



**PENGEMBANGAN DASHBOARD MONITORING SKRINING TUBERKULOSIS
SEBAGAI INSTRUMEN PENGUATAN SISTEM INFORMASI DAN MONITORING
KESEHATAN WBP DI LAPAS KOTA SEMARANG**

**LAPORAN AKHIR MAGANG BERDAMPAK SKM PENGGERAK
DINAS KESEHATAN KOTA SEMARANG**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan
Magang Berdampak SKM Penggerak Tahun 2026

Disusun oleh:

Berlian Syiffa Ardana Reswari

NIM 2309020098

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
TAHUN 2026**



**PENGEMBANGAN DASHBOARD MONITORING SKRINING TUBERKULOSIS
SEBAGAI INSTRUMEN PENGUATAN SISTEM INFORMASI DAN MONITORING
KESEHATAN WBP DI LAPAS KOTA SEMARANG**

**LAPORAN AKHIR MAGANG BERDAMPAK SKM PENGGERAK
DINAS KESEHATAN KOTA SEMARANG**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan
Magang Berdampak SKM Penggerak Tahun 2026

Disusun oleh:

Berlian Syiffa Ardana Reswari

NIM 2309020098

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
TAHUN 2026**

Lukman Fauzi, S.K.M., M.P.H.
NIP 198811122015041002

Dani Miarso, S.K.M
NIP 197401271999031004

Mengetahui,
Kepala Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran, Universitas Negeri Semarang

Dr. Muhammad Azinar, M.Kes.
NIP 198205182012121002

RINGKASAN

SUMMARY

PRAKATA

Segala puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan hidayah-Nya sehingga laporan PKL dengan judul **“Pengembangan Dashboard Monitoring Skrining Tuberkulosis Sebagai Instrumen Penguatan Sistem Informasi dan Monitoring Kesehatan WBP di Lapas Kota Semarang”** ini dapat diselesaikan dengan baik. Penyelesaian laporan PKL ini dimaksudkan untuk melengkapi persyaratan untuk menyelesaikan program PKL MBKM SKM Penggerak.

Keberhasilan penyelesaian laporan PKL ini juga tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, maka dengan kerendahan hati penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. dr. Mahalul Azam, M.Kes., selaku Dekan Fakultas Kedokteran, Universitas Negeri Semarang.
2. Bapak Muhammad Azinar, M.Kes., selaku Koordinator Program Studi Kesehatan Masyarakat
3. Bapak Lukman Fauzi, S.K.M., M.P.H., selaku Dosen Pembimbing Lapangan atas bimbingan, arahan, dan masukan dalam penyusunan laporan PKL ini.
4. Bapak Dr. dr. Mochammad Abdul Hakam, Sp.PD., FINASIM. selaku Kepala Dinas Kesehatan Kota Semarang atas izin PKL di lokus instansi
5. Bapak Dani Miarso., S.K.M. selaku Pembimbing Lapangan di Dinas Kesehatan Kota Semarang atas bimbingan, arahan, dan masukan dalam penyusunan laporan PKL ini.
6. Bapak dan Ibu staf pegawai bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2P) di Dinas Kesehatan Kota Semarang khususnya sub bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung (P2ML) atas bimbingan, arahan, dan masukan dalam penyusunan program intervensi dan luaran.
7. Rekan-rekan Magang Berdampak di Dinas Kesehatan kota Semarang bidang P2P, atas semangat, dukungan, dan kebersamaan selama kegiatan ini.

Penulis menyadari bahwa laporan ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan demi perbaikan di masa mendatang. Semoga laporan ini dapat memberikan manfaat bagi pembaca dan menjadi bahan pembelajaran dalam upaya peningkatan kualitas program kesehatan di masyarakat.

Semarang, 24 September 2026

Penulis

DAFTAR ISI

DAFTAR TABEL

DAFTAR GAMBAR

DAFTAR SINGKATAN

DAFTAR LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis atau TBC adalah penyakit menular serius yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*. Tuberkulosis (TBC) tetap menjadi salah satu tantangan kesehatan masyarakat yang paling signifikan secara global. Menurut Laporan Global Tuberkulosis 2025 yang dikeluarkan oleh WHO, diperkirakan 10,7 juta individu terinfeksi TBC pada tahun 2024 dan sekitar 1,23 juta jiwa meninggal akibat penyakit ini, menjadikan TBC sebagai penyebab utama kematian terkait infeksi di seluruh dunia. Walaupun TBC adalah penyakit yang dapat dicegah dan diobati, laporan WHO menyatakan bahwa jika tidak mendapatkan pengobatan, tingkat kematiannya bisa mendekati 50%, sedangkan dengan penanganan yang benar, sekitar 90% pasien bisa sembuh.

Indonesia berada di urutan kedua sebagai penyumbang kasus TBC global setelah India, dengan kontribusi sekitar 10% dari total insiden di seluruh dunia. Estimasi jumlah kasus baru TBC di Indonesia mencapai 1.090.000 dengan 125.000 kematian setiap tahun, dan tingkat insidensi TBC di Indonesia pada tahun 2023 diperkirakan sebesar 387 per 100.000 penduduk. Meskipun upaya untuk menemukan kasus baru terus meningkat, pencapaian di tingkat nasional masih di bawah target; hingga Maret 2025, baru sekitar 889 ribu kasus atau 81% dari target deteksi yang seharusnya sudah teridentifikasi.

Di tingkat provinsi, Jawa Tengah diidentifikasi sebagai salah satu daerah dengan angka TBC tertinggi dan pada saat yang sama memiliki pencapaian pengidentifikasian kasus terbaik di tingkat nasional. Kepala Bidang P2P Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah mengungkapkan bahwa daerah ini berada di posisi teratas dalam manajemen TBC di tingkat nasional, dengan capaian penemuan kasus tahun 2023 yang melebihi target yang ditetapkan (115% dari estimasi). Dalam hal volume, Jawa Tengah mencatatkan sekitar 80.000 kasus baru TBC untuk periode 2023–2024, atau rata-rata 2.000 kasus baru per kabupaten atau kota setiap tahunnya.

Kota Semarang, yang berfungsi sebagai ibu kota provinsi dan sekaligus merupakan salah satu kota dengan kepadatan penduduk tertinggi di Jawa Tengah, secara konsisten memberikan kontribusi kasus TBC terbanyak di wilayah ini. Pada tahun 2024, Kota Semarang mencatat sebanyak 1.678 kasus TBC, di mana sebagian besar penularan (61%) terjadi di luar anggota keluarga—hal ini menunjukkan penyebaran yang luas ke lingkungan

sosial seperti tempat kerja dan fasilitas publik. Data terbaru bahkan memperlihatkan adanya tren yang meningkat; per September 2025, jumlah kasus TBC di Kota Semarang tercatat mencapai 3.698, mendorong pemerintah kota Semarang bersama Kementerian Kesehatan untuk meluncurkan percobaan layanan terpadu TBC di beberapa puskesmas.

Populasi narapidana merupakan salah satu kelompok yang paling rentan terhadap infeksi TBC dikarenakan kondisi hunian yang padat. Data dari tingkat nasional pada tahun 2025 menunjukkan bahwa prevalensi TBC di lingkungan lembaga pemasyarakatan pernah mencapai 3,64%, yang setara dengan 7.972 kasus aktif dari total 218.962 narapidana, angka ini jauh melampaui rata-rata nasional yang berada di rentang 0,3–0,54%. Kementerian Imigrasi secara jelas mengaitkan tingginya angka ini dengan situasi overkapasitas di lapas, sehingga jarak antar narapidana menjadi sangat dekat dan mempermudah proses penyebaran penyakit. Menindaklanjuti hasil temuan ini, pemerintah meluncurkan program skrining TBC secara massal berdasarkan rontgen dada di ratusan lembaga pemasyarakatan di seluruh Indonesia sebagai bagian dari inisiatif eliminasi TBC pada tahun 2030.

Peningkatan dalam cakupan skrining TBC di lapas — termasuk di lapas yang berada di Kota Semarang — menghasilkan akumulasi data yang semakin meningkat dari waktu ke waktu, mencakup angka narapidana yang telah menjalani skrining, hasil pemeriksaan (suspek, positif, negatif), dan tindak lanjut untuk pengobatan. Namun, pengolahan data tersebut umumnya masih dilakukan dengan cara manual dan terpisah dari fase pelaporan, sehingga proses penilaian, interpretasi, dan penyajian hasil kepada para pemangku kepentingan menjadi tidak efisien dan sulit untuk dimonitor secara berkala. Situasi ini menciptakan kebutuhan akan alat yang dapat mengolah dan menyajikan data skrining TBC dengan cara yang ringkas, mudah dipahami, dan dapat diperbarui, sehingga pencapaian program skrining dapat dimonitor dengan berkelanjutan dan mendukung pengambilan keputusan yang lebih cepat dan tepat.

Berdasarkan penjelasan tersebut, penting untuk mengembangkan dashboard pemantauan skrining TBC di Lapas Kota Semarang sebagai sarana bantu visual dan analisis data, untuk mendukung upaya deteksi awal serta percepatan penghapusan TBC di area pemasyarakatan sesuai dengan sasaran nasional TBC 2030.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka dapat disusun rumusan masalah sebagai berikut:

1. Bagaimana analisis situasi di Dinas Kesehatan Kota Semarang?
2. Bagaimana identifikasi masalah kesehatan di Dinas Kesehatan Kota Semarang?

3. Bagaimana penyusunan prioritas masalah kesehatan di Dinas Kesehatan Kota Semarang?
4. Bagaimana identifikasi penyebab masalah kesehatan di Dinas Kesehatan Kota Semarang?
5. Bagaimana penyusunan prioritas penyebab masalah kesehatan di Dinas Kesehatan Kota Semarang?
6. Bagaimana identifikasi alternatif pemecahan masalah kesehatan di Dinas Kesehatan Kota Semarang?
7. Bagaimana penyusunan prioritas pemecahan masalah kesehatan di Dinas Kesehatan Kota Semarang?
8. Bagaimana penyusunan rencana kegiatan (plan of action) di Dinas Kesehatan Kota Semarang?
9. Bagaimana pelaksanaan intervensi sebagai Upaya pemecahan masalah kesehatan di Dinas Kesehatan Kota Semarang?
10. Bagaimana monitoring dan evaluasi intervensi yang dilaksanakan di Dinas Kesehatan Kota Semarang?
11. Bagaimana advokasi kepada stakeholders di Dinas Kesehatan Kota Semarang?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mendukung pengelolaan dan monitoring data skrining Tuberkulosis melalui pengolahan data dan pengembangan dashboard monitoring di Dinas Kesehatan Kota Semarang.

