

**LAPORAN AKHIR PROGRAM  
PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT (PkM)**



**“Back To Family Back To Home Membedah Dan Memodifikasi  
Rumah Masyarakat Penderita Penyakit Kronik” “MASTA  
(Masyarakat Sehat Dan Tanggap)” : Rumah Sehat Penderita TB**

**TIM PENGUSUL**

Supatmi, S.kep., Ns., M.Kes	(0701077302)
Tejo Tresno, S.Kep.,Ns, M.Kep	(8924230021)
Citra Ayu Lailatul Maghfiroh	(20151660062)

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURABAYA**

**TAHUN 2018/2019**

**HALAMAN PENGESAHAN  
PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT (PKM)**

Judul Pengabdian : "Back to Family Back to Home Membedah dan Memodifikasi Rumah Masyarakat Penderita Penyakit Kronik "MASTA" (Masyarakat Sehat dan Tanggap)" : Rumah Sehat Penderita TB

Skema : Pengabdian Masyarakat

Jumlah Dana : Rp. 12.300.000,00

Ketua Pengabdian :

a. Nama Pengabdian : Supatmi, S.kep., Ns., M.Kes

b. NIDN/NIDK : 0701077302

c. Jabatan Fungsional : Asisten Ahli

d. Program Studi : S1 Keperawatan

e. Nomor Hp : 081330748508

f. Alamat Email : [supatmi.bdn@fik.um-surabaya.ac.id](mailto:supatmi.bdn@fik.um-surabaya.ac.id)

Anggota Pengabdian 1

a. Nama Lengkap : Tejo Tresno, S.Kep., Ns., M.Kep

b. NIDN : 8924230021

c. Perguruan Tinggi : Universitas Muhammadiyah Surabaya

Anggota Pengabdian 2

a. Nama Lengkap : Citra Ayu Lailatul Maghfiroh

b. NIM : 20151660062

Surabaya, 22 Juli 2019

Mengetahui,  
Dekan/Ketua



Dr. Mundakir, S.Kep., Ns., M.Kep  
NIDN. 197403232005011

Ketua Peneliti

Supatmi., S.kep., Ns., M.Kes  
NIDN. 0701077302

Menyetujui,  
Ketua LP/LPPM



Dr. Sujinah, M.Pd  
NIK.01202196590004

## DAFTAR ISI

COVER .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
HALAMAN PENGESAHAN.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
DAFTAR ISI.....	iii
RINGKASAN .....	iv
BAB 1. PENDAHULUAN .....	5
1.1 Latar Belakang .....	5
1.2 Rumusan Masalah .....	6
1.3 Tujuan.....	6
1.4 Manfaat.....	6
BAB 2. TARGET DAN LUARAN .....	6
BAB 3. METODE PELAKSANAAN .....	6
3.1 Desain Pengabdian .....	6
3.2 Populasi, Sampel, Sampling .....	6
3.3 Waktu dan Lokasi Pengabdian .....	7
3.4 Instrumen Pengabdian .....	7
BAB 4. KELAYAKAN PERGURUAN TINGGI .....	7
BAB 5. BIAYA DAN JADWAL KEGIATAN .....	8
5.1 Biaya Kegiatan .....	8
5.2 Jadwal Kegiatan .....	8
BAB 6. HASIL, PEMBAHASAN, KESIMPULAN DAN SARAN .....	2
6.1 Hasil.....	2
6.2 Pembahasan .....	5
6.3 Kesimpulan dan Saran.....	8
DAFTAR PUSTAKA .....	9
LAMPIRAN.....	12
Lampiran Biodata Diri.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Lampiran Surat Tugas .....	15
Lampiran Surat Perjanjian Penugasan.....	16

## RINGKASAN

**Pendahuluan:** Penyakit menular TB di masyarakat banyak dipengaruhi oleh kondisi rumah dan lingkungan tidak memenuhi syarat kesehatan. Keadaan sanitasi lingkungan merupakan kondisi yang memerlukan perhatian bagi Negara Indonesia, seperti sanitasi perumahan yang masih tidak memenuhi syarat rumah sehat. Udara dalam rumah yang tidak segar didalam rumah dapat menjadi media perkembangbiakan kuman antara lain *Mycobacterium tuberculosis*, kondisi seperti ini dapat mempermudah terjadinya penularan penyakit TB Paru, yang penularannya dari orang yang terdiagnosa TB Paru ke orang yang sehat melalui udara yang disebut *droplet*, *droplet* dapat mencari udara dalam rumah dan dihirup oleh orang yang sehat maka terjadinya penularan penyakit TB Paru. Tujuan pengabdian ini untuk mengidentifikasi keadaan sanitasi rumah keluarga TB Paru dalam pencegahan TB Paru. **Metode :** jenis pengabdian yang digunakan dalam pengabdian ini adalah pengabdian deskriptif dengan pendekatan case study. Sampel dalam pengabdian ini yaitu 5 rumah responden. Pengambilan data dengan cara observasi secara langsung. **Hasil dan Pembahasan:** Hasil pengamatan didapatkan sebagian rumah responden tidak termasuk dalam padat hunian, pencahayaan sebagian rumah responden tidak memenuhi syarat, dan ventilasi sebagian rumah masih kurang. Sehingga dapat disimpulkan keadaan sanitasi rumah keluarga TB Paru diwilayah Tanah Kali Kedinding masih tidak memenuhi syarat rumah sehat. Diharapkan bagi rumah yang memiliki jendela untuk dibuka di pagi, siang atau sore hari supaya cahaya dan udara dapat masuk kedalam rumah.

**Kata kunci :** Sanitasi, TB, Rumah sehat

## **BAB 1. PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Pada 5 tahun terakhir, tuberculosis merupakan penyakit dengan angka kematian tertinggi setelah HIV / AIDS. Negara dengan beban tuberculosis tinggi menyumbang 87% dari semua kasus insiden yang diperkirakan di seluruh dunia. Indonesia menempati peringkat ketiga untuk kasus Tuberculosis terbanyak (WHO, 2018). Penyakit menular TB di masyarakat banyak dipengaruhi oleh kondisi rumah dan lingkungan tidak memenuhi syarat kesehatan. Keadaan sanitasi lingkungan merupakan kondisi yang memerlukan perhatian bagi Negara Indonesia, seperti sanitasi perumahan yang masih tidak memenuhi syarat rumah sehat (Ulinuha, E. (2012). Udara dalam rumah yang tidak segar didalam rumah dapat menjadi media perkembangbiakan kuman antara lain *Mycobacterium tuberculosis*, kondisi seperti ini dapat mempermudah terjadinya penularan penyakit TB Paru, yang penularannya dari orang yang terdiagnosa TB Paru ke orang yang sehat melalui udara yang disebut *droplet*, *droplet* dapat mencemari udara dalam rumah dan dihirup oleh orang yang sehat maka terjadinya penularan penyakit TB Paru (Rahayu, 2015).

