jarak 6 meter (sesuai pedoman tali).
- c) Pemeriksaan dimulai dengan mata kanan.
- d) Mata kiri responden ditutup dengan telapak tangannya tanpa menekan bolamata.

- e) Responden disuruh baca huruf dari kiri-ke kanan setiap baris kartu Snellen atau memperagakan posisi huruf E pada kartu E dimulai baris teratas atau huruf yang paling besar sampai huruf terkecil (baris yang tertera angka 20/20).
- f) Penglihatan normal bila responden dapat membaca sampai huruf terkecil (20/20).
- g) Bila dalam baris tersebut responden dapat membaca huruf atau memperagakan posisi huruf E KURANG dari setengah baris maka yang dicatat ialah baris yang tertera angka di atasnya.
- h) Bila dalam baris tersebut responden dapat membaca huruf atau memperagakan posisi huruf E SETENGAH baris atau LEBIH dari setengah baris maka yang dicatat ialah baris yang tertera angka tersebut. Pemeriksaan Tajam Penglihatan dengan HITUNG JARI:
 - i) Bila responden belum dapat melihat huruf teratas atau terbesar dari kartu Snellen atau kartu E maka mulai HITUNG JARI pada jarak 3 meter (tuliskan 03/060).
 - j) Hitung jari 3 meter belum bisa terlihat maka maju 2 meter (tuliskan 02/060), bila belum terlihat maju 1 meter (tuliskan 01/060).
 - k) Bila belum juga terlihat maka lakukan GOYANGAN TANGAN pada jarak 1 meter (tuliskan 01/300).
 - l) Goyangan tangan belum terlihat maka senter mata responden dan tanyakan apakah responden dapat melihat SINAR SENTER (tuliskan 01/888).
 - m) Bila tidak dapat melihat sinar disebut BUTA TOTAL (tuliskan 00/000).
- 5) Tahap III, Pemeriksaan Tajam Penglihatan dengan PINHOLE:
 - a) Bila responden tidak dapat melanjutkan lagi bacaan huruf di kartu Snellen atau kartu E atau hitung jari maka pada mata tersebut dipasang PINHOLE.
 - b) Hasil pemeriksaan pinhole ditulis dalam kotak dengan pinhole. Cara penulisan huruf yang terbaca sama dengan cara pemeriksaan tanpa pinhole.
 - c) Dengan pinhole responden dapat melanjutkan bacaannya sampai baris paling bawah (normal, 20/20) berarti responden tersebut GANGGUAN REFRAKSI.
 - d) Dengan pinhole responden dapat melanjutkan bacaannya tetapi tidak sampai baris normal (20/20) pada usia anak sampai dewasa berarti responden tersebut GANGGUAN REFRAKSI dengan mata malas.
 - e) Bila dengan pinhole responden tidak dapat melanjutkan bacaan huruf atau memperagakan posisi huruf E maka disebut KATARAK.

h. Pemeriksaan garputala

1) Rinne's test

Rinne's test adalah tes yang dilakukan untuk menilai penurunan pendengaran dengan membandingkan efektifitas penghantaran gelombang antara konduksi udara (Air Conduction/AC) dengan Konduksi

melalui tulang (Bone Conduction/BC). Biasanya dilakukan dengan garputala frekuensi 512 Hz. Normalnya AC > BC, yakni Pendengaran melalui konduksi udara lebih baik dibanding dengan pendengaran melalui tulang.

a) Cara Melakukan :

- Garputala 512 Hz di bunyikan, kemudian di taruh di prosesus mastoid pasien.
- Setelah pasien sudah tidak mendengar bunyi garputala, segera pindahkan ke samping telinga pasien dan minta pasien mendengar.
- Tanyakan apakah mendengar bunyi atau suara tetap hilang.
- Lakukan pada telinga yang sehat dan sakit.

b) Intepretasi:

- Jika AC > BC disebut Rinne Positif. Artinya fungsi telinga tengah dan telinga luar dalam batas normal. Tidak ada gangguan konduksi.
- Jika BC > AC disebut rinne negatif. Artinya terdapat penurunan fungsi pendengaran telinga tengah dan telinga luar.
- Rinne's tes tidak menilai fungsi dari cochlea tetapi menilai telinga luar dan tengah.

2) Waber's Test

Tes ini digunakan untuk menilai penurunan pendengaran pada pasien antara telinga kanan dan kiri mana yang masih mempunyai fungsi cochlea yang masih baik. Normalnya bunyi kedua telinga sama.

a) Cara Melakukan :

- Getarkan garputala 512 Hz di vertex atau glabella pasien
- Mintalah pasien mendengar dan menilai disebelah mana ia lebih mendengar bunyi garputala
- Apakah lebih mendengar di telinga kanan, apakah lebih mendengar di telinga kiri, apakah simetris bunyinya (sama di kedua telinga).

b) Intepretasi:

- Pada tuli konduktif, suara akan lateralisasi ke telinga yang sakit (tuli)
- Pada tuli Sensorineural suara akan lateralisasi/terdengar baik di telinga yang sehat.
- Jika didapat simetris, maka normal.

3) Swabach test

Tes swabach ini membandingkan hantaran melalui tulang mastoid antara pemeriksa (normal) dengan probandus. Gelombang-gelombang dalam endolymph dapat ditimbulkan oleh Getaran yang datang melalui udara. Getaran yang datang melalui tengkorak, khususnya osteo temporale

- a) Cara Melakukan :
- Penguji meletakkan pangkal garputala yang sudah digetarkan pada procecus mastoid probandus.
 - Probandus akan mendengar suara garputala itu makin lama makin melemah dan akhirnya tidak mendengar suara garputala lagi.
 - Pada saat garputala tidak mendengar suara garputala, maka penguji akan segera memindahkan garputala itu, ke procecus mastoid orang yang diketahui normal ketajaman pendengarannya (pembanding).
 - Bagi pembanding dua kemungkinan dapat terjadi : akan mendengar suara, atau tidak mendengar suara.
- b) Intepretasi:
- Bila pasien mendengarnya sama dengan penguji, maka normal
 - Bila disaat pasien masih mendengar tetapi penguji tidak mendengar (memanjang) maka tuli konduktif.
 - Bila disaat apsien tidak mendengar tetapi sebenarnya masih terdengar oleh penguji, maka tuli sensorineural.

VI. KEPUSTAKAAN

1. Pedoman Pengendalian Hipertensi. Kemenkes RI, 2015
2. Pedoman Pengendalian Diabetes Melitus. Depkes RI, 2008
3. Pedoman Obesitas. Depkes RI, 2010
4. Pengendalian PPOK. Kemenkes RI, 2015
5. Pedoman Pengendalian Asma. Kemenkes RI, 2015
6. Petunjuk Teknis Pengendalian Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim. Kemenkes RI, 2012
7. Pedoman Umum Penyelenggaraan Posbindu PTM. Kemenkes RI, 2015
8. Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Posbindu PTM. Kemenkes RI, 2015
9. Buku Pintar Posbindu PTM, Penyakit Tidak Menular dan Faktor Risiko. Kemenkes RI, 2015
10. Petunjuk Teknis CERDIK di Sekolah. Kemenkes RI, 2014
11. Rencana Aksi Nasional Promosoi Kesehatan di Sekolah/Madrasah. Kemenkes RI, 2014
12. Pedoman Penyelenggaraan Pengendalian Penyakit Tidak Menular di Puskesmas. Kemenkes RI, 2013
13. Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Pengendalian Penyakit Tidak Menular di Puskesmas. Kemenkes RI, 2013
14. Buku Pedoman Teknis Penanggulangan Gangguan Penglihatan dan Kebutaan. Kemenkes RI, 2016
15. Buku Pedoman teknis Penanggulangan Gangguan Pendengaran dan Ketulian. Kemenkes RI, 2016.

MATERI INTI 2

PENGENDALIAN TERPADU PENYAKIT TIDAK MENULAR DI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA

(Waktu 8 Jpl; T = 2 Jpl; P = 4 Jpl; PL: 2 Jpl)

I. DESKRIPSI SINGKAT

Pelayanan terpadu PTM di FKTP adalah penyelenggaraan pencegahan dan pengendalian PTM yang dilaksanakan secara komprehensif dan terintegrasi melalui Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP). Puskesmas adalah Unit Pelaksana Teknis (UPT) dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Sebagai penyelenggara upaya kesehatan tingkat pertama, puskesmas melaksanakan upaya kesehatan perorangan tingkat pertama, yang didukung upaya kesehatan perorangan tingkat kedua dalam satu sistem rujukan timbal-balik.

Upaya pengendalian PTM di puskesmas ditekankan pada masyarakat yang masih sehat dan masyarakat yang berisiko dengan tidak melupakan masyarakat yang berpenyakit dan masyarakat yang menderita kecacatan dan memerlukan rehabilitasi. Puskesmas PTM adalah puskesmas yang mempunyai program unggulan yang dilengkapi dengan sumber daya manusia yang terlatih PTM, fasilitas, dan peralatan untuk penatalaksanaan kasus PTM, sehingga mampu melakukan pelayanan.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta mampu melakukan pengendalian terpadu PTM di FKTP sesuai dengan Permenkes Nomor 71 Tahun 2015 tentang Penanggulangan PTM

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta mampu melakukan:

1. Pengendalian terpadu faktor risiko PTM
2. Tatalaksana terpadu PTM di FKTP
3. Upaya rehabilitatif PTM
4. Paliatif PTM

III. POKOK BAHASAN

A. Pengendalian Terpadu Faktor Risiko PTM

B. Tatalaksana Terpadu PTM (Termasuk Prosedur Rujukan)

C. Upaya Rehabilitatif PTM

D. Paliatif PTM

IV. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN PEMBELAJARAN

A. LANGKAH-LANGKAH

1. Fasilitator memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan sesi ini (5 menit).
2. Curah pendapat (10 menit)
3. Fasilitator menyampaikan materi dengan menggunakan *power point* (60menit).
4. Fasilitator memandu peserta untuk aktif tanya jawab dan diskusi mengenai sesi ini (15 menit).
5. Fasilitator memandu latihan kasus dan diskusi kelompok (4x45 menit)
6. Praktik lapangan (2x45 menit).

B. Metode

1. Curah pendapat
2. CTJ
3. Latihan kasus
4. Diskusi kelompok

C. Media dan Alat Bantu Pelatihan

1. Modul
2. *Hand out*
3. *Laptop*
4. LCD
5. *Flipchart*
6. Spidol
7. Panduan latihan kasus
8. Lembar latihan kasus
9. Panduan diskusi kelompok

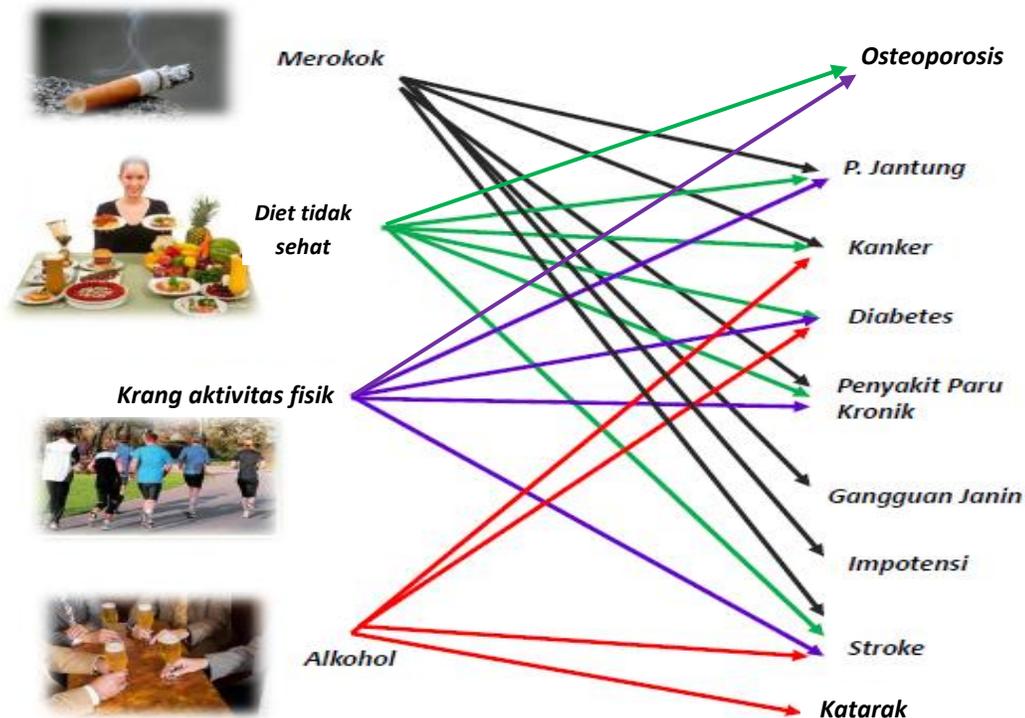
VI. URAIAN MATERI

A. Pengendalian Terpadu Faktor Risiko PTM

Faktor risiko umum "*Common Risk factor*", yaitu pola konsumsi makanan yang tidak sehat (tinggi gula, garam dan lemak, dan rendah serat), kurangnya aktivitas fisik (tidak cukup dan tidak teratur), merokok dan konsumsi alkohol, jika tidak dicegah dapat memicu timbulnya faktor risiko antara yaitu hipertensi, dislipidemia, kadar gula darah tinggi dan kegemukan/obesitas. Jika faktor risiko dapat diketahui lebih dini, maka intervensi yang tepat dapat dilakukan sehingga PTM dapat dicegah atau paling tidak mengurangi komplikasi penyakit.

Berikut adalah gambaran faktor risiko PTM dan kemungkinan PTM yang bisa terjadi (Gambar 17).

Gambar 17. Faktor Risiko PTM dan Kemungkinan PTM yang Bisa Terjadi



Dalam menentukan diagnosis dan selanjutnya untuk tatalaksana PTM adalah berdasarkan faktor risiko utama ditambah dengan keterangan mengenai keluhan dan gejala yang ada, sebagai pengendalian terpadu faktor risiko PTM.

B. Tatalaksana Terpadu PTM

Tatalaksana PTM dilakukan oleh dokter berdasarkan temuan-temuan yang diperoleh selama anamnesis dan pemeriksaan. Dalam proses pengobatan terkandung keputusan ilmiah yang dilandasi oleh pengetahuan dan keterampilan untuk melakukan pengobatan yang memberi manfaat maksimal dan risiko sekecil mungkin bagi pasien. Hal tersebut dapat dicapai dengan melakukan pengobatan yang rasional.

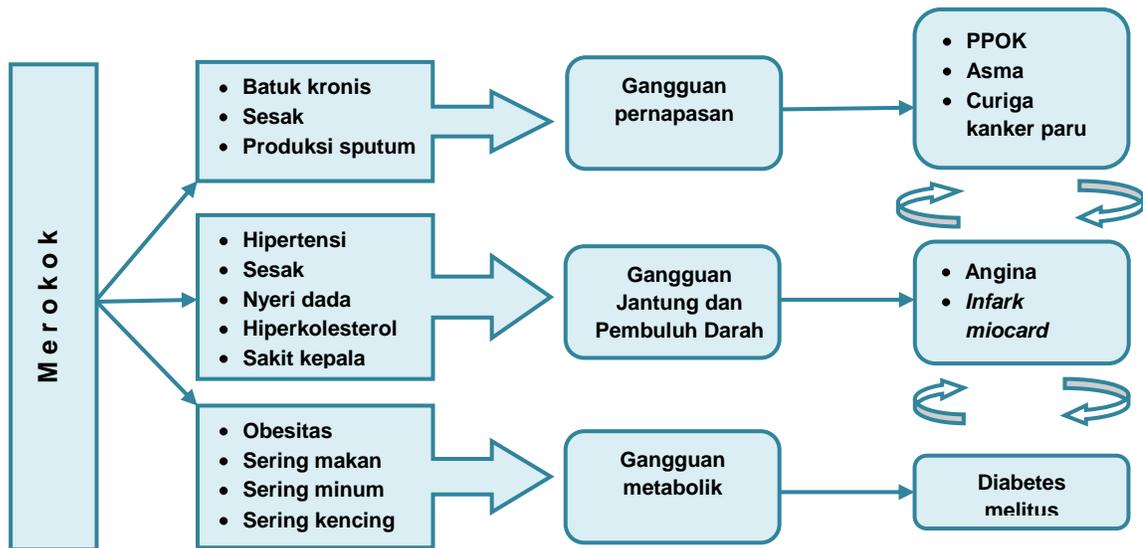
Walaupun pengendalian PTM lebih difokuskan pada faktor risiko perilaku dan penyakit antara, namun fase akhir penyakit tetap menjadi perhatian. Tatalaksana penderita PTM (kuratif-rehabilitatif) yang efektif dan efisien, yang didukung kecukupan obat, ketenagaan, sarana/prasarana, sistem rujukan, jaminan pembiayaan dan regulasi memadai, untuk menjamin akses penderita PTM dan faktor risiko terhadap tatalaksana pengobatan baik di tingkat pelayanan kesehatan primer, sekunder maupun tersier.

Pengobatan yang tepat, cepat, efektif dan rasional dilakukan untuk PTM beserta faktor risikonya, yaitu penyakit jantung dan pembuluh darah, diabetes melitus dan

penyakit metabolik, kanker, penyakit kronik dan penyakit degeneratif lainnya, dan gangguan indera dan fungsional.

Tatalaksana PTM di puskesmas dilaksanakan secara terpadu (terintegrasi) mulai saat ditemukan faktor risiko sampai pada penatalaksanaannya. Merokok sebagai suatu faktor risiko bersama PTM (Gambar 18), maka jika pasien dengan riwayat merokok/bekas perokok datang ke puskesmas dengan gejala pernapasan (asma, PPOK, curiga kanker paru), maka dokter juga harus memikirkan kemungkinan pasien tersebut juga memiliki penyakit jantung/kardiovaskular atau metabolik (DM) atau PTM yang lainnya. Demikian pula jika datang dengan riwayat merokok dengan gejala sering makan, sering minum, sering kencing, gemuk karena penyakit metabolik, maka dokter juga harus memikirkan apakah pasien juga memiliki kemungkinan PTM lainnya, seperti penyakit jantung.

Gambar 18. Merokok Sebagai Suatu Faktor Risiko Bersama PTM



1. Tatalaksana terpadu hipertensi dan diabetes melitus

Alur tatalaksana terpadu hipertensi dan diabetes melitus terintegrasi dipergunakan pada kondisi sebagai berikut: usia > 40 tahun, perokok, obesitas, hipertensi, diabetes, riwayat penyakit kardiovaskular prematur pada orang tua/saudara kandung, riwayat diabetes atau penyakit ginjal pada orang tua/saudara kandung.

Untuk menilai risiko penyakit jantung dan pembuluh darah digunakan Carta Prediksi Faktor Risiko (Gambar 19). Carta ini memprediksi seseorang untuk berisiko menderita penyakit jantung dan stroke 10 tahun kedepan, berdasarkan umur, jenis kelamin, tekanan darah, merokok, kolesterol total dan ada tidaknya diabetes melitus. Carta ini dapat digunakan di Indonesia menggunakan carta sub regional B (SEAR B) berikut ini:

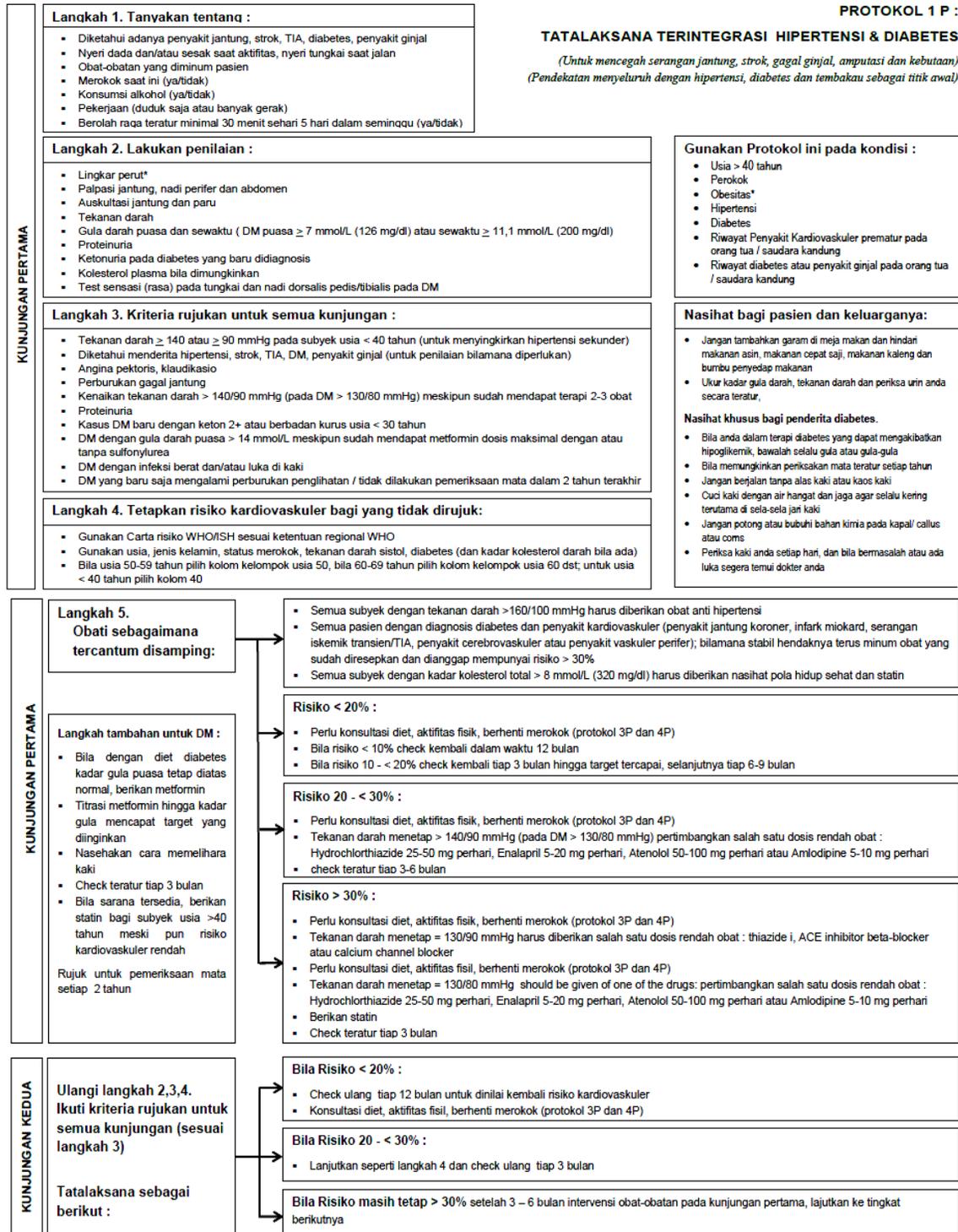
Gambar 19. Carta Prediksi Fator Risiko Untuk Subyek dengan dan Tanpa DM



Penilaian berdasarkan tingkat risiko ini dilanjutkan dengan tatalaksana yang harus dilakukan sesuai dengan tingkat risiko, terlihat pada Alur 6, merupakan

tatalaksana hipertensi dan diabetes terintegrasi pencegahan jantung, stroke dan ginjal yang terintegrasi dengan hipertensi, diabetes dan rokok sebagai faktor risiko sebagai pendekatan awal (*entry point*).

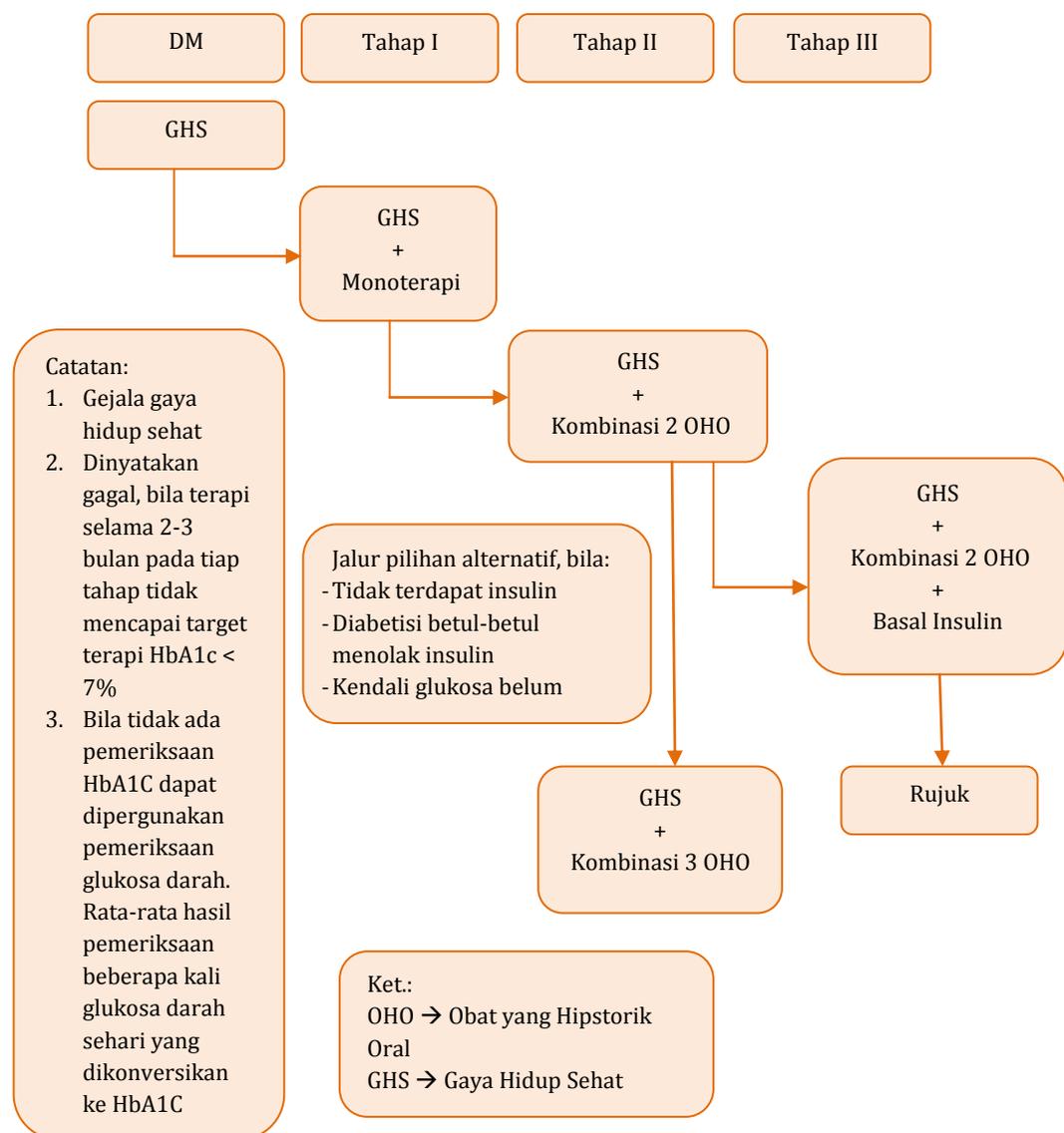
Alur 6. Tatalaksana Terpadu Hipertensi dan Diabetes Melitus



Pada penderita DM tipe 2, hemoglobin terlikosilasi, yang disebut juga sebagai glikohaemoglobin atau hemoglobin glikosilasi (disingkat sebagai A1C), merupakan cara yang digunakan untuk menilai efek perubahan terapi 8-19 minggu sebelumnya. Tes ini tidak dapat digunakan untuk menilai hasil pengobatan jangka pendek.

Pemeriksaan A1C dianjurkan dilakukan setiap 3 bulan, minimal 2 kali dalam setahun, seperti pada Alur 7.

Alur 7. Pengelolaan DM Tipe 2 Tanpa Dekompensasi



2. Penyakit jantung

Tatalaksana penyakit jantung, membutuhkan penanganan yang cepat dan akurat dengan memperhatikan Tabel 12 di bawah ini:

Tabel 12. Angina Stabil, Riwayat *Infark Miokard*

ANGINA STABIL

- Lakukan konseling dan edukasi kesehatan
- Berikan Isosorbid dinitrat 5mg sublingual untuk mengatasi nyeri dada (jika tidak ada kontra indikasi)
- Aspirin (yang dapat larut/*soluble*) 80 - 160 mg per hari
- Atenolol 50 - 100 mg/hari atau Bisoprolol 5 mg/hari, terapi lini pertama untuk mengatasi gejala (jika tidak ada kontra indikasi)
- Jika pasien intoleran terhadap β -blocker atau tidak dapat dikontrol dengan β -blocker, tatalaksana dengan *Ca-channel Blockers* (contoh : Amlodipine 5-10mg/hari)
- Berikan Simvastatin 10-40 mg/hari

RIWAYAT INFARK MIOKARD

- Lakukan konseling dan edukasi kesehatan
- Berikan Aspirin (yang dapat larut/*soluble*) 75-150 mg per hari
- Penghambat β (β -blocker) setidaknya selama 1 tahun (Atenolol 50-100 mg/hari atau Bisoprolol 5mg/hari) (jika tidak ada kontra indikasi)
- *ACE-inhibitor* jika gagal jantung atau infark luas (contoh : Enalapril 10-20mg/hari)
- Simvastatin 10-40mg/hari
- Isosorbid dinitrat 5 mg sublingual untuk mengatasi nyeri dada (jika tidak ada kontra indikasi)

PASIE YANG MEMILIKI RIWAYAT INFARK MIOKARD (DALAM 30 HARI) HARUS

KRITERIA RUJUKAN UNTUK PASIEN DENGAN ANGINA STABIL DAN RIWAYAT INFARK MIOKARD

- Nyeri yang persisten, sehingga membatasi aktivitas sehari-hari pada pasien angina stabil atau riwayat infark miokard
- Nyeri angina pada pasien dengan riwayat infark miokard
- Gagal jantung
- Aritmia
- Tidak tersedianya pemeriksaan lanjutan untuk menilai faktor risiko

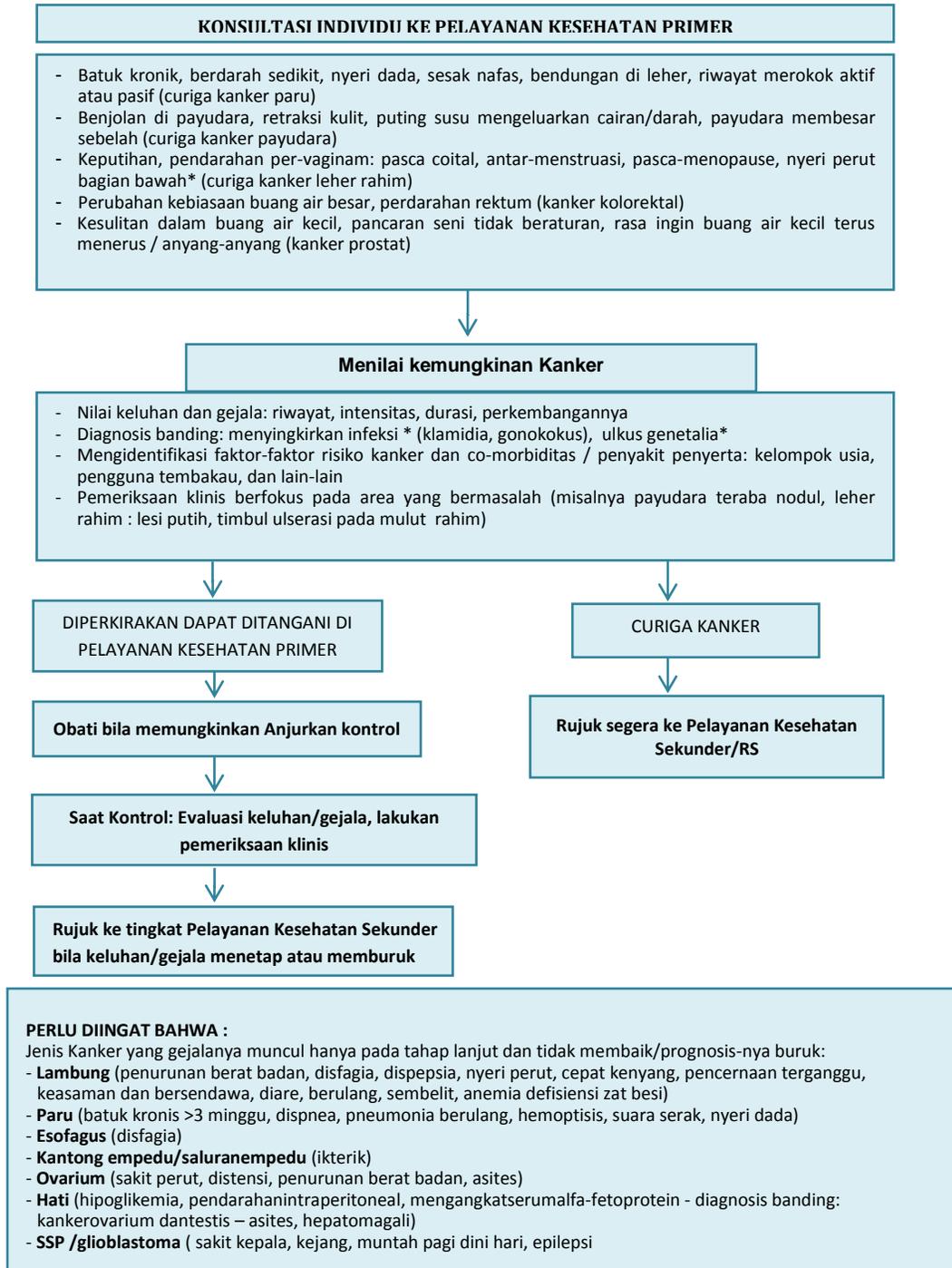
PERHATIAN/KONTRA INDIKASI

- Aspirin: riwayat tukak lambung, pendarahan serebri, alergi dan trauma mayor
- Atenolol: asma, penyakit paru obstruktif kronik, gagal jantung, blok jantung atau bradikardia (nadi < 50 x/menit)
- Penghambat pompa kalsium (*ca-channel blockers*): gagal jantung
- Penghambat pompa angiotensin (*ace-i*): alergi, hamil, intoleransi terhadap batuk.

3. Penyakit kanker

Gambaran tanda dan gejala yang muncul dapat menjadi dasar dalam menentukan kemungkinan diagnosis suatu penyakit, khususnya pada penyakit kanker yang sering tanpa gejala, bila sudah timbul gejala kemungkinan sudah dalam stadium lanjut, untuk itu sangat diperlukan pengetahuan yang benar. Para dokter umum yang ada di puskesmas diharapkan mengerti tanda dan gejala, seperti yang terlihat pada Alur 8.

Alur 8. Keluhan/Tanda dan Gejala yang Dicurigai Menderita Kanker Tertentu



Untuk mengetahui gejala dan tanda pada kanker tertentu dapat merujuk pada Tabel 13. di bawah ini.

Tabel 13. Gejala Kanker Tertentu yang Prognosisnya Baik, Jika Dilakukan Deteksi Dini

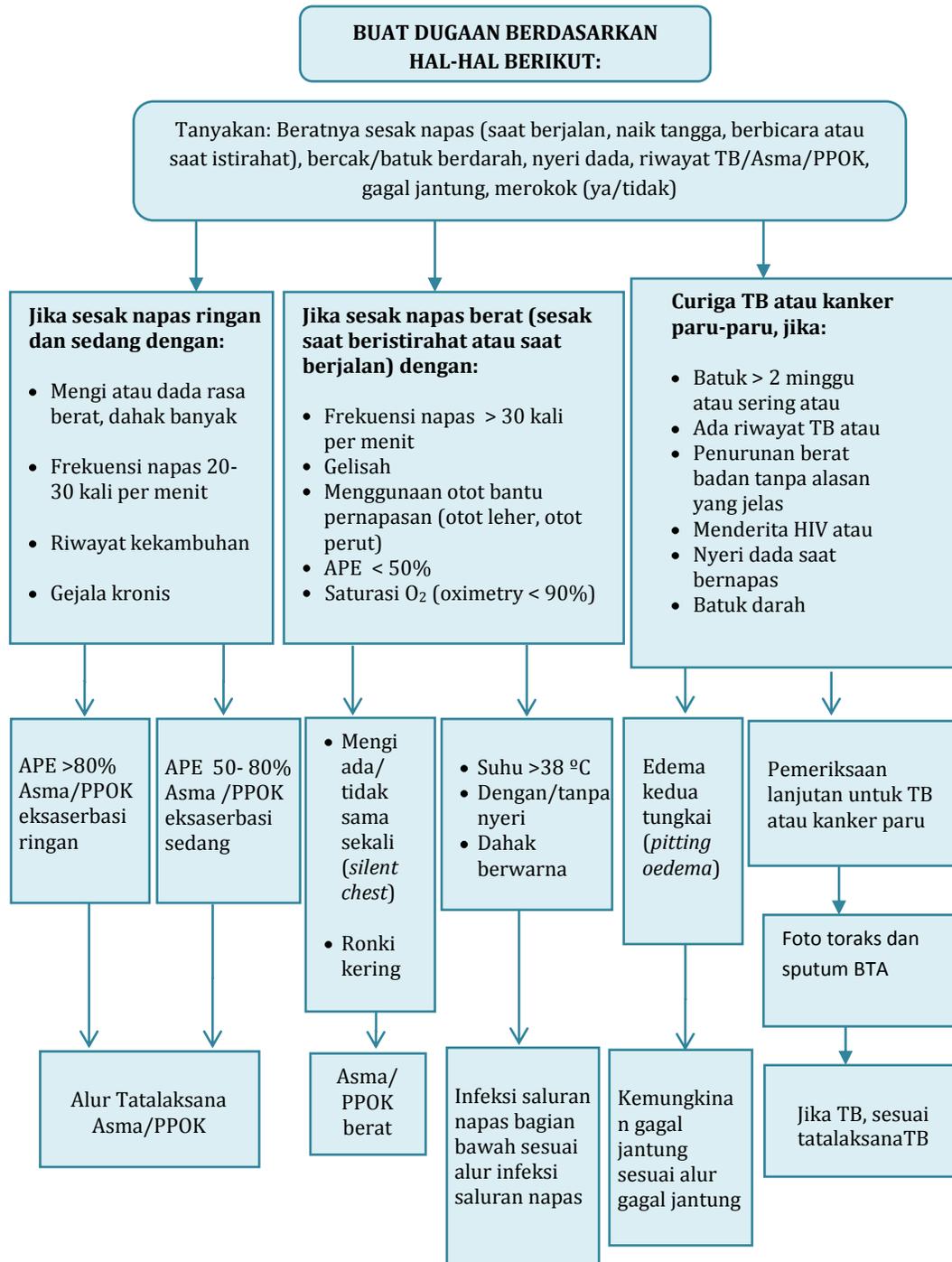
(Tanyakan: A: Dipahami oleh pasien B: Dipahami oleh tenaga kesehatan profesional)

Pemahaman	Kemungkinan Kanker di Organ	Dilakukan oleh	
		Dokter	Non Dokter
A: Batuk darah kronis dan sesak napas B: Sesak napas, benjolan di leher dan/atau bengkakan di leher, pembesaran kelenjar getah bening di leher	Paru	Jika memungkinkan lakukan pemeriksaan foto toraks, Rujuk ke pelayanan kesehatan sekunder	Rujuk ke fasyankes sekunder
A: Perubahan bentuk dan ukuran pada perabaan payudara A,B: Benjolan atau penebalan pada payudara atau ketiak, puting/kulit retraksi, puting keluar cairan, kulit payudara seperti eksim	Payudara	Rujuk ke pelayanan kesehatan sekunder	Rujuk ke fasyankes sekunder
A: Pendarahan per vaginam (<i>postcoital</i> , intermenstrual, post menopause)	Cervix	Singkirkan kemungkinan infeksi	Rujuk ke dokter
A : Mual, pembesaran di perut A,B : Benjolan di perut	Ovarium	USG, Rujuk ke pelayanan kesehatan sekunder	Rujuk ke fasyankes sekunder
A : Pendarahan per-vaginam (post menopause bleeding)	Endometrium	Singkirkan kemungkinan infeksi, <i>curetage</i>	Rujuk ke dokter
A : Diare persisten dan/atau konstipasi, perubahan kebiasaan buang air besar, obstruksi – pendarahan per-rektum, berat badan turun drastis.	Colorectal	Adakah anemia defisiensi zat besi, singkirkan infeksi dan haemorrhoid FOBT	Rujuk ke dokter
A,B : -Persisten Keratosis (bibir) - Benjolan di leher - Ulkus atau daging tumbuh di mulut/lidah >3 minggu - Mulut bau, gigi goyang B : Bercak merah atau putih di mulut A : Batuk persisten atau suara parau >3 minggu A,B : Ketulian pada satu sisi telinga, disfagia, otalgia, palsy pada saraf cranial, epistaxis, obstruksi nasal,	Oral Larynx Nasopharynx	- Berhenti merokok atau mengunyah tembakau - Rujuk bila menetap > 2 minggu - Rujuk ke pelayanan kesehatan sekunder	Rujuk ke fasyankes sekunder
A,B : Lesi kulit dengan warna merah-ungu B : infiltrasi di kulit	Kaposi sarcoma	Rujuk ke pelayanan kesehatan sekunder	Rujuk ke fasyankes sekunder
A,B : - Tumbuh tahi lalat baru atau membesar dari yang sudah ada - Pendarahan, perubahan warna dan bentuk dari tahi lalat yang ada (<i>asymmetrical</i>), tahi lalat dengan berbagai warna mengalami inflamasi atau tepinya berwarna merah (aturan A,B,C,D) - Keratosis persisten atau luka kulit yang tak sembuh-sembuh	Kulit	Rujuk ke pelayanan kesehatan sekunder	Rujuk ke fasyankes sekunder
A,B : Sering kencing, pancaran seni tak beraturan, rasa ingin kencing terus, rasa ingin kencing tapi sulit mulai	Prostat	Pemeriksaan rektal	Rujuk ke dokter
A,B : Bintik putih di pupil, convergent strabismus pada anak-anak, hilangnya visus, penonjolan bola mata.	Retinoblastoma	Rujuk ke pelayanan kesehatan sekunder	Rujuk ke fasyankes sekunder
A,B : Pembengkakan pada satu testis	Testis	Rujuk ke pelayanan kesehatan sekunder	Rujuk ke fasyankes sekunder
A,B : Kencing berdarah, tidak nyeri, strangury	Kandung kencing	Singkirkan infeksi	Rujuk ke dokter

4. Penyakit paru

Terdapat beberapa penyakit pada paru yang menimbulkan gejala yang sama, seperti sesak dan batuk, sehingga membutuhkan pemeriksaan lebih lanjut, Alur 9 dibawah ini dapat membantu untuk mendiagnosis suatu penyakit.

Alur 9. Mendiagnosis Suatu Penyakit Berdasarkan Sesak Napas dan Batuk



5. Asma dan PPOK

Pada pasien asma yang harus diperhatikan dengan teliti adalah anamnesis tentang keluhan penyakit, pemeriksaan fisik, riwayat pemakaian obat dan menilai kontrol asma dengan jelas apakah dia termasuk asma yang terkontrol, terkontrol sebagian atau tidak terkontrol, dengan memperhatikan Alur 12. Tujuan tatalaksana asma adalah asma terkontrol, yaitu kondisi asma dalam keadaan baik, yaitu dalam beberapa waktu terakhir tidak ada/minimal gejala, kebutuhan pelega, tidak ada asma malam, eksaserbasi serta tidak ada keterbatasan aktivitas. Untuk memudahkan penilaian digunakan instrumen *Asma Control Test* (ACT) yang dilakukan setiap 2-4 minggu.

Instrumen *Asma Control Test* (ACT)

Minta pasien menjawab setiap pertanyaan (No.1-5) sejujurnya dan lingkari nilai sesuai jawaban pasien, serta tuliskan nilai tersebut di kotak yang tersedia di ujung kanan. Jumlahkan nilainya sehingga mendapatkan nilai total.

1. Dalam 4 minggu terakhir, seberapa sering asma anda mengganggu anda untuk melakukan pekerjaan sehari-hari di kantor, di sekolah atau di rumah?

Selalu (1)	Sering (2)	Kadang-kadang (3)	Jarang (4)	Tidak pernah (5)	
---------------	---------------	----------------------	---------------	---------------------	--

2. Dalam 4 minggu terakhir, seberapa sering anda mengalami sesak napas?

>1 x/ hari (1)	1 x/ hari (2)	3-6 x/ mgg (3)	1-2 x/ mgg (4)	Tidak pernah (5)	
----------------------	---------------------	----------------------	----------------------	---------------------	--

3. Dalam 4 terakhir seberapa sering gejala asma (bengek, batuk-batuk, sesak napas, nyeri dada atau rasa tertekan di dada) menyebabkan anda terbangun di malam hari atau lebih awal dari biasanya?