1.3.2 Tujuan Khusus

Berdasarkan rumusan masalah yang telah disusun maka didapatkan tujuan sebagai berikut:

1. Untuk mengetahui analisis situasi di Dinas Kesehatan Kota Semarang.
2. Untuk mengetahui identifikasi masalah kesehatan di Dinas Kesehatan Kota Semarang.
3. Untuk mengetahui penyusunan prioritas masalah kesehatan di Dinas Kesehatan Kota Semarang.
4. Untuk mengetahui identifikasi penyebab masalah kesehatan di Dinas Kesehatan Kota Semarang.
5. Untuk mengetahui penyusunan prioritas penyebab masalah kesehatan di Dinas Kesehatan Kota Semarang.

6. Untuk mengetahui identifikasi alternatif pemecahan masalah kesehatan di Dinas Kesehatan Kota Semarang.
7. Untuk mengetahui penyusunan prioritas pemecahan masalah kesehatan di Dinas Kesehatan Kota Semarang.
8. Untuk mengetahui penyusunan rencana kegiatan (plan of action) intervensi bersama representasi stakeholders di Dinas Kesehatan Kota Semarang.
9. Untuk mengetahui pelaksanaan intervensi sebagai upaya pemecahan masalah Kesehatan di Dinas Kesehatan Kota Semarang.
10. Untuk mengetahui monitoring dan evaluasi intervensi di Dinas Kesehatan Kota Semarang.
11. Untuk mengetahui advokasi kepada stakeholders di Dinas Kesehatan Kota Semarang.

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Dinas Kesehatan Kota Semarang

1. Mempermudah pemantauan hasil skrining TBC.
2. Mempercepat penyajian dan interpretasi data.
3. Mendukung pengambilan keputusan dan tindak lanjut berbasis data.

1.4.2 Bagi Lapas

1. Memudahkan pemantauan hasil pemeriksaan WBP
2. Memberikan gambaran hasil skrining secara lebih sistematis
3. Membantu mengidentifikasi data yang memerlukan tindak lanjut

1.4.3 Bagi Mahasiswa PKL

1. Meningkatkan pengalaman dalam pengelolaan dan analisis data kesehatan.
2. Meningkatkan keterampilan dalam visualisasi data dan pengembangan dashboard.
3. Mengaplikasikan ilmu epidemiologi dan kesehatan masyarakat dalam kegiatan program di lapangan.

BAB II

GAMBARAN UMUM INSTITUSI MAGANG BERDAMPAK

2.1 Profil Institusi

Dinas Kesehatan Kota Semarang merupakan salah satu instansi pemerintah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan di wilayah Kota Semarang. Dinas Kesehatan Kota Semarang berperan dalam perencanaan, pelaksanaan, pembinaan, serta pengawasan berbagai program dan kegiatan di bidang kesehatan guna mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Dinas Kesehatan Kota Semarang beralamat di Jl. Pandanaran No. 79, Kelurahan Mugassari, Kecamatan Semarang Selatan, Kota Semarang, Jawa Tengah 50249.

Wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Semarang mencakup seluruh wilayah administratif Kota Semarang yang terdiri atas 16 kecamatan dan 177 kelurahan. Dalam mendukung pelaksanaan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, Dinas Kesehatan Kota Semarang didukung oleh 40 puskesmas yang tersebar di seluruh wilayah Kota Semarang. Dengan cakupan wilayah kerja tersebut, Dinas Kesehatan Kota Semarang memiliki peran penting dalam mengoordinasikan dan melaksanakan berbagai program kesehatan di tingkat kota maupun melalui fasilitas pelayanan kesehatan yang berada di bawah koordinasinya. Berdasarkan status kelembagaannya, Dinas Kesehatan Kota Semarang termasuk dalam kriteria instansi pemerintah karena merupakan perangkat pemerintah daerah yang melaksanakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

Dinas Kesehatan Kota Semarang berkedudukan sebagai Satuan Kerja Perangkat Daerah Kota Semarang yang bertanggung jawab melaksanakan kebijakan pemerintah di bidang kesehatan. Cikal bakal pembentukannya bermula dari sebuah seminar kesehatan yang diselenggarakan pada tahun 1968, yang menghasilkan gagasan perlunya mendirikan Balai Pengobatan (BP) serta Balai Kesehatan Ibu dan Anak (BKIA) di lingkungan Pemerintah Daerah Kota Semarang. Guna mengoordinasikan berbagai BP dan BKIA yang tersebar di wilayah Kotamadya Semarang sekaligus meningkatkan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat, dibentuklah Dinas Kesehatan Kotamadya Daerah Tingkat II Semarang.

Memasuki tahun 1973, kelembagaan BP dan BKIA tersebut ditransformasikan menjadi Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), dengan tugas utama melakukan upaya pencegahan penyakit menular seperti TBC, kolera, dan tifus serta menyediakan layanan kesehatan yang terjangkau bagi seluruh lapisan masyarakat. Landasan penataan organisasi kemudian diperkuat melalui Pasal 49 Undang-Undang Nomor 5 Tahun 1974 juncto Surat Keputusan Menteri

Dalam Negeri Nomor 363 Tahun 1977, Instruksi Menteri Dalam Negeri Nomor 2 Tahun 1980, serta Peraturan Daerah Nomor 2 Tahun 1983, yang menjadi dasar penyusunan Susunan Organisasi dan Tata Kerja (SOTK) Dinas Kesehatan Kotamadya Daerah Tingkat II Semarang.

Seiring berjalannya waktu, Pemerintah Indonesia menerbitkan sejumlah kebijakan lanjutan terkait penataan kelembagaan pelayanan kesehatan masyarakat, salah satunya Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 1994 tentang Pedoman Organisasi dan Tata Kerja Dinas Kesehatan, yang mendorong dilakukannya peninjauan kembali terhadap Peraturan Daerah Kotamadya Daerah Tingkat II Semarang mengenai SOTK Dinas Kesehatan. Penataan kelembagaan ini terus berlanjut hingga memasuki era desentralisasi yang ditandai dengan lahirnya Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999, yang kemudian diperbarui melalui Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah. Pada periode inilah Dinas Kesehatan Kota Semarang secara resmi ditetapkan sebagai salah satu Satuan Kerja Perangkat Daerah Kota Semarang, berdasarkan Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 2 Tahun 2001 juncto Surat Keputusan Wali Kota Nomor 061.1/172 Tahun 2001. Hingga saat ini, Dinas Kesehatan dipimpin oleh seorang Kepala Dinas yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Wali Kota Semarang melalui Sekretaris Daerah Kota Semarang.

2.2 Visi, Misi, Tujuan, Nilai, dan Motto Institusi

Dinas Kesehatan Kota Semarang dalam menjalankan tugas dan fungsinya berpedoman pada visi dan misi Pemerintah Kota Semarang. Visi Pemerintah Kota Semarang adalah “Terwujudnya Kota Semarang yang semakin hebat berlandaskan Pancasila dalam bingkai NKRI Berbhineka Tunggal Ika.” Visi tersebut menjadi arah dalam penyelenggaraan pemerintahan dan pembangunan di Kota Semarang, termasuk dalam pelaksanaan pembangunan di bidang kesehatan.

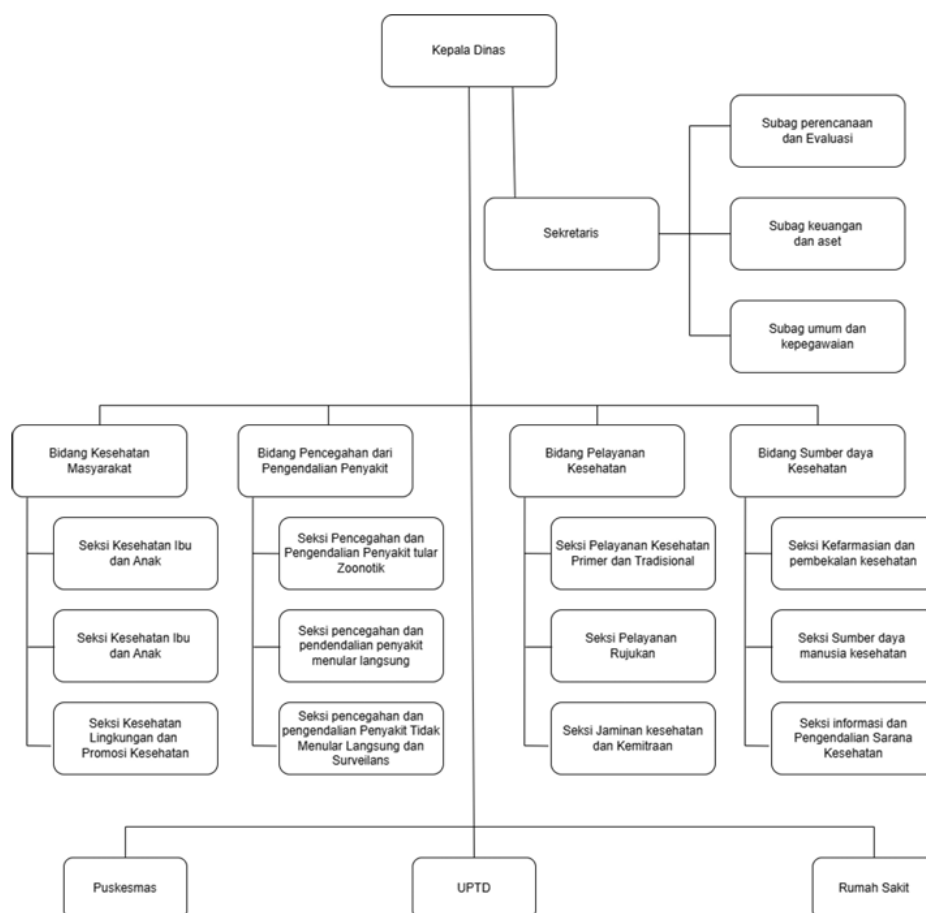
Untuk mewujudkan visi tersebut, Pemerintah Kota Semarang menetapkan lima misi, yaitu pertama, meningkatkan kualitas dan kapasitas sumber daya manusia yang unggul dan produktif untuk mencapai kesejahteraan dan keadilan social. Kedua, meningkatkan potensi ekonomi lokal yang berdaya saing dan stimulasi pembangunan industri berlandaskan riset dan inovasi berdasarkan prinsip demokrasi ekonomi Pancasila. Ketiga, menjamin kemerdekaan masyarakat dalam menjalankan ibadah, pemenuhan hak dasar dan perlindungan kesejahteraan sosial serta hak asasi manusia bagi masyarakat secara berkeadilan. Keempat, mewujudkan infrastruktur berkualitas yang berwawasan lingkungan untuk mendukung kemajuan kota. Kelima, menjalankan reformasi birokrasi pemerintahan secara dinamis dan menyusun produk hukum yang sesuai dengan nilai-nilai Pancasila dalam kerangka Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Dalam pelaksanaan tugasnya di bidang kesehatan, Dinas Kesehatan Kota Semarang memiliki tujuan untuk mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui penyelenggaraan program dan pelayanan kesehatan yang berkualitas, merata, dan berkelanjutan. Pelaksanaan tugas tersebut didukung oleh nilai-nilai pelayanan publik, profesionalisme, integritas, serta komitmen dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Sebagai bentuk komitmen dalam menjalankan tugas pelayanan kesehatan, Dinas Kesehatan Kota Semarang memiliki motto “Masyarakat Sehat Kebanggaan Kami.” Motto tersebut mencerminkan komitmen institusi dalam mewujudkan masyarakat Kota Semarang yang sehat serta menjadikan peningkatan kesehatan masyarakat sebagai bagian penting dari pelaksanaan tugas dan pelayanan Dinas Kesehatan Kota Semarang.