Pada tahun 2016, penderita tuberculosis paru di Surabaya sebanyak 5.428 penderita dengan kasus baru sebanyak 2.382 kasus. Sementara angka notifikasi di Jawa Timur sebesar 183,3/100.000 penduduk dan angka kematian sebanyak 2.38/100.000 penduduk. Angka keberhasilan pengobatan di Kota Surabaya adalah 83,35% yang berarti juga masih dibawah target Indonesia sebesar 90% (Dinkes Kota Surabaya, 2017). Kementerian Kesehatan (2016) menetapkan strategi operasional pembangunan kesehatan melalui Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. Pendekatan keluarga adalah salah satu cara dengan melaksanakan penyuluhan kesehatan dan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

Salah satu determinan seseorang menjadi pasien TB adalah daya tahan tubuh yang rendah dan faktor lingkungan yaitu ventilasi, kepadatan hunian, tingkat kelembaban, pencahayaan, kondisi jenis lantai dan dinding rumah, lama kontak dan konsentrasi kuman. Faktor lingkungan yang merupakan faktor yang paling dominan dalam dalam menimbulkan kejadian TB paru (Kementerian Kesehatan RI, 2016) Lingkungan dapat menimbulkan kuman *Mycobacterium Tuberculosis* berkembang biak dalam terjadinya TB Paru khususnya pada wilayah yang penduduknya padat. Pasien TB paru yang menetap di wilayah dengan kepadatan penduduk yang padat mempunyai faktor risiko sebesar 7,75 kali mengalami TB paru dari pada Pasien TB Paru yang menetap di wilayah yang tidak padat kepadatan huniannya. Selain itu ada juga yang faktor lain yang mempengaruhi adalah ventilasi udara, pencahayaan, kelembaban, serta jenis lantai, jenis dinding, dan faktor kontak serumah dengan penderita TB Paru pada pasien TB Paru (Hamidah, Kandau dan Posangi, 2015). Bakteri TB paru ditransmisikan melalui droplet di udara, sehingga seorang penderita TB paru merupakan sumber penyebab penularan TB paru pada populasi di sekitarnya. Penyakit TB Paru merupakan salah satu penyakit menular, sehingga

perlu adanya perilaku pencegahan penularan TB paru. Dalam hal ini keluarga berperan dalam memberikan perawatan pada penderita TB paru yang sesuai dengan tugas kesehatan keluarga (Antopo, 2019).

### **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana keadaan sanitasi rumah keluarga TB Paru dalam pencegahan TB Paru?

### **1.3 Tujuan**

Untuk mengidentifikasi keadaan sanitasi rumah keluarga TB Paru dalam pencegahan TB Paru.

### **1.4 Manfaat**

1. Sebagai tambahan pengetahuan bagi keluarga dalam penularan TB Paru berdasarkan keadaan sanitasi rumah dan pencahayaan dalam rumah.
2. Dasar pertimbangan memberikan edukasi pada keluarga yang dalam salah satu anggota keluarganya menderita TB Paru.
3. Hasil pengabdian dapat digunakan untuk menambah referensi bagi bidang keperawatan dalam pencegahan TB Paru keluarga

## **BAB 2. TARGET DAN LUARAN**

Luaran akhir dalam program ini adalah : (1) Jurnal publikasi ilmiah ber-ISSN atau terakreditasi di bidang pengabdian masyarakat; (3) Peningkatan pengetahuan bagi keluarga dalam penularan TB Paru berdasarkan keadaan sanitasi rumah dan pencahayaan dalam rumah; (4) Modul pembelajaran untuk masyarakat yang memiliki anggota keluarga dengan TB.

Metode pelaksanaan secara rinci adalah sebagai berikut :

## **BAB 3. METODE PELAKSANAAN**

### **3.1 Desain Pengabdian**

Desain pengabdian yang digunakan adalah "qualitatif studi kasus yaitu suatu metode pengabdian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran tentang suatu keadaan secara obyektif dan diinginkan untuk memecahkan atau menjawab suatu permasalahan yang dihadapi pada situasi sekarang.

### **3.2 Populasi, Sampel, Sampling**

Sampel adalah bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Hidayat 2017). Pada Pengabdian ini sampel yang digunakan adalah 5 rumah penderita TB Paru. Pengambilan sampel dengan cara *purposive sampling* yakni teknik pengambilan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan tujuan peneliti, sehingga sampel

tersebut mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2011).

### **3.3 Waktu dan Lokasi Pengabdian**

1. Lokasi pengabdian : Jalan Bronggalan Sawah Kecamatan Tambaksari Kota Surabaya.
2. Waktu pelaksanaan pengabdian : 25 - 30 September 2021

### **3.4 Instrumen Pengabdian**

Pengabdian ini tidak menggunakan lembar instrumen, tetapi pengabdian ini dilakukan dengan cara observasi atau pengamatan secara langsung dengan bukti hasil observasi berupa foto yang diambil saat pengabdian.

## **BAB 4. KELAYAKAN PERGURUAN TINGGI**

Lembaga Pengabdian dan Pengabdian pada Masyarakat (LPPM) Universitas Muhammadiyah Surabaya merupakan penggabungan dari Lembaga Pengabdian (Lemlit) dan Lembaga Pengabdian kepada Masyarakat, sesuai dengan SK. Rektor Universitas Muhammadiyah Surabaya No. 49/III.B/SK.Rek/III/2005. Pengurus LPPM yang berlaku saat ini berdasarkan pada SK.Rektor No.146/KEP/II.3.AU/B/2010. LPPM *UMSurabaya* saat ini telah memfasilitasi diperolehnya beberapa pencapaian hibah dan/atau dana pelaksanaan proyek Kementerian Dalam Negeri, selain itu juga berasal dari Pemerintah Provinsi Jatim, Pemkot Surabaya, BKKBN, Yayasan Damndiri dan lain-lain. Kegiatan dan/atau proyek yang ditangani cukup beragam mulai dari Pengabdian Dosen Muda, Kajian Wanita, Hibah Bersaing, Hibah Kompetensi Fundamental, Strategi Nasional, Pekerti, Hibah Buku Ajar, Hibah Buku Teks, KKN Tematik, KKN Posdaya dan lain-lain. Tercatat sebanyak 3 proposal Pengabdian kepada Masyarakat telah dibiayai DP2M Dikti di tahun 2007 senilai Rp 70 juta, 4 proposal senilai Rp 107 juta di tahun 2008, dan 1 proposal senilai Rp 20 juta di tahun 2009. Selain itu terdapat 14 proposal Pengabdian telah dibiayai DP2M Dikti di tahun 2007 senilai Rp 169 juta, 1 proposal senilai Rp 45 juta di tahun 2008, dan 7 proposal senilai Rp 469 juta di tahun 2011.

Mulai tahun 2012, untuk menggalakkan gairah menulis dan meneliti akan disediakan dana bagi peneliti pemula. Sebanyak 20 proposal terpilih akan dibiayai masing-masing Rp 1 juta. Pada dosen di lingkungan *UMSurabaya* dengan di fasilitasi oleh LPPM *UMSurabaya* telah berhasil mendapatkan skema pengabdian lanjutan diantaranya: 2 Pengabdian Hibah Kompetensi, dan 1 Pengabdian Strategi Unggulan Nasional. Ke depan LPPM *UMSurabaya* akan mulai melibatkan diri dalam beberapa pengabdian regional Jawa Timur yang berada dibawah koordinasi Dewan Riset Daerah (DRD) Jawa Timur, dan akan melibatkan diri dalam beberapa proyek nasional yang berada di Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Kesehatan, dan Kementerian Pekerjaan Umum. Oleh karena itu secara kelembagaan, Universitas Muhammadiyah Surabaya ditetapkan sebagai 1 dari 5 Perguruan Tinggi Berprestasi di Jawa Timur oleh Kopertis Wilayah VII pada tahun 2008.