= 4x/ mgg (1)	2-3 x/ mgg (2)	1 x/ mgg (3)	1-2 x/ bln (4)	Tidak pernah (5)	
---------------------	----------------------	--------------------	----------------------	---------------------	--

4. Dalam 4 minggu terakhir seberapa sering menggunakan obat pelega inhalasi?

= 3 x/ hari (1)	1-2 x/ hari (2)	2-3 x/ mgg (3)	= 1 x/ mgg (4)	Tidak pernah (5)	
-----------------------	-----------------------	----------------------	----------------------	---------------------	--

5. Menurut anda, dalam 4 minggu terakhir bagaimana kondisi asma anda?

Tidak terkontrol sama sekali (1)	Kurang terkontrol (2)	Cukup terkontrol (3)	Terkontrol baik (4)	Terkontrol total/sangat baik (5)	
-------------------------------------	--------------------------	-------------------------	------------------------	-------------------------------------	--

Pada pasien asma yang harus diperhatikan dengan teliti adalah anamnesis tentang keluhan penyakit, pemeriksaan fisik, riwayat pemakaian obat dan menilai kontrol asma dengan jelas apakah dia termasuk asma yang tidak

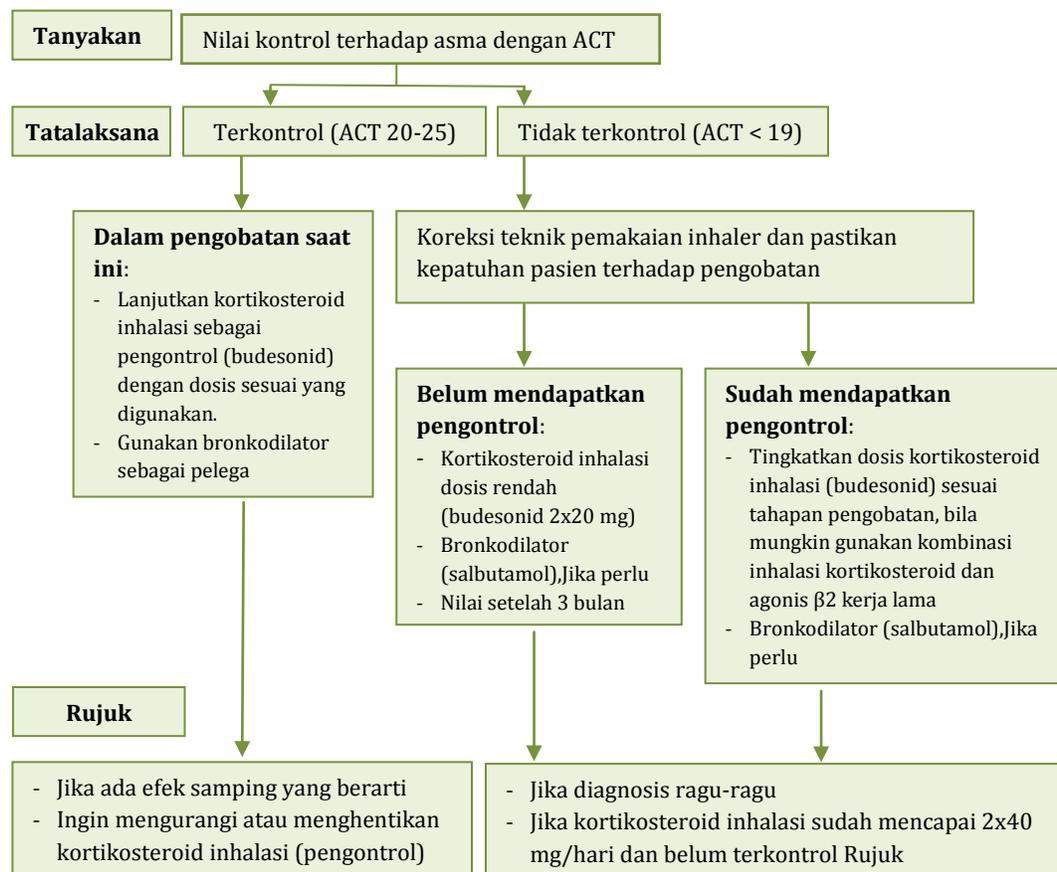
terkontrol, terkontrol sebagian atau terkontrol total, dengan memperhatikan Tabel 14.

Tabel 14. Interpretasi hasil *Asma Control Test* (ACT)

Nilai/ Skor	Artinya	Apa yang harus dilakukan	Strategi pelaksanaan
≤19	Tidak terkontrol	Tingkatkan tahapan pengobatan sampai mencapai terkontrol	Cari faktor penyebab tidak terkontrol: <ul style="list-style-type: none"> - Pengobatan yang digunakan - Cara menggunakan obat inhalasi - Kepatuhan menggunakan obat pengontrol - Kendala bila ada penyakit penyerta - Upayakan mencapai terkontrol dengan mengatasi masalah di atas - Tingkatkan tahapan pengobatan
20-24	Terkontrol sebagian	Upayakan mencapai terkontrol total atau paling tidak pertahankan tetap terkontrol	<ul style="list-style-type: none"> - Sama dengan strategi di atas - Teruskan penggunaan pelega dan evaluasi setelah 3 bulan
25	Terkontrol total	Pertahankan kondisi ini agar tetap stabil	<ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan pengobatan sampai kondisi stabil - Kemudian turunkan pengobatan secara bertahap dengan tetap mempertahankan kondisi terkontrol

Dokter umum di puskesmas dengan pelayanan PTM, harus melakukan penilaian kontrol asma pada pasien yang menderita asma, agar dapat melakukan tatalaksana yang sesuai dengan memperhatikan Alur 10.

Alur 10. Tatalaksana Asma Terkontrol dan Tidak Terkontrol



Dokter umum di puskesmas dengan pelayan PTM, wajib memberikan edukasi tentang asma, dan bagaimana menggunakan obat pelega dan pengontrol, serta bagaimana menilai control asma dengan memperhatikan Tabel 15.

Tabel 15. Nasehat Untuk Pasien Asma dan Keluarganya

Waktu Berkunjung	Bahan Edukasi	Demonstrasi
Kunjungan awal	Apa itu asma, Diagnosis asma, Identifikasi dan mengontrol pencetus, Dua tipe pengobatan asma (pengontrol & pelega), Tujuan pengobatan, dan Kualitas hidup	<ul style="list-style-type: none"> • Penggunaan obat inhalasi/<i>spacer</i> • Memonitor kondisi asma sendiri berdasarkan gejala dan kebutuhan obat pelega
Kunjungan pertama (<i>First follow-up</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi & mengontrol pencetus • Penilaian kontrol asma (dengan ACT) • Pengobatan yang digunakan (bagaimana, kapan, adakah masalah dengan pengobatan tersebut) • Penanganan serangan asma di rumah 	<ul style="list-style-type: none"> • Penderita menunjukkan cara menggunakan obat inhalasi/<i>spacer</i>, koreksi oleh dokter bila perlu • Monitor asma & tindakan apa yang dapat dilakukan (idem di atas)
Kunjungan ke dua (<i>Second follow-up</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi & mengontrol pencetus • Penilaian kontrol asma (dengan ACT) • Penanganan serangan asma di rumah • Pengobatan monitor asma (gejala & pemeriksaan APE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Penderita menunjukkan cara menggunakan obat inhalasi & koreksi bila perlu • Demonstrasi pengukuran APE dengan <i>peakflow meter</i> (oleh penderita/dokter)
Setiap kunjungan berikut	<ul style="list-style-type: none"> • Strategi mengontrol pencetus • Penilaian kontrol asma (dengan ACT) • Pengobatan monitoring asma (gejala & pemeriksaan APE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Obat inhalasi • Pengukuran APE dengan <i>peakflow meter</i>
.Nasehat untuk pasien asma dan keluarga untuk menghindari kekambuhan/eksaserbasi		
<ul style="list-style-type: none"> • Hindari faktor pencetus • Bersihkan rumah dari serangga (ketika pasien tidak berada di rumah) • Gunakan sarung bantal dan guling menggunakan bahan sintetik • Singkirkan karpet dari rumah, terutama kamar tidur • Jemur kasur, bantal dan guling dibawah matahari • Membersihkan rumah tanpa memicu banyak debu : Tebar sedikit air sebelum menyapu, bersihkan perabotan dengan lap lembab, bersihkan kipas angin, hindari menyimpan buku, mainan, baju, sepatu, dan lain-lain yang mengakumulasi debu di kamar tidur 		
Ajari bagaimana menggunakan inhalasi pada asma		
<ul style="list-style-type: none"> • Ajari dan cek cara penggunaan obat inhalasi: Inhalasi Dosis Terukur (IDT)/<i>Metered Dose Inhaler</i> (MDI) dan <i>Dry Powder Inhaler</i> (DPI). • Gunakan inhalasi melalui mulut, kecuali pasien tidak dapat mentoleransi atau sesak napas. Pada kasus seperti ini, gunakan masker sebagai perantara inhalasi 		

Pada pasien dengan PPOK (Penyakit Paru Obstruksi Kronis) yang stabil perlu dilakukan tatalaksana sesuai dengan tanda dan gejala, derajat PPOK, spirometri dengan memperhatikan Alur 11.

Alur 11. Tatalaksana PPOK Stabil

Derajat	Klinis	Faal Paru	Rekomendasi Pengobatan
Semua derajat			Edukasi Berhenti merokok dan hindari faktor pencetus
Derajat I: PPOK ringan	Gejala batuk kronik dan produksi sputum ada, tetapi tidak sering. Pada derajat ini pasien sering tidak menyadari bahwa fungsi paru mulai menurun	VEP ₁ /KVP <70% VEP ₁ 80% prediksi, dengan atau tanpa gejala	Bronchodilator kerja singkat (SABA, antikolinergik kerja cepat, Santin), bila perlu
Derajat II: PPOK sedang	Gejala sesak mulai dirasakan saat aktivitas dan kadang ditemukan gejala batuk dan produksi sputum. Pada derajat ini biasanya pasien mulai memeriksakan kesehatannya	VEP ₁ /KVP < 70% 50% < VEP ₁ < 80% prediksi, dengan atau tanpa gejala	1. Pengobatan reguler dengan bronkodilator kerja lama <ul style="list-style-type: none"> • Agonis-2 kerja (LABA) • Antikolinergik kerja lama (LAMA) • Simptomatik (SABA) 2. Rehabilitasi paru (edukasi, nutrisi, latihan, dukungan psikososial)
Derajat III: PPOK berat	Gejala sesak lebih berat, penurunan aktivitas, rasa lelah dan serangan eksaserbasi semakin sering dan berdampak pada kualitas hidup pasien	VEP ₁ /KVP 70% 30% VEP ₁ 50% prediksi, dengan atau tanpa gejala	1. Pengobatan reguler dengan 1 atau lebih bronkodilator <ul style="list-style-type: none"> • Agonis-2 kerja (LABA) • Antikolinergik kerja lama (LAMA) • Simptomatik • Kortikosteroid inhalasi bila sering eksaserbasi berulang, dan memberikan respons klinis 2. Rehabilitasi paru (edukasi, nutrisi, latihan, dukungan psikososial)
Derajat IV: PPOK sangat berat	Gejala diatas ditambah tanda-tanda gagal napas atau gagal jantung kanan dan ketergantungan oksigen. Pada derajat ini kualitas hidup pasien memburuk dan jika eksaserbasi dapat mengancam jiwa	VEP ₁ /KVP < 70% VEP ₁ 30% prediksi, atau gagal napas atau gagal jantung kanan	1. Pengobatan reguler dengan 1 atau lebih bronkodilator <ul style="list-style-type: none"> • Agonis-2 kerja lama (LABA) • Antikolinergik kerja lama (LAMA) • Pengobatan komplikasi • Kortikosteroid inhalasi bila memberikan repons klinis atau eksaserbasi berulang 2. Rehabilitasi paru (edukasi, nutrisi, latihan, dukungan psikososial) 3. Terapi oksigen jangka panjang bila gagal napas kronik 4. Ventilasi mekanis nonivasif 5. Pertimbangkan terapi intervensi untuk mengurangi hiperinflasi paru

Nasehat untuk pasien PPOK dan keluarga

- Rokok dan polusi udara di dalam dan luar ruang adalah resiko mayor untuk PPOK
- Hal penting untuk penderita PPOK harus berhenti merokok dan menghindari debu, asap rokok, dan asap apapun
- Kondisikan asap dari proses memasak dapat keluar melalui jendela atau pintu
- Memasak dengan menggunakan kayu atau karbon dilakukan di luar rumah
- Gunakan masker untuk proteksi pernafasan atau pada area yang berdebu dan polusi

3. Respon Cepat Kegawatdaruratan PTM

Tindak lanjut dini, tatalaksana kasus dan respon cepat terhadap kondisi kegawatan PTM harus dapat dilakukan oleh setiap petugas kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan dasar.

Penanganan rujukan yang memadai menjadi tolok ukur keberhasilan setiap pelayanan kesehatan yang diberikan di fasilitas layanan kesehatan dasar terhadap kasus yang memerlukan penanganan lebih lanjut di rumah sakit.

Pengetahuan dan ketrampilan untuk mengenali, menilai dan memberikan pertolongan pertama atau pengelolaan pada keadaan darurat PTM harus dapat dilakukan oleh petugas kesehatan di puskesmas, yang meliputi (1) sesak napas, (2) nyeri dada, dan (3) penurunan kesadaran.

a. Kegawatdaruratan sesak napas

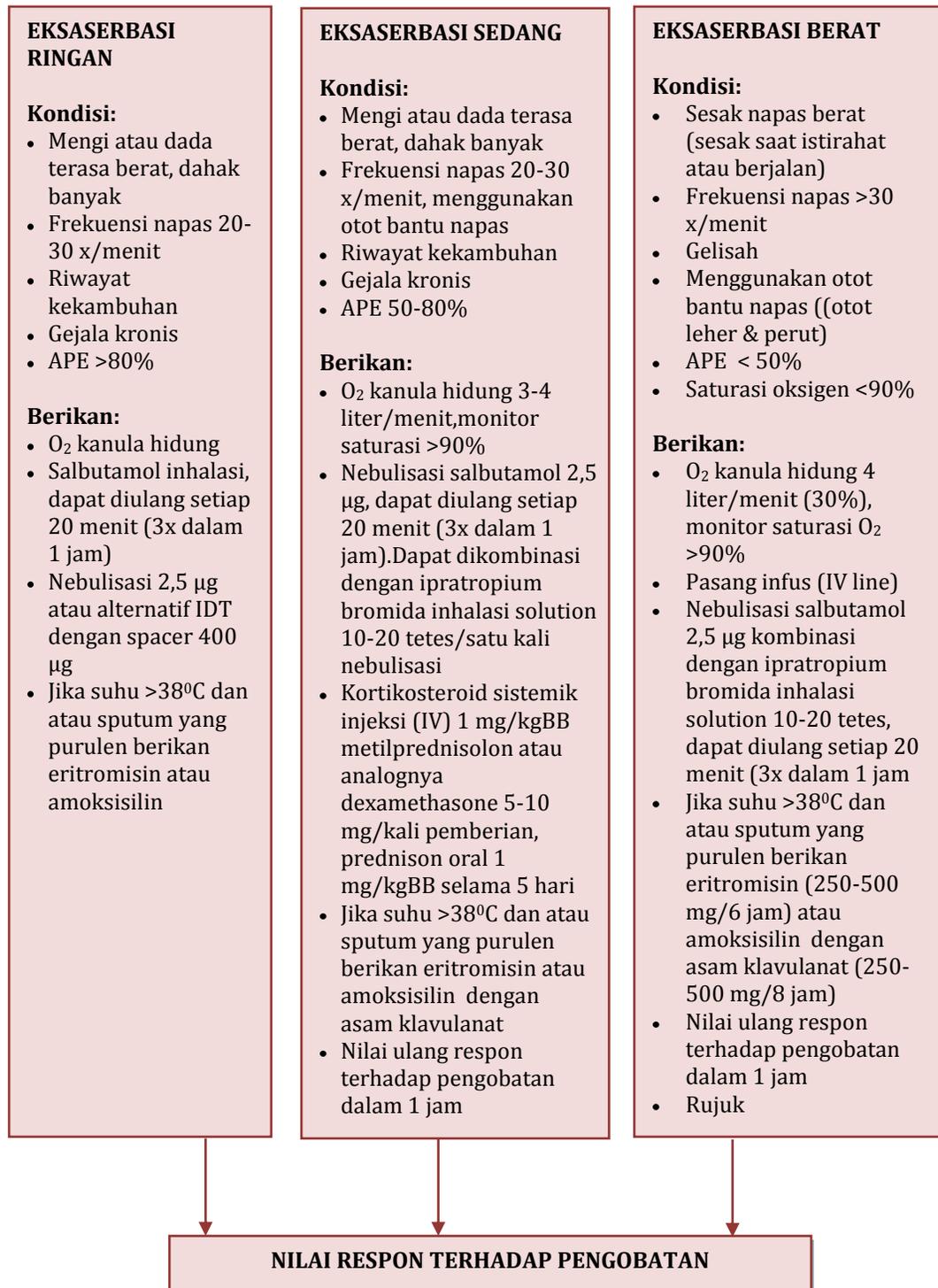
Bedakan antara asma dan PPOK

PPOK eksaserbasi dengan gejala sesak yang bertambah, produksi sputum/dahak yang bertambah, perubahan warna sputum (kuning, kehijauan atau purulen)

Asma eksaserbasi dengan gejala meningkatnya gejala (sesak napas, batuk, mengi, rasa berat di dada, kombinasi gejala tersebut, APE menurun)

Kegawatdaruratan sesak napas ditemukan pada PPOK eksaserbasi dan asma eksaserbasi. Bila diagnosis kedua penyakit tersebut masih ragu dapat menggunakan Alur 15a. Jika sudah dapat dipastikan serangan asma eksaserbasi dapat menggunakan Alur 15b dan jika PPOK eksaserbasi menggunakan Alur 15c.

Alur 12a. Penanganan Asma/PPOK Eksaserbasi



NILAI RESPON TERHADAP PENGOBATAN

Respon baik

- Satu (1) jam setelah penanganan kondisi pasien:
 - Stabil
 - Tidak sesak
 - APE perbaikan, frekuensi napas berkurang (normal < 20 x/menit)
- Pasien diperbolehkan pulang dengan terapi.
- Pastikan pasien menggunakan salbutamol oral 2 mg/kali, metilpredisolon 20-30 mg/hari, prednison oral 40 mg sekali/hari, selama 5-7 hari, mukolitik bila perlu, antibiotika jika ada infeksi.
- Nilai ulang dalam seminggu

Respon buruk

- **Respon buruk:** jika APE menurun atau kesadaran menurun (gelisah/bingung) atau sesak napas yang memberat → segera **RUJUK**
- **Tidak ada respon:** setelah pengobatan awal (salbutamol inhalasi 3 x dalam sejam, kortikosteroid dengan salbutamol) → **RUJUK**
Sambil menunggu transport ke tempat rujukan:
 - Pasang infus (IV line)
 - Pasang oksigen (30% masker atau 4 liter/menit nasal kanul) untuk menjaga saturasi >90%, jika memungkinkan
 - Lanjutkan salbutamol inhalasi 3 x dalam 1 jam
 - Berikan amonifilin bolus (5-6 mg/kgBB atau setengah dosis jika 12 jam sebelumnya menggunakan aminofilin), dilanjutkan dengan aminofilin drip 0,5-0,7 mg/kgBB/jam
 - Antibiotika (golongan kuinolon respirasi) amoksisilin dengan asam klafulanat atau ofloxacin atau levofloxacin

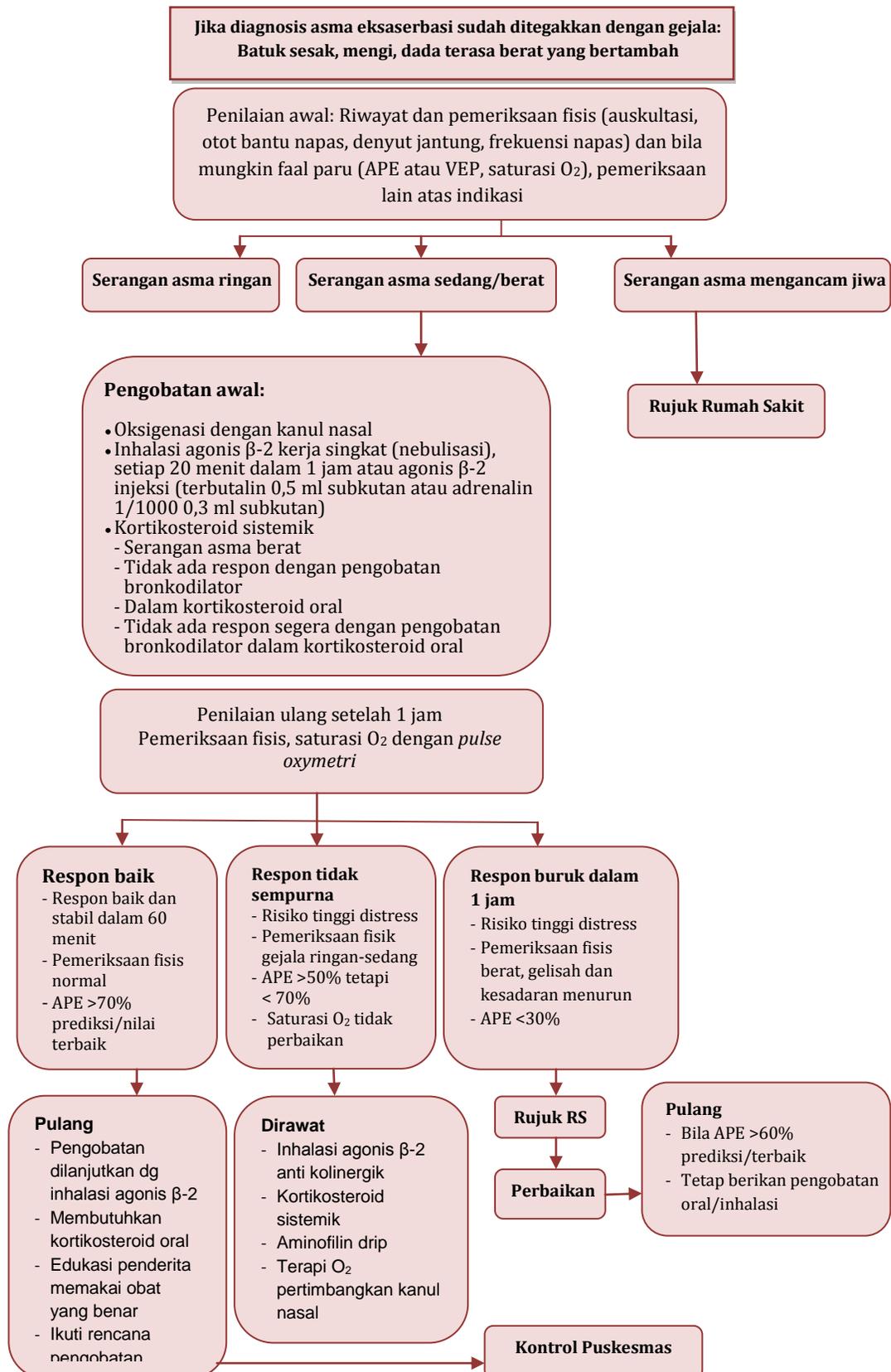
Follow up setelah seminggu:

- Nilai gejala (sesak napas dan mengi) dan tanda (frekuensi napas, pemeriksaan paru dan *pulse oxymetri*)
- Jika **tidak ada perubahan**, tatalaksana sebagai eksaserbasi sedang/berat (lihat diatas)
- Jika **tidak ada respon** terhadap pengobatan → **Rujuk**
- Jika **respon baik**, lanjutkan pengobatan jangka panjang dan *follow up* (gunakan alur)

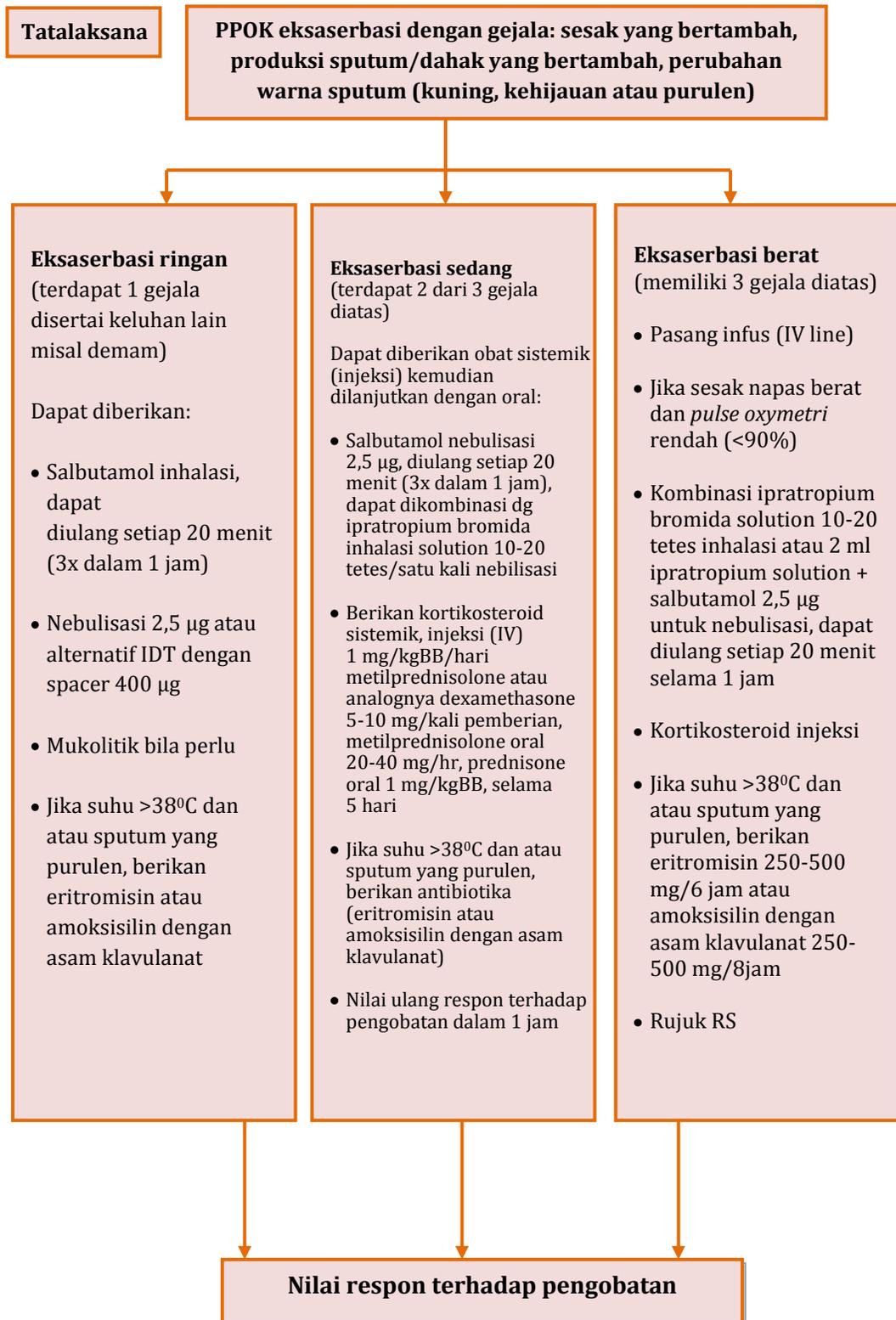
Nasehat untuk pasien dan keluarga:

- Rokok dan polusi udara di dalam dan luar ruang adalah risiko mayor untuk PPOK
- Hal penting untuk penderita PPOK harus diperhatikan adalah berhenti merokok, menghindari debu, asap rokok dan asap apapun
 - Kondisikan asap dari proses memasak dapat keluar melalui jendela atau pintu
 - Memasak dengan menggunakan kayu atau karbon dilakukan di luar rumah
 - Jika memungkinkan, bangun oven dalam dapur dari batu bata dan terdapat cerobong asap yang menghantarkan asap keluar
 - Gunakan masker untuk proteksi pernapasan atau pada area yang berdebu dan polusi

Alur 12b. Penanganan Asma Eksaserbasi



Alur 12c. Serangan PPOK Eksaserbasi



Nilai respon terhadap pengobatan

Respon baik

- APE meningkat, frekuensi napas berkurang (normal < 20 x/menit)
- Diperbolehkan pulang: nilai ulang dalam 1 minggu
- Pastikan pasien menggunakan salbutamol inhaler dirumah: perintahkan 2 puff, setiap 4 jam, untuk sesak napas atau mengi
- Resepkan prednisone oral 40 mg, 1 x/hari selama 7 hari

Respon buruk: jika APE menurun, atau turun kesadaran, atau sesak napas yang memberat

Rujuk segera

Tidak ada respon setelah 2 jam dalam pengobatan dengan salbutamol → **Rujuk**

Sambil menunggu transport ke tempat rujukan:

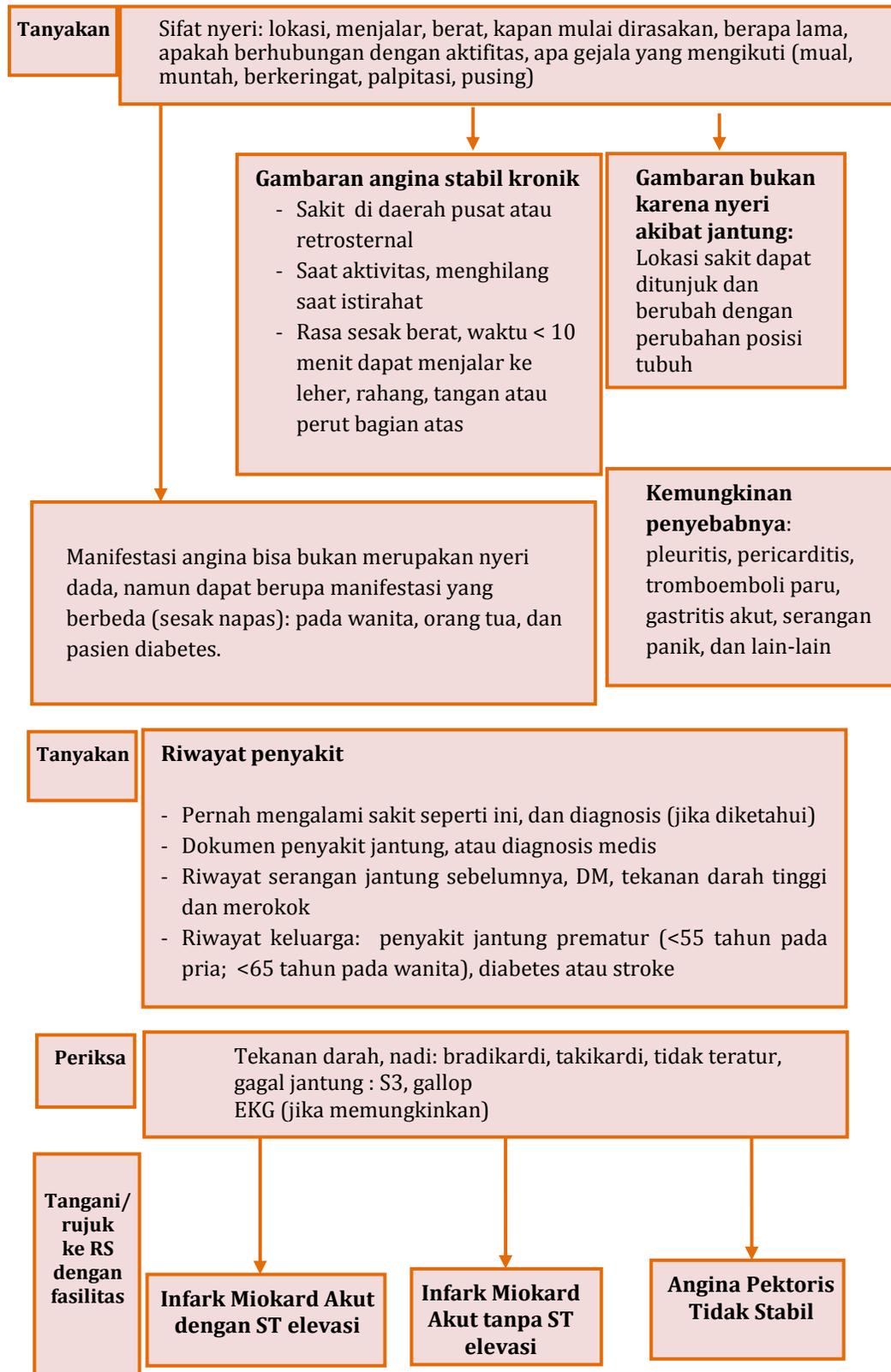
- Pasang oksigen (30% masker atau O₂ 4 ltr/menit nasal prongs) untuk menjaga saturasi >90%, jika memungkinkan
- Lanjutkan salbutamol nebulisasi, jika memungkinkan
- 1-2 mL salbutamol setiap 20 menit atau kontiyu, jika terjadi distress pernapasan berat

Follow up setelah 1 minggu:

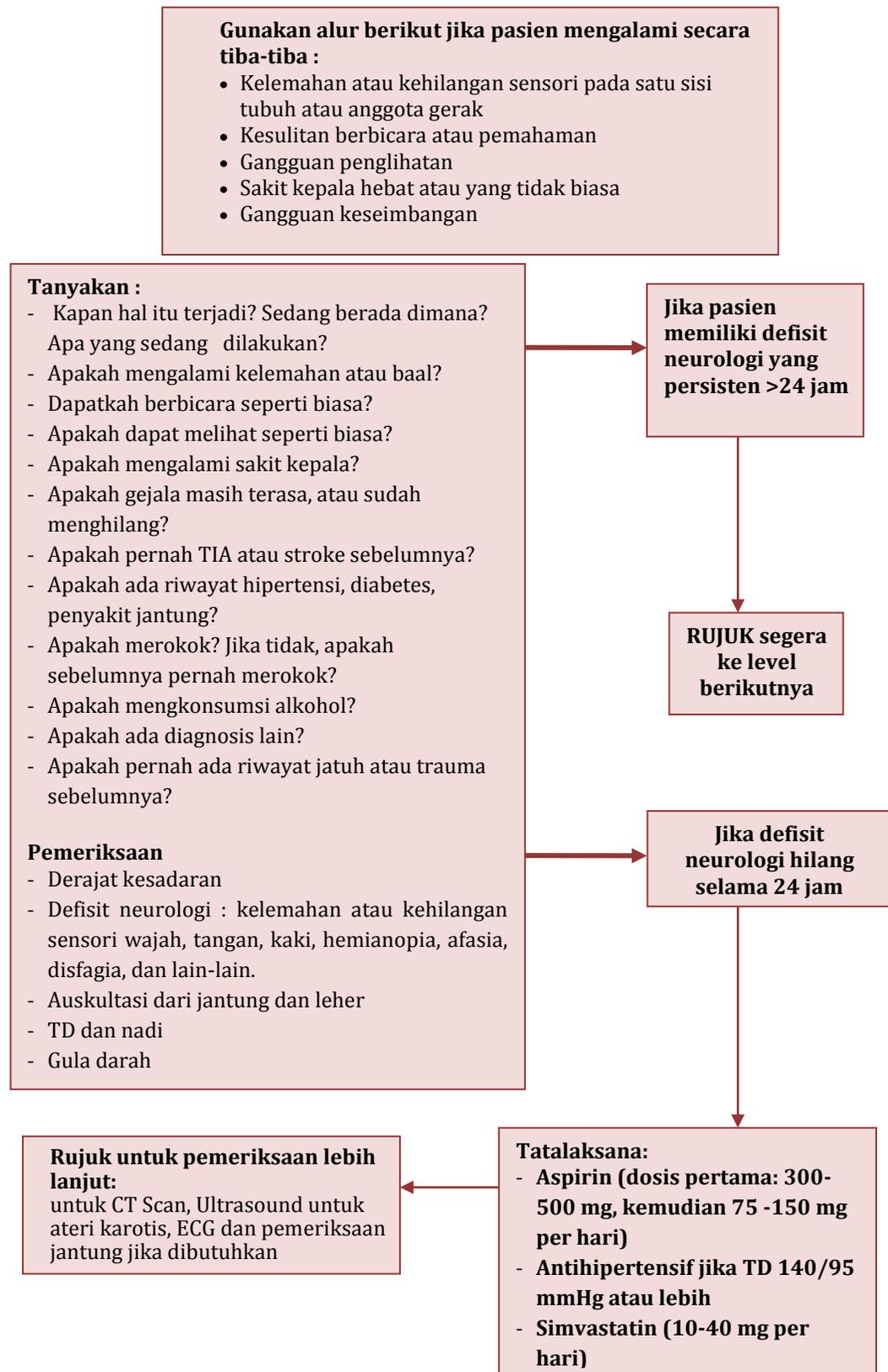
- Nilai gejala (sesak napas, mengi) dan tanda (frekuensi napas, pemeriksaan paru, *pulse oxymetri*)
- Jika **tidak** ada perubahan, tatalaksana sebagai eksaserbasi sedang/berat (lihat di atas), jika tidak ada respon terhadap pengobatan **Rujuk**
- Jika respon baik, lanjutkan pengobatan jangka panjang dan follow up

b. Nyeri dada

Alur 13. Kemungkinan Diagnosis Berdasarkan Keluhan Nyeri Dada



Alur 14. *Transient Ischemic Attack (TIA) dan Stroke*



Alur 15. Sindroma Koroner Akut

Gambaran Sindroma Koroner Akut:

- Sakit hebat di daerah retrosternal
- Berlangsung selama ≥ 20 menit
- Dapat disertai mual, muntah, berkeringat dingin, palpitasi dan pusing
- Terjadi saat beristirahat menjalar ke tangan, leher, rahang, atau perut bagian atas
- Dapat dimulai saat aktivitas dan terus berlanjut saat istirahat
- Perburukan dari angina stabil sebelumnya

Tindakan:

Baringkan pasien, periksa tanda vital, sekaligus dilakukan anamnesis singkat, pasang IV line

Tatalaksana:

- Berikan Oksigen 2 – 4 liter per menit dengan nasal kanul
- Aspirin tanpa salut gula (dikunyah) 160 – 300 mg, berikan secepatnya
- Isosorbide dinitrate (ISDN) sublingual 5 mg dapat diulangi 2-3 kali selama selang waktu 10 menit (jika tidak ada kontraindikasi misalnya hipotensi)
- Untuk nyeri dada hebat yang belum teratasi dengan obat-obat di atas, berikan Morphine 5-10 mg IM atau IV (jika terdapat apoteker)
- **Lakukan pemeriksaan EKG dan enzim troponin atau CKMB.**
- **Tindakan → Rujuk ke RS secepat mungkin**

Diagnosis Sindrom Koroner Akut berdasarkan munculnya 2 dari:
Gejala Infark Miokard Biomarker jantung + (Tes Troponin T kualitatif menggunakan strip, pada layanan primer)

4. Sistem Rujukan Pengendalian Penyakit Tidak Menular

Mekanisme rujukan kasus secara timbal balik:

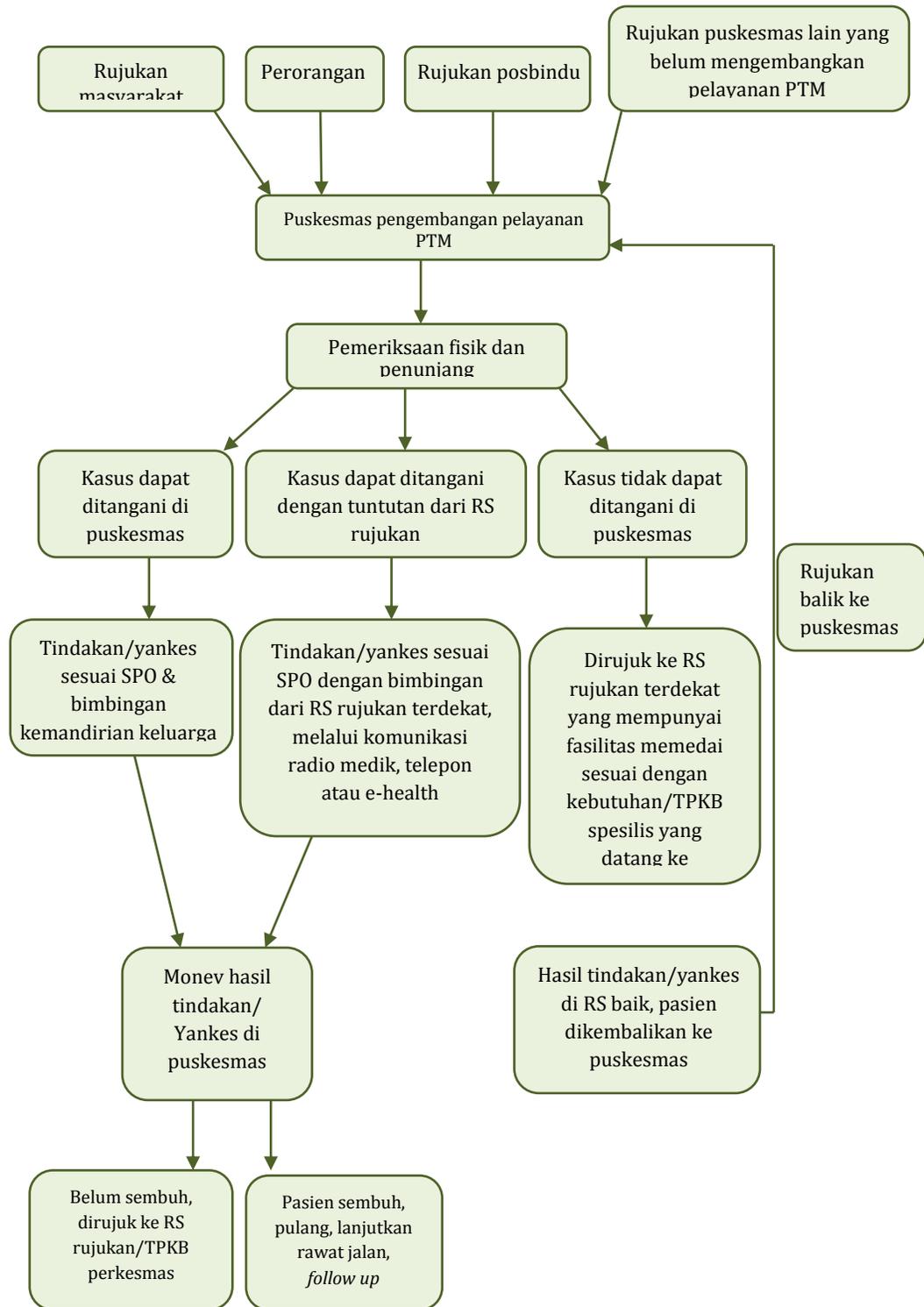
- 1) Posbindu PTM, kader kesehatan dan UKBM lainnya, dapat membantu pasien untuk menunjukkan dan atau mengantarkannya menuju fasilitas pelayanan kesehatan yang tepat serta mampu memberikan layanan sesuai kebutuhannya.
- 2) Demikian pula institusi kesehatan, mulai dari puskesmas pembantu, poskesdes/bidan desa dan puskesmas, sebagai institusi pelayanan kesehatan dasar terdekat di masyarakat, dapat merujuk pasien dengan kondisi "sakit cukup berat dan atau kegawatdaruratan medik, langsung ke institusi pelayanan kesehatan terdekat yang mampu mengatasi masalahnya secara tepat, misalnya puskesmas PTM yang sudah difungsikan sebagai pusat rujukan antara, atau pusat rujukan medik spesialisik terbatas dan bila dipandang perlu dapat langsung ke RS rujukan medik terdekat sebagaimana disebutkan di atas, bila memungkinkan.
- 3) Pada kondisi puskesmas yang tidak mampu memberi layanan rujukan medis pada kasus dengan kondisi sakit cukup berat dan atau kegawatdaruratan medik, maka pasien harus secepatnya dirujuk ke RS rujukan medik spesialisik terdekat.

Dari pasien yang dirujuk ke fasilitas pelayanan rujukan medik spesialisik/spesialisik terbatas, umpan balik hasil layanan dikirim kembali kepada pengirimnya agar penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara menyeluruh di seluruh wilayah kabupaten/kota dengan baik.

- 4) Umpan balik hasil pelayanan dan saran-saran tindaklanjutnya, disampaikan kepada puskesmas, atau institusi pelayanan kesehatan yang mengirim semula, yang dipastikan dapat menindaklanjuti saran yang diberikannya, agar pelayanan dapat diselesaikan.

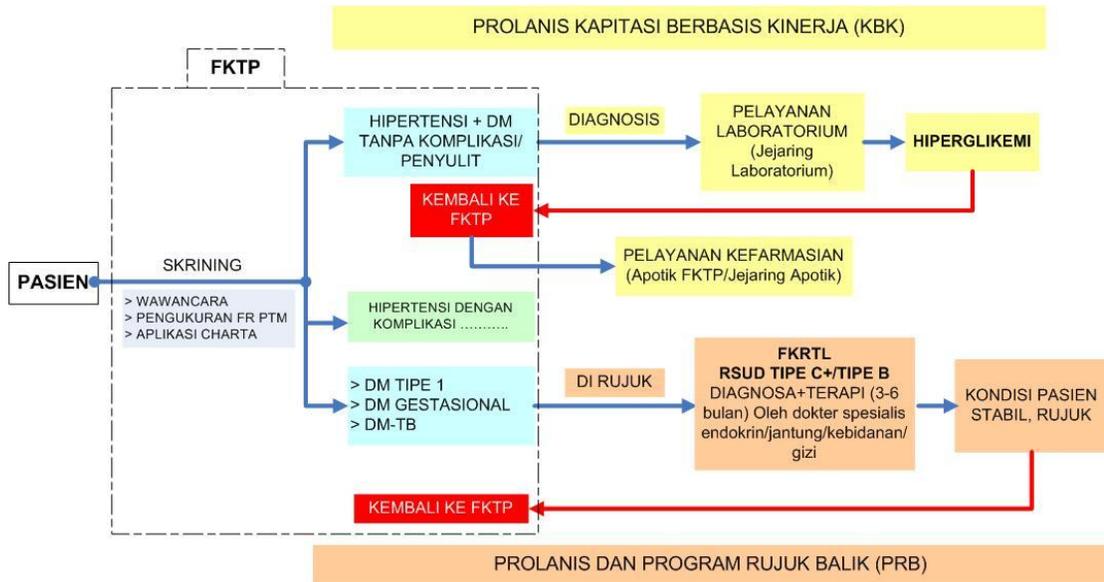
Pelayanan PPTM dan rujukan kasus, dilaksanakan secara berjenjang, mulai dari posbindu PTM, puskesmas sampai ke RS sebagai rujukan, terlihat pada Alur 16.