2.3 Struktur Organisasi dan Tata Kelola

Figure 1 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kota Semarang



2.4 Program dan Kegiatan Institusi

Dinas Kesehatan Kota Semarang merupakan instansi pemerintah daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan, termasuk upaya pencegahan dan pengendalian penyakit menular. Dalam pelaksanaan program kesehatan masyarakat, salah satu unit yang berperan dalam pengendalian penyakit menular adalah Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2P).

Pada Bidang P2P, salah satu unit yang berkaitan dengan pelaksanaan program pengendalian penyakit menular adalah Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular (P2ML). Seksi P2ML melaksanakan kegiatan pencegahan, penemuan, pengendalian, serta pemantauan penyakit menular, termasuk tuberkulosis (TBC).

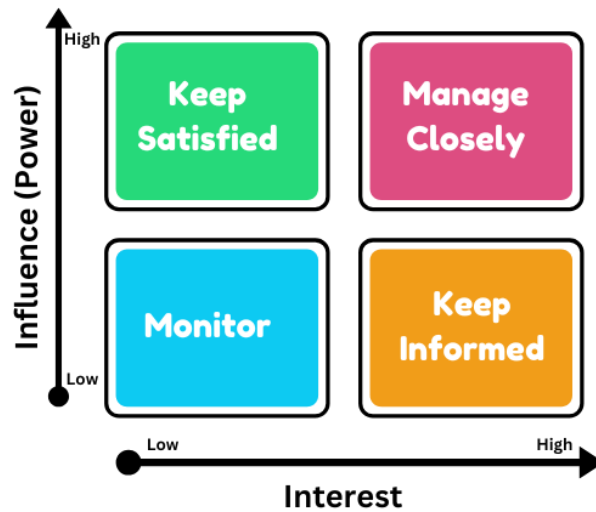
Salah satu kegiatan pengendalian TBC yang sedang berjalan pada tahun ini adalah Active Case Finding (ACF) Tuberkulosis yang dilaksanakan pada 190 lokus di wilayah Kota Semarang. Kegiatan ACF merupakan upaya penemuan kasus TBC secara aktif melalui kegiatan skrining pada kelompok atau lokasi sasaran. Pelaksanaan kegiatan menghasilkan berbagai data pemeriksaan, mulai dari proses skrining, pemeriksaan X-ray, identifikasi terduga TBC, pengumpulan dahak, pemeriksaan TCM, hingga penetapan diagnosis dan tindak lanjut.

Data yang dihasilkan dari kegiatan ACF tersebut menjadi bagian penting dalam pemantauan program TBC karena dapat memberikan gambaran mengenai jumlah sasaran yang telah diskriming, hasil pemeriksaan, jumlah terduga TBC, kasus yang terkonfirmasi, serta kebutuhan tindak lanjut. Oleh karena itu, pengelolaan dan pemantauan data hasil ACF menjadi salah satu bagian yang mendukung pelaksanaan program pengendalian TBC di Kota Semarang.

Dalam konteks kegiatan magang, pelaksanaan ACF TBC tersebut menjadi salah satu dasar dalam pengembangan dashboard monitoring skrining TBC, khususnya untuk membantu menyajikan data hasil kegiatan secara lebih terstruktur dan mudah dipantau. Dashboard dikembangkan sebagai media pendukung monitoring yang dapat membantu Dinas Kesehatan Kota Semarang dan fasilitas/lokus pelaksana dalam melihat hasil skrining, status pemeriksaan, distribusi kasus, serta tindak lanjut secara lebih sistematis.

2.5 Analisis Pemangku Kepentingan

Figure 2 Matriks Influence-Interest



Matriks Influence and Interest adalah kerangka kerja visual yang mengkategorikan pemangku kepentingan berdasarkan pengaruh dan kepentingan mereka dalam suatu proyek. Dengan mengelompokkan pemangku kepentingan ke dalam kuadran manajer proyek dapat mengembangkan strategi yang tepat sasaran untuk mengelola hubungan secara efektif. Hal ini memastikan bahwa para pemain kunci terlibat dan potensi konflik diminimalkan.

Sumbu-sumbu Matriks:

- **Influence (Power)** : Otoritas atau kemampuan yang dimiliki pemangku kepentingan untuk memengaruhi keputusan, sumber daya, atau hasil proyek.
- **Interest** : Tingkat kepedulian atau keterlibatan pemangku kepentingan terhadap proyek tersebut.

Para pemangku kepentingan dikategorikan ke dalam salah satu dari empat kuadran berdasarkan pengaruh dan kepentingan mereka:

1. High Influence, High Interest – Manage Closely

Kuadran ini berisi pihak-pihak yang berpengaruh dan memiliki kepentingan dalam keberhasilan proyek. Keputusan dan tindakan mereka dapat secara langsung memengaruhi hasil proyek. Keterlibatan yang teratur dan proaktif sangat penting.

Penerapan pada Dinas Kesehatan Kota Semarang:

- **Internal** : Kepala Dinas Kesehatan Kota Semarang beserta Jajaran Manajemen (Sekretaris Dinas dan Para Kepala Bidang). Mereka bertanggung jawab penuh secara operasional, manajemen, dan pengambilan keputusan harian institusi.

- Eksternal :
 - Wali Kota Semarang, selaku kepala daerah yang menetapkan kebijakan umum daerah, mengesahkan alokasi APBD, dan mengevaluasi kinerja Dinas Kesehatan.
 - Kementerian Kesehatan RI & Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, selaku Pembina teknis yang menetapkan standar pelayanan kesehatan nasional/provinsi, regulasi, dan pedoman operasional yang wajib dipatuhi oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang.

2. High Influence, Low Interest – Keep Satisfied

Kuadran ini berisi pihak-pihak yang memiliki kekuatan yang signifikan tetapi tidak terlibat secara mendalam dalam proyek tersebut. Menjaga kepuasan mereka mencegah campur tangan atau penentangan yang tidak perlu.

Penerapan pada Dinas Kesehatan Kota Semarang:

- DPRD Kota Semarang (Khususnya Komisi D), memiliki pengaruh tinggi dalam fungsi pengawasan dan persetujuan alokasi anggaran, namun tidak terlibat dalam detail teknis operasional pelayanan kesehatan harian.
- Bappeda & Inspektorat Kota, berperan penting dalam perencanaan pembangunan daerah dan pengawasan akuntabilitas keuangan.
- Media Masa/Pers, memiliki kekuatan membentuk persepsi publik terkait pelayanan kesehatan di Kota Semarang.

3. Low Influence, High Interest – Keep Informed

Kuadran ini berisi pihak-pihak yang sangat tertarik pada proyek/kegiatan tersebut tetapi tidak memiliki kewenangan untuk memengaruhi hasilnya. Transparansi dan komunikasi yang teratur membuat mereka tetap terlibat dan mendukung.

Penerapan pada Dinas Kesehatan Kota Semarang:

- Internal : Staf/Pegawai Non-Manjerial & Mahasiswa Magang
- Eksternal : Masyarakat Kota Semarang, Pasien/Pengguna Fasilitas Kesehatan (Puskesmas/RSUD), Organisasi Profesi Kesehatan (IDI, PPNI, IAKMI, dll) dan Kader Kesehatan/Posyandu.

4. Low Influence, Low Interest – Monitor

Kuadran ini berisi pihak-pihak yang memiliki pengaruh minimal dan minat yang terbatas. Meskipun mereka hanya membutuhkan keterlibatan minimal, penting untuk memantau perubahan status mereka.

- Eksternal : Instansi/Dinas di lingkungan Pemkot Semarang yang tidak terkait langsung dengan sector kesehatan, serta Vendor/Pemasok kebutuhan umum non-medis.

BAB III

METODE PELAKSANAAN

3.1 Metode Tiap Tahapan Siklus Pemecahan Masalah

3.1.1 Analisis Situasi

Tahap awal dalam pelaksanaan Praktik Kerja Lapangan (PKL) pada lokus institusi dilakukan melalui analisis situasi. Analisis situasi bertujuan untuk mengidentifikasi dan mengumpulkan informasi mengenai kondisi serta permasalahan kesehatan yang terdapat di wilayah kerja institusi. Informasi yang diperoleh selanjutnya dapat digunakan sebagai dasar dalam menentukan prioritas masalah dan menyusun alternatif pemecahan masalah yang sesuai dengan kondisi di lapangan.

Analisis situasi pada lokus institusi di Dinas Kesehatan Kota Semarang dilakukan dengan mengumpulkan dan menelaah data sekunder serta informasi kesehatan yang tersedia di instansi. Selain itu, analisis situasi juga dilakukan melalui diskusi dan koordinasi dengan pihak terkait di lingkungan Dinas Kesehatan Kota Semarang khususnya pembimbing lapangan, kepala bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2P), Subkoordinator Pengendalian dan Pencegahan Penyakit Menular Langsung (P2ML) untuk memperoleh gambaran mengenai kondisi kesehatan, pelaksanaan program, serta permasalahan yang dihadapi. Hasil analisis situasi tersebut kemudian digunakan sebagai dasar dalam mengidentifikasi masalah dan menentukan prioritas masalah yang dapat menjadi fokus kegiatan selama pelaksanaan Praktik Kerja Lapangan.

3.1.2 Identifikasi Masalah Kesehatan

Identifikasi masalah kesehatan merupakan salah satu tahapan penting dalam siklus pemecahan masalah. Tahapan ini dilakukan untuk mengetahui berbagai permasalahan kesehatan yang terdapat di wilayah kerja serta memperoleh informasi yang dapat menjadi dasar dalam menentukan prioritas masalah. Pada lokus institusi di Dinas Kesehatan Kota Semarang, identifikasi masalah dilakukan melalui pengumpulan dan penelaahan data sekunder serta diskusi dengan pihak terkait.

Data sekunder yang digunakan dalam proses identifikasi masalah diperoleh dari Profil Kesehatan Kota Semarang tahun 2025. Selain itu, proses identifikasi masalah dilakukan melalui diskusi dengan Subbidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung (P2ML). Dinas Kesehatan Kota Semarang dan pembimbing lapangan. Diskusi dilakukan untuk memperoleh informasi mengenai kondisi kesehatan serta berbagai permasalahan kesehatan yang terdapat di wilayah Kota Semarang.