Kegiatan LPPM *UMSurabaya* juga tercatat sebagai salah satu Perguruan Tinggi

yang aktif dalam melakukan Pengabdian Kepada Masyarakat dengan koordinasi Yayasan Damandiri yang diketuai oleh Prof. Haryono Suyono. LPPM *UMSurabaya* telah 3 kali (2008, 2009, 2010) mendapat pendanaan senilai total Rp 99 juta untuk mendirikan dan membina 20 Posdaya di Kecamatan Mulyorejo dan Gunung Anyar Kota Surabaya. Sebagai pengembalian amanah 2 dharma dalam Tri Dharma Perguruan Tinggi (Pengabdian dan Pengabdian kepada Masyarakat). Dalam hal buku ajar dan buku teks, sampai tahun 2012 terdapat 12 buku yang telah mendapat hibah penulisan buku teks dan buku ajar. Selain itu telah diterbitkan sebanyak 35 buku setara dengan kualifikasi buku teks / buku ajar dengan berbagai penerbit nasional dan telah didistribusikan di berbagai toko buku secara nasional.

## BAB 5. BIAYA DAN JADWAL KEGIATAN

### 5.1 Biaya Kegiatan

Ringkasan anggaran biaya untuk pelaksanaan kegiatan ini seperti tabel 1 berikut. Tabel 1. Ringkasan Anggaran Biaya Program IbM

No	Komponen	Biaya yang diusulkan (Rp)
1	Honorarium (Maksimal 30%)	3.690.000
2	Bahan habis pakai dan peralatan	5.000.000
3	Perjalanan (Maks. 15%)	1.845.000
4	Lain-lain	1.765.000
Jumlah		12.300.000

#### Rincian Biaya Kegiatan Total.

No.	Nama Barang	Jumlah	Harga/Unit (Rp.)	Harga Total (Rp.)
A	Cinderamata	Rp. 300.000	1 Pertemuan	Rp. 300.000
B	Petugas AMK Rungkut (5 org)	Rp. 1.000.000	1 Pertemuan	Rp. 1.000.000
C	Kepala Griya Werdha	Rp. 350.000	1 Pertemuan	Rp. 300.000
D	Kader Puskesmas Rungkut. (7 org)	Rp.1.400.000	1 Pertemuan	Rp. 1.430.000
E	Tutor /Pendampingan narasumber	Rp. 660.000	1 Pertemuan + Pendampingan 3 kali	Rp. 660.000
<b>Sub Total</b>				<b>Rp 3.690.000</b>
<b>KONSUMSI</b>				
1.	Snack	34 orang	10.000	340.000
2.	Makan siang	34 orang	15.000	510.000
3	Pekerja Bedah Rumah	5 orang	190.000	950.000



<b>ALAT DAN BAHAN</b>				
1.	Proposal	3 bandel	15.000	45.000
2.	Map Kuning	3 buah	3.000	9.000
3.	Genteng kaca	1 biji	60.000	60.000
5.	Sticker	5 buah	10.000	50.000
6.	Kawat 3mm	1kg	100.000	100.000
7.	Pot ukuran 12	32 buah	8.000	256.000
8.	Botol big cola	50 buah	2.000	100.000
9.	Pupuk Organik	2 karung	10.000	20.000
10.	Paku 5 cm	0,5 kg	15.000	15.000
11.	Sewa Pick Up	1 kali		300.000
12.	Paket Pipa udara	3 paket	600.000	1.800.000
13.	Ember 40 Liter	3 buah	65.000	195.000
14.	MP4	3 botol	100.000	300.000
<b>SUB TOTAL</b>				<b>Rp. 5.000.000</b>
<b>TRANSPORTASI</b>				
1.	Transport 2 hari	17 orang	50.000	1.700.000
2.	Bensin Truk	1 perjalanan	145.000	145.000
<b>SUB TOTAL</b>				<b>Rp. 1.845.000</b>
<b>LAIN-LAIN</b>				
1.	Biaya packaging dan publikasi (banner, manual praktik dll)			Rp. 1.080.000
2.	Publikasi Jurnal pengabdian	1 kali	400.000	Rp. 400.000
3.	Cinderamata KK TB	5 KK	57.000	Rp. 285.000
<b>SUB TOTAL</b>				<b>Rp. 1.765.000</b>
<b>TOTAL</b>				<b>Rp. 12.300.000</b>

## 5.2 Jadwal Kegiatan

KEGIATAN	MINGGU KE - (8 BULAN KEGIATAN)																																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32		
Koordinasi kegiatan	■	■																																
Penyusunan proposal	■	■																																
Kontrak penugasan	■	■	■	■																														
Pelaksanaan kegiatan pengabdian masyarakat			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■									
Monev pengabdian kepada masyarakat																					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
Laporan hasil pengabdian masyarakat																					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Seminar hasil pengabdian masyarakat																					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
Penyusunan Laporan Akhir																															■	■	■	■
Evaluasi kegiatan																															■	■	■	■

## BAB 6. HASIL, PEMBAHASAN, KESIMPULAN DAN SARAN

### 6.1 Hasil

No	Komponen kriteria rumah TB	Rumah 1	Rumah 2	Rumah 3	Rumah 4	Rumah 5
1	Jendela kamar tidur	Tidak ada jendela	Ada, bisa di buka	Ada, bisa di buka	Tidak ada	Ada, tetapi jarang dibuka
2	Jendela ruang tamu	Ada, tetapi tidak pernah di buka dan tidak ada gorden	Ada, bisa di buka, ukuran jendela besar cahaya matahari dapat masuk kedalam, tidak ada gorden	Ada, berukuran besar tetapi tidak ada gorden. Tembus panas matahari.	Ada, tetapi cahaya tidak dapat masuk dikarenakan jendela bergambar dan tidak tembus pandang serta tidak dapat di buka	Ada, sering dibuka, terdapat gorden. Cahaya dapat menembus melalui jendela
3	Ventilasi	Tidak ada Hanya dari pintu ruang tamu	Ada di tiap kamar dan di dapur	Tidak ada Hanya dari pintu tamu dan jendela di dekat dapur	Ada, di atas jendela ruang tamu	Tidak ada Hanya melalui jendela dan pintu
4	Lubang asap dapur	Tidak ada ventilasi atau lubang kusus asap	Ada melalui ventilasi yang ada di dinding dapur	Ada, asap keluar melalui jendela dekat dapur	Tidak ada ventilasi atau lubang kusus asap	Ada, melalui jendela di dapur, selalu dibuka setiap masak
5	pencahayaaa n	Terang dan tidak silau dari pintu dan lampu dalam rumah, cahaya dapat digunakan untuk	Terang dan tidak silau. Pencahaya an dari jendela dan lampu, cahaya	Terang dan tidak silau. Pencahaya an dari jendela dan lampu, cahaya	Terang dan tidak silau dari pintu dan lampu dalam rumah, cahaya	Terang dan tidak silau. Pencahaya an dari jendela dan lampu, cahaya dapat digunakan untuk membaca dengan normal

		membaca dengan normal	dapat digunakan untuk membaca dengan normal	dapat digunakan untuk membaca dengan normal	dapat digunakan untuk membaca dengan normal	
6	Kepadatan hunia	Berkeramik, tidak licin dan rata. Ukuran lantai kamar 9m <sup>2</sup> . Jumlah hunian 6 orang, jumlah kamar 3  Maka kamar memenuhi syarat hunia	Berkeramik, tidak licin dan rata. Ukuran lantai kamar 9m <sup>2</sup> Jumlah hunian 4 orang, jumlah kamar 3  Maka kamar memenuhi syarat hunia	Berkeramik, tidak licin dan rata. Ukuran lantai kamar 12m <sup>2</sup> Jumlah hunian 6 orang, jumlah kamar 2.  Maka kamar memenuhi syarat hunia	Berkeramik, tidak licin dan rata. Ukuran lantai kamar 9m <sup>2</sup> Jumlah hunian 5 orang, jumlah kamar 2  Maka kamar tidak memenuhi syarat hunia	Berkeramik, tidak licin dan rata. Ukuran lantai kamar 9m <sup>2</sup> Jumlah hunian 6 orang, jumlah kamar 2  Maka kamar tidak memenuhi syarat hunia