Alur 16. Pelayanan dan Rujukan Kasus di Puskesmas



Rujukan tersebut di atas terintegrasi dengan Rujuk Balik BPJS Kesehatan (Alur 17)

Alur 17. Rujukan Kasus di Puskesmas Terintegrasi dengan Rujuk Balik BPJS Kesehatan



Pelayanan program rujuk balik (PRB) diberikan kepada peserta BPJS kesehatan yang menderita penyakit kronis, namun masih memerlukan pengobatan/asuhan keperawatan dalam jangka panjang di FKTP atas rekomendasi/rujukan dari dokter spesialis/sub spesialis yang merawat.

Ruang lingkup program rujuk balik :

1. Jejaring Penyakit

Yang termasuk penyakit adalah DM, Hipertensi, Jantung, Asma, PPOK, Epilepsi dan Schizophrenia, Stroke dan SLE.

2. Jenis Obat

Obat yang termasuk Obat Rujuk Balik adalah :

a. Obat Utama :

Obat kronis yang resepkan oleh dokter spesialis/sub spesialis di FKRTL dan tercantum pada formularium nasional untuk obat PRB.

b. Obat Tambahan

Obat yang mutlak diberikan bersama obat utama dan di resepkan oleh dokter spesialis/sub spesialis di FKRTL untuk mengatasi penyakit penyerta/mengurangi efek samping akibat obat utama.

Obat PRB diberikan untuk kebutuhan maksimal 30 (tiga puluh) hari setiap kali peresepan dan harus sama dengan daftar obat formularium nasional untuk obat PRB serta ketentuan lain yang berlaku, yang diperoleh di apotik atau depo farmasi yang bekerjasama dengan BPJS kesehatan (jejaring apotik).

C. Upaya Rehabilitatif PTM

Rehabilitasi PTM bertujuan untuk meminimalkan komplikasi melalui pengobatan yang tepat serta meningkatkan kualitas hidup dan lama ketahanan hidup pada penderita.

Rehabilitasi dilaksanakan pada penderita: 1) Pasca stroke (*survivor*); 2) Pasca cedera/kecelakaan (penyandang cacat, DM dengan kaki diabetes (diabetesi); 3) Kanker (*survivor*); dan 4) Dan lain-lain.

Rehabilitasi dilakukan dengan perawatan kasus PTM melalui kunjungan rumah (*home care*) dengan tenaga terlatih dalam rehabilitasi medik. Kegiatan paliatif antara lain meliputi penatalaksanaan nyeri.

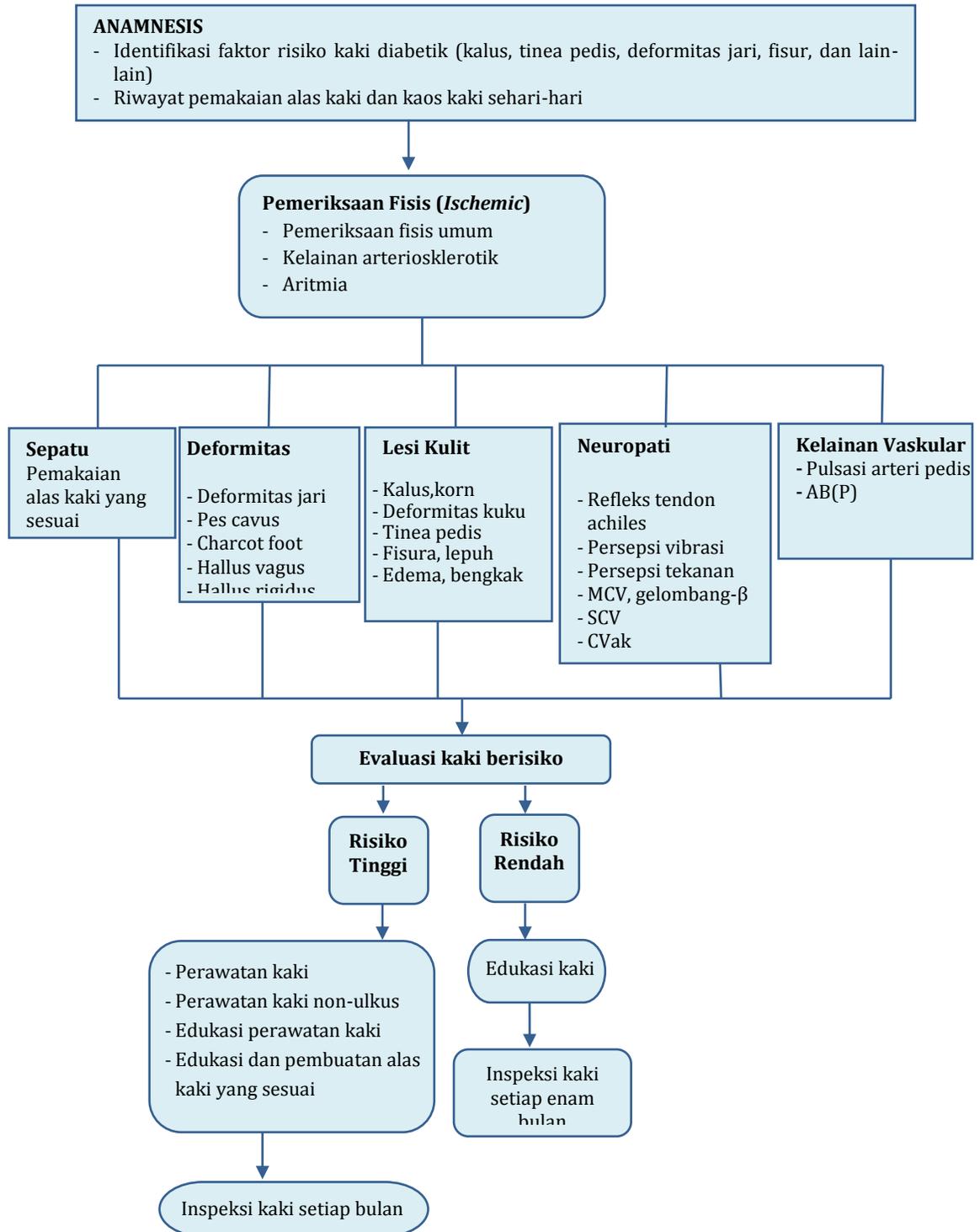
Keluhan fisik lain, asuhan keperawatan, dukungan psikologi, sosial cultural dan spiritual, persiapan dan selama masa dukacita (*breavement*). Keluhan utama pasien stadium lanjut yang paling sering adalah nyeri. Nyeri hebat dan tidak mampu lagi diobati dengan obat standar.

Pengobatan dimaksud, dapat secara medika mentosa/obat-obatan khusus termasuk morphin ataupun tindakan operasi. Terapi paliatif bisa dilakukan di RS atau di rumah penderita (*home care*). Terapi paliatif dan bebas nyeri adalah suatu kesatuan, dengan tujuan agar tercapai kualitas hidup yang baik, secara pribadi maupun sebagai komunitas sosial.

Tindakan yang dilakukan pada terapi paliatif sama dengan terapi utama, modalitas terapinya meliputi: 1) Operasi; 2) Kemoterapi; 3) Radioterapi, atau 4) Salah satu atau kombinasi ketiganya. Misalnya dilakukan operasi untuk mengeluarkan cairan di perut, sehingga pasien tidak sesak, operasi atau radioterapi untuk mengurangi besarnya tumor atau kanker supaya tidak menekan saraf, sehingga keluhan nyeri berkurang dan lain-lain.

Salah satu upaya rehabilitatif untuk penderita DM adalah perawatan kaki diabetes, seperti yang tergambar dalam Alur 18 dibawah ini.

Alur 18. Upaya Rehabilitatif Perawatan Kaki Diabetes Untuk Penderita DM Non Ulkus



Rehabilitasi PTM bertujuan untuk meminimalkan komplikasi melalui pengobatan yang tepat serta meningkatkan kualitas hidup dan lama ketahanan hidup pada penderita. Rehabilitasi dilaksanakan pada penderita pasca stroke (*survivor*), pasca cedera/kecelakaan (penyandang cacat, DM dengan kaki diabetes (diabetesi), kanker (*survivor*) dan lain-lain. Rehabilitasi dilakukan dengan perawatan kasus PTM melalui kunjungan rumah (*home care*) dengan tenaga terlatih dalam rehabilitasi medik. Kegiatan paliatif antara lain meliputi penatalaksanaan nyeri.

Keluhan fisik lain, asuhan keperawatan, dukungan psikologi, sosial cultural dan spiritual, persiapan dan selama masa dukacita (*breavement*). Keluhan utama pasien stadium lanjut yang paling sering adalah nyeri. Nyeri hebat dan tidak mampu lagi diobati dengan obat standar. Pengobatan dimaksud, dapat secara medika mentosa/obat-obatan khusus termasuk morphin ataupun tindakan operasi. Terapi paliatif bisa dilakukan di RS atau di rumah penderita (*home care*). Terapi paliatif dan bebas nyeri adalah suatu kesatuan, dengan tujuan agar tercapai kualitas hidup yang baik, secara pribadi maupun sebagai komunitas sosial.

Tindakan yang dilakukan pada terapi paliatif sama dengan terapi utama, modalitas terapinya meliputi operasi, kemoterapi, radioterapi atau salah satu atau kombinasi ketiganya. Misalnya dilakukan operasi untuk mengeluarkan cairan di perut, sehingga pasien tidak sesak, operasi atau radioterapi untuk mengurangi besarnya tumor atau kanker supaya tidak menekan saraf, sehingga keluhan nyeri berkurang dan lain-lain.

Salah satu upaya rehabilitatif untuk penderita DM adalah perawatan kaki diabetes, seperti yang tergambar dalam alur 24 dibawah ini.

Upaya rehabilitasi PTM dilaksanakan melalui berbagai bentuk rehabilitasi:

1. Rehabilitasi medik

Rehabilitasi medik merupakan pelayanan kesehatan terhadap gangguan fisik dan fungsi yang diakibatkan oleh keadaan/kondisi sakit, penyakit atau cedera melalui panduan intervensi medik, keterampilan fisik dan atau rehabilitasi untuk mencapai kemampuan fungsi. Upaya rehabilitasi pada PTM dilakukan sesuai dengan kondisi kesehatan dan kebutuhan pasien serta memperhatikan kemampuan serta sumber daya FKTP dalam memberikan pelayanan rehabilitasi medik.

2. Rehabilitasi psikososial

Rehabilitasi psikososial merupakan upaya yang dilakukan dalam upaya meningkatkan kualitas hidup serta peran social penderita PTM. Penderita PTM berpotensi untuk mengalami berbagai masalah psikologis dan social mengingat kondisi kronik yang dialami, pengobatan yang terus menerus, permasalahan ekonomi serta keterlibatannya dalam lingkungan. Untuk itu masalah psikososial penderita PTM juga perlu mendapatkan perhatian dalam pelayanan kesehatan sehingga kualitas hidup penderita PTM menjadi lebih baik.

3. Rehabilitasi Bersumberdaya Masyarakat (RBM)

RBM merupakan program pembinaan wilayah dalam hal pencegahan kedisabilitas, deteksi dan rehabilitasi/habilitasi segala aspek kehidupan. Program ini bertujuan untuk memberdayakan penyandang disabilitas dalam segala aspek kehidupan, keluarga dan masyarakat.

Puskesmas berperan sebagai Pembina wilayah dalam pembentukan RBM, manakala di wilayah kerja tersebut memang memiliki permasalahan disabilitas yang memerlukan penanganan khusus, terutama upaya pemberdayaan penyandang disabilitas dan keluarganya.

D. Paliatif PTM

Pelayanan paliatif pasien kanker adalah pelayanan terintegrasi oleh tim paliatif untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan memberikan dukungan bagi keluarga yang menghadapi masalah yang berhubungan dengan kondisi pasien dengan mencegah dan mengurangi penderitaan melalui identifikasi dini, penilaian yang seksama serta pengobatan nyeri dan masalah masalah lain, baik masalah fisik, psikososial dan spiritual (WHO, 2002), dan pelayanan masa duka cita bagi keluarga (WHO 2005).

1. Prinsip pelayanan paliatif pasien kanker

- b. Menghilangkan nyeri dan gejala fisik lain
- c. Menghargai kehidupan dan menganggap kematian sebagai proses normal
- d. Tidak bertujuan mempercepat atau menghambat kematian
- e. Mengintegrasikan aspek psikologis, sosial dan spiritual
- f. Memberikan dukungan agar pasien dapat hidup seaktif mungkin
- g. Memberikan dukungan kepada keluarga sampai masa dukacita
- h. Menggunakan pendekatan tim untuk mengatasi kebutuhan pasien dan keluarganya
- i. Menghindari tindakan yang sia-sia.

2. Indikasi pelayanan paliatif

Pelayanan paliatif dimulai sejak diagnosis kanker ditegakkan bila didapatkan satu atau lebih kondisi di bawah ini :

- a. Nyeri atau keluhan fisik lainnya yang tidak dapat diatasi
- b. Stres berat sehubungan dengan diagnosis atau terapi kanker
- c. Penyakit penyerta yang berat dan kondisi sosial yang diakibatkannya
- d. Permasalahan dalam pengambilan keputusan tentang terapi yang akan atau sedang dilakukan
- e. Pasien/keluarga meminta untuk dirujuk ke perawatan paliatif
- f. Angka harapan hidup ≤ 12 bulan (ECOG ≥ 3 atau karnofsky $\leq 50\%$, metastasis otak, dan leptomeningeal, metastasis di cairan interstisial, vena cava superior sindrom, kaheksia, serta kondisi berikut bila tidak dilakukan tindakan atau tidak respon terhadap tindakan yaitu: kompresi tulang

belakang, bilirubin $\geq 2,5$ mg/dl, kreatinin ≥ 3 mg/dl). *tidak berlaku pada pasien kanker anak

- g. Pada pasien kanker stadium lanjut yang tidak respon dengan terapi yang diberikan.
3. Langkah-langkah dalam pelayanan paliatif:
 - a. Melakukan penilaian aspek fisik, psikologis, sosial dan kultural, dan spiritual
 - b. Menentukan pengertian dan harapan pasien dan keluarga
 - c. Menentukan tujuan perawatan pasien
 - d. Memberikan informasi dan edukasi perawatan pasien
 - e. Melakukan tata laksanaan gejala, dukungan psikologis, sosial dan kultural, dan spiritual
 - f. Memberikan tindakan sesuai wasiat atau keputusan keluarga bila wasiat belum dibuat, misalnya penghentian atau tidak memberikan pengobatan yang memperpanjang proses menuju kematian (resusitasi, ventilator, cairan, dan lain-lain)
 - g. Membantu pasien dalam membuat *Advance Care Planning* (wasiat atau keinginan terakhir)
 - h. Pelayanan terhadap pasien dengan stadium terminal.
 4. Tim dan tempat pelayanan paliatif
 - a. Tim paliatif

Tim paliatif dibentuk berdasarkan ketersediaan sumber daya pada tempat layanan paliatif. Menggunakan prinsip interdisipliner (koordinasi antar bidang ilmu dalam menentukan tujuan yang akan dicapai dan tindakan yang akan dilakukan guna mencapai tujuan, tim paliatif secara berkala melakukan diskusi untuk penilaian dan diagnosis bersama pasien dan keluarga untuk membuat tujuan dan rencana program paliatif pasien kanker serta melakukan monitoring dan evaluasi.

Komposisi tim paliatif terdiri dari:

1) Dokter

c) Dokter umum

Dokter umum memiliki peranan penting pada perawatan pasien terminal di tingkat layanan primer (di puskesmas dan di rumah pasien), sehingga tata laksanaan gejala fisik dan kebutuhan psikososial dan spiritual dapat berjalan baik.

Dokter umum memiliki tugas:

- Mengkoordinir tim paliatif di tingkat layanan primer
- Mengantisipasi dan mencegah timbulnya gejala dengan obat dan modalitas lain
- Mengidentifikasi gejala secara dini dan masalah psikologis, sosial, dan spiritual
- Mengatur penggunaan obat, sehingga kepatuhan pasien dapat terjaga

- Menggunakan modalitas non-farmakologi
 - Menyusun program paliatif
 - Membangun hubungan kerja dengan tim paliatif di tingkat sekunder dan mengonsultasikan pasien yang membutuhkan
 - Membangun kerja sama dan menggunakan sumber daya yang tersedia di wilayah layanan primer untuk mengembangkan program paliatif
- d) Dokter paliatif di tingkat layanan sekunder dan tersier:
Dokter spesialis

2) Perawat paliatif

Perawat paliatif bertanggung jawab dalam penilaian, pengawasan, dan pengelolaan asuhan keperawatan pasien paliatif.

a) Perawat sebagai koordinator layanan paliatif:

- Menyiapkan pelaksanaan program paliatif, baik rawat jalan, rawat inap atau rawat rumah
- Menyiapkan peralatan medis yang diperlukan
- Mendistribusikan dan menghubungi tenaga pelaksana kepada anggota tim atau ke unit layanan lain
- Menyusun jadwal kunjungan dan tenaga paliatif yang diperlukan
- Mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan program paliatif

b) Perawat sebagai tenaga pelaksana:

- Menerima permintaan asuhan keperawatan dari koordinator program paliatif
- Berkoordinasi dengan anggota tim lain
- Menganalisa, menegakkan dan melakukan asuhan keperawatan sesuai kebutuhan dan kondisi pasien
- Menginformasikan dan mengedukasi pelaku rawat atau penanggung jawab pasien
- Melaporkan setiap perkembangan pasien kepada dokter penanggung jawab dan coordinator program paliatif
- Evaluasi asuhan keperawatan yang telah dilakukan secara langsung atau tidak langsung melalui laporan harian pelaku rawat
- Mengusulkan asuhan keperawatan baru atau lanjutan kepada dokter penanggung jawab atau coordinator bila diperlukan
- Merubah asuhan keperawatan sesuai kesepakatan dan persetujuan dokter penanggung jawab serta menginformasikan kepada pelaku rawat
- Melakukan pencatatan dan pelaporan
- Mengontrol pemakaian obat dan pemeliharaan alat medis

c) Perawat *homecare*:

- Menerima permintaan perawatan *homecare* dari dokter penanggung jawab pasien melalui coordinator program paliatif
- Berkoordinasi dan menganalisa program *homecare* dan dokter penanggung jawab dan coordinator program paliatif
- Melakukan asuhan keperawatan sesuai program yang direncanakan

- Re-evaluasi atau evaluasi asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan
 - Melaporkan setiap perkembangan pasien kepada dokter penanggung jawab pasien
 - Mengusulkan asuhan keperawatan baru bila diperlukan
 - Melaksanakan pencatatan dan pelaporan
- d) Pelaku rawat (*caregiver*)
- Melakukan atau membantu pasien melakukan perawatan diri dan kegiatan sehari-hari (memandikan, memberi makan, beraktivitas sesuai kemampuan pasien, dll)
 - Memberikan obat dan tindakan keperawatan sesuai anjuran dokter
 - Melaporkan kondisi pasien kepada perawat
 - Mengidentifikasi dan melaporkan gejala fisik dan gejala lain kepada perawat
- 3) Apoteker
Terapi obat merupakan komponen utama dari penatalaksanaan gejala dalam pelayanan paliatif. Apoteker memastikan bahwa pasien dan keluarga memiliki akses penting terhadap obat-obatan untuk pelayanan paliatif.
- 4) Pekerja sosial dan psikolog
- 5) Rohaniawan
- 6) Terapis
- Melakukan program rehabilitasi medis sesuai anjuran dokter spesialis rehabilitasi medik
 - Berkoordinasi dengan dokter spesialis rehabilitasi medik dan anggota tim paliatif lainnya
- 7) Relawan
- b. Tempat pelayanan paliatif
Pelayanan paliatif dapat dilakukan di:
- 1) Rumah Sakit
 - 2) Masyarakat
Program paliatif di masyarakat dilaksanakan dalam supervisi puskesmas dan/ atau rumah sakit.

VII. KEPUSTAKAAN

1. Pedoman Penyelenggaraan Pengendalian Penyakit Tidak Menular di Puskesmas. Kemenkes RI, 2013
2. Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Pengendalian Penyakit Tidak Menular di Puskesmas. Kemenkes RI, 2013

MATERI INTI 3

SARANA DAN PRASARANA PENYAKIT TIDAK MENULAR DI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA

(WAKTU: 4 Jpl (T = 2 Jpl; P = 1Jpl; PL: 1Jpl))

I. DESKRIPSI SINGKAT

Modul ini menjelaskan kepada peserta *Training of Trainer* (ToT) tentang sarana dan prasarana PTM di FKTP (termasuk SDM) untuk pelayanan P2PTM, Sarana dan prasarana PTM di FKTP dan obat esensial PTM serta pemanfaatan sarana dan prasarana PTM di FKTP.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta mampu melakukan pemanfaatan sarana dan prasarana PTM di FKTP sesuai dengan Permenkes Nomor 71 Tahun 2015 tentang Penanggulangan PTM

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta mampu:

1. Menjelaskan sarana dan prasarana PTM di FKTP
2. Melakukan pemanfaatan sarana dan prasarana PTM di FKTP

III. POKOK BAHASAN

A. Sarana dan Prasarana PTM di FKTP

1. SDM
2. Peralatan medis
3. Obat esensial

B. Pemanfaatan Sarana dan Prasarana PTM di FKTP

IV. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN PEMBELAJARAN

A. Langkah-langkah

1. Fasilitator memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan sesi ini (5 menit).
2. Curah pendapat (25 menit)
3. Fasilitator menyampaikan materi dengan menggunakan *power point* (60 menit).

4. Fasilitator memandu diskusi kelompok (45 menit)
5. Praktik lapangan (45 menit).

B. Metode

- 1) Curah pendapat
- 2) CTJ
- 3) Diskusi kelompok
- 4) Praktik lapangan

C. Media dan Alat Bantu Pelatihan

1. Modul
2. *Hand out*
3. *Laptop*
4. LCD
5. *Flipchart*
6. Spidol
7. Panduan diskusi kelompok
8. Panduan PKL
9. Daftar ceklis sarana dan prasarana PTM

VI. URAIAN MATERI

A. Sarana dan Prasarana PTM di FKTP

Untuk terlaksananya upaya pengendalian PTM di puskesmas, sewajarnya diperlukan pentahapan penerapan kriteria, baik menyangkut sumber daya (tenaga, anggaran/biaya, metode/SPO, peralatan medis), obat esensial PTM. Sesuai dengan target yang telah ditetapkan pada pedoman pengembangan pengendalian PTM di puskesmas, bahwa tahun 2014 terdapat minimal satu kabupaten/kota memiliki satu puskesmas dengan pelayanan PTM, yang dapat dilaksanakan di puskesmas perawatan maupun non perawatan, tergantung pada sumber daya, sarana prasarana yang dimiliki. Adapun standar yang ditetapkan untuk puskesmas dengan pelayanan PTM adalah:

1. Sumber Daya Manusia

Untuk dapat melaksanakan Pelayanan Terpadu PTM di puskesmas diperlukan sumber daya manusia yang kompeten.

Standar ketenagaan puskesmas sesuai dengan Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat sebagaimana terlihat pada Tabel 16 berikut ini:

Tabel 16. Standar Ketenagaan Puskesmas

No.	Jenis Tenaga	Puskesmas kawasan Perkotaan		Puskesmas kawasan Perkotaan		Puskesmas kawasan Terpencil dan Sangat Terpencil	
		1	2	1	2	1	2
1.	Dokter atau dokter layanan primer	1	2	1	2	1	2
2.	Dokter gigi	1	1	1	1	1	1
3.	Perawat	5	8	5	8	5	8
4.	Bidan	4	7	4	7	4	7
5.	Tenaga kesehatan masyarakat	2	2	1	1	1	1
6.	Tenaga kesehatan lingkungan	1	1	1	1	1	1
7.	Ahli teknologi laboratorium medik	1	1	1	1	1	1
8.	Tenaga gizi	1	2	1	2	1	2
9.	Tenaga kefarmasian	1	2	1	1	1	1
10.	Tenaga administrasi	3	3	2	2	2	2
11.	Pekarya	2	2	1	1	1	1
Jumlah		22	31	19	27	19	27

Keterangan:

Standar ketenagaan sebagaimana tersebut di atas:

- a. Merupakan kondisi minimal yang diharapkan agar puskesmas dapat terselenggara dengan baik.
- b. Belum termasuk tenaga di puskesmas pembantu dan bidan desa.

Upaya pelayanan Terpadu PTM di puskesmas sebaiknya dilaksanakan dalam satuan kerja tim dinamis, yang mendapatkan pelatihan yang terprogram, melalui pelatihan formal maupun non-formal.

2. Peralatan medis

Beberapa contoh peralatan dasar tersedia dalam jumlah cukup, antara lain:

- Sarana penyuluhan PTM untuk berhenti merokok, gizi sehat, aktivitas fisik, yang terdiri dari media cetak (flipchart, lembar balik), media elektronika (CD, kaset, *sound system*, monitor), media wawancara tatap muka (diskusi kelompok terarah, wawancara dan bermain peran/roleplay, konseling).
- Sarana deteksi dini: tensimeter merkuri/digital, alat pengukur (tinggi badan, berat badan, lingkar perut), stetoskop, EKG, Rontgen paru, peakflowmeter, IVA kit, glukometer, tes albumin urin, tes kolesterol, Oftalmoskop, Optotip Snellen, *Ear Kit* dan *Garputala*
- Sarana pendukung pemeriksaan kreatinin, keton urin dan troponin tes, thyroid check, HbA1C, CKMB (Creatinin Kinase Myocardial Band), myoglobin.

Standar pemeliharaan alat dengan melakukan kalibrasi dengan teratur dan membuang limbah medis (alat suntik *disposable* dan sampah medis lainnya) sesuai standar internasional.

3. Obat esensial PTM

Obat esensial PTM:

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adriamin ▪ Adriamycin ▪ Aminofilin ▪ Amoxycillin ▪ Aspirin 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Furosemide ▪ Glukosa Injeksi ▪ Glucose injectable solution 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Paracetamol ▪ Phenoxymethyl penicillin ▪ Prednisolone ▪ Povidon Iodine ▪ Promethazine injection
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beclometasone inhaler ▪ Bisoprolol ▪ Budesonid ▪ Burnazine 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Heparin ▪ Hydrochlorothiazide ▪ Hydrocortisone (i njection) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Salbutamol inhaler ▪ Salbutamol injectable ▪ Salbutamol tablet ▪ Sodium chloride infusion ▪ Statin (lovastatin/simvastatin) ▪ Sulfas Atropin ▪ Sulfonilurea (glibenclamide, glimepirid, glikazid, glikuidon)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Captopril ▪ CCB(nifedipine R, amlodipine) ▪ Codein tablet ▪ Cotrimoxazole ▪ Cyclophosamide 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ibuprofen ▪ Insulin basal (NPH, glargine, detemir) ▪ Ipratropium bromide ▪ Ipratropium bromide + Salbutamol ▪ Isosorbide dinitrate I ▪ Tamoxifen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tamoxifen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dexamethason ▪ Doksisisiklin 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tiotropium 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tiotropium
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Efedrin ▪ Enalapril ▪ Erythromycin 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Metformin ▪ Methilprednisolon ▪ Metronidazole ▪ Metotrexate 	

Beberapa daftar obat kemoterapi yang sering dipakai oleh orang dengan kanker harus diketahui oleh dokter yang bertugas di puskesmas pelayanan PTM, mengenai efek samping obat seperti dibawah ini:

- AC (Adriamin, Cyclophosamide) Benzathine benzylpenicillin (inject)
- CAF (Cyclophosamide, Adriamycin, 5 FluoroUracil)
- CEF (Cyclophosamide, Epirubicin, 5 FluoroUracil)
- CMF (Cyclophosamide, Metotrexate, 5 FluoroUracil) Epirubicin
- Fluoro Uracil
- Morphine (injection dan Oral)
- MTX

Obat esensial ini harus ada di puskesmas sehubungan dengan pengendalian PTM di fasilitasi pelayanan kesehatan dasar. Dalam hal lama pemberian obat, karena PTM membutuhkan pengobatan dalam waktu lama, maka obat-obatan diberikan paling sedikit untuk 1 (satu) bulan, sebagaimana pedoman masing-masing penyakit dan jika tidak ada keluhan yang mendesak dan memerlukan penanganan lebih lanjut.

Dalam hal perhitungan dan manajemen obat di puskesmas dapat dilihat pada pedoman dan petunjuk teknis yang ada, terkait dengan pengadaan dan manajemen obat di puskesmas.

B. Pemanfaatan Sarana dan Prasarana PTM di FKTP

Sarana dan prasarana Pencegahan dan Pengendalian PTM dapat dimanfaatkan oleh puskesmas untuk melakukan beberapa macam kegiatan di masyarakat dan puskesmas.

1. Pelaksanaan pencegahan dan pengendalian PTM di masyarakat

Kegiatan pencegahan dan pengendalian faktor risiko PTM di masyarakat dapat dilaksanakan melalui kegiatan Posbindu PTM. Kegiatan Posbindu PTM dilaksanakan oleh pekerja sosial, aktifis masyarakat, dan kader kesehatan yang terlatih.

Puskesmas sebagai Pembina Posbindu-PTM dapat memanfaatkan alat kesehatan dan media KIE yang ada untuk mendukung kegiatan tersebut. Kegiatan pengukuran dan monitoring faktor risiko di Posbindu PTM minimal memerlukan alat sebagai berikut: tensimeter digital, tensimeter aneroid, pita ukur, timbangan berat badan, *microtoise*, serial buku pintar kader, Buku Monitoring Faktor Risiko PTM, buku pencatatan hasil kegiatan Posbindu PTM dan Form rujukan

2. Pelaksanaan pengendalian PTM di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

Pencegahan dan pengendalian PTM di fasilitas kesehatan tingkat pertama meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative sesuai dengan standar kompetensi dan fasilitas yang tersedia di tiap tingkat pelayanan kesehatan.

Fasilitas pelayanan kesehatan wajib menjamin ketersediaan obat dan alat kesehatan yang dibutuhkan untuk pelayanan kesehatan sesuai tingkat pelayanan kesehatan di fasyankes masing-masing. Dalam menjamin aksesibilitas obat yang berkhasiat, bermutu, aman, dan terjangkau dalam system JKN, fasilitas pelayanan kesehatan harus mengacu pada Formularium Nasional yaitu Daftar obat yang disusun oleh Komite Nasional Penyusunan Formularium Nasional, didasarkan pada bukti ilmiah terkini, berkhasiat, aman, dan dengan harga terjangkau yang disediakan serta digunakan sebagai acuan untuk penulisan resep dalam system Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Penyediaan obat PTM di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dilakukan di ruang farmasi klinik atau apotek. Manajemen suplai di puskesmas diselenggarakan di Instalasi farmasi kabupaten/kota (perencanaan, pengadaan, penyimpanan dan pendistribusian).

Penyediaan alat kesehatan PTM di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dilakukan di tingkat kabupaten/kota. Alat tersebut dimanfaatkan oleh puskesmas untuk melakukan kegiatan deteksi dini bagi masyarakat berisiko.

Untuk melaksanakan kegiatan deteksi dini penyakit Puskesmas minimal harus memiliki alat seperti berikut: tensimeter air raksa/tensimeter aneroid/tensimeter digital, stetoskop, pita ukur, timbangan berat badan, *microtoise*, alat pemeriksaan gula darah, alat pemeriksaan kolesterol, alat pemeriksaan fungsi paru sederhana (*peakflow meter*), dan alat pemeriksaan proteinuria sederhana.

VII. KEPUSTAKAAN

1. Pedoman Penyelenggaraan Pengendalian Penyakit Tidak Menular di Puskesmas. Kemenkes RI, 2013
2. Pedoman Teknis Penyelenggaraan Pengendalian Penyakit Tidak Menular di Puskesmas. Kemenkes RI, 2013

MATERI INTI 4

SURVEILANS TERPADU PENYAKIT TIDAK MENULAR DI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA

(Waktu 9 Jpl: T=2 Jpl, P=5 Jpl, PL=2 Jpl))

I. DESKRIPSI SINGKAT

Modul ini menjelaskan kepada peserta *Training of Trainer* (ToT) untuk memahami dan mampu melakukan surveilans terpadu di FKTP sesuai dengan pedoman surveilans PTM, meliputi Surveilans Faktor Risiko PTM, Surveilans kasus PTM dan Registri PTM.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta mampu melakukan surveilans terpadu PTM di FKTP sesuai dengan pedoman surveilans PTM

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta mampu melakukan surveilans terpadu PTM

III. POKOK BAHASAN

A. Surveilans Faktor Risiko PTM di FKTP

B. Surveilans PTM di FKTP

C. Monitoring dan Evaluasi Pelayanan Terpadu PTM di FKTP

IV. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN PEMBELAJARAN

A. Langkah-langkah

1. Fasilitator memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan sesi ini (5 menit).
2. Curah pendapat (25 menit)
3. Fasilitator menyampaikan materi dengan menggunakan *power point* (60 menit).
4. Fasilitator memandu praktik surveilans terpadu PTM di FKTP (5 x 45 menit)
5. Praktik lapangan (2x45 menit).

B. Metode

1. Curah pendapat
2. CTJ
3. Latihan pengolahan dan analisis data
4. Latihan pencatatan dan pelaporan

C. Media dan Alat Bantu Pelatihan

1. Modul
2. *Hand out*
3. *Laptop*
4. LCD
5. *Flipchart*
6. Spidol
7. Modem/jaringan
8. Data faktor risiko dan PTM (*raw data*)
9. Panduan latihan pencatatan dan pelaporan
10. Aplikasi surveilans terpadu PTM di FKTP
11. Aplikasi e-monev

V. URAIAN MATERI

Setiap penyelenggaraan kegiatan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dalam rangka pencegahan dan pengendalian PTM harus dicatat dan dilaporkan oleh petugas penanggung jawab sesuai dengan sistem pelaporan yang terintegrasi dalam sistem informasi kesehatan baik manual maupun teknologi informasi, dan menjadi sumber data utama dalam penyelenggaraan Surveilans PTM.

Surveilans PTM adalah kegiatan pengamatan yang sistematis dan terus menerus terhadap data dan informasi tentang kejadian faktor risiko dan PTM serta kondisi yang mempengaruhi peningkatannya untuk memperoleh dan memberikan informasi guna mengarahkan tindakan pencegahan dan pengendalian secara efektif dan efisien.

Surveilans PTM bertujuan untuk memperoleh informasi tentang situasi, kecenderungan penyakit, dan faktor risikonya sebagai bahan dalam melakukan penilaian dan membuat perencanaan berikutnya, yang dilaksanakan melalui kegiatan pengumpulan data, pengolahan dan analisis data, interpretasi data, serta diseminasi informasi terhadap faktor risiko, penyakit, dan penyebab kematian.

Kegiatan surveilans faktor risiko dilakukan dalam kegiatan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) dan kegiatan pelayanan di FKTP terhadap penyakit tertentu sesuai dengan jenis, dampak, dan besaran penyakit, dan kematian akibat PTM.

Pencatatan dan pelaporan kegiatan pelayanan pengendalian PTM menjadi bagian penting dari surveilans di FKTP, dengan penambahan kolom untuk beberapa format pencatatan yang diperlukan seperti jumlah skrining maupun deteksi dini, jumlah kasus

yang ditangani, jumlah pasien yang dirujuk, secara detail mengenai pencatatan dapat merujuk pada pedoman pengendalian yang tersedia.

Disarankan untuk tidak membuat format baru, mengingat bahwa format pencatatan kegiatan FKTP untuk data penyusunan profil kesehatan kabupaten/kota, masih tetap dibuat oleh FKTP.

Laporan kegiatan FKTP, merupakan bagian dari laporan kegiatan pelayanan FKTP secara keseluruhan. Hasil evaluasi/penilaian kegiatan FKTP ini adalah hasil kinerja FKTP. Pengiriman laporan dan umpan balik analisis hasil evaluasi kinerja pelayanan di setiap fasilitas pelayanan PTM akan dilaporkan kepada dinas kesehatan kabupaten/kota setempat.

Pelaporan pengendalian PTM di FKTP disesuaikan dengan format pelaporan yang ada di FKTP setempat. Bila memungkinkan dalam pengembangannya dapat ditambahkan jenis penyakit tidak menular lainnya. Pencatatan penyakit tidak menular di FKTP untuk pencatatan berdasarkan individu maupun kasus digunakan rekam medis atau catatan klinis.

A. Surveilans Faktor Risiko PTM di FKTP

1. Mekanisme

Pengumpulan data FR PTM dilakukan secara terus menerus minimal satu sampai 3 tahun sekali. Data dapat diperoleh dari berbagai sumber yang terjamin rutinitas dan ketersediaan datanya.

2. Sumber data

- a. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas)
- b. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI)
- c. Survei Sosial Ekonomi Nasional (level kabupaten/kota, provinsi, dan nasional)
- d. Riset Kesehatan Daerah
- e. Posbindu PTM
- f. Survei lain yang rutin dilakukan

Riskesdas dan SDKI mewakili gambaran faktor risiko PTM tingkat kabupaten/kota, sehingga bisa digunakan untuk kegiatan surveilans tingkat kabupaten/kota. Sedangkan Posbindu PTM mewakili gambaran faktor risiko PTM di tingkat desa, sehingga bisa digunakan untuk surveilans berbasis desa. Sumber data ini harus terjamin kesinambungan dan ketersediaan datanya.

3. Pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan dengan mengumpulkan data hasil survei yang sudah ada (Riskesdas, SDKI, Posbindu PTM dan survei rutin yang lain). Data tersebut merupakan data agregat/kelompok.

Pada pengumpulan data dari Posbindu PTM didapatkan dari pencatatan data individu, FKTP melakukan pengumpulan data Posbindu PTM dan dilakukan olah data, analisis, interpretasi dan diseminasi (hasil olah data dan analisis data dalam bentuk agregat), misalnya cakupan kunjungan Posbindu PTM, jumlah rujukan ke fasilitas kesehatan, proporsi kurang aktivitas fisik, proporsi tekanan darah tinggi, proporsi perokok aktif, proporsi obesitas, dan lain-lain), sehingga FKTP dan dinas kesehatan kabupaten/kota dapat menggunakan data Posbindu PTM untuk perencanaan program.

4. Pengolahan dan analisis data
 - a. Pengolahan dan analisis data dilakukan dengan bantuan *software* Epi Info, Epi Data atau SPSS
 - b. Data yang diolah adalah faktor risiko PTM dengan memperhitungkan jumlah sampel/penduduk di suatu wilayah
 - c. Produk pengolahan dan analisis berupa angka prevalensi faktor risiko PTM yang bersumber dari Riskesdas dan SDKI antara lain:
 - Prevalensi perokok aktif
 - Prevalensi kurang aktivitas fisik (<150 menit per minggu)
 - prevalensi kurang konsumsi sayur dan buah
 - Prevalensi obesitas
 - Prevalensi diabetes mellitus
 - Prevalensi hipertensi
 - Prevalensi kelainan refraksi
 - Prevalensi katarak
 - Prevalensi glaukoma
 - Prevalensi serumen
 - Prevalensi OMSK
 - Prevalensi tuli kongenital
 - Prevalensi gangguan pendengaran akibat kebisingan.
 - Prevalensi presbikusis
 - Prevalensi penyandang gangguan fungsional-disabilitas.
 - Dan lain-lain

Sedangkan yang bersumber dari Posbindu PTM antara lain:

- Cakupan kunjungan Posbindu PTM
- Jumlah rujukan ke fasilitas kesehatan
- Proporsi perokok aktif
- Proporsi kurang aktivitas fisik (<150 menit per minggu)
- Proporsi kurang konsumsi sayur dan buah
- Proporsi obesitas
- Proporsi diabetes mellitus
- Proporsi hipertensi
- Proporsi ketajaman visus
- Proporsi ketajaman pendengaran
- Proporsi katarak
- Proporsi glaukoma

- Proporsi penyandang gangguan fungsional-diasabilitas
 - Dan lain-lain
- d. Berdasarkan hasil pengolahan data, maka dilakukan penyajian dalam bentuk tabel, grafik, *spot map* atau *area map*
 - e. Analisis data dilakukan secara diskriptif menurut variabel orang (umur, jenis kelamin, suku bangsa, pendidikan, pendapatan, dan lain-lain), tempat (antar wilayah) dan waktu (antar waktu).
5. Interpretasi data
Hasil analisis diinterpretasi berdasarkan situasi di suatu wilayah, apakah prevalensi menunjukkan besaran faktor risiko PTM.
 6. Diseminasi informasi
Hasil-hasil analisis dan interpretasi dibuat dalam bentuk laporan dan presentasi. Laporan tersebut dikirimkan oleh unit penanggungjawab kepada jenjang struktural yang lebih tinggi dan diberi umpan balik ke unit jenjang dibawahnya, seperti ke dinkes kabupaten/kota dan dinkes provinsi. Diseminasi informasi ditujukan kepada seluruh *stakeholder* yang terkait, seperti jajaran kesehatan, LSM, profesi, perguruan tinggi dan masyarakat pada umumnya. Untuk jajaran kesehatan, khususnya dinas kesehatan informasi akan menjadi dasar dalam pengambilan keputusan dan perencanaan pengendalian PTM serta evaluasi program.

B. Surveilans PTM di FKTP

Dinas kesehatan kabupaten/kota dan dinas kesehatan provinsi mengelola surveilans kasus PTM di wilayahnya. Data diperoleh dari berbagai sumber, yaitu data sekunder. Surveilans kasus PTM dilakukan 3 (tiga) - 6 (enam) bulan sekali.

1. Sumber data
 - a. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas)
 - b. Riset Kesehatan Daerah
 - c. FKTP
 - d. Rumah Sakit
2. Pengumpulan data
 - a. Pengumpulan data surveilans kasus PTM dilakukan mulai di tingkat FKTP, dinas kesehatan kabupaten/kota dan provinsi serta pusat dengan mengambil data sekunder. Data tersebut merupakan data agregat/kelompok, kedepan sedang dikembangkan data individu melalui SIKDA generik.
 - b. Pengumpulan data berbasis FKTP dan rumah sakit.
Pengumpulan data kasus PTM dilakukan di seluruh sumber data PTM yakni FKTP dan RS.

Surveilans kasus PTM yang ada di FKTP adalah melalui LB1. Untuk kanker, penyakit jantung dan stroke, DM, gagal ginjal kronik, asma, thalasemia,

PPOK, gangguan penglihatan dan kebutaan serta gangguan pendengaran dan ketulian di tingkat FKTP dapat dilakukan pengumpulan data *suspect*, sedangkan di RS sudah dapat dilakukan pengumpulan data penyakit tersebut di atas berdasarkan hasil diagnosis.

Pengumpulan data di FKTP berdasarkan rekam medis PTM yang telah dikembangkan. Kegiatan pengumpulan data dilakukan secara berkala tiap 3 (tiga) - 6 (enam) bulan sekali.

3. Pengolahan dan analisis data
 - a. Pengolahan dan analisis data dilakukan oleh tim surveilans mulai di tingkat FKTP, dinas kesehatan kabupaten/kota, dinas kesehatan provinsi dan pusat.
 - b. Produk pengolahan dan analisis berupa proporsi, prevalensi dan *trend* PTM, seperti:
 - Prevalensi penyakit jantung dan pembuluh darah di Kabupaten A
 - Proporsi DM sebagai penyebab kematian
 - *Trend* PPOK di Provinsi B dari tahun 2007-2017
 - c. Berdasarkan hasil pengolahan data, maka dilakukan penyajian dalam bentuk tabel, grafik, *spot map* atau *area map*.
 - d. Analisis data dilakukan secara diskriptif menurut variabel orang (umur, jenis kelamin, suku bangsa, pendidikan, pendapatan, pekerjaan, dan lain-lain), tempat (antar wilayah) dan waktu (antar waktu).
4. Interpretasi data

Hasil analisis diinterpretasi berdasarkan situasi di suatu wilayah, apakah prevalensi menunjukkan kecenderungan tertentu dan besaran masalah PTM.
5. Disseminasi informasi
 - a. Hasil analisis dan interpretasi dibuat dalam bentuk laporan dan presentasi. Laporan tersebut dikirimkan oleh unit penanggungjawab kepada jenjang struktural yang lebih tinggi dan diberi umpan balik ke unit jenjang di bawahnya, seperti ke dinas kesehatan kabupaten/kota dan dinas kesehatan provinsi.
 - b. Disseminasi informasi ditujukan kepada seluruh *stakeholder* yang terkait, seperti jajaran kesehatan, LSM, profesi, perguruan tinggi dan masyarakat pada umumnya. Untuk jajaran kesehatan khususnya dinas kesehatan, informasi akan menjadi dasar dalam pengambilan keputusan serta perencanaan pencegahan dan pengendalian PTM dan evaluasi program.
6. Registri PTM

Registri PTM adalah kegiatan pengumpulan data PTM, yang merupakan bagian dari surveilans PTM.