Identifikasi masalah kesehatan dilakukan secara terencana dengan melibatkan pihak-pihak yang berkaitan dengan permasalahan yang ditemukan. Informasi yang diperoleh didasarkan pada data dan kondisi yang tersedia sehingga dapat memberikan gambaran yang objektif dan dapat dipertanggungjawabkan. Berbagai permasalahan yang telah teridentifikasi selanjutnya dikumpulkan dan dianalisis sebagai dasar dalam menentukan prioritas masalah kesehatan. Penentuan prioritas masalah dilakukan menggunakan metode Hanlon Kuantitatif melalui penyusunan kuesioner penilaian prioritas masalah.

3.1.3 Prioritas Masalah Kesehatan

Penentuan prioritas masalah dilakukan setelah seluruh permasalahan kesehatan berhasil diidentifikasi. Tahapan ini bertujuan untuk menentukan masalah yang perlu mendapatkan perhatian dan penanganan terlebih dahulu, sehingga sumber daya yang tersedia dapat dimanfaatkan secara efektif dan efisien. Pada lokus institusi di Dinas Kesehatan Kota Semarang, penentuan prioritas masalah dilakukan menggunakan metode Hanlon Kuantitatif.

Metode Hanlon Kuantitatif merupakan salah satu metode yang dapat digunakan untuk menentukan urutan prioritas masalah berdasarkan beberapa kriteria yang telah ditetapkan. Metode ini dipilih karena memiliki tahapan penilaian yang relatif sederhana dan sistematis, serta menggunakan pembobotan pada setiap kriteria sehingga dapat membantu menghasilkan penentuan prioritas secara lebih objektif.

Dalam metode Hanlon Kuantitatif, setiap masalah diberikan skor berdasarkan beberapa komponen penilaian, yaitu A, B, C, dan D (PEARL). Komponen A, B, dan C diberikan skor dengan rentang 0–10, sedangkan komponen D atau faktor PEARL memiliki skor 0 atau 1. Adapun komponen yang digunakan dalam penentuan prioritas masalah adalah sebagai berikut:

1. Komponen A – Besaran Masalah (Magnitude)

Komponen A menunjukkan besarnya masalah yang terjadi di masyarakat. Penilaian dapat didasarkan pada jumlah atau persentase penduduk atau kelompok masyarakat yang terdampak oleh masalah tersebut. Skor diberikan dalam rentang 0–10, dengan skor yang semakin tinggi menunjukkan besaran masalah yang semakin besar.

2. Komponen B – Tingkat Kegawatan Masalah (Seriousness)

Komponen B menggambarkan tingkat keseriusan atau kegawatan suatu masalah kesehatan. Penilaian mempertimbangkan beberapa aspek, seperti tingkat urgensi, kecenderungan masalah, dampak yang ditimbulkan, serta tingkat keparahan masalah. Skor diberikan dalam rentang 0–10, dengan skor yang semakin tinggi menunjukkan tingkat kegawatan yang semakin besar.

3. Komponen C – Efektivitas Penanggulangan (Effectiveness)

Komponen C menunjukkan tingkat kemudahan atau efektivitas dalam mengatasi masalah yang telah diidentifikasi. Penilaian mempertimbangkan perbandingan antara manfaat yang diperkirakan dapat diperoleh dengan sumber daya yang tersedia, seperti tenaga, sarana dan prasarana, metode, serta kemampuan dalam melaksanakan upaya penanggulangan. Skor diberikan dalam rentang 0–10, dengan skor yang semakin tinggi menunjukkan bahwa masalah tersebut semakin mudah atau efektif untuk ditanggulangi.

4. Komponen D – PEARL Factor

Komponen D digunakan untuk menilai kelayakan suatu masalah untuk ditindaklanjuti berdasarkan lima faktor, yaitu PEARL. Setiap faktor diberikan skor 0 apabila tidak memenuhi kriteria dan 1 apabila memenuhi kriteria. Faktor PEARL terdiri atas:

- P (Appropriateness): kesesuaian masalah atau alternatif pemecahan masalah dengan kebijakan, prioritas program pemerintah, maupun kegiatan instansi terkait.
- E (Economic Feasibility): kelayakan dari aspek pembiayaan, termasuk ketersediaan sumber dana yang dapat mendukung upaya penanggulangan masalah.
- A (Acceptability): tingkat penerimaan masyarakat dan pihak atau instansi terkait terhadap upaya yang akan dilakukan serta kesesuaiannya dengan nilai dan kondisi yang berlaku.
- R (Resources Availability): ketersediaan sumber daya yang diperlukan untuk mengatasi masalah, meliputi tenaga, sarana dan prasarana, peralatan, serta waktu.
- L (Legality): kesesuaian dengan aspek hukum, peraturan perundang-undangan, kebijakan, dan ketentuan yang berlaku.

Berdasarkan penilaian terhadap komponen A, B, C, dan D tersebut, setiap masalah memperoleh nilai prioritas. Masalah dengan nilai akhir yang lebih tinggi menunjukkan prioritas yang lebih tinggi untuk mendapatkan perhatian dan penanganan.

3.1.4 Identifikasi Penyebab Masalah Kesehatan

Identifikasi penyebab masalah kesehatan dilakukan menggunakan diagram tulang ikan (fishbone). Diagram fishbone merupakan alat analisis sebab-akibat yang digunakan untuk mengidentifikasi dan mengelompokkan berbagai faktor yang berpotensi menjadi penyebab suatu masalah. Penggunaan diagram ini membantu menguraikan penyebab masalah secara sistematis serta menunjukkan keterkaitan antara berbagai faktor penyebab dengan masalah yang terjadi. Identifikasi penyebab dilakukan dengan mempertimbangkan berbagai faktor yang berkaitan dengan permasalahan kesehatan yang telah ditentukan. Hasil analisis menggunakan diagram fishbone selanjutnya digunakan untuk mengetahui penyebab utama masalah serta menjadi dasar dalam menentukan alternatif pemecahan masalah yang sesuai.

3.1.5 Prioritas Penyebab Masalah Kesehatan

Tahapan selanjutnya adalah menentukan prioritas penyebab masalah. Tahapan ini dilakukan melalui proses penelusuran penyebab masalah secara sistematis dengan mempertimbangkan fakta, data, teori, serta pemikiran yang logis. Analisis tersebut bertujuan untuk mengetahui berbagai penyebab, faktor risiko, atau determinan yang berperan dalam munculnya suatu masalah kesehatan. Dalam menentukan prioritas penyebab masalah, digunakan metode Urgency, Seriousness, Growth (USG). Metode USG digunakan untuk menilai dan menentukan penyebab masalah yang perlu mendapatkan perhatian dan penanganan terlebih dahulu berdasarkan tingkat urgensi, keseriusan dampak, serta kemungkinan masalah tersebut berkembang. Hasil penilaian USG selanjutnya digunakan sebagai dasar dalam menentukan penyebab masalah yang menjadi prioritas untuk ditindaklanjuti.

3.1.6 Identifikasi Pemecahan Masalah Kesehatan

Setelah masalah dan penyebab masalah kesehatan teridentifikasi, tahapan selanjutnya adalah menyusun alternatif pemecahan masalah. Penyusunan alternatif dilakukan dengan mempertimbangkan kondisi dan situasi yang terdapat pada institusi sehingga solusi yang dirumuskan dapat diterapkan sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan yang tersedia. Proses penyusunan alternatif pemecahan masalah dilakukan bersama pihak terkait melalui metode brainstorming. Dalam menentukan alternatif solusi, beberapa aspek yang dipertimbangkan meliputi ketersediaan sumber daya, kebijakan yang berlaku, kesesuaian dengan program, kemampuan solusi dalam mengatasi masalah, serta kemudahan dalam penerapannya. Dengan mempertimbangkan aspek tersebut, alternatif pemecahan masalah yang dipilih diharapkan dapat menjadi solusi yang sesuai dengan kondisi institusi dan memenuhi kebutuhan stakeholder.

3.1.7 Prioritas Pemecahan Masalah Kesehatan

Setelah berbagai alternatif pemecahan masalah kesehatan diperoleh, tahap selanjutnya adalah menentukan prioritas pemecahan masalah. Penentuan prioritas dilakukan dengan mempertimbangkan dua indikator utama, yaitu efektivitas dan efisiensi dari alternatif program yang dirancang. Penentuan prioritas alternatif pemecahan masalah dilakukan menggunakan metode Capability, Accessibility, Readiness, Leverage (CARL). Metode ini dilakukan dengan memberikan skor pada setiap alternatif pemecahan masalah berdasarkan penilaian pihak institusi. Hasil penilaian tersebut kemudian digunakan untuk menentukan alternatif pemecahan masalah yang paling sesuai dan menjadi prioritas untuk dilaksanakan.

3.1.8 Penyusunan *Plan of Action* (PoA)

Setelah prioritas pemecahan masalah ditentukan, tahap selanjutnya adalah menyusun Plan of Action (PoA) sebagai pedoman dalam pelaksanaan intervensi. PoA memuat langkah-langkah kegiatan yang disusun berdasarkan masalah dan alternatif solusi yang telah ditetapkan. Penyusunannya perlu disesuaikan dengan kondisi dan situasi di institusi agar rencana yang dibuat dapat diterapkan secara efektif dan berkelanjutan. Penyusunan PoA dilakukan dengan melibatkan pihak-pihak terkait untuk memastikan kegiatan yang dirancang sesuai dengan kebutuhan dan kondisi institusi. Rencana kegiatan disusun dalam bentuk matriks agar lebih sistematis dan mudah digunakan sebagai acuan pelaksanaan. Komponen yang dicantumkan dalam matriks PoA meliputi jenis kegiatan, volume kegiatan, kebutuhan sumber daya, waktu pelaksanaan, penanggung jawab, dan indikator keberhasilan. Setiap kegiatan disusun sesuai dengan target yang telah ditetapkan sehingga pelaksanaan intervensi dapat berjalan secara terarah dan mendukung tercapainya tujuan yang diharapkan.

3.1.9 Pelaksanaan Intervensi

Setelah rencana intervensi disusun melalui matriks Plan of Action (PoA), tahap selanjutnya adalah melaksanakan intervensi sebagai upaya pemecahan masalah kesehatan. Sebelum pelaksanaan, diperlukan persiapan yang matang agar kegiatan dapat berjalan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan. Persiapan pelaksanaan intervensi meliputi penentuan sasaran kegiatan, kesiapan sarana dan prasarana, metode yang akan digunakan, sumber daya yang dibutuhkan, serta pihak-pihak yang terlibat dalam kegiatan. Persiapan tersebut dilakukan untuk memastikan seluruh kebutuhan kegiatan tersedia sehingga pelaksanaan intervensi dapat berjalan secara terarah dan sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan.

