

TAHUN
2

FAMILY HEALTH

MODUL MAHASISWA COMMUNITY AND FAMILY HEALTH CARE WITH INTERPROFESSIONAL EDUCATION (CFHC-IPE)



Tim Koordinator Tahun II
Community and Family Health Care
with Interprofessional Education
Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat,
dan Keperawatan
Universitas Gadjah Mada



Gedung Radiopoetro Lt. 1
FK-KMK UGM
Jl. Farmako, Sekip Utara,
Yogyakarta 55281



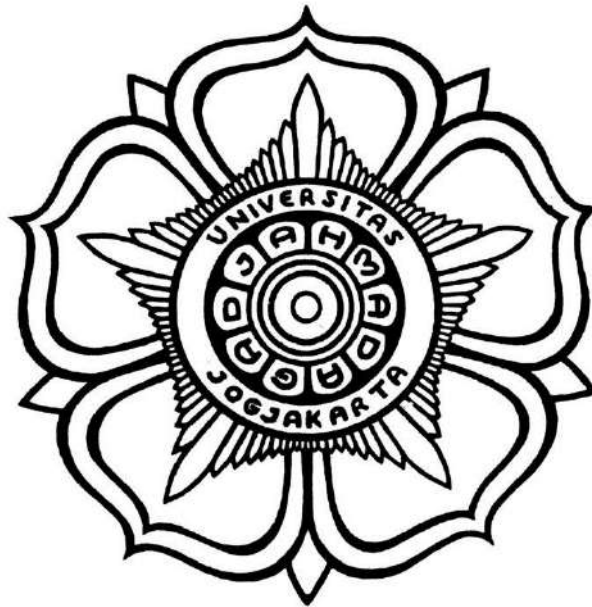
+62 811-2664-332



cfhc-ipe@ugm.ac.id

MODUL
Community and Family Health Care
with Interprofessional Education (CFHC-IPE)

Tahun II
Semester 3 dan 4



Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan
Universitas Gadjah Mada
2019/2020

TIM PENYUSUN

PENANGGUNG JAWAB

Prof. dr. Ova Emilia, M.Med., Sp.OG(K), PhD
Prof. dr. Gandes Retno Rahayu, M.Med.Ed., PhD

EDITOR

dr. Widyandana, MHPE., PhD., Sp.M(K)
dr. Nandyan N Wilastonegoro., MScIH
dr. Fitriana, MSc.FM

PENYUSUN

Lastdes Cristiany Friday, S.Gz., MPH
Purwanta, S.Kp., M.Kes
Dr. Mirza Hapsari Sakti Titis Penggalih, SGz., MPH.RD
dr. Vita Yanti Anggraeni, Ph.D, Sp.PD, Sp.JP
dr. Braghmandita Widya Indraswari, M.Sc., Sp.A
Fitrina M Kusumaningrum, SKM., MPH
A. Fahmi Arif Tsani, S.Gz., MSc.
Dessy Christine Hosianna, S.Gz
Yopi Darmawan, S.Kep.,Ns
Zulfa Dwi Putri, S.Kep.,Ns

LAYOUTING DAN PENATA LETAK

Siti Aisyah, SE

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan rahmat, hidayah dan inayah-Nya sehingga modul *Community and Family Health Care with Interprofessional Education* (CFHC-IPE) Tahun II tahun ajaran 2019/2020 dapat diselesaikan. Modul ini merupakan pedoman bagi mahasiswa Tahun II Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada mengenai proses kegiatan CFHC-IPE Tahun II, program dan materi terkait.

Kegiatan CFHC-IPE pada tahun kedua ini meliputi perkuliahan, tutorial, kunjungan keluarga, diseminasi kegiatan, dan *feedback*. Mahasiswa akan diterjunkan ke keluarga mitra untuk menggali faktor risiko kesehatan pada anggota keluarga mitra melalui wawancara menggunakan panduan (*family folder*) dan observasi langsung serta memberikan edukasi sederhana baik tanpa media maupun dengan media.

Kami menyadari masih terdapat kekurangan dalam penyusunan modul ini sehingga kritik dan saran diharapkan untuk penyempurnaan modul ini. Semoga modul ini dapat memberikan manfaat dan gambaran mengenai kegiatan CFHC-IPE Tahun II.

Yogyakarta, Januari 2020

Ketua CFHC-IPE FK-KMK UGM
dr. Widyandana, MHPE., PhD., Sp.M

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI.....	iv
PETA KURIKULUM	1
PENDAHULUAN	3
TUJUAN PEMBELAJARAN	4
AKTIVITAS PEMBELAJARAN.....	5
RENCANA KEGIATAN BELAJAR (RKB) CFHC-IPE TAHUN II/SEMESTER 3.....	8
JADWAL KEGIATAN CFHC-IPE TAHUN II SEMESTER 3	9
RINCIAN KEGIATAN SEMESTER 3.....	10
KULIAH UMUM & PEMBEKALAN KUNJUNGAN LAPANGAN.....	10
KULIAH PAKAR.....	11
MATERI 1	12
MATERI 2	26
MATERI 3	31
TUTORIAL DPL	33
KUNJUNGAN LAPANGAN 1	35
KUNJUNGAN LAPANGAN 2	36
FEEDBACK DPL	37
RENCANA KEGIATAN BELAJAR (RKB) CFHC-IPE TAHUN II/SEMESTER 4.....	38
JADWAL KEGIATAN CFHC-IPE TAHUN II.....	39
RINCIAN KEGIATAN SEMESTER 4.....	40
KULIAH PAKAR.....	40
MATERI 4	41
MATERI 5	44
MATERI 6	49
TUTORIAL DPL	51
KUNJUNGAN LAPANGAN 1	52
KUNJUNGAN LAPANGAN 2	53
FEEDBACK & EVALUASI	54
LAMPIRAN.....	55
SISTEMATIKA PENULISAN LAPORAN TAHUN II	56
FORMAT LAPORAN SEMESTER 3.....	57

FORMAT LAPORAN AKHIR	60
FORMAT LAPORAN HASIL KEGIATAN.....	63
PANDUAN PEMBUATAN VIDEO TAHUN II	68
TEMPLATE POSTER DISEMINASI.....	69
RUBRIK PENILAIAN AKHIR MAHASISWA.....	70
FORM PEER REVIEW	73
FORM FAMILY FOLDER	75

PETA KURIKULUM

Tahun	Tema	Semester Ganjil	Semester Genap
I	Team Building dan Peka Budaya Lokal	Semester I: 1. Overview konsep IPE dan program CFHC-IPE 2. Membangun komunikasi dan kerjasama anggota kelompok antar profesi kesehatan (<i>team building</i>)	Semester II: 1. Membangun sambung rasa dengan perangkat desa dan keluarga mitra 2. Memahami individu dalam keluarga 3. Memahami peran, karakter, fungsi dan interaksi keluarga dan masyarakat 4. Memahami mengenai Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) 5. Mampu mengisi <i>family folder</i> 6. Memahami konsep sebelum sakit pada keluarga
II	Family Health	Semester III: 1. Melengkapi <i>family folder</i> terkait faktor risiko kesehatan (karakteristik rumah, pola konsumsi rumah tangga, penyakit menular) 2. Menentukan prioritas masalah bersama keluarga mitra 3. Menganalisis faktor risiko yang dapat diintervensi berdasarkan <i>family folder</i> 4. Membuat perencanaan intervensi berdasarkan analisis faktor risiko 5. Edukasi sederhana (tanpa media)	Semester IV: 1. Melakukan pemutakhiran data <i>family folder</i> 2. Membuat media edukasi kesehatan untuk keluarga 3. Melakukan edukasi kesehatan sederhana terkait faktor risiko pada keluarga mitra 4. Melakukan diseminasi hasil kegiatan CFHC-IPE Tahun II kepada pemangku kebijakan
III	Community Health	Semester V: 1. Keterampilan komunikasi di komunitas 2. Melakukan <i>update family folder</i> ditingkat komunitas 3. Menganalisis masalah kesehatan komunitas 4. Menentukan prioritas masalah kesehatan komunitas 5. Menyusun <i>Plan of Action</i>	Semester VI: 1. Keterampilan komunikasi di komunitas 2. Membuat media promosi kesehatan komunitas 3. Menyusun alat ukur keberhasilan program 4. Melaksanakan program pengabdian masyarakat 5. Mengevaluasi jalannya program

IV	<i>Emergency and Disaster Preparedness for Family and Community</i>	Semester VII: 1. Keterampilan komunikasi dalam penanggulangan bencana fase pra bencana 2. Memahami konsep <i>disaster preparedness</i> ditingkat keluarga dan komunitas 3. Mengidentifikasi dan membuat perencanaan di komunitas di area <i>emergency</i> dan <i>disaster</i> 4. Mampu menjadi relawan dalam kejadian bencana 5. Menyusun <i>family disaster plan</i> 6. Mempersiapkan diri di lingkungan klinik dalam kegawatdaruratan di keluarga dan komunitas	
----	---	---	--

PENDAHULUAN

Pembelajaran dalam *Community and Family Health Care with Interprofessional Education* (CFHC-IPE) merupakan pembelajaran berkelanjutan dari tahun pertama hingga keempat. Setelah mengikuti kegiatan CFHC-IPE pada tahun pertama dengan tujuan pembelajaran pemahaman *interprofessional education* dan sambung rasa dengan keluarga mitra, mahasiswa akan melanjutkan kegiatan CFHC-IPE pada tahun kedua dengan tema penggalan faktor risiko kesehatan dan edukasi sederhana di keluarga mitra. Pada program CFHC-IPE Tahun II, mahasiswa berkesempatan mengaplikasikan keterampilan yang sudah didapatkan dari kegiatan perkuliahan untuk mencapai tujuan pembelajaran yaitu penggalan faktor risiko serta pendidikan kesehatan.

Tujuan pembelajaran CFHC-IPE Tahun II ini untuk mendorong mahasiswa lebih mengenal kembali keluarga mitra dengan melakukan wawancara dan penggalan faktor risiko masalah kesehatan di keluarga. Pengenalan faktor risiko masalah kesehatan merupakan hal yang penting untuk diketahui oleh mahasiswa maupun keluarga, sehingga upaya pencegahan dapat ditentukan. Intervensi yang dilakukan untuk mendorong perubahan faktor risiko tersebut lebih efisien dan efektif dibandingkan upaya pengobatan yang nantinya dilakukan jika muncul masalah kesehatan. Oleh karena itu, program CFHC-IPE Tahun II akan melatih mahasiswa dalam melakukan penggalan faktor risiko masalah kesehatan pada keluarga mitra dan melakukan analisis untuk menentukan prioritas masalah. Selain itu, pada tahun kedua ini juga mahasiswa dilatih untuk membuat media pendidikan kesehatan sederhana dan melakukan edukasi kepada keluarga mitra terkait upaya pencegahan yang dapat dilakukan sehubungan dengan faktor risiko yang ditemui. Pada akhirnya mahasiswa diharapkan juga mampu membuat poster, video atau media lain yang akan digunakan untuk diseminasi hasil kegiatan kepada pemangku kebijakan.

TUJUAN PEMBELAJARAN

Tujuan pembelajaran CFHC-IPE Tahun II sebagai berikut:

1. Mampu menggali faktor risiko kesehatan pada anggota keluarga mitra melalui wawancara menggunakan panduan (*family folder*) dan observasi langsung
2. Mampu mengumpulkan dan mendokumentasikan faktor risiko dan masalah kesehatan yang ada di keluarga mitra ke dalam *family folder*
3. Mampu melakukan dan memberikan pendidikan kesehatan sederhana baik tanpa media maupun dengan media
4. Terampil dalam berkomunikasi dengan anggota keluarga dan tokoh masyarakat
5. Mampu melakukan diseminasi hasil pengamatan dan intervensi ke tingkat pemangku kebijakan

AKTIVITAS PEMBELAJARAN

A. Kegiatan Pembelajaran

Kegiatan CFHC-IPE Tahun II dilaksanakan selama 2 semester dan kegiatan pembelajaran di tiap semester adalah sebagai berikut:

1. Kuliah umum

Kuliah umum akan disampaikan oleh Koordinator Tahun (Korta) 2 CFHC-IPE. Materi yang disampaikan berkaitan dengan gambaran umum dan panduan kegiatan mahasiswa Tahun II. Kuliah umum dilaksanakan 1 kali setiap semester selama 150 menit/pertemuan, disampaikan dengan metode ceramah dan diskusi.

3. Kuliah pakar

Kuliah pakar dilaksanakan 3 kali dalam 1 semester selama 20 menit/pertemuan dengan metode *e-learning* menggunakan GaMel.

4. Tutorial dan Pembekalan Kunjungan Lapangan

Kegiatan pembekalan kunjungan lapangan dilakukan 1 kali setiap semester selama 100 menit yang akan dipandu dosen pembimbing lapangan (DPL). Kegiatan ini bertujuan agar mahasiswa mendapatkan pembekalan sebelum melakukan kunjungan ke keluarga mitra.

5. Kunjungan Lapangan

Kunjungan lapangan dilaksanakan 1-2 kali setiap semester. Waktu kunjungan lapangan *tentative* sesuai kesepakatan yang ditentukan oleh mahasiswa dan keluarga mitra. Mahasiswa memiliki tugas yang harus dilakukan pada setiap kunjungan. Setiap kelompok mahasiswa akan mendapatkan 3 keluarga mitra yang harus ditindak lanjuti bersama. Selain melakukan kunjungan lapangan, setiap kelompok mahasiswa, diharapkan bisa menjalin komunikasi secara periodik dengan keluarga mitra.

6. Feedback

Feedback merupakan kegiatan diskusi antara DPL dengan mahasiswa setelah melakukan kunjungan lapangan. *Feedback* dilaksanakan 1 kali tiap semester selama 100 menit. Mahasiswa semester 3 perlu mempersiapkan laporan dalam bentuk *hardfile*, video kegiatan, dan *powerpoint* yang mengandung foto-foto kegiatan. Selain mempersiapkan laporan seperti pada semester 3, bagi mahasiswa semester 4 perlu mempersiapkan *softfile* poster untuk ditampilkan pada saat *feedback*. Selama *feedback*, mahasiswa menyampaikan gambaran kegiatan yang telah dilakukan bersama keluarga mitra serta permasalahan yang dihadapi selama kunjungan lapangan kepada DPL.

Luaran dari kegiatan *feedback* adalah refleksi mahasiswa terhadap proses yang dilalui, masukan dari DPL terhadap kegiatan yang sudah dilakukan oleh mahasiswa serta rencana kegiatan pada kunjungan lapangan selanjutnya.

7. Penilaian

Penilaian kunjungan lapangan akan dilakukan pada saat *feedback* oleh DPL dengan melihat laporan mahasiswa, presentasi mahasiswa melalui media *powerpoint*, serta video kegiatan saat melakukan edukasi pada keluarga. Video tersebut diharapkan dapat menggambarkan aktivitas yang dilakukan mahasiswa selama kunjungan lapangan bersama keluarga mitra dan memuat konten edukasi. Selain itu, mahasiswa diwajibkan membuat laporan tertulis kegiatan 2 kali kunjungan dengan melampirkan foto kegiatan, *family folder* dan poster diseminasi (laporan akhir semester 4). Penilaian akhir semester akan melihat aspek kehadiran dalam setiap kegiatan, *peer review*, penilaian *feedback*, dan penilaian laporan akhir. Kegiatan penilaian ini dilaksanakan dalam 1 kali pertemuan selama 100 menit.

B. Outcome pembelajaran

Setelah mengikuti kegiatan CFHC-IPE Tahun II, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Mengimplementasikan teknik komunikasi untuk menggali faktor risiko yang berkaitan dengan kondisi lingkungan rumah, pola konsumsi keluarga dan riwayat penyakit menular pada keluarga mitra
2. Menganalisis faktor risiko yang ditemukan pada keluarga mitra
3. Melakukan perencanaan pendidikan kesehatan sederhana sesuai faktor risiko utama keluarga mitra
4. Melakukan pendidikan kesehatan sederhana sesuai faktor risiko utama keluarga mitra
5. Melakukan diseminasi hasil pengamatan dan intervensi kepada pemangku kebijakan.