Hasil dari pengamatan langsung yang dilakukan di 5 rumah pasien TB, identifikasi sanitasi rumah didapatkan sebagai berikut:

1) Rumah 1

Dari identifikasi sanitasi rumah pasien TB rumah 1 didapatkan, rumah ini dihuni oleh 6 orang. Terdapat 3 kamar di rumah ini dengan ukuran lantai 9m<sup>2</sup> Maka kamar memenuhi syarat hunia. Jendela hanya terdapat di ruang tamu tetapi tidak pernah di buka dan tidak ada gordena. Cahaya bisa masuk tetapi sangat jarang dikarenakan pagar rumah yang tinggi sehingga menghalangi cahaya menembus melewati jendela. Rumah ini tidak terdapat ventilasi udara di setiap sudut rumah, ventilasi udara dan cahaya hanya berasal dari pintu ruang tamu, didalam dapurpun tidak terdapat ventilasi atau lubang asap sehingga asap saat masak tidak dapat keluar. Pencahayaan pada rumah ini hanya melalui lampu dan pintu luar jika dibuka, cahaya yang dihasilkan terang dan tidak menyilaukan, sehingga cahaya tersebut cocok digunakan untuk membaca dengan normal.

2) Rumah 2

Dari identifikasi sanitasi rumah pasien TB bahwa rumah 2, rumah ini adalah rumah dengan 3 lantai yang di huni oleh 4 orang. Lantai sudah berkeramik, permukaan rata dan tidak licin. Terdapat 3 kamar dirumah ini didapatkan dengan ukuran lantai 9m<sup>2</sup>, 2 kamar di lantai 2 dan 1 kamar di lantai 3 maka kamar

memenuhi syarat hunia. Jendela ada di setiap kamar dan dapat dibuka, diruang tamu juga terdapat jendela yang berukuran besar serta dapat dibuka sehingga cahaya dapat menembus kedalam rumah melalui jendela tersebut.

Rumah ini terdapat ventilasi disetiap kamar dan didapur, ventilasi berada di tembok bagian atas dan berukuran lumayan besar sehingga udara dapat masuk serta asap hasil memasak didapur dapat keluar melalui ventilasi yang ada di bagian dapur. Pencahayaan pada rumah ini terang dan tidak silau, cahaya berasal dari ventilasi, jendela dan lampu. Cahaya yang dihasilkan dapat digunakan untuk membaca secara normal.

### 3) Rumah 3

Dari identifikasi sanitasi rumah pasien TB bahwa rumah 3 didapatkan, rumah ini dihuni 6 orang. Terdapat 2 kamar di rumah ini dengan ukuran lantai 12m<sup>2</sup>, maka kamar memenuhi syarat hunia. Jendela ada di setiap kamar dan dapat dibuka, diruang tamu juga terdapat jendela yang berukuran besar tetapi tidak dapat dibuka tetapi cahaya dapat menembus kedalam rumah dikarenakan jendela rumah ini tembus pandang dan tidak terdapat gordena. Rumah ini tidak terdapat ventilasi udara, ventilasi hanya berasal dari pintu dan jendela. Pada kondisi dapur bersebelahan dengan kamar mandi dan di dekat pintu kamar mandi terdapat jendela sehingga asap, cahaya maupun udara yang masuk kedalam dapur melalui jendela tersebut. Pencahayaan pada rumah ini terang dan tidak silau, cahaya berasal dari pintu depan, jendela dan lampu. Cahaya yang dihasilkan dapat digunakan untuk membaca secara normal.

### 4) Rumah 4

Dari identifikasi sanitasi rumah pasien TB bahwa rumah 4 didapatkan, rumah ini adalah rumah dengan 2 lantai yang dihuni oleh 5 orang. kamar di lantai bawah dan 2 kamar di lantai atas dengan ukuran lantai 9m<sup>2</sup> maka kamar tidak memenuhi syarat hunia. Tidak ada jendela di setiap kamar, diruang tamu terdapat jendela tetapi tidak dapat dibuka dan tidak tembus cahaya dikarenakan jendela pada rumah ini terdapat motif dan tidak tembus pandang. Rumah ini terdapat ventilasi yang berada di tembok bagian atas jendela ruang tamu, sedangkan pada kamar dan dapur tidak terdapat ventilasi udara. Pencahayaan pada rumah ini terang dan tidak silau, cahaya berasal dari lampu. Cahaya yang dihasilkan dapat digunakan untuk membaca secara normal.

### 5) Rumah 5

Pada hasil observasi rumah 5 didapatkan, rumah ini dihuni oleh 6 orang. Terdapat 2 kamar di rumah ini dengan ukuran lantai 9m<sup>2</sup> maka kamar tidak memenuhi syarat hunia. Jendela ada di setiap kamar dan dapat dibuka, diruang tamu juga terdapat jendela serta dapat dibuka sehingga cahaya dapat menembus kedalam rumah melalui jendela tersebut. Rumah ini tidak terdapat ventilasi udara disetiap kamar. Di dapur terdapat jendela yang selalu di buka setiap memasak sehingga asap sisa memasak dapat keluar melalui jendela tersebut. Pencahayaan pada rumah ini

terang dan tidak silau, cahaya berasal dari ventilasi, jendela dan lampu. Cahaya yang dihasilkan dapat digunakan untuk membaca secara normal.

## 6.2 Pembahasan

Berdasarkan pada hal yang terjadi dalam pengamatan/observasi didapatkan identifikasi sanitasi rumah TB dari ke 5 rumah terdiri dari kepadatan hunian, pencahayaan, dan ventilasi.

### 1. Kepadatan hunian

Dari data pengamatan didapatkan 3 dari 5 rumah respon memenuhi syarat kepadatan hunian, dan 2 rumah tidak memenuhi kepadatan hunian. Hal ini dapat dilihat dari data dimana rumah rumah 1 dihuni oleh 6 orang dan ada 3 kamar serta luas lantai kamar 9m<sup>2</sup>, rumah 2 dihuni oleh 4 orang dan terdapat 3 kamar serta luas lantai kamar 9m<sup>2</sup>, pada rumah 3 dihuni oleh 6 orang dan hanya memiliki 2 kamar serta luas lantai kamar 12m<sup>2</sup>, pada rumah nomor 4 dihuni oleh 5 orang dan ada 2 kamar serta luas lantai kamar 9m<sup>2</sup>, sedangkan pada rumah 5 dihuni oleh 6 orang dan hanya ada 2 kamar serta luas lantai kamar 9m<sup>2</sup>. Persyaratan kepadatan hunian untuk seluruh rumah biasanya dinyatakan dalam m<sup>2</sup>/orang. Luas minimum per orang sangat relatif tergantung dari kualitas bangunan dan fasilitas yang tersedia, luas ruang tidur minimal 8m<sup>2</sup> dan tidak dianjurkan digunakan lebih dari dua orang tidur dalam satu ruang tidur, kecuali anak dibawah umur 5 tahun (Kepmenkes RI, 1999).