3.1.10 Monitoring dan Evaluasi Intervensi

Monitoring dan evaluasi merupakan tahapan yang dilakukan untuk mengetahui perkembangan serta hasil pelaksanaan suatu program. Monitoring bertujuan untuk memantau pelaksanaan program selama kegiatan berlangsung sehingga apabila ditemukan ketidaksesuaian, dapat segera dilakukan perbaikan atau tindak lanjut. Sementara itu, evaluasi merupakan proses untuk menilai pelaksanaan dan hasil suatu program melalui identifikasi masalah, pengumpulan serta analisis data, hingga penarikan kesimpulan dan penyusunan rekomendasi sebagai dasar pengambilan keputusan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menilai tiga aspek utama, yaitu input, proses, dan output. Evaluasi input mencakup ketersediaan dan pemanfaatan sumber daya yang digunakan dalam program. Evaluasi proses menilai kesesuaian pelaksanaan kegiatan dengan rencana yang telah ditetapkan, sedangkan evaluasi output menilai hasil yang diperoleh dari pelaksanaan program.

Perbedaan monitoring dan evaluasi terletak pada waktu dan tujuan pelaksanaannya. Monitoring umumnya dilakukan selama program berlangsung untuk memastikan kegiatan berjalan sesuai rencana, sedangkan evaluasi dapat dilakukan selama maupun setelah program selesai untuk menilai pelaksanaan dan hasil yang telah dicapai. Monitoring juga umumnya dilakukan oleh pihak internal, sementara evaluasi dapat melibatkan pihak internal maupun eksternal.

3.1.11 Advokasi

Advokasi merupakan upaya untuk mendorong dan memengaruhi pengambil kebijakan, pemangku kepentingan, maupun masyarakat agar memberikan dukungan terhadap suatu program atau kebijakan. Advokasi dapat dilakukan melalui berbagai bentuk, tidak hanya melalui lobi atau pertemuan formal, tetapi juga melalui penyusunan dokumen kebijakan, penyampaian informasi, dan komunikasi strategis yang didukung oleh data serta rekomendasi berbasis bukti (evidence-based). Dalam pelaksanaan Praktik Kerja Lapangan (PKL), kegiatan advokasi dilakukan melalui penyusunan policy brief. Penyusunan policy brief bertujuan untuk menyampaikan informasi mengenai permasalahan yang ditemukan serta memberikan rekomendasi yang dapat menjadi bahan pertimbangan dalam pengambilan keputusan dan penentuan kebijakan.

3.2 Indikator Keberhasilan Program

Dashboard monitoring skrining Tuberkulosis (TBC) pada Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP) dikembangkan sebagai media visualisasi dan monitoring data hasil skrining TBC di lingkungan lapas. Dashboard mengintegrasikan informasi mulai dari jumlah WBP yang telah menjalani skrining, hasil pemeriksaan X-ray, status terduga TBC, pengumpulan dahak, hasil pemeriksaan TCM, hingga diagnosis akhir dan tindak lanjut.

Selain indikator TBC, dashboard juga menyajikan gambaran kondisi kesehatan WBP berdasarkan hasil pemeriksaan antropometri, tekanan darah, gula darah sewaktu, dan indikator kesehatan lainnya yang tersedia dalam data skrining. Informasi juga dapat ditampilkan berdasarkan periode dan blok sehingga membantu pengguna dalam memantau distribusi hasil skrining serta mengidentifikasi WBP yang masih memerlukan tindak lanjut.

Dashboard ditujukan untuk mendukung kegiatan monitoring oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang dan pihak lapas melalui penyajian informasi yang lebih terstruktur, ringkas dan mudah dipantau dibandingkan dengan penelusuran data pada lembar kerja secara manual.

Tabel 1 Indikator Kesehatan

No	Indikator Keberhasilan Utama	Kriteria Keberhasilan
1.	Kelengkapan Informasi	Dashboard menampilkan indikator utama skrining: jumlah WBP, jumlah diskriming, hasil X-ray, terduga TBC, TCM, diagnosis, dan tindak lanjut
2.	Keterintegrasian data	Data dari tahapan skrining dan pemeriksaan dapat ditampilkan dalam satu dashboard secara terintegrasi
3.	Kemudahan monitoring	Pengguna dapat melihat status WBP dari skrining hingga diagnosis/tindak lanjut
4.	Kemudahan penyaringan data	Pengguna dapat memfilter informasi berdasarkan Lapas, periode skrining, dan blok sesuai kebutuhan monitoring
5.	Pemantauan tindak lanjut	Dashboard dapat mengidentifikasi WBP yang masih terduga TBC, menunggu TCM, atau belum memiliki diagnosis akhir.
6.	Visualisasi distribusi kasus	Dashboard dapat menunjukkan distribusi terduga/TBC berdasarkan blok sehingga membantu pemantauan lokasi yang memerlukan perhatian.
7.	Pemantauan Kondisi Kesehatan	Dashboard dapat menyajikan indikator kesehatan WBP seperti IMT, tekanan darah, GDS, dan lingkaran perut.
8.	Kemudahan pemutakhiran	Perubahan atau penambahan data pada sumber data dapat diperbarui pada dashboard sehingga informasi dapat digunakan untuk monitoring berkelanjutan
9.	Akses informasi bagi stakeholder	DKK dan pihak lapas dapat memperoleh informasi monitoring dalam satu media visual yang sama.

BAB IV

HASIL DAN DAMPAK PROGRAM

4.1 Hasil Tiap Tahapan Siklus Pemecahan Masalah

4.1.1 Analisis Situasi

Dinas Kesehatan Kota Semarang mempunyai tugas melaksanakan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Pemerintah Daerah pada bidang kesehatan, serta menyelenggarakan tugas pembantuan yang diberikan oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Provinsi di bidang kesehatan. Dalam pelaksanaan tugas tersebut, Dinas Kesehatan Kota Semarang menjalankan beberapa fungsi utama, yaitu perumusan dan penetapan kebijakan teknis di bidang kesehatan, pelaksanaan penyelenggaraan urusan kesehatan masyarakat, pencegahan dan pengendalian penyakit, pelayanan kesehatan, sumber daya kesehatan, serta pelaksanaan kesehatan dan institusi pendidikan. Selain itu, Dinas Kesehatan juga menjalankan fungsi administrasi kedinasan dan tugas lain yang diberikan oleh Wali Kota Semarang sesuai lingkup kewenangannya.

Secara kelembagaan, Dinas Kesehatan Kota Semarang memiliki struktur organisasi yang terdiri dari: Kepala Dinas, Sekretariat (meliputi Subbagian Perencanaan dan Pelaporan serta Subbagian Umum dan Kepegawaian), Bidang Kesehatan Masyarakat, Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Bidang Pelayanan Kesehatan, serta Bidang Sumber Daya Kesehatan. Pada Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit terdapat seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung, seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Surveilans, serta Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tular Vektor Zoonosis.

Struktur tersebut menunjukkan bahwa Dinas Kesehatan Kota Semarang memiliki peran strategis dalam pembinaan dan pengendalian program kesehatan, termasuk penguatan upaya pencegahan penyakit menular di lembaga pemasyarakatan melalui skrining dengan koordinasi Puskesmas.

4.1.2 Identifikasi Masalah Kesehatan

Hasil dari analisis data dari Profil Kesehatan Kota Semarang, kegiatan Bidang P2ML, dan wawancara pembimbing lapangan beserta pemegang program masalah kesehatan, diperoleh 5 besar masalah kesehatan di seksi P2ML Bidang P2P Dinas Kesehatan Kota Semarang:

1. Besarnya beban penyakit dan belum optimalnya capaian penanggulangan (Tuberkulosis)
2. Penemuan kasus diare yang terus meningkat

3. Tingginya kasus HIV dan belum optimalnya pencapaian target 95-95-95 HIV
4. Tingginya kasus dan ketimpangan distribusi kasus Pneumonia Balita antar Puskesmas
5. Masih tingginya kasus ISPA semua umur

4.1.3 Penyusunan Prioritas Masalah Kesehatan

Setelah diketahui 5 besar masalah kesehatan yang terdapat di Dinas Kesehatan Kota Semarang, selanjutnya perlu menentukan prioritas masalah kesehatan. Penyusunan prioritas masalah kesehatan dilakukan dengan menggunakan metode Hanlon Kuantitatif dengan rumus $(A+B) \times C \times D$. Kuesioner ini akan diisi oleh lima orang stakeholder di Bidang P2P, yaitu Kepala Bidang P2P, Kepala Seksi Penyakit Menular Langsung, dan tiga pegawai seksi Penyakit Menular Langsung.

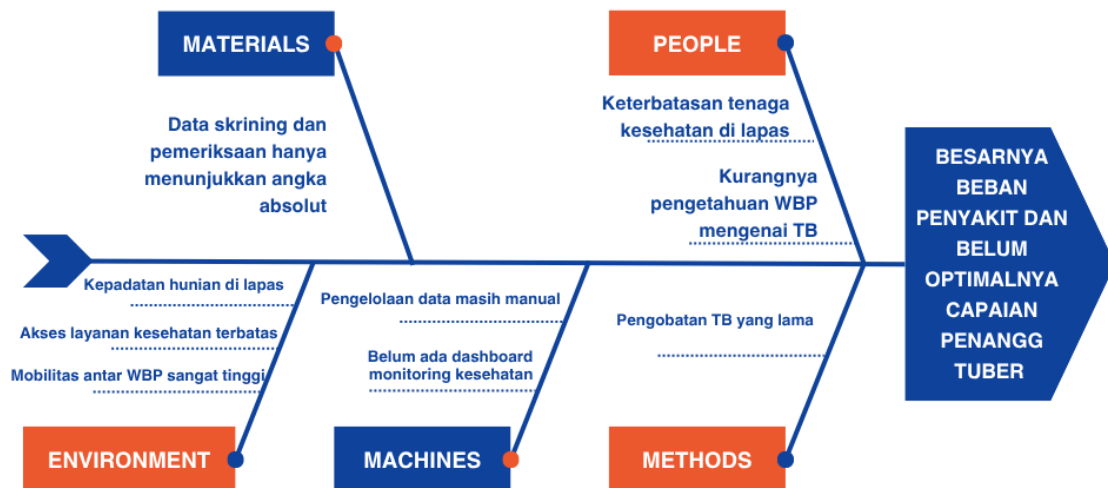
Tabel 2 Matriks Penilaian Hanlon

Penyakit	Kriteria dan Bobot Maksimum			NPD (Nilai Prioritas Dasar)	Faktor PEARL					NPT (Nilai Prioritas Total)	Skala Prioritas Penyakit
	A	B	C		P	E	A	R	L		
TB	43	91	18	2412	1	1	1	1	1	2412	I
DIARE	27	59	32	2752	1	0	0	1	1	0	-
HIV	34	81	18	2070	1	0	1	1	1	0	-
PNEU											
MONIA	31	66	31	3007	0	0	0	1	1	0	-
ISPA	29	63	25	2300	0	0	0	1	1	0	-

4.1.4 Identifikasi Penyebab Masalah Kesehatan

Tahap dentifikasi penyebab maslah kesehatan dilakukan melali proses wawancara dan *brainstorming* bersama Kepala Seksi dan pemegang program di seksi terkait. Dair proses tersebut diperoleh gambaran mengenai faktor-faktor yang berkontribusi terhadap munculnya permasalahan pada setiap program kesehatan di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Semarang. Berdasarkan keterangan pemegrang program, tingginya angka kejadian penyakit dipengaruhi oleh berbagai faktor risiko yang berkembang di masyarakat, baik dari aspek perilaku, lingkungan, maupun kebiasaan sehari-hari.