C. Evaluasi Pembelajaran

Syarat lulus CFHC-IPE Tahun II adalah mengikuti seluruh rangkaian kegiatan selama 2 semester, melakukan kunjungan lapangan dan menyelesaikan laporan kegiatan. Penilaian formatif dan sumatif bertujuan untuk memutuskan kelulusan mahasiswa dalam kegiatan ini dengan komponen sebagai berikut:

Semester 3 :

Individu

- Kehadiran (kuliaah, tutorial, kunjungan lapangan, feedback) 10%
- *E-learning (pre-post test)* 10%

- Peer review 15%
- IL 20% (keaktifan, kerja sama dalam kelompok, tanggung jawab, etika dan sopan santun)
- DPL 20% (keaktifan, kerja sama dalam kelompok, tanggung jawab, etika dan sopan santun)

Kelompok

- Laporan 10%
- Presentasi/Video 15%

Semester 4 :

Individu

- Kehadiran (kuliah, tutorial, kunjungan lapangan, feedback) 10%
- Pre-post test 10%
- Peer review 10%
- IL 15% (keaktifan, kerja sama dalam kelompok, tanggung jawab, etika dan sopan santun)
- DPL 15% (keaktifan, kerja sama dalam kelompok, tanggung jawab, etika dan sopan santun)

Kelompok

- Media edukasi 10%
- Media diseminasi (poster) 10%
- Laporan 10%
- Video (presentasi) 10%

Nilai akhir berupa *grade*

A	: 75 – 100	C-	: 52,5 – 54,99
A-	: 72,5 – 74,99	C/D	: 50 – 52,49
A/B	: 70 – 72,49	D+	: 47,5 – 49,99
B+	: 67,5 – 69,99	D	: 45 – 47,49
B	: 65 – 67,49	E	: <45
B-	: 62,5 – 64,99		
B/C	: 60 – 62,49		
C+	: 57,5 – 59,99		
C	: 55 – 57,49		

RENCANA KEGIATAN BELAJAR (RKB) CFHC-IPE TAHUN II/SEMESTER 3

No.	Kegiatan/Pokok Bahasan	Metode Pembelajaran	Waktu (menit)
1.	Kuliah umum: a. <i>Overview</i> CFHC Tahun II b. Pembekalan kunjungan lapangan	Ceramah Tanya jawab	150
2.	Kuliah Pakar a. Konsep sehat dan sakit secara epidemiologi b. Langkah penentuan prioritas masalah bersama keluarga c. Pemberian pendidikan kesehatan	<i>e-learning</i>	75
3.	Tutorial bersama DPL: a. Roleplay dan persiapan terjun ke lapangan b. Arahan konsep <i>family folder</i> dan edukasi sederhana (tanpa media)	<i>Roleplay</i> Diskusi	100
4.	Kunjungan Lapangan: a. Mengidentifikasi faktor risiko keluarga mitra menggunakan <i>family folder</i> b. Melakukan pengukuran kesehatan (antropometri dan <i>vital sign</i>) c. Memberikan edukasi sederhana (tanpa media) d. Feedback IL setelah kunjungan	Praktikum lapangan (bersama Instruktur Lapangan)	150
5.	Pembuatan Laporan a. Laporan kunjungan lapangan b. Laporan dalam bentuk laporan tertulis, powerpoint dan video kegiatan	Diskusi Kelompok	100
6.	<i>Feedback</i> DPL a. Presentasi hasil kunjungan (penilaian melalui laporan, presentasi dan video) b. Evaluasi kegiatan lapangan c. <i>Feedback</i> dari DPL d. Rencana kunjungan lapangan 2	Presentasi dan tanya jawab dengan DPL	100

**JADWAL CFHC-IPE TAHUN II
SEMESTER 3
MAHASISWA ANGKATAN 2018**

ANGKATAN	HARI	TANGGAL	JAM	KEGIATAN	LOKASI
2018 (Smt 3 CFHC Th. II)	JUM'AT	21 Feb 2020	08.00-10.00	Kuliah Umum 1: <i>Overview of CFHC-IPE</i> di Semester 3	Auditorium Kresna, RSA UGM Lt. 5
	<i>Flexible</i>	21-24 Feb 2020	Maksimal 24 Feb 20 pukul 24.00	e-Learning: Konsep Sehat dan Sakit secara Epidemiologis	GAMEL
				e-Learning: Langkah Penentuan Prioritas Masalah Bersama Keluarga	
				e-Learning: Pendidikan Kesehatan Sederhana	
	<i>Flexible</i>	24 Feb-2 Mar 2020	<i>Flexible</i>	Tutorial bersama DPL	R. Tutorial (Gedung RP, Ismangoen dan GW)
	<i>Flexible</i>	1-14 Mar 2020	<i>Flexible</i>	Kunjungan Lapangan 1: Penggalan Faktor Risiko Kesehatan Keluarga Mitra	Lapangan (Keluarga Mitra)
	<i>Flexible</i>	15-28 Mar 2020	<i>Flexible</i>	Kunjungan Lapangan 2: Edukasi Kesehatan Tanpa Media	Lapangan (Keluarga Mitra)
	<i>Flexible</i>	30 Mar-4 Apr 2020	<i>Flexible</i>	Feedback bersama DPL	R. Tutorial (Gedung RP, Ismangoen dan GW)

RINCIAN KEGIATAN CFHC-IPE SEMESTER 3

KULIAH UMUMDAN PEMBEKALAN KUNJUNGAN LAPANGAN

A. Tujuan

1. Mahasiswa mendapatkan gambaran umum tentang kegiatan CFHC tahun II semester 3
2. Mahasiswa mampu mendefinisikan faktor risiko kesehatan
3. Mahasiswa mendapatkan pembekalan kunjungan lapangan tentang identifikasi faktor risiko yang ada pada keluarga mitra

B. Metode Pembelajaran

1. Kuliah *overview*

Kuliah *overview* disampaikan dengan metode ceramah dan diskusi

2. Pembekalan kunjungan lapangan

Pembekalan kunjungan lapangan dengan metode ceramah dan diskusi

C. Waktu

1. Kuliah *overview* : 50 menit
2. Pembekalan kunjungan lapangan : 50 menit

D. Pemateri

1. Lastdes Cristiany Friday, S.Gz, MPH
2. Purwanta, S.Kp, M.Kes
3. Dr. Mirza Hapsari Sakti, S.Gz, RD
4. dr. Vita Yanti Aggraeni, Ph.D, Sp.PD, Sp.JP

E. Panduan Pelaksanaan:

1. Kuliah *overview*
 - a. Mahasiswa datang sebelum perkuliahan dimulai untuk mengisi presensi. Presensi akan diambil oleh sekretariat 10 menit setelah perkuliahan dimulai
 - b. Perkuliahan berisi tentang penjelasan gambaran umum kegiatan CFHC-IPE tahun II, seperti alur kegiatan, format penilaian dan panduan pembuatan laporan
 - c. Mahasiswa dapat menyampaikan pertanyaan selama kuliah berlangsung
2. Pembekalan kunjungan lapangan
 - a. Mahasiswa mendapat penjelasan gambaran pelaksanaan kunjungan lapangan seperti
 - b. Mahasiswa dapat menyampaikan pertanyaan selama pembekalan berlangsung

KULIAH PAKAR

A. Tujuan

1. Mahasiswa mampu memahami konsep sehat dan sakit, trias epidemiologi dan konsep pencegahan penyakit
2. Mahasiswa mampu mengidentifikasi langkah-langkah menentukan faktor risiko utama bersama keluarga
3. Mahasiswa mampu memahami definisi pendidikan kesehatan, memilih metode edukasi yang tepat serta memberikan edukasi kesehatan kepada keluarga mitra

B. Metode Pembelajaran

Kuliah pakar dengan metode *e-learning*

C. Waktu

75 menit (3 narasumber)

D. Pemateri dan Materi

1. dr. Vita Yanti Anggraeni, Ph.D, Sp.PD, Sp.JP : Konsep Sehat dan Sakit Secara Epidemiologi
2. dr. Fatwa Sari Tetra Dewi, MPH., PhD. : Langkah penentuan prioritas masalah bersama keluarga
3. dr. RR. Siti Rokmah Projosasmito, M.Ed(L,P&C) : Pemberian Pendidikan Kesehatan

E. Panduan Pelaksanaan:

1. Mahasiswa diharapkan memiliki akun *e-mail* UGM untuk dapat dimasukkan ke dalam kuliah pakar
2. Mahasiswa mengakses kuliah pakar melalui GaMeL di alamat: gamel.fk.ugm.ac.id
3. Mahasiswa diharuskan mengikuti *pre-test* sebelum mengakses materi kuliah
4. Mahasiswa dapat mengakses kuliah setelah mendapatkan kode *enroll* ke dalam laman kuliah pakar di GaMeL
5. Mahasiswa diharuskan mengikuti *post-test* setelah mengakses materi kuliah
6. Mahasiswa dapat menyampaikan pertanyaan atau umpan balik di GaMeL

MATERI 1

KONSEP SEHAT DAN SAKIT SECARA EPIDEMIOLOGI

Pemateri : dr. Vita Yanti Anggraeni, Ph.D, Sp.PD, Sp.JP

Tujuan pembelajaran :

Setelah melalui pembelajaran ini diharapkan mahasiswa mampu :

1. Memahami konsep sehat sakit
2. Memahami konsep trias epidemiologi
3. Mengetahui konsep pencegahan penyakit

Materi :

A. KONSEP SEHAT DAN SAKIT

a. Konsep Sehat Sakit Menurut WHO

Menurut WHO (1947), sehat dapat diartikan sebagai suatu keadaan yang sempurna baik secara fisik, mental dan sosial serta tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan (WHO, 1947).

Definisi WHO tentang sehat mempunyai karakteristik berikut yang dapat meningkatkan konsep sehat yang positif (Edelman dan Mandle, 1994) :

1. Memperhatikan individu sebagai sebuah sistem yang menyeluruh.
2. Memandang sehat dengan mengidentifikasi lingkungan internal dan eksternal.
3. Penghargaan terhadap pentingnya peran individu dalam hidup.

b. Sehat Menurut Depkes RI

UU No.23 Tahun 1992 tentang Kesehatan menyatakan bahwa :

Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Dalam pengertian ini maka kesehatan harus dilihat sebagai satu kesatuan yang utuh terdiri dari unsur-unsur fisik, mental dan sosial dan di dalamnya kesehatan jiwa merupakan bagian integral kesehatan.

Dalam pengertian yang paling luas sehat merupakan suatu keadaan yang dinamis dimana individu menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan lingkungan internal (psikologis, intelektual, spiritual dan penyakit) dan eksternal (lingkungan fisik, sosial, dan ekonomi) dalam mempertahankan kesehatannya.

Seseorang dikatakan sakit apabila ia menderita penyakit menahun (kronis) atau gangguan kesehatan lain yang menyebabkan aktivitas kerja/kegiatannya terganggu. Walaupun seseorang sakit (istilah sehari-hari) seperti masuk angin, pilek, tetapi bila ia tidak terganggu untuk melaksanakan kegiatannya, maka ia dianggap tidak sakit.

Pengertian sakit menurut etiologi naturalistik dapat dijelaskan dari segi impersonal dan sistematik, yaitu bahwa sakit merupakan satu keadaan atau satu hal yang disebabkan oleh gangguan terhadap sistem tubuh manusia.

Kesehatan adalah sesuatu yang sudah biasa, hanya dipikirkan bila sakit atau ketika gangguan kesehatan mengganggu aktivitas sehari-hari seseorang. Sehat berarti kekuatan dan ketahanan, mempunyai daya tahan terhadap penyakit, mengalahkan stres dan kelesuan. Menurut UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, “kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi” (dikutip dari UU Kesehatan No. 36 Tahun 2009, 2009: 4).

c. Ciri-Ciri Sehat

Kesehatan fisik terwujud apabila seseorang tidak merasa dan mengeluh sakit atau tidak adanya keluhan dan memang secara objektif tidak tampak sakit. Semua organ tubuh berfungsi normal atau tidak mengalami gangguan.

Kesehatan mental (jiwa) mencakup 3 komponen, yakni pikiran, emosional dan spiritual.

1. Pikiran sehat tercermin dari cara berpikir atau jalan pikiran.
2. Emosional sehat tercermin dari kemampuan seseorang untuk mengekspresikan emosinya, misalnya takut, gembira, kuatir, sedih dan sebagainya.
3. Spiritual sehat tercermin dari cara seseorang dalam mengekspresikan rasa syukur, pujian, kepercayaan dan sebagainya terhadap sesuatu di luar alam fana ini, yakni Tuhan Yang Maha Kuasa (Allah SWT dalam agama Islam). Misalnya sehat spiritual dapat dilihat dari praktik keagamaan seseorang.
4. Kesehatan sosial terwujud apabila seseorang mampu berhubungan dengan orang lain atau kelompok lain secara baik, tanpa membedakan ras, suku, agama atau kepercayaan, status sosial, ekonomi, politik, dan sebagainya, serta saling toleran dan menghargai.
5. Kesehatan dari aspek ekonomi terlihat bila seseorang (dewasa) produktif, dalam arti mempunyai kegiatan yang menghasilkan sesuatu yang dapat menyokong

terhadap hidupnya sendiri atau keluarganya secara finansial. Bagi mereka yang belum dewasa (siswa atau mahasiswa) dan usia lanjut (pensiunan), dengan sendirinya batasan ini tidak berlaku. Oleh sebab itu, bagi kelompok tersebut, yang berlaku adalah produktif secara sosial, yakni mempunyai kegiatan yang berguna bagi kehidupan mereka nanti, misalnya berprestasi bagi siswa atau mahasiswa, dan kegiatan sosial, keagamaan, atau pelayanan kemasyarakatan lainnya bagi usialanjut.

d. Aspek-Aspek Pendukung Kesehatan

Banyak orang berpikir bahwa sehat adalah tidak sakit, maksudnya apabila tidak ada gejala penyakit yg terasa berarti tubuh kita sehat. Padahal pendapat itu kurang tepat. Ada kalanya penyakit baru terasa setelah cukup parah, seperti kanker yang baru diketahui setelah stadium 4. Apakah berarti sebelumnya penyakit kanker itu tidak ada? Tentu saja ada, tetapi tidak terasa. Berarti tidak adanya gejala penyakit bukan berarti sehat.

Sesungguhnya sehat adalah suatu kondisi keseimbangan, di mana seluruh sistem organ di tubuh kita bekerja dengan selaras. Faktor-faktor yang mempengaruhi keselarasan tersebut berlangsung seterusnya adalah:

1. Nutrisi yang lengkap dan seimbang
2. Istirahat yang cukup
3. Olahraga yang teratur
4. Kondisi mental, sosial dan rohani yang seimbang
5. Lingkungan yang bersih

Rentang sehat-sakit

- ✓ Suatu skala ukur secara relatif dalam mengukur keadaan sehat/kesehatan seseorang.
- ✓ Kedudukannya pada tingkat skala ukur : dinamis dan bersifat individual.
- ✓ Jarak dalam skala ukur : keadaan sehat secara optimal pada satu titik dan kematian pada titik yang lain.

e. Sakit dan Perilaku Sakit

Sakit adalah keadaan dimana fisik, emosional, intelektual, sosial, perkembangan, atau seseorang berkurang atau terganggu, bukan hanya keadaan terjadinya proses penyakit.

Oleh karena itu sakit tidak sama dengan penyakit. Sebagai contoh klien dengan Leukemia yang sedang menjalani pengobatan mungkin akan mampu berfungsi seperti

biasanya, sedangkan klien lain dengan kanker payudara yang sedang mempersiapkan diri untuk menjalani operasi mungkin akan merasakan akibatnya pada dimensi lain, selain dimensi fisik.

Perilaku sakit merupakan perilaku orang sakit yang meliputi: cara seseorang memantau tubuhnya; mendefinisikan dan menginterpretasikan gejala yang dialami; melakukan upaya penyembuhan; dan penggunaan sistem pelayanan kesehatan. Seorang individu yang merasa dirinya sedang sakit perilaku sakit bisa berfungsi sebagai mekanisme koping.

Menurut Bauman (1965), seseorang menggunakan tiga kriteria untuk menentukan apakah mereka sakit :

1. Adanya gejala : naiknya temperatur, nyeri
2. Persepsi tentang bagaimana mereka merasakan : baik, buruk, sakit
3. Kemampuan untuk melaksanakan aktivitas sehari-hari : bekerja, sekolah.

f. Ciri-Ciri Sakit

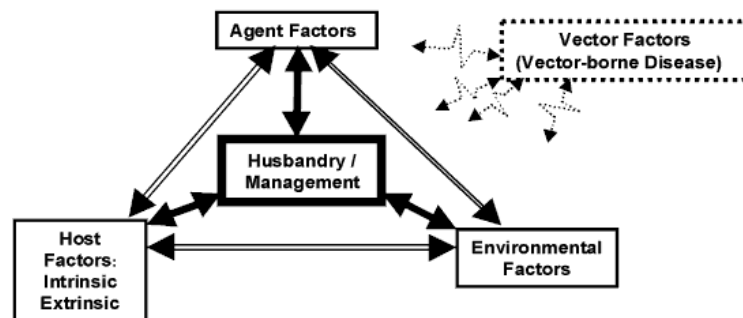
1. Individu percaya bahwa ada kelainan dalam tubuh ; merasa dirinya tidak sehat / merasa timbulnya berbagai gejala merasa adanya bahaya. Mempunyai 3 aspek :
 - secara fisik : nyeri, panastinggi.
 - kognitif : interpretasi terhadap gejala.
 - respons emosi terhadap ketakutan / kecemasan.
2. Asumsi terhadap peran sakit (*sick role*).
3. Penerimaan terhadap sakit.

B. KONSEP TRIAS EPIDEMIOLOGI

Penyakit adalah hasil dari interaksi kompleks (ketidakseimbangan) antara tiga faktor, yaitu agen, *host* (induk semang) dan lingkungan. Kesalahan yang paling sering dilakukan orang adalah memusatkan perhatian hanya pada salah satu dari ketiga faktor tersebut pada waktu mengendalikan atau mencegah penyakit.

Segitiga epidemiologi merupakan teori dasar yang terkenal sejak disiplin ilmu epidemiologi mulai digunakan di dunia, yang menggambarkan hubungan dari ketiga faktor penyebab penyakit, yaitu *host*, *agent*, dan lingkungan.

The Epidemiologic Triad



The components of medical ecology

Gambar 1. Hubungan Antar Faktor-faktor dalam Segitiga Epidemiologik

a. *HOST, AGENT, ENVIRONMENT*

Segitiga epidemiologi ini sangat umum digunakan oleh para ahli dalam menjelaskan konsep berbagai permasalahan kesehatan termasuk salah satunya adalah terjadinya penyakit. Hal ini sangat komprehensif dalam memprediksi suatu penyakit. Terjadinya suatu penyakit sangat tergantung dari keseimbangan dan interaksi ketiganya.

1. *Host*

Host atau induk semang ialah keadaan manusia yang sedemikian rupa sehingga menjadi faktor risiko untuk terjadinya suatu penyakit. Faktor ini disebabkan oleh faktor intrinsik. Komponen dari faktor penjamu yang biasanya menjadi faktor untuk timbulnya suatu penyakit sebagai berikut:

- Umur. Misalnya, usia lanjut lebih rentan untuk terkena penyakit karsinoma, jantung dan lain-lain daripada yang usiamuda.
- Jenis kelamin (seks). Misalnya, penyakit kelenjar gondok, kolesistitis, diabetes melitus cenderung terjadi pada wanita serta kanker serviks yang hanya terjadi pada wanita atau penyakit kanker prostat yang hanya terjadi pada laki-laki atau yang cenderung terjadi pada laki-laki seperti hipertensi, jantung, dll.
- Ras, suku (etnik). Misalnya pada ras kulit putih dengan ras kulit hitam yang beda kerentanannya terhadap suatu penyakit.
- Genetik (hubungan keluarga). Misalnya penyakit yang menurun seperti hemofilia, buta warna, *sickle cell anemia*, dll.
- Status kesehatan umum termasuk status gizi, dll.
- Bentuk anatomis tubuh.