Jumlah orang per kamar adalah satu-satunya karakteristik perumahan yang terkait dengan perkembangan penyakit TB diantara orang yang terinfeksi. Dalam pengabdian Wahyuningtyas (2018) mengatakan lebih banyak kepadatan hunian rumah penderita TB yang tidak memenuhi syarat dan hasil uji Chi-square yang dilakukannya didapatkan bahwa kepadatan hunian tidak ada hubungannya dengan kejadian penyakit TB. Hal ini didukung oleh pengabdian Muhammad (202) yang mengatakan kepadatan hunian tidak berhubungan secara signifikan dengan kejadian tuberkulosis paru ( $p > 0,05$ ) Hal itu tidak sejalan dengan hasil pengabdian Khan (2016) yang mengatakan bahwa kerumunan dirumah mempengaruhi risiko terjadinya TB di antara mereka yang tinggal satu rumah dengan seorang yang terdiagnosa TB BTA-positif, berkerumunan dikaitkan dengan risiko infeksi dan risiko perkembangan dari infeksi menjadi penyakit. Sehingga peneliti berpendapat bahwa kepadatan hunian ada hubungan dengan terjadinya penyakit TB dimana jika di satu rumah terdapat 1 orang yang terdiagnosa TB dan didalam rumah dihuni antara 4-6 orang serta hanya memiliki 1-2 kamar atau tidak sebanding antara jumlah hunian dan luas rumah maka akan menyebabkan *over crowded* dan memudahkan penyebaran bakteri TB. Menurut Rahayu (2015), kepadatan hunian sangat mempengaruhi penularan penyakit TB Paru dikarenakan penyakit TB Paru menular melalui udara sehingga sangat besar kemungkinan terjadi penularan penyakit TB Paru ke anggota keluarga lainnya. Salah satu hasil pengabdian dari (Tesema et al., 2015) menjelaskan bahwa orang yang tinggal dengan lebih dari empat anggota

keluarga per rumah tangga tiga kali lebih mungkin mengembangkan TB Paru dibandingkan mereka yang tinggal dengan kurang dari empat anggota keluarga per rumah tangga (AOR 3.09, 95% CI 2.07–4.61).

Pengabdian yang dilakukan di Bissau dalam pengabdian Khan et al., (2016) juga menjelaskan bahwa orang yang tinggal di rumah dengan lebih dari empat anggota keluarga memiliki peluang lebih besar untuk mengembangkan TB dibandingkan dengan rumah tangga yang memiliki anggota keluarga kurang dari empat. Ini mungkin karena ruangan yang terlalu penuh sehingga meningkatkan risiko penularan TB Paru. Apabila ada anggota keluarga yang menderita penyakit TB paru sebaiknya tidak tidur bersama dengan anggota keluarga lainnya (Kemenkes RI dalam jurnal Meriyanti, 2018).

## 2. Pencahayaan

Hasil dari pengamatan didapatkan sebagian rumah memiliki pencahayaan yang tidak memenuhi syarat. Dimana semua rumah memiliki jendela di bagian ruang tamu tetapi hanya sebagian rumah yang memiliki jendela tembus cahaya/sinar matahari, cahaya yang masuk melalui jendela ruang tamu hanya mampu menerangi bagian ruang tamu saja dan sebagian rumah tidak memiliki jendela kamar sehingga cahaya tidak dapat masuk ke dalam kamar. Hal ini sejalan dengan pengabdian Rahayu (2015) hasil penilaian menunjukkan bahwa rumah penderita TB Paru di wilayah Puskesmas Pegirian Kota Surabaya sebagian kecil rumah pencahayaan memenuhi persyaratan dan sebagian besar rumah pencahayaannya tidak memenuhi persyaratan. Pada pengabdian Wahyuningyas (2018) mengatakan bahwa ada hubungan antara pencahayaan dengan terjadinya TB.

Jendela sangat penting untuk suatu rumah tinggal, karena jendela mempunyai fungsi ganda. Fungsi pertama sebagai lubang keluar masuknya udara, dengan adanya jendela lubang ventilasi ini, maka di dalam ruangan tidak akan terasa pengap. Fungsi kedua dari jendela adalah sebagai lubang masuknya cahaya dari luar (matahari), cahaya alami ini akan masuk ke dalam ruangan lewat jendela yang terbuka atau jendela kaca, sehingga di dalam rumah tidak gelap. Sanitasi Rumah yang cukup penting ialah pencahayaan karena banyak jenis bakteri dapat dimatikan jika bakteri tersebut mendapatkan sinar matahari secara langsung, demikian juga kuman tuberkulosis dapat mati karena cahaya sinar ultraviolet dari sinar matahari yang masuk ke dalam ruangan. Diutamakan cahaya matahari pagi karena cahaya matahari pagi mengandung sinar ultraviolet yang dapat membunuh kuman. Fungsi pencahayaan dalam ruangan adalah 1) Sebagai penerangan, 2) pencahayaan juga dapat berfungsi untuk mematikan kuman kuman penyakit tertentu seperti kuman *Micobacterium tuberculosis*, 3) pencahayaan juga dapat mengurangi kepadatan nyamuk dan 4) Pencahayaan juga dapat berfungsi menurunkan kelembaban dalam ruangan (KepMenkes RI dalam jurnal Rahayu, 2015).

Subyek yang tinggal di rumah tanpa jendela atau satu jendela hamoir dua kali lebih mungkin mengembangkan TB dibandingkan dengan orang yang rumahnya memiliki banyak jendela. Orang yang tinggal di rumah tanpa jendela atau jendela

tunggal berisiko terkena TB dikarenakan tidak adanya pertukaran udara dan tidak ada sinar matahari yang masuk kedalam rumah (Shimeles, 2019)

Hasil pengabdian (Zürcher et al., 2016) menjelaskan bahwa ruangan yang tidak diterangi cahaya matahari langsung dan negatif dengan jumlah jendela per apartemen ( $r = -0,79$ ,  $p = 0,007$ ). Sehingga tidak ada cahaya sehingga tempat menjadi gelap. Menurut Gould dan Brooker (2003) menyatakan bahwa bakteri *Mycobacterium tuberculosis* adalah sebuah bakteri mesofilik yang dapat hidup di tempat gelap sehingga lebih banyak bakteri berkembang biak di rumah gelap. Penderita TB Paru pada saat bersin atau batuk, penderita dapat menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (droplet infection). Sekali batuk dapat menghasilkan 3000 percikan dahak. Penularan juga dapat terjadi didalam ruangan dengan paparan dahak yang berada dalam waktu yang lama. Menurut Teori John Gordon (1950) dalam Sudiana (2020), kondisi lingkungan rumah termasuk ventilasi yang cukup, dapat mengurangi jumlah percikan dahak, sinar matahari yang cukup dapat membunuh kuman. Percikan dapat bertahan beberapa jam dalam kondisi tertutup dan lembab.

Daya penularan pasien juga ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin banyak tingkat kepositifannya maka makin berbahaya dalam menularkan ke orang lain. Kondisi pencahayaan merupakan faktor risiko yang cukup signifikan hal ini dapat dilihat dari pengabdian diatas, dengan pencahayaan yang kurang maka perkembangan kuman TB Paru akan meningkat karena cahaya matahari merupakan salah satu faktor yang dapat membunuh kuman TB Paru, sehingga jika pencahayaan bagus maka penularan dan perkembangbiakan kuman bisa dicegah.