Gambar 1 Diagram Fishbone



Penyusunan identifikasi masalah kesehatan dilakukan dengan metode fishbone, berdasarkan analisis menggunakan diagram fishbone, besarnya beban penyakit dan belum optimalnya capaian penanggulangan tuberculosis. Pengendalian dilakukan dengan ACF salah satunya di lokus Lapas.

Pada aspek *People*, kegiatan penanggulangan TBC di lapas membutuhkan pengelolaan data dan pemantauan yang dilakukan secara berkelanjutan. Beban kerja petugas dan keterbatasan sumber daya dapat menjadi hambatan dalam melakukan pemantauan setiap WBP secara menyeluruh.

Pada aspek *Method*, kegiatan skrining TBC di lapas terdiri dari beberapa tahapan, mulai dari pendaftaran, X-ray, pengukuran antropometri, pengecekan laboratorium seperti GDS dan kolesterol, skrining SITB, pemeriksaan TCM, konsultasi dokter, pemberian obat hingga diagnosis dan tindak lanjut. Banyaknya tahapan tersebut membuat proses monitoring perlu dilakukan secara sistematis agar WBP yang masih berada dalam proses tidak terlewat.

Pada aspek *Material*, kegiatan *Active Case Finding* (ACF) di lapas menghasilkan berbagai data pemeriksaan, seperti hasil X-ray, skrining TBC, dahak, TCM, diagnosis, serta data kondisi kesehatan WBP. Permasalahannya bukan tidak adanya data, tetapi data yang dihasilkan cukup banyak dan berasal dari berbagai tahapan pemeriksaan, sehingga membutuhkan penyajian informasi yang terintegrasi agar lebih mudah digunakan untuk monitoring.

Pada aspek *Machine*, sebelum dashboard dikembangkan, data masih dikelola melalui spreadsheet, sehingga untuk mengetahui kondisi keseluruhan atau menelusuri WBP yang membutuhkan tindak lanjut diperlukan penelusuran data secara manual.

Selain itu, belum tersedia dashboard monitoring khusus skrining TBC di lapas yang menyajikan data secara visual dan terintegrasi.

Pada aspek *Environment*, lapas merupakan lingkungan dengan karakteristik populasi yang perlu mendapatkan perhatian dalam pengendalian TBC, terutama karena adanya kepadatan hunian dan interaksi antar-WBP. Kondisi tersebut menyebabkan pemantauan hasil skrining dan tindak lanjut menjadi penting. Dashboard kemudian dapat membantu melihat distribusi hasil skrining berdasarkan blok, sehingga informasi tidak hanya dilihat pada tingkat keseluruhan lapas tetapi juga berdasarkan lokasi.

Pada aspek *Measurement*, berbagai indikator sebenarnya telah dihasilkan dari kegiatan skrining, tetapi tanpa visualisasi yang terintegrasi, proses untuk melihat jumlah terduga TBC, hasil TCM, diagnosis, status tindak lanjut, serta distribusi kasus berdasarkan blok menjadi kurang praktis. Dashboard digunakan untuk membuat indikator tersebut lebih mudah dipantau dan diperbarui.

4.1.5 Penyusunan Prioritas Penyebab Masalah Kesehatan

Penyusunan prioritas penyebab masalah kesehatan dilakukan dengan menggunakan metode *Urgency, Seriousness, Growth* (USG).

Tabel 3 Priotas Penyebab Masalah Kesehatan

Kategori	Faktor Penyebab	U	S	G	Prioritas
Material	Data skrining dan pemeriksaan hanya menunjukkan angka absolut	4	4	4	12
People	Kurangnya pengetahuan WBP mengenai TBC	4	5	4	13
	Keterbatasan tenaga kesehatan di lapas	4	4	4	12
Environment	Mobilitas antar-WBP sangat tinggi	3	4	3	10
	Akses layanan kesehatan terbatas	3	4	3	10
	Kepadatan hunia di lapas	4	4	4	12
Machines	Belum tersedia dashboard monitoring kesehatan	5	5	5	14
	Pengelolaan data masih manual	5	4	5	14
Method	Pengobatan TBC yang lama	4	4	4	12

Berdasarkan penilaian menggunakan metode USG (*Urgency, Seriousness, Growth*), faktor penyebab yang dinilai memiliki prioritas tinggi berasal dari kategori *Machines* dan *People*.

Belum tersedianya dashboard monitoring kesehatan dinilai sangat mendesak (U=5), berpotensi sangat serius terjadi keterlambatan penanganan (S=5), penyakit menular di lingkungan tertutup seperti lapas menyebar sangat cepat dengan pola *snowball effect* jika tren kesehatan tidak dipantau (G=5).

Pengelolaan data secara manual dinilai sangat mendesak (U=5) dengan mobilitas WBP yang sangat dinamis pengelolaan data akan berjalan lambat hal ini dinilai serius (S=4), data WBP yang banyak akan menumpuk seiring waktu (G=5). Kurangnya pengetahuan WBP mengenai TBC dinilai mendesak (G=4), dampak dari ketidaktahuan ini sangat serius akibatnya di dalam lapas (S=5), jika tingkat pengetahuan WBP dibiarkan rendah, angka penularan TBC di dalam Lapas akan terus meningkat secara eksponensial dari waktu ke waktu.

Meskipun beberapa poin seperti keterbatasan tenaga kesehatan, kepadatan hunian Lapas, mobilitas WBP yang tinggi, minimnya pengetahuan tentang TBC, durasi pengobatan yang lama, serta data skrining yang masih berupa angka absolut mendapatkan skor USG yang lebih rendah, poin-poin tersebut tetap memegang peranan yang sangat penting. Faktor-faktor dari aspek material, people, environment, dan method ini merupakan akar penyebab utama yang saling berkaitan dan memperparah kondisi di lapangan. Keterbatasan personel medis di tengah padatnya hunian Lapas membuat pengawasan manual terhadap mobilitas kesehatan WBP dan kepatuhan pengobatan TBC yang lama menjadi sangat tidak efektif. Terlebih lagi, data yang ada saat ini hanya menampilkan angka absolut yang sulit dibaca trennya untuk mendeteksi potensi wabah secara cepat.

Oleh karena itu, setelah melakukan arahan, diskusi mendalam, dan konsultasi bersama mentor serta coach, disepakati bahwa solusi paling strategis untuk memangkas dan menyelesaikan seluruh rangkaian masalah tersebut sekaligus adalah dengan membuat Dashboard Monitoring Kesehatan. Melalui penyediaan dashboard digital ini, keterbatasan tenaga medis dapat diatasi lewat efisiensi sistem, data absolut diubah menjadi visualisasi sebaran penyakit yang informatif, dan pemantauan kesehatan di lingkungan Lapas yang padat dapat dilakukan secara real-time serta akurat

4.1.6 Identifikasi Alternatif Pemecahan Masalah Kesehatan

Tahapan selanjutnya adalah melakukan identifikasi alternative pemecahan masalah kesehatan setelah ditetapkannya prioritas masalah. Identifikasi ini disusun untuk diterapkan pada lokus intervensi yaitu Dinas Kesehatan Kota Semara. Proses penyusunan alternative dilakukan melalui kegiatan *brainstorming* bersama pengelola

program P2ML terkhusus penyakit Tuberkulosis di Dinas Kesehatan Kota Semarang. Kegiatan ini bertujuan untuk memastikan bahwa rencana intervensi yang akan diimplementasikan selaras dengan program yang telah berjalan pada Dinas Kesehatan Kota Semarang, sehingga dapat meminimalkan potensi duplikasi atau tumpang tindih kegiatan. Alternatif pemecahan masalah yang diperoleh adalah Pengembangan Dashboard Monitoring Skrining.

4.1.7 Penyusunan Prioritas Pemecahan Masalah Kesehatan

Setelah alternatif pemecahan teridentifikasi, tahap berikutnya adalah menetapkan prioritas pemecahan masalah. Proses penentuan prioritas ini dilakukan menggunakan metode CARL (*Capability, Accessibility, Readiness, Leverage*).

Tabel 4 Prioritas Pemecahan Masalah Kesehatan

Solusi Intervensi	Deskripsi	Prioritas
Dashboard Monitoring Skrining.	Mengubah data skrining menjadi dashboard visual yang menampilkan hasil skrining, terduga TBC, TCM, diagnosis, tindak lanjut, dan distribusi berdasarkan blok	I
C	5	
A	5	
R	5	
L	5	
Total	20	
SOP Pengelolaan Data	Menetapkan alur pencatatan, input, validasi, pemutakhiran, monitoring, dan pelaporan data TBC.	
C	4	
A	4	
R	4	
L	3	
Total	15	

Berdasarkan hasil penilaian menggunakan metode CARL (*Capability, Accessibility, Readiness, Leverage*), diperoleh bahwa intervensi dengan prioritas tertinggi adalah pengembangan dashboard monitoring. Intervensi ini memperoleh skor total tertinggi (20) karena dinilai memiliki kemampuan pelaksanaan yang kuat, akses dukungan kelembagaan yang tinggi, kesiapan sumber daya yang memadai, serta memberikan dampak perubahan yang besar terhadap peningkatan pengendalian jentik di sekolah. Dengan adanya dashboard monitoring, seluruh kegiatan penginputan, pemantauan, dan tindak lanjut pengendalian menjadi lebih terintegrasi dan sistematis.

SOP Pengelolaan data menjadi prioritas kedua dengan skor total 15. Meskipun memiliki potensi *Capability, Accessibility, Readiness* yang baik dan mendukung proses

penginputan yang lebih terstruktur dan terarah, kegiatan saat ini dinilai sudah cukup baik dari segi penginputan.