- g) Fungsi fisiologis atau faaltubuh.
- h) Keadaan imunitas dan responsimunitas.
- i) Kemampuan interaksi antara *host* dengan *agent*
- j) Penyakit yang diderita sebelumnya
- k) Kebiasaan hidup dan kehidupan sosial dari *host* sendiri.

2. *Agent*

Disebabkan oleh berbagai unsur seperti unsur biologis yang dikarenakan oleh mikro organisme (virus, bakteri, jamur, parasit, protozoa, metazoa, dll), unsur nutrisi karena bahan makanan yang tidak memenuhi standar gizi yang ditentukan, unsur kimiawi yang disebabkan karena bahan dari luar tubuh maupun dari dalam tubuh sendiri (karbon monoksida, obat-obatan, arsen, pestisida, dll), unsur fisika yang disebabkan oleh panas, benturan, dll, serta unsur psikis atau genetik yang terkait dengan hereditas atau keturunan. Demikian juga dengan unsur kebiasaan hidup (rokok, alkohol, dll), perubahan hormonal dan unsur fisiologis seperti kehamilan, persalinan, dll.

Komponen dari faktor ***agent*** yaitu:

- Dosis
- Kondisi lingkungan
- Virulensi (mikroba)
- Infektifitas (mikroba)
- Toksisitas (toksin)

3. *Environment*

Faktor lingkungan adalah faktor yang ketiga sebagai penunjang terjadinya penyakit, hal ini karena faktor ini datangnya dari luar atau bisa disebut sebagai faktor ekstrinsik. Faktor lingkungan ini dibagi menjadi:

- a) Lingkungan Biologis (flora & fauna)
- b) Lingkungan Fisik

Lingkungan fisik ini dapat bersumber dari udara, keadaan tanah, geografis, air sebagai sumber hidup dan sebagai sumber penyakit, zat kimia atau polusi, radiasi, dll.

- c) Lingkungan Sosial Ekonomi

Faktor lingkungan sosial ekonomi adalah sistem ekonomi yang berlaku yang mengacu pada pekerjaan seseorang dan berdampak pada penghasilan yang akan

berpengaruh pada kondisi kesehatannya. Selain itu juga yang menjadi masalah yang cukup besar adalah terjadinya urbanisasi yang berdampak pada masalah keadaan kepadatan penduduk rumah tangga, sistem pelayanan kesehatan setempat, kebiasaan hidup masyarakat, bentuk organisasi masyarakat yang semuanya dapat menimbulkan berbagai masalah kesehatan terutama munculnya berbagai penyakit.

Komponen dari faktor lingkungan:

- Kepadatan penduduk
- Perpindahan penduduk
- Tempat tinggal (misalnya, ventilasi, sanitasi)
- Keadaan lingkungan (misalnya, suhu, kelembaban, kecepatan angin, presipitasi)

b. Faktor Distribusi Penyakit: *Person, Place, Time*

1. Orang (*Person*)

a) Umur

Umur adalah variabel yang selalu diperhatikan di dalam penyelidikan-penyelidikan epidemiologi. Angka-angka kesakitan maupun kematian didalam hampir semua keadaan menunjukkan hubungan dengan umur.

Dengan cara ini orang dapat membacanya dengan mudah dan melihat pola kesakitan atau kematian menurut golongan umur. Persoalan yang dihadapi adalah apakah umur yang dilaporkan tepat, apakah panjangnya interval didalam pengelompokan cukup untuk tidak menyembunyikan peranan umur pada pola kesakitan atau kematian dan apakah pengelompokan umur dapat dibandingkan dengan pengelompokan umur pada penelitian oranglain.

b) Jenis Kelamin

Angka-angka dari luar negeri menunjukkan bahwa angka kesakitan lebih tinggi dikalangan wanita sedangkan angka kematian lebih tinggi dikalangan pria, juga pada semua golongan umur. Untuk Indonesia masih perlu dipelajari lebih lanjut.

Perbedaan angka kematian ini, dapat disebabkan oleh faktor-faktor intrinsik. Faktor keturunan merupakan salah satu faktor yang pertama diduga terkait dengan jenis kelamin atau perbedaan hormonal sedangkan yang kedua diduga oleh karena berperannya faktor-faktor lingkungan (lebih banyak pria mengisap rokok, minum minuman keras, candu, bekerja berat, berhadapan dengan pekerjaan-pekerjaan berbahaya, dan seterusnya).

c) Kelas Sosial

Kelas sosial adalah variabel yang sering pula dilihat hubungannya dengan angka kesakitan atau kematian, variabel ini menggambarkan tingkat kehidupan seseorang. Kelas sosial ini ditentukan oleh unsur-unsur seperti pendidikan, pekerjaan, penghasilan dan banyak contoh ditentukan pula oleh tempat tinggal. Karena hal-hal ini dapat mempengaruhi berbagai aspek kehidupan termasuk pemeliharaan kesehatan maka tidaklah mengherankan apabila kita melihat perbedaan-perbedaan dalam angka kesakitan atau kematian antara berbagai kelas sosial.

Di Indonesia, dewasa ini penggolongan seperti ini sulit oleh karena jenis pekerjaan tidak memberi jaminan perbedaan dalam penghasilan. Hubungan antara kelas sosial dan angka kesakitan atau kematian kita dapat mempelajari pula dalam hubungan dengan umur, dan jenis kelamin.

d) Jenis Pekerjaan

Jenis pekerjaan dapat berperan dalam timbulnya penyakit melalui beberapa jalan yakni:

- a) Adanya faktor-faktor lingkungan yang langsung dapat menimbulkan kesakitan seperti bahan-bahan kimia, gas-gas beracun, radiasi, benda-benda fisik yang dapat menimbulkan kecelakaan dan sebagainya.
- b) Situasi pekerjaan yang penuh dengan stress (yang telah dikenal sebagai faktor yang berperan pada timbulnya hipertensi, ulkus lambung).
- c) Ada tidaknya “gerak badan” didalam pekerjaan; di Amerika Serikat ditunjukkan bahwa penyakit jantung koroner sering ditemukan di kalangan mereka yang mempunyai pekerjaan dimana kurang adanya “gerak badan”.
- d) Karena berkerumun di satu tempat yang relatif sempit maka dapat terjadi proses penularan penyakit antara para pekerja.
- e) Penyakit karena cacing tambang telah lama diketahui terkait dengan pekerjaan ditambang.

Penelitian mengenai hubungan jenis pekerjaan dan pola kesakitan banyak dikerjakan di Indonesia terutama pola penyakit kronis misalnya penyakit jantung, tekanan darah tinggi dan kanker. Jenis pekerjaan apa saja yang hendak dipelajari hubungannya dengan suatu penyakit dapat pula memperhitungkan pengaruh variabel umur dan jenis kelamin.

e) Penghasilan

Menilai hubungan antara tingkat penghasilan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maupun pencegahan adalah hal yang sering dilakukan. Seseorang kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada mungkin oleh karena tidak mempunyai cukup uang untuk membeli obat, membayar transport, dan sebagainya.

f) Golongan Etnik

Berbagai golongan etnik dapat berbeda didalam kebiasaan makan, susunan genetika, gaya hidup dan sebagainya yang dapat mengakibatkan perbedaan-perbedaan didalam angka kesakitan atau kematian.

Didalam mempertimbangkan angka kesakitan atau kematian suatu penyakit antar golongan etnik hendaknya diingat kedua golongan itu harus distandarisasi menurut susunan umur dan kelamin ataupun faktor-faktor lain yang dianggap mempengaruhi angka kesakitan dan kematian itu.

Penelitian pada golongan etnik dapat memberikan keterangan mengenai pengaruh lingkungan terhadap timbulnya suatu penyakit. Contoh yang klasik dalam hal ini ialah penelitian mengenai angka kesakitan kanker lambung.

Didalam penelitian mengenai penyakit ini di kalangan penduduk asli di Jepang dan keturunan Jepang di Amerika Serikat, ternyata bahwa penyakit ini menjadi kurang prevalen di kalangan turunan Jepang di Amerika Serikat. Ini menunjukkan bahwa peranan lingkungan penting dalam etiologi kanker lambung.

g) Status Perkawinan

Dari penelitian telah ditunjukkan bahwa terdapat hubungan antara angka kesakitan maupun kematian dengan status kawin, tidak kawin, cerai dan janda; angka kematian karena penyakit-penyakit tertentu maupun kematian karena semua sebab makin meninggi dalam urutan tertentu.

Diduga bahwa sebab-sebab angka kematian lebih tinggi pada yang tidak kawin dibandingkan dengan yang kawin ialah karena ada kecenderungan orang-orang yang tidak kawin kurang sehat. Kecenderungan bagi orang-orang yang tidak kawin lebih sering berhadapan dengan penyakit, atau karena adanya perbedaan-perbedaan dalam gaya hidup yang berhubungan secara kausal dengan penyebab penyakit-penyakit tertentu.

h) Besarnya Keluarga

Didalam keluarga besar dan miskin, anak-anak dapat menderita oleh karena

penghasilan keluarga harus digunakan oleh banyak orang.

i) Struktur Keluarga

Struktur keluarga dapat mempunyai pengaruh terhadap kesakitan (seperti penyakit menular dan gangguan gizi) dan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Suatu keluarga besar karena besarnya tanggungan secara relatif mungkin harus tinggal berdesak-desakan didalam rumah yang luasnya terbatas hingga memudahkan penularan penyakit menular di kalangan anggota-anggotanya; karena persediaan harus digunakan untuk anggota keluarga yang besar maka mungkin pula tidak dapat membeli cukup makanan yang bernilai gizi cukup atau tidak dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia dan sebagainya.

j) Paritas

Tingkat paritas telah menarik perhatian para peneliti dalam hubungan kesehatan si ibu maupun anak. Dikatakan umpamanya bahwa terdapat kecenderungan kesehatan ibu yang berparitas rendah lebih baik dari yang berparitas tinggi, terdapat asosiasi antara tingkat paritas dan penyakit- penyakit tertentu seperti *asma bronchiale*, *ulkus peptikum*, *pilorik stenosis* dan seterusnya. Tapi kesemuanya masih memerlukan penelitian lebih lanjut.

2. Tempat (*Place*)

Pengetahuan mengenai distribusi geografis dari suatu penyakit berguna untuk perencanaan pelayanan kesehatan dan dapat memberikan penjelasan mengenai etiologi penyakit.

Perbandingan pola penyakit sering dilakukan antara :

1. Batas daerah-daerah pemerintahan
2. Kota dan pedesaan
3. Daerah atau tempat berdasarkan batas-batas alam (pegunungan, sungai, laut atau padang pasir)
4. Negara-negara
5. Regional

Untuk kepentingan mendapatkan pengertian tentang etiologi penyakit, perbandingan menurut batas-batas alam lebih berguna daripada batas-batas administrasi pemerintahan.

Hal-hal yang memberikan kekhususan pola penyakit di suatu daerah dengan batas-batas alam ialah : keadaan lingkungan yang khusus seperti temperatur, kelembaban, turun hujan, ketinggian diatas permukaan laut, keadaan tanah, sumber

air, derajat isolasi terhadap pengaruh luar yang tergambar dalam tingkat kemajuan ekonomi, pendidikan, industri, pelayanan kesehatan, bertahannya tradisi-tradisi yang merupakan hambatan-hambatan pembangunan, faktor-faktor sosial budaya yang tidak menguntungkan kesehatan atau pengembangan kesehatan, sifat-sifat lingkungan biologis (ada tidaknya vektor penyakit menular tertentu, reservoir penyakit menular tertentu, dan susunan genetika), dan sebagainya.

Banyaknya penyakit hanya berpengaruh pada daerah tertentu. Misalnya penyakit demam kuning, kebanyakan terdapat di Amerika Latin. Distribusinya disebabkan oleh adanya “*reservoir*” infeksi (manusia atau kera), vektor (yaitu *Aedes aegypti*), penduduk yang rentan dan keadaan iklim yang memungkinkan suburnya agen penyebab penyakit. Daerah dimana vektor dan persyaratan iklim ditemukan tetapi tidak ada sumber infeksi disebut “*receptive area*” untuk demam kuning.

Contoh-contoh penyakit lainnya yang terbatas pada daerah tertentu atau yang frekuensinya tinggi pada daerah tertentu, misalnya *Schistosomiasis* di daerah dimana terdapat vektor *snail* atau keong (Lembah Nil, Jepang), gondok endemi (*endemic goiter*) di daerah yang kekurangan yodium.

3. Waktu (*Time*)

Mempelajari hubungan antara waktu dan penyakit merupakan kebutuhan dasar di dalam analisis epidemiologis, oleh karena perubahan-perubahan penyakit menurut waktu menunjukkan adanya perubahan faktor-faktor etiologis. Melihat panjangnya waktu di mana terjadi perubahan angka kesakitan, maka dibedakan :

1. Fluktuasi jangka pendek dimana perubahan angka kesakitan berlangsung beberapa jam, hari, minggu dan bulan.
2. Pola perubahan kesakitan ini terlihat pada epidemi umpamanya epidemi keracunan makanan (beberapa jam), epidemi influenza (beberapa hari atau minggu), epidemi cacar (beberapa bulan).
3. Perubahan-perubahan secara siklus dimana perubahan-perubahan angka kesakitan terjadi secara berulang-ulang dengan antara beberapa hari, beberapa bulan (musiman), tahunan, beberapa tahun.
4. Perubahan-perubahan angka kesakitan yang berlangsung dalam periode waktu yang panjang, bertahun-tahun atau berpuluh tahun yang disebut “*secular trends*”.

C. KONSEP PENCEGAHAAN PENYAKIT

Pengetahuan tentang perjalanan penyakit dan faktor-faktor yang mempengaruhi berguna untuk menemukan strategi pencegahan penyakit yang efektif. Pencegahan penyakit adalah tindakan yang ditujukan untuk mencegah, menunda, mengurangi, membasmi, mengeliminasi penyakit dan kecacatan, dengan menerapkan sebuah atau sejumlah intervensi yang telah dibuktikan efektif. Menyajikan tiga tingkat pencegahan penyakit: pencegahan primer, sekunder, dan tersier (Kleinbaum *et al.*, 1982; Last, 2001).

a. Pencegahan Primer.

Pencegahan primer adalah upaya memodifikasi faktor risiko atau mencegah berkembangnya faktor risiko, sebelum dimulainya perubahan patologis, dilakukan pada tahap suseptibel dan induksi penyakit, dengan tujuan mencegah atau menunda terjadinya kasus baru penyakit (AHA Task Force, 1998).

Termasuk yang berkaitan dengan pencegahan primer adalah “pencegahan primordial” dan “reduksi kerugian”. Pencegahan primordial adalah strategi pencegahan penyakit dengan menciptakan lingkungan yang dapat mengeliminasi faktor risiko, sehingga tidak diperlukan intervensi preventif lainnya (Wallace, 2007). Contoh: (1) Program eliminasi global cacar (*variola*), sehingga tidak diperlukan imunisasi cacar; (2) Penciptaan lingkungan bersih sehingga tidak diperlukan pengabutan nyamuk *Aedes aegypti*; (3) Program eliminasi garam dari semua makanan yang jika tercapai sangat efektif untuk mencegah hipertensi.

Promosi kesehatan

- Pendidikan kesehatan
- Gizi yang cukup sesuai dengan
- Perumahan, rekreasi, tempat kerja
- Konseling perkawinan
- Genetika
- Pemeriksaan kesehatan berkala

Perlindungan khusus

- Imunisasi
- Kebersihan perorangan
- Sanitasi lingkungan
- Penggunaan gizi/suplemen tertentu

b. Pencegahan Sekunder.

Pencegahan sekunder merupakan upaya pencegahan pada fase penyakit asimtomatis, tepatnya pada tahap preklinis, terhadap timbulnya gejala-gejala penyakit secara klinis melalui deteksi dini (*early detection*). Jika deteksi tidak dilakukan dini dan terapi tidak diberikan segera maka akan terjadi gejala klinis yang merugikan. Deteksi dini penyakit sering disebut “skrining”. Skrining adalah identifikasi yang menduga adanya penyakit atau kecacatan yang belum diketahui dengan menerapkan suatu tes, pemeriksaan, atau prosedur lainnya, yang dapat dilakukan dengan cepat. Tes skrining memilah orang-orang yang tampaknya mengalami penyakit dari orang-orang yang tampaknya tidak mengalami penyakit. Tes skrining tidak dimaksudkan sebagai diagnostik. Orang-orang yang ditemukan positif atau mencurigakan dirujuk ke dokter untuk penentuan diagnosis dan pemberian pengobatan yang diperlukan (Last, 2001).

Skrining yang dilakukan pada subpopulasi berisiko tinggi dapat mendeteksi dini penyakit dengan lebih efisien daripada populasi umum. Tetapi skrining yang diterapkan pada populasi yang lebih luas (populasi umum) tidak hanya tidak efisien tetapi sering kali juga tidak etis. Skrining tidak etis dilakukan jika tidak tersedia obat yang efektif untuk mengatasi penyakit yang bersangkutan atau menimbulkan trauma, stigma, dan diskriminasi bagi individu yang menjalani skrining. Sebagai contoh, skrining HIV tidak etis dilakukan pada kelompok risiko tinggi jika tidak tersedia obat antivir yang efektif, murah, terjangkau oleh individu yang ditemukan positif mengidap HIV. Selain itu skrining HIV tidak etis dilakukan jika hasilnya mengakibatkan individu yang ditemukan positif mengalami stigmatisasi, pengucilan, dan diskriminasi pekerjaan, asuransi kesehatan, pendidikan, dan berbagai aspek kehidupannya.

Deteksi dini pada tahap preklinis memungkinkan dilakukan pengobatan segera (*prompt treatment*) yang diharapkan memberikan prognosis yang lebih baik tentang kesudahan penyakit dari pada diberikan terlambat.