 - a. Mekanisme

Pemanfaatan data registri PTM dibutuhkan di level provinsi, baik berbasis komunitas maupun fasilitas kesehatan. Registri PTM dilakukan oleh institusi yang bertanggung jawab

- b. Sumber data
Sumber data Adalah seluruh fasilitas kesehatan yang mempunyai data PTM, yaitu:
- 1) RS
 - 2) FKTP
 - 3) Laboratorium
 - 4) Klinik
 - 5) Asuransi
 - 6) Catatan sipil
- c. Pengumpulan data
- 1) Pengumpulan data registri PTM dilakukan oleh fasilitas kesehatan yang mempunyai data PTM, seperti dari RS, laboratorium, FKTP dan klinik di suatu wilayah.
 - 2) Kegiatan pengumpulan data dilakukan secara berkala tiap (3) tiga bulan sekali (laporan triwulan).
- d. Pengolahan data (verifikasi dan validasi data)
- 1) Verifikasi dilakukan untuk memastikan kasus PTM, bukan kasus penyakit lain. Verifikasi ini dilakukan oleh dokter spesialis atau dokter umum yang terlatih (verifikator) untuk memastikan diagnosis PTM. Standar diagnosis dapat dari pemeriksaan laboratorium patologi anatomi (PA) untuk kanker, pemeriksaaan *rontgen*, pemeriksaan darah dan lainnya.
 - 2) Validasi dilakukan untuk menghilangkan data ganda, dilakukan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota, dinas kesehatan provinsi dan tingkat nasional (tim Kemenkes).
- e. Analisis data
Hasil registri PTM dapat dimanfaatkan setelah dilakukan analisis data.
- 1) Data yang sudah diverifikasi dan divalidasi, dianalisis untuk menghasilkan prevalensi, insidens, proporsi dan rasio dari suatu wilayah.
 - 2) Analisis dilakukan minimal satu tahun sekali untuk melihat situasi PTM di suatu wilayah.
 - 3) Analisis data dilakukan secara diskriptif menurut variabel orang (umur, jenis kelamin, suku bangsa, pendidikan, pendapatan, dan lain-lain), tempat (antar wilayah) dan waktu (antar waktu).
 - 4) Hasil analisis disajikan dalam bentuk narasi, table, grafik dan *map*.
- f. Interpretasi data
Hasil analisis diinterpretasi berdasarkan situasi di suatu wilayah, apakah angka-angka prevalensi menunjukkan kecenderungan tertentu
- g. Diseminasi informasi
- 1) Hasil-hasil analisis dan interpretasi dibuat dalam bentuk laporan dan presentasi. Laporan tersebut dikirimkan oleh unit penanggungjawab

kepada jenjang struktural yang lebih tinggi dan diberi umpan balik ke unit jenjang di bawahnya, seperti ke dinas kesehatan kabupaten/kota dan dinas kesehatan provinsi.

- 2) Disseminasi informasi ditujukan kepada seluruh *stakeholder* yang terkait, seperti jajaran kesehatan, LSM, profesi, perguruan tinggi dan masyarakat pada umumnya. Untuk jajaran kesehatan, khususnya dinas kesehatan informasi akan menjadi dasar dalam pengambilan keputusan dan perencanaan pengendalian PTM.

C. Monitoring dan Evaluasi Pelayanan Terpadu PTM di FKTP

Kementerian Kesehatan, dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota melakukan pemantauan dan penilaian (monitoring dan evaluasi) Pelayanan Terpadu PTM di FKTP sesuai dengan kebijakan dan tujuan pencegahan dan pengendalian PTM di FKTP.

1. Monitoring

Monitoring penyelenggaraan pencegahan dan pengendalian PTM dilakukan terhadap upaya:

- a. Pencegahan, dengan indikator menemukan faktor risiko PTM
- b. Pengendalian, dengan indikator tidak ada penambahan kasus baru dan/atau
- c. Penanganan, dengan indikator mengurangi angka kecacatan atau kematian akibat PTM.

2. Evaluasi

Evaluasi penyelenggaraan pencegahan dan pengendalian PTM dilakukan terhadap upaya:

- a. Pencegahan dan pengendalian dengan indikator PTM tidak menjadi masalah kesehatan di masyarakat
- b. Penanganan dengan indikator menurunnya angka kecacatan kejadian penyakit atau tidak menjadi masalah kesehatan.

VI. KEPUSTAKAAN

1. Buku Petunjuk Teknis Surveilans Terpadu PTM. Kemenkes RI, 2014
2. Juknis Posbindu PTM. Kemenkes RI, 2014

MATERI INTI 5

TEKNIK MELATIH

(Waktu 23 Jpl: T=8 Jpl, P=15 Jpl, PL=0 Jpl))

I. DESKRIPSI SINGKAT

Melatih merupakan kegiatan kompleks yang memerlukan keterampilan dan kemampuan melaksanakannya. Agar dapat melatih dengan baik, seorang fasilitator harus mempunyai keterampilan dasar melatih yang akan digunakan dalam melaksanakan tugasnya. Keterampilan ini memerlukan pelatihan tertentu atau pelatihan yang terintegrasi.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Umum

Setelah mengikuti pelatihan ini, peserta mampu menerapkan teknik melatih

B. Tujuan Khusus

Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu:

1. Menjelaskan Pembelajaran Orang Dewasa (POD) melalui komunikasi efektif
2. Menyusun Satuan Acara Pembelajaran (SAP)
3. Menggunakan metode pembelajaran
4. Menggunakan media dan alat bantu pembelajaran
5. Menciptakan iklim pembelajaran yang kondusif
6. Melakukan presentasi yang efektif
7. Melatih pada pelatihan Pelayanan Terpadu PTM di FKP

III. POKOK BAHASAN

- A. Pembelajaran Orang Dewasa (POD)**
- B. Satuan Acara Pembelajaran (SAP)**
- C. Metode Pembelajaran**
- D. Media dan Alat Bantu Pembelajaran**
- E. Teknik Menciptakan Iklim Pembelajaran yang Kondusif**
- F. Teknik Presentasi yang Efektif**
- G. Teknik Melatih**

IV. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN PEMBELAJARAN

A. Langkah-langkah

Dalam sesi ini, peserta akan mempelajari 7 (tujuh) pokok bahasan dengan masing-masing sub pokok bahasannya. Kegiatan pembelajaran berlangsung menggunakan metode curah pendapat, CTJ, *micro teaching* dan latihan. Waktu yang dialokasikan untuk kegiatan tersebut adalah 23 Jpl (Jam pelajaran), terdiri dari Teori (T) 8 Jpl dan praktik mengajar 15 Jpl @45 menit.

1. Fasilitator memperkenalkan diri, kemudian menyampaikan tujuan pembelajaran serta waktu yang tersedia untuk materi ini.
2. Fasilitator menggali pendapat peserta tentang materi yang akan disampaikan dengan metode curah pendapat
3. Fasilitator memandu peserta untuk menanggapi, sehingga terjadi interaksi yang dinamis antara fasilitator dengan peserta dan peserta dengan peserta
4. Penyampaian pokok bahasan
5. Masing-masing peserta diberi kesempatan untuk melakukan latihan mengajar @30 menit, terdiri dari presentasi 20 menit, *feedback* materi 5 menit dan *feedback* teknik melatih 5 menit.

B. Metode

1. Curah pendapat
2. CTJ
3. *Micro teaching*
4. Latihan

C. Media dan Alat Bantu Pelatihan

1. Bahan tayang
2. *Flipchart*
3. *Whiteboard*
4. LCD
5. *Laptop*
6. Spidol
7. Panduan latihan

VI. URAIAN MATERI

A. Pembelajaran Orang Dewasa (POD)

Salah satu aspek penting dalam pendidikan saat ini yang perlu mendapat perhatian adalah mengenai konsep pendidikan untuk orang dewasa. Tidak selamanya kita berbicara dan mengulas di seputar pendidikan murid sekolah yang relatif berusia muda. Kenyataan di lapangan, bahwa tidak sedikit orang dewasa yang harus mendapat pendidikan baik pendidikan formal maupun nonformal, misalnya pendidikan dalam bentuk keterampilan, kursus-kursus, penataran dan sebagainya.

Masalah yang sering muncul adalah bagaimana kiat, dan strategi membelajarkan orang dewasa yang notabene tidak menduduki bangku sekolah. Dalam hal ini, orang dewasa sebagai siswa dalam kegiatan belajar tidak dapat diperlakukan seperti anak-anak didik biasa yang sedang duduk di bangku sekolah tradisional. Oleh sebab itu, harus dipahami bahwa, orang dewasa yang tumbuh sebagai pribadi dan memiliki kematangan konsep diri bergerak dari ketergantungan seperti yang terjadi pada masa kanak-kanak menuju ke arah kemandirian atau pengarahan diri sendiri.

Kematangan psikologi orang dewasa sebagai pribadi yang mampu mengarahkan diri sendiri ini mendorong timbulnya kebutuhan psikologi yang sangat dalam yaitu keinginan dipandang dan diperlakukan orang lain sebagai pribadi yang mengarahkan dirinya sendiri, bukan diarahkan, dipaksa dan dimanipulasi oleh orang lain. Dengan begitu apabila orang dewasa menghadapi situasi yang tidak memungkinkan dirinya menjadi dirinya sendiri maka dia akan merasa dirinya tertekan dan merasa tidak senang. Karena orang dewasa bukan anak kecil, maka pendidikan bagi orang dewasa tidak dapat disamakan dengan pendidikan anak sekolah. Perlu dipahami apa pendorong bagi orang dewasa belajar, apa hambatan yang dialaminya, apa yang diharapkannya, bagaimana ia dapat belajar paling baik dan sebagainya (Lunandi, 1987).

Pemahaman terhadap perkembangan kondisi psikologi orang dewasa tentu saja mempunyai arti penting bagi para pendidik atau fasilitator dalam menghadapi orang dewasa sebagai siswa. Berkembangnya pemahaman kondisi psikologi orang dewasa semacam itu tumbuh dalam teori yang dikenal dengan nama andragogi.

Andragogi sebagai ilmu yang memiliki dimensi yang luas dan mendalam akan teori belajar dan cara mengajar. Secara singkat teori ini memberikan dukungan dasar yang esensial bagi kegiatan pembelajaran orang dewasa. Oleh sebab itu, pendidikan atau usaha pembelajaran orang dewasa memerlukan pendekatan khusus dan harus memiliki pegangan yang kuat akan konsep teori yang didasarkan pada asumsi atau pemahaman orang dewasa sebagai siswa.

Kegiatan pendidikan baik melalui jalur sekolah ataupun luar sekolah memiliki daerah dan kegiatan yang beraneka ragam. Pendidikan orang dewasa terutama pendidikan masyarakat bersifat non formal sebagian besar dari siswa atau pesertanya adalah orang dewasa, atau paling tidak pemuda atau remaja. Oleh sebab itu, kegiatan pendidikan memerlukan pendekatan tersendiri. Dengan menggunakan teori andragogi kegiatan atau usaha pembelajaran orang dewasa dalam kerangka pembangunan atau realisasi pencapaian cita-cita pendidikan seumur hidup dapat diperoleh dengan dukungan konsep teoritik atau penggunaan teknologi yang dapat dipertanggung jawabkan.

Salah satu masalah dalam pengertian andragogi adalah adanya pandangan yang mengemukakan bahwa tujuan pendidikan itu bersifat mentransmisikan pengetahuan. Tetapi di lain pihak perubahan yang terjadi seperti inovasi dalam teknologi, mobilisasi penduduk, perubahan sistem ekonomi, dan sejenisnya begitu

cepat terjadi. Dalam kondisi seperti ini, maka pengetahuan yang diperoleh seseorang ketika ia berumur 21 tahun akan menjadi usang ketika ia berumur 40 tahun. Apabila demikian halnya, maka pendidikan sebagai suatu proses transmisi pengetahuan sudah tidak sesuai dengan kebutuhan modern (Arif, 1994). Oleh karena itu, bagaimana caranya untuk mengkaji berbagai aspek yang mungkin dilakukan dalam upaya membelajarkan orang dewasa sebagai salah satu alternatif pemecahan masalah kependidikan, sebab pendidikan sekarang ini tidak lagi dirumuskan hanya sekedar sebagai upaya untuk mentransmisikan pengetahuan, tetapi dirumuskan sebagai suatu proses pendidikan sepanjang hayat (*long life education*).

Malcolm Knowles (1970) menguraikan perbedaan antara anak-anak (pedagogi) dan orang dewasa (andragogi) sebagai kerangka model pendekatan pendidikan, perbedaan antara kedua pendekatan ini bukan hanya sebatas objek pesertanya tetapi juga dalam hal seni bagaimana mendidik. Pedagogi yang berasal dari bahasa Yunani yang berarti suatu ilmu dan seni dalam mengajar anak-anak, dimana sepenuhnya peserta didik menjadi objek yang dalam hal ini guru menggurui, guru memilih apa yang akan dipelajari, guru mengevaluasi dan muid tunduk pada pilihan guru. Sedangkan andragogi yang juga berasal dari bahas Yunani yang berarti ilmu dan seni untuk membantu orang dewasa belajar, diman fungsi guru hanya sebagai fasilitator dan bukan menggurui.

Pembelajaran yang diberikan kepada orang dewasa dapat efektif (lebih cepat dan melekat pada ingatannya), bilamana pembimbing (fasilitator, pengajar, penatar, instruktur, dan sejenisnya) tidak terlalu mendominasi kelompok kelas, mengurangi banyak bicara, namun mengupayakan agar individu orang dewasa itu mampu menemukan alternatif-alternatif untuk mengembangkan kepribadian mereka. Seorang pembimbing yang baik harus berupaya untuk banyak mendengarkan dan menerima gagasan seseorang, kemudian menilai dan menjawab pertanyaan yang diajukan mereka.

Orang dewasa pada hakekatnya adalah makhluk yang kreatif bilamana seseorang mampu menggerakkan/menggali potensi yang ada dalam diri mereka. Dalam upaya ini, diperlukan keterampilan dan kiat khusus yang dapat digunakan dalam pembelajaran tersebut. Di samping itu, orang dewasa dapat dibelajarkan lebih aktif apabila mereka merasa ikut dilibatkan dalam aktivitas pembelajaran, terutama apabila mereka dilibatkan memberi sumbangan pikiran dan gagasan yang membuat mereka merasa berharga dan memiliki harga diri di depan sesama temannya. Artinya, orang dewasa akan belajar lebih baik apabila pendapat pribadinya dihormati, dan akan lebih senang kalau ia boleh sumbang saran pemikiran dan mengemukakan ide pikirannya, daripada pembimbing melulu menjejalkan teori dan gagasannya sendiri kepada mereka.

Oleh karena sifat belajar bagi orang dewasa adalah bersifat subjektif dan unik, maka terlepas dari benar atau salahnya, segala pendapat perasaan, pikiran, gagasan, teori, sistem nilainya perlu dihargai. Tidak menghargai (meremehkan dan menyampingkan) harga diri mereka, hanya akan mematikan gairah belajar orang

dewasa. Namun demikian, pembelajaran orang dewasa perlu pula mendapatkan kepercayaan dari pembimbingnya, dan pada akhirnya mereka harus mempunyai kepercayaan pada dirinya sendiri. Tanpa kepercayaan diri tersebut maka suasana belajar yang kondusif tak akan pernah terwujud.

Orang dewasa memiliki sistem nilai yang berbeda, mempunyai pendapat dan pendirian yang berbeda. Dengan terciptanya suasana yang baik, mereka akan dapat mengemukakan isi hati dan isi pikirannya tanpa rasa takut dan cemas, walaupun mereka saling berbeda pendapat. Orang dewasa mestinya memiliki perasaan bahwa dalam suasana/situasi belajar yang bagaimanapun, mereka boleh berbeda pendapat dan boleh berbuat salah tanpa dirinya terancam oleh sesuatu sanksi (dipermalukan, pemecatan, cemoohan, dan lain-lain).

Keterbukaan seorang pembimbing sangat membantu bagi kemajuan orang dewasa dalam mengembangkan potensi pribadinya di dalam kelas, atau di tempat pelatihan. Sifat keterbukaan untuk mengungkapkan diri, dan terbuka untuk mendengarkan gagasan, akan berdampak baik bagi kesehatan psikologis, dan fisik mereka. Di samping itu, harus dihindari segala bentuk akibat yang membuat orang dewasa mendapat ejekan, hinaan, atau dipermalukan. Jalan terbaik hanyalah diciptakannya suasana keterbukaan dalam segala hal, sehingga berbagai alternatif kebebasan mengemukakan ide/ gagasan dapat diciptakan.

Dalam hal lainnya, tidak dapat dinafikan bahwa orang dewasa belajar secara khas dan unik. Faktor tingkat kecerdasan, kepercayaan diri, dan perasaan yang terkendali harus diakui sebagai hak pribadi yang khas sehingga keputusan yang diambil tidak harus selalu sama dengan pribadi orang lain. Kebersamaan dalam kelompok tidak selalu harus sama dalam pribadi, sebab akan sangat membosankan kalau saja suasana yang seakan hanya mengakui satu kebenaran tanpa adanya kritik yang memperlihatkan perbedaan tersebut. Oleh sebab itu, latar belakang pendidikan, latar belakang kebudayaan, dan pengalaman masa lampau masing-masing individu dapat memberi warna yang berbeda pada setiap keputusan yang diambil.

Bagi orang dewasa, terciptanya suasana belajar yang kondusif merupakan suatu fasilitas yang mendorong mereka mau mencoba perilaku baru, berani tampil beda, dapat berlaku dengan sikap baru dan mau mencoba pengetahuan baru yang mereka peroleh. Walaupun sesuatu yang baru mengandung resiko terjadinya kesalahan, namun kesalahan, dan kekeliruan itu sendiri merupakan bagian yang wajar dari belajar. Pada akhirnya, orang dewasa ingin tahu apa arti dirinya dalam kelompok belajar itu. Bagi orang dewasa ada kecenderungan ingin mengetahui kekuatan dan kelemahan dirinya. Dengan demikian, diperlukan adanya evaluasi bersama oleh seluruh anggota kelompok yang dirasakannya berharga untuk bahan renungan, di mana renungan itu dapat mengevaluasi dirinya dan orang lain yang persepsinya bisa saja memiliki perbedaan.

Usaha-usaha ke arah penerapan teori andragogi dalam kegiatan pendidikan orang dewasa telah dicobakan oleh beberapa ahli, berdasarkan empat asumsi dasar orang

dewasa yaitu: konsep diri, akumulasi pengalaman, kesiapan belajar, dan orientasi belajar.

Asumsi dasar tersebut dijabarkan dalam proses perencanaan kegiatan pendidikan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- Menciptakan suatu struktur untuk perencanaan bersama. Secara ideal struktur semacam ini seharusnya melibatkan semua pihak yang akan terkena kegiatan pendidikan yang direncanakan, yaitu termasuk para peserta kegiatan belajar atau siswa, pengajar atau fasilitator, wakil-wakil lembaga dan masyarakat.
- Menciptakan iklim belajar yang mendukung untuk orang dewasa belajar. Adalah sangat penting menciptakan iklim kerjasama yang menghargai antara fasilitator dan siswa. Suatu iklim belajar orang dewasa dapat dikembangkan dengan pengaturan lingkungan fisik yang memberikan kenyamanan dan interaksi yang mudah, misalnya mengatur kursi atau meja secara melingkar, bukan berbaris-baris ke belakang. Fasilitator lebih bersifat membantu bukan menghakimi.
- Mendiagnosa sendiri kebutuhan belajarnya. Diagnosa kebutuhan harus melibatkan semua pihak, dan hasilnya adalah kebutuhan bersama.
- Memformulasikan tujuan. Agar secara operasional dapat dikerjakan maka perumusan tujuan itu hendaknya dikerjakan bersama-sama dalam deskripsi tingkah laku yang akan dihasilkan untuk memenuhi kebutuhan tersebut diatas.
- Mengembangkan model umum, ini merupakan aspek seni dan perencanaan program, dimana harus disusun secara harmonis kegiatan belajar dengan membuat kelompok-kelompok belajar baik kelompok besar maupun kelompok kecil.
- Perencanaan evaluasi, seperti halnya dalam diagnosa kebutuhan, dalam evaluasi harus sejalan dengan prinsip-prinsip orang dewasa, yaitu sebagai pribadi dan dapat mengarahkan diri sendiri. Maka evaluasi lebih bersifat evaluasi sendiri atau evaluasi bersama.

Aplikasi yang diuraikan di atas sebenarnya lebih bersifat prinsip-prinsip atau rambu-rambu sebagai kendali tindakan membelajarkan orang dewasa. Oleh karena itu, keberhasilannya akan lebih banyak bergantung pada setiap pelaksanaan dan tentunya juga tergantung kondisi yang dihadapi. Tapi, implikasi pengembangan teknologi atau pendekatan andragogi dapat dikaitkan terhadap penyusunan kurikulum atau cara mengajar terhadap pembelajar. Namun, karena keterikatan pada sistem lembaga yang biasanya berlangsung, maka penyusunan program atau kurikulum akan banyak lebih dikembangkan dengan menggunakan pendekatan andragogi ini.

1. Prinsip-prinsip POD

Pendidikan orang dewasa dapat diartikan sebagai keseluruhan proses pendidikan yang diorganisasikan, mengenai apapun bentuk isi, tingkatan status dan metoda apa yang digunakan dalam proses pendidikan tersebut, baik formal maupun nonformal, baik dalam rangka kelanjutan pendidikan di sekolah maupun sebagai pengganti pendidikan di sekolah, di tempat kursus, pelatihan kerja maupun di perguruan tinggi, yang membuat orang dewasa mampu

mengembangkan kemampuan, keterampilan, memperkaya khasanah pengetahuan, meningkatkan kualifikasi keteknisannya atau keprofesionalannya dalam upaya mewujudkan kemampuan ganda yakni di suatu sisi mampu mengembangkan pribadi secara utuh dan dapat mewujudkan keikutsertaannya dalam perkembangan sosial budaya, ekonomi, dan teknologi secara bebas, seimbang dan berkesinambungan.

Dalam hal ini, terlihat adanya tekanan rangkap bagi perwujudan yang ingin dikembangkan dalam aktivitas kegiatan di lapangan, pertama untuk mewujudkan pencapaian perkembangan setiap individu, dan kedua untuk mewujudkan peningkatan keterlibatannya (partisipasinya) dalam aktivitas sosial dari setiap individu yang bersangkutan. Begitu pula pula, bahwa pendidikan orang dewasa mencakup segala aspek pengalaman belajar yang diperlukan oleh orang dewasa baik pria maupun wanita, sesuai dengan bidang keahlian dan kemampuannya masing-masing.

Dengan demikian hal tersebut dapat berdampak positif terhadap keberhasilan pembelajaran orang dewasa yang tampak pada adanya perubahan perilaku ke arah pemenuhan pencapaian kemampuan / keterampilan yang memadai. Di sini, setiap individu yang berhadapan dengan individu lain akan dapat belajar bersama dengan penuh keyakinan. Perubahan perilaku dalam hal kerjasama dalam berbagai kegiatan, merupakan hasil dari adanya perubahan setelah adanya proses belajar, yakni proses perubahan sikap yang tadinya tidak percaya diri menjadi perubahan kepercayaan diri secara penuh dengan menambah pengetahuan atau keterampilannya. Perubahan perilaku terjadi karena adanya perubahan (penambahan) pengetahuan atau keterampilan serta adanya perubahan sikap mental yang sangat jelas, dalam hal pendidikan orang dewasa tidak cukup hanya dengan memberi tambahan pengetahuan, tetapi harus dibekali juga dengan rasa percaya yang kuat dalam pribadinya. Pertambahan pengetahuan saja tanpa kepercayaan diri yang kuat, niscaya mampu melahirkan perubahan ke arah positif berupa adanya pembaharuan baik fisik maupun mental secara nyata, menyeluruh dan berkesinambungan.

Perubahan perilaku bagi orang dewasa terjadi melalui adanya proses pendidikan yang berkaitan dengan perkembangan dirinya sebagai individu, dan dalam hal ini sangat memungkinkan adanya partisipasi dalam kehidupan sosial untuk meningkatkan kesejahteraan diri sendiri, maupun kesejahteraan bagi orang lain, disebabkan produktivitas yang lebih meningkat. Bagi orang dewasa pemenuhan kebutuhannya sangat mendasar, sehingga setelah kebutuhan itu terpenuhi ia dapat beralih kearah usaha pemenuhan kebutuhan lain yang lebih diperlukannya sebagai penyempurnaan hidupnya.

Setiap individu wajib terpenuhi kebutuhannya yang paling dasar (sandang dan pangan), sebelum ia mampu merasakan kebutuhan yang lebih tinggi sebagai penyempurnaan kebutuhan dasar tadi, yakni kebutuhan keamanan, penghargaan, harga diri, dan aktualisasi dirinya. Bilamana kebutuhan paling

dasar yakni kebutuhan fisik berupa sandang, pangan, dan papan belum terpenuhi, maka setiap individu belum membutuhkan atau merasakan apa yang dinamakan sebagai harga diri. Setelah kebutuhan dasar itu terpenuhi, maka setiap individu perlu merasa aman jauh dari rasa takut, kecemasan, dan kekhawatiran akan keselamatan dirinya, sebab ketidakamanan hanya akan melahirkan kecemasan yang berkepanjangan. Kemudian kalau rasa aman telah terpenuhi, maka setiap individu butuh penghargaan terhadap hak azasi dirinya yang diakui oleh setiap individu di luar dirinya. Jika kesemuanya itu terpenuhi barulah individu itu merasakan mempunyai harga diri.

Dalam kaitan ini, tentunya pendidikan orang dewasa yang memiliki harga diri dan dirinya membutuhkan pengakuan, dan itu akan sangat berpengaruh dalam proses belajarnya. Secara psikologis, dengan mengetahui kebutuhan orang dewasa sebagai peserta kegiatan pendidikan/pelatihan, maka akan dapat dengan mudah dan dapat ditentukan kondisi belajar yang harus disediakan, isi materi apa yang harus diberikan, strategi, teknik serta metode apa yang cocok digunakan.

Menurut Lunandi(1987) yang terpenting dalam pendidikan orang dewasa adalah: Apa yang dipelajari pembelajar, bukan apa yang diajarkan pengajar. Artinya, hasil akhir yang dinilai adalah apa yang diperoleh orang dewasa dari pertemuan pendidikan/pelatihan, bukan apa yang dilakukan pengajar, fasilitator atau penceramah dalam pertemuannya.

2. Ruang lingkup pendekatan dan tujuan POD

Pertumbuhan orang dewasa dimulai pertengahan masa remaja (*adolescence*) sampai dewasa, di mana setiap individu tidak hanya memiliki kecenderungan tumbuh kearah menggerakkan diri sendiri tetapi secara aktual dia menginginkan orang lain memandang dirinya sebagai pribadi yang mandiri yang memiliki identitas diri. Dengan begitu orang dewasa tidak menginginkan orang memandangnya apalagi memperlakukan dirinya seperti anak-anak. Dia mengharapkan pengakuan orang lain akan otonomi dirinya, dan dijamin ketentramannya untuk menjaga identitas dirinya dengan penolakan dan ketidaksetujuan akan usaha orang lain untuk menekan, memaksa, dan memanipulasi tingkah laku yang ditujukan terhadap dirinya. Tidak seperti anak-anak yang beberapa tingkatan masih menjadi objek pengawasan, pengendalian orang lain yaitu pengawasan dan pengendalian orang dewasa yang berada di sekeliling dirinya.

Dalam kegiatan pendidikan atau belajar, orang dewasa bukan lagi menjadi obyek sosialisasi yang seolah-olah dibentuk dan dipengaruhi untuk menyesuaikan dirinya dengan keinginan memegang otoritas di atas dirinya sendiri, akan tetapi tujuan kegiatan belajar atau pendidikan orang dewasa tentunya lebih mengarah kepada pencapaian pemantapan identitas dirinya sendiri untuk menjadi dirinya sendiri menurut Rogers dalam Knowles (1979), kegiatan belajar bertujuan menghantarkan individu untuk menjadi pribadi atau menemukan jati dirinya. Dalam hal belajar atau pendidikan merupakan *process of becoming a person*.

Bukan proses pembentukan atau *process of being shaped* yaitu proses pengendalian dan manipulasi untuk sesuai dengan orang lain; atau kalau meminjam istilah Maslow (1966), belajar merupakan proses untuk mencapai aktualisasi diri (*self-actualization*).

Seperti telah dikemukakan diatas bahwa dalam diri orang dewasa sebagai siswa yang sudah tumbuh kematangan konsep dirinya timbul kebutuhan psikologi yang mendalam yaitu keinginan dipandang dan diperlakukan orang lain sebagai pribadi utuh yang mengarahkan dirinya sendiri. Namun tidak hanya orang dewasa tetapi juga pemuda atau remaja juga memiliki kebutuhan semacam itu. Sesuai teori Peaget (1959) mengenai perkembangan psikologi dari kurang lebih 12 tahun ke atas individu sudah dapat berfikir dalam bentuk dewasa yaitu dalam istilah dia sudah mencapai perkembangan pikir formal operation. Dalam tingkatan perkembangan ini individu sudah dapat memecahkan segala persoalan secara logik, berfikir secara ilmiah, dapat memecahkan masalah-masalah verbal yang kompleks atau secara singkat sudah tercapai kematangan struktur kognitifnya. Dalam periode ini individu mulai mengembangkan pengertian akan diri (*self*) atau identitas (*identity*) yang dapat dikonsepsikan terpisah dari dunia luar di sekitarnya. Berbeda dengan anak-anak, di sini remaja (*adolescence*) tidak hanya dapat mengerti keadaan benda-benda di dekatnya tetapi juga kemungkinan keadaan benda-benda itu di duga. Dalam masalah nilai-nilai remaja mulai mempertanyakan dan membanding-bandingkan nilai-nilai yang diharapkan selalu dibandingkan dengan nilai yang aktual. Secara singkat dapat dikatakan remaja adalah tingkatan kehidupan dimana proses semacam itu terjadi, dan ini berjalan terus sampai mencapai kematangan.

Dengan begitu jelaslah kiranya bahwa pemuda (tidak hanya orang dewasa) memiliki kemampuan memikirkan dirinya sendiri, dan menyadari bahwa terdapat keadaan yang bertentangan antara nilai-nilai yang dianut dan tingkah laku orang lain. Oleh karena itu, dapat dikatakan sejak pertengahan masa remaja individu mengembangkan apa yang dikatakan "pengertian diri" (*sense of identity*).

Selanjutnya, Knowles (1970) mengembangkan konsep andragogi atas empat asumsi pokok yang berbeda dengan pedagogi. Keempat asumsi pokok itu adalah sebagai berikut. Asumsi Pertama, seseorang tumbuh dan matang konsep dirinya bergerak dan ketergantungan total menuju ke arah pengarahan diri sendiri. Atau secara singkat dapat dikatakan pada anak-anak konsep dirinya masih tergantung, sedang pada orang dewasa konsep dirinya sudah mandiri. Karena kemandirian konsep dirinya inilah orang dewasa membutuhkan penghargaan orang lain sebagai manusia yang dapat mengarahkan diri sendiri. Apabila dia menghadapi situasi dimana dia tidak memungkinkan dirinya menjadi *self directing* maka akan timbul reaksi tidak senang atau menolak.

Asumsi kedua, sebagaimana individu tumbuh matang akan mengumpulkan sejumlah besar pengalaman dimana hal ini menyebabkan dirinya menjadi

sumber belajar yang kaya, dan pada waktu yang sama memberikan dia dasar yang luas untuk belajar sesuatu yang baru. Oleh karena itu, dalam teknologi andragogi terjadi penurunan penggunaan teknik transmital seperti yang dipakai dalam pendidikan tradisional dan lebih mengembangkan teknik pengalaman (*experimental-technique*). Maka penggunaan teknik diskusi, kerja laborator, simulasi, pengalaman lapangan, dan lainnya lebih banyak dipakai.

Asumsi ketiga, bahwa pendidikan itu secara langsung atau tidak langsung, secara implisit atau eksplisit, pasti memainkan peranan besar dalam mempersiapkan anak dan orang dewasa untuk memperjuangkan eksistensinya di tengah masyarakat. Karena itu, sekolah dan pendidikan menjadi sarana ampuh untuk melakukan proses integrasi maupun disintegrasi sosial di tengah masyarakat (Kartini Kartono, 1992). Sejalan dengan itu, kita berasumsi bahwa setiap individu menjadi matang, maka kesiapan untuk belajar kurang ditentukan oleh paksaan akademik dan perkembangan biologisnya, tetapi lebih ditentukan oleh tuntutan-tuntutan tugas perkembangan untuk melakukan peranan sosialnya. Dengan perkataan lain, orang dewasa belajar sesuatu karena membutuhkan tingkatan perkembangan mereka yang harus menghadapi peranannya apakah sebagai pekerja, orang tua, pimpinan suatu organisasi, dan lain-lain. Kesiapan belajar mereka bukan semata-mata karena paksaan akademik, tetapi karena kebutuhan hidup dan untuk melaksanakan tugas peran sosialnya. Hal ini dikarenakan belajar bagi orang dewasa seolah-olah merupakan kebutuhan untuk menghadapi masalah hidupnya.

3. Strategi POD

Proses belajar manusia berlangsung hingga akhir hayat (*long life education*). Namun, ada korelasi negatif antara perubahan usia dengan kemampuan belajar orang dewasa. Artinya, setiap individu orang dewasa, makin bertambah usianya, akan semakin sukar baginya belajar (karena semua aspek kemampuan fisiknya semakin menurun). Misalnya daya ingat, kekuatan fisik, kemampuan menalar, kemampuan berkonsentrasi, dan lain-lain semuanya memperlihatkan penurunannya sesuai pertambahan usianya pula. Menurut Lunandi (1987), kemajuan pesat dan perkembangan berarti tidak diperoleh dengan menantikan pengalaman melintasi hidup saja. Kemajuan yang seimbang dengan perkembangan zaman harus dicari melalui pendidikan. Menurut Vemer dan Davidson dalam Lunandi (1987) ada enam faktor yang secara psikologis dapat menghambat keikutsertaan orang dewasa dalam suatu program pendidikan:

- a. Dengan bertambahnya usia, titik dekat penglihatan atau titik terdekat yang dapat dilihat secara jelas mulai bergerak makin jauh. Pada usia dua puluh tahun seseorang dapat melihat jelas suatu benda pada jarak 10 cm dari matanya. Sekitar usia empat puluh tahun titik dekat penglihatan itu sudah menjauh sampai 23 cm.
- b. Dengan bertambahnya usia, titik jauh penglihatan atau titik terjauh yang dapat dilihat secara jelas mulai berkurang, yakni makin pendek. Kedua faktor ini perlu diperhatikan dalam pengadaan dan penggunaan bahan dan alat pendidikan.

- c. Makin bertambah usia, makin besar pula jumlah penerangan yang diperlukan dalam suatu situasi belajar. Kalau seseorang pada usia 20 tahun memerlukan 100 Watt cahaya maka pada usia 40 tahun diperlukan 145 Watt, dan pada usia 70 tahun seterang 300 Watt baru cukup untuk dapat melihat dengan jelas.
- d. Makin bertambah usia, persepsi kontras warna cenderung ke arah merah dari pada spektrum. Hal ini disebabkan oleh menguningnya kornea atau lensa mata, sehingga cahaya yang masuk agak terasing. Akibatnya ialah kurang dapat dibedakannya warna-warna lembut. Untuk jelasnya perlu digunakan warna-warna cerah yang kontras untuk alat-alat peraga.
- e. Pendengaran atau kemampuan menerima suara mengurang dengan bertambahnya usia. Pada umumnya seseorang mengalami kemunduran dalam kemampuannya membedakan nada secara tajam pada tiap dasawarsa dalam hidupnya. Pria cenderung lebih cepat mundur dalam hal ini daripada wanita. Hanya 11 persen dari orang berusia 20 tahun yang mengalami kurang pendengaran. Sampai 51 persen dari orang yang berusia 70 tahun ditemukan mengalami kurang pendengaran.
- f. Perbedaan bunyi atau kemampuan untuk membedakan bunyi makin mengurang dengan bertambahnya usia. Dengan demikian, bicara orang lain yang terlalu cepat makin sukar ditangkapnya, dan bunyi sampingan dan suara di latar belakangnya bagai menyatu dengan bicara orang. Makin sukar pula membedakan bunyi konsonan seperti t, g, b, c, dan d.
- g. Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan orang dewasa dalam situasi belajar mempunyai sikap tertentu, maka perlu diperhatikan hal-hal tersebut di bawah ini:
 - 1) Terciptanya proses belajar adalah suatu proses pengalaman yang ingin diwujudkan oleh setiap individu orang dewasa. Proses pembelajaran orang dewasa berkewajiban memotivasi/mendorong untuk mencari pengetahuan yang lebih tinggi.
 - 2) Setiap individu orang dewasa dapat belajar secara efektif bila setiap individu mampu menemukan makna pribadi bagi dirinya dan memandang makna yang baik itu berhubungan dengan keperluan pribadinya.
 - 3) Kadangkala proses pembelajaran orang dewasa kurang kondusif, hal ini dikarenakan belajar hanya diorientasikan terhadap perubahan tingkah laku, sedang perubahan perilaku saja tidak cukup, kalau perubahan itu tidak mampu menghargai budaya bangsa yang luhur yang harus dipelihara, di samping metode berpikir tradisional yang sukar diubah.
 - 4) Proses pembelajaran orang dewasa merupakan hal yang unik dan khusus serta bersifat individual. Setiap individu orang dewasa memiliki kiat dan strategi sendiri untuk mempelajari dan menemukan pemecahan masalah yang dihadapi dalam pembelajaran tersebut. Dengan adanya peluang untuk mengamati kiat dan strategi individu lain dalam belajar, diharapkan hal itu dapat memperbaiki dan menyempurnakan caranya sendiri dalam belajar, sebagai upaya koreksi yang lebih efektif.

- 5) Faktor pengalaman masa lampau sangat berpengaruh pada setiap tindakan yang akan dilakukan, sehingga pengalaman yang baik perlu digali dan ditumbuhkembangkan ke arah yang lebih bermanfaat.
- 6) Pengembangan intelektualitas seseorang melalui suatu proses pengalaman secara bertahap dapat diperluas. Pemaksimalan hasil belajaran dapat dicapai apabila setiap individu dapat memperluas jangkauan pola berpikirnya

Di satu sisi, belajar dapat diartikan sebagai suatu proses evolusi. Artinya penerimaan ilmu tidak dapat dipaksakan sekaligus begitu saja, tetapi dapat dilakukan secara bertahap melalui suatu urutan proses tertentu. Dalam kegiatan pendidikan, umumnya pendidik menentukan secara jauh mengenai materi pengetahuan dan keterampilan yang akan dipresentasikan. Mereka mengatur isi (materi) ke dalam unit-unit, kemudian memilih alat yang paling efisien untuk menyampaikan unit-unit dari materi tersebut, misalnya ceramah, membaca, pekerjaan laboratorium, pemutaran film, mendengarkan kaset dan lain-lain. Selanjutnya mengembangkan suatu rencana untuk menyampaikan unit-unit isi ini dalam suatu bentuk urutan.

Dalam andragogi, pendidik atau fasilitator mempersiapkan secara jauh satu perangkat prosedur untuk melibatkan siswa, untuk selanjutnya dalam prosesnya melibatkan elemen-elemen sebagai berikut :

- a. Menciptakan iklim yang mendukung belajar,
- b. Menciptakan mekanisme untuk perencanaan bersama,
- c. Mendiagnosis kebutuhan-kebutuhan belajar,
- d. Merumuskan tujuan-tujuan program yang memenuhi kebutuhan-kebutuhan belajar,
- e. Merencanakan pola pengalaman belajar,
- f. Melakukan pengalaman belajar ini dengan teknik-teknik dan materi yang memadai, dan
- g. Mengevaluasi hasil belajar dan mendiagnosa kembali kebutuhan-kebutuhan belajar.

Dalam pembelajaran orang dewasa banyak metode yang diterapkan. Untuk memberhasilkan pembelajaran semacam ini, apapun metode yang diterapkan seharusnya mempertimbangkan faktor sarana dan prasarana yang tersedia untuk mencapai tujuan akhir pembelajaran, yakni agar peserta dapat memiliki suatu pengalaman belajar yang bermutu. Merupakan suatu kekeliruan besar bilamana dalam hal ini, pembimbing secara kurang wajar menetapkan pemanfaatan metode hanya karena faktor pertimbangannya sendiri yakni menggunakan metode yang dianggapnya paling mudah, atau hanya disebabkan karena keinginannya dikagumi oleh peserta di kelas itu ataupun mungkin ada kecenderungannya hanya menguasai satu metode tertentu saja.

Dalam penetapan pemilihan metode seharusnya fasilitator mempertimbangkan aspek tujuan yang ingin dicapai, yang dalam hal ini mengacu pada garis besar program pengajaran yang dibagi dalam dua jenis:

- a. Rancangan proses untuk mendorong orang dewasa mampu menata dan mengisi pengalaman baru dengan memmedomani masa lampau yang pernah dialami, misalnya dengan latihan keterampilan, melalui tanya jawab, wawancara, konsultasi, latihan kepekaan, dan lain-lain, sehingga mampu memberi wawasan baru pada masing-masing individu untuk dapat memanfaatkan apa yang sudah diketahuinya.
- b. Proses pembelajaran yang dirancang untuk tujuan meningkatkan transfer pengetahuan baru, pengalaman baru, keterampilan baru, untuk mendorong masing-masing individu orang dewasa dapat meraih semaksimal mungkin ilmu pengetahuan yang diinginkannya, apa yang menjadi kebutuhannya, keterampilan yang diperlukannya, misalnya belajar menggunakan program komputer yang dibutuhkan di tempat ia bekerja.
- c. Sejalan dengan itu, orang dewasa belajar lebih efektif apabila ia dapat mendengarkan dan berbicara. Lebih baik lagi kalau di samping itu ia dapat melihat pula, dan makin efektif lagi kalau dapat juga mengerjakan. Fungsi bicara hanya sedikit terjadi pada waktu tanya jawab. Untuk metode diskusi bicara dan mendengarkan adalah seimbang. Dalam pendidikan dengan cara demonstrasi, peserta sekaligus mendengar, melihat dan berbicara. Pada saat latihan praktis peserta dapat mendengar, berbicara, melihat dan mengerjakan sekaligus, sehingga dapat diperkirakan akan menjadi paling efektif

B. Satuan Acara Pembelajaran (SAP)

1. Pengertian SAP

SAP atau disebut juga satuan acara pembelajaran, ada pula yang menyebutnya dengan Satpel atau satuan pelajaran atau kurikulum mikro. SAP merupakan pedoman / panduan yang memberi arah kepada fasilitator dalam menyajikan materi pembelajaran kepada para peserta, dalam kurun waktu tertentu dengan menggunakan metode dan alat bantu yang sesuai guna mencapai tujuan pembelajaran yang telah ditentukan. SAP adalah rumusan pokok dan sub-pokok bahasan yg disusun secara rinci utk kegiatan belajar-mengajar perpertemuan atau beberapa pertemuan (S Nasution, 1991)

Ada berbagai pengertian tentang SAP tersebut, antara lain :

- a. SAP merupakan suatu uraian rinci tentang langkah-langkah proses transfer suatu mata ajaran atau materi latihan untuk bidang kemampuan tertentu, yang akan dipaparkan atau dilatihkan kepada peserta, dalam kegiatan pembelajaran.
- b. SAP merupakan rencana pelaksanaan proses pembelajaran mata diklat yang dibuat oleh fasilitator. Dengan tersedianya SAP, fasilitator akan memperoleh arah dalam materi diklatnya.
- c. SAP adalah proses merancang kegiatan pembelajaran dengan langkah-langkah yang tertata, tepat dan logis guna mencapai tujuan pembelajaran.

2. Manfaat SAP

Manfaat penyusunan SAP dalam kegiatan pembelajaran yang dilaksanakan oleh setiap fasilitator antara lain :

- a. Menjadi instrumen pengendalian dan pembinaan terhadap fasilitator dalam melaksanakan kegiatan pembelajaran.
- b. Fasilitator dan peserta dapat mengetahui proses pembelajaran yang akan berlangsung dan metode-metode untuk mencapai tujuan materi tersebut.

3. Tujuan SAP

Sebagai pedoman dan arah bagi fasilitator dalam melaksanakan proses kegiatan pembelajaran.

4. Sistematika SAP

Komponen –komponen suatu SAP adalah sebagai berikut :

- a. Mata diklat (materi) : diisi dengan pokok/sub pokok bahasan
- b. Tujuan materi : di ambil dari tujuan pembelajaran umum (TPU) dan tujuan pembelajaran khusus (TPK).
- c. Sasaran latihnya : sebutkan kriteria/siapa pesertanya.
- d. Waktu : dalam menit atau jam pelajaran (JP).
- e. Tempat : kelas/laboratorium/tempat lain (misalnya bangsal RS).
- f. Metode yg digunakan: cara pembelajaran yang akan digunakan.
- g. Alat bantu: alat/instrumen yang akan digunakan.
- h. Slide/transparant: bahan yang akan dipaparkan/ditayangkan.
- i. Lembar tugas: petunjuk penugasan.
- j. Kegiatan pembelajaran: pembukaan, pelaksanaan (inti)/penyajian, penutup.
- k. Daftar Rujukan : buku yang digunakan sebagai referensi/kepuustakaan
- l. Evaluasi: nilai evaluasi.

5. Teknik penyusunan SAP

Dalam melakukan penyusunan SAP beberapa komponen penting yang perlu dipahami yaitu :

- Tujuan pembelajaran umum maupun khusus.
- Metode pembelajaran
- Alat bantu pembelajaran.
- Kegiatan pembelajaran.
- Instrument evaluasi formatif (setelah materi selesai).

Adapun komponen-komponen yang lain seperti pokok bahasan/sub pokok bahasan, waktu dan tempat bukan tidak penting akan tetapi cara penulisannya lebih bervariasi tergantung tujuan dan kebutuhan peserta.

- a. Tujuan pembelajaran umum (TPU)
Menggambarkan kompetensi atau kemampuan/kecakapan umum/ ketrampilan tertentu yang diharapkan dapat dikuasai oleh peserta setelah menyelesaikan kegiatan pembelajaran satu mata diklat/materi.