Banyak jenis bakteri dapat dimatikan jika bakteri tersebut mendapatkan sinar matahari secara langsung, demikian juga kuman tuberkulosis dapat mati karena cahaya sinar ultraviolet dari sinar matahari yang masuk ke dalam ruangan. Diutamakan cahaya matahari pagi karena cahaya matahari pagi mengandung sinar ultraviolet yang dapat membunuh kuman (Sudiana, 2020).

### 3. Ventilasi Rumah

Berdasarkan hasil pengamatan, ventilasi di sebagian rumah tidak memenuhi syarat. Sebagian rumah tidak memiliki ventilasi udara di dalam kamar, ruang tamu maupun di dapur. Sehingga udara yang masuk dan keluar rumah tidaklah maksimal. Hal ini sejalan dengan pengabdian Wahyuningtyas (2018) dari hasil pengabdiannya didapatkan sebanyak 35 rumah tidak memenuhi syarat ventilasi, dan hasil uji Chi-Square yang menyatakan bahwa ada hubungan ventilasi dengan dengan kejadian penyakit TBC di wilayah kerja Puskesmas Pacarkeling Kota Surabaya ( $P 0,006 < 0,05$ ). Hal ini juga di kuatkan oleh Pengabdian yang dilakukan oleh Arifin, et al., (2020) didapatkan hasil ventilasi rumah yang tidak memenuhi syarat berisiko 1,8 kali lipat lebih besar untuk menderita TB paru dibandingkan dengan yang mempunyai ventilasi rumah yang memenuhi syarat. Kurangnya ventilasi yang memadai telah diidentifikasi sebagai faktor risiko potensi penularan TB Paru



(Larcombe, et al., 2011).

Ventilasi merupakan lubang pada dinding rumah yang idealnya di buat ber hapanan (silang), dibuat *cross ventilation* (Didik sarudji, 2012). Ventilasi ada 2 (dua) yaitu ventilasi alami dan ventilasi buatan. Ventilasi alami dengan memasukkan udara ke dalam ruangan melalui lubang ventilasi pada dinding atau melalui jendela. Sedangkan ventilasi buatan seperti *exhouseter* dan *air condition*. Ventilasi rumah yang memenuhi syarat berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 829/MENKES/KES/SK/ VII/1999 yaitu luas ventilasi permanen > 10% luas lantai. Sedangkan menurut Febrian (2015), luas ventilasi yang tidak memenuhi syarat kesehatan akan mengakibatkan terhalangnya proses pertukaran aliran udara dan sinar matahari yang masuk ke dalam rumah, akibatnya kuman tuberculosis yang ada di dalam rumah tidak dapat keluar dan ikut terhisap bersama udara pernafasan.

Fungsi ventilasi dalam rumah selain menjaga aliran udara juga membebaskan udara ruangan dari bakteri-bakteri terutama bakteri pathogen. Pada pengabdian ini tidak dapat diketahui besar risiko ventilasi yang tidak memenuhi syarat untuk menderita TB paru, namun ventilasi tetap berperan dalam penularan penyakit TB paru. Oleh karena itu penting adanya jalan masuk udara dan cahaya ke dalam rumah melalui jendela maupun genteng kaca.

Sehingga dapat disimpulkan bahwa kondisi sanitasi rumah pasien TB Paru yang tidak memenuhi syarat kesehatan dapat menyebabkan risiko penularan pada anggota keluarga, keadaan sanitasi tersebut meliputi kepadatan hunian, ventilasi, dan pencahayaan. Ventilasi yang tidak memadai, rumah yang di isi anggota sangat padat dan sanitasi yang buruk, hanya ada jendela tunggal atau tidak adanya jendela sehingga cahaya atau udara tidak dapat masuk ke dalam rumah menjadikan rumah gelap sehingga lebih banyak bakteri M.tuberculosis berkembang biak di rumah gelap. Penyakit menular di masyarakat banyak dipengaruhi oleh kondisi rumah dan lingkungan tidak memenuhi syarat kesehatan. Keadaan sanitasi lingkungan merupakan kondisi yang memerlukan perhatian bagi Negara Indonesia, seperti sanitasi perumahan yang masih tidak memenuhi syarat rumah sehat.

### **6.3 Kesimpulan dan Saran**

#### **Kesimpulan**

Berdasarkan hasil pengabdian yang telah dilakukan di wilayah Tanah Kali Kedinding, didapatkan kesimpulan sebagai berikut

1. Hasil pengabdian 5 responden yang diamati keadaan sanitasi rumahnya didapatkan sebagian rumah keluarga penderita TB Paru sebagian rumah termasuk dalam padat hunian, pencahayaan sebagian rumah keluarga penderita TB Paru tidak memenuhi syarat dan ventilasi dalam rumah tidak memenuhi syarat.

2. Dari semua responden ditemukan bahwa keadaan sanitasi rumah keluarga penderita TB Paru diwilayah Tanah Kali Kedinding masih tidak memenuhi syarat

rumah sehat, karena terbatasnya ventilasi udara yang masuk dan kurangnya pencahayaan matahari yang masuk kedalam rumah.

**Saran**

1. Pengabdian ini didapatkan bahwa keadaan sanitasi rumah keluarga penderita TB Paru masih tidak memenuhi syarat rumah sehat, sebaiknya keadaan sanitasi rumah harus di tambah dan jendela rumah sering di buka agar cahaya matahari dapat menembus kaca dan diharapkan jika ada bakteri yang menempel dirumah jika terkena cahaya matahari bakteri tersebut akan mati dan tidak dapat menulari lingkup keluarga.
2. Dengan hasil pengabdian ini tenaga kesehatan dapat memberikan informasi khususnya kepada keluarga penderita TB Paru agar dapat menjaga sanitasi rumah dan lingkungan sekitar rumah agar dapat meminimalkan penularan TB Paru didalam rumah maupun dilingkungan tempat tinggal penderita TB Paru.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Antopo, P. D. 2019. Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Keluarga dalam Mencegah Penularan TB Paru Berdasarkan Tugas Keluarga Dibidang Kesehatan di Puskesmas Pegirian Surabaya. Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga.
- Arifin S, Marlinae L, et al. (2020). Penerapan Progran Bina Rumah Sehat Untuk Percepatan Status Kesehatan Anak TB. PRO SEJAHTERA (Prosiding Seminar Nasional Pengabdian kepada Masyarakat)
- Daryanti, E. 2019. Gambaran Tugas Kesehatan Keluarga Dalam Pencegahan Penularan TB Paru Di Wilayah Kerja Puskesmas Tamansari Kota Tasikmalaya. Jurnal Keperawatan dan Kebidanan STIKes Mitra Kencana Tasikmalaya. Vol3(1):70-84.
- Dinas Kesehatan Propinsi JawaTimur. 2017. Profil Kesehatan Propinsi Jawa Timur.
- Gunawan, Y. E. S. dan E. T. Ina. 2016. Pengalaman Keluarga Dalam Melakukan Pencegahan Penularan TB di Kelurahan Matawai Wilayah Kerja Puskesmas Waingapu Kabupaten Sumba Timur. Jurnal Keperawatan Waingapu Poltekkes Kemenkes Kupang.
- Kausar, L. I. E., Herawati dan E. Pertiwiwati. 2015. Tugas Kesehatan Keluarga Pada Anggota Keluarga yang Menderita TB Paru. DK Vol 3(2): 34-45.
- Kementerian Kesehatan RI. 2016. Profil Kesehatan Indonesia 2015.
- Kementerian Kesehatan. 2016. Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2017. Profil Kesehatan Indonesia tahun 2016. Jakarta.
- Kementrian Kesehatan RI. (1999). Keputusan Menteri Kesehatan No. 829 Tahun 1999 Tentang Persyaratan Kesehatan Perumahan. Jakarta: Kemenkes RI.
- Marwansyah dan H. H. Sholikah. 2015. Pengaruh Pemberdayaan Keluarga Penderita TB (Tuberkulosis) Paru Terhadap Kemampuan Melaksanakan Tugas Kesehatan Keluarga di Wilayah Puskesmas Martapura dan Astambul Kabupaten Banjar. Buletin Pengabdian Sistem Kesehatan. Vol18(4): 407-419.
- Meriyanti N.K.A.T, & Sudiadnyana I.W. (2018). Hubungan Sanitasi Rumah Dengan Kejadian Tuberkulosis Paru Di Wilayah Kerja Puskesmas II Denpasar Barat. Jurnal Kesehatan Lingkungan
- Muhammad, A. J., Lestari, P., & Widodo, A. D. W. (2020). The Ventilation-to-area Ratio and House Lighting Relate to the Incidence of Pulmonary Tuberculosis. Althea Medical Journal, 7(1), 1–5. <https://doi.org/10.15850/amj.v7n1.1821>
- Putra, K. W. R., P. F. Wiliyanarti and F. Annisa. 2020. Analysis of Prevention Behaviors of Pulmonary Tuberculosis Tnasmision Questionnaire (PBPTTQ). Jurnal Keperawatan Vol 9(1): 16-22.
- Rahayu U, Rachmaniyah, & Thohari I. (2015). Hubungan Kualitas Udara Dan Sanitasi Rumah Penderita TB Paru Di Wilayah Puskesmas Pegirian Kota Surabaya Tahun 2015. Jurnal Pengabdian Kesehatan