Diagnosis dini dan pengobatan segera

- Penemuan kasus, individu dan masal
- Skrining
- Pemeriksaan khusus dengan tujuan
- Menyembuhkan dan mencegah penyakit berlanjut
- Mencegah penyebaran penyakit menular
- Mencegah komplikasi dan akibat lanjutan

- Memperpendek masa ketidakmampuan

c. Pencegahan Tersier

Penanganan komplikasi & Pembatasan cacat

- Pengobatan yang cukup untuk menghentikan proses penyakit dan mencegah komplikasi;
- Penyediaan fasilitas untuk membatasi ketidakmampuan dan mencegah kematian.

Rehabilitasi

- Penyediaan fasilitas untuk pelatihan hingga fungsi tubuh dapat dimanfaatkan sebaik-baiknya.
- Pendidikan pada masyarakat dan industriawan agar mereka menggunakan yang telah direhabilitasi.

MATERI 2

PENENTUAN PRIORITAS MASALAH BERSAMA KELUARGA

Pemateri: **dr.Fatwa Sari Tetra Dewi, MPH., Ph.D**

Tujuan pembelajaran:

1. Mengetahui langkah-langkah penentuan masalah prioritas bersama keluarga
2. Dapat memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga

Materi

- **Mengapa perlu menentukan masalah prioritas bersama keluarga?**

Karena peran keluarga dibutuhkan dalam terbentuknya dan berubahnya perilaku tidak sehat. Sehingga keluarga dapat diajak untuk berpartisipasi dalam merubah perilaku tidak sehat pada diri mereka atau anggota keluarga yang lain.

- **Contoh kasus:**

Sebuah keluarga tinggal di sebuah bantaran sungai. Keluarga tersebut memiliki seorang anak perempuan kelas 2 SD. Sang Ibu bekerja sebagai asisten rumah tangga selama 5 tahun, sedangkan suami bekerja sebagai buruh bangunan. Keluarga tersebut sudah tinggal di bantaran sungai selama 1 tahun. Ibu memiliki keluhan berupa sesak napas, badan gemetar, dan lemas di siang maupun malam hari. Berdasarkan pemeriksaan dokter, ternyata Ibu menderita penyakit thyroid sejak 2016. Selanjutnya, sang anak terkadang terkena sakit batuk 1-2 kali dalam sebulan. Ayah tidak memiliki keluhan kesehatan apapun dan tidak memiliki kebiasaan merokok.

Aktivitas Ibu pada pagi hari mencuci, memasak, dan mempersiapkan anak berangkat sekolah. Aktivitas bapak adalah mengantar anak ke sekolah lalu pergi bekerja di proyek bangunan. Anak berangkat ke sekolah di antar orang tua, kemudian pulang sekolah berjalan kaki. Ayah pulang bekerja pukul 16.00. Ibu biasanya memasak hanya di pagi hari kemudian makanan dihangatkan untuk dikonsumsi pada siang dan malam hari. Namun seringkali membeli makanan di warung apabila tidak sempat memasak. Makanan yang biasa dikonsumsi adalah sayur sup (olahan sayuran dengan kuah yang banyak) dengan lauk tempe goreng. Seluruh anggota keluarga biasanya tidur pada jam 9 malam.

Kegiatan membersihkan rumah dan membuang sampah biasanya dilakukan Ibu. Sampah biasanya dibuang di sungai karena hampir semua tetangga juga

melakukan hal yang sama. Hal tersebut disebabkan ketiadaan Tempat Pembuangan Sampah (TPS) yang dekat dengan area pemukiman. Pada saat musim hujan, air sungai kerap kali meluap karena aliran air tersumbat sampah.

- **Metode pengumpulan untuk menentukan prioritas masalah kesehatan bersama keluarga:**

1. Metode observasi

- a. *Overtly* (Mengamati secara langsung perilaku keluarga)
- b. *Covertly* (Mengamati secara tidak langsung perilaku keluarga)

2. Metode wawancara

- a. Langsung
- b. Tidak langsung (klarifikasi kepada orang di sekitar keluarga, misal tetangga, atau teman anggota keluarga)

- **Tujuan menentukan prioritas masalah bersama keluarga:**

1. **Memahami penyebab perilaku tidak sehat**

- Cara memahami perilaku tidak sehat

- a. Apa saja masalah kesehatan di dalam keluarga?

Berdasarkan contoh kasus, tampak hal apa saja yang menjadi masalah kesehatan anggota keluarga menurut sang Ibu:

- i. Ibu mudah sesak nafas, gemetar, dan lemas (terkait dengan penyakit *thyroid*)
- ii. Anak sering sakit batuk

- b. Apa saja perilaku tidak sehat penyebab masalah kesehatan?

- i. Pola penyediaan makanan bagi keluarga:

- a) Memasak makanan hanya 1 kali (biasanya dengan sayur sup/olahan sayur dengan kuah yang banyak) dikonsumsi untuk 1 hari (dihangatkan berulang).
- b) Sering membeli makanan yang sudah jadi (perlu lebih berhati-hati dan lebih memerhatikan nilai gizi, higienitas, kandungan pengawet)
- c) Memasak hanya 1 kali dalam sehari, bila cara menghangatkan tidak baik/salah maka akan berisiko terkena diare.

- ii. Perilaku kebersihan

- a) Membuang sampah di sungai, kebersihan lingkungan di dalam rumah dan sekeliling rumah). Dampak: yang sudah dirasakan banjir.
- c. Siapa yang memiliki perilaku tidak sehat?
Ibu
- d. Bagaimana mekanisme terbentuknya perilaku tidak sehat?
Warga memiliki kebiasaan membuang sampah di sungai. Ibupun mengikuti kebiasaan tersebut. Ibu tidak punya cukup waktu untuk membuang sampah di TPS karena lokasinya jauh.
- e. Adakah upaya untuk mengubah perilaku tidak sehat?
Ada.
- Perhatikan cara mewawancarai dan mengobservasi sehingga pada akhirnya dapat menentukan prioritas masalah bersama dengan keluarga.
 - a. Pada saat pertama kali datang ke masyarakat, amati sekeliling lingkungan tempat tinggal keluarga yang akan diwawancarai,
 - Bagaimana kondisi penduduk di daerah tersebut?
 - Bagaimana kondisi rumah keluarga tersebut?
 - b. Sampaikan tujuan berkunjung kepada narasumber
 - c. Pilih teknik komunikasi yang sesuai untuk narasumber (misalnya santai seperti mengobrol dengan teman)
 - d. Perhatikan tatapan mata untuk mencerminkan kepada siapa kita berkomunikasi
 - e. Perlu paraphrase atau mengulang jawaban untuk mengkonfirmasi pernyataan yang dimaksud
 - f. Perhatikan *gesture* (gerakan tangan, mengangguk) sebagai bentuk komunikasi non-verbal

2. Menilai kesiapan anggota keluarga dalam menerima pendidikan kesehatan

- a. Faktor kognitif
Faktor kognitif dapat menilai sejauh mana tingkat pengetahuan keluarga mengenai permasalahan kesehatan dan penyebabnya. Cara narasumber menjawab dan merespon pertanyaan yang diajukan saat wawancara juga menunjukkan seberapa jauh tingkat kognitifnya
- b. Faktor sikap

Faktor sikap dapat menilai kepercayaan keluarga terhadap perilaku dan permasalahan kesehatan. Misalnya ada keluarga yang setuju bila perilaku merokok dapat menyebabkan penyakit batuk, tapi di sisi lain ada yang tak setuju dan menganggap perilaku merokok tidak berbahaya.

Sikap dapat menentukan metode yang sesuai untuk melakukan pendidikan kesehatan.

c. Faktor lingkungan

Faktor lingkungan dapat menilai bagaimana pengaruh orang di sekeliling keluarga terhadap terbentuknya perilaku dan permasalahan kesehatan.

Pada contoh kasus, dapat dipahami bahwa Ibu tidak banyak terpapar media massa/media sosial. Sumber informasi utama Ibu adalah melalui teman, tetangga, dan pertemuan warga (forum PKK (1x/bulan), pertemuan ibu-ibu, dan dasawisma). Sehingga, pemberian pendidikan kesehatan dapat dilakukan melalui sumber yang biasa diterima oleh Ibu.

3. Menentukan tingkat perubahan perilaku yang sesuai dengan masing-masing keluarga

➤ 5 tahap perubahan perilaku

a. Intrapersonal

Proses pengembangan pengetahuan, perubahan sikap, keterampilan / praktik, konsep, percaya diri dari dalam diri.

b. Interpersonal

Perubahan melalui jaringan/dukungan sosial, perubahan kelompok, teman sebaya, dan teman kerja.

c. Organisasi

Norma/budaya organisasi, sistem organisasi, manajemen dalam suatu organisasi RT/RW.

d. Level komunitas.

Perubahan perilaku dilakukan pada tingkat lebih tinggi, misal beberapa RW (level kelurahan/desa). Perlu diketahui karakter warga di daerah tersebut, misal kondisi ekonomi, komunitas yang terdapat di daerah tersebut, sumber daya komunitas, kemampuan komunitas, ketersediaan pelayanan kesehatan, dan lain sebagainya.

e. Kebijakan publik

Mengubah perilaku dalam level yang lebih tinggi, yaitu level regulasi, perundangan, kebijakan, penegakan hukum.

- Dalam contoh kasus yang telah disebutkan sebelumnya, coba tentukan kira-kira tingkat perubahan perilaku yang sesuai itu yang mana?

Narasumber menilai adanya masalah kesehatan pada kebersihan rumah dan pengelolaan sampah.

Berdasarkan contoh kasus, tahap perubahan perilaku yang dapat dilakukan narasumber adalah:

- a. Intrapersonal, dengan membersihkan rumah secara rutin dan mengatur waktu/pembagian tugas dengan anggota keluarga yang lain.
- b. Interpersonal, dengan mengajak warga dan berpikir bagaimana cara mengelola sampah.

4. Merangkum dan menyepakati perilaku tidak sehat yang akan diubah/diperbaiki

- Membuat kesepakatan perilaku yang akan diubah:
 - a. Perilaku apa yang akan diubah?
 - b. Berapa lama waktu untuk mengubah perilaku?
 - c. Siapa yang akan menjadi sasaran?
 - d. Bagaimana cara mengubah perilaku sasaran?
 - e. Sampai sejauh mana perilaku sasaran dapat diubah?
- Berdasarkan hasil wawancara pada contoh kasus, Ibu sepakat akan bersama-sama dengan warga membersihkan sungai secepatnya dan mencari/membuat tempat pembuangan sampah.

MATERI 3

PEMBERIAN PENDIDIKAN KESEHATAN

Pemateri: **dr. RR. Siti Rokmah Projosasmito, M.ed (L,P&C)**

Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti kuliah ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan definisi pendidikan kesehatan
2. Memilih metode edukasi kesehatan yang tepat untuk keluarga mitra
3. Memberikan edukasi kesehatan pada keluarga mitra

Materi

A. Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah kegiatan upaya meningkatkan pengetahuan kesehatan atau menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok, atau individu mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat dalam upaya meningkatkan status kesehatan peserta, mencegah timbulnya kembali penyakit dan memulihkan penyakit. Tujuan pendidikan kesehatan adalah tercapainya perubahan perilaku sasaran. Faktor yang memengaruhi keberhasilan pendidikan kesehatan antara lain: metode yang digunakan, materi atau pesan yang disampaikan, petugas yang menyampaikan dan alat bantu atau peraga yang digunakan.

1. Metode Pendidikan Kesehatan

Metode pendidikan kesehatan berdasarkan besarnya sasaran adalah sebagai berikut:

- a. Individual seperti bimbingan penyuluhan dan wawancara
- b. Kelompok, baik itu kelompok kecil maupun kelompok besar
- c. Massa, seperti diskusi atau tulisan di media massa, cetak dan elektronik; sinetron, film dan animasi; iklan layanan masyarakat

Metode penyampaian pendidikan pada kelompok besar meliputi ceramah dan seminar. Pada metode ceramah, penceramah harus menguasai materi dengan sangat baik. Metode ceramah dapat digunakan pada kelompok sasaran yang berpendidikan tinggi ataupun rendah.

Metode penyampaian pendidikan pada kelompok kecil meliputi diskusi kelompok, curah pendapat, bola salju, *buzz grouprole play* dan permainan simulasi.

Beberapa anjuran yang perlu diperhatikan dalam memberikan pendidikan kesehatan:

- a. Pahami permasalahan kesehatan yang akan diedukasikan
- b. Siapkan materi edukasi disesuaikan dengan sasaran edukasi
- c. Pilih metode yang akan digunakan untuk proses edukasi kesehatan
- d. Siapkan media edukasi kesehatan
- e. Lakukan edukasi kesehatan dengan semangat dan percaya diri
- f. Minta umpan balik dari penerima edukasi kesehatan
- g. Latih proses edukasi kesehatan bersama peer
- h. Rekam proses edukasi kesehatan
- i. Lakukan refleksi dan evaluasi atas edukasi kesehatan yang sudah dilakukan

TUTORIAL DPL: ROLEPLAY DAN PERSIAPAN TERJUN LAPANGAN

A. Tujuan

1. Mahasiswa mampu memahami kuliah pakar online yang telah dilakukan sebelumnya
2. Mahasiswa mampu memahami konsep *family folder*
3. Mahasiswa mampu membuat draft edukasi sederhana melalui skenario *roleplay*

B. Metode Pembelajaran

1. Tutorial
2. Diskusi kelompok
3. *Role play*/simulasi

C. Waktu

100 menit

D. Pemateri

Dosen Pembimbing Lapangan

E. Panduan Pelaksanaan:

1. 5 menit : DPL menjelaskan maksud dan tujuan tutorial
2. 10 menit : DPL dan mahasiswa membaca skenario dalam buku tutorial dan mendiskusikan kasus tersebut terkait:
 - a. Hal yang perlu digali dalam wawancara dan observasi pada keluarga mitra terkait kesehatan
 - b. Hal yang seharusnya dipersiapkan sebelum terjun ke lapangan
3. 10 menit : DPL meminta perwakilan mahasiswa untuk memerankan peran yang ada dalam skenario:
 - a. 5 mahasiswa CFHC-IPE
 - b. 4 orang keluarga mitra
4. 20 menit : Bermain peran sesuai skenario yang telah disediakan
5. 25 menit : Diskusi dan refleksi hasil bermain peran, tentang:
 - a. Penggalan faktor risiko
 - b. Pendidikan kesehatan sederhana (tanpa media)
6. 30 menit : Diskusi perencanaan kunjungan lapangan

F. Skenario *Role Play*

Anda adalah mahasiswa CFHC tahun kedua. Pada hari Minggu, 19 April 2020 pukul 10.00 WIB, Anda dan kelompok mendatangi keluarga Bapak Sumitro (63 tahun) di Dusun Wonokerto, Sleman. Bapak Sumitro memiliki 2 orang anak perempuan yang masing-masing berusia 18 tahun (kelas 3 SMA) dan 15 tahun (kelas 1 SMA), keduanya sudah menarche. Anak pertama selalu menduduki juara 1 di kelasnya, sementara anak kedua memiliki pergaulan yang kurang baik seperti sering pergi keluar rumah hingga malam hari hingga merokok. Bapak Sumitro sendiri bukan seorang perokok aktif sejak memasuki usia 50 tahun karena pernah dirawat di rumah sakit akibat pneumonia. Istrinya yang berusia 56 tahun saat ini bekerja sebagai buruh pabrik tekstil di lingkungan rumahnya. Sementara Bapak Sumitro saat ini hanya di rumah akibat tubuhnya yang mulai sakit-sakitan.

1. Sebagai mahasiswa CFHC-IPE tahun kedua, bagaimana cara Anda menggali faktor resiko di keluarga Bapak Sumitro?
2. Apa media yang paling sesuai digunakan untuk melakukan edukasi di keluarga Bapak Sumitro? Mengapa?
3. Sebagai mahasiswa CFHC-IPE tahun kedua, bagaimana cara Anda melakukan edukasi kesehatan di keluarga Bapak Sumitro?

KUNJUNGAN LAPANGAN 1:

MENGIDENTIFIKASI FAKTOR RISIKO PADA KELUARGA MITRA

A. Tujuan

1. Mahasiswa mampu mempraktekkan teknik observasi *unobtrusive*
2. Mahasiswa mampu mengidentifikasi faktor risiko yang ada pada keluarga mitra

B. Persiapan

1. Mahasiswa mereview hasil kunjungan lapangan pada tahun pertama tentang keluarga mitra (jumlah anggota keluarga, riwayat pekerjaan, dll.)
2. Mahasiswa berdiskusi dengan instruktur lapangan tentang rencana kunjungan lapangan
3. Mahasiswa mempersiapkan *tools* seperti *family folder*, daftar pengamatan atau daftar pertanyaan yang akan diajukan pada keluarga mitra untuk menggali faktor risiko, presensi, dan kartu kontrol
4. Mahasiswa membuat janji bertemu dengan keluarga mitra untuk melakukan kunjungan lapangan

C. Pelaksanaan

1. Mahasiswa mendatangi keluarga mitra sesuai waktu yang disepakati
2. Mahasiswa menyampaikan maksud dan tujuan kedatangan
3. Mahasiswa melakukan diskusi dan pengamatan kepada keluarga mitra untuk menggali faktor risiko keluarga
4. Jika memungkinkan, mahasiswa dapat mengambil gambar faktor risiko yang diamati setelah mendapat izin dari keluarga mitra
5. Mahasiswa memberikan edukasi sederhana dari hasil wawancara terkait faktor risiko yang ditemui (tanpa media)
6. Mahasiswa bersama Instruktur Lapangan mengevaluasi kunjungan lapangan yang telah terlaksana.