Rumusan TPU yang baik harus memenuhi kriteria antara lain sebagai berikut:

- 1) Merupakan kompetensi umum dari suatu kemampuan tertentu (TPU)
- 2) Merupakan gabungan dari beberapa kompetensi khusus). Terdiri dari kata kerja operasional (=hasilnya dapat diukur dan diamati) yang diikuti kata benda (objek=keterangan dari perilaku yang akan dicapai), sehingga rumusan TPU menjadi rasional.

b. Tujuan pembelajaran khusus (TPK)

Merupakan penjabaran lebih lanjut dari TPU yang harus dicapai atau dikuasai oleh peserta setelah menyelesaikan suatu kegiatan pembelajaran.

- 1) Rumusan TPK memerlukan kriteria, bahwa kompetensi yang harus dicapai harus berorientasi pada peserta dan dapat diukur. Mengingat yang menjadi subjek aktif proses diklat adalah peserta.
- 2) Rumusan TPK harus mengandung komponen A, B, C dan D yang berarti (A=*audience* [peserta] harus dapat mengerjakan atau berpenampilan seperti yang dinyatakan dalam TPK, B=*behaviour* [perilaku] peserta setelah selesai kegiatan pembelajaran, C=*condition* [persyaratan] yang harus dipenuhi pada saat peserta menampilkan perilaku setelah selesai kegiatan pembelajaran, D=*degree* [tingkat keberhasilan] peserta setelah selesai kegiatan pembelajaran).

C. Metode Pembelajaran

Metode pembelajaran yang digunakan dalam suatu pelatihan sangat tergantung dari tujuan kompetensi yang ingin dicapai. Walaupun hampir sama tujuannya, tetapi dengan audience yang berbeda mungkin metode yang dipilih tidak persis sama. Dalam setiap kegiatan pelatihan mungkin akan bervariasi metodenya, selain materi dan peserta juga sangat tergantung pada waktu, alat yang tersedia, lokasi pembelajaran, fasilitator dan sebagainya.

1. Pengertian dan manfaat metode pembelajaran

Metode pembelajaran diklat didiskripsikan sebagai suatu rencana untuk penyajian yang sistematis berdasarkan pendekatan yang telah dipilih. Metode merupakan upaya untuk mengimplementasikan rencana yang sudah disusun dalam kegiatan nyata agar tujuan yang telah disusun tercapai secara optimal. Metode digunakan untuk merealisasikan strategi yang telah ditetapkan. Strategi menunjuk pada sebuah perencanaan untuk mencapai sesuatu, sedangkan metode adalah cara yang dapat digunakan untuk melaksanakan strategi. Dengan demikian suatu strategi dapat dilaksanakan dengan berbagai metode.

Terdapat empat strategi dasar dalam pemilihan metode pembelajaran dalam rangka mencapai tujuan pembelajaran yang diinginkan yaitu :

- a. Mengidentifikasi dan menetapkan spesifikasi dan kualifikasi perubahan tingkah laku kepribadian peserta didik yang diharapkan sebagai hasil belajar mengajar yang dilakukan.

- b. Memilih sistem pendekatan belajar mengajar yang dianggap paling tepat dan efektif untuk mencapai sasaran.
- c. Memilih dan menetapkan prosedur, metode dan teknik belajar mengajar yang dianggap paling tepat, efektif, sehingga dapat dijadikan pegangan oleh para fasilitator dalam menunaikan kegiatan mengajarnya; dan
- d. Menetapkan norma-norma dan batas minimal keberhasilan atau kriteria dan standar keberhasilan sehingga dapat dijadikan pedoman oleh fasilitator dalam melakukan evaluasi hasil kegiatan belajar mengajar yang selanjutnya akan dijadikan umpan balik buat penyempurnaan sistem instruksional yang bersangkutan secara keseluruhan.

Dari setiap metode pembelajaran, memiliki satu „ranah pembelajaran“ yang paling menonjol meskipun juga mengandung ranah pembelajaran lainnya. Ranah pembelajaran tersebut ada 3 (tiga), yaitu: Ranah kognitif atau ranah perubahan pengetahuan (P); Ranah afektif atau ranah perubahan sikap-perilaku (S); dan Ranah psikomotorik atau ranah perubahan/peningkatan keterampilan (K).

2. Ragam metode pembelajaran

Berikut ini pemaparan berbagai jenis metode yang ada, yaitu:

a. Ceramah

Metode ceramah yang dimaksud disini adalah ceramah dengan kombinasi metode yang bervariasi. Mengapa disebut demikian, sebab ceramah dilakukan dengan ditujukan sebagai pemicu terjadinya kegiatan yang partisipatif (curah pendapat, diskusi, pleno, penugasan, studi kasus, dll). Selain itu, ceramah yang dimaksud di sini adalah ceramah yang cenderung interaktif, yaitu melibatkan peserta melalui adanya tanggapan balik atau perbandingan dengan pendapat dan pengalaman peserta.

b. Diskusi kelas

Metode ini bertujuan untuk tukar-menukar gagasan, pemikiran, informasi/pengalaman di antara peserta, sehingga dicapai kesepakatan pokok-pokok pikiran (gagasan, kesimpulan). Untuk mencapai kesepakatan tersebut, para peserta dapat saling beradu argumentasi untuk meyakinkan peserta lainnya. Kesepakatan pikiran inilah yang kemudian ditulis sebagai hasil diskusi. Diskusi biasanya digunakan sebagai bagian yang tak terpisahkan dari penerapan berbagai metode lainnya, seperti: penjelasan (ceramah), curah pendapat, diskusi kelompok, permainan dan lain-lain.

c. Curah pendapat

Metode curah pendapat adalah suatu bentuk diskusi dalam rangka menghimpun gagasan, pendapat, informasi, pengetahuan, pengalaman, dari semua peserta. Berbeda dengan diskusi, gagasan dari seseorang dapat ditanggapi (didukung, dilengkapi, dikurangi, atau tidak disepakati) oleh

peserta lain, pada penggunaan metode curah pendapat, ide/ gagasan orang lain tidak untuk ditanggapi. Tujuan curah pendapat adalah untuk membuat kompilasi (kumpulan) pendapat, informasi, pengalaman semua peserta yang sama atau berbeda. Hasilnya kemudian dijadikan peta informasi, peta pengalaman, atau peta gagasan (*mindmap*) untuk menjadi pembelajaran bersama.

d. Bermain peran (*role play*)

Bermain peran pada prinsipnya merupakan metode untuk „menghadirkan“ peran-peran yang ada dalam dunia nyata ke dalam suatu „pertunjukan peran“ di dalam kelas/pertemuan, yang kemudian dijadikan sebagai bahan refleksi agar peserta memberikan penilaian. Misalnya: menilai keunggulan maupun kelemahan masing-masing peran tersebut, untuk selanjutnya memberikan saran/alternatif pendapat bagi pengembangan peran-peran tersebut. Metode ini lebih menekankan terhadap masalah yang diangkat dalam „pertunjukan“, dan bukan pada kemampuan pemain dalam melakukan permainan peran.

e. Simulasi

Simulasi digunakan dalam pembelajaran yang bertujuan untuk mengembangkan keterampilan mental/fisik/teknis peserta diklat. Metode ini memindahkan suatu situasi yang nyata ke dalam kegiatan atau ruang belajar karena adanya kesulitan untuk melakukan praktik didalam situasi yang sesungguhnya. Misalnya sebelum melakukan praktik penerbangan, seorang siswa sekolah penerbangan melakukan simulasi penerbangan terlebih dahulu (belum benar-benar terbang).

Situasi yang dihadapi dalam simulasi ini harus dibuat seperti benar-benar merupakan keadaan yang sebenarnya (replikasi kenyataan). Contoh lainnya, dalam sebuah pelatihan fasilitasi, seorang peserta melakukan simulasi suatu metode belajar seakan-akan tengah melakukannya bersama kelompok dampingannya. Pendamping lainnya berperan sebagai kelompok dampingan yang benar-benar akan ditemui dalam keseharian peserta (ibu tani, bapak tani, pengurus kelompok, dan lain-lain).

Dalamontoh yang kedua, metode ini memang mirip dengan bermain peran. Tetapi dalam simulasi, peserta lebih banyak berperan sebagai dirinya sendiri saatmelakukan suatu kegiatan / tugas yang benar-benar akan dilakukannya.

f. Sandiwara

Metode sandiwara seperti memindahkan sepenggal cerita yang menyerupai kisah nyata atau situasi sehari-hari ke dalam pertunjukkan. Penggunaan metode ini ditujukan untuk mengembang kan diskusi dan analisis peristiwa (kasus). Tujuannya adalah sebagai media untuk memperlihatkan berbagai permasalahan pada suatu tema (topik) sebagai bahan refleksi dan analisis

solusi penyelesaian masalah. Dengan begitu, ranah kesadaran dan peningkatan kemampuan analisis dikombinasikan secara seimbang.

g. Demonstrasi

Demonstrasi adalah metode yang digunakan untuk membelajarkan peserta dengan cara menceritakan sekaligus memperagakan suatu langkah-langkah pengerjaan sesuatu. Demonstrasi merupakan praktik yang diperagakan kepada peserta. Karena itu, demonstrasi dapat dibagi menjadi dua tujuan: demonstrasi proses untuk memahami langkah demi langkah; dan demonstrasi hasil untuk memperlihatkan atau memperagakan hasil dari sebuah proses. Biasanya, setelah demonstrasi dilanjutkan dengan praktik oleh peserta sendiri. Sebagai hasil, peserta akan memperoleh pengalaman belajar langsung setelah melihat, melakukan, dan merasakan sendiri. Tujuan dari demonstrasi yang dikombinasikan dengan praktik adalah membuat perubahan pada ranah keterampilan.

h. Praktik lapangan

Metode praktik lapangan bertujuan untuk melatih dan meningkatkan kemampuan peserta dalam mengaplikasikan pengetahuan dan keterampilan yang diperolehnya. Kegiatan ini dilakukan di „lapangan“, yang dapat berarti di tempat kerja, maupun di masyarakat.

Keunggulan dari metode ini adalah pengalaman nyata yang diperoleh bisa langsung dirasakan oleh peserta, sehingga dapat memicu kemampuan peserta dalam mengembangkan kemampuannya. Sifat metode praktik adalah pengembangan keterampilan.

i. Permainan (*games*)

Permainan (*games*), populer dengan berbagai sebutan antara lain pemanasan (*ice-breaker*) atau penyegaran (*energizer*). Arti harfiah *ice-breaker* adalah „pemecah es“. Jadi, arti pemanasan dalam proses belajar adalah pemecah situasi kebekuan pikiran atau fisik peserta. Permainan juga dimaksudkan untuk membangun suasana belajar yang dinamis, penuh semangat, dan antusiasme. Karakteristik permainan adalah menciptakan suasana belajar yang menyenangkan (*fun*) serta serius tapi santai. Permainan digunakan untuk penciptaan suasana belajar dari pasif ke aktif, dari kaku menjadi gerak (akrab), dan dari jenuh menjadi riang (segar). Metode ini diarahkan agar tujuan belajar dapat dicapai secara efisien dan efektif dalam suasana gembira meskipun membahas hal-hal yang sulit atau berat. Sebaiknya permainan digunakan sebagai bagian dari proses belajar, bukan hanya untuk mengisi waktu kosong atau sekedar permainan. Permainan sebaiknya dirancang menjadi suatu „aksi“ atau kejadian Suasana Saat Permainan yang dialami sendiri oleh peserta, kemudian ditarik dalam proses refleksi untuk menjadi hikmah yang mendalam (prinsip, nilai, atau pelajaran-pelajaran). Wilayah perubahan yang dipengaruhi adalah ranah sikap-nilai.

3. Keunggulan dan kelemahan masing-masing metode pembelajaran

- a. Ceramah
 - 1) Kelebihan:
 - a) Mencakup banyak pendengar.
 - b) Mendorong diskusi dalam kelompok
 - c) Memerlukan sedikit peralatan
 - d) Penyaji bisa tepat waktu
 - 2) Kekurangan:
 - a) Tidak mendorong peserta mengingat materi
 - b) Penilaian terbatas pada kemampuan audien
 - c) Partisipasi pendengar terbatas
 - d) Tidak ada keseimbangan berpikir antar pembicara

- b. Diskusi kelas
 - 1) Kelebihan :
 - a) Anggota kelompok berpartisipasi aktif
 - b) Mengembangkan tanggung jawab peserta
 - c) Mengukur konsep & ide dari peserta
 - d) Mengembangkan percaya diri
 - e) Mendorong cara berpikir yang terbuka
 - f) Memperoleh banyak informasi
 - 2) Kekurangan:
 - a) Memerlukan waktu yang relatif lama
 - b) Keterealisasi kurang (lebih banyak bertukar pendapat)
 - c) Memerlukan persiapan matang (bahan)
 - d) Tidak cocok jika ada yang terlalu dominan dan ada yang terlalu minor

- c. Curah pendapat
 - 1) Kelebihan:
 - a) Merangsang partisipasi aktif
 - b) Menghasilkan reaksi rantai pendapat
 - c) Tidak menyita waktu
 - d) Dapat dipakai dalam kelompok besar maupun kecil
 - e) Memerlukan pengalaman yang cukup
 - f) Tidak perlu figur pimpinan yang terlalu dominan
 - 2) Kekurangan:
 - a) Mudah terpancing emosi
 - b) Kesulitan dalam menyatukan pendapat

- d. Bermain peran (*roleplay*)
 - 1) Kelebihan :
 - a) Mendorong keterlibatan yang mendalam
 - b) Membangkitkan pengertian, prasangka, dan persepsi
 - c) Memusatkan perhatian pada aspek tertentu yang dikehendaki

- 2) Kekurangan :
 - a) Keengganan untuk memerankan sesuatu
 - b) Kurang realistis
 - c) Dianggap dialog biasa

- e. Simulasi
 - 1) Kelebihan:
 - a) Menyenangkan peserta didik
 - b) Eksperimen dilakukan tanpa memerlukan lingkungan sebenarnya
 - c) Mengurangi hal-hal yang abstrak
 - d) Tidak memerlukan pengarah yang rumit
 - e) Menimbulkan interaksi aktif antar peserta
 - f) Menumbuhkan cara berpikir kritis
 - g) Memperbanyak kesiapan dan penguasaan keterampilan
 - h) Mampu menambah kepercayaan diri

 - 2) Kekurangan:
 - a) Peserta harus siap mental
 - b) Lebih mementingkan proses pengertian dan kurang memperhatikan pembentukan sikap
 - c) Tidak memberikan kesempatan berpikir kreatif
 - d) Peran fasilitator dalam membangun suasana sangat penting.

- f. Sandiwara
 - 1) Kelebihan:
 - a) Lebih mengena pada sasaran
 - b) Dapat dikemas dengan menarik sehingga peserta tidak bosan
 - c) Menimbulkan pengertian, prasangka, persepsi, dan imajinasi yang lengkap

 - 2) Kekurangan:
 - a) Butuh waktu persiapan yang panjang
 - b) Memerlukan biaya yang relatif besar
 - c) Sulit menemukan ide cerita yang cocok dengan materi yang akan disampaikan
 - d) Peserta kurang aktif karena sudah disetting dari awal

- g. Demonstrasi
 - 1) Kelebihan:
 - a) Lebih menimbulkan minat
 - b) Menjelaskan sesuatu yang sifatnya masih abstrak
 - c) Penyampaian materi lebih jelas dan terarah

 - 2) Kekurangan:
 - a) Membutuhkan persiapan yang matang
 - b) Memerlukan biaya yang relatif mahal
 - c) Hanya cocok diterapkan untuk kelompok kecil
 - d) Perlu persiapan yang panjang.

- h. Praktik lapangan
 - 1) Kelebihan:
 - a) Menyenangkan peserta didik
 - b) Mengurangi hal-hal yang abstrak
 - c) Tidak memerlukan pengarahannya yang rumit
 - d) Menimbulkan interaksi aktif antar peserta
 - e) Menumbuhkan cara berpikir kritis
 - f) Memperbanyak kesiapan dan penguasaan keterampilan
 - g) Mampu menambah kepercayaan diri
 - 2) Kekurangan:
 - a) Peserta harus siap mental
 - b) Lebih mementingkan proses pengertian dan kurang memperhatikan pembentukan sikap
 - c) Tidak memberikan kesempatan berpikir kreatif
 - d) Peran fasilitator dalam membangun suasana sangat penting

- i. Permainan (*games*)
 - 1) Kelebihan:
 - a) Menarik dalam penyajiannya
 - b) Mendorong keterlibatan yang mendalam
 - c) Membangkitkan pengertian, prasangka, dan persepsi
 - d) Memusatkan perhatian pada aspek tertentu yang dikehendaki
 - 2) Kekurangan:
 - a) Menyita banyak waktu
 - b) Materi kurang dapat disampaikan dengan lugas
 - c) Keengganan untuk memerankan sesuatu
 - d) Kurang realistis
 - e) Dianggap dialog biasa
 - f) Cenderung memperhatikan peran orang lain, sehingga kurang menghayati peran sendiri.

4. Metode pembelajaran yang efektif

Dave Meier (2001) menjelaskan dalam "*the accelerated learning*" bahwa :

- 1) Keterlibatan total pembelajar dalam meningkatkan pembelajaran.
- 2) Belajar bukanlah mengumpulkan informasi secara pasif melainkan menciptakan pengetahuan secara aktif
- 3) Kerjasama diantara pembelajar sangat membantu meningkatkan hasil belajar
- 4) Belajar berpusat aktivitas sering berhasil daripada belajar berpusat presentasi.
- 5) Belajar berpusat aktivitas dapat dirancang dalam waktu yang jauh lebih singkat dari pada waktu yang diperlukan untuk merancang pengajaran dengan presentasi.

Accelerated learning atau pemercepatan belajar merupakan filosofi pembelajaran atau kehidupan yang mengupayakan mekanisasi dan memansiakan kembali proses belajarserta menjadikannya pengalaman seluruh tubuh, seluruh pikiran dan seluruh pribadi.

Beberapa faktor yang harus diperhatikan dalam memilih metode pembelajaran adalah sebagai berikut :

- a. Pengajar/fasilitator: (pengetahuan, pengalaman, ketrampilan, kepribadian, tanggung jawab dan responsif)
- b. Peserta pelatihan: (tingkat intelektual, latar belakang pendidikan, umur, pengalaman kerja, lingkungan sosial dan budaya)
- c. Tujuan pembelajaran: (pengetahuan, sikap dan ketrampilan)
- d. Bidang pelatihan
- e. Waktu dan peralatan : (lama persiapan, jangka waktu pelatihan, kapan pelaksanaannya, fasilitas sarana prasarana)
- f. Prinsip-prinsip pembelajaran (tingkat motivasi, keterlibatan aktif peserta, pendekatan perorangan, pengaturan urutan dan struktur, umpan balik dan pengalihan)

5. Evaluasi pembelajaran

- a. Pengertian
Evaluasi pembelajaran adalah suatu proses pengambilan keputusan untuk memberikan nilai dengan menggunakan informasi yang diperoleh melalui pengukuran hasilbelajar dengan menggunakan instrumen tes ataupun non tes./
- b. Tujuan
Tujuan dari evaluasi pembelajaran adalah :
 - 1) Mengetahui tingkat keberhasilan pencapaian TPU dan TPK
 - 2) Umpan balik perbaikan proses pembelajaran.
 - 3) Pedoman penentuan "*passing grade*" dan posisi peringkat.
 - 4) Dasar untuk menyusun laporan kemajuan pembelajaran.
- c. Prinsip evaluasi hasil pembelajaran
Prinsip-prinsip dalam evaluasi hasilpembelajaran :
 - 1) Harus jelas kemampuan mana yang dinilai.
 - 3) Penilaian merupakan bagian integral dari seluruh rangkaian proses pembelajaran dalam sebuah diklat.
 - 4) Mengukur seluruh domain kognitif, afektif dan psikomotor sesuai dengan hasil analisis TPK.
 - 5) Alat pengukuran yang digunakan harus sesuai dengan apa yang harus diukur. (mengukur apa yang harus diukur)
 - 6) Pengukuran harus diikuti dengan tindak lanjut.

d. Jenis-jenis, tujuan dan proses evaluasi hasil pembelajaran

1) Jenis-jenis:

- a) *Pre dan post test*
- b) *Formative test*
- c) *Sumative test*

2) Tujuan

- a) *Pre dan post test* : untuk mengetahui hasil pembelajaran secara rata-rata kelas dan hasilnya dapat dianggap sebagai hasil penyelenggaraan pelatihan.
- b) *Formative test* : untuk mengetahui tingkat perkembangan dan daya serap yang dapat dilihat melalui butir-butir soal yang dapat dijawab dengan benar.
- c) *Sumative test* : untuk menentukan kelulusan bagi setiap individu peserta diklat yang ber STTPL (Surat Tanda Tamat Pendidikan dan Pelatihan).

3) Proses:

- a) *Pre dan post test* : menghitung prosentase rata-rata kenaikan nilai yang didapat melalui tes sebelum dan sesudah pembelajaran, bila perlu lakukan t-test, dengan anggapan selisih kenaikan nilai yang didapat adalah sebagai hasil pembelajaran pada diklat yang diselenggarakan. Perakitan soal disusun secara komprehensif yang mewakili materi-materi yang telah dipelajari (dangkal tetapi luas).
- b) *Formative test* : dilakukan ditengah-tengah diklat yang pelaksanaannya lebih dari 3 (tiga) minggu), perakitan soal memenuhi seluruh TPK pada materi inti dengan tingkat kesulitan bervariasi dari 30% mudah, 50% sedang dan 20% sulit. Memeriksa nilai rata-rata, tertinggi, terendah, modus dan lakukan "*difficulty index*" untuk mengetahui tingkat kesulitan soal, bila hasilnya negatif maka perlu meninjau ulang berbagai aspek yang dianggap dapat memengaruhi proses pembelajaran, antara lain :metode, alat bantu, fasilitator, lingkungan pembelajaran dan lain-lain. Serta lakukan "*remedial*" khususnya pada materi / TPK yang terlemah.
- c) *Sumative test* : dilakukan pada akhir sebuah diklat, dengan perakitan soal memenuhi seluruh TPU / TPK pada materi dasar 15 , materi inti 70% dan materi penunjang 15% yang disusun dengan tingkat kesulitan bervariasi dari yang mudah 20%, sedang 50% dan sulit 30%. Penentuan batas kelulusan menggunakan PAP / CRT (*Criterion Referenced Test*) menetapkan batas kelulusan. Butir-butir soal harus mempunyai daya saring / daya pembeda dan jika lulus melewati saringan ujian ini berarti yang bersangkutan memang memenuhi kualifikasi seperti yang diharapkan oleh tujuan pelatihan dan berhak mendapatkan STTPL.

6. Bentuk, kaidah dan instrument serta pengukuran evaluasi hasil pembelajaran

Prosedur penyusunan instrumen penilaian pembelajaran:

- a. Syarat penilaian:
 - 1) Validitas (menilai apa yang seharusnya dinilai)
 - 2) Reliabilitas (kapanpun, dimanapun dan oleh siapapun penilaian itu digunakan kan mendapatkan hasil yang relatif sama)
- b. Pengukuran evaluasi hasil pembelajaran

7. Pengukuran domain kognitif

Mengukur “apa yang diketahui”, bukan apa yang dirasakan/dikerjakan

Jenjang domain kognitif terdiri dari :

- a. Pengetahuan
- b. Pemahaman
- c. Penerapan
- d. Analisa
- e. Sintesis
- f. Penilaian

Metode pengukuran dengan tes lisan dan tertulis, dengan alat ukur: soal, kuesioner, *checklist*, angket dan lembar panduan.

8. Pengukuran domain afektif

Mengukur “apa yang dirasakan”, bukan apa yang diketahui.

Jenjang domain afektif terdiri dari :

- a. Receiving
- b. Responding
- c. Valuing
- d. Organization
- e. Character

Metode pengukuran dengan observasi langsung/partisipatif, wawancara dan angket dengan alat ukur : check list, lembar lisan, lembar panduan dan studi kasus.

9. Pengukuran domain psikomotorik.

Jenjang domain psikomotorik :

- a. Gerakan-gerakan refleks
- b. Gerakan fundamental dasar
- c. Kemampuan peceptual/mengamati
- d. Kemampuan fisik/jasmani
- e. Gerakan-gerakan terampil
- f. Komunikasi non diskursif/atau tingkat meniru sampai dengan tingkat naturalisasi.

10. Nilai hasil pembelajaran

Nilai hasil pembelajaran ditentukan berdasarkan :

- a. Tingkat kesukaran (*Difficulty Index*)
Untuk mengetahui derajat kesukaran pada setiap butir soal
- b. Tingkat daya pembeda

Untuk mengetahui tingkat daya beda pada setiap butir soal sehingga dapat membedakan yang pandai dan kurang pandai.

D. Media dan Alat Bantu Pembelajaran

Memilih alat bantu pembelajaran sangat tergantung pada tujuan diklat yang akan dicapai. Pada dasarnya ada 2 macam alat bantu pembelajaran yaitu yang bersifat umum dan khusus:

- Alat bantu pembelajaran umum seperti papan tulis (*white board*) beserta kelengkapannya.
- Alat bantu pembelajaran khusus seperti alat peraga tertentu atau disebut *teaching/training aids* seperti tensimeter, merupakan alat yang mendukung peningkatan pemahaman, kemampuan dan memperlancar kegiatan pembelajaran. Pemilihan alat bantu pembelajaran, didasarkan atau sesuai tujuan dari metode pembelajaran yang akan dilaksanakan. Alat bantu pembelajaran yang akan digunakan dalam proses pembelajaran ditulis secara jelas dan rinci, agar tidak menimbulkan kesulitan pada saat kegiatan berlangsung.

1. Pengertian media dan alat bantu pembelajaran

Media berasal dari bahasa latin merupakan bentuk jamak dari "Medium" yang secara harfiah berarti "Perantara" atau "Pengantar" yaitu perantara atau pengantar sumber pesan dengan penerima pesan. Beberapa ahli memberikan definisi tentang media pembelajaran antara lain:

- a. Schramm (1977) mengemukakan bahwa media pembelajaran adalah teknologipembawa pesan yang dapat dimanfaatkan untuk keperluan pembelajaran.
- b. Sementara itu, Briggs (1977) berpendapat bahwa media pembelajaran adalah sarana fisik untuk menyampaikan isi/materi pembelajaran seperti: buku, film, dan video.
- c. Sedangkan menurut National Education Associaton (1969) mengungkap kan bahwa media pembelajaran adalah sarana komunikasi dalam bentuk cetak maupun pandang-dengar, termasuk teknologi perangkat keras.

Dari ketiga pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa media pembelajaran adalah segala sesuatu yang dapat menyalurkan pesan, dapat merangsang pikiran, perasaan, dan kemauan peserta diklat sehingga dapat mendorong terciptanya proses belajar pada diri peserta diklat.

Brown (1973) mengungkapkan bahwa media pembelajaran yang digunakan dalam kegiatan pembelajaran dapat mempengaruhi terhadap efektivitas

pembelajaran. Pada awalnya, media pembelajaran hanya berfungsi sebagai alat bantu guru untuk mengajar yang digunakan adalah alat bantu visual. Sekitar pertengahan abad ke-20 usaha pemanfaatan visual dilengkapi dengan digunakannya alat audio, sehingga lahirlah alat bantu audio-visual. Sejalan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi (IPTEK), khususnya dalam bidang pendidikan, saat ini penggunaan alat bantu atau media pembelajaran menjadi semakin luas dan interaktif, seperti adanya komputer dan internet.

Dari uraian tersebut maka jenis dari media pembelajaran bisa dikelompokkan menjadi:

- a. Media Visual: grafik, diagram, chart, bagan, poster, kartun, komik
- b. Media Audio: radio, tape recorder, laboratorium bahasa, dan sejenisnya
- c. Projected still media: slide; over head projector (OHP), LCD projector, dan sejenisnya
- d. Projected motion media: film, televisi, video (VCD, DVD, VTR), komputer dan sejenisnya.

Sejalan dengan perkembangan IPTEK penggunaan media, baik yang bersifat visual, audio, projected still media maupun projected motion media bisa dilakukan secara bersama dan serempak melalui satu alat saja yang disebut Multi Media. Contoh: dewasa ini penggunaan komputer tidak hanya bersifat projected motion media, namun dapat meramu semua jenis media yang bersifat interaktif.

2. Peranan media dan alat bantu pembelajaran

Yang termasuk perangkat media adalah material, *equipment*, *hardware*, dan *software*. Istilah material berkaitan erat dengan istilah *equipment* dan istilah *hardware* berhubungan dengan istilah *software*. Material (bahan media) adalah sesuatu yang dapat dipakai untuk menyimpan pesan yang akan disampaikan kepada *audience* dengan menggunakan peralatan tertentu atau wujud bendanya sendiri, seperti transparansi untuk perangkat overhead, film, filmstrip, dan film slide, gambar, grafik, dan bahan cetak.

Sedangkan *equipment* (peralatan) ialah sesuatu yang dipakai untuk memindahkan atau menyampaikan sesuatu yang disimpan oleh material kepada audience, misalnya proyektor film slide, video tape recorder, papan tempel, papan *flanel*, dan sebagainya. Istilah *hardware* dan *software* tidak hanya dipakai dalam dunia komputer, tetapi juga untuk semua jenis media pembelajaran. Contoh, isi pesan yang disimpan dalam transparansi OHP, kaset audio, kaset video, *film slide*.

Software adalah isi pesan yang disimpan dalam material, sedangkan *hardware* adalah peralatan yang digunakan untuk menyampaikan pesan yang telah dituangkan ke dalam material untuk dikirim kepada *audience*. Contoh: OHP, proyektor film, video tape recorder, proyektor slide, proyektor filmstrip.

Setelah kita mengetahui begitu banyaknya media pembelajaran diklat memang agak sulit menentukan kelemahan masing masing media dan keuntungannya tetapi setidaknya sedikit banyak kita dapat mengetahui hubungan antar media pembelajaran tersebut.

3. Kriteria pemilihan media dan alat bantu pembelajaran

Kriteria Penggunaan Media Pembelajaran Diklat Media adalah sebuah alat yang mempunyai fungsi menyampaikan pesan (Bovee, 1997). Media pembelajaran adalah sebuah alat yang berfungsi untuk menyampaikan pesan pembelajaran. Pembelajaran adalah sebuah proses komunikasi antara peserta didik, pengajar, dan bahan ajar. Komunikasi tidak akan berjalan tanpa bantuan sarana penyampai pesan atau media.

Bentuk-bentuk stimulus bisa digunakan sebagai media, diantaranya adalah hubungan atau interaksi manusia; realita; gambar bergerak atau tidak; tulisan dan suara yang direkam. Kelima bentuk stimulus ini akan membantu peserta didik mempelajari bahasa asing. Namun demikian tidaklah mudah mendapatkan kelima bentuk itu dalam satu waktu atau tempat.

Teknologi komputer adalah sebuah penemuan yang memungkinkan menghadirkan beberapa atau semua bentuk stimulus di atas sehingga pembelajaran bahasa asing akan lebih optimal. Namun demikian masalah yang timbul tidak semudah yang dibayangkan. Pengajar adalah orang yang mempunyai kemampuan untuk merealisasikan kelima bentuk stimulus tersebut dalam bentuk pembelajaran. Namun kebanyakan pengajar tidak mempunyai kemampuan untuk menghadirkan kelima stimulus itu dengan program komputer sedangkan pemrogram komputer tidak menguasai pembelajaran bahasa.

Jalan keluarnya adalah merealisasikan stimulus-stimulus itu dalam program komputer dengan menggunakan piranti lunak yang mudah dipelajari sehingga dengan demikian para pengajar akan dengan mudah merealisasikan ide-ide pengajarannya. Media pembelajaran yang baik harus memenuhi beberapa syarat. Media pembelajaran harus meningkatkan motivasi peserta didik. Penggunaan media mempunyai tujuan memberikan motivasi kepada peserta didik. Selain itu media juga harus merangsang peserta didik mengingat apa yang sudah dipelajari selain memberikan rangsangan belajar baru. Media yang baik juga akan mengaktifkan peserta didik dalam memberikan tanggapan, umpan balik dan juga mendorong peserta diklat untuk melakukan praktik-praktik dengan benar.

Ada beberapa kriteria untuk menilai keefektifan sebuah media. Hubbard mengusulkan sembilan kriteria untuk menilainya (Hubbard, 1983). Kriteria pertamanya adalah biaya. Biaya memang harus dinilai dengan hasil yang akan dicapai dengan penggunaan media itu. Kriteria lainnya adalah ketersediaan

fasilitas pendukung seperti listrik, kecocokan dengan ukuran kelas, keringkasan, kemampuan untuk dirubah, waktu dan tenaga penyiapan, pengaruh yang ditimbulkan, kerumitan dan yang terakhir adalah kegunaan. Semakin banyak tujuan pembelajaran yang bisa dibantu dengan sebuah media semakin baiklah media itu. Kriteria di atas lebih diperuntukkan bagi media konvensional. Thorn mengajukan enam kriteria untuk menilai multimedia interaktif (Thorn, 1995).

Kriteria penilaian yang pertama adalah kemudahan navigasi. Sebuah program harus dirancang sesederhana mungkin sehingga peserta didik bahasa tidak perlu belajar komputer lebih dahulu. Kriteria yang kedua adalah kandungan kognisi, kriteria yang lainnya adalah pengetahuan dan presentasi informasi. Kedua kriteria ini adalah untuk menilai isi dari program itu sendiri, apakah program telah memenuhi kebutuhan pembelajaran peserta didik atau belum. Kriteria keempat adalah integrasi media di mana media harus mengintegrasikan aspek dan keterampilan bahasa yang harus dipelajari. Untuk menarik minat peserta didik program harus mempunyai tampilan yang artistik maka estetika juga merupakan sebuah kriteria. Kriteria penilaian yang terakhir adalah fungsi secara keseluruhan. Program yang dikembangkan harus memberikan pembelajaran yang diinginkan oleh peserta didik. Sehingga pada waktu seorang selesai menjalankan sebuah program dia akan merasa telah belajar sesuatu.

Kriteria yang paling utama dalam pemilihan media bahwa media harus disesuaikan dengan tujuan pembelajaran atau kompetensi yang ingin dicapai. Contoh: bila tujuan atau kompetensi peserta didik bersifat menghafalkan kata-kata tentunya media audio yang tepat untuk digunakan. Jika tujuan atau kompetensi yang dicapai bersifat memahami isi bacaan maka media cetak yang lebih tepat digunakan. Kalau tujuan pembelajaran bersifat motorik (gerak dan aktivitas), maka media film dan video bisa digunakan. Di samping itu, terdapat kriteria lainnya yang bersifat melengkapi (komplementer), seperti: biaya, ketepatangunaan; keadaan peserta didik; ketersediaan; dan mutu teknis.

Alat bantu pembelajaran (*instructional aids*) berperan sebagai perlengkapan yang digunakan oleh pengajar dalam memperjelas materi yang disampaikan, oleh karena itu disebut juga alat bantu mengajar (*teaching aids*), yang bertujuan agar dapat mempermudah dan mempercepat proses penyampaian pesan / materi pembelajarannya kepada peserta didik. Adapun pesan yang disampaikan tidak sepenuhnya termuat didalamnya, karena hanya berperan sebagai alat bantu yang menyalurkan media yang berisi pesan, oleh karena itu alat bantu tidak mampu menimbulkan efek interaktif tanpa ditunjang oleh fasilitator. Dan fasilitatornya pun harus memiliki ketrampilan yang mumpuni dalam mengoperasionalkan alat bantu tersebut.

Fungsi yang diharapkan dari alat bantu pembelajaran adalah :

- Sebagai alat untuk merangsang indera yang dikehendaki oleh fasilitator sesuai dengan tingkatan domain yang ingin dicapai dalam tujuan pembelajaran.

- Mengurangi efek distorsi persepsi, pemahaman, dan komunikasi yang sedang ditangkap oleh peserta latih.
- Menghasilkan daya lekat yang relatif lebih lama pada memori peserta latih.
- Meningkatkan minat / gairah pembelajar dalam mengikuti proses pembelajaran terutama sesi dengan durasi yang lama.

Ketepatan dalam pemilihan dan penggunaan alat bantu pembelajaran ini akan menghasilkan proses pembelajaran yang efektif dan efisien karena disamping dapat merangsang indra penglihatan juga indra yang lainpun ikut dirangsangnya pula dan hal ini akan berefek secara kumulatif.

4. Jenis-jenis media dan alat bantu pembelajaran.

Media pembelajaran diklasifikasi berdasarkan tujuan pemakaian dan karakteristik jenis media. Terdapat lima model klasifikasi, yaitu:

a. Wilbur Schramm,

Menurut Schramm, media digolongkan menjadi media rumit, mahal, dan media sederhana. Schramm juga mengelompokkan media menurut kemampuan daya liputan, yaitu: liputan luas dan serentak seperti TV, radio, dan fax liputan terbatas pada ruangan, seperti film, video, slide, poster, audio tape media untuk belajar individual, seperti buku, modul, program belajar dengan komputer dan telepon.

b. Menurut Gagne, media diklasifikasi menjadi tujuh kelompok, yaitu :

- benda untuk didemonstrasikan,
- komunikasi lisan,
- media cetak,
- gambar diam,
- gambar bergerak,
- film bersuara, dan
- mesin belajar.

Ketujuh kelompok media pembelajaran tersebut dikaitkan dengan kemampuannya memenuhi fungsi menurut hierarki belajar yang dikembangkan, yaitu pelontar stimulus belajar, penarik minat belajar, contoh perilaku belajar, memberi kondisi eksternal, menuntun cara berpikir, memasukkan alih ilmu, menilai prestasi, dan pemberi umpan balik.

c. Menurut Allen, terdapat sembilan kelompok media, yaitu :

- Visual diam
- Film
- Televisi
- Obyek tiga dimensi
- Rekaman
- Pelajaran terprogram
- Demonstrasi
- Buku teks cetak
- Sajian lisan

Di samping mengklasifikasikan, Allen juga mengaitkan antara jenis media pembelajaran dan tujuan pembelajaran yang akan dicapai. Allen melihat bahwa, media tertentu memiliki kelebihan untuk tujuan belajar tertentu tetapi lemah untuk tujuan belajar yang lain.

Allen mengungkapkan enam tujuan belajar, antara lain :

- info factual
- pengenalan visual
- prinsip dan konsep
- prosedur
- keterampilan
- sikap

Setiap jenis media tersebut memiliki perbedaan kemampuan untuk mencapai tujuan belajar; ada tinggi, sedang, dan rendah.

- d. Menurut Gerlach dan Ely, media dikelompokkan berdasarkan ciri-ciri fisiknya atas delapan kelompok, yaitu :
 - benda sebenarnya,
 - presentasi verbal, 3) presentasi grafis,
 - gambar diam,
 - gambar bergerak,
 - rekaman suara,
 - pengajaran terprogram, dan
 - simulasi.
 - Ibrahim.
- e. Menurut Ibrahim, media dikelompokkan berdasarkan ukuran serta kompleks tidaknya alat dan perlengkapannya atas lima kelompok, yaitu :
 - media tanpa proyeksi dua dimensi;
 - media tanpa proyeksi tiga dimensi;
 - media audio;
 - media proyeksi;
 - televisi, video, komputer.

Berdasarkan pemahaman atas klasifikasi media pembelajaran tersebut, akan mempermudah para pengajar/fasilitator atau praktisi lainnya dalam melakukan pemilihan media yang tepat pada waktu merencanakan pembelajaran untuk mencapai tujuan tertentu. Pemilihan media yang disesuaikan dengan tujuan, materi, serta kemampuan dan karakteristik peserta didik, akan sangat menunjang efisiensi dan efektivitas proses dan hasil pembelajaran

5. Karakteristik media dan alat bantu pembelajaran.

Media memiliki beberapa fungsi, diantaranya :

- a. Media pembelajaran dapat mengatasi keterbatasan pengalaman yang dimiliki oleh para peserta didik. Pengalaman tiap peserta didik berbeda-

beda, tergantung dari faktor-faktor yang menentukan kekayaan pengalaman anak, seperti ketersediaan buku, kesempatan melancong, dan sebagainya. Media pembelajaran dapat mengatasi perbedaan tersebut. Jika peserta didik tidak mungkin dibawa ke obyek langsung yang dipelajari, maka obyeknyalah yang dibawa ke peserta didik. Obyek dimaksud bisa dalam bentuk nyata, miniatur, model, maupun bentuk gambar-gambar yang dapat disajikan secara audio visual dan audial;

- b. Media pembelajaran dapat melampaui batasan ruang kelas. Banyak hal yang tidak mungkin dialami secara langsung di dalam kelas oleh para peserta didik tentang suatu obyek, yang disebabkan, karena :
- 1) obyek terlalu besar;
 - 2) obyek terlalu kecil;
 - 3) obyek yang bergerak terlalu lambat; (4) obyek yang bergerak terlalu cepat;
 - 4) obyek yang terlalu kompleks;
 - 5) obyek yang bunyinya terlalu halus;
 - 6) obyek mengandung berbahaya dan resiko tinggi.

Melalui penggunaan media yang tepat, maka semua obyek itu dapat disajikan kepada peserta didik:

- Media pembelajaran memungkinkan adanya interaksi langsung antara peserta didik dengan lingkungannya ;
- Media menghasilkan keseragaman pengamatan;
- Media dapat menanamkan konsep dasar yang benar, kongkret, dan realistis;
- Media membangkitkan keinginan dan minat baru;
- Media membangkitkan motivasi dan merangsang anak untuk belajar;
- Media memberikan pengalaman yang integral / menyeluruh dari yang kongkret sampai dengan abstrak.

E. Teknik Menciptakan Iklim Pembelajaran yang Kondusif

1. Pengelolaan kelas secara efektif

Pengelolaan kelas merupakan suatu seni proses mengorganisasikan segala sumber daya kelas yang diarahkan agar dapat tercipta suatu kondisi yang menunjang terjadinya proses pembelajaran yang efektif dan efisien dalam mencapai tujuan pembelajaran. (Sudarwan Danim, 2002). Konsep pengelolaan kelas modern mengisyaratkan bahwa semua sumber daya yang terdapat dikelas selalu dalam keadaan yang dapat menimbulkan perhatian, motivasi dan suasana yang menyenangkan para pembelajar. Hal ini seiring dengan konsep "*Quantum Learning*" (Bobbi de Porter & Mike Hemacki, 1992) yang menyatakan bahwa semua sumber daya dikelas dapat "berbicara" sehingga menimbulkan rasa, memotivasi karena dapat menstimulir pembelajar.

Untuk itu seluruh sumber daya di kelas yang terlibat dalam proses pembelajaran diupayakan agar senantiasa menimbulkan perasaan nyaman dan menyenangkan

pembelajar. Keberadaan pembelajar yang hadir dan diterima seutuhnya dalam proses pembelajaran akan melibatkan seluruh unsur individu yang terdiri dari intelektualitas, kondisi fisik, maupun mentalnya yang sangat mudah terpengaruh oleh hal-hal yang berbeda disekitarnya.

Keterampilan mengelola kelas merupakan seni yang harus dikuasai oleh fasilitator karena hal ini merupakan bagian dari tugasnya dalam menciptakan iklim pembelajaran yang kondusif. Untuk itu diperlukan kreatifitas dalam menciptakan proses pembelajaran yang nyaman, aman dan juga menyenangkan

Kegagalan mengelola kelas dengan baik biasanya akan memunculkan indikator yang segera tampak yakni ritme proses pembelajaran melemah karena keterlibatan pembelajar berada pada titik yang terendah. Masalah ini dapat terjadi karena berbagai sebab antara lain oleh : Manusia (pembelajar, pelatih/fasilitator atau panitia), sarana (misalnya : media pembelajaran dan fasilitas fisik lainnya) dan organisasi (misalnya : perubahan jadwal, pergantian fasilitator dsbnya).

Masalah pengelolaan kelas yang disebabkan oleh pembelajar dapat dikelompokkan menjadi dua macam yaitu masalah individual dan masalah kelompok. Menurut R.Dreikurs dan P. Cassel menyatakan bahwa kegagalan mengelola kelas akan memunculkan masalah kelas secara individual yang dapat dikelompokkan sebagai berikut:

- a. Memancing perhatian, misalnya dengan melucu, bercanda atau membuat keributan disaat proses pembelajaran sedang berlangsung.
- b. Konfrontasi atau mencari kuasa, dengan manifestasinya seperti melawan, membantah, menentang dan bertindak emosional pada hal-hal yang sepele.
- c. Menyakiti/mengejek orang lain yang lebih rendah, lemah atau kurang pengetahuan/pengalamannya ketika ia berbuat kekeliruan.
- d. Memboikot, beraksi seperti menyerah atau tidak berdaya, pasif, apatis, acuh tak acuh atau bahkan menolak sama sekali untuk melakukan apapun.

Sedangkan masalah kelompok dalam pengelolaan kelas menurut LV Johnson dan MA Bany mengklasifikasikannya sebagai berikut:

- a. Kelas kurang kompak, timbul klik-klik dalam kelas yang bernuansa negatif
- b. Kelas sukar diatur, melakukan berbagai cara yang menunjukkan pemberontakkan.
- c. Kelas bereaksi negatif ketika salah seorang anggotanya/kelompok lain berlaku disiplin dan serius dalam mengikuti proses pembelajaran.
- d. Kelas mendukung anggota kelas yang melanggar norma kelompok.
- e. Kelas mudah sekali dialihkan perhatiannya.
- f. Semangat kerja rendah, lamban dan bermalas-malasan.
- g. Kelas sulit menerima dan menyesuaikan diri dengan perubahan yang dilakukan oleh pengendali pelatihan, misalnya perubahan jadwal, pergantian fasilitator dsb nya.