Secara keseluruhan, hasil CARL menunjukkan bahwa penguatan sistem dasar melalui pengembangan dashboard merupakan langkah paling mendesak dan berdampak. Dengan pembuatan SOP pengelolaan data bertindak sebagai panduan dalam penginputan hasil skrining. Urutan prioritas ini memastikan bahwa intervensi berjalan bertahap namun berkesinambungan, dimulai dari pengaturan procedural, penguatan pelaksanaan, hingga digitalisasi.

4.1.8 Penyusunan Rencana Kegiatan (*Plan of Action*) Intervensi

Tabel 5 Rencana Kegiatan Intervensi

Jenis Kegiatan	Volume Kegiatan	Sumber Daya yang Dibutuhkan	Waktu Pelaksanaan	Penanggung Jawab Kegiatan	Indikator keberhasilan
Identifikasi kebutuhan informasi dashboard	1 kegiatan	Data skrining TBC, data ACF lapas, spreadsheet, laptop, internet	Minggu II	Mahasiswa magang, pembimbing lapangan	Indikator dan kebutuhan informasi yang akan ditampilkan dalam dashboard teridentifikasi
Inventarisasi dan penyiapan data	2 sumber data (Lapas I & Lapas II)	Spreadsheet data, laptop, internet	Minggu II	Mahasiswa, pembimbing lapangan	Data skrining dari Lapas I dan Lapas II tersedia dan siap digunakan sebagai sumber dashboard.
Perancangan struktur dan tampilan dashboard	1 rancangan dashboard	Laptop, looker studio, canva, data dummy	Minggu II	Mahasiswa magang, pembimbing lapangan	Rancangan dashboard memuat KPI, hasil X-ray, skrining TBC, TCM, diagnosis, kondisi kesehatan, distribusi blok, dan tindak lanjut

Pengembangan dashboard monitoring TBC	1 dashboard	Looker studio, spreadsheet, laptop, internet	Minggu III	Mahasiswa magang, pembimbing lapangan	Dashboard dapat menampilkan data skrining dan indikator TBC secara terintegrasi
Pengembangan filter dan akses pengguna	2 kategori akses (DKK dan Lapas)	Looker studio, Google spreadsheet	Minggu III	Mahasiswa magang, pembimbing lapangan	DKK dapat melihat data Lapas I dan II, sedangkan pengguna lapas hanya dapat mengakses data lapas masing-masing
Uji coba dan validasi dashboard	1 kali uji coba	Dashboard, data sumber, laptop, petugas terkait	Minggu IV	Mahasiswa magang, pembimbing lapangan	Tim pengembang, DKK, petugas lapas Data dan visualisasi dashboard sesuai dengan data sumber serta fungsi filter berjalan
Perbaikan dashboard berdasarkan hasil uji coba	1 kali revisi	Dashboard, hasil evaluasi/uji coba	Minggu IV	Mahasiswa magang, pembimbing lapangan	Tim pengembang Kesalahan data/visualisasi yang ditemukan pada tahap uji coba diperbaiki
Sosialisasi penggunaan dashboard	1 kegiatan	Dashboard, Laptop, internet, bahan presentasi	Minggu V	Mahasiswa magang, pembimbing lapangan	Tim pengembang, DKK Pengguna memahami fungsi dashboard

					dan cara melakukan filter serta membaca informasi yang ditampilkan
Evaluasi pemanfaatan dashboard.	1 kegiatan	Dashboard, lembar evaluasi/umpan balik pengguna	Minggu V-VI	pembimbing lapangan, pemegang program	Dashboard dapat digunakan sebagai media monitoring skrining TBC dan membantu pengguna memperoleh informasi secara lebih cepat dan terstruktur

4.1.9 Pelaksanaan Intervensi

Pelaksanaan intervensi dilakukan selama tahap kegiatan magang melalui langkah-langkah identifikasi kebutuhan, persiapan data, desain, pengembangan, serta pengujian dashboard pemantauan TBC. Dashboard ini dibangun berdasar data dari kegiatan skrining dan Active Case Finding (ACF) yang sudah ada sebagai sumber informasi awal.

Selama magang, dashboard tersebut tidak dapat segera diterapkan dalam skrining lapas yang akan datang karena pelaksanaan skrining berikutnya dijadwalkan pada bulan November, sedangkan periode magang telah berakhir sebelum acara tersebut dilaksanakan. Oleh karena itu, intervensi selama magang lebih terfokus pada pengembangan dan validasi awal dashboard, mencakup pengujian tampilan, indikator, penghitungan, filter, serta kecocokan informasi dengan data sumber.

Penerapan dashboard dalam kegiatan skrining lapas selanjutnya menjadi rencana tindak lanjut, sehingga dashboard yang telah diciptakan dapat dimanfaatkan untuk mendukung pemantauan data skrining secara lebih terstruktur dan berkelanjutan.

4.1.10 Monitoring dan Evaluasi Intervensi

Pemantauan dan penilaian dilaksanakan untuk menjamin bahwa dashboard pemantauan TBC yang dibuat telah memenuhi ekspektasi pengguna dan dapat berfungsi sebagai alat untuk memantau kegiatan skrining TBC. Pemantauan dilakukan sepanjang proses pengembangan dengan memeriksa sumber data, indikator, perhitungan, visualisasi, serta fitur filter pada dashboard.

Penilaian dilakukan melalui percobaan dashboard dengan memanfaatkan data skrining yang sudah ada. Elemen yang dinilai mencakup kesesuaian data yang terlihat dengan sumber yang ada, akurasi perhitungan indikator, kejelasan visualisasi, fungsi filter berdasarkan Lapas/periode/blok, serta kapabilitas dashboard dalam menampilkan status pemeriksaan dan tindak lanjut.

Karena kegiatan skrining di lapas berikutnya baru akan berlangsung pada bulan November setelah periode magang berakhir, penilaian terkait penggunaan dashboard secara langsung di lapangan dan pengaruhnya terhadap pencapaian penanganan TBC belum dapat dilakukan. Penilaian ini akan menjadi bagian dari langkah lanjut setelah dashboard mulai dipakai dalam kegiatan skrining berikutnya.

4.1.11 Advokasi

Advokasi dilaksanakan sebagai usaha untuk mendorong penggunaan dasbor pemantauan TBC sebagai alat bantu dalam mengawasi hasil skrining dan tindak lanjut bagi WBP. Fokus advokasi ditujukan kepada pihak-pihak yang memiliki kepentingan, terutama Dinas Kesehatan Kota Semarang serta petugas lapas, dengan menyampaikan hasil pengembangan dasbor, keuntungan dari informasi yang ada, serta cara penggunaannya.

Informasi disampaikan dengan memperlihatkan dasbor yang telah dirancang berdasarkan data kegiatan skrining dan ACF yang ada. Pihak terkait diberikan penjelasan mengenai penggunaan dasbor untuk melihat jumlah skrining, hasil X-ray, orang yang dicurigai TBC, hasil TCM, diagnosis, distribusi berdasarkan blok, serta WBP yang masih membutuhkan tindak lanjut.

Karena kegiatan skrining selanjutnya baru akan dilaksanakan di bulan November, advokasi selama periode magang lebih difokuskan pada pengenalan serta rekomendasi pemanfaatan dasbor, sedangkan implementasi dasbor dalam kegiatan skrining yang akan datang menjadi tanggung jawab bagi pihak terkait.

4.2 Dampak Program

Pengembangan dashboard untuk memantau skrining TBC memberikan efek awal berupa tersedianya sumber informasi yang mengkombinasikan data hasil skrining dan pemeriksaan WBP dalam format visual yang lebih teratur. Dashboard ini memungkinkan penyajian informasi seperti jumlah skrining, hasil X-ray, indikasi TBC, hasil TCM, diagnosis, distribusi menurut blok, dan indikator kesehatan WBP dalam satu platform.

Di sisi pengelolaan data, dashboard memiliki kemampuan untuk meningkatkan efisiensi pengawasan karena pengguna tidak perlu melakukan penelusuran manual pada seluruh data di spreadsheet untuk menemukan informasi tertentu. Selain itu, dashboard juga berfungsi untuk membantu mendeteksi WBP yang masih dalam tahap pemeriksaan

atau yang belum memiliki diagnosis akhir, sehingga dapat menjadi dasar untuk pemantauan lebih lanjut.

Namun, pengaruh terhadap pencapaian penanggulangan TBC masih belum dapat dinilai pada periode magang ini, karena dashboard belum digunakan pada kegiatan skrining yang akan datang yang direncanakan pada bulan November. Oleh karena itu, dampak yang bisa diukur pada saat ini adalah dampak langsung dan potensi manfaat, sementara dampak terhadap kesehatan hasil memerlukan evaluasi setelah pelaksanaan.

Tabel 6 Dampak Program

Tingkat Dampak	Dampak yang diharapkan	Status
Input/Output	Tersedianya dashboard monitoring TBC yang terstruktur	Sudah Tercapai
Pengelolaan Data	Data skrining dan pemeriksaan lebih terintegrasi dan mudah dipantau	Sudah dapat dilakukan melalui dashboard
Monitoring	Memudahkan identifikasi terduga TBC dan WBP yang masih membutuhkan tindak lanjut	Potensial/sudah dapat diuji melalui data yang tersedia
Efisiensi Informasi	Mengurangi kebutuhan penelusuran data secara manual pada spreadsheet	Potensi dampak
Pengambilan Keputusan	Menyediakan informasi yang dapat digunakan DKK dan lapas sebagai bahan monitoring	Potensi dampak
Tindak Lanjut Kasus	Mendukung pemantauan WBP dari skrining hingga diagnosis/tindak lanjut	Belum dievaluasi di lapangan (lapas)
Capaian penanggulangan TBC	Mendukung peningkatan efektivitas monitoring dan tindak lanjut TBC	Belum dapat diukur

4.3 Analisis Dukungan Mitra

Dashboard Monitoring Skrining Tuberkulosis Lapas Kota Semarang didukung penuh oleh mitra yaitu Dinas Kesehatan Kota Semarang melalui Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Seksi Penyakit Menular Langsung. Dukungan mitra sangat membantu keberhasilan kegiatan kami mulai dari tahap perencanaan, pelaksanaan hingga evaluasi.

Berikut dukungan yang diberikan mitra kepada kami selama pelaksanaan:

- a. Memberikan izin dan kesempatan kepada kami untuk melaksanakan program Magang Berdampak SKM Penggerak Tahun 2026 dari 12 Agustus s.d. 26 September 2026 dengan menempatkan kami di bidang yang sesuai dalam setiap peminatan.
- b. Mendampingi dan memberikan arahan dalam setiap kegiatan.
- c. Menyediakan data dan informasi yang relevan sesuai dengan kebutuhan kami selama perencanaan program Dashboard Monitoring Skrining Tuberkulosis Lapas Kota Semarang.
- d. Memberikan umpan balik positif dan evaluasi terhadap kegiatan, media dan instrument yang disusun oleh mahasiswa.