D. Pelaporan

1. Kunjungan lapangan dievaluasi dengan laporan dalam bentuk presentasi, laporan tertulis dan video.
2. Presentasi per kelompok dan menyajikan semua laporan kunjungan keluarga mitra
3. Durasi presentasi per kelompok 20 menit dengan diskusi 10 menit
4. Presentasi ditampilkan saat *feedback* kunjungan lapangan

KUNJUNGAN LAPANGAN 2: MEMBERIKAN EDUKASI SEDERHANA (TANPA MEDIA)

A. Tujuan

1. Mahasiswa mampu memberikan edukasi sederhana (tanpa media) melalui faktor risiko yang ditemui

B. Persiapan

1. Mahasiswa mereview hasil kunjungan lapangan pada tahun pertama tentang keluarga mitra (jumlah anggota keluarga, riwayat pekerjaan, dll.)
2. Mahasiswa berdiskusi dengan instruktur lapangan tentang rencana kunjungan lapangan
3. Mahasiswa mempersiapkan *tools* seperti *family folder*, presensi, dan kartu kontrol
4. Mahasiswa membuat janji bertemu dengan keluarga mitra untuk melakukan kunjungan lapangan

C. Pelaksanaan

1. Mahasiswa mendatangi keluarga mitra sesuai waktu yang disepakati
2. Mahasiswa menyampaikan maksud dan tujuan kedatangan
3. Mahasiswa memberikan edukasi sederhana dari hasil wawancara terkait faktor risiko yang ditemui (tanpa media)
4. Mahasiswa bersama Instruktur Lapangan mengevaluasi kunjungan lapangan yang telah terlaksana.

D. Pelaporan

1. Kunjungan lapangan dievaluasi dengan laporan dalam bentuk presentasi, laporan tertulis dan video.
2. Presentasi per kelompok dan menyajikan semua laporan kunjungan keluarga mitra
3. Durasi presentasi per kelompok 20 menit dengan diskusi 10 menit
4. Presentasi ditampilkan saat *feedback* kunjungan lapangan

FEEDBACK DPL

A. Tujuan

1. Mahasiswa mampu menyampaikan hasil kunjungan lapangan kepada dosen pembimbing lapangan melalui *power point* dan video singkat
2. Mahasiswa mendapatkan masukan tentang proses kunjungan lapangan yang telah dilakukan

B. Metode Pembelajaran

Presentasi laporan dan diskusi kelompok

C. Waktu

100 menit

D. Pেমateri

Dosen Pembimbing Lapangan (DPL)

E. Panduan Pelaksanaan

1. Mahasiswa dan DPL bertemu pada waktu yang telah ditentukan
2. Mahasiswa menyampaikan hasil kunjungan lapangan tentang faktor risiko yang ditemukan pada masing-masing keluarga mitra dan edukasi sederhana yang telah dilakukan (masing-masing kelompok diberikan waktu 30 menit dan 10 menit untuk tanya-jawab)
3. Mahasiswa menyampaikan hambatan yang dirasakan saat melakukan kunjungan lapangan
4. DPL melakukan penilaian dan memberikan masukan terhadap proses pelaksanaan kunjungan lapangan oleh mahasiswa

RENCANA KEGIATAN BELAJAR (RKB) CFHC-IPE TAHUN II/SEMESTER 4

No.	Kegiatan/Pokok Bahasan	Metode Pembelajaran	Waktu (menit)
1.	Kuliah umum: a. <i>Overview</i> CFHC Semester 4 b. Pembekalan kunjungan lapangan	Ceramah Tanya jawab	150
2.	Kuliah Pakar a. Pembuatan media pendidikan kesehatan b. Tips membangun <i>community engagement</i> c. Pembuatan media diseminasi	<i>e-learning</i>	75
3.	Tutorial bersama DPL d. Pembuatan draft media edukasi kesehatan e. Pembuatan draft media diseminasi	Diskusi	50
4.	Kunjungan Lapangan: a. Melakukan edukasi kesehatan dengan media kepada keluarga mitra b. <i>Feedback</i> IL setelah kunjungan	Praktikum lapangan (bersama Instruktur Lapangan)	150
5.	Diseminasi kegiatan CFHC tahun II a. Presentasi hasil kegiatan kepada pemangku kebijakan menggunakan poster.	Presentasi kepada pemangku kebijakan (bersama DPL dan IL)	150
6.	Pembuatan Laporan a. Laporan kunjungan lapangan dan resume kegiatan diseminasi b. Laporan dalam bentuk laporan tertulis, <i>powerpoint</i> dan video kegiatan	Diskusi Kelompok	100
7.	<i>Feedback</i> Akhir dan Evaluasi DPL 1. Presentasi hasil kunjungan (penilaian melalui laporan, presentasi, poster diseminasi dan video) 2. <i>Feedback</i> dari DPL	Presentasi dan tanya jawab dengan DPL	100

**JADWAL CFHC-IPE TAHUN II
SEMESTER 4
MAHASISWA ANGKATAN 2018**

ANGKATAN	HARI	TANGGAL	JAM	KEGIATAN	LOKASI
2018 (Smt 4 CFHC Th. II)	JUM'AT	17 Apr 2020	08.00-10.00	Kuliah Umum 2:	Auditorium Kresna, RSA
				<i>Overview of CFHC-IPE in Semester 4</i>	UGM Lt. 5
	<i>Flexible</i>	17-22 Apr 2020	<i>Flexible</i>	<i>e-Learning</i> “Pembuatan Media Pendidikan Kesehatan”	GAMEL
				<i>e-Learning</i> “Tips Membangun <i>Community Engagement</i> ”	
				<i>e-Learning</i> “Pembuatan Media Diseminasi”	
	<i>Flexible</i>	11-16 Mei 2020	<i>Flexible</i>	<i>Tutorial</i> bersama DPL	R. Tutorial (Gedung RP, Ismangoen dan GW)
	<i>Flexible</i>	28 Mei-13 Jun 2020	<i>Flexible</i>	Kunjungan Lapangan 1: Edukasi Menggunakan Media	Lapangan (Keluarga Mitra)
	<i>Flexible</i>	20-21 Jun 2020	<i>Flexible</i>	Kunjungan Lapangan 2: Diseminasi	Balai Desa
	<i>Flexible</i>	22 Jun-4 Jul 2020	<i>Flexible</i>	<i>Feedback</i> Akhir dengan DPL	R. Tutorial (Gedung RP, Ismangoen dan GW)

RINCIAN KEGIATAN CFHC-IPE SEMESTER 4

KULIAH PAKAR

A. Tujuan

1. Mahasiswa mampu memilih media kesehatan yang tepat sesuai dengan sasaran dan merancang media untuk pendidikan kesehatan yang akan dilakukan pada keluarga mitra
2. Mahasiswa mampu memahami pentingnya melibatkan masyarakat dalam intervensi dan program kesehatan serta mengaplikasikan tahapan *community engagement*
3. Mahasiswa mampu merancang media diseminasi untuk mempublikasikan hasil kegiatan CFHC-IPE.

B. Metode Pembelajaran

Kuliah pakar disampaikan dengan metode *e-learning*

C. Waktu

75 menit (3 materi)

D. Materi

1. Dr. Supriyati, S.Sos, M.Kes : Pengembangan Media Kesehatan untuk Pendidikan Kesehatan
2. Dr. Dra. Sumarni DW, M.Kes : *Community Engagement*
3. Eri Yanuar Akhmad Budi Sunaryo, S.Kep., Ns., M.N.Sc (IC) : Pembuatan Media Diseminasi

E. Panduan pelaksanaan:

1. Mahasiswa diharapkan memiliki akun *e-mail* UGM untuk dapat dimasukkan ke dalam kuliah pakar
2. Mahasiswa mengakses kuliah pakar melalui GaMeL di alamat: gamel.fk.ugm.ac.id
3. Mahasiswa diharuskan mengikuti *pre-test* sebelum mengakses materi kuliah
4. Mahasiswa dapat mengakses kuliah setelah mendapatkan kode *enroll* ke dalam laman kuliah pakar di GaMeL
5. Mahasiswa diharuskan mengikuti *post-test* setelah mengakses materi kuliah
6. Mahasiswa dapat menyampaikan pertanyaan atau umpan balik di GaMeL

MATERI 4

PENGEMBANGAN MEDIA KESEHATAN UNTUK PENDIDIKAN KESEHATAN

Pemateri: Dr. Supriyati, S.Sos, M.Kes

Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti kuliah ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan pentingnya data dalam pengembangan media untuk pendidikan kesehatan
2. Memilih media kesehatan yang tepat sesuai dengan sasaran
3. Merancang media untuk pendidikan kesehatan yang akan dilakukan kepada keluarga mitra

Materi

A. Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah penyampaian informasi dan edukasi kesehatan yang biasanya digunakan dalam kegiatan penyuluhan atau pendidikan kesehatan baik kepada individu maupun masyarakat. Media kesehatan merupakan alat bantu komunikasi antara pemberi informasi/pendidik/penyuluh kepada sasaran (individual atau masyarakat). Penggunaan media kesehatan yang tepat dapat membantu penyampaian informasi dengan baik serta memberikan respon terhadap informasi yang didapatkan tersebut. Sebaliknya media yang kurang tepat tidak akan memberikan dampak bagi sasaran. Salah satu kegagalan pendidikan kesehatan adalah perbedaan perspektif antara dua pihak baik yang menyampaikan informasi maupun yang menerima informasi. Oleh sebab itu penggunaan media sebaiknya disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan sasaran.

Dalam membuat media khususnya media kesehatan langkah awal yang harus dilakukan adalah menetapkan tujuan dari pendidikan kesehatan, mempelajari karakteristik sasaran, menetapkan metode apa atau media apa yang sebaiknya digunakan serta membuat media yang sesuai dengan sasaran.



B. Analisis Kebutuhan

1. Analisis Komunitas

Analisis komunitas merupakan tahapan yang penting sebelum merencanakan pendidikan kesehatan pada target/sasaran agar program yang dirancang dapat menjawab kebutuhan masyarakat. Analisis komunitas meliputi:

- a. *Programmer* mengenal sasaran lebih dekat (mengidentifikasi kebutuhan dan ketertarikan sasaran, serta sumberdaya)
- b. Mengenali program-program yang telah berjalan (efektivitasnya)
- c. Membantu sasaran memahami masalah dan mengenali sumber daya berpotensi untuk memecahkan masalah

2. Kebutuhan Masyarakat

Sebelum melakukan analisis komunitas/masyarakat maka kita perlu memahami jenis kebutuhan masyarakat yang diharapkan dengan adanya program yang akan diimplementasikan. Kebutuhan masyarakat meliputi:

- a. *Normative Needs*
- b. *Expressed Needs*
- c. *Comparative Needs*
- d. *Felt Needs*

3. Media dan Kegunaanya

a. Jenis Media

- 1) *Leaflet/flyer*
- 2) Poster
- 3) Digital poster
- 4) Video
- 5) Lembar balik

b. Mengemas Pesan

Pesan pengingat semestinya bersifat memotivasi dengan menggunakan kalimat yang positif. Berikut langkah mengemas pesan:

- 1) Diawali dengan sapaan
- 2) Tidak menyebut pasien TB
- 3) Kalimat ajakan yang mengingatkan, bukan kalimat tanya
- 4) Bahasa tidak terlalu formal
- 5) Singkat dan mudah dipahami

Hal –hal yang penting dalam membuat media edukasi:

- 1) Disesuaikan dengan karakteristik sasaran (data)
- 2) Menggunakan bahasa sederhana
- 3) Menggunakan perspektif sasara
- 4) Pesan tidak terlalu banyak
- 5) Gunakan sumber daya yang sudah tersedia : WHO, Kemenkes
- 6) *Demonstrate, draw pictures, use models*
- 7) *ulangi/summarize*
- 8) *Teach-Back (confirm understanding)*
- 9) *Be positive, hopeful, empowering*

MATERI 5

COMMUNITY ENGAGEMENT

Pemateri: Dr.Dra. Sumarni DW, M.Kes

Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti kuliah ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Memahami pentingnya melibatkan masyarakat dalam intervensi dan program kesehatan
2. Mengaplikasikan tahapan *community engagement*
3. Menjalankan program kesehatan dengan melibatkan masyarakat sebagai mitra

Materi

A. *Community Engagement*

Community engagement adalah proses membangun hubungan jangka panjang dengan masyarakat untuk bekerja sama dalam menyelesaikan masalah kesehatan dan mendorong kesejahteraan untuk mencapai dampak kesehatan yang baik (WHO, 2017). Tujuan dari *community engagement* adalah membawa masyarakat untuk berubah lebih baik melalui pemberdayaan (WHO, 2017).

Aktifitas dalam *community engagement* antara lain:

1. Informasi → Memberikan informasi kepada komunitas
2. Konsultasi → Mendapatkan informasi dan/atau *feedback* dari komunitas
3. Partisipasi → Mendorong masyarakat untuk terlibat dalam penanggulangan *issue* kesehatan yang terjadi di lingkungannya
4. Kolaborasi → Berkolaborasi dengan masyarakat dalam setiap aspek pemecahan suatu masalah
5. Kepemimpinan → Terbentuknya struktur kepengurusan yang kuat pada masyarakat

B. Tahapan Dalam *Community Engagement*

Tahapan dalam *community engagement* adalah sebagai berikut:

1. Fase perencanaan
 - a. Klarifikasi tujuan yang akan dicapai
 - b. Mengerti budaya komunitas, persepsi masyarakat, kondisi ekonomi, jaringan sosial, struktur politik dan kekuatannya, nilai dan norma yang ada, demografi, sejarah dan pengalaman masa lalu

- c. Membangun kepercayaan, bekerjasama dengan pemimpin dan orang-orang yang berpengaruh dalam komunitas, mencari tahu terkait komitmen untuk menggerakkan komunitas
 - d. Memetakan dan memanfaatkan masyarakat untuk membahas suatu mekanisme, contohnya : polio, edukasi imunisasi, edukasi HIV, edukasi kesehatan mental, edukasi hipertensi & DM, Demensia
2. Fase implementasi
- a. Bekerjasama dengan komunitas untuk membuat suatu perubahan untuk meningkatkan kesehatan
 - b. Menghargai dan menghormati perbedaan; dan memastikan kedua hal tersebut dapat tercapai dan terlaksana oleh komunitas
 - c. Mengidentifikasi dan memanfaatkan aset yang dimiliki komunitas
 - d. Mengembangkan kapasitas komunitas dan mencari cara dalam pembuatan keputusan dan pengambilan langkah
 - e. Mengevaluasi tindakan yang telah dilakukan oleh komunitas

C. Menenal Komunitas

- a. Struktur komunitas : Mengetahui struktur komunitas yang ada pada masyarakat
 - ✓ Formal dan informal
 - ✓ Opini pemimpin dan orang-orang yang berpengaruh
- b. Dinamika komunitas : Mengetahui bagaimana interaksi sosial yang terbangun pada masyarakat
- c. Kekuatan hubungan : Membangun dan menjaga *trust* masyarakat kepada kita
- d. Sumber informasi : Menggali informasi dari sumber yang terpercaya
- e. Nilai dan norma : Mengetahui nilai, norma dan budaya yang dianut oleh masyarakat
- f. Sumber daya : Mengetahui sumber daya dan potensinya yang tersedia.

D. Media Promosi

Media promosi yang dapat digunakan dalam kegiatan *community engagement* adalah:

- | | |
|---------------------------|----------------------|
| 1. <i>Leaflet</i> | 7. <i>Influencer</i> |
| 2. <i>Poster</i> | |
| 3. <i>Booklet</i> / modul | |
| 4. <i>T-shirts</i> | |
| 5. <i>Radio spots</i> | |
| 6. <i>Iklan televisi</i> | |

E. Tantangan dalam Kegiatan *Community Engagement*

1. Mempertahankan keterlibatan komunitas dalam jangka panjang
2. Menjembatani perbedaan-perbedaan pada setiap individu, komunitas, dan perbedaan orang-orang yang berpengaruh pada suatu komunitas
3. Komunitas yang unik dan sulit untuk dijangkau
4. Resiko yang diterima antara komunitas dan individu dapat berbeda
5. Komunitas memiliki sosial dinamik yang kompleks dan mengubah norma atau nilai yang sudah terbentuk dapat mempengaruhi hubungan kita dan masyarakat

F. Peran dan Kapasitas Kader dalam Penanganan Kesehatan di Komunitas

1. Penanganan kesehatan secara umum
 - a. Memiliki empati, kepedulian, dan hasrat untuk membantu.
 - b. Memiliki posisi yang strategis sebagai garda terdepan dalam peningkatan kesehatan jiwa di masyarakat.
 - c. Memiliki kemampuan menjembatani antara petugas kesehatan dengan masyarakat.
 - d. Memiliki pengetahuan dan keterampilan dalam menyampaikan pesan kesehatan jiwa yang sesuai dengan bahasa dan budaya masyarakat setempat.
 - e. Mempunyai peran sebagai tokoh yang mudah diterima dan dipercaya dalam memberikan informasi kesehatan jiwa.
 - f. Memiliki kemampuan dan ketangguhan dalam pendampingan meningkatkan kesehatan jiwa secara berkelanjutan.
 - g. Memiliki kemampuan mengidentifikasi permasalahan dan kebutuhan kesehatan jiwa warga masyarakatnya.
 - h. Memiliki kemampuan menyediakan informasi bagi pejabat kesehatan serta mampu mendorong para pejabat kesehatan agar memahami dan merespon kebutuhan masyarakat.
2. Penanganan kesehatan jiwa
 - a. Pengetahuan dan keterampilan kader tentang deteksi dini, gejala awal, dan penanggulangan gangguan kesehatan jiwa di komunitas, masih sangat perlu ditingkatkan.
 - b. Memerlukan kejelian dan kemampuan melihat adanya gangguan kesehatan jiwa yang tersembunyi di komunitas.
3. Peningkatan Peran Kader Dalam Penanganan Kesehatan Jiwa di Komunitas

Peran kader dalam penanganan kesehatan jiwa di komunitas sangat perlu ditingkatkan oleh karena:

- a. Pengetahuan dan keterampilan kader tentang deteksi dini, gejala awal, dan penanggulangan gangguan kesehatan jiwa di komunitas, masih sangat perlu ditingkatkan
- b. Prevalensi penderita gangguan kesehatan jiwa di komunitas, cukup besar dengan kategori yang bervariasi. Diperlukan kapasitas dan kapabilitas kader yang memadai untuk dapat menangani semua penderita dengan baik.
- c. Area sebaran penderita gangguan kesehatan jiwa cukup luas sehingga tidak mungkin hanya dilayani oleh petugas kesehatan pemerintah yang jumlahnya terbatas.
- d. Cakupan kader perlu diperluas dengan memberdayakan dan mendayagunakan semua potensi yang ada: Kader PKK, Kader Karang Taruna (khususnya untuk gangguan kesehatan jiwa pada remaja); Kader Siswa Siaga dan Guru (khususnya untuk gangguan kesehatan jiwa pada siswa); Orangtua/Keluarga sebagai orang terdekat dari penderita gangguan kesehatan jiwa.