Untuk mencegah terjadinya masalah-masalah tersebut diatas maka perlu dilakukan pengelolaan kelas seperti berikut:

- a. Menciptakan iklim kelas yang baik berupa tindakan positif untuk preventif.
- b. Memacu motivasi pembelajar
- c. Memberi umpan balik positif kepada pembelajar.

2. Perkembangan kelompok

Pengelompokan orang dapat terjadi karena disengaja ataupun karena tanpa disengaja. Pengelompokan orang yang disengaja biasanya menggunakan kriteria tertentu yang sudah dirancang sebelumnya, tetapi pengelompokan yang tidak disengaja biasanya berkaitan dengan adanya kesamaan tujuan tertentu yang dirasakan oleh anggotanya.

Dalam kegiatan diklat sering terjadi keduanya, kelompok formal biasanya dilakukan pengelompokannya oleh fasilitator dengan menggunakan kriteria / variabel tertentu sesuai dengan kebutuhan pembelajaran, sedangkan kelompok non formal biasanya terjadi karena adanya kesamaan tertentu misalnya : merasa satu suku, merasa pernah bersama-sama dalam satu diklat terdahulu, merasa ada kesamaan hobi dan kesamaan lainnya.

Semua jenis kelompok hampir dipastikan mengalami tahapan ini dikarenakan adanya sifat manusia yang ingin selalu berkembang melalui berbagai kesempatan. Dalam kaitan ini tugas fasilitator adalah memfasilitasi terbentuknya kelompok menjadi tim efektif yang berguna untuk turut berperan menciptakan iklim pembelajaran yang kondusif.

Kelompok yang dinamis selalu terjadi siklus perkembangan dalam empat tahapan sebagai berikut :

- a. Tahap *forming*
Pada tahap ini setiap anggota kelompok berhubungan secara formal, masing-masing masih saling mengobservasi dan melempar ide / pendapat ke forum kelompok. Ide / pendapat terus bermunculan. Fasilitator / pelatih pada tahap ini berperan dalam memberikan rangsangan agar pada tahap ini seluruh anggota kelompok berperan serta dan memunculkan ide / pendapat yang bervariasi.
- b. Tahap *storming*
Pada tahap ini mulai terjadi debat yang makin lama suasananya makin "memanas" karena ide / pendapat yang dilemparkan mendapat tanggapan yang saling mempertahankan ide / pendapatnya masing-masing. Fasilitator / pelatih pada saat tahapan ini memberikan rangsangan pada individu yang kurang terlibat menanggapi atau mempertahankannya, dan hendaknya para fasilitator / pelatih secara samar (tidak terbuka) berusaha mempertahankan keutuhan kelompok.
- c. Tahap *norming*
Tahap selanjutnya suasana tegang sudah mulai reda karena kelompok sudah setuju dengan klarifikasi yang dibuat dan adanya kesamaan persepsi.

Masing-masing anggota kelompok mulai menyadari dan muncul rasa mau menerima ide /pendapat orang lain demi kepentingan kelompok./ Tahapan inilah sebenarnya telah terbentuk “norma” baru yang telah disepakati oleh kelompok. Fasilitator / pelatih pada tahapan ini harus mampu membulatkan ide/ pendapat yang telah disepakati kelompok menjadi ide / pendapat kelompok.

d. Tahap *performing*

Pada tahapan ini kelompok telah menjadi “kompak”, diliputi suasana kerja sama yang harmonis sesuai dengan norma baru yang telah disepakati bersama untuk menyelesaikan tugas sebaik-baiknya. Peranan fasilitator/ pelatih pada tahapan ini adalah memacu kelompok agar masing-masing individu berperan serta dalam setiap proses kerja kelompok dengan tetap pada jalur norma yang telah disepakati bersama.

3. Menciptakan iklim pembelajaran yang kondusif

a. Kondisi dan situasi belajar yang berpusat pada pembelajar

Salah satu komponen penting dalam upaya penciptaan iklim pembelajaran yang kondusif adalah rancangan pembelajaran yang menempatkan pembelajar sebagai pusat perhatiannya (*learner centered*) desain pembelajaran seperti ini menempatkan pembelajar pada posisi utama yang harus dilayani atau difasilitasi dan diarahkan untuk memenuhi harapan / keinginan dan kebutuhan belajarnya, bukan untuk mengajarkan apa yang diketahui fasilitator ataupun keahlian apa yang diberikan oleh si penyaji untuk memecahkan suatu masalah.

Untuk dapat memenuhi desain pembelajaran seperti tersebut diatas maka seorang pelatih / fasilitator harus mampu menciptakan kondisi-kondisi tertentu dan situasi belajar yang berpusat pada pembelajar.

b. Kondisi belajar yang berpusat pada pembelajar

Seluruh sumber daya pembelajaran harus dikondisikan agar pembelajar untuk senantiasa dapat meresponnya dalam bentuk perubahan pengetahuan, sikap dan keterampilan menuju kompetensi seperti yang diharapkan pada tujuan pembelajaran, salah satu contohnya adalah dengan penyiapan bahan belajar (*learning material*) yang disesuaikan dengan karakteristik pembelajar, sehingga dapat memotivasi dan memberikan respon dalam bentuk keterlibatan aktif pada proses pembelajaran. Oleh karena itu bahan pembelajaran dan contoh yang ditampilkan diupayakan sebanyak mungkin identik atau menyerupai dengan tugas kesehariannya.

c. Situasi belajar yang berpusat pada pembelajar

Fasilitator harus dapat mengendalikan diri agar tidak terjebak pada situasi belajar searah dalam arti pembelajar menjadi objek fasilitator / pelatih yang sedang berorasi, dengan cara mengambil posisi pasif.

Belajar terakselerasi dapat memberikan kebebasan belajar yang dapat membantu menuju pencarian makna untuk menemukan sendiri (*self discovery*) apa-apayang sesuai dengan kebutuhannya.

Collin Rose dan Malcom J. Nicholl (1997) merumuskan enam tahapan pembelajaran terakselerasi dalam kata “MASTER” sebagai berikut: *Motivation*, memberikan dorongan sikap belajar yang positif dengan membuat suasana pembelajaran yang menyenangkan tanpa tekanan meskipun terdapat gaya belajar yang berbeda-beda.

- *Acquiring*, memperoleh informasi yang terkait fakta yang relevan dengan kepentingan pembelajar serta jika diperlukan dapat memanipulasinya dengan cara mengkombinasikannya dengan fakta lainnya.
- *Searching*, selalu mencari kebermaknaan agar dapat memahami setia topik bahasan dan menjadikannya berarti dalam kehidupannya (*personal meaning*).
- *Trigger*, menyulut memori sehingga materi, pengetahuan dan pengalaman yang tersimpan dalam “*long term memory*” dapat digali kembali dan berasosiasi dengan yang baru diterima.
- *Exhibiting*, memaparkan apa yang telah diketahui kepada forum kelas untuk berbagi pengalaman dengan sesama sejawat.
- *Reflecting*, merefleksikan kembali tentang apa-apa yang telah didapat pada proses pembelajaran terdahulu dan bagaimana mempelajarinya.

Dengan menggunakan “MASTER” pelatih / fasilitator dapat mengarahkan pembelajar agar dapat menggabungkan seluruh potensi yang dimilikinya untuk mencapai hasil yang optimal dalam suasana yang bebas tanpa merasa disuruh, apa lagi dipaksa.

d. Jurnal pembelajaran

Jurnal pembelajaran merupakan sebuah refleksi berupa proses pembelajaran, dan pengalaman belajar yang muncul setelah sehari berproses. Isi jurnal dapat berupa hal-hal sebagai berikut :

- 1) Apa saja materi yang telah dipelajari sepanjang hari.
- 2) Bagaimana proses pembelajaran yang telah terjadi.
- 3) Bagaimana perasaan yang muncul setelah mendapat pengalaman pembelajaran pada kurun waktu sehari.
- 4) Apa manfaat yang telah dirasakan oleh pembelajar terhadap pembahasan materi, proses pembelajaran dan pengalaman belajar yang telah dialami.

Pembuatan jurnal pembelajaran merupakan salah satu unsur penunjang dalam penciptaan iklim pembelajaran yang kondusif, karena melalui jurnal pembelajaran, pembelajar secara individual dapat mengekspresikan / merefleksikan perasaan dan tanggapannya terhadap materi, proses dan pengalaman belajar yang telah didapat hari demi hari.

Demikian juga bagi fasilitator jurnal pembelajaran berguna sebagai cermin umpan balik tentang respon pembelajar baik secara individual maupun rata-rata kelas terhadap materi, proses dan pengalaman belajar yang telah dialami.

Manfaat jurnal pembelajaran bagi pembelajar yaitu :

- 1) Pembelajar tanpa sadar telah melakukan review tentang substansi materi yang ia tangkap pada proses pembelajaran setiap harinya.
- 2) Berani mengungkapkan apa yang dilihat, dirasakan dan didapatkan secara tulus demi kemajuan bersama.
- 3) Ikut bertanggung jawab terhadap proses pembelajaran sesi-sesi berikutnya.
- 4) Dapat mengukur seberapa jauh dirinya telah mendapatkan manfaat dan keterlibatan diri pada setiap pembahasan materi pembelajaran.
- 5) Dengan membandingkan jurnal yang dibuatnya setiap hari maka dapat diketahui tingkat perkembangan pembelajaran yang dialaminya.

Manfaat jurnal pembelajaran bagi fasilitator :

- 6) Mengukur seberapa jauh materi bahasan telah dapat diserap dengan benar oleh pembelajar secara merata kelas.
- 7) Mengetahui efektivitas metode, media dan alat bantu serta sumber daya pembelajaran lainnya yang telah dipergunakan.
- 8) Mengetahui tingkat atensi pembelajar terhadap setiap materi yang dipelajari.
- 9) Mengetahui kualitas interaksi sesama pembelajar dan pembelajar dengan fasilitator.

F. Teknik Presentasi yang Efektif

1. Pengertian dan tujuan presentasi interaktif

Presentasi interaktif terdiri dari 2 (dua) kata yaitu presentasi dan interaktif. Presentasi yang berarti pemaparan atau penyajian, sedangkan interaktif mengandung arti saling mempengaruhi secara timbal balik (*mutually*).

Jadi presentasi interaktif mempunyai makna suatu penyajian timbal balik / bergantian antara pelatih / fasilitator (penyaji) dengan pembelajar yang saling merespon pembelajaran dalam suatu topik bahasan. Dalam kaitan ini pembelajar dapat merespon ditengah-tengah paparan penyaji dan penyaji dapat mengembangkan respon pembelajar sepanjang masih dalam koridor pokok bahasan dan hal ini dapat dilakukan berulang-ulang sampai tuntas. ~ KATA-KATA BIJAK ~ *Pembelajar akan belajar dari apa yang kita sampaikan Sementara kita perlu belajar dari apa yang mereka tanyakan*

Dengan kata lain penyajian (stimulus) yang dilakukan oleh pelatih/fasilitator telah memperoleh respon dari pembelajar dan respon pembelajar ini (sebagai stimulus) mengundang respon pelatih/fasilitator. Dengan demikian dalam

presentasi interaktif yang terjadi sebenarnya adalah interaksi stimulus-respon yang terjadi diantara pelatih/fasilitator dan pembelajar dengan saling menyajikan dan saling membelajarkan.

Yang perlu diperhatikan oleh fasilitator/pelatih dalam menggunakan pendekatan presentasi interaktif adalah:

- a. Waktu
- b. Jangan keluar dari pokok bahasan
- c. Tidak mendominasi
- 4) Menangkap dan membulatkan masukan/tanggapan.

2. Menghantar sesi pembelajaran

Beberapa menit pertama setiap sesi penyajian merupakan waktu yang kritis, seperti yang dikatakan oleh Andreas Harefa: "Lima menit pertama dari presentasi anda dapat menentukan keberhasilan ratusan menit berikutnya dari presentasi anda". Hal ini mudah dipahami karena pada menit-menit pertama kemungkinan beberapa pembelajar berfikir berbagai hal yang tidak ada kaitannya dengan materi pembelajaran, atau sebaliknya mereka berharap yang berlebihan terhadap materi yang akan dibahas.

Oleh karena itu untuk menjajaginya pelatih/fasilitator harus mampu:

- a. Menangkap minat seluruh kelompok pembelajar dan menyiapkan informasi agar pembelajar dapat berproses secara optimal.
- b. Membuat pembelajar menyadari harapan pelatih / fasilitator tentang tujuan pembelajaran yang akan dicapai bersama, sehingga dapat diciptakan iklim pembelajaran yang kondusif.

Untuk mewujudkan keadaan tersebut, langkah awal yang harus dilakukan pelatih/fasilitator sebagai prakondisi menghantar sesi adalah hal-hal sebagai berikut :

- a. Mereview tujuan sesi.
- b. Mengajukan pertanyaan-pertanyaan yang terkait dengan pokok bahasan
- c. Menghubungkan pokok bahasan dengan materi sebelumnya, pengalaman nyata penyaji, pengalaman kerja pembelajar atau berbagai pengalaman.
- d. Menggunakan alat bantu yang sesuai / tepat.

Bila kelas masih belum kondusif maka ada baiknya jika hal-hal berikut ini dilakukan untuk merebut atensi pembelajar yaitu : Mengajukan pertanyaan "retorikal" (tidak perlu jawaban) yang berkaitan dengan topik yang akan dibahas. Memberikan definisi yang tidak "ghalib" (tidak biasa) terhadap salah satu ungkapan yang terkandung dalam topik bahasan. Mengutip pendapat orang bijak yang dapat menegaskan topik bahasan. Memebrikan pertanyaan misterius dengan tujuan agar pembelajar penasaran dan mengikutinya untuk menemukan jawabannya. 5) Kemukakan hal-hal yang mendukung ide tyang terkandung dalam pokok bahasan.

3. Merangkum sesi pembelajaran

Rangkuman digunakan untuk menguatkan isi penyajian dan menyediakan ruang bagi pembelajar untuk meninjau ulang butir-butir inti penyajian. Pada umumnya rangkuman dibuat pada setiap akhir presentasi. Apabila pokok bahasannya kompleks atau terputus oleh waktu istirahat maka rangkuman perlu dibuat secara periodik per pokok bahasan untuk meyakinkan bahwa pembelajar telah dapat menangkap materi yang disajikan dengan benar.

Syarat membuat rangkuman:

- a. Singkat, rangkuman tidak terlalu banyak sehingga memudahkan setiap pembelajar mengingatnya.
- b. Menggambarkan kesatuan butir-butir inti, rangkuman hendaknya dibuat secara kronologis berupa butir-butir inti sesuai dengan sekuens pembahasan.
- c. Melibatkan pembelajar, rangkuman sebaiknya dilakukan oleh pembelajar secara curah pendapat yang dipandu oleh pelatih/fasilitator dengan maksud disamping untuk memperkuat daya ingat juga dapat digunakan untuk mengukur tingkat penyerapannya.

Beberapa teknik merangkum yang dapat digunakan antara lain :

- a. Meminta pembelajar bertanya
- b. Bertanya kepada pembelajar
- c. Melaksanakan latihan atau tes tertulis
- d. Tanya jawab silang antar kelompok pembelajar.

4. Teknik tanya jawab efektif

Inti dari keberhasilan presentasi interaktif terletak pada dinamika proses pembelajaran yang tercipta, kualitas dinamika proses pembelajaran terletak pada ketepatan dan keserasian hubungan stimulus-respon (fasilitator/pelatih – pembelajar) yang terjadi. Sedangkan kualitas interaksi stimulus-respon yang terjadi sangat ditentukan oleh kualitas kesediaan pelatih/fasilitator pada momentum tanya jawab. Dan momentum tanya jawab akan produktif bila pelatih/fasilitator menguasai teknik tanya jawab dengan baik.

Agar kegiatan tanya jawab menjadi momentum produktif maka pelatih/fasilitator perlu mempunyai kemampuan dalam hal-hal sebagai berikut ;

- a. Menyusun dan mengajukan pertanyaan; dengan menguasai prinsip-prinsip umum yaitu *Clarity, Simplicity, Challenging, Specific*
- b. Menentukan jenis pertanyaan ; pertanyaan tertutup, pertanyaan menduga-duga, pertanyaan mengarahkan, pertanyaan terbuka, pertanyaan hipotetik, pertanyaan menyelidik, pertanyaan ingatan, pertanyaan pengamatan, pertanyaan analisis, pertanyaan perbandingan, pertanyaan proyektif. Apapun jenis pertanyaan yang akan dipakai sebaiknya pergunaan kata tanya : APA, SIAPA, DIMANA, KAPAN, BAGAIMANA dan MENGAPA dengan panduan :

Untuk mengungkap fakta pergunakan :Apa, Siapa, Kapan dan Dimana, Sedangkan untuk mengungkap ide, pendapat atau gagasan yang berhubungan dengan proses, kerangka pikir dan fakta lain pergunakan: Mengapa dan Bagaimana.

- a. Teknik bertanya; *overhead question, target question*
- b. Teknik menanggapi pertanyaan
- c. Teknik menghadapi situasi sulit

5. Teknik mengelola hubungan interaktif

Pelatih/fasilitator bukanlah satu-satunya orang yang harus melakukan komunikasi karena dalam proses pembelajaran dengan pola interaktif pelatih/fasilitator harus dapat memfasilitasi komunikasi interaktif yang efektif. Interaktif yang dimaksud adalah keadaan yang memungkinkan terjadinya interaksi antar sumber belajar. Secara nyata interaksi yang terjadi adalah terciptanya stimulus-respon antara pelatih/fasilitator dengan pembelajar, antar pembelajar dan antar pembelajar/fasilitator dengan sarana pembelajaran.

Berikut ini beberapa strategi untuk mengelola hubungan interaktif yang berguna bagi pelatih / fasilitator agar dapat mempertahankan suasana kondusif sampai akhir sesi:

- 1) Menyesuaikan diri dengan pembelajar yang menjadi pendengar yaitu:
 - a) Pergunakan bahasa yang mudah dipahami.
 - b) Berbicaralah secara efektif.
 - c) Gaya dan penampilan harus tetap dijaga
- 2) Mendengar secara efektif yaitu:
 - a) Temukan beberapa area minat pembicara ketika komunikasi itu terjadi
 - b) Nilailah isinya, bukan pada cara menyampaikannya.
 - c) Tahanlah keinginan untuk menjawab sebelum paham betul apa yang diutarakan oleh lawan bicara.
 - d) Dengarkan dan temukan ide (isu inti) yang diutarakan oleh lawan bicara.
 - e) Ajukan pertanyaan-pertanyaan yang dapat membantu pemahaman dan memperdalam mengenai apa yang sedang dipikirkan dan dirasakan oleh lawan bicara.
 - f) Bersikaplah toleran pada gangguan yang ada pada saat pembicara mengutarakan ide/pendapatnya.
 - g) Bukalah pikiran dengan mempertimbangkan perbedaan sudut pandang walaupun tajam adanya.
 - h) Usahakan agar tidak dengan segera melakukan evaluasi tentang apa yang sedang dikatakan, kecuali jika lawan bicara telah mengutarakan kesimpulan akhir.
- 3) Menyadari apa yang sedang terjadi ketika proses pembelajaran sedang berlangsung; contohnya : pembelajar terlihat resah, suasana kelas menjadi hening, ekspresi wajah gerak tubuh dan suara fasilitator/pelatih

VI. KEPUSTAKAAN

1. Komunikasi dan Presentasi yang Efektif, Dr. Marpaung, LAN, 2002
2. Teknik Presentasi yang Efektif, Alam P. Harahap, SKM, 2005
3. Praktek Mengajar, Dra. Titik Rostiah, LAN RI, 2002.
4. STIA, LAN RI, 1999.

MATERI PENUNJANG 1

BUILDING LEARNING COMMITMENT (MEMBANGUN KOMITMEN BELAJAR)

(Waktu 3 Jpl: T=0 jpl, P=3 Jpl, PL=0 Jpl)

I. DESKRIPSI SINGKAT

Pada pelatihan yang diselenggarakan unit utama, antara satu peserta latih dengan peserta latih lainnya dan antara peserta latih dengan panitia biasanya belum saling mengenal, karena mereka berasal dari tempat yang berbeda, dengan latar belakang sosial budaya, pendidikan, pengetahuan, pengalaman, serta sikap dan perilaku yang berbeda.

Pertama kali berada dalam kelas, terlihat suasana kebekuan (*freezing*) menyelimuti pikiran peserta. Adakalanya perhatian peserta belum fokus pada pelatihan, atensi mereka masih terpecah mengingat keluarga yang ditinggal dan tuntutan pekerjaan di tempat tugas. Demikian pula dengan pandangan terhadap panitia, adakalanya peserta latih segan berkomunikasi dengan panitia, kecuali terkait dengan masalah administrasi serta hal-hal yang bersifat resmi.

Kondisi seperti itu akan menguras sebagian energi, yang jelas konsentrasi terhadap kesiapan menerima materi pelatihan belum fokus. Pada keadaan ekstrim, dapat terjadi apa yang disebut dengan "*prustration gestures*", yaitu sikap dan gerak-gerik peserta latih yang konfrontasi, yang ditandai dengan menggaruk-garuk belakang leher, napas tersengal, mengetok-ngetok meja, bercanda dengan teman dan sering tidak masuk kelas serta pulang sebelum pelatihan berakhir.

Oleh karena itu, panitia penyelenggara perlu merancang suasana rileks, saling percaya, terbuka di kalangan peserta latih, tetapi saling menghargai, kemudian dibutuhkan suasana santai, tetapi tetap konsentrasi menerima pelajaran serta menjaga nilai dan etika dalam berkomunikasi serta senantiasa menyenangkan kegiatan pelatihan.

Salah satu upaya pembelajaran menjadi kondusif adalah pemberian materi *Building Learning Commitment* (BLC) atau Membangun Komitmen Belajar diawal pelatihan, yaitu metode belajar mengajar dengan pencairan kelas (*unfreezing*), kemudian disusul dengan permainan yang menggiring peserta mengenal dirinya dan mengenal teman temannya, menyadari dan mengingat kembali hakekat nilai yang baik, untuk kemudian menyepakai norma kelas serta memilih pengurus kelas, sehingga tercipta komitmen kelas dalam mewujudkan proses belajar yang efektif.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta mampu mengaplikasikan konsep Membangun Komitmen Belajar

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti pembelajaran, peserta mampu:

1. Melaksanakan perkenalan antar peserta, fasilitator dan panitia.
2. Mencapai suasana pencairan, sehingga peserta dapat lebih siap dan berani mengemukakan pengalaman dan pandangannya/berpartisipasi aktif dalam pelatihan
3. Merumuskan harapan-harapan terhadap pelatihan yang merupakan kesepakatan bersama dan menjadi norma kelas yang disepakati bersama.
4. Menetapkan kontrol kolektif terhadap pelaksanaan norma kelas.

III. POKOK BAHASAN

A. Perkenalan

B. Pencairan (*Ice Breakers*)

C. Harapan Kelas, Kekhawatiran Mencapai Harapan dan Komitmen Menjadi Norma Kelas

D. Kontrol Kolektif

VI. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN PEMBELAJARAN

A. Langkah-langkah

1. Setiap peserta diminta untuk mencari sendiri pasangan-pasangannya
2. Setiap pasangan memberikan informasi tentang dirinya secara bergantian
3. Dari sepasang, peserta diminta untuk membentuk kelompok yang beranggotakan 4 (empat) orang
4. Kemudian bergabung menjadi kelompok dengan anggota 8 (delapan) orang
5. Setiap kelompok memperkenalkan anggota kelompoknya kepada kelompok lain, demikian secara bergantian, sedangkan anggota yang lain secara terus anggota lainnya menghafal nama-nama peserta demikian sampai selesai
6. Peserta diacak kembali dengan membuat kelompok baru (anggota kelompok 8-10 orang)
7. Setiap individu dalam kelompok memilih lima nilai, kemudian didiskusikan dan menghasilkan nilai kelompok (5 nilai)
8. Nilai-nilai yang telah disepakati dijabarkan dalam bentuk norma
9. Kelas bersama-sama memilih norma mana yang akan dipakai selama pembelajaran berlangsung
10. Buat kesepakatan tentang kontrol kolektif (*collective control*) untuk menjaga agar norma tetap dilaksanakan secara konsekuen.

B. Metode

1. Curah pendapat
2. CTJ

C. Media dan Alat Bantu Pelatihan

1. Modul
2. Bahan tayang
3. Komputer
4. LCD
5. *Flipchart*
6. Spidol

VI. URAIAN MATERI

Building Learning Commitment (BLC) senantiasa merupakan materi/bahan ajar pertama yang diberikan dalam suatu pelatihan. Penyampaian materi seharusnya menempati posisi sebelum memasuki materi dasar, akan tetapi karena pertimbangan efisiensi waktu, kenyataannya disampaikan setelah pemberian materi dasar, yang jelas BLC selalu diberikan sebelum dimulainya pembelajaran materi inti. Posisi waktu penyampaian materi BLC seperti itu, erat kaitannya dengan tujuan pembelajaran, yakni menyiapkan dan membangkitkan segala sesuatu pada diri peserta latih untuk mengikuti pelatihan secara efektif.

Building Learning Commitment disingkat dengan BLC, berasal (*etimologi*) dari bahasa Inggris yang secara harfiah artinya kesepakatan membangun/menyiapkan cara belajar yang baik. Pada beberapa pelatihan, materi pembelajaran lain yang hampir sama dengan tujuan BLC adalah dinamika kelompok, yakni suatu materi yang bertujuan untuk mendinamisasi kelompok atau kelas, sehingga peserta latih dapat mengikuti pelatihan dengan baik.

Beberapa definisi dan pengertian BLC, dikemukakan sebagai berikut:

- Pusdiklat, Badan PPSDM Kesehatan, 2004, memberikan pengertian BLC: "Suatu proses mempersiapkan peserta diklat untuk mengikuti proses belajar, baik secara individual, kelompok maupun menyeluruh dan mengubah dirinya ke arah yang positif. Setiap individu harus senantiasa melibatkan dirinya untuk secara terus menerus meningkatkan kemampuan belajarnya."
- Keputusan LAN RI No. 09 tahun 2005 dinyatakan bahwa BLC dimaksudkan agar peserta latih menciptakan komitmen tentang kebiasaan dan berperilaku yang positif dan menghindari kebiasaan dan perilaku yang negatif agar tercipta suasana pembelajaran yang kondusif dan semua peserta diklat akan memperoleh manfaat yang maksimal dari proses pembelajaran yang diikutinya

Berdasarkan dua pengertian tersebut diatas, dapat disimpulkan bahwa BLC adalah bahan ajar yang menguraikan cara-cara mempersiapkan peserta latih untuk mengikuti proses belajar yang efektif, sehingga tercipta suasana pembelajaran yang kondusif.

Pembelajaran BLC dimulai dengan pencairan kelas (*unfreezing*), kemudian disusul dengan permainan yang menggiring peserta saling mengenal dirinya, dan mengenal teman temannya, menyadari dan mengingat kembali hakekat nilai yang baik, untuk kemudian menyepakai norma kelas serta memilih pengurus kelas, sehingga tercipta komitmen kelas dalam mewujudkan proses belajar yang efektif.

A. Perkenalan

Pada awal memasuki suatu pelatihan, sering para peserta menunjukkan suasana kebekuan (*freezing*), karena belum tentu pelatihan yang diikuti merupakan pilihan prioritas dalam kehidupannya. Mungkin saja kehadirannya di pelatihan karena terpaksa, tidak ada pilihan lain, harus menuruti ketentuan/persyaratan. Mungkin juga terjadi, pada saat pertama hadir sudah memiliki anggapan merasa sudah tahu semua yang akan dipelajari atau membayangkan kejenuhan yang akan dihadapi. Untuk mengantisipasi semua itu, perlu dilakukan suatu proses pencairan (*unfreezing*).

Proses BLC adalah proses melalui tahapan dari mulai saling mengenal antar pribadi, mengidentifikasi dan merumuskan harapan dari pelatihan ini, sampai terbentuknya norma kelas yang disepakati bersama serta kontrol kolektifnya. Pada proses BLC setiap peserta harus berpartisipasi aktif dan dinamis. Keberhasilan atau ketidakberhasilan proses BLC akan berpengaruh pada proses pembelajaran selanjutnya.

Pada tahap perkenalan fasilitator memperkenalkan diri dan asal usul institusinya dilanjutkan dengan menyampaikan tujuan pembelajaran. Kemudian mengajak peserta untuk ikut berpartisipasi aktif dalam proses pembelajaran. Dalam memandu peserta untuk proses perkenalan dengan menggunakan metode yaitu: dalam 5 menit pertama setiap peserta diminta berkenalan dengan peserta lain sebanyak-banyaknya. Meminta peserta yang berkenalan dengan jumlah peserta terbanyak, dan dengan jumlah peserta paling sedikit untuk memperkenalkan teman-temannya. Meminta peserta yang belum disebut namanya untuk memperkenalkan diri, sehingga seluruh peserta saling berkenalan, diikuti juga oleh panitia untuk memperkenalkan dirinya.

B. Pencairan Kelas (*Ice Breakers*)

Menurut Havelock (pakar pembelajaran orang dewasa), 3 (tiga) komponen yang harus ada dalam proses pembelajaran, yaitu:

1. Litbangbar (penelitian, pengembangan dan penyebaran ilmu pengetahuan dan teknologi)
2. Proses pemecahan masalah
3. Interaksi sosial

Dalam hubungannya dengan pelatihan sebagai suatu proses pembelajaran, maka suasana kelas sebagai media interaksi antara peserta latih dengan lingkungannya perlu diciptakan sedemikian rupa, sehingga kondisi peserta latih menghadapi

situasi baru dapat berjalan dengan baik. Fasilitator hendaknya menata dan mengembangkan interaksinya dengan peserta latihan dan hubungan sesama peserta latihan menjadi hubungan yang intensif dan rileks dalam kedudukan yang setara.

Kegiatan pencairan kelas merupakan langkah awal menciptakan hubungan yang intensif dan rileks tersebut, yakni kegiatan memecah kebekuan suasana baru yang dalam bahasa Inggrisnya disebut *unfreezing atau ice breaking*. Singkatnya tujuan permainan adalah mengolah raga atau denyut jantung yang memunculkan aliran darah/oksigen ke otak, sehingga masing-masing individu lebih segar lalu kemudian mereka lebih bebas dan lebih terbuka dilingkungannya.

Banyak sekali permainan untuk pencairan kelas, seperti: keranjang buah, seni menerka gado-gado dan menyusun barisan. Berikut dikemukakan permainan menyusun barisan:

1. Prosedur kerja

- a. Peserta latihan dibagi menjadi beberapa kelompok, masing-masing terdiri dari 10 orang
- b. Masing-masing kelompok menyusun satu barisan lurus dari depan ke belakang menjadi barisan yang sejajar, siap mengikuti aba-aba fasilitator dan mengikuti aturan permainan
- c. Fasilitator memerintahkan semua sub kelompok menyusun barisan berdasarkan kriteria tertentu misalnya:
 - Berdasarkan tinggi badan: yang paling tinggi di depan, yang paling rendah di belakang atau sebaliknya
 - Berdasarkan berat badan, yang paling berat di belakang dan yang paling ringan di depan atau sebaliknya
 - Berdasarkan nomor sepatu: yang paling besar di depan, dan ukuran yang paling kecil di belakang atau sebaliknya
 - Berdasarkan tanggal lahir, tanggal lahir yang paling awal di depan, yang paling akhir di belakang
- d. Barisan yang merasa telah memenuhi kriteria, berdasarkan aba-aba fasilitator diharuskan jongkok, maka barisan yang keseluruhan anggotanya jongkok terlebih dahulu adalah calon pemenang, namun harus dicek lagi apakah sudah betul urutannya
- e. Barisan yang jongkok lebih dulu dan betul diberi nilai 100
- f. Barisan yang jongkok selanjutnya (kedua) dan betul, di beri nilai 50
- g. Barisan yang jongkok berikutnya (ketiga) dan betul di beri nilai 25
- h. Barisan yang salah menyusun urutannya, diberi nilai nol
- i. Kriteria barisan digelar berganti-ganti, sehingga setiap kali berganti kriteria akan terjadi gerakan-gerakan peserta latihan dari seluruh barisan untuk menyesuaikan barisan dengan kriteria terbaru yang diberikan fasilitator
- j. Fasilitator mencatat perolehan nilai setiap barisan dari setiap kriteria, kemudian dijumlah untuk memilih barisan pemenangnya
- k. Kepada barisan yang kalah diberikan hukuman berupa nyayi bersama sambil berjoget atau hukuman lainnya.

1. Refleksi
 - a. Bagaimana perasaan anda setelah menyelesaikan permainan ini?
 - b. Apa yang bisa dipelajari dari peristiwa-peristiwa yang terjadi, ketika proses menyusun barisan berlangsung?
 - c. Perilaku apa yang sempat diamati oleh setiap peserta latihan yang ditampilkan oleh sesama peserta latihan selama proses berlangsung?

C. Harapan Kelas, Kekhawatiran Mencapai Harapan dan Komitmen Menjadi Norma Kelas

Fasilitator membagi peserta dalam kelompok kecil @ 5-6 orang, kemudian menjelaskan tugas kelompok tersebut. Masing-masing kelompok akan menentukan harapan terhadap pelatihan ini serta kekhawatiran dalam mencapai harapan tersebut. Juga didiskusikan bagaimana solusi (pemecahan masalah) untuk mencapai harapan tersebut serta menghilangkan kekhawatiran yang akan terjadi selama pelatihan. Mula-mula secara individu, kemudian hasil setiap individu dibahas dan dilakukan kesepakatan sehingga menjadi harapan kelompok.

Setiap kelompok diminta untuk mempresentasikan hasil diskusinya. Dan peserta dari kelompok lainnya diminta untuk memberikan tanggapan dan masukan bila ada. Fasilitator memandu peserta untuk membahas harapan dan kekhawatiran dari setiap kelompok tersebut sehingga menjadi harapan kelas yang disepakati bersama. Berdasarkan hasil pemaparan diskusi seluruh kelompok maka disepakati bersama fasilitator untuk menentukan ketua kelas dan sekretaris yang akan memandu peserta secara bersama-sama untuk merumuskan norma-norma kelas yang akan disepakati bersama. Peserta difasilitasi sedemikian rupa agar semua berperan aktif dan memberikan komitmennya untuk metaati norma kelas tersebut.

Komitmen merupakan keterikatan, keterpanggilan seseorang terhadap apa yang dijanjikan atau yang menjadi tujuan dirinya atau kelompoknya yang telah disepakati dan terdorong berupaya sekuat tenaga untuk mengaktualisasinya dengan berbagai macam cara yang baik, efektif dan efisien. Komitmen belajar/pembelajaran, adalah keterpanggilan seseorang/ kelompok/ kelas (peserta pelatihan) untuk berupaya dengan penuh kesungguhan mengaktualisasikan apa yang menjadi tujuan pelatihan/pembelajaran. Keadaan ini sangat menguntungkan dalam mencapai keberhasilan individu/ kelompok/ kelas, karena dalam diri setiap orang yang memiliki komitmen tersebut akan terjadi niat baik dan tulus untuk memberikan yang terbaik kepada individu lain, kelompok dan kelas secara keseluruhan.

Dengan membangun komitmen belajar maka para peserta akan berupaya untuk mencapai harapan yang diinginkannya dalam setiap proses pembelajaran. Dalam hal ini harapan peserta adalah kehendak/ keinginan untuk memperoleh atau mencapai sesuatu. Dalam pelatihan berarti keinginan untuk memperoleh atau mencapai tujuan yang diinginkan

D. Kontrol Kolektif

Kontrol kolektif merupakan sanksi atas pelanggaran komitmen norma kelas. Kontrol kolektif dimaksudkan untuk memelihara dan menjaga agar butir-butir kesepakatan norma kelas senantiasa ditaati, baik oleh peserta didik, fasilitator dan panitia penyelenggara. Penentuan butir-butir kesepakatan norma kelas diperoleh melalui diskusi kelompok sebagaimana proses diskusi yang ditempuh pada saat pembentukan komitmen kelas. Bentuk sanksi/kontrol kolektif bukan bersifat hukuman, tetapi bersifat mengingatkan, seperti menyanyi, membawakan puisi dan lain-lain yang sifatnya menghibur peserta didik dikelas.

1. Prosedur kerja

- a. Fasilitator memandu *brains torming* tentang sanksi apa yang harus diberlakukan bagi orang yang tidak mematuhi atau melanggar norma yang telah disepakati.
- b. Fasilitator menuliskan hasil *brain storming* di papan *flipchart* agar bisa dibaca oleh semua peserta.
- c. Fasilitator memandu membahas hasil *brain storming*, sehingga dapat dirumuskan sanksi yang disepakati kelas.
- d. Fasilitator meminta salah seorang peserta untuk menuliskan dengan jelas rumusan sanksi yang telah disepakati tersebut pada kertas *flipchart*
- e. Fasilitator meminta rumusan sanksi yang telah disepakati diserahkan kepada panitia

2. Refleksi

Apa artinya kontrol kolektif dalam hubungan proses pembelajaran ?

VII. KEPUSTAKAAN

1. Buku Panduan Dinamika Kelompok, LAN 2010 dan Pusdiklat Aparatur, 2014
2. Kumpulan Games dan *Enegizer*, Jakarta
3. Munir, Badered, 2001. Dinamika Kelompok, Penerapannya dalam Laboratorium Ilmu Perilaku.

MATERI PENUNJANG 2

RENCANA TINDAK LANJUT

(Waktu 3 Jpl: T=1 jpl, P=2 Jpl, PL=0 Jpl)

I. DESKRIPSI SINGKAT

Penyusunan Rencana Tindak Lanjut (RTL) perlu dilakukan pada setiap akhir pelatihan, karena melalui rencana tindak lanjut penyelenggaraan pelatihan dapat mengetahui apa yang akan dilakukan oleh peserta latih sekembalinya dari pelatihan. Selain itu RTL dapat digunakan untuk alat ukur dalam melakukan evaluasi pasca pelatihan

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah peserta latih selesai mengikuti seluruh proses pembelajaran dan sebagai tindak lanjut dari kegiatan pelatihan peserta diharapkan memahami dan mampu menyusun RTL sebagai kelanjutan setelah pelatihan selesai.

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah selesai mengikuti pembelajaran, peserta mampu:

- a. Menjelaskan pengertian dan tujuan RTL
- b. Menjelaskan format penyusunan RTL
- c. Menyusun RTL

III. POKOK BAHASAN

A. Rencana Tindak Lanjut:

1. Pengertian
2. Tujuan Penyusunan RTL

B. Format Penyusunan RTL

C. Penyusunan RTL

IV. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN PEMBELAJARAN

A. Langkah-langkah

1. Menjelaskan mengenai pengertian, tujuan, alasan dan kegunaan, azasnya serta komponen-komponen mengenai RTL
2. Membagikan lembar RTL

3. Menjelaskan cara pengisiannya
4. Mengisi lembar penugasan
5. Menentukan perwakilan dari provinsi yang akan mempresentasikan hasil penugasan
6. Tanya jawab dengan peserta
7. Kesimpulan dan evaluasi

B. Metode

1. Curah pendapat
2. CTJ
3. Latihan menyusun RTL

C. Media dan Alat Bantu Pelatihan

1. Modul
2. *Hand out*
3. *Laptop*
4. LCD
5. *Flipchart*
6. Spidol
7. Format RTL
8. Panduan latihan

V. URAIAN MATERI

A. Rencana Tindak Lanjut

1. Pengetian

Rencana Tindak Lanjut (RTL) adalah suatu proses secara sistimatis untuk mempersiapkan kegiatan-kegiatan dalam rangka mencapai suatu tujuan tertentu dimana, bilamana/kapan, oleh siapa dan bagaimana caranya

2. Tujuan penyusunan RTL

Tujuan/manfaat penyusunan RTL adalah sebagai berikut:

- Untuk menentukan langkah-langkah yang akan dilakukan setelah selesai pelatihan
- Memberi pedoman untuk mengembangkan rencana yang akan dilakukan
- Merupakan alat bagaimana kegiatan-kegiatan dilaksanakan secara efektif
- Dapat digunakan untuk mengurangi ketidak pastian kegiatan yang akan dilakukan.
- Memberi kesempatan untuk memilih alternatif yang paling tepat
- Memberikan gambaran jenis dan bentuk suatu kegiatan yang dibutuhkan
- Dapat menjadi dasar penjabaran program kerja yang sistematis
- Dapat memberikan gambaran kebutuhan sumberdaya yang diperlukan
- Dapat ditetapkan Standart prestasi yang disepakati
- Menjadi alat pengawas, pengendalian dan penilaian

Azas RTL:

- Mempertimbangkan situasi dimasa depan yang ingin dicapai dengan lebih seksama, oleh karena itu pada hakekatnya inti RTL adalah penentuan kegiatan dan alokasi sumber daya yang tepat.
- Merupakan petunjuk untuk menggprakkan dan melaksanakan upaya yang efektif dan efisien untuk mencapaitujuan yang telah ditetapkan
- Memudahkan pengawasan, pengendalian dan penilaian karena indikatornya jelas dalam rencana
- Mendorong peningkatan upaya kegiatan dan pengembangan yang relevan

Ciri-ciri RTL:

- Memudahkan pencapaian tujuan
- Rincidan cermat
- Realistis dan logis (dapat diatur dan dapat dicapai)
- Sederhana
- Luwes
- Mempertimbangkan risiko
- Pragmatik
- Berorientasi kedepan
- Mempunyai jangka waktu

B. Format Penyusunan RTL

Komponen Matrik Rencana Tindak Lanjut

1. Jenis kegiatan
2. Tujuan
3. Sasaran
4. Waku pelaksanaan
5. Penanggung jawab
6. Waktu

Komponen dapat dikembangkan dengan menambah komponen lain misalnya target pelaksanaan, tempat, biaya dan kolom keterangan.

Rencana Tindak Lanjut dapat digunakan sebagai alat ukur komitmen peserta latih dalam “berbuat sesuatu” setelah selesai mengikuti pelatihan.

C. Penyusunan Rencana Tindak Lanjut

Komponen yang harus dicantumkan dalam Rencana Tindak Lanjut adalah sebagai berikut:

1. Kegiatan yang akan dilakukan
2. Kapan waktu pelaksanaannya
3. Tempat pelaksanaan kegiatan
4. Besar biaya yang diperlukan
5. Penanggung jawab kegiatan

Contoh Matriks Penyusunan Rencana Tindak Lanjut:

No.	Kegiatan	Tujuan	Sasaran	Waktu	Pelaksana

Keterangan:

Kegiatan : Diisi dengan topik/masalah yang akan ditangani (misalnya; melakukan sosialisasi di dinas kesehatan, dan lain-lain)

Tujuan : Maksud/keinginan/harapan yang akan dicapai melalui kegiatan

Sasaran : Bisa perorangan, kelompok dan massa yang menjadi tujuan kegiatan

Waktu : Menunjukkan kapan dan berapa lama kegiatan dapat dilakukan

Pelaksana : Penanggung jawab kegiatan dan yang akan melakukannya

MATERI PENUNJANG 3

ANTI KORUPSI

(Waktu 2 Jpl: T=2 jpl, P=0 Jpl, PL=0 Jpl)

I. DESKRIPSI SINGKAT

Korupsi yang terjadi di Indonesia sudah sangat mengkhawatirkan dan berdampak buruk luar biasa pada hampir seluruh sendi kehidupan. Korupsi telah menghancurkan sistem perekonomian, sistem demokrasi, sistem politik, sistem hukum, sistem pemerintahan, dan tatanan sosial kemasyarakatan di negeri ini. Upaya pemberantasan korupsi yang telah dilakukan selama ini belum menunjukkan hasil yang optimal. Korupsi dalam berbagai tingkatan tetap saja banyak terjadi seolah-olah telah menjadi bagian dari kehidupan kita yang bahkan sudah dianggap sebagai hal yang biasa. Jika kondisi ini tetap kita biarkan berlangsung maka cepat atau lambat korupsi akan menghancurkan negeri ini.

Korupsi harus dipandang sebagai kejahatan luar biasa (*extra ordinary crime*) yang oleh karena itu memerlukan upaya luar biasa pula untuk memberantasnya. Upaya pemberantasan korupsi-yang terdiri dari dua bagian besar, yaitu (1) penindakan, dan (2) pencegahan–tidak akan pernah berhasil optimal jika hanya dilakukan oleh pemerintah saja tanpa melibatkan peran serta masyarakat. Dalam rangka mempercepat pelaksanaan Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2013 tentang Aksi Pencegahan dan Pemberantasan Korupsi, perlu disusun Strategi Komunikasi Pelaksanaan Pencegahan dan Pemberantasan Korupsi di Kementerian Kesehatan sebagai salah satu kegiatan reformasi birokrasi yang dilaksanakan Kementerian Kesehatan agar para Pegawai Negeri Sipil (PNS) di lingkungan Kementerian Kesehatan terhindar dari perbuatan korupsi.