- Rustam, M. Z. A. dan A. C. Mayasari. 2019. Determinan Kesehatan Lingkungan pada Pasien TB Paru di Daerah Pesisir Kota Surabaya (Studi Wilayah Kerja Puskesmas Kenjeran). *Journal of Health Science and Prevention*. Vol 3(2): 109-112.
- Salahy, M. M. A., T. S. Essawy, O. I. Mohammad, R. M. Hendy and A. O. Abas. 2016.
- Sarudji, Didik. 2012. *Kesehatan Lingkungan*. Penerbit Media Ilmu.
- Smeltzer, Suzanne, C. Bare dan G. Brenda. 2016. *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta. EGC.
- Sudiana. (2020). Pengaruh Sanitasi Rumah Terhadap Tingkat Prevalensi TB Paru Di Kecamatan Cidahu Kabupaten Kuningan. *Jurnal Fakultas Ilmu Kesehatan Terhadap Tingkat Kepatuhan Minum Obat TB Paru di Puskesmas Sempor 1 Kebumen*. Universitas Muhammadiyah Magelang. ISSN 2407-9189: 357-364.

## LAMPIRAN

### CURRICULUM VITAE

#### A. Identitas Diri

1	Nama Lengkap (dengan gelar)	Supatmi, SKep.Ns.MKes
2	Jabatan Fungsional	Asisten ahli
3	Jabatan Struktural	Kabag Umum Klinik Rawat Inap Ibu dan Anak Siti Aisyah
4	NIK/NIDN	012 9721118/0701077302
5	Perguruan Tinggi	Universitas Muhammadiyah Surabaya
6	Tempat dan Tanggal Lahir	Tuban, 1 Juli 1973
7	Agama	Islam
8	Jenis Kelamin	Perempuan
9	Alamat Rumah	Jl. Pacar Kembang V/54C Surabaya
10	Nomor Telepon/Faks/HP	081334493012
11	Alamat Kantor	Jl. Sutorejo no 59 Surabaya
12	Nomor Telepon/Faks	(031) 3811967
13	Alamat e-mail	supatmiopi@gmail.com

#### B. Riwayat Pendidikan Perguruan Tinggi

Tahun Lulus	Program Pendidikan	Perguruan Tinggi	Jurusan/Bidang Studi
1997	Diploma 3	Universitas Muhammadiyah Surabaya	Keperawatan
2001	Sarjana	Universitas Airlangga	Keperawatan
2002	Profesi	Universitas Airlangga	Profesi Ners
2009	Magister	Universitas Airlangga	Magister Kesehatan

### C. Pengalaman Mengajar

Mata Kuliah	Program Pendidikan	Program Studi	Tahun Akademik
Kebutuhan Dasar Manusia	Keperawatan Kebidanan	D3 Keperawatan D3 Kebidanan	1997- 2012 2006 - 2014
Keperawatan Maternitas	Keperawatan	D3 Keperawatan S1 Keperawatan	2000- skrg 2006- skrg
Kesehatan Reproduksi	Kebidanan	D3 Kebidanan S1 Kebidanan	2009-2018 2019- skrg
Biologi Reproduksi	Kebidanan	D3 Kebidanan S1 Kebidanan	2009- 2018 2019- skrg
Kewirausahaan Dasar	Keperawatan Kebidanan	S1 Keperawatan S1 Kebidanan	2014- skrg 2019- skrg
Dokumentasi Keperawatan	Keperawatan	D3 Keperawatan	2000- skrg
Perawatan Paliatif dan menjelang ajal	Keperawatan	S1 Keperawatan	2019- skrg

### D. Pengalaman penelitian dalam 5 tahun terakhir

NO	TAHUN	JUDUL	PENDANAAN	
			SUMBER	JML ( JT)
1	2015	Perilaku personal Hygiene ( vulva hygiene) saat menstruasi pada siswi SMP MUhammadiyah	Dp2M Dikti	12.500.000
2	2016	Tindakan Developmental Care Terhadap Desintegrasi Perilaku Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) Di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik	Dp2M Dikti	11.600.000
3	2019	The Relationship between Family Support and Self-esteem among Cervical Cancer Patients	Mandiri	

		Undergoing Chemotherapy		
--	--	----------------------------	--	--

**Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Apabila di kemudian hari ternyata dijumpai ketidak-sesuaian dengan kenyataan, saya sanggup menerima sanksi. Demikian biodata ini saya buat dengan sebenarnya untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam pengajuan Hibah IbM**

Surabaya, 28 November 2018  
Pengusul,



(Supatmi, S.kep., Ns., M.Kes)



**SURAT TUGAS**

**Nomor: 515/II.3.AU/LPPM/F/2018**

**Assalaamu'alaikumWr. Wb.**

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Dr. Dra. Sujinah, M.Pd  
Jabatan : Kepala LPPM  
Unit Kerja : LPPM Universitas

Muhammadiyah Surabaya Dengan ini menugaskan:

No	Nama	NIDN/NIM	Jabatan
1	Supatmi, S.kep., Ns., M.Kes	0701077302	Dosen
2	Tejo Tresno, S.Kep., Ns., M.Kep	8924230021	Dosen
3	Citra Ayu Lailatul Maghfiroh	20151660062	Mahasiswa

Untuk melaksanakan pengabdian kepada masyarakat (PkM) dengan judul “Back to Family Back to Home Membedah dan Memodifikasi Rumah Masyarakat Penderita Penyakit Kronik “MASTA” (Masyarakat Sehat dan Tanggap)” : Rumah Sehat Penderita TB”. Pengabdian ini dilaksanakan di Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan UMSurabaya pada Bulan Desember 2018 sampai dengan Bulan Juli 2019.

Demikian surat tugas ini, harap menjadikan periksa dan dapat dilaksanakan dengan penuh tanggung jawab.