G. Upaya Penanganan Kesehatan di Komunitas

1. Pelatihan Deteksi Dini dan Penanggulangan Kecenderungan Depresi Anak Pasca Erupsi Merapi pada Guru TK dan Orangtua Murid di Huntap Gondang dan Kuwang, Kecamatan Cangkringan Kabupaten Sleman (*Pengabdian Masyarakat Pengembangan Desa Binaan, FK UGM, 2013*)
2. Pelatihan Permainan Humor Kearifan Budaya Lokal dan Penanggulangan Depresi Lansia Pasca Erupsi Merapi pada Kader Yandu Lansia di Huntap Cangkringan Sleman (*Pengabdian Masyarakat Berbasis Pemanfaatan Hasil Penelitian dan TTG, LPPM UGM, 2014*).
3. Pelatihan Permainan Kearifan Budaya Lokal dalam Kepramukaan Untuk Penanggulangan Depresi dan Agresifitas Remaja Pasca Erupsi Merapi pada Siswa SMP Siaga Bencana di Cangkringan Sleman (*Pengabdian Masyarakat Berbasis Pemanfaatan Hasil Penelitian dan TTG, LPPM UGM, 2015*).
4. Pelatihan Pola Asuh, Dukungan Sosial, dan Permainan Kearifan Budaya Lokal pada Kader PKK Sebagai Upaya Penanggulangan Kekerasan pada Anak dan Gangguan Kesehatan Mental Anak Pasca Erupsi Merapi di Desa Wukirsari Cangkringan Sleman (*Pengabdian Masyarakat Pengembangan Desa Binaan, FK UGM, 2015*).

5. Pelatihan Deteksi Dini dan Penanggulangan Kesehatan Mental dan Kesehatan Reproduksi pada kader PKK di Huntap Pagerjurang Kepuharjo Kecamatan Cangkringan Kabupaten Sleman (*Pengabdian Masyarakat, FK UGM, 2015*).
6. Pelatihan Dukungan Sosial, Deteksi Dini dan Penanggulangan Postpartum Blues pada Bidan dan suami dalam Upaya Peningkatan Kesiagaan Pasca Bencana di Desa Purwobinangun Pakem Sleman (*Pengabdian Masyarakat Berbasis Pemanfaatan Hasil Penelitian dan TTG, LPPM UGM, 2016*).
7. Pelatihan Kader Karang Taruna dalam Pengendalian Kenakalan dan Gangguan Mental Remaja di Desa Purwobinangun Sleman (*Pengabdian Masyarakat Berbasis Pemanfaatan Hasil Penelitian dan TTG, Direktorat Pengabdian Kepada Masyarakat UGM, 2017*).
8. Pemberdayaan Kader Yandu Lansia dalam Menciptakan Desa Ramah dan Sehat Lansia di Desa Purwobinangun Sleman (*Pengabdian Masyarakat Terintegrasi, Fakultas Kedokteran UGM, 2017*).
9. Peningkatan Kapasitas Kader PKK Desa Kepuharjo, Kecamatan Cangkringan, Kabupaten Sleman (*Direktorat Riset dan Pengabdian Masyarakat, Ditjen Penguatan Riset dan Pengembangan, Kemenristekdikti RI, 2017*).

MATERI 6

PEMBUATAN MEDIA DISEMINASI

Pemateri: Eri Yanuar Akhmad Budi Sunaryo, S.Kep., Ns., M.N.Sc. (IC)

Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti kuliah ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Memahami macam-macam media diseminasi
2. Memahami langkah-langkah membuat media diseminasi
3. Merancang media diseminasi untuk mempublikasikan hasil kegiatan CFHC-IPE

Materi

A. Video

Video merupakan media yang unik karena merupakan gabungan antara media audio dan visual. Beberapa hal yang harus disiapkan dalam pembuatan video diantaranya:

1. Skenario

Skenario harus disiapkan sebelum pengambilan video dilakukan. Dalam hal ini harus ditentukan terlebih dahulu topik yang akan diambil (PKM, Penkes). Pada beberapa hal, *story line* atau *story board* juga perlu disiapkan termasuk cara pengambilan video (seperti harus tau dari sudut mana video akan diambil).

2. Ilustrasi pendukung

Ilustrasi pendukung dapat berupa video-video tambahan yang dapat membantu menjelaskan kegiatan apa yang sedang dilakukan. Misalnya, dapat berupa animasi yang bisa dibuat melalui website.

3. Proses perekaman

Hal-hal yang penting untuk diperhatikan saat melakukan proses perekaman adalah :

- a. *Tripod* (untuk membantu stabilitas)
- b. Menggunakan kamera atau HP dengan resolusi tinggi (jika dengan HP diambil secara *landscape*)

4. Editing audio visual

Proses editing dimulai dari pemilahan video yang akan dimasukkan. Selain itu, disarankan menggunakan *software editing* yang bagus.

5. Rendering

Pada proses *rendering* disarankan menggunakan personal computer (PC), bukan menggunakan laptop. Karena dalam proses *rendering* membutuhkan spesifikasi komputer dengan processor dan RAM yang besar (mencegah hang).

6. Publishing

Media *publishing* yang sering dipakai adalah youtube. Proses upload video memerlukan kuota internet yang besar bila ukuran pixel video juga besar (direkomendasikan menggunakan format H.264 saat *export* video).

B. Poster

Poster yang digunakan adalah jenis poster ilmiah. Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam pembuatan poster ilmiah yaitu:

1. Judul menarik dan jangan kaku.
2. Jumlah kata 300-800 (semakin banyak kata-kata maka poster semakin tidak terbaca).
Ingat **KISS** (Keep It Simple Student).
3. Teks jelas dan *to the point* (padat singkat dan jelas) dengan SPOK.
4. *Bullet*, *numbering* dan *headline* yang mudah dilihat (gunakan font, grafik, warna yang efektif dan menarik), semakin simple dibaca semakin baik.
5. Layout yang konsisten dan bersih.
6. Memuat afiliasi institusi (CFHC IPE FK-KMK UGM).

C. Jurnal Ilmiah

1. Judul (10-12 kata), harus menggambarkan tempat dan apa yang dilakukan.
2. *Abstract* (gambaran general jurnal ilmiah/artikel yang ditulis).
3. Pendahuluan (harus menggambarkan latar belakang pentingnya sebuah kegiatan harus dilakukan, pendahuluan harus *to the point* karena akan memicu orang membacanya).
4. Bahan dan metode.
5. Hasil (murni dari hasil penelitian).
6. Pembahasan (membahas mengapa fenomena tersebut harus terjadi) dengan mencari *literature*/artikel dan *citation* hal yang sangat penting serta hindari plagiarisme (dilarang *copy-paste* langsung, diparafrasekan terlebih dahulu).
7. Kesimpulan (apa kesimpulan dari kegiatan yang dilakukan)
8. Daftar pustaka (disesuai dengan petunjuk di panduan).
9. Dikonsultasikan sebelum disubmit (dikirim).

TUTORIAL DPL:
PENDIDIKAN KESEHATAN (DENGAN MEDIA)
PEMBUATAN MEDIA DISEMINASI

A. Tujuan

1. Mahasiswa mampu mengevaluasi hasil pendidikan kesehatan sederhana tanpa media (semester 3)
2. Mahasiswa mampu membuat dan memberikan media pendidikan kesehatan kepada keluarga mitra
3. Mahasiswa mampu membuat media diseminasi hasil kegiatan untuk pemangku kebijakan (poster)

B. Metode Pembelajaran

1. Diskusi kelompok

C. Waktu

100 menit

D. Pemateri

Dosen Pembimbing Lapangan

E. Panduan Pelaksanaan:

1. DPL menjelaskan maksud dan tujuan tutorial
2. DPL mengevaluasi pemahaman mahasiswa terkait materi kuliah online
3. Diskusi perencanaan kunjungan lapangan ke keluarga mitra dan diseminasi kepada pemangku kebijakan
 - a. DPL memandu mahasiswa untuk membuat draft media edukasi yang akan diberikan kepada keluarga mitra
 - b. DPL memandu mahasiswa untuk membuat draft poster diseminasi hasil kegiatan CFHC-IPE untuk aparat desa/dusun/pemangku kebijakan

**KUNJUNGAN LAPANGAN 1:
PENDIDIKAN KESEHATAN SEDERHANA (MENGUNAKAN MEDIA)**

A. Tujuan

1. Mahasiswa mampu mempraktekkan pendidikan kesehatan sederhana dengan menggunakan media

B. Persiapan

1. Mahasiswa mereview hasil kunjungan lapangan pada semester 3
2. Mahasiswa berdiskusi dengan instruktur lapangan (IL) tentang rencana kunjungan lapangan
3. Mahasiswa mempersiapkan media pendidikan kesehatan
4. Mahasiswa membuat janji bertemu dengan keluarga mitra untuk melakukan kunjungan lapangan
5. Mahasiswa mempersiapkan *tools* kunjungan lapangan seperti presensi, kartu kontrol, media edukasi, dll.

C. Pelaksanaan

1. Mahasiswa mendatangi keluarga mitra sesuai waktu yang disepakati
2. Mahasiswa menyampaikan maksud dan tujuan kedatangan
3. Mahasiswa melakukan pendidikan kesehatan
4. Mahasiswa mendokumentasikan proses kegiatan pendidikan kesehatan dalam bentuk video
5. Mahasiswa bersama Instruktur Lapangan melakukan evaluasi terhadap kunjungan lapangan yang telah terlaksana.

D. Pelaporan

1. Kunjungan lapangan dievaluasi dengan laporan dalam bentuk presentasi dan video
2. Presentasi per kelompok dan menyajikan semua laporan kunjungan keluarga mitra
3. Durasi presentasi per kelompok 20 menit dengan diskusi 10 menit
4. Presentasi ditampilkan saat *feedback* kunjungan lapangan

KUNJUNGAN LAPANGAN 2: DISEMINASI HASIL KEGIATAN CFHC-IPE TAHUN II

A. Tujuan

1. Mahasiswa mampu menyampaikan hasil pengamatan dan intervensi keluarga mitra kepada perangkat dusun/desa
2. Mahasiswa mampu mengevaluasi hasil kegiatan pendidikan kesehatan

B. Persiapan

1. Mahasiswa membuat media diseminasi (poster)
2. Mahasiswa membuat janji bertemu dengan keluarga mitra, dan perangkat desa untuk diseminasi

C. Pelaksanaan

1. Mahasiswa mendatangi keluarga mitra dan perangkat desa sesuai waktu yang disepakati
2. Mahasiswa menyampaikan hasil pendidikan kesehatan kepada keluarga mitra dan perangkat desa
3. Mahasiswa melakukan diskusi hasil pendidikan kesehatan
4. Instruktur Lapangan dan Dosen Pembimbing Lapangan mendampingi kegiatan diseminasi

D. Laporan

1. Kunjungan lapangan 2 dievaluasi dengan pembuatan laporan dan video
2. Laporan dan video dibuat per kelompok sesuai dengan lokasi kunjungan

FEEDBACK DAN EVALUASI

A. Tujuan

- a. Mahasiswa mampu menyampaikan hasil kunjungan lapangan dan diseminasi kepada dosen pembimbing lapangan melalui presentasi
- b. Mahasiswa mendapatkam masukan tentang kunjungan lapangan dan diseminasi yang telah dilakukan
- c. Mahasiswa mendapatkan pemahaman tentang CFHC-IPE tahun berikutnya

B. Metode Pembelajaran

1. Presentasi
2. Diskusi kelompok

C. Waktu

100 menit

D. Pematari

Dosen Pembimbing Lapangan (DPL)

E. Panduan Pelaksanaan

- a. Mahasiswa dan DPL bertemu pada waktu yang telah ditentukan
- b. Mahasiswa menyampaikan hasil kunjungan lapangan tentang respon dan pemahaman keluarga mitra dari edukasi kesehatan yang telah diberikan
- c. Mahasiswa menyampaikan hambatan yang dirasakan saat melakukan kunjungan lapangan
- d. Mahasiswa menyampaikan hasil dan hambatan yang dialami pada kegiatan diseminasi yang telah terlaksana
- e. DPL melakukan penilaian dan memberikan masukan terhadap proses pelaksanaan kunjungan lapangan oleh mahasiswa
- f. DPL memotivasi mahasiswa dan memberikan gambaran pelaksanaan CFHC-IPE untuk tahun berikutnya.

LAMPIRAN

SISTEMATIKA PENULISAN LAPORAN TAHUN 2

Ketentuan Umum:

1. Laporan Tahun II (menggali faktor risiko) ditulis dengan format yang telah ditentukan
2. Laporan mahasiswa CFHC-IPE melalui proses pembimbingan dengan DPL
3. Laporan mahasiswa CFHC-IPE wajib mencantumkan nama DPL
4. Mahasiswa diwajibkan melakukan unggah laporan ke Gamel

Ketentuan Khusus:

1. Jenis huruf Times New Roman font size 12 dengan spasi 2 menggunakan kertas berukuran A4
2. Margin yang digunakan kanan dan kiri 2 cm, atas 2 cm dan bawah 2 cm
3. Layout yang digunakan layout satu kolom
4. Laporan ditulis dengan ragam bahasa ilmiah dan bahasa Indonesia sesuai dengan pedoman umum ejaan bahasa Indonesia (PUEBI).
5. Laporan tidak melebihi 4.500 kata, termasuk daftar pustaka (diluar abstrak)

HALAMAN SAMPUL

Halaman sampul proposal berwarna putih dengan ukuran A4. Laporan Hasil Kegiatan secara berurutan memuat:

1. Tulisan “Laporan Hasil Kegiatan Kunjungan Lapangan CFHC-IPE Tahun 2”
2. Logo perguruan tinggi
3. Judul kegiatan pengabdian masyarakat (terdiri dari 15-20 kata)
4. Nomor kelompok
5. Nama anggota kelompok
6. Nama Dosen Pembimbing Lapangan (DPL)
7. Nama fakultas dan perguruan tinggi dan tahun, seperti contoh berikut :

FORMAT LAPORAN SEMESTER 3

A. KETENTUAN

Mahasiswa Tahun II diharapkan mampu menggali faktor risiko keluarga mitra dan menentukan faktor risiko keluarga mitra serta memberikan edukasi sederhana (tanpa media). Mahasiswa melakukan kunjungan lapangan dan diwajibkan membuat laporan pada kunjungan lapangan. Laporan ditulis secara berkelompok, dalam format online yang di submit melalui GaMeL, termasuk di dalamnya dokumentasi dalam bentuk foto dan video.

B. SISTEMATIKA LAPORAN MAHASISWA

Laporan ditulis menggunakan Times New Roman ukuran 12 dengan jarak baris 1,5 dan ukuran kertas A-4 serta mengikuti sistematika dengan urutan sebagai berikut.

HALAMAN SAMPUL

Mengisi identitas Kelompok, identitas keluarga mitra, waktu kunjungan lapangan, dan lokasi keluarga mitra

DAFTAR ISI

BAB I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Latar belakang berisi gambaran lokasi keluarga mitra, kondisi geografis lingkungan dan permasalahan yang mendasari pentingnya melakukan kunjungan lapangan serta relevansinya dengan kebutuhan masyarakat yang mengacu pada Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK)

B. Tujuan

Berisi tujuan yang ingin dicapai dari kunjungan lapangan, berisi tujuan umum dan tujuan khusus yang disesuaikan dengan kondisi masing-masing keluarga mitra.

BAB II. TINJAUAN PUSTAKA

Berisi literatur yang mendukung dalam proses kunjungan lapangan, literatur terkait *family folder* dan PIS-PK. Literatur berasal dari jurnal atau web resmi (web Kementerian Kesehatan, WHO, dsb) dalam 5 tahun terakhir serta penjelasan tentang faktor risiko yang dihadapi oleh keluarga mitra.

BAB III. METODE PENULISAN

Metode penulisan berisi cara pengambilan data (misal: observasi, wawancara), waktu dan tempat pelaksanaan kunjungan lapangan, jadwal kegiatan. Instrumen menggunakan *filefamily folder* yang telah dimodifikasi.