Salah satu upaya yang dilakukan dalam pencegahan dan pemberantasan korupsi adalah dengan memberikan pengertian dan kesadaran melalui pemahaman terhadap konsep serta penanaman nilai-nilai anti korupsi yang selanjutnya dapat menjadi budaya dalam bekerja. Agar muatan tentang anti korupsi dapat tersampaikan secara standar pada setiap pelatihan bagi para PNS di lingkungan Kementerian Kesehatan, maka materi anti korupsi ini diperlukan sebagai bahan pembelajaran bagi peserta dan pegangan fasilitator dalam menyampaikan materi.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu:

1. Menjelaskan konsep korupsi
2. Menjelaskan anti korupsi
3. Menjelaskan upaya pencegahan dan pemberantasan korupsi
4. Menjelaskan tata cara pelaporan dugaan pelanggaran Tindak Pidana Korupsi (TPK)
5. Menjelaskan gratifikasi
6. Menjelaskan kasus-kasus korupsi

III. POKOK BAHASAN

Modul ini menguraikan tentang Anti Korupsi dengan pokok bahasan dan sub pokok bahasan di bawah ini:

A. Konsep Korupsi

1. Definisi korupsi
2. Ciri-ciri korupsi
3. Bentuk/jenis korupsi
4. Tingkatan korupsi
5. Penyebab korupsi
6. Dasar hukum

B. Anti Korupsi

1. Konsep anti korupsi
2. Nilai-nilai anti korupsi
3. Prinsip-prinsip anti korupsi

C. Upaya Pencegahan dan Pemberantasan Korupsi

1. Upaya pencegahan korupsi
2. Upaya pemberantasan korupsi
3. Strategi komunikasi anti korupsi

D. Tata Cara Pelaporan Dugaan Pelanggaran Tindak Pidana Korupsi (TPK)

1. Laporan
2. Dugaan
3. Tata cara penyampaian pengaduan

E. Gratifikasi

F. Kasus-kasus Korupsi

IV. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN PEMBELAJARAN

A. Langkah-langkah

1. Fasilitator memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan sesi ini (5 menit).
2. Curah pendapat (15 menit)
3. Fasilitator menyampaikan materi dengan menggunakan *power point* (60 menit).

B. Metode

- Curah pendapat
- CTJ

C. Media dan Alat Bantu Pelatihan

- Modul
- *Hand out*
- *Laptop*
- LCD
- *Flipchart*
- Spidol

V. URAIAN MATERI

A. Konsep Korupsi

Kapan korupsi itu mulai ada?

Korupsi sesungguhnya sudah lama ada terutama sejak manusia pertama kali mengenal tata kelola administrasi. Pada kebanyakan kasus korupsi yang dipublikasikan media, seringkali perbuatan korupsi tidak lepas dari kekuasaan, birokrasi, ataupun pemerintahan. Korupsi juga sering dikaitkan pemaknaannya dengan politik. Dasar atau landasan untuk memberantas dan menanggulangi korupsi adalah memahami pengertian korupsi itu sendiri. Pada bagian ini dibahas mengenai pengertian korupsi berdasarkan definisi umum dan pendapat para pakar.

1. Definisi korupsi

Apa Arti kata "korupsi?"

Kata "korupsi" berasal dari bahasa Latin "corruptio" (Fockema Andrea: 1951) atau "corruptus" (Webster Student Dictionary: 1960). Selanjutnya dikatakan bahwa "corruptio" berasal dari kata "corrumpere", suatu bahasa Latin yang lebih tua. Dari bahasa Latin tersebut kemudian dikenal istilah "corruption, corrupt" (Inggris), "corruption" (Perancis) dan "corruptie/korruptie" (Belanda).

Arti kata korupsi secara harfiah adalah kebusukan, keburukan, kejahatan, ketidakjujuran, dapat disuap, tidak bermoral, penyimpangan dari kesucian.

Ada banyak pengertian tentang korupsi, di antaranya adalah berdasarkan Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), didefinisikan "penyelewengan atau penggelapan uang negara atau perusahaan, dan sebagainya untuk keperluan pribadi". Selanjutnya untuk beberapa pengertian lain, disebutkan bahwa (Muhammad Ali, 1998):

- Korup artinya busuk, suka menerima uang suap/sogok, memakai kekuasaan untuk kepentingan sendiri dan sebagainya;
- Korupsi artinya perbuatan busuk seperti penggelapan uang, penerimaan uang sogok, dan sebagainya; dan
- Koruptor artinya orang yang melakukan korupsi.

Dengan demikian arti kata korupsi adalah sesuatu yang busuk, jahat dan merusak, berdasarkan kenyataan tersebut perbuatan korupsi menyangkut: sesuatu yang bersifat amoral, sifat dan keadaan yang busuk, menyangkut jabatan instansi atau aparatur pemerintah, penyelewengan kekuasaan dalam jabatan karena pemberian, menyangkut faktor ekonomi dan politik dan penempatan keluarga atau golongan ke dalam kedinasan di bawah kekuasaan jabatan.

2. Ciri-ciri korupsi

Seperti apa ciri-ciri korupsi? Ada 6 ciri korupsi, yaitu: 1) Dilakukan oleh lebih dari satu orang; 2) Merahasiakan motif, ada keuntungan yang ingin diraih; 3) Berhubungan dengan kekuasaan/kewenangan tertentu; 4) Berlingkup di balik pembenaran hukum; 5) Melanggar kaidah kejujuran dan norma hukum; dan 6) Mengkhianati kepercayaan.

3. Bentuk/jenis korupsi

Anda perlu tahu jenis atau bentuk korupsi. Berikut ini adalah beberapa bentuk dan perbuatan korupsi yang diambil dari Buku Saku yang dikeluarkan oleh KPK atau Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK. 2006) (Tabel 17).

Tabel 17. Beberapa Bentuk dan Perbuatan Korupsi

No.	Bentuk Korupsi	Perbuatan Korupsi
1.	Kerugian Keuangan Negara	
		<ul style="list-style-type: none"> Secara melawan hukum melakukan perbuatan memperkaya diri sendiri atau orang lain atau korporasi; Dengan tujuan menguntungkan diri sendiri atau orang lain atau korporasi, menyalahgunakan kewenangan, kesempatan atau sarana yang ada.
2.	Suap Menyuaip	
		<ul style="list-style-type: none"> Memberi atau menjanjikan sesuatu kepada Pegawai Negeri atau penyelenggara Negara dengan maksud supaya berbuat sesuatu atau tidak berbuat sesuatu dalam jabatannya; Memberi suap kepada Pegawai Negeri atau penyelenggara Negara karena atau berhubungan dengan kewajiban dilakukan atau tidak dilakukan dalam jabatannya; Meberi hadiah atau janji kepada Pegawai Negeri dengan mengingat kekuasaan atau wewenang yang melekat pada jabatan atau kedudukannya atau oleh pemberi hadiah/janji dianggap melekat pada jabatan atau kedudukan tersebut.
3.	Penggelapan dalam Jabatan	
		<ul style="list-style-type: none"> Pegawai Negeri atau orang lain selain pegawai negari yang ditugaskan menjalankan sesuatu jabatan umum secara terus menerus atau untuk sementara waktu, dengan disimpan karena jabatannya atau uang/surat berharga tersebut diambil atau digelapkan oleh orang lain atau membantu dalam melakukan perbuatan tersebut; Pegawai Negeri atau orang lain selain pegawai negari yang ditugaskan menjalankan sesuatu jabatan umum secara terus menerus atau untuk sementara waktu, dengan sengaja memalsu buku-buku atau daftar-daftar yang khusus untuk pemeriksaan administratif Pegawai Negeri atau orang lain selain pegawai negari yang ditugaskan menjalankan sesuatu jabatan umum secara terus menerus atau untuk sementara waktu, dengan sengaja menggelapkan, merusakkan atau membuat tidak dapat dipakai barang ada, surat atau daftar yang digunakan untuk meyakinkan atau membuktikan di muka pejabat yang berwenang yang dikuasai karena jabatannya.
4.	Pemerasan	
		<ul style="list-style-type: none"> Pegawai negeri atau penyelenggara negara yang dengan maksud menguntungkan diri sendiri atau orang lain secara melawan hukum atau menyalahgunakan kekuasaannya memaksa seseorang memberikan sesuatu, membayar atau menerima pembayaran dengan potongan atau untuk mengerjakan sesuatu bagi dirinya sendiri. Pegawai negeri atau penyelenggara Negara yang pada waktu menjalankan tugas meminta atau menerima pekerjaan atau penyerahan barang seolah-olah merupakan utang kepada dirinya, padahal diketahui bahwa hal tersebut bukan merupakan utang.
5.	Perbuatan Curang	
		<ul style="list-style-type: none"> Pemborong, ahli bangunan yang pada waktu membuat bangunan atau penjual bahan bangunan yang pada waktu menyerahkan bahan bangunan, melakukan perbuatan curang yang dapat membahayakan keamanan orang atau barang atau keselamatan negara dalam keadaan perang; Setiap orang yang bertugas mengawas pembangunan atau menyerahkan bahan bangunan, sengaja membiarkan perbuatan curang.

4. Tingkatan Korupsi

Ada 3 (tiga) tingkatan korupsi seperti uraian di bawah ini

a. Materi benefit

Penyimpangan kekuasaan untuk mendapatkan keuntungan material baik bagi dirinya sendiri maupun orang lain. Korupsi pada level ini merupakan tingkat paling membahayakan, karena melibatkan kekuasaan dan keuntungan material. Ini merupakan bentuk korupsi yang paling banyak terjadi di Indonesia

b. Penyalahgunaan kekuasaan (*abuse of power*)

Abuse of power merupakan korupsi tingkat menengah Merupakan segala bentuk penyimpangan yang dilakukan melalui struktur kekuasaan, baik pada tingkat negara maupun lembaga-lembaga struktural lainnya termasuk lembaga pendidikan tanpa mendapatkan keuntungan materi.

c. Pengkhianatan terhadap kepercayaan (*betrayal of trust*)

- Pengkhianatan merupakan korupsi paling sederhana
- Orang yang berkhianat atau mengkhianati kepercayaan atau amanat yang diterimanya adalah koruptor
- Amanat dapat berupa apapun, baik materi maupun non materi
- Anggota DPR yang tidak menyampaikan aspirasi rakyat atau memanfaatkan jabatan untuk kepentingan pribadi merupakan bentuk korupsi

5. Penyebab korupsi

Agar dapat dilakukan pencegahan dan pemberantasan korupsi, maka perlu diketahui faktor penyebab korupsi. Secara umum ada dua penyebab korupsi, yaitu faktor internal dan faktor eksternal.

Berikut adalah faktor-faktor penyebab korupsi:

- a. Penegakan hukum tidak konsisten: penegakan hukum hanya sebagai *make-up* politik, sifatnya sementara, selalu berubah setiap berganti pemerintahan.
- b. Penyalahgunaan kekuasaan/wewenang, takut dianggap bodoh kalau tidak menggunakan kesempatan.
- c. Langkanya lingkungan yang anti korupsi: sistem dan pedoman anti korupsi hanya dilakukan sebatas formalitas.
- d. Rendahnya pendapatan penyelenggara negara. Pendapatan yang diperoleh harus mampu memenuhi kebutuhan penyelenggara negara, mampu mendorong penyelenggara negara untuk berprestasi dan memberikan pelayanan terbaik bagi masyarakat.
- e. Kemiskinan, keserakahan: masyarakat kurang mampu melakukan korupsi karena kesulitan ekonomi. Sedangkan mereka yang berkecukupan melakukan korupsi karena serakah, tidak pernah puas dan menghalalkan segala cara untuk mendapatkan keuntungan.
- f. Budaya memberi upeti, imbalan jasa, dan hadiah.

- g. Konsekuensi bila ditangkap lebih rendah daripada keuntungan korupsi: saat tertangkap bisa menyuap penegak hukum sehingga dibebaskan atau setidaknya diringankan hukumannya.
- h. Budaya permisif/serba membolehkan; tidak mau tahu: menganggap biasa bila ada korupsi, karena sering terjadi. Tidak peduli orang lain, asal kepentingannya sendiri terlindungi

Badan Pengawas Keuangan dan Pembangunan Republik Indonesia mengidentifikasi beberapa sebab terjadinya korupsi, yaitu: aspek individu pelaku korupsi, aspek organisasi, aspek masyarakat tempat individu, dan korupsi yang disebabkan oleh sistem yang buruk

- a. Aspek individu pelaku korupsi
Korupsi yang disebabkan oleh individu, yaitu sifat tamak, moral kurang kuat menghadapi godaan, penghasilan kurang mencukupi untuk kebutuhan yang wajar, kebutuhan yang mendesak, gaya hidup konsumtif, malas atau tidak mau bekerja keras, serta ajaran-ajaran agama kurang diterapkan secara benar. Aspek-aspek individu tersebut perlu mendapatkan perhatian bersama. Sangatlah ironis, bangsa kita yang mengakui dan memberikan ruang yang leluasa untuk menjalankan ibadah menurut agamanya masing-masing, ternyata tidak banyak membawa implikasi positif terhadap upaya pemberantasan korupsi. Demikian pula dengan hidup konsumtif dan sikap malas. Perilaku konsumtif tidak saja mendorong untuk melakukan tindakan korupsi, tetapi menggambarkan rendahnya sikap solidaritas sosial, karena terdapat pandangan yang kontradiktif antara gaya hidup mewah di satu sisi dan kondisi kesulitan untuk memenuhi kebutuhan pokok bagi masyarakat miskin pada sisi lainnya.
- b. Aspek organisasi
Pada aspek organisasi, korupsi terjadi karena kurang adanya keteladanan dari pimpinan, tidak adanya kultur organisasi yang benar, sistem akuntabilitas di pemerintah kurang memadai, kelemahan sistem pengendalian manajemen, serta manajemen yang lebih mengutamakan hirarki kekuasaan dan jabatan cenderung akan menutupi korupsi yang terjadi di dalam organisasi. Hal tersebut ditandai dengan adanya resistensi atau penolakan secara kelembagaan terhadap setiap upaya pemberantasan korupsi. Manajemen yang demikian, menutup rapat bagi siapa pun untuk membuka praktik korupsi kepada publik.
- c. Aspek masyarakat tempat individu
Aspek masyarakat tempat individu dan organisasi berada juga turut menentukan, yaitu nilai-nilai yang terdapat dalam masyarakat yang kondusif untuk melakukan korupsi. Masyarakat seringkali tidak menyadari bahwa akibat tindakannya atau kebiasaan dalam organisasinya secara langsung maupun tidak langsung telah menanamkan dan menumbuhkan perilaku koruptif pada dirinya, organisasi bahkan orang lain. Secara sistematis lambat

laun perilaku sosial yang koruptif akan berkembang menjadi budaya korupsi sehingga masyarakat terbiasa hidup dalam kondisi ketidaknyamanan dan kurang berpartisipasi dalam pemberantasan korupsi.

d. Korupsi yang disebabkan oleh sistem yang buruk

Sebab-sebab terjadinya korupsi menggambarkan bahwa perbuatan korupsi tidak saja ditentukan oleh perilaku dan sebab-sebab yang sifatnya individu atau perilaku pribadi yang koruptif, tetapi disebabkan pula oleh sistem yang koruptif, yang kondusif bagi setiap individu untuk melakukan tindakan korupsi. Sedangkan perilaku korupsi, sebagaimana yang umum telah diketahui adalah korupsi banyak dilakukan oleh pegawai negeri dalam bentuk penyalahgunaan kewenangan, kesempatan, sarana jabatan, atau kedudukan. Tetapi korupsi dalam artian memberi suap, juga banyak dilakukan oleh pengusaha dan kaum profesional bahkan termasuk Advokat.

Lemahnya tata-kelola birokrasi di Indonesia dan maraknya tindak korupsi baik ilegal maupun yang "dilegalkan" dengan aturan-aturan yang dibuat oleh penyelenggara negara, merupakan tantangan besar yang masih harus dihadapi negara ini. Kualitas tata kelola yang buruk ini tidak saja telah menurunkan kualitas kehidupan bangsa dan bernegara, tetapi juga telah banyak memakan korban jiwa dan bahkan ancaman akan terjadinya *lost generation* bagi Indonesia. Dalam kaitannya dengan korupsi oleh lembaga birokrasi pemerintah, beberapa faktor yang perlu mendapatkan perhatian adalah menyangkut manajemen Sumber Daya Manusia (SDM) dan penggajian pegawai yang ditandai dengan kurangnya penghasilan, sistem penilaian prestasi kerja yang tidak dievaluasi, serta tidak terkaitnya antara prestasi kerja dengan penghasilan.

Korupsi yang disebabkan oleh sistem yang koruptif inilah yang pada akhirnya akan menghambat tercapainya *clean and good governance*. Jika kita ingin mencapai pada tujuan *clean and good governance*, maka perlu dilakukan reformasi birokrasi yang terkait dengan pembenahan sistem birokrasi tersebut. Jika awalnya kepentingan bertahan hidup menjadi motif seseorang atau sejumlah orang melakukan tindak pidana korupsi, pada tahap berikutnya korupsi dimotivasi oleh bangunan sistem, yang hanya bisa terjadi karena dukungan kerjasama antar sejumlah pelaku korupsi, pada berbagai birokrasi sebagai bentuk korupsi berjamaah.

6. Dasar hukum

Beberapa peraturan perundangan yang berkaitan dengan korupsi adalah sebagai berikut:

- a. Undang-undang Dasar 1945 Pasal 5 ayat (1) dan Pasal 20 ayat (1).
- b. Undang-undang Nomor 3 Tahun 1971 tentang Pemberantasan Tindak Pidana Korupsi.

- c. Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat Republik Indonesia Nomor XI/MPR/1998 tentang Penyelenggara Negara yang Bersih dan Bebas Korupsi, Kolusi, dan Nepotisme.
- d. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bebas dari Korupsi, Kolusi, dan Nepotisme (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 75, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3851).
- e. Undang-undang Nomor 31 Tahun 1999 tentang Pemberantasan Tindak Pidana Korupsi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3874), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2001.

Tugas/Latihan

1. Menurut Anda, apakah ciri-ciri korupsi seperti yang telah Anda baca pada pokok bahasan ini sudah menggambarkan kondisi yang Anda pernah ketahui di lingkungan kerja Anda maupun di luar lingkungan kerja Anda? Diskusikan dengan teman kelompok Anda!
2. Anda sudah menguasai konsep tentang korupsi dan anti korupsi, silahkan Anda nilai apakah bentuk korupsi dan perbuatan korupsi yang sudah Anda pelajari, sesuai dengan konsep tersebut? Diskusikan kembali dengan kelompok Anda

B. Anti Korupsi

1. Anti korupsi

Apa yang dimaksud “anti korupsi”? Anti korupsi merupakan kebijakan untuk mencegah dan menghilangkan peluang bagi berkembangnya korupsi. Anti korupsi adalah pencegahan. Pencegahan yang dimaksud adalah bagaimana meningkatkan kesadaran individu untuk tidak melakukan korupsi dan bagaimana menyelamatkan uang dan aset negara. Peluang bagi berkembangnya korupsi dapat dihilangkan dengan melakukan perbaikan sistem (sistem hukum, sistem kelembagaan) dan perbaikan manusianya (moral dan kesejahteraan).

2. Nilai- nilai anti korupsi

Nilai-nilai anti korupsi yang akan dibahas meliputi kejujuran, kepedulian, kemandirian, kedisiplinan, pertanggung-jawaban, kerja keras, kesederhanaan, keberanian, dan keadilan. Nilai-nilai inilah yang akan mendukung prinsip-prinsip anti korupsi untuk dapat dijalankan dengan baik. Ada 9 nilai anti korupsi yang cara gampangnya untuk mengingatnya dengan jembatan keledai “**jupe mandi tangker sebedil**” sebagaimana digambarkan pada bagan di bawah ini:

Berikut ini adalah uraian secara rinci untuk tiap nilai anti korupsi

a. Kejujuran

Menurut Sugono kata jujur dapat didefinisikan sebagai lurus hati, tidak berbohong, dan tidak curang. Jujur adalah salah satu sifat yang sangat penting bagi kehidupan pegawai, tanpa sifat jujur pegawai tidak akan dipercaya dalam kehidupan sosialnya (Sugono: 2008).

Nilai kejujuran dalam kehidupan dunia kerja yang diwarnai dengan budaya kerja sangatlah diperlukan. Nilai kejujuran ibaratnya seperti mata uang yang berlaku dimana-mana termasuk dalam kehidupan di dunia kerja. Jika pegawai terbukti melakukan tindakan yang tidak jujur, baik pada lingkup kerja maupun sosial, maka selamanya orang lain akan selalu merasa ragu untuk mempercayai pegawai tersebut. Sebagai akibatnya pegawai akan selalu mengalami kesulitan dalam menjalin hubungan dengan orang lain. Hal ini juga akan menyebabkan ketidaknyamanan bagi orang lain karena selalu merasa curiga terhadap pegawai tersebut yang terlihat selalu berbuat curang atau tidak jujur. Selain itu jika seorang pegawai pernah melakukan kecurangan ataupun kebohongan, akan sulit untuk dapat memperoleh kembali kepercayaan dari pegawai lainnya. Sebaliknya jika terbukti bahwa pegawai tersebut tidak pernah melakukan tindakan kecurangan maupun kebohongan maka pegawai tersebut tidak akan mengalami kesulitan yang disebabkan tindakan tercela tersebut. Prinsip kejujuran harus dapat dipegang teguh oleh setiap pegawai sejak masa-masa ini untuk memupuk dan membentuk karakter mulia di dalam setiap pribadi pegawai.

b. Kepedulian

Menurut Sugono definisi kata peduli adalah mengindahkan, memperhatikan dan menghiraukan (Sugono, 2008). Nilai kepedulian sangat penting bagi seorang pegawai dalam kehidupan di dunia kerja dan di masyarakat. Sebagai calon pemimpin masa depan, seorang pegawai perlu memiliki rasa kepedulian terhadap lingkungannya, baik lingkungan di dalam dunia kerja maupun lingkungan di luar dunia kerja.

Rasa kepedulian seorang pegawai harus mulai ditumbuhkan sejak berada di dunia kerja. Oleh karena itu upaya untuk mengembangkan sikap peduli di kalangan pegawai sebagai subjek kerja sangat penting. Seorang pegawai dituntut untuk peduli terhadap proses belajar mengajar di dunia kerja, terhadap pengelolaan sumber daya di dunia kerja secara efektif dan efisien, serta terhadap berbagai hal yang berkembang di dalam dunia kerja.

Pegawai juga dituntut untuk peduli terhadap lingkungan di luar dunia kerja. Beberapa upaya yang bisa dilakukan sebagai wujud kepedulian di antaranya adalah dengan menciptakan sikap tidak berbuat curang atau tidak jujur.

Selain itu jika seorang pegawai pernah melakukan kecurangan ataupun kebohongan, akan sulit untuk dapat memperoleh kembali kepercayaan dari pegawai lainnya. Sebaliknya jika terbukti bahwa pegawai tersebut tidak pernah melakukan tindakan kecurangan maupun kebohongan maka pegawai tersebut tidak akan mengalami kesulitan yang disebabkan tindakan tercela tersebut.

c. Kemandirian

Kondisi mandiri bagi pegawai dapat diartikan sebagai proses mendewasakan diri yaitu dengan tidak bergantung pada orang lain untuk mengerjakan tugas dan tanggung jawabnya. Hal ini penting untuk masa depannya dimana pegawai tersebut harus mengatur kehidupannya dan orang-orang yang berada di bawah tanggung jawabnya sebab tidak mungkin orang yang tidak dapat mandiri (mengatur dirinya sendiri) akan mampu mengatur hidup orang lain. Dengan karakter kemandirian tersebut pegawai dituntut untuk mengerjakan semua tanggung jawab dengan usahanya sendiri dan bukan orang lain (Supardi, 2004).

d. Kedisiplinan

Menurut Sugono definisi kata disiplin adalah ketaatan (kepatuhan) kepada peraturan (Sugono, 2008). Dalam mengatur kehidupan dunia kerja baik kerja maupun sosial pegawai perlu hidup disiplin. Hidup disiplin tidak berarti harus hidup seperti pola militer di barak militier, namun hidup disiplin bagi pegawai adalah dapat mengatur dan mengelola waktu yang ada untuk dipergunakan dengan sebaik-baiknya untuk menyelesaikan tugas baik dalam lingkup kerja maupun sosial dunia kerja. Manfaat dari hidup yang disiplin adalah pegawai dapat mencapai tujuan hidupnya dengan waktu yang lebih efisien. Disiplin juga membuat orang lain percaya dalam mengelola suatu kepercayaan. Nilai kedisiplinan dapat diwujudkan antara lain dalam bentuk kemampuan mengatur waktu dengan baik, kepatuhan pada seluruh peraturan dan ketentuan yang berlaku di dunia kerja, mengerjakan segala sesuatunya tepat waktu dan fokus pada pekerjaan.

e. Tanggung jawab

Menurut Sugono definisi kata tanggung jawab adalah keadaan wajib menanggung segala sesuatunya (kalau terjadi apa-apa boleh dituntut, dipersalahkan dan diperkarakan) (Sugono, 2008). Pegawai adalah sebuah status yang ada pada diri seseorang yang telah lulus dari penkerjaan terakhirnya yang melanjutkan pekerjaan dalam sebuah lembaga yang bernama organisasi. Pegawai yang memiliki rasa tanggung jawab akan memiliki kecenderungan menyelesaikan tugas lebih baik dibanding pegawai yang tidak memiliki rasa tanggung jawab. pegawai yang memiliki rasa tanggung jawab akan mengerjakan tugas dengan sepenuh hati karena berpikir bahwa jika suatu tugas tidak dapat diselesaikan dengan baik dapat merusak citra namanya di depan orang lain. Pegawai yang dapat diberikan tanggung jawab yang kecil dan berhasil melaksanakannya dengan baik berhak untuk mendapatkan tanggung jawab yang lebih besar lagi sebagai hasil dari kepercayaan orang lain terhadap pegawai tersebut. Pegawai yang memiliki rasa tanggung jawab yang tinggi mudah untuk dipercaya orang lain dalam masyarakat, misalkan dalam memimpin suatu kepanitiaan yang diadakan di dunia kerja.

Tanggung jawab adalah menerima segala sesuatu dari sebuah perbuatan yang salah, baik itu disengaja maupun tidak disengaja. Tanggung jawab tersebut berupa perwujudan kesadaran akan kewajiban menerima dan menyelesaikan semua masalah yang telah dilakukan. Tanggung jawab juga merupakan suatu pengabdian dan pengorbanan.

f. Kerja keras

Bekerja keras didasari dengan adanya kemauan. Kata "kemauan" menimbulkan asosiasi dengan ketekadan, ketekunan, daya tahan, tujuan jelas, daya kerja, pendirian, pengendalian diri, keberanian, ketabahan, keteguhan, tenaga, kekuatan, kelaki-lakian dan pantang mundur. Adalah penting sekali bahwa kemauan pegawai harus berkembang ke taraf yang lebih tinggi, karena harus menguasai diri sepenuhnya lebih dulu untuk bisa menguasai orang lain.

Setiap kali seseorang penuh dengan harapan dan percaya, maka akan menjadi lebih kuat dalam melaksanakan pekerjaannya. Jika interaksi antara individu pegawai dapat dicapai bersama dengan usaha kerja keras maka hasil yang akan dicapai akan semakin optimum. Bekerja keras merupakan hal yang penting guna tercapainya hasil yang sesuai dengan target. Akan tetapi bekerja keras akan menjadi tidak berguna jika tanpa adanya pengetahuan. Di dalam dunia kerja, para pegawai diperlengkapi dengan berbagai ilmu pengetahuan.

g. Sederhana

Gaya hidup pegawai merupakan hal yang penting dalam interaksi dengan masyarakat di sekitarnya. Gaya hidup sederhana sebaiknya perlu dikembangkan sejak pegawai mengenyam masa pekerjaannya. Dengan gaya hidup sederhana, setiap pegawai dibiasakan untuk tidak hidup boros, hidup sesuai dengan kemampuannya dan dapat memenuhi semua kebutuhannya. Kerap kali kebutuhan diidentikkan dengan keinginan semata, padahal tidak selalu kebutuhan sesuai dengan keinginan dan sebaliknya.

Dengan menerapkan prinsip hidup sederhana, pegawai dibina untuk memprioritaskan kebutuhan di atas keinginannya. Prinsip hidup sederhana ini merupakan parameter penting dalam menjalin hubungan antara sesama pegawai karena prinsip ini akan mengatasi permasalahan kesenjangan sosial, iri, dengki, tamak, egois, dan yang sikap-sikap negatif lainnya. Prinsip hidup sederhana juga menghindari seseorang dari keinginan yang berlebihan.

h. Keberanian

Jika kita temui di dalam dunia kerja, ada banyak pegawai yang sedang mengalami kesulitan dan kekecewaan. Meskipun demikian, untuk menumbuhkan sikap keberanian demi mempertahankan pendirian dan keyakinan pegawai, terutama sekali pegawai harus mempertimbangkan

berbagai masalah dengan sebaik baiknya. Nilai keberanian dapat dikembangkan oleh pegawai dalam kehidupan di dunia kerja dan di luar dunia kerja. Antara lain dapat diwujudkan dalam bentuk berani mengatakan dan membela kebenaran, berani mengakui kesalahan, berani bertanggung jawab, dan lain sebagainya. Prinsip akuntabilitas dapat mulai diterapkan oleh pegawai dalam kehidupan sehari-hari sebagai pegawai, misalnya program-program kegiatan harus dibuat dengan mengindahkan aturan yang berlaku di dunia kerja dan dijalankan sesuai dengan aturan.

i. Keadilan

Berdasarkan arti katanya, adil adalah sama berat, tidak berat sebelah, tidak memihak. Bagi pegawai karakter adil ini perlu sekali dibina agar pegawai dapat belajar mempertimbangkan dan mengambil keputusan secara adil dan benar.

3. Prinsip-prinsip anti korupsi

Setelah memahami nilai-nilai anti korupsi yang penting untuk mencegah faktor internal terjadinya korupsi, berikut akan dibahas prinsip-prinsip anti korupsi yang meliputi akuntabilitas, transparansi, kewajaran, kebijakan, dan kontrol kebijakan, untuk mencegah faktor eksternal penyebab korupsi.

Ada 5 (lima) prinsip anti korupsi seperti diilustrasikan pada bagan di bawah ini:

a. Akuntabilitas

Akuntabilitas adalah kesesuaian antara aturan dan pelaksanaan kerja. Semua lembaga mempertanggung jawabkan kinerjanya sesuai aturan main baik dalam bentuk konvensi (*de facto*) maupun konstitusi (*de jure*), baik pada level budaya (individu dengan individu) maupun pada level lembaga (Bappenas, 2002). Lembaga-lembaga tersebut berperan dalam sektor bisnis, masyarakat, publik, maupun interaksi antara ketiga sektor.

Akuntabilitas publik secara tradisional dipahami sebagai alat yang digunakan untuk mengawasi dan mengarahkan perilaku administrasi dengan cara memberikan kewajiban untuk dapat memberikan jawaban (*answerability*) kepada sejumlah otoritas eksternal (Dubnik, 2005).

Selain itu akuntabilitas publik dalam arti yang paling fundamental merujuk kepada kemampuan menjawab kepada seseorang terkait dengan kinerja yang diharapkan (Pierre, 2007). Seseorang yang diberikan jawaban ini haruslah seseorang yang memiliki legitimasi untuk melakukan pengawasan dan mengharapkin kinerja (Prasojo, 2005). Akuntabilitas publik memiliki pola-pola tertentu dalam mekanismenya, antara lain akuntabilitas program, akuntabilitas proses, akuntabilitas keuangan, akuntabilitas *outcome*, akuntabilitas hukum, dan akuntabilitas politik (Puslitbang, 2001).

Dalam pelaksanaannya, akuntabilitas harus dapat diukur dan dipertanggung jawabkan melalui mekanisme pelaporan dan pertanggungjawaban atas semua kegiatan yang dilakukan. Evaluasi atas kinerja administrasi, proses pelaksanaan, dampak dan manfaat yang diperoleh masyarakat baik secara langsung maupun manfaat jangka panjang dari sebuah kegiatan.

b. Transparansi

Prinsip penting anti korupsi lainnya adalah transparansi. Prinsip transparansi ini penting karena pemberantasan korupsi dimulai dari transparansi dan mengharuskan semua proses kebijakan dilakukan secara terbuka, sehingga segala bentuk penyimpangan dapat diketahui oleh publik (Prasojo, 2007).

Selain itu transparansi menjadi pintu masuk sekaligus kontrol bagi seluruh proses dinamika struktural kelembagaan. Dalam bentuk yang paling sederhana, transparansi mengacu pada keterbukaan dan kejujuran untuk saling menjunjung tinggi kepercayaan (*trust*) karena kepercayaan, keterbukaan, dan kejujuran ini merupakan modal awal yang sangat berharga bagi para pegawai untuk dapat melanjutkan tugas dan tanggungjawabnya pada masa kini dan masa mendatang (Kurniawan, 2010). Dalam prosesnya, transparansi dibagi menjadi lima yaitu: 1) Proses penganggaran; 2) Proses penyusunan kegiatan; 3) Proses pembahasan; 4) Proses pengawasan; dan 5) Proses evaluasi.

Proses penganggaran bersifat *bottom up*, mulai dari perencanaan, implementasi, laporan pertanggungjawaban dan penilaian (evaluasi) terhadap kinerja anggaran.

Proses penyusunan kegiatan atau proyek pembangunan terkait dengan proses pembahasan tentang sumber-sumber pendanaan (anggaran pendapatan) dan alokasi anggaran (anggaran belanja).

Proses pembahasan, membahas tentang pembuatan rancangan peraturan yang berkaitan dengan strategi penggalangan (pemungutan) dana, mekanisme pengelolaan proyek mulai dari pelaksanaan tender, pengerjaan teknis, pelaporan finansial dan pertanggungjawaban secara teknis.

Proses pengawasan dalam pelaksanaan program dan proyek pembangunan berkaitan dengan kepentingan publik dan yang lebih khusus lagi adalah proyek-proyek yang diusulkan oleh masyarakat sendiri. Proses lainnya yang penting adalah proses evaluasi.

Proses evaluasi ini berlaku terhadap penyelenggaraan proyek yang dijalankan secara terbuka dan bukan hanya pertanggungjawaban secara administratif, tapi juga secara teknis dan fisik dari setiap *out put* kerja-kerja

pembangunan. Hal-hal tersebut merupakan panduan bagi pegawai untuk dapat melaksanakan kegiatannya agar lebih baik.

Setelah pembahasan prinsip ini, pegawai sebagai individu dan juga bagian dari masyarakat/organisasi/institusi diharapkan dapat mengimplementasikan prinsip transparansi di dalam kehidupan keseharian pegawai.

c. Kewajaran

Prinsip anti korupsi lainnya adalah prinsip kewajaran. Prinsip *fairness* atau kewajaran ini ditujukan untuk mencegah terjadinya manipulasi (ketidakwajaran) dalam penganggaran, baik dalam bentuk *mark up* maupun ketidakwajaran lainnya. Sifat-sifat prinsip kewajaran ini terdiri dari lima hal penting yaitu komprehensif dan disiplin, fleksibilitas, terprediksi, kejujuran, dan informatif.

Komprehensif dan disiplin berarti mempertimbangkan keseluruhan aspek, berkesinambungan, taat asas, prinsip pembebanan, pengeluaran dan tidak melampaui batas (*off budget*), sedangkan fleksibilitas artinya adalah adanya kebijakan tertentu untuk mencapai efisiensi dan efektifitas. Terprediksi berarti adanya ketetapan dalam perencanaan atas dasar asas *value for money* untuk menghindari defisit dalam tahun anggaran berjalan. Anggaran yang terprediksi merupakan cerminan dari adanya prinsip *fairness*.

Prinsip kewajaran dapat mulai diterapkan oleh pegawai dalam kehidupan di dunia kerja, misalnya dalam penyusunan anggaran program kegiatan kepegawaian harus dilakukan secara wajar. Demikian pula dalam menyusun laporan pertanggung-jawaban, harus disusun dengan penuh tanggung-jawab.

d. Kebijakan

Prinsip anti korupsi yang ke-4 adalah prinsip kebijakan. Pembahasan mengenai prinsip ini ditujukan agar pegawai dapat mengetahui dan memahami kebijakan anti korupsi. Kebijakan ini berperan untuk mengatur tata interaksi agar tidak terjadi penyimpangan yang dapat merugikan negara dan masyarakat. Kebijakan anti korupsi ini tidak selalu identik dengan undang-undang antikorupsi, namun bisa berupa undang-undang kebebasan mengakses informasi, undang-undang desentralisasi, undang-undang anti-monopoli, maupun lainnya yang dapat memudahkan masyarakat mengetahui sekaligus mengontrol terhadap kinerja dan penggunaan anggaran negara oleh para pejabat negara.

Aspek-aspek kebijakan terdiri dari isi kebijakan, pembuat kebijakan, pelaksana kebijakan, kultur kebijakan. Kebijakan anti-korupsi akan efektif apabila di dalamnya terkandung unsur-unsur yang terkait dengan persoalan korupsi dan kualitas isi kebijakan tergantung pada kualitas dan integritas pembuatnya.

Kebijakan yang telah dibuat dapat berfungsi apabila didukung oleh aktor-aktor penegak kebijakan, yaitu keKemenkesan, Kejaksaan, pengadilan, pengacara, dan lembaga pemasyarakatan. Eksistensi sebuah kebijakan tersebut terkait dengan nilai-nilai, pemahaman, sikap, persepsi, dan kesadaran masyarakat terhadap hukum atau undang-undang anti korupsi. Lebih jauh lagi, kultur kebijakan ini akan menentukan tingkat partisipasi masyarakat dalam pemberantasan korupsi.

e. Kontrol kebijakan

Prinsip terakhir anti korupsi adalah kontrol kebijakan. Kontrol kebijakan merupakan upaya agar kebijakan yang dibuat betul-betul efektif dan mengeliminasi semua bentuk korupsi. Pada prinsip ini, akan dibahas mengenai lembaga-lembaga pengawasan di Indonesia, *self evaluating organization*, reformasi sistem pengawasan di Indonesia, problematika pengawasan di Indonesia. Bentuk kontrol kebijakan berupa partisipasi, evolusi dan reformasi. Kontrol kebijakan berupa partisipasi, yaitu melakukan kontrol terhadap kebijakan dengan ikut serta dalam penyusunan dan pelaksanaannya dan kontrol kebijakan berupa oposisi.

Tugas/Latihan:

Setelah Anda mempelajari modul ini, diskusikan di dalam kelompok Anda tentang Dampak Pendidikan Budaya Anti Korupsi.

C. Upaya Pencegahan dan Pemberantasan Korupsi

Korupsi masih terjadi secara masif dan sistematis. Praktiknya bisa berlangsung di manapun, di lembaga negara, lembaga privat, hingga di kehidupan sehari-hari. Melihat kondisi seperti itu, maka pencegahan menjadi layak didudukkan sebagai strategi perdananya.

Pada bab sebelumnya telah dijelaskan pengertian korupsi, factor-faktor penyebab korupsi, nilai-nilai yang perlu dikembangkan untuk mencegah seseorang melakukan korupsi atau perbuatan-perbuatan koruptif dan prinsip-prinsip upaya pemberantasan korupsi.

Ada yang mengatakan bahwa upaya yang paling tepat untuk memberantas korupsi adalah menghukum seberat-beratnya pelaku korupsi. Dengan demikian, bidang hukum khususnya hukum pidana akan dianggap sebagai jawaban yang paling tepat untuk memberantas korupsi. Merupakan sebuah realita bahwa kita sudah memiliki berbagai perangkat hukum untuk memberantas korupsi, yaitu peraturan perundang-undangan. Kita memiliki lembaga serta aparat hukum yang mengabdikan untuk menjalankan peraturan tersebut baik keKemenkesan, Kejaksaan, dan pengadilan. Kita bahkan memiliki sebuah lembaga independen yang bernama Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) yang kesemuanya dibentuk salah satunya untuk memberantas korupsi.

Namun apa yang terjadi? Korupsi tetap tumbuh subur dan berkembang dengan pesat. Sedihnya lagi, dalam realita ternyata lembaga dan aparat yang telah ditunjuk tersebut dalam beberapa kasus justru ikut menumbuhsururkan korupsi yang terjadi di Indonesia.

Ada pula pendapat yang mengatakan bahwa bekal pekerjaan (termasuk Pekerjaan Agama) memegang peranan yang sangat penting untuk mencegah korupsi. Benarkah demikian? Yang cukup mengejutkan, negara-negara yang tingkat korupsinya cenderung tinggi, justru adalah negara-negara yang masyarakatnya dapat dikatakan cukup taat beragama. Ada yang mengatakan bahwa untuk memberantas korupsi, sistem dan lembaga pemerintahan serta lembaga-lembaga negara harus direformasi.

Apa saja yang harus direformasi?

Reformasi ini meliputi reformasi terhadap:

- Sistem
- Kelembagaan maupun pejabat publiknya
- Ruang untuk korupsi harus diperkecil
- Transparansi dan akuntabilitas serta
- Akses untuk mempertanyakan apa yang dilakukan pejabat publik harus ditingkatkan

Pada bagian atau bab ini, akan dipaparkan berbagai upaya pencegahan dan pemberantasan korupsi yang dapat dan telah dipraktikkan di berbagai negara. Ada beberapa bahan menarik yang dapat didiskusikan dan digali bersama untuk melihat upaya yang dapat kita lakukan untuk memberantas korupsi.

1. Upaya pencegahan korupsi

Berikut akan dipaparkan berbagai upaya atau strategi yang dilakukan untuk memberantas korupsi yang dikembangkan oleh *United Nations* yang dinamakan *The Global Program Against Corruption* dan dibuat dalam bentuk *United Nations Anti-Corruption Toolkit* (UNODC, 2004).

a. Pembentukan Lembaga Anti Korupsi

Salah satu cara untuk memberantas korupsi adalah dengan membentuk lembaga yang independen yang khusus menangani korupsi. Sebagai contoh di beberapa negara didirikan lembaga yang dinamakan *Ombudsman*. Peran lembaga *Ombudsman* yang kemudian berkembang pula di negara lain, antara lain menyediakan sarana bagi masyarakat yang hendak *mengkomplain* apa yang dilakukan oleh Lembaga Pemerintah dan pegawainya. Selain itu lembaga ini juga memberikan edukasi pada pemerintah dan masyarakat serta mengembangkan standar perilaku serta *code of conduct* bagi lembaga pemerintah maupun lembaga hukum yang membutuhkan. Salah satu peran dari *Ombudsman* adalah mengembangkan kepedulian serta pengetahuan masyarakat mengenai hak mereka untuk mendapat perlakuan yang baik, jujur dan efisien dari pegawai pemerintah (UNODC, 2004).

Bagaimana dengan Indonesia?

Kita sudah memiliki Lembaga yang secara khusus dibentuk untuk memberantas korupsi. Lembaga tersebut adalah Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK). Hal lain yang perlu diperhatikan adalah memperbaiki kinerja lembaga peradilan.

Apa saja yang sudah dilakukan oleh Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) untuk mencegah dan memberantas korupsi? Adakah yang masih harus diperbaiki dari kinerja KPK yang merupakan lembaga independen anti korupsi yang ada di Indonesia?

Ada beberapa negara yang tidak memiliki lembaga khusus yang memiliki kewenangan seperti KPK. Namun tingkat korupsi di negara-negara tersebut sangat rendah. Mengapa? Salah satu jawabannya adalah lembaga peradilannya telah berfungsi dengan baik dan aparat penegak hukumnya bekerja dengan penuh integritas.

Bagaimana dengan Indonesia?

Tingkat keKemenkesan, kejaksanaan, pengadilan dan Lembaga Pemasyarakatan. Pengadilan adalah jantungnya penegakan hukum yang harus bersikap imparisial (tidak memihak), jujur dan adil. Banyak kasus korupsi yang tidak terjerat oleh hukum karena kinerja lembaga peradilan yang sangat buruk. Bila kinerjanya buruk karena tidak mampu (*unable*), mungkin masih dapat dimaklumi. Ini berarti pengetahuan serta ketrampilan aparat penegak hukum harus ditingkatkan. Yang menjadi masalah adalah bila mereka tidak mau (*unwilling*) atau tidak memiliki keinginan yang kuat (*strong political will*) untuk memberantas korupsi, atau justru terlibat dalam berbagai perkara korupsi.

Di tingkat Kementerian, kinerja lembaga-lembaga audit seperti Inspektorat Jenderal harus ditingkatkan. Selama ini ada kesan bahwa lembaga ini sama sekali 'tidak punya gigi' ketika berhadapan dengan korupsi yang melibatkan pejabat tinggi. Reformasi birokrasi dan reformasi pelayanan publik adalah salah satu cara untuk mencegah korupsi.

Semakin banyak meja yang harus dilewati untuk mengurus suatu hal, semakin banyak pula kemungkinan untuk terjadinya korupsi. Salah satu cara untuk menghindari praktik suap menyuap dalam rangka pelayanan publik adalah dengan mengumumkan secara resmi biaya yang harus dikeluarkan oleh seseorang untuk mengurus suatu hal seperti mengurus paspor, mengurus SIM, mengurus ijin usaha atau Ijin Mendirikan Bangunan (IMB), dan lain-lain. Salah satu hal yang juga cukup krusial untuk mengurangi risiko korupsi adalah dengan memperbaiki dan memantau kinerja Pemerintah Daerah. Sebelum Otonomi Daerah diberlakukan, umumnya semua kebijakan diambil oleh Pemerintah Pusat. Dengan demikian korupsi besar-besaran

umumnya terjadi di Ibukota negara atau di Jakarta. Dengan otonomi yang diberikan kepada Pemerintah Daerah, kantong korupsi tidak terpusat hanya di ibukota negara saja tetapi berkembang di berbagai daerah. Untuk itu kinerja dari aparat pemerintahan di daerah juga perlu diperbaiki dan dipantau atau diawasi terbukti melakukan korupsi.