**Wassalaamu'alaikumWr. Wb**

Surabaya, 3 Desember 2018  
Kepala LPPM UMSurabaya,  
  
Dr. Dra. Sujinah, M.Pd  
NIDN: 0730016501





**SURAT PERJANJIAN PENUGASAN  
DALAM RANGKA PELAKSANAAN PROGRAM PENGABDIAN  
TAHUN ANGGARAN 2019  
Nomor: 469/II.3.SP/L/IV/2018**

Pada hari ini Senin tanggal Tiga Bulan Desember tahun Dua Ribu Delapan Belas, kami yang bertandatangan dibawah ini :

- 1. Dr. Dra. Sujinah, M.Pd** : **Ketua LPPM Universitas Muhammadiyah Surabaya**, bertindak atas nama **Rektor Universitas Muhammadiyah Surabaya** yang selanjutnya dalam Surat Perjanjian ini disebut sebagai **PIHAK PERTAMA**;
- 2. Supatmi, S.kep., Ns., M.Kes** : Dosen Universitas Muhammadiyah Surabaya, dalam hal ini bertindak sebagai pengusul dan Ketua Pelaksana Pengabdianan Tahun Anggaran 2019 untuk selanjutnya disebut **PIHAK KEDUA**.

**PIHAK PERTAMA** dan **PIHAK KEDUA**, secara bersama-sama bersepakat mengikatkan diri dalam suatu Perjanjian Pelaksanaan Penugasan Hibah Pengabdian Perguruan Tinggi tahun 2019 dengan ketentuan dan syarat-syarat sebagaimana diatur dalam pasal-pasal sebagai berikut:

**Pasal 1**

Kontrak pengabdian ini berdasarkan kepada:

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi
2. Rencana Strategi Pengabdian Universitas Muhammadiyah Surabaya
3. Panduan Pengabdian dan Pengabdian kepada Masyarakat dengan Pendaan Internal Universitas Muhammadiyah Surabaya
4. Visi Misi LPPM Universitas Muhammadiyah Surabaya
5. Surat Perjanjian kontrak antara Lembaga Pengabdian dan Pengabdian kepada Masyarakat (LPPM) Universitas Muhammadiyah Surabaya dengan dosen pelaksana



## Pasal 2

- (1) **PIHAK PERTAMA** memberi tugas kepada **PIHAK KEDUA**, dan **PIHAK KEDUA** menerima tugas tersebut untuk melaksanakan Hibah Pengabdian Perguruan Tinggi tahun 2017 dengan judul **BACK TO FAMILY BACK TO HOME MEMBEDAH DAN MEMODIFIKASI RUMAH MASYARAKAT PENDERITA PENYAKIT KRONIK “MASTA” (MASYARAKAT SEHAT DAN TANGGAP)**
- (2) **PIHAK KEDUA** bertanggungjawab penuh atas pelaksanaan Administrasi dan keuangan atas pekerjaan sebagaimana dimaksud pada ayat 1 dan berkewajiban menyerahkan semua bukti-bukti pengeluaran serta dokumen pelaksanaan lainnya dalam bendel laporan yang tersusun secara sistematis kepada **PIHAK PERTAMA**.
- (3) Pelaksanaan pengabdian ini didanai oleh Universitas Muhammadiyah Surabaya

## Pasal 3

- (1) **PIHAK PERTAMA** menyalurkan dana untuk kegiatan pengabdian sebagaimana dimaksud pada pasal 1 sebesar Rp. 12.300.000 (Dua Belas Juta Tiga Ratus Ribu Rupiah). Dana pelaksanaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibayarkan oleh **PIHAK PERTAMA** kepada **PIHAK KEDUA**.
- (2) Pihak Kedua wajib menyimpan hardcopy laporan hasil pelaksanaan pengabdian dengan pendanaan internal dan laporan penggunaan dana.

## Pasal 4

Dana Hibah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat 1 dibayarkan kepada **PIHAK KEDUA** melalui rekening yang diajukan dan atas nama **PIHAK KEDUA**.

## Pasal 5

- (1) **PIHAK KEDUA** berkewajiban menindaklanjuti dan mengupayakan hasil Program Hibah Pengabdian berupa hak kekayaan intelektual dan atau publikasi ilmiah sesuai dengan luaran yang dijanjikan pada Proposal.
- (2) Perolehan hasil sebagaimana di maksud pada ayat (1) dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk pelaksanaan peningkatan kualitas kinerja di kedua belah pihak dan masyarakat pada umumnya.
- (3) Perolehan hasil pengabdian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan semua dokumen yang dimaksud pada ayat (2) dilaporkan selambat-lambatnya dua minggu setelah kegiatan pengabdian selesai dilaksanakan, hard copy diserahkan kepada **PIHAK PERTAMA**.



### Pasal 6

- (1) Apabila **PIHAK KEDUA** selaku penerima dana pengabdian sebagaimana dimaksud pada Pasal 1 tidak dapat melaksanakan pengabdian, maka **PIHAK KEDUA** wajib mengembalikan dana tersebut kepada **PIHAK PERTAMA**.

### Pasal 7

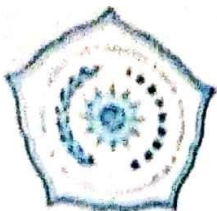
- (1) **PARA PIHAK** dibebaskan dari tanggung jawab atas keterlambatan atau kegagalan dalam memenuhi kewajiban yang dimaksud dalam kontrak pengabdian yang disebabkan atau diakibatkan oleh peristiwa atau kejadian di luar kekuasaan **PARA PIHAK** yang dapat digolongkan sebagai keadaan memaksa (*force majeure*).
- (2) Peristiwa atau kejadian yang dapat digolongkan sebagai keadaan memaksa (*force majeure*) dalam kontrak pengabdian ini adalah bencana alam, wabah penyakit, kebakaran, perang, blokade, peledakan, sabotase, revolusi, pemberontakan, huru hara, serta adanya tindakan pemerintah dalam bidang ekonomi dan moneter yang secara nyata berpengaruh terhadap pelaksanaan kontrak pengabdian.
- (3) Apabila terjadi keadaan memaksa (*force majeure*) maka pihak yang mengalami wajib memberitahukan kepada pihak lainnya secara tertulis, selambat-lambatnya dalam waktu 7 (tujuh) hari kerja sejak terjadinya keadaan memaksa (*force majeure*), disertai bukti-bukti yang sah dari pihak berwajib, dan **PARA PIHAK** dengan i'tikad baik akan segera membicarakan penyelesaiannya.

### Pasal 8

- (1) Hak atas kekayaan intelektual yang dihasilkan dari pelaksanaan Program Hibah Pengabdian diatur dan dikelola sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Setiap publikasi, makalah, dan/atau ekspos dalam bentuk apapun yang berkaitan dengan hasil pengabdian ini **WAJIB** mencantumkan pihak pemberi dana.

### Pasal 9

- (1) Apabila terjadi perselisihan antara **PIHAK PERTAMA** dan **PIHAK KEDUA** dalam pelaksanaan perjanjian ini akan dilakukan penyelesaian secara



### Pasal 10

Kontrak Pelaksanaan Program Hibah Penelitian ini dibuat rangkap 2 (dua) dan bermaterai cukup sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

## **KUITANSI**

Sudah terima dari : Bendahara LPPM  
Uang sebesar : Dua Belas Juta Tiga Ratus Ribu Rupiah  
(dengan huruf)  
Untuk pembayaran : Pelaksanaan pengabdian dengan pendanaan Internal