Mahasiswa wajib menambahkan foto dan video (jika ada) dokumentasi di lapangan, yang menunjukkan kehadiran dan kontribusi seluruh anggota kelompok di lapangan

BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Kunjungan Lapangan

Hasil kunjungan lapangan menyampaikan apa saja informasi yang diperoleh dalam kunjungan lapangan dengan rincian sebagai berikut ;

- Faktor risiko yang dimiliki oleh keluarga dan didokumentasikan
- Edukasi sederhana yang dilakukan kepada keluarga

B. Pembahasan

Dalam pembahasan mahasiswa membandingkan antara hasil yang didapat dari kunjungan lapangan dengan teori yang ada. Pembahasan hasil kunjungan lapangan berupa:

- Proses kunjungan lapangan
- Tantangan yang dihadapi
- Strategi pendidikan kesehatan yang digunakan untuk mengubah perilaku berisiko yang memuat pandangan dari tiga profesi
- Gambaran upaya yang dilakukan kelompok untuk mengikutsertakan seluruh anggota keluarga dalam pendidikan kesehatan yang diberikan
- Gambaran proses pelaksanaan pendidikan kesehatan yang kelompok lakukan beserta anggota keluarga
- Gambaran respon yang diberikan keluarga mitra terhadap pendidikan kesehatan yang diberikan

BAB V. PENUTUP

A. Kesimpulan

Kesimpulan berisi pernyataan singkat dan tepat yang dijabarkan dari hasil dan pembahasan untuk menjawab tujuan kunjungan lapangan

B. Saran

Saran mengacu pada kesimpulan yang didapatkan

DAFTAR PUSTAKA

Daftar pustaka ditulis menggunakan format *Vancouver style* dengan spasi 1, jumlah referensi minimal 5 sumber dalam 5 tahun terakhir

LAMPIRAN-LAMPIRAN

Lampiran 1. *Family folder*

Lampiran 2. Dokumentasi kegiatan yang berupa foto kelompok dengan keluarga mitra (bukan foto swafoto) (format terlampir)

Lampiran 3. Formulir kartu kontrol kunjungan (format terlampir)

FORMAT LAPORAN AKHIR

A. KETENTUAN

Mahasiswa Tahun II diharapkan mampu menggali faktor risiko keluarga mitra dan menentukan faktor risiko keluarga mitra serta memberikan edukasi sederhana. Mahasiswa melakukan kunjungan lapangan sebanyak 2 kali dengan rincian kunjungan sebagai berikut :

1. Kunjungan lapangan 1: Mahasiswa melakukan kunjungan lapangan dengan tujuan untuk mengevaluasi hasil pendidikan kesehatan sederhana yang telah dilakukan
2. Kunjungan lapangan 2: Mahasiswa diharapkan mampu memaparkan diseminasi hasil kegiatan tahun 2 kepada perangkat desa dengan melampirkan media edukasi kesehatan

Mahasiswa diwajibkan membuat laporan pada setiap kunjungan lapangan. Laporan ditulis secara berkelompok, dalam format online yang di submit melalui Gamel , termasuk di dalamnya dokumentasi dalam bentuk foto dan video (jika ada)

B. SISTEMATIKA LAPORAN MAHASISWA

Laporan ditulis menggunakan Times New Roman ukuran 12 dengan jarak baris 1,5 dan ukuran kertas A-4 serta mengikuti sistematika dengan urutan sebagai berikut:

- **Halaman Sampul**

Mengisi identitas Kelompok , identitas keluarga mitra, waktu kunjungan lapangan, dan lokasi keluarga mitra

- **Daftar Isi**

- **Bab I. Pendahuluan**

- a) **Latar Belakang**

Latar belakang berisi gambaran kegiatan yang telah dilaksanakan pada semester 3 dan semester 4

- b) **Tujuan**

Berisi tujuan yang ingin dicapai dari kunjungan lapangan, berisi tujuan umum dan tujuan khusus yang disesuaikan dengan kondisi masing-masing keluarga mitra

- **Bab II. Tinjauan Pustaka**

Berisi literatur yang mendukung dalam proses kunjungan lapangan, literatur terkait *family folder* dan PIS-PK. Literatur berasal dari jurnal atau web resmi (web Kementerian Kesehatan, WHO, dsb) dalam 5 tahun terakhir serta penjelasan tentang faktor risiko yang dihadapi oleh keluarga mitra.

- **Bab III. Metode Penulisan**

Metode penulisan berisi cara pengambilan data (misal: observasi, wawancara), waktu dan tempat pelaksanaan kunjungan lapangan, jadwal kegiatan. Instrumen menggunakan file *family folder* yang telah dimodifikasi.

Mahasiswa wajib menambahkan foto dan video (jika ada) dokumentasi di lapangan, yang menunjukkan kehadiran dan kontribusi seluruh anggota kelompok di lapangan

- **Bab IV. Hasil Dan Pembahasan**

- a) Hasil Kunjungan Lapangan**

Hasil kunjungan lapangan menyampaikan apa saja informasi yang diperoleh dalam kunjungan lapangan dengan rincian sebagai berikut ;

1. Pada kunjungan lapangan 1 harus memuat hasil pendidikan kesehatan sederhana menggunakan media
2. Pada kunjungan lapangan 2 harus memuat media diseminasi yang digunakan

- b) Pembahasan**

Dalam pembahasan mahasiswa membandingkan antara hasil yang didapat dari kunjungan lapangan dengan teori yang ada. Pembahasan hasil kunjungan lapangan berupa:

1. Proses kunjungan lapangan
2. Tantangan yang dihadapi
3. Strategi pendidikan kesehatan yang digunakan untuk mengubah perilaku berisiko yang memuat pandangan dari tiga profesi
4. Gambaran proses pelaksanaan pendidikan kesehatan yang kelompok lakukan beserta anggota keluarga
5. Gambaran respon yang diberikan keluarga mitra terhadap pendidikan kesehatan yang diberikan

6. Gambaran respon yang diberikan perangkat desa terhadap diseminasi hasil kegiatan yang telah dilakukan

- **Bab V. Penutup**

- a) **Kesimpulan**

- Kesimpulan berisi pernyataan singkat dan tepat yang dijabarkan dari hasil dan pembahasan untuk menjawab tujuan kunjungan lapangan

- b) **Saran**

- Saran mengacu pada kesimpulan yang didapatkan

- **Daftar Pustaka**

Daftar pustaka ditulis menggunakan format *Vancouverstyle* dengan spasi 1, jumlah referensi minimal 5 sumber dalam 5 tahun terakhir

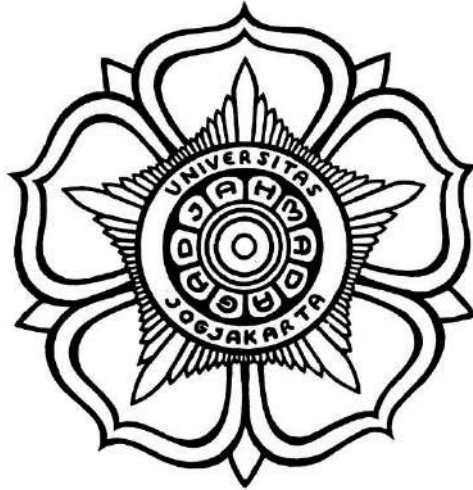
- **Lampiran-Lampiran**

Lampiran 1 : Media Edukasi (pamflet/ brosur/poster) yang digunakan (jika melakukan edukasi kepada keluarga mitra)

Lampiran 2 : Dokumentasi kegiatan yang berupa foto kelompok dengan keluarga mitra (bukan foto swafoto) (format terlampir)

Lampiran 3 : Formulir kartu kontrol kunjungan (format terlampir)

**LAPORAN HASIL KEGIATAN
KUNJUNGAN LAPANGAN CFHC-IPE SEMESTER...**



Kelompok: ...

Anggota:

- | | | |
|----|-------|-----|
| 1. | | NIM |
| 2. | | NIM |
| 3. | | NIM |
| 4. | | NIM |
| 5. | | NIM |

Dosen Pembimbing Lapangan:

**FAKULTAS KEDOKTERAN, KESEHATAN MASYARAKAT DAN
KEPERAWATAN
UNIVERSITAS GADJAH MADA
YOGYAKARTA
2020**

JUDUL

1. Judul terdiri atas 15 – 20 kata
2. Nama penulis (tanpa gelar akademis) disertai dengan afiliasi
3. Nama penulis terdiri dari DPL dan mahasiswa
4. Informasi personal *corresponding author* seperti nomer handphone, nomer telepon dan faximile harus jelas dan valid.

ABSTRAK

1. Abstrak berisi uraian secara cermat dan singkat tentang kegiatan yang dilakukan
2. Abstrak terdiri atas 200-300 kata dan didalamnya memuat latar belakang, metode, hasil dan kesimpulan.
3. Abstrak menggunakan Times New Roman size font 12 dengan jarak baris 1 spasi.
4. Kata kunci (*keywords*) ditulis dalam bahasa Indonesia dan bahasa Inggris masing-masing 3-5 kata.

PENDAHULUAN

Pendahuluan harus memuat poin sebagai berikut:

1. Gambaran lokasi keluarga mitra, kondisi geografis lingkungan dan permasalahan yang mendasari pentingnya melakukan kunjungan lapangan serta relevansinya dengan kebutuhan masyarakat yang mengacu pada Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK)
2. Faktor risiko yang ditemui pada keluarga mitra
3. Hal yang mungkin sudah dilakukan oleh pihak-pihak lain dalam mengatasi masalah serupa pada keluarga mitra yang menjadi target pelaksanaan program CFHC-IPE

METODE

Metode dari hasil laporan harus memuat ketentuan sebagai berikut:

1. Menguraikan metode atau cara yang digunakan untuk menyelesaikan masalah, tantangan atau persoalan, menjawab tujuan pelaksanaan program CFHC-IPE tahun II
2. Teknik pengumpulan data keluarga mitra
3. Lokasi, waktu dan durasi kegiatan

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Resume *family folder* 3 keluarga mitra
2. Resume diseminasi hasil kegiatan CFHC-IPE tahun II

Hasil harus disajikan dengan tepat dan disertai penjelasan tanpa mengacu pada literatur. Temuan asli dan penting harus dinyatakan. Hasil harus diilustrasikan dengan angka atau tabel bila perlu, namun harus dijaga seminimal mungkin. Diskusi, spekulasi, dan interpretasi data secara detail tidak dimasukkan dalam hasil, tetapi ke bagian pembahasan.

Pembahasan memaparkan hasil dari program yang telah dilakukan didukung oleh referensi terkait temuan baru yang mungkin ada selama pelaksanaan kegiatan. Pembahasan juga menjelaskan mengenai keterkaitan antara hasil temuan dengan peran masing – masing profesi dalam implementasi kegiatan di keluarga mitra.

KESIMPULAN

Kesimpulan memberikan penyampaian singkat mengenai hasil dan pembahasan kunjungan lapangan, materi tentang dampak dan manfaat kegiatan serta saran untuk kegiatan selanjutnya.

LAMPIRAN

1. Form *family folder* yang telah diisi dan diperbanyak (*fotocopy*) dan dilampirkan dalam *hardcopy*, untuk *softfile* laporan *family folder* harap discan dan dilampirkan dalam laporan yang diupload ke GaMeL
2. Dokumentasi yang relevan dengan fokus kegiatan seperti foto kegiatan, media edukasi (leaflet, poster, dsb).
3. Lampiran lain yang mendukung bukti turun ke lapangan (*scan* presensi kehadiran, kartu kontrol, dsb).

DAFTAR PUSTAKA

1. Daftar pustaka ditulis berdasarkan pada Vancouver *style*
2. Referensi tercantum dalam urutan numerik, dan dalam urutan yang sama yang dikutip dalam teks
3. Daftar pustaka hanya mencantumkan referensi yang telah Anda kutip dalam teks
4. Identifikasi referensi dengan angka Arab (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9) sebagai superskrip dalam urutan penampilan
5. Periksa rincian referensi terhadap sumber yang sebenarnya. Penulis bertanggung jawab atas akurasi dan kelengkapan referensi

6. Konsisten dengan gaya referensi di seluruh artikel. Contoh:
- a. Artikel jurnal standar: Lundmark, Linda. Economic restructuring into tourism in the Swedish mountain range. *Scandinavian Journal of Hospitality and Tourism*. 2005; 5 (1): 23–45.
 - b. Organisasi sebagai penulis: Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension*. 2002;40(5):679-86.
 - c. Nama penulis tidak diberikan: Drug-resistance tuberculosis among the foreign-born in Canada. *Can Commun Dis Rep*. 2005 Feb 15;31(4):46-52. 21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ*. 2002;325(7537):184.
 - d. Penulis bukan dengan bahasa Inggris: Calera Rubio AA, Roel Valdes JM, Casal Lareo A, Gadea Merino R, Rodrigo Cencillo F. Riesgo quimico laboral: elementos para un diagnostico en Espana [Occupational chemical risk: elements for a diagnostic in Spain]. *Rev Esp Salud Publica*. 2005 Mar-Apr;79(2):283-95.
 - e. Volume dengan suplement: Geraud G, Spierings EL, Keywood C. Tolerability and safety of frovatriptan with short- and long-term use for treatment of migraine and in comparison with sumatriptan. *Headache*. 2002;42 Suppl 2:S93-9.
 - f. Terbitan dengan suplement: Crawford M, Mullan J, Vanderveen T. Technology and safe medication administration. *J Infus Nurs*. 2005 Mar-Apr;28(2 Suppl):37-41.
 - g. Volume dengan bagian: Ozben T, Nacitarhan S, Tuncer N. Plasma and urine sialic acid in non-insulin dependent diabetes mellitus. *Ann Clin Biochem* 1995;32(Pt 3):303-6.
 - h. Terbitan dengan bagian: Ahrar K, Madoff DC, Gupta S, et al. Development of a large animal model for lung tumors. *J Vasc Interv Radiol*. 2002;13(9 Pt 1):923-8.
 - i. Terbitan tanpa volume: Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. *Clin Orthop*. 2002;(401):230-8.
 - j. Tanpa terbitan tanpa volume: Keppel K, Pamuk E, Lynch J, et al. Methodologic issues in measuring health disparities. *Vital Health Stat 2*. 2005;(141):1-16.
 - k. Lebih dari satu organisasi sebagai penulis: American Psychological Association. Publication manual of the American Psychological Association (6th ed.). Washington, DC. 2009.
 - l. Chapter buku: Ansel HC. *Pharmaceutical measurement*. 13th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010. Chapter 3: Pharmaceutical measurement; p.35-47.

- m. Prosiding konferensi: Bruhat M, Silva Carvalho JL, Campo R, et al, eds. Proceedings of the 10th Congress of the European Society for Gynaecological Endoscopy; 2001 Nov 22-24; Lisbon, Portugal. Bologna (Italy): Monduzzi Editore, International Proceedings Division; 2001.

PANDUAN PEMBUATAN VIDEO TAHUN II

Ketentuan Umum:

1. Mahasiswa diwajibkan membuat video dokumentasi pada kunjungan lapangan
2. Video dikerjakan secara berkelompok
3. Pada setiap video diwajibkan menunjukkan kontribusi seluruh anggota kelompok dan membuktikan kehadiran seluruh anggota kelompok dalam kunjungan lapangan
4. Setiap video wajib dilengkapi dengan deskripsi singkat video berupa tulisan sebanyak 150 kata
5. Video karya mahasiswa akan di-*upload* ke Kanal Pengetahuan FK-KMK UGM

Ketentuan Khusus:

1. Video harus terdiri atas tiga elemen utama yaitu pembuka (*opening*), isi (*body*), dan penutup (*closing*):
 - a. Pembuka (*opening*) harus menggunakan *bumper*(mencantumkan logo UGM)
 - b. Isi (*body*) video merupakan isi utama dari video
 - Kegiatan lapangan
 - Edukasi sederhana terkait permasalahan yang terjadi di lingkungan/keluarga binaan
 - c. Penutup (*closing*) video berupa *credit title* yang berisi: tahun produksi; identitas dan tugas institusi dan personal yang terlibat dalam produksinya; logo UGM dan CFHC-IPE; tulisan “CFHC-IPE FK-KMK UGM” serta identifikasi karya lain (foto, musik, dan lain sebagainya) yang digunakan di dalam pembuatan video.
2. Video harus memiliki resolusi minimal 1280 × 720 pixel
3. Durasi video
 - a. Video berdurasi **maksimal 5 menit**
 - b. Diperkenankan penambahan musik dengan *genre* bebas, asalkan tidak menyinggung unsur SARA
 - c. Boleh ditambahkan foto, video perjalanan, sesuai dengan kreativitas kelompok

TEMPLATE POSTER DISEMINASI

LOGO
UGM

LOGO
CFHC

TEMPLATE POSTER DISEMINASI

JUDUL POSTER

Kelompok, Nama Anggota Kelompok,
Nama DPL, Nama IL

Alfina Meidina¹, Nastiti Sumadewi¹, Uswatun Khasanah¹, Assrid¹, Muhammad Yusuf Batia¹, Widyandana², Sri Rahayu³
¹ Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan UGM
² Departemen Pendidikan Kedokteran FKIKMK UGM
³ Puskesmas Kalasan

ALUR KEGIATAN TAHUN 2

```
graph TD; A[ ] --> B[ ]; B --> C(( )); C --> D[ ]; D --> A;
```

HASIL TEMUAN

Keluarga 1

- Masalah
- Intervensi yang diberikan
- Media yang digunakan (edukasi)

Keluarga 2

- Masalah
- Intervensi yang diberikan
- Media yang digunakan (edukasi)

Keluarga 3

- Masalah
- Intervensi yang diberikan
- Media yang digunakan (edukasi)

TANGGAPAN KELUARGA

.....

Apa yang dirasakan keluarga? Apakah ada perubahan perilaku/indikator kesehatan?