Selain sistem perekrutan, sistem penilaian kinerja pegawai negeri yang menitikberatkan pada pada proses (*proccess oriented*) dan hasil kerja akhir (*result oriented*) perlu dikembangkan. Untuk meningkatkan budaya kerja dan motivasi kerja pegawai negeri, bagi pegawai negeri yang berprestasi perlu diberi insentif yang sifatnya positif. Pujian dari atasan, penghargaan, bonus atau jenis insentif lainnya dapat memacu kinerja pegawai negeri.

b. Pencegahan sosial dan pemberdayaan masyarakat

Salah satu upaya pencegahan korupsi adalah memberi hak pada masyarakat untuk mendapatkan akses terhadap informasi (*access to information*). Sebuah sistem harus dibangun di mana kepada masyarakat (termasuk media) diberikan hak meminta segala informasi yang berkaitan dengan kebijakan pemerintah yang mempengaruhi hajat hidup orang banyak. Hak ini dapat meningkatkan keinginan pemerintah untuk membuat kebijakan dan menjalankannya secara transparan.

Pemerintah memiliki kewajiban melakukan sosialisasi atau diseminasi berbagai kebijakan yang dibuat dan akan dijalankan. Isu mengenai *public awareness* atau kesadaran serta kepedulian publik terhadap bahaya korupsi dan isu pemberdayaan masyarakat adalah salah satu bagian.

c. Pencegahan korupsi di sektor publik

Salah satu cara untuk mencegah korupsi adalah dengan mewajibkan pejabat publik untuk melaporkan dan mengumumkan jumlah kekayaan yang dimiliki baik sebelum maupun sesudah menjabat. Dengan demikian masyarakat dapat memantau tingkat kewajaran peningkatan jumlah kekayaan yang dimiliki khususnya apabila ada peningkatan jumlah kekayaan setelah selesai menjabat. Untuk kontrak pekerjaan atau pengadaan barang baik di pemerintahan pusat, daerah maupun militer, salah satu cara untuk memperkecil potensi korupsi adalah dengan melakukan lelang atau penawaran secara terbuka.

Masyarakat harus diberi otoritas atau akses untuk dapat memantau dan memonitor hasil dari pelelangan atau penawaran tersebut. Untuk itu harus dikembangkan sistem yang dapat memberi kemudahan bagi masyarakat untuk ikut memantau ataupun memonitor hal ini yang sangat penting dari upaya memberantas korupsi.

Salah satu cara untuk meningkatkan *public awareness* adalah dengan melakukan kampanye tentang bahaya korupsi. Sosialisasi serta diseminasi di

ruang publik mengenai apa itu korupsi, dampak korupsi dan bagaimana memerangi korupsi harus diintensifkan. Kampanye tersebut dapat dilakukan dengan menggunakan media massa (baik cetak maupun tertulis), melakukan seminar dan diskusi.

Spanduk dan poster yang berisi ajakan untuk menolak segala bentuk korupsi 'harus' dipasang di kantor-kantor pemerintahan sebagai media kampanye tentang bahaya korupsi bahkan memasukkan materi budaya anti korupsi menjadi bagian dari pembelajaran pada pelatihan bagi aparatur sipil negara.

Salah satu cara untuk ikut memberdayakan masyarakat dalam mencegah dan memberantas korupsi adalah dengan menyediakan sarana bagi masyarakat untuk melaporkan kasus korupsi. Sebuah mekanisme harus dikembangkan dimana masyarakat dapat dengan mudah dan bertanggungjawab melaporkan kasus korupsi yang diketahuinya. Mekanisme tersebut harus dipermudah atau disederhanakan misalnya via telepon atau surat.

Di beberapa Negara, pasal mengenai 'fitnah' dan "pencemaran nama baik" tidak dapat diberlakukan untuk mereka yang melaporkan kasus korupsi dengan pemikiran bahwa bahaya korupsi dianggap lebih besar dari pada kepentingan individu. Pers yang bebas adalah salah satu pilar dari demokrasi. Semakin banyak informasi yang diterima oleh masyarakat, semakin paham mereka akan bahaya korupsi. Media memiliki fungsi yang efektif untuk melakukan pengawasan atas perilaku pejabat publik. Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) atau NGOs baik tingkat lokal atau internasional juga memiliki peranan penting untuk mencegah dan memberantas korupsi. Mereka adalah bagian dari masyarakat sipil (*civil society*) yang keberadaannya tidak dapat diremehkan begitu saja. Sejak era reformasi, LSM baru yang bergerak di bidang anti korupsi banyak bermunculan. Sama seperti pers yang bebas, LSM memiliki fungsi untuk melakukan pengawasan atas perilaku pejabat publik.

Mengacu pada berbagai aspek yang dapat menjadi penyebab terjadinya korupsi sebagaimana telah dipaparkan dalam bab sebelumnya, dapat dikatakan bahwa penyebab korupsi terdiri atas faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal merupakan penyebab korupsi yang datangnya dari diri pribadi atau individu, sedangkan faktor eksternal berasal dari lingkungan atau sistem. Upaya pencegahan korupsi pada dasarnya dapat dilakukan dengan menghilangkan, atau setidaknya mengurangi kedua faktor penyebab korupsi tersebut. Faktor internal sangat ditentukan oleh kuat tidaknya nilai-nilai anti korupsi tertanam dalam diri setiap individu. Nilai-nilai anti korupsi tersebut antara lain meliputi kejujuran, kemandirian, kedisiplinan, tanggung jawab, kerja keras, sederhana, keberanian, dan keadilan.

Nilai-nilai anti korupsi itu perlu diterapkan oleh setiap individu untuk dapat mengatasi faktor eksternal agar korupsi tidak terjadi. Untuk mencegah terjadinya faktor eksternal, selain memiliki nilai-nilai anti korupsi, setiap individu perlu memahami dengan mendalam prinsip-prinsip anti korupsi yaitu akuntabilitas, transparansi, kewajaran, kebijakan, dan kontrol kebijakan dalam suatu organisasi/institusi/masyarakat. Oleh karena itu hubungan antara prinsip-prinsip dan nilai-nilai anti korupsi merupakan satu kesatuan yang tidak dapat dipisahkan.

2. Upaya pemberantasan korupsi

Tidak ada jawaban yang tunggal dan sederhana untuk menjawab mengapa korupsi timbul dan berkembang demikian masif di suatu negara. Ada yang menyatakan bahwa korupsi ibarat penyakit 'kanker ganas' yang sifatnya tidak hanya kronik tapi juga akut. Ia menggerogoti perekonomian sebuah negara secara perlahan, namun pasti. Penyakit ini menempel pada semua aspek bidang kehidupan masyarakat, sehingga sangat sulit untuk diberantas. Perlu dipahami bahwa di manapun dan sampai pada tingkatan tertentu, korupsi memang akan selalu ada dalam suatu negara atau masyarakat.

Dalam pemberantasan korupsi sangat penting untuk menghubungkan strategi atau upaya pemberantasan korupsi dengan melihat karakteristik dari berbagai pihak yang terlibat serta lingkungan di mana mereka bekerja atau beroperasi. Tidak ada jawaban, konsep atau program tunggal untuk setiap negara atau organisasi.

Upaya yang paling tepat untuk memberantas korupsi adalah dengan memberikan pidana atau menghukum seberat-beratnya pelaku korupsi. Dengan demikian bidang hukum khususnya hukum pidana akan dianggap sebagai jawaban yang paling tepat untuk memberantas korupsi. Benarkah demikian? Untuk memberantas korupsi tidak dapat hanya mengandalkan hukum (pidana) saja dalam memberantas korupsi. Padahal beberapa kalangan mengatakan bahwa cara untuk memberantas korupsi yang paling ampuh adalah dengan memberikan hukuman yang seberat-beratnya kepada pelaku korupsi. Kepada pelaku yang terbukti telah melakukan korupsi memang tetap harus dihukum (diberi pidana), namun berbagai upaya lain harus tetap terus dikembangkan baik untuk mencegah korupsi maupun untuk menghukum pelakunya.

Adakah gunanya berbagai macam peraturan perundang-undangan, lembaga serta sistem yang dibangun untuk menghukum pelaku korupsi bila hasilnya tidak ada? Jawabannya adalah: jangan hanya mengandalkan satu cara, satu sarana atau satu strategi saja, yakni dengan menggunakan sarana penal, karena ia tidak akan mempan dan tidak dapat bekerja secara efektif. Belum lagi kalau kita lihat bahwa ternyata lembaga serta aparat yang seharusnya memberantas korupsi justru ikut bermain dan menjadi aktor yang ikut menumbuhkan praktik korupsi.

3. Strategi komunikasi pemberantasan korupsi

- a. Adanya Kepmenkes No. 232 Menkes/Sk/VI/2013 tentang Strategi Komunikasi Pemberantasan Budaya Anti Korupsi Kementerian Kesehatan Tahun 2013.
 - Penyusunan dan sosialisasai Buku Panduan Penggunaan Fasilitas Kantor
 - Penyusunan dan sosialisasi Buku Panduan Memahami Gratifikasi
 - Workshop/pertemuan peningkatan pemahaman tentang anti korupsi dengan topik tentang gaya hidup PNS, kesederhanaan, perencanaan keuangan keluarga sesuai dengan kemampuan lokus
 - Penyebarluasan nilai-nilai anti korupsi (disiplin dan tanggung jawab) berkaitan dengan kebutuhan pribadi dan persepsi gratifikasi
 - Penyebarluasan informasi tentang peran penting dan manfaat *whistle blower* dan *justice collaborator*.
- b. Perbaiki sistem
 - Memperbaiki peraturan-perundangan yang berlaku, untuk mengantisipasi perkembangan korupsi dan menutup celah hukum atau pasal-pasal karet yang sering digunakan koruptor melepaskan diri dari jerat hukum.
 - Memperbaiki cara kerja pemerintahan (birokrasi) menjadi simpel dan efisien. Menciptakan lingkungan kerja yang anti korupsi dan reformasi birokrasi.
 - Memisahkan secara tegas kepemilikan negara dan kepemilikan pribadi, memberikan aturan yang jelas tentang penggunaan fasilitas negara untuk kepentingan umum dan penggunaannya untuk kepentingan pribadi.
 - Menegakkan etika profesi dan tata tertib lembaga dengan pemberian sanksi secara tegas
 - Penerapan prinsip-prinsip *Good Governance*.
 - Mengoptimalkan pemanfaatan teknologi, memperkecil terjadinya *human error*.
- c. Perbaiki manusianya
 - Komisi Pemberantasan Korupsi terus berusaha melakukan pencegahan korupsi sejak dini. Berdasarkan studi yang telah dilakukan, ditemukan bahwa ada peran penting keluarga dalam menanamkan nilai anti korupsi.
 - Berdasarkan kajian yang telah dilakukan, ditemukan bahwa ada peran penting keluarga dalam proses pencegahan korupsi. Keluarga batih menjadi pihak pertama yang bisa menanamkan nilai anti korupsi saat anak dalam proses pertumbuhan. Keluarga batih itu adalah pihak pertama yang bisa menanamkan nilai anti korupsi ke anak. Seiring anak tumbuh, nilai anti korupsi itu semakin mantap.
 - Komisi Pemberantasan Korupsi menekankan pencegahan korupsi sejak dini. Sebabnya, ketika seseorang sudah beranjak dewasa dan memiliki pemahaman sendiri, penanaman nilai anti korupsi akan susah ditanamkan. Ketika orang sudah dewasa, apalagi dia adalah orang yang pandai dan cerdas, sangat susah menanamkan nilai anti korupsi karena mereka sudah punya pemahaman sendiri.

- Memperbaiki moral manusia sebagai umat beriman. Mengoptimalkan peran agama dalam memberantas korupsi. Artinya pemuka agama berusaha mempererat ikatan emosional antara agama dengan umatnya dan menyatakan dengan tegas bahwa korupsi adalah perbuatan tercela, mengajak masyarakat untuk menjauhkan diri dari segala bentuk korupsi, mendewasakan iman dan menumbuhkan keberanian masyarakat untuk melawan korupsi.
- Memperbaiki moral sebagai suatu bangsa. Pengalihan loyalitas (kesetiaan) dari keluarga/klan/suku kepada bangsa. Menolak korupsi karena secara moral salah (Klitgaard, 2001). Morele herbewapening, yaitu mempersenjatai/memberdayakan kembali moral bangsa (Frans Seda, 2003).
- Meningkatkan kesadaran hukum, dengan sosialisasi dan penkerjaan anti korupsi.
- Mengentaskan kemiskinan, meningkatkan kesejahteraan.
- Memilih pemimpin yang bersih, jujur dan anti korupsi, pemimpin yang memiliki kepedulian dan cepat tanggap, pemimpin yang bisa menjadi teladan.

Bagaimana cara penanggulangan korupsi?

Cara penanggulangan korupsi adalah bersifat preventif dan represif. Pencegahan (preventif) yang perlu dilakukan adalah dengan menumbuhkan dan membangun etos kerja pejabat maupun pegawai tentang pemisahan yang jelas antara milik negara atau perusahaan dengan milik pribadi, mengusahakan perbaikan penghasilan (gaji), menumbuhkan kebanggaan kebanggaan dan atribut kehormatan diri setiap jabatan dan pekerjaan, teladan dan pelaku pimpinan atau atasan lebih efektif dalam memasyarakatkan pandangan, penilaian dan kebijakan, terbuka untuk kontrol, adanya kontrol sosial dan sanksi sosial, dan pendidikan dapat menjadi instrumen penting bila dilakukan dengan tepat bagi upaya pencegahan tumbuh dan berkembangnya korupsi.

Sementara itu untuk tindakan represif penegakan hukum dan hukuman yang berat perlu dilaksanakan dan apabila terkait dengan implementasinya maka aspek individu penegak hukum menjadi dominan, dalam perspektif ini pendidikan juga akan berperan penting di dalamnya.

Tugas/Latihan:

Setelah Anda mempelajari modul ini bagaimana komentar Anda terhadap

1. Berbagai upaya atau strategi yang dilakukan untuk memberantas korupsi yang dikembangkan dalam upaya pencegahan korupsi secara tepat dan benar seperti yang Anda pelajari pada modul ini, bagaimana pandangan Anda terhadap upaya-upaya yang dilakukan oleh Indonesia?
2. Dalam pemberantasan korupsi sangat penting untuk menghubungkan strategi atau upaya pemberantasan korupsi dengan melihat karakteristik dari berbagai pihak yang terlibat serta lingkungan dimana mereka bekerja atau beroperasi. Bagaimana komentar Anda terhadap pernyataan tersebut terkait dengan upaya pemberantasan korupsi dengan benar.

3. Apakah strategi komunikasi Pemberantasan Anti Korupsi (PAK) seperti yang Anda pelajari pada pokok bahasan tersebut, yaitu dengan adanya regulasi, perbaikan sistem, dan perbaikan manusianya, merupakan cara yang efektif untuk memberantas korupsi. Diskusikan di dalam kelompok Anda!

D. Tata Cara Pelaporan Dugaan Pelanggaran Tindak Pidana Korupsi (TPK)

Dalam menjalani aktivitas sehari-hari dilingkup perusahaan mungkin kita melihat ada beberapa “oknum” pejabat yang melakukan tindak pidana korupsi namun kita bingung bagaimana cara melaporkan kasus tersebut.

Pengertian Laporan/ pengaduan dapat kita temukan didalam Pasal 1 angka 24 dan 25 UU No. 8 Tahun 1981 tentang Kitab Undang-undang Hukum Acara Pidana (KUHAP). Laporan adalah pemberitahuan yang disampaikan oleh seorang karena hak atau kewajiban berdasarkan undang-undang kepada pejabat yang berwenang tentang telah atau sedang atau diduga akan terjadinya peristiwa pidana.(Pasal 1 angka 24 KUHAP). Sedangkan yang dimaksud dengan pengaduan adalah Pengaduan adalah pemberitahuan disertai permintaan oleh pihak yang berkepentingan kepada pejabat yang berwenang untuk menindak menurut hukum seorang yang telah melakukan tindak pidana aduan yang merugikannya (Pasal 1 angka 25 KUHAP).

1. Laporan

Dari pengertian di atas, laporan merupakan suatu bentuk pemberitahuan kepada pejabat yang berwenang bahwa telah ada atau sedang atau diduga akan terjadinya sebuah peristiwa pidana/kejahatan. Artinya, peristiwa yang dilaporkan belum tentu perbuatan pidana, sehingga dibutuhkan sebuah tindakan penyelidikan oleh pejabat yang berwenang terlebih dahulu untuk menentukan perbuatan tersebut merupakan tindak pidana atau bukan. Kita sebagai orang yang melihat suatu tidak kejahatan memiliki kewajiban untuk melaporkan tindakan tersebut. Selanjutnya, di mana kita melapor? Dalam hal jika Anda ingin melaporkan suatu tindak pidana korupsi yang terjadi di lingkungan Kementerian Kesehatan, saat ini Kementerian Kesehatan melalui Inspektorat Jenderal sudah mempunyai mekanisme pengaduan tindak pidana korupsi.

Mekanisme pelaporan

- a. Tim Dumasdu pada unit Eselon 1 setiap bulan menyampaikan laporan penanganan pengaduan masyarakat dalam bentuk surat kepada Sekretariat Tim Dumasdu. Laporan tersebut minimal memuat informasi tentang nomor dan tanggal pengaduan, isi ringkas pengaduan, posisi penanganan dan hasil penanganan.
- b. Sekretariat Tim Dumasdu menyusun laporan triwulanan dan semesteran untuk disampaikan kepada Menteri Kesehatan dan Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi dan pihak-pihak terkait lainnya.

2. Pengaduan

Pengaduan yang dapat bersumber dari berbagai pihak dengan berbagai jenis pengaduan, perlu diproses ke dalam suatu sistem yang memungkinkan adanya penanganan dan solusi terbaik dan dapat memuaskan keinginan publik terhadap akuntabilitas pemerintahan. Ruang lingkup materi dalam pengaduan adalah adanya kepastian telah terjadi sebuah tindak pidana yang termasuk dalam delik aduan, dimana tindakan seorang pengadu yang mengadukan permasalahan pidana delik aduan harus segera ditindak lanjuti dengan sebuah tindakan hukum berupa serangkaian tindakan penyidikan berdasarkan peraturan perundang-undangan. Artinya dalam proses penerimaan pengaduan dari masyarakat, seorang pejabat yang berwenang dalam hal ini internal di Kementerian Kesehatan khususnya Inspektorat Jenderal, harus bisa menentukan apakah sebuah peristiwa yang dilaporkan oleh seorang pengadu merupakan sebuah tindak pidana delik aduan atautkah bukan.

Penyelesaian hasil penanganan pengaduan masyarakat, Sekretariat Tim Dumasdu secara periodik melakukan monitoring dan evaluasi (monev) terhadap hasil ADTT/Investigasi, berkoordinasi dengan Bagian Analisis Pelaporan dan Tindak Lanjut Hasil Pemeriksaan (APTLHP). Pelaksanaan monev dan penyusunan laporan hasil monev dilakukan sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang berlaku pada Inspektorat Jenderal.

Penyelesaian hasil penanganan dumas agar ditindaklanjuti sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku, berupa:

- a. Tindakan administratif;
- b. Tuntutan perbendaharaan dan ganti rugi;
- c. Tindakan perbuatan pidana;
- d. Tindakan pidana; dan
- e. Perbaikan manajemen.

3. Tata cara penyampaian pengaduan

Prosedur penerimaan laporan kepada Kemenkes adalah berdasarkan Permenkes Nomor 49 Tahun 2012 tentang Pengaduan Kasus Korupsi. Pengaduan masyarakat di Lingkungan Kementerian Kesehatan dikelompokkan dalam:

- a. Pengaduan masyarakat berkadar pengawasan; dan
- b. Pengaduan masyarakat tidak berkadar pengawasan.

Pengaduan masyarakat berkadar pengawasan mengandung informasi atau adanya indikasi terjadinya penyimpangan atau penyalahgunaan wewenang yang dilakukan oleh aparatur Kementerian Kesehatan sehingga mengakibatkan kerugian masyarakat atau negara. Pengaduan masyarakat tidak berkadar pengawasan merupakan pengaduan masyarakat yang isinya mengandung informasi berupa sumbang saran, kritik yang konstruktif, dan lain sebagainya, sehingga bermanfaat bagi perbaikan penyelenggaraan pemerintahan dan pelayanan masyarakat. Masyarakat terdiri atas orang perorangan, organisasi

masyarakat, partai politik, institusi, kementerian/lembaga pemerintah, dan pemerintah daerah.

Pengaduan masyarakat di lingkungan Kementerian Kesehatan dapat disampaikan secara langsung melalui tatap muka, atau secara tertulis/surat, media elektronik, dan media cetak kepada pimpinan atau pejabat Kementerian Kesehatan. Pengaduan masyarakat berkadar pengawasan dapat disampaikan secara langsung oleh masyarakat kepada Sekretariat Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan. Pengaduan masyarakat tidak berkadar pengawasan dapat disampaikan secara langsung oleh masyarakat kepada sekretariat unit utama di lingkungan Kementerian Kesehatan. Pengaduan masyarakat di lingkungan Kementerian Kesehatan harus ditanggapi dalam waktu paling lambat 14 (empat belas) hari kerja sejak pengaduan diterima.

Tim Penanganan Pengaduan Masyarakat Terpadu di Lingkungan Kemenkes Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1144/Menkes/Per/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, Inspektorat Jenderal mempunyai tugas melaksanakan pengawasan intern di lingkungan Kementerian Kesehatan, sehingga dalam rangka melaksanakan fungsi tersebut perlu suatu pedoman penanganan pengaduan masyarakat yang juga merupakan bentuk pengawasan. Selain itu untuk penanganan pengaduan masyarakat secara terkoordinasi di lingkungan Kementerian Kesehatan telah diterbitkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 134/Menkes/SK/ III/ 2012 tentang Tim Penanganan Pengaduan Masyarakat Terpadu di Lingkungan Kementerian Kesehatan (Tim Dumasdu) yang anggotanya para Kepala Bagian Hukormas yang ada pada masing-masing unit Eselon 1 di Kementerian Kesehatan. Pengaduan masyarakat di lingkungan Kementerian Kesehatan ditangani oleh Tim Penanganan Pengaduan Masyarakat Terpadu di Lingkungan Kementerian Kesehatan yang dibentuk oleh Menteri berdasarkan kewenangan masing-masing.

Penanganan pengaduan masyarakat terpadu di lingkungan Kementerian Kesehatan harus dilakukan secara cepat, tepat, dan dapat dipertanggungjawabkan. Penanganan pengaduan masyarakat meliputi pencatatan, penelaahan, penanganan lebih lanjut, pelaporan, dan pengarsipan. Penanganan lebih lanjut berupa tanggapan secara langsung melalui klarifikasi atau memberi jawaban, dan penyaluran/penerusan kepada unit terkait yang berwenang menangani. Ketentuan lebih lanjut mengenai penanganan pengaduan masyarakat tercantum dalam Pedoman Penanganan Pengaduan Masyarakat Terpadu di Lingkungan Kementerian Kesehatan.

4. Pencatatan pengaduan

Pada dasarnya pengaduan disampaikan secara tertulis. Walaupun peraturan yang ada menyebutkan bahwa pengaduan dapat dilakukan secara lisan, tetapi untuk lebih meningkatkan efektifitas tindak lanjut atas suatu perkara, maka pengaduan yang diterima masyarakat hanya berupa pengaduan tertulis.

Pencatatan pengaduan masyarakat oleh Tim Dumasdu dilakukan sebagai berikut:

- a. Pengaduan masyarakat (dumas) yang diterima oleh Tim Dumasdu pada unit Eselon 1 berasal dari organisasi masyarakat, partai politik, perorangan atau penerusan pengaduan oleh kementerian/lembaga/komisi negara dalam bentuk surat, fax, atau email, dicatat dalam agenda surat masuk secara manual atau menggunakan aplikasi sesuai dengan prosedur pengadministrasian/tata persuratan yang berlaku. Pengaduan yang disampaikan secara lisan agar dituangkan ke dalam formulir yang disediakan.
- b. Pencatatan dumas tersebut sekurang-kurangnya memuat informasi tentang nomor dan tanggal surat pengaduan, tanggal diterima, identitas pengadu, identitas terlapor, dan inti pengaduan.
- c. Pengaduan yang alamatnya jelas, segera dijawab secara tertulis dalam waktu paling lambat 14 (empat belas) hari kerja sejak surat pengaduan diterima, dengan tembusan disampaikan kepada Sekretariat Tim Dumasdu pada Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan.

Latihan:

Setelah Anda mempelajari pokok bahasan tersebut di atas, ada dua hal penting yang perlu didiskusikan lebih lanjut di dalam kelompok masing-masing, yaitu perihal laporan dan pengaduan. Apa beda yang prinsip antara laporan dan pengaduan dan bagaimana tatacara untuk laporan dan pengaduan.

E. Gratifikasi

1. Pengertian gratifikasi

Apa itu gratifikasi?

Bagi sebagian orang mungkin sudah mengetahui apa yang dimaksud dengan kata gratifikasi. Ada yang menafsirkan kata tersebut sesuatu yang berarti “gratis di kasih”. Gratifikasi menurut kamus hukum berasal dari Bahasa Belanda: *gratificatie*, atau Bahasa Inggrisnya: *gratification* yang diartikan hadiah uang. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI,1998) gratifikasi diartikan pemberian hadiah uang kepada pegawai di luar gaji yang telah ditentukan.

Menurut UU No. 31 Tahun 1999 jo. UU No. 20 Tahun 2001 tentang Pemberantasan Tindak Pidana Korupsi, Penjelasan Pasal 12b ayat (1), gratifikasi adalah pemberian dalam arti luas, yakni meliputi pemberian uang, barang, rabat (*discount*), komisi, pinjaman tanpa bunga, tiket perjalanan, fasilitas penginapan, perjalanan wisata, pengobatan cuma-cuma, dan fasilitas lainnya. Gratifikasi tersebut baik yang diterima di dalam negeri maupun di luar negeri dan yang dilakukan dengan menggunakan sarana elektronik atau tanpa sarana elektronik.

Ada beberapa contoh penerimaan gratifikasi, diantaranya yakni:

- Seorang pejabat negara menerima “uang terima kasih” dari pemenang lelang;
- Suami/istri/anak pejabat memperoleh *voucher* belanja dan tiket tamasya ke luar negeri dari mitra bisnis istrinya/suaminya;
- Seorang pejabat yang baru diangkat memperoleh mobil sebagai tanda perkenalan dari pelaku usaha di wilayahnya;
- Seorang petugas perijinan memperoleh uang “terima kasih” dari pemohon ijin yang sudah dilayani; dan
- Pemberian bantuan fasilitas kepada pejabat Eksekutif, Legislatif dan Yudikatif tertentu, seperti: bantuan perjalanan dan penginapan, honor-honor yang tinggi kepada pejabat-pejabat walaupun dituangkan dalam SK yang resmi, memberikan fasilitas olah raga (misalnya golf, dan lain-lain), memberikan hadiah pada *event-event* tertentu (misalnya bingkisan hari raya, pernikahan, khitanan, dan lain-lain).

Pemberian gratifikasi tersebut umumnya banyak memanfaatkan momen-momen ataupun peristiwa-peristiwa yang cukup baik, seperti: pada hari-hari besar keagamaan (hadiah hari raya tertentu), hadiah perkawinan, hari ulang tahun, keuntungan bisnis, dan pengaruh jabatan.

Pengecualian UU No. 20 Tahun 2001 Pasal 12c ayat (1): Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12b ayat (1) tidak berlaku, jika penerima melaporkan gratifikasi yang diterimanya kepada Komisi Pemberantasan Tindak Pidana Korupsi.

2. Landasan hukum

Aspek hukum gratifikasi meliputi tiga unsur yaitu: 1) Dasar hukum; 2) Subyek hokum; dan 3) Obyek hokum.

Ada dua **dasar hukum** dalam gratifikasi yaitu: 1) UU No. 30 Tahun 2002 dan 2) UU No 20 Tahun 2001. Menurut UU Nomor 30 Tahun 2002 tentang Komisi Pemberantasan Tindak Pidana Korupsi pasal 16: “setiap PNS atau Penyelenggara Negara yang menerima gratifikasi wajib melaporkan kepada KPK”. Menurut UU No. 20 tahun 2001 tentang Pemberantasan Tindak Korupsi pasal 12c ayat (1) tidak berlaku, jika penerima melaporkan gratifikasi yang diterimanya kepada KPK. Ayat 2 penyampaian laporan sebagaimana dimaksud dalam ayat 1 wajib dilakukan oleh penerima gratifikasi paling lambat 30 hari kerja terhitung sejak tanggal gratifikasi tersebut diterima.

Subyek hukum terdiri dari: 1) Penyelenggara negara, dan 2) Pegawai negeri. Penyelenggara negara meliputi: pejabat negara pada lembaga tertinggi negara, pejabat negara pada lembaga tinggi negara, menteri, gubernur, hakim, pejabat lain yang memiliki fungsi strategis dalam kaitannya dalam penyelenggaraan sesuai dengan ketentuan peraturan-perundangan yang berlaku. Pegawai Negeri Sipil meliputi pegawai negeri sipil sebagaimana yang dimaksud dalam UU kepegawaian, pegawai negeri sipil sebagaimana yang dimaksud dalam kitab UU

hukum pidana, orang yang menerima gaji atau upah dari keuangan negara atau daerah, orang yang menerima gaji atau upah dari suatu korporasi yang menerima bantuan dari keuangan negara atau daerah, orang yang menerima gaji atau upah dari korporasi lain yang mempergunakan modal atau fasilitas negara atau rakyat.

Obyek hukum gratifikasi meliputi: 1) Uang; 2) Barang, dan; 3) Fasilitas.

3. Gratifikasi dikatakan sebagai tindak pidana korupsi

Gratifikasi dikatakan sebagai pemberian suap jika berhubungan dengan jabatannya dan yang berlawanan dengan kewajiban atau tugasnya, dengan ketentuan: Suatu gratifikasi atau pemberian hadiah berubah menjadi suatu yang perbuatan pidana suap khususnya pada seorang penyelenggara negara atau pegawai negeri adalah pada saat penyelenggara negara atau pegawai negeri tersebut melakukan tindakan menerima suatu gratifikasi atau pemberian hadiah dari pihak manapun sepanjang pemberian tersebut diberikan berhubungan dengan jabatan ataupun pekerjaannya. Bentuknya: Pemberian tanda terima kasih atas jasa yang telah diberikan oleh petugas, dalam bentuk barang, uang, dan fasilitas.

4. Contoh gratifikasi

Contoh pemberian yang dapat digolongkan sebagai gratifikasi, antara lain:

- Pemberian hadiah atau uang sebagai ucapan terima kasih karena telah dibantu;
- Hadiah atau sumbangan dari rekanan yang diterima pejabat pada saat perkawinan anaknya;
- Pemberian tiket perjalanan kepada pejabat/pegawai negeri atau keluarganya untuk keperluan pribadi secara cuma-cuma;
- Pemberian potongan harga khusus bagi pejabat/pegawai negeri untuk pembelian barang atau jasa dari rekanan;
- Pemberian biaya atau ongkos naik haji dari rekanan kepada pejabat/pegawai negeri;
- Pemberian hadiah ulang tahun atau pada acara-acara pribadi lainnya dari rekanan;
- Pemberian hadiah atau *souvenir* kepada pejabat/pegawai negeri pada saat kunjungan kerja;
- Pemberian hadiah atau parcel kepada pejabat/pegawai negeri pada saat hari raya keagamaan, oleh rekanan atau bawahannya.

Berdasarkan contoh diatas, maka pemberian yang dapat dikategorikan sebagai gratifikasi adalah pemberian atau janji yang mempunyai kaitan dengan hubungan kerja atau kedinasan dan/atau semata-mata karena keterkaitan dengan jabatan atau kedudukan pejabat/pegawai negeri dengan sipemberi.

5. Sanksi gratifikasi

Sanksi pidana yang menerima gratifikasi dapat dijatuhkan bagi pegawai negeri atau penyelenggara negara yang:

- a. Menerima hadiah atau janji padahal diketahui atau patut diduga, bahwa hadiah atau janji tersebut diberikan karena kekuasaan atau kewenangan yang berhubungan dengan jabatannya, atau yang menurut pikiran orang yang memberi hadiah atau janji tersebut ada hubungan dengan jabatannya;
- b. Menerima hadiah atau janji, padahal diketahui atau patut diduga bahwa hadiah atau janji tersebut diberikan untuk menggerakkan agar melakukan atau tidak melakukan sesuatu dalam jabatannya, yang bertentangan dengan kewajibannya;
- c. Menerima hadiah, padahal diketahui atau patut diduga bahwa hadiah tersebut diberikan sebagai akibat atau disebabkan karena telah melakukan atau tidak melakukan sesuatu dalam jabatannya yang bertentangan dengan kewajibannya;
- d. Dengan maksud menguntungkan diri sendiri atau orang lain secara melawan hukum, atau dengan menyalahgunakan kekuasaannya memaksa seseorang memberikan sesuatu, membayar, atau menerima pembayaran dengan potongan, atau untuk mengerjakan sesuatu bagi dirinya sendiri;
- e. Pada waktu menjalankan tugas, meminta, menerima, atau memotong pembayaran kepada pegawai negeri atau penyelenggara negara yang lain atau kepada kas umum, seolah-olah pegawai negeri atau penyelenggara negara yang lain atau kas umum tersebut mempunyai utang kepadanya, padahal diketahui bahwa hal tersebut bukan merupakan utang;
- f. Pada waktu menjalankan tugas, meminta atau menerima pekerjaan, atau penyerahan barang, seolah-olah merupakan utang kepada dirinya, padahal diketahui bahwa hal tersebut bukan merupakan utang;
- g. Pada waktu menjalankan tugas, telah menggunakan tanah negara yang di atasnya terdapat hak pakai, seolah-olah sesuai dengan peraturan perundang-undangan, telah merugikan orang yang berhak, padahal diketahuinya bahwa perbuatan tersebut bertentangan dengan peraturan perundang-undangan; atau
- h. Baik langsung maupun tidak langsung dengan sengaja turut serta dalam pemborongan, pengadaan, atau persewaan, yang pada saat dilakukan perbuatan, untuk seluruh atau sebagian ditugaskan untuk mengurus atau mengawasinya.

F. Kasus-kasus Korupsi

Dari banyaknya proyek di Kemenkes, ada beberapa yang disorot aparat penegak hukum karena diduga sarat dengan praktik korupsi, mulai dari kasus korupsi pengadaan alat kesehatan untuk penanggulangan flu burung, kasus pengadaan alat kesehatan untuk pusat penanggulangan krisis di Kementerian Kesehatan, kasus pengadaan alat *rontgen portable*, dan kasus pengadaan alat bantu belajar mengajar pendidikan dokter. Mengapa hal tersebut terjadi adalah akibat kesalahan prosedur dalam pengadaan barang dengan menggunakan metoda penunjukkan langsung yang tidak sesuai dengan ketentuan.

Kasus lainnya yang juga terjadi di lingkungan Kementerian Kesehatan khususnya tahun 2010 ke bawah adalah kasus perjalanan dinas (perjadin). Banyak kecurangan yang dilakukan pada kegiatan perjadin, pengurangan jumlah hari, ketidaksesuaian antara pertanggungjawaban perjadin dengan riil yang dikeluarkan, hingga perjadin fiktif.

Kegiatan lainnya yang juga menjadi perhatian adalah paket *meeting* dan pelatihan berupa pengurangan jumlah hari, pengurangan jumlah orang, dan volume pertemuan. Hal lainnya yang juga sangat penting adalah tidak sesuainya antara kegiatan yang diusulkan dengan rencana program yang sudah disusun selama lima tahun.

Pengadaan Barang dan Jasa (PBJ) pemerintahan merupakan salah satu sektor yang rentan penyimpangan. Kasus yang ditangani KPK, 60%-70% terkait dengan pengadaan barang dan jasa. Jadi, pengadaan barang dan jasa memang rawan terjadinya korupsi. salah satunya dalam bentuk tindak pidana korupsi, kolusi dan nepotisme.

Salah satu faktor penyebab yang memungkinkan terjadinya penyimpangan, yaitu masih lemahnya sistem pengawasan yang dilakukan terhadap keseluruhan tahap dan proses PBJ tersebut, sehingga menimbulkan kerugian negara yang sangat besar. Upaya pembenahan sistem PBJ sudah dilakukan dimulai dari aspek normatif/regulasi maupun teknis. Namun tentu saja perbaikan sistem tersebut tidak dibarengi dengan perbaikan pada aspek pengawasan. Ini tentu saja menjadi kerugian bagi masyarakat sebagai penerima hasil proses PBJ.

Sistem pengawasan yang ada, baik di tingkat pusat (Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang dan Jasa Pemerintah/LKPBJP), maupun yang ada diinternal pemerintah belum sepenuhnya berfungsi dengan baik, sehingga sangat dimungkinkan terjadinya penyimpangan.

Sistem pengadaan barang dan jasa yang saat ini berlaku di Indonesia, masih memiliki kelemahan dan belum secara efektif mampu mencegah terjadinya korupsi. Pedoman Pelaksanaan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah sebagaimana diatur dalam Kepres maupun Perpres, masih memungkinkan Panitia Pengadaan dan Penyedia Barang/Jasa untuk melakukan korupsi di setiap tahapannya. Kelemahan tersebut terbukti dengan begitu besarnya kasus korupsi yang terkait dengan pengadaan barang dan jasa pemerintah yang ditangani Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK).

Dalam laporan tahunan KPK hingga tahun 2012, kasus korupsi di sektor PBJ menjadi kasus terbesar yang ditangani KPK, tidak hanya di Kemenkes saja namun di beberapa kementerian dan di daerah.

Beberapa hal yang sering terjadi diantaranya:

- Kegiatan pengadaan sering tidak tepat sasaran
- Kemahalan harga versus kewajaran harga
- Kekurangan kuantitas (volume kegiatan) program versus volume kegiatan fisik
- Kekurangan kualitas.

VI. KEPUSTAKAAN

1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2001 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 31 Tahun 1999 tentang Pemberantasan Tindak Pidana Korupsi.
2. Undang-undang Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik.
3. Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2013 tentang Aksi Pencegahan dan Pemberantasan Korupsi.
4. Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2010 tentang Pelaksanaan Undang-undang Nomor 14 Tahun 2008.
5. Permenpan Nomor 5 Tahun 2009 tentang Pedoman Umum Penanganan Pengaduan Masyarakat Bagi Instansi Pemerintah.
6. Permenkes Nomor 49 Tahun 2012 tentang Pedoman Penanganan Pengaduan Masyarakat Terpadu di Lingkungan Kementerian Kesehatan.
7. Permenkes Nomor 134 Tahun 2012 tentang Tim Pengaduan Masyarakat.
8. Permenkes Nomor 14 Tahun 2014 tentang Gratifikasi Bidang Kesehatan.
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 232/Menkes/SK/VI/2013 tentang Strategi Komunikasi Pekerjaan dan Budaya Anti Korupsi.
10. Uhar Suharsaputra, Budaya Korupsi dan Korupsi Budaya: Tantangan bagi Dunia Pendidikan. <https://uharsputra.wordpress.com/artikel-2/budaya-korupsi-dan-pendidikan/>
11. Buku Saku Gratifikasi. Komisi Pemberantasan. Korupsi, 2010.

**PANDUAN PRAKTIK UPAYA PENCEGAHAN TERPADU PENYAKIT TIDAK MENULAR
DI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA**

1. Tujuan

Setelah selesai mengikuti materi ini, peserta mampu melakukan upaya Pencegahan Terpadu Penyakit Tidak Menular (PTM) di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

2. Petunjuk

- a. Pelatih/fasilitator membagi peserta menjadi 5 kelompok (6 orang per kelompok)
- b. Masing-masing kelompok melakukan praktik kegiatan pengukuran/pemeriksaan faktor risiko PTM menggunakan alat deteksi dini yang disediakan
- c. Masing-masing kelompok melakukan praktik kegiatan penyuluhan dan konseling faktor risiko PTM menggunakan alat peraga yang disediakan
- d. Pelatih/fasilitator menanggapi, memberikan saran dan klarifikasi terhadap kegiatan praktik kelompok.

3. Waktu

7 x 45 menit

PANDUAN PRAKTIK DAN LATIHAN KASUS PENANGGULANGAN TERPADU PENYAKIT TIDAK MENULAR DI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA

1. Tujuan

Setelah selesai mengikuti materi ini, peserta mampu melakukan Pengendalian Terpadu Penyakit Tidak Menular (PTM) di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

2. Petunjuk

- a. Pelatih/fasilitator membagi peserta menjadi 5 kelompok (6 orang per kelompok)
- b. Masing-masing kelompok melakukan praktik kegiatan deteksi dini faktor risiko PTM menggunakan alat deteksi dini yang disediakan
- c. Pelatih/fasilitator membagi studi kasus kepada tiap kelompok untuk diskusi dan atau dipresentasikan. Diskusi menggunakan alur yang ada dalam modul ToT Pelayanan Terpadu PTM di FKTP
- d. Pelatih/fasilitator meminta kelompok lain untuk menanggapi, memberikan saran dan klarifikasi terhadap penyajian kelompok lain
- e. Pelatih/fasilitator memberikan tanggapan terhadap keseluruhan hasil presentasi kelompok.

3. Waktu

4 x 45 menit

PANDUAN LATIHAN DAN DISKUSI KELOMPOK SURVEILANS TERPADU PENYAKIT TIDAK MENULAR

1. Tujuan

Setelah selesai mengikuti materi ini, peserta mampu melakukan surveilans terpadu Penyakit Tidak Menular

2. Petunjuk

- a. Peserta praktik surveilans terpadu Penyakit Tidak Menular (PTM) menggunakan komputer jinjing/*laptop* pribadi
- b. Peserta menggunakan data hasil praktik deteksi dini faktor risiko dan PTM yang telah dilakukan pada praktik materi inti sebelumnya dan *raw* data yang dibawa oleh masing-masing peserta
- c. Masing-masing peserta belajar melakukan enteri, analisis dan penyajian data faktor risiko dan PTM serta monitoring dan evaluasi
- d. Pelatih/fasilitator mendampingi peserta dalam pelaksanaan praktik surveilans terpadu PTM.

3. Waktu

7 x 45 menit

PANDUAN PRAKTIK LAPANGAN DI PUSKESMAS

1. Tujuan

Setelah melakukan praktik lapangan di puskesmas, peserta mampu melakukan Pelayanan Terpadu Penyakit Tidak Menular di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.

2. Petunjuk

- a. Pelatih/fasilitator membagi peserta menjadi 8 kelompok (3-4 orang per kelompok)
- b. Masing-masing kelompok melakukan praktik di:
 - 1) Poli Pengobatan/Umum
 - 2) Poli Anak
 - 3) Poli KIA/KB
 - 4) Poli Gizi
 - 5) Apotik
 - 6) Laboratorium
 - 7) Bagian Promkes Puskesmas
 - 8) Rekam Medik
- c. Pada saat di Poli Pengobatan, masing-masing kelompok mengambil kasus PTM
 - 1) Mencocokkan kondisi pasien (menggunakan alur)
 - 2) Diskusi di kelompok masing-masing bagaimana cara implementasi alur di puskesmas
 - 3) Mencatat/*fotocopy* status di puskesmas dan form pencatatan pelaporan (seperti: LB-1 atau contoh lainnya)
- d. Masing-masing kelompok membuat hasil praktik lapangan dan kasus yang diambil di puskesmas (d disesuaikan dengan alur), dipresentasikan dalam pleno
- e. Pelatih/fasilitator meminta kelompok lain untuk menanggapi, memberikan saran dan klarifikasi terhadap penyajian kelompok lain
- f. Pelatih/fasilitator memberikan tanggapan terhadap keseluruhan hasil presentasi kelompok.

3. Waktu

7 x 45 menit

**PANDUAN PRAKTIK SARANA DAN PRASANA PENYAKIT TIDAK MENULAR
DI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA**

1. Tujuan

Setelah selesai mengikuti materi peserta mampu melakukan penilaian pemanfaatan sarana dan prasana PTM di FKTP

2. Petunjuk

- a. Pelatih/fasilitator membagi peserta menjadi 5 kelompok (6 orang per kelompok)
- b. Masing-masing kelompok melakukan praktik identifikasi sarana dan prasarana yang diperlukan dalam melaksanakan Pelayanan Terpadu PTM di FKTP
- c. Masing-masing kelompok mendiskusikan dan/atau mempresentasikan.
- d. Pelatih/fasilitator meminta kelompok lain untuk menanggapi, memberikan saran dan klarifikasi terhadap penyajian kelompok lain.
- e. Pelatih/fasilitator menanggapi, memberikan saran dan klarifikasi terhadap kegiatan praktik kelompok.

Waktu

1 x 45 menit

PANDUAN LATIHAN MENYUSUN RENCANA TINDAK LANJUT

1. Tujuan

Setelah latihan ini, peserta mampu merumuskan kegiatan tentang pelaksanaan Pelayanan Terpadu Penyakit Tidak Menular (PTM) di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP).

2. Petunjuk

- a. Pelatih membagi peserta dalam kelompok sesuai asal peserta
- b. Pelatih membagi lembar/format RTL untuk masing-masing kelompok
- c. Pelatih meminta masing-masing peserta mengerjakan latihan menyusun Rencana Tindak Lanjut (RTL)
- d. Pelatih mengamati peserta saat mengerjakan latihan menyusun RTL, bila sudah selesai mengerjakan latihan ini, masing-masing kelompok diminta untuk mempresentasikan hasil latihannya
- e. Pelatih meminta kelompok lain untuk menanggapi, memberikan saran dan klarifikasi terhadap penyajian kelompok lain
- f. Pelatih memberikan tanggapan terhadap keseluruhan hasil presentasi kelompok.

3. Waktu

45 menit

FORM RENCANA TINDAK LANJUT (RTL)***TRAINING OF TRAINER* PELAYANAN TERPADU PENYAKIT TIDAK MENULAR
DI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA**

Nama :

Instansi :

No.	Nama Kegiatan	Hasil yang Diharapkan	Metode	Sasaran	Penanggung Jawab	Waktu Pelaksanaan	Biaya (Rp)

Jakarta,

()