4.4 Analisis SWOT

Tabel 7 Tabel Analisis SWOT

Internal Eksternal	Strength	Weakness
	Tersedianya data skrining, sehingga dapat dijadikan sumber pembuatan dashboard	Data yang kosong atau belum diperbarui dapat menyebabkan informasi pada dashboard tidak menggambarkan kondisi terbaru
Opportunity	Memanfaatkan ketersediaan data skrining dan kemampuan dashboard dalam mengintegrasikan berbagai indikator untuk menjadikan dashboard sebagai media monitoring	Memanfaatkan kegiatan skrining berikutnya, termasuk pelaksanaan pada bulan November, sebagai tahap implementasi dan evaluasi penggunaan dashboard sekaligus

	rutin kegiatan TBC di Lapas I dan Lapas II	meningkatkan pemahaman pengguna dalam pengelolaan dan pemutakhiran data
Threat Perubahan format spreadsheet dapat menyebabkan dashboard mengalami error atau perubahan hasil visualisasi	Memanfaatkan kegiatan skrining berikutnya, termasuk pelaksanaan pada bulan November, sebagai tahap implementasi dan evaluasi penggunaan dashboard sekaligus meningkatkan pemahaman pengguna dalam pengelolaan dan pemutakhiran data	Menyusun mekanisme pengelolaan data dan penanggung jawab dashboard yang jelas, termasuk standar input, jadwal pembaruan, serta pengecekan berkala untuk mengurangi ketergantungan pada kualitas data sumber dan menjaga keberlanjutan dashboard

4.5 Luaran Wajib dan Tambahan

Tabel 8 Luaran Kegiatan

Jenis Luaran	Tautan
Laporan Akhir	
Video Dokumentasi dan Testimoni	
Dokumen IA	https://drive.google.com/file/d/11fyjBvHKx2t7uD37sFcTMh2ofE5dvt9L/view?usp=drivesdk
<i>Policy Brief</i>	https://drive.google.com/file/d/132cBKWoyYgNFOk1q9wRd2IY-9Kse7laD/view?usp=drivesdk
Dokumen Rekognisi My-UNNES-Student	
Karya Monumental dan HAKI	https://drive.google.com/drive/folders/1vYBXmrCFqN-ZZvpPN0-2pOjnT3paFqmB

Berita Media Massa	https://www.kompasiana.com/3361/6ab2184234777c29ac538925/mahasiswa-skm-penggerak-fk-unnes-kembangkan-dashboard-lapas-semarang
---------------------------	---

BAB V

STRATEGI KEBERLANJUTAN

Keberlanjutan pengembangan dashboard monitoring TBC dilakukan dengan mengintegrasikan dashboard ke dalam proses pemantauan kegiatan skrining dan Active Case Finding (ACF) TBC di lingkungan Dinas Kesehatan Kota Semarang dan lokus pelaksana. Dashboard yang telah dikembangkan dapat terus dimanfaatkan dengan melakukan pemutakhiran data secara berkala sesuai dengan pelaksanaan kegiatan skrining.

Agar penggunaannya dapat berjalan secara berkelanjutan, diperlukan penanggung jawab yang jelas dalam pengelolaan data, pembaruan sumber data, serta pengecekan kesesuaian indikator dan hasil visualisasi. Pelaksanaan skrining berikutnya, termasuk kegiatan yang direncanakan pada bulan November, dapat menjadi tahap lanjutan untuk menguji pemanfaatan dashboard dalam kegiatan lapangan secara langsung. Selain itu, dashboard dapat dikembangkan lebih lanjut sesuai kebutuhan program, seperti penambahan indikator tindak lanjut, pemantauan tren kasus antarperiode, serta pengembangan cakupan dashboard pada lokus ACF lainnya.

BAB VI

REFLEKSI PEMBELAJARAN

6.1 Kompetensi yang Diperoleh

a. Sikap

Pemanfaatan dashboard monitoring TBC perlu dilanjutkan dan dikembangkan setelah kegiatan magang berakhir, terutama pada pelaksanaan kegiatan skrining berikutnya. Dinas Kesehatan Kota Semarang bersama pihak lapas diharapkan dapat menetapkan mekanisme pembaruan data dan penanggung jawab yang jelas agar informasi pada dashboard tetap lengkap, akurat, dan mutakhir. Selain itu, diperlukan standardisasi dalam pengisian data serta pengecekan berkala untuk mengurangi permasalahan data yang tidak lengkap atau tidak konsisten. Dashboard juga dapat dikembangkan sesuai kebutuhan program, seperti penambahan pemantauan tindak lanjut kasus, tren hasil skrining antarperiode, serta indikator program lainnya. Evaluasi penggunaan dashboard setelah diterapkan secara langsung di lapangan juga diperlukan untuk mengetahui kesesuaian dashboard dengan kebutuhan pengguna dan menentukan pengembangan yang diperlukan selanjutnya.

b. Pengetahuan

Dari kegiatan magang, diperoleh pengetahuan mengenai pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian penyakit menular, khususnya program Tuberkulosis (TBC) melalui kegiatan *Active Case Finding (ACF)*. Pengetahuan yang diperoleh mencakup alur kegiatan skrining TBC, mulai dari identifikasi sasaran, pemeriksaan X-ray, penentuan terduga TBC, pengumpulan dahak, pemeriksaan TCM, hingga diagnosis dan tindak lanjut. Selain itu, diperoleh pemahaman mengenai pengelolaan data program, kebutuhan indikator dalam monitoring TBC, serta pemanfaatan data kesehatan sebagai dasar penyusunan informasi untuk mendukung monitoring program.

c. Keterampilan

Kegiatan magang meningkatkan keterampilan dalam melakukan pengumpulan, pengolahan, pengecekan, dan penyajian data kesehatan. Keterampilan tersebut diterapkan melalui proses penyiapan data kegiatan skrining dan ACF, identifikasi kebutuhan informasi, penyusunan indikator, serta pengembangan visualisasi data menggunakan dashboard. Selain keterampilan teknis dalam pengolahan dan visualisasi data, diperoleh pula keterampilan dalam melakukan komunikasi dan koordinasi dengan pihak terkait, mengidentifikasi kebutuhan pengguna, menyusun rencana kegiatan,

melakukan pengujian dashboard, serta menyampaikan hasil pengembangan sebagai media pendukung monitoring program TBC.

6.2 Refleksi Pengalaman

Pelaksanaan magang memberikan pengalaman dalam memahami bahwa pelaksanaan program kesehatan masyarakat tidak hanya berkaitan dengan kegiatan di lapangan, tetapi juga membutuhkan pengelolaan data dan informasi yang baik untuk mendukung proses monitoring. Melalui keterlibatan dalam kegiatan yang berkaitan dengan ACF TBC, diperoleh pemahaman mengenai bagaimana data dihasilkan dari berbagai tahapan pemeriksaan dan bagaimana data tersebut dapat dimanfaatkan untuk memberikan informasi bagi pelaksanaan program. Pengembangan dashboard juga memberikan pengalaman dalam menerjemahkan kebutuhan program menjadi bentuk visualisasi yang dapat dipahami oleh pengguna. Dalam prosesnya, terdapat tantangan berupa penyesuaian data, pengecekan kelengkapan dan konsistensi informasi, serta penentuan indikator yang relevan untuk ditampilkan. Pengalaman tersebut menjadi pembelajaran bahwa pengembangan suatu sistem informasi membutuhkan pemahaman terhadap konteks program, ketelitian dalam pengelolaan data, serta komunikasi dengan pengguna.

6.3 Rencana Pengembangan Diri

Berdasarkan pengalaman selama kegiatan magang, pengembangan diri selanjutnya diarahkan pada peningkatan kompetensi dalam bidang analisis data kesehatan masyarakat, visualisasi data, pengembangan sistem informasi kesehatan, serta monitoring dan evaluasi program. Kemampuan dalam menggunakan perangkat pengolahan dan visualisasi data akan terus dikembangkan agar dapat menghasilkan informasi yang lebih akurat, informatif, dan sesuai dengan kebutuhan program. Selain kompetensi teknis, kemampuan komunikasi, koordinasi, dan penyampaian hasil analisis juga perlu ditingkatkan karena menjadi bagian penting dalam mendukung pemanfaatan data untuk pengambilan keputusan. Pengalaman dalam pengembangan dashboard diharapkan dapat menjadi dasar untuk mengembangkan kemampuan dalam mengolah data kesehatan menjadi informasi yang dapat mendukung perencanaan, monitoring, dan evaluasi program kesehatan masyarakat.

BAB VII

PENUTUP

7.1 Simpulan

Pelaksanaan kegiatan magang di Dinas Kesehatan Kota Semarang, khususnya pada Bidang P2P Seksi P2ML, memberikan pengalaman dalam memahami pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian penyakit menular, terutama program TBC melalui kegiatan Active Case Finding (ACF). Kegiatan ACF menghasilkan berbagai data dari tahapan skrining hingga pemeriksaan dan tindak lanjut yang membutuhkan pengelolaan serta monitoring secara sistematis.

Berdasarkan kebutuhan tersebut, dikembangkan dashboard monitoring skrining TBC yang mengintegrasikan dan memvisualisasikan informasi hasil skrining, pemeriksaan, diagnosis, distribusi kasus, serta indikator kesehatan WBP. Dashboard yang dikembangkan telah melalui proses penyiapan data, perancangan, pengembangan, dan pengujian awal. Namun, implementasi secara langsung pada kegiatan skrining lapas berikutnya belum dapat dilakukan selama periode magang karena kegiatan tersebut direncanakan pada bulan November. Dengan demikian, hasil kegiatan magang berupa dashboard dan rancangan sistem monitoring yang dapat menjadi dasar untuk implementasi dan pengembangan lebih lanjut dalam mendukung monitoring program TBC.

7.2 Saran

Pemanfaatan dashboard monitoring TBC perlu dilanjutkan dan dikembangkan setelah kegiatan magang berakhir, terutama pada pelaksanaan kegiatan skrining berikutnya. Dinas Kesehatan Kota Semarang bersama pihak lapas diharapkan dapat menetapkan mekanisme pembaruan data dan penanggung jawab yang jelas agar informasi pada dashboard tetap lengkap, akurat, dan mutakhir. Selain itu, diperlukan standarisasi dalam pengisian data serta pengecekan berkala untuk mengurangi permasalahan data yang tidak lengkap atau tidak konsisten.

Dashboard juga dapat dikembangkan sesuai kebutuhan program, seperti penambahan pemantauan tindak lanjut kasus, tren hasil skrining antarperiode, serta indikator program lainnya. Evaluasi penggunaan dashboard setelah diterapkan secara langsung di lapangan juga diperlukan untuk mengetahui kesesuaian dashboard dengan kebutuhan pengguna dan menentukan pengembangan yang diperlukan selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

<https://pmaspirant.com/stakeholder-influence-and-interest-matrix>

LAMPIRAN