FOTO KEGIATAN

SISTEMATIKA POSTER :

1. Poster dibuat dalam ukuran A2 (dengan size > 1.5 Mb)
2. Judul poster (berisi judul kegiatan)
3. Penulisan keluarga diberikan **NOMOR** (tanpa nama atau inisial)
4. Logo UGM dan CFHC-IPE (tersedia di GaMeL)
5. Melampirkan foto kegiatan
6. Poster diupload ke GaMeL dalam bentuk PDF (sesuai deadline)

**RUBRIK PENILAIAN AKHIR CFHC-IPE
MAHASISWA TAHUN II**

Penilaian akhir CFHC-IPE terhadap produk yang dihasilkan oleh mahasiswa, terdiri dari:

1. Laporan kegiatan
2. Video
3. Presentasi dalam bentuk MS Power Point
4. Poster diseminasi (semester 4)

Kriteria Penilaian			
	1 (kurang)	2 (cukup)	3 (baik)
LAPORAN			
Ketepatan waktu pengumpulan tugas	Pengumpulan tugas terlambat > 1 minggu	Terlambat < 1 minggu	Tepat waktu
Memenuhi ketentuan umum penulisan laporan 1. Laporan ditulis dengan Times New Roman font ukuran 12 spasi 2 2. Tidak melebihi 4.500 kata 3. Ukuran kertas A4 4. Laporan dituliskan secara urut dari halaman sampul, judul, abstrak, pendahuluan, metode, hasil, pembahasan, simpulan, daftar pustaka, dan dokumentasi 5. Laporan dituliskan dengan menggunakan pedoman umum ejaan bahasa Indonesia	Mencakup 1-2 poin	Mencakup 3-4 poin	Lengkap, mencakup 5 poin
Sistematika laporan 1. Judul 2. Pendahuluan 3. Metode 4. Hasil	Mencakup 1-4 poin	Mencakup 5-7 poin	Lengkap, mencakup 8 poin

5. Pembahasan 6. Simpulan 7. Daftar Pustaka 8. Dokumentasi foto			
PRESENTASI			
Media presentasi	Tidak menarik DAN tidak sesuai dengan informasi yang disampaikan	Menarik NAMUN tidak sesuai dengan informasi yang disampaikan	Menarik, jelas, sesuai dengan informasi yang disampaikan
Kemampuan menjelaskan isi laporan	Laporan disampaikan dengan bertele-tele DAN tidak jelas	Laporan tersampaikan dengan singkat, padat, NAMUN kurang jelas	Laporan tersampaikan dengan singkat, padat, dan jelas
Kemampuan menjawab pertanyaan	Mahasiswa tidak merespon pertanyaan dengan baik DAN tidak mampu menjawab pertanyaan dengan jelas dan tepat	Mahasiswa terbuka dengan pertanyaan yang diberikan NAMUN tidak mampu menjawab pertanyaan dengan jelas dan tepat	Mahasiswa terbuka dengan pertanyaan yang diberikan dan mampu menjawab pertanyaan dengan jelas serta tepat
VIDEO			
Konten video	TIDAK mampu mendeskripsikan kunjungan lapangan yang dilakukan, TIDAK ADA pembagian peran anggota kelompok dalam acara tersebut, dan TIDAK menunjukkan kolaborasi interprofesi	Mampu mendeskripsikan kunjungan lapangan yang dilakukan, TIDAK menunjukkan pembagian peran anggota kelompok dalam acara tersebut	Mampu mendeskripsikan kunjungan lapangan yang dilakukan, pembagian peran anggota kelompok dalam acara tersebut, dan menunjukkan kolaborasi interprofesi
Sistematika video 1. Video dilengkapi deskripsi singkat sebanyak 150 kata 2. Pembukaan menggunakan <i>bumper</i> 3. Isi vido 4. Penutup terdiri dari <i>credit title</i> 5. Durasi maksimal 5 menit	Mencakup 1-2 poin	Mencakup 3-4 poin	Lengkap, mencapai 5 poin

Kualitas video	Video dibuat dengan ide interaktif kreatif, ditambahkan musik, diedit dengan kreatif, kualitas minimal resolusi	Video dibuat dengan ide interaktif kreatif, ditambahkan musik, diedit dengan kreatif, NAMUN kualitas gambar tidak jelas	Video dibuat dengan ide interaktif kreatif, ditambahkan musik, diedit dengan kreatif, kualitas minimal resolusi 1280x720 pixel
POSTER			
Kesesuaian dengan template 1. Judul 2. Alur kegiatan 3. Hasil temuan 4. Edukasi kesehatan yang dilakukan 5. Tanggapan keluarga mitra 6. Foto kegiatan	Mencakup hanya 1-3 poin	Mencakup 4-5 poin	Lengkap, mencakup 6 poin
Desain dan estetika poster	Poster KURANG Informatif, KURANG menarik	Informatif, terlihat jelas dari segi tampilan dan isi yang disampaikan, data disajikan dalam bentuk tabel/diagram, NAMUN tidak menarik	Informatif, menarik, terlihat jelas dari segi tampilan dan isi yang disampaikan, data disajikan dalam bentuk tabel/diagram

FORM *PEER REVIEW*
PENILAIAN ANTAR ANGGOTA KELOMPOK
CFHC-IPE

Kelompok :

Angkatan :

Nama Mahasiswa Penilai :

No	Item Penilaian	Nama Mahasiswa	Nama Mahasiswa	Nama Mahasiswa	Nama Mahasiswa
1	Ketepatan kehadiran pada setiap kegiatan kelompok				
2	Melaksanakan dan bertanggungjawab dalam setiap mengerjakan tugas kelompok dan kunjungan lapangan yang telah disepakati				
3	Berkomunikasi secara efektif dengan semua anggota kelompok				
4	Kemampuan koordinasi dan kerjasama dengan anggota kelompok				
5	Bersikap menghargai pendapat kelompok				
6	Mampu berkontribusi dalam implementasi program sesuai dengan rencana				
7	Berkomunikasi dengan keluarga mitra dan komunitas				

Mengetahui,
Dosen Pembimbing Lapangan (DPL)

KETERANGAN:

1. Mahasiswa tidak menilai diri sendiri.
2. Mahasiswa menilai semua anggota kelompoknya dengan ketentuan penilaian sebagai berikut:
 - a. Rentang nilai dari 1- (...) hingga jumlah anggota dalam kelompok (kecuali dirinya sendiri)
 - b. Penilaian menggunakan sistem ranking, semakin tinggi nilainya maka angka semakin baik penilainya
 - c. Nilai masing-masing anggota kelompok HARUS BERBEDAContoh dalam kelompok terdapat 5 anggota kelompok (A, B, C, D, dan E) dan salah satu anggota (Misalkan A) melakukan penilaian *peer review*. Maka A memberikan penilaian sebagai berikut

No	Item Penilaian	Nama Mahasiswa B	Nama Mahasiswa C	Nama Mahasiswa D	Nama Mahasiswa E
1	Ketepatan kehadiran pada setiap kegiatan kelompok	4	3	1	2
2	Melaksanakan dan bertanggung jawab dalam setiap mengerjakan tugas kelompok dan kunjungan lapangan yang telah disepakati	3	4	2	1
3	Berkomunikasi secara efektif dengan semua anggota kelompok	2	3	1	4
4	Kemampuan koordinasi dan kerjasama dengan anggota kelompok	4	2	3	1
5	Bersikap menghargai pendapat kelompok	2	3	4	1
6	Mampu berkontribusi dalam implementasi program sesuai dengan rencana	1	3	4	2
7	Berkomunikasi dengan keluarga mitra dan komunitas	1	2	4	3

Kunjungan ke	
Tanggal kunjungan	
Kelompok	

FORMULIR PENGKAJIAN (FAMILY FOLDER TAHUN 1)

COMMUNITY AND FAMILY HEALTH CARE WITH INTERPROFESSIONAL EDUCATION FAKULTAS KEDOKTERAN, KESEHATAN MASYARAKAT DAN KEPERAWATAN UNIVERSITAS GADJAH MADA

Target responden : Kepala Keluarga, Pendamping Kepala Keluarga, Kepala Keluarga Perempuan, AK berusia ≥ 18 tahun

KL. KETERANGAN LOKASI		
KL01	Kabupaten	
KL02	Kecamatan	
KL03	Kelurahan/Desa	
KL04	No.urut Keluarga	
KL05	No.ID Keluarga	
KL06	Tahun	Tahun I ☐ Tahun II ☐ Tahun III ☐ Tahun IV ☐

KK. KETERANGAN KELUARGA		
KK01	Nama Kepala Keluarga	
KK02	No. Urut Kepala Keluarga	
KK03	Nama Responden Utama	
KK04	No. Urut AK Responden Utama	
KK05	Jumlah anggota keluarga yang tinggal dalam serumah	
KK06	Tipe keluarga 1. Keluarga inti 2. Keluarga luas	

KPD. KETERANGAN PENGUMPUL DATA					
1.	NIM		3.	Kode DPL	
2.	KELOMPOK				

KAK. KETERANGAN ANGGOTA KELUARGA												
No. urut AK	No. ID	Nama Anggota Keluarga (AK)	Jenis Kelamin		Tanggal Lahir (DD/MM/YY)	Hub.dgn Kepala Keluarga	Status anggota keluarga		Status perkawinan		Panjang/ti nggi Badan (cm)	Berat Badan (kg)
		Nama Kepala Keluarga	☐	1.Laki-laki 2.Perempuan			☐	1.Hidup 2.Meninggal 3.Migrasi keluar	☐	1.Kawin 2.Belum Kawin 3.Cerai		
		Nama istri	☐	1.Laki-laki 2.Perempuan			☐	1.Hidup 2.Meninggal 3.Migrasi keluar	☐	1.Kawin 2.Belum Kawin 3.Cerai		
		Nama anak	☐	1.Laki-laki 2.Perempuan			☐	1.Hidup 2.Meninggal 3.Migrasi keluar	☐	1.Kawin 2.Belum Kawin 3.Cerai		
		Nama anak	☐	1.Laki-laki 2.Perempuan			☐	1. Hidup 2.Meninggal 3.Migrasi keluar	☐	1.Kawin 2.Belum Kawin 3.Cerai		
		Nama anggota keluarga lainnya	☐	1.Laki-laki 2.Perempuan			☐	1. Hidup 2.Meninggal 3.Migrasi keluar	☐	1.Kawin 2.Belum Kawin 3.Cerai		
Keterangan :												
01 = Kepala keluarga							05 = Orang tua/mertua					
02 = Istri/Suami							06 = Cucu					
03 = Anak kandung							07 = Menantu					
04 = Anak angkat atau tiri							08 = Family lain					
							09 = Pembantu keluarga					

No. urut AK	Tekanan Darah (mmHg)		Nadi (x/menit)	Pernapasan (x/menit)
	Sistole	Diastole		

Kunjungan ke	
Tanggal kunjungan	
Kelompok	

FORMULIR PENGKAJIAN (FAMILY FOLDER TAHUN1)

COMMUNITY AND FAMILY HEALTH CARE WITH INTERPROFESSIONAL EDUCATION
FAKULTAS KEDOKTERAN, KESEHATAN MASYARAKAT DAN KEPERAWATAN
UNIVERSITAS GADJAH MADA

KR. KARAKTERISTIK RUMAH [TAHUN 2] [Observasi]						
KR01	Jenis lantai rumah terluas	1. Keramik 2. Ubin	3. Marmer 4. Papan	5. Bambu 6. Semen	7. Tanah	☐
KR02	Jenis dinding terluas	1. Tembok 2. Kayu	3. Papan 4. Triplek	5. Bambu 6. Anyaman bambu	7. Seng	☐
KR03	Jenis langit-langit rumah terluas	1. Tembok 2. Gypsum	3. Asbes 4. Kayu	5. Tripleks 6. Anyaman bambu	7. Tidak ada	☐
KR04	Jenis rangka atap terbanyak	1. Beton 2. Baja	3. Baja ringan 4. Kayu	5. Bambu		☐
KR05	Jenis atap rumah terbanyak	1. Genteng keramik 2. Genteng beton 3. Genteng tanah liat	4. Genteng aspal 5. Genteng metal zincalume. 6. Sirap kayu	7. Seng 8. Plat Beton 9. Plat kaca	10. Ijuk 11. Daun-daunan 12. Asbes	☐
KR06	Sumber penerangan yang utama	1. Listrik PLN 2. Listrik tenaga surya	3. Petromaks 4. Pelita/sentir/obor	95. Lainnya,		☐
KR07	Fasilitas buang air besar <i>[Observasi]</i>	1. Milik sendiri	2. Milik bersama	3. Umum	4. Tidak ada → KR10	☐
KR08	Jenis kloset yang digunakan <i>[Observasi]</i>	1. Cemplung/lubang tanpa lantai 2. Cemplung/lubang dgn lantai	3. Leher angsa 4. Plengsengan			☐
KR09	Tempat pembuangan akhir tinja	1. Tangki septik 2. SPAL 3. Kolam/ sawah	4. Sungai/ danau 5. Lubang tanah 6. Tanah lapang/ kebun	95. Lainnya, sebutkan		☐
KR10	Sumber utama air di keluarga untuk minum dan memasak	1. Air kemasan 2. Air isi ulang 3. Air ledeng/PDAM 4. Air ledeng eceran/beli 5. Sumur bor	6. Sumur pompa 7. Sumur gali terlindung 8. Sumur gali tak terlindung 9. Mata air terlindungi 10. Mata air tak terlindungi	11. Penampungan air hujan 12. Air sungai 13. Danau 14. Irigasi 95. Lainnya,		☐
KR11	Sumber utama air di keluarga	1. Air kemasan 2. Air isi ulang 3. Air ledeng/PDAM	6. Sumur pompa 7. Sumur gali terlindung 8. Sumur gali tak	11. Penampungan air hujan 12. Air sungai		☐

	untuk mencuci dan mandi	4. Air ledeng terlindung eceran/beli 5. Sumur bor 9. Mata air terlindungi 10. Mata air tak terlindungi 13. Danau 14. Irigasi 95. Lainnya,..... ...	
KR12	Jika jawaban KR10 dan KR11 = 6 s.d. 10 (pompa/sumur/mata air), berapa jarak sumber air minum ke tempat penampungan tinja	1. < 10 meter 2. $\geq$ 10 meter 98. Tidak Tahu	☐ ☐
KR13	Lokasi rumah (<i>observasi</i>)	1. Di dataran rata 2. Di pinggir tebing 3. Di pinggir sungai/kali 4. Di pinggir pantai (<500 m dari bibir pantai)	☐ ☐
KR14	Kepadatan pemukiman (apakah antar rumah saling berdempetan)	1. Berdempetan 2. Ada jarak sekitar 1-3 meter 3. Berjarak lebih dari 3 meter	☐ ☐

PK. Pola Konsumsi Keluarga	
Rincian	Pilihan
a. Makanan Pokok Utama	
1. Beras 2. Umbi 3. Jagung 4. Mie instan 5. Roti Tawar 6. Lainnya,	☐
b. Lauk Hewani yang sering dikonsumsi	
1. Ya 2. Tidak	
1. Ayam	☐
2. Daging	☐
3. Telur	☐
4. Ikan	☐
5. Lauk olahan	☐
6. Lainnya (sebutkan).....	☐
c. Lauk Nabati yang sering dikonsumsi	
1. Ya 2. Tidak	
1. Tahu	☐
2. Tempe	☐
3. Kacang - kacang	☐
4. Lainnya (sebutkan).....	☐
d. Berapa konsumsi buah sehari	
1. 0 porsi 2. 1-2 porsi 3. ≥ 3 porsi	☐
e. Berapa konsumsi sayuran sehari	
1. 0 porsi 2. 1-2 porsi 3. 3-4 porsi	☐

PM.PENYAKIT MENULAR (Tahun 2)						
A. INFEKSI SALURAN PERNAPASAN ATAS (ISPA)						
PM01	Dalam 1 bulan terakhir, apakah ada anggota keluarga yang pernah menderita panas disertai batuk berdahak/kering atau pilek?			1. Ya → ke PM01a 2. Tidak → ke PM02	98. Tidak Tahu → ke PM02	
PM01a						
No.Urut AK sakit	No.Urut AK sakit	No.Urut AK sakit	No.Urut AK sakit	No.Urut AK sakit	No.Urut AK sakit	No.Urut AK sakit
AK00	AK00	AK00	AK00	AK00	AK00	AK00
PM02	Dalam 1 bulan terakhir, apakah ada anggota keluarga yang pernah dinyatakan mengalami/diagnosis ISPA (panas, batuk pilek, radang tenggorokan) oleh tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan)?			1. Ya → ke PM02a 2. Tidak → ke PM03	98. Tidak Tahu → ke PM03	
PM02a						
No.Urut AK sakit	No.Urut AK sakit	No.Urut AK sakit	No.Urut AK sakit	No.Urut AK sakit	No.Urut AK sakit	No.Urut AK sakit
AK00	AK00	AK00	AK00	AK00	AK00	AK00
B. DEMAM BERDARAH DENGUE						
PM03	Dalam 6 bulan terakhir, apakah ada anggota keluarga yang pernah didiagnosis menderita demam berdarah dengue yang sudah dipastikan dengan pemeriksaan darah oleh tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan) ?			1. Ya → ke PM03a 2. Tidak → ke PM04	98. Tidak Tahu → ke PM04	
PM03a						
No.Urut AK sakit	No.Urut AK sakit	No.Urut AK sakit	No.Urut AK sakit	No.Urut AK sakit	No.Urut AK sakit	No.Urut AK sakit
AK00	AK00	AK00	AK00	AK00	AK00	AK00
C. TUBERKULOSIS PARU (TB PARU)						
PM05	Dalam 1 tahun terakhir, apakah ada anggota keluarga yang memiliki riwayat batuk lebih dari 2 minggu ?			1. Ya → ke PM06 2. Tidak → ke PM07	98. Tidak Tahu → ke PM07	

PM06	Jika AK pernah mengalami batuk lebih dari 2 minggu, apakah batuk tersebut disertai gejala? Isikan kode jawaban : 1=Ya, 2 = Tidak, 98 = Tidak Tahu (jawaban boleh lebih dari 1)							
No.urut AK sakit	Dahak	Darah/ Dahak bercampur darah	Nafsu makan menurun	Demam	Nyeri dada	Sesak napas	Berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik	Berat badan menurun/ sulit bertambah
AK00	PM06a	PM06b	PM06c	PM06d	PM06e	PM06f	PM06g	PM06h
PM07	Apakah ada anggota keluarga yang pernah terdiagnosis TB Paru (TBC/ flek/ paru-paru basah) oleh tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan)?					1. Ya, dalam $\leq$ 1 tahun terakhir → ke PM08 2. Ya, > 1 tahun	3. Tidak 98. Tidak Tahu	
No.urut AK sakit	PM08. Jenis pemeriksaan				PM09. Status Penyakit saat ini			
	PM08a. Pemeriksaan dahak		PM08b. Pemeriksaan foto dada					
	1. Ya 2. Tidak diperiksa 98. Tidak Tahu		1. Ya 2. Tidak diperiksa 98. Tidak Tahu		1. Tetap sakit dan tidak pernah mendapat Obat Anti TB (OAT) 2. Tetap sakit, pernah mendapat Obat Anti TB (OAT) tetapi putus obat 3. Sedang dalam pengobatan Anti TB 4. Selesai pengobatan Anti TB tetapi belum sembuh total 5. Selesai pengobatan Anti TB dan dinyatakan sembuh oleh dokter 98. Tidak Tahu			
	1. Ya 2. Tidak diperiksa 98. Tidak Tahu		1. Ya 2. Tidak diperiksa 98. Tidak Tahu		1. Tetap sakit dan tidak pernah mendapat Obat Anti TB (OAT) 2. Tetap sakit, pernah mendapat Obat Anti TB (OAT) tetapi putus obat 3. Sedang dalam pengobatan Anti TB 4. Selesai pengobatan Anti TB tetapi belum sembuh total 5. Selesai pengobatan Anti TB dan dinyatakan sembuh oleh dokter 98. Tidak Tahu			