

**LAPORAN PENGALAMAN BELAJAR LAPANGAN (PBL) III
JURUSAN KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HALUOLEO**



**LOKASI DESA : TAIPA
KECAMATAN : LEMBO
KABUPATEN : KONAWE UTARA**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HALU OLEO
KENDARI
2018**

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Sampul	
Halaman Pengesahan	i
Kata Pengantar	ii
Daftar Isi	v
Daftar Tabel	vi
Daftar Lampiran	xx
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Maksud dan Tujuan PBL	6
BAB II GAMBARAN UMUM LOKASI	
A. Keadaan Geografi dan Demografi	8
B. Status Kesehatan Masyarakat	12
C. Faktor Sosial dan Budaya	18
BAB III IDENTIFIKASI DAN PRIORITAS MASALAH KESEHATAN	
A. Identifikasi Masalah Kesehatan.....	43
B. Prioritas Masalah.....	45
C. Alternatif Pemecahan Masalah.....	46
D. Prioritas Alternatif Pemecahan Masalah.....	47
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil Pendataan	50
B. Pembahasan	52
C. Faktor Pendukung dan Faktor Penghambat	56
BAB V EVALUASI PROGRAM	
A. Tinjauan Umum Tentang Teori Evaluasi.....	57

B. Tujuan Evaluasi.....	57
C. Metode Evaluasi.....	57
D. Hasil Evaluasi.....	58
E. Kegiatan Fisik	58
F. Kegiatan Non Fisik	64
BAB VI REKOMENDASI.....	68
BAB VII PENUTUP	
A. Kesimpulan	70
B. Saran	70
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR LAMPIRAN

1. Absensi Peserta PBL III Kelompok 18 Desa Taipa Kecamatan Lembo Kabupaten Konawe Utara
2. Gant Chart Kelompok 18 PBL III Desa Taipa Kecamatan Lembo Kabupaten Konawe Utara
3. POA (*Plan Of Action*) Kegiatan Intervensi Fisik dan Non Fisik PBL III Desa Taipa Kecamatan Lembo Kabupaten Konawe Utara
4. Jadwal Piket Peserta PBL III Kelompok 18 Desa Taipa Kecamatan Lembo Kabupaten Konawe Utara
5. Struktur Organisasi PBL III Kelompok 18 Desa Taipa Kecamatan Lembo Kabupaten Konawe Utara
6. Buku Tamu PBL III Kelompok 18 Desa Taipa Kecamatan Lembo Kabupaten Konawe Utara
7. Buku Keluar PBL III Kelompok 18 Desa Taipa Kecamatan Lembo Kabupaten Konawe Utara
8. Dokumentasi Kegiatan PBL III Kelompok 18 Desa Taipa Kecamatan Lembo Kabupaten Konawe Utara
9. Mapping Desa Taipa Kecamatan Lembo Kabupaten Konawe Utara

**DAFTAR NAMA KELOMPOK 18 PBL III DESA TAIPA
KECAMATAN LEMBO KABUPATEN KONAWE UTARA**

No.	Nama	NIM	Tanda Tangan
1	LD. FALDI	J1A1 15 058	1.
2	SYARWAN SYAHRIR	J1A1 15 125	2.
3	WA ITA	J1A1 15 134	3.
4	MAYARNAWATI	J1A1 15 065	4.
5	PURNAMA SARI	J1A1 15 099	5.
6	SRI FITRIANI	J1A1 15 237	6.
7	WD. SITI ROSMEIYULIAWATI M.	J1A1 15 139	7.
8	FIONITHA WASTUTI	J1A1 15 035	8.
9	PIPIT MUSDHALIFA	J1A1 15 196	9.
10	VINA ROSA	J1A1 15 130	10.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut Winslow (1920) berpendapat bahwa kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan, melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat untuk memperbaiki sanitasi lingkungan, pemberantasan penyakit-penyakit menular, pendidikan untuk kebersihan perorangan, pengorganisasian pelayanan-pelayanan medis dan perawatan untuk diagnosa dini dan pengobatan dan pembangunan rekayasa sosial untuk menjamin setiap orang terpenuhi kebutuhan hidup yang layak dalam memelihara kesehatannya. Pengorganisasian masyarakat dalam rangka pencapaian tujuan-tujuan kesehatan masyarakat yang pada hakikatnya adalah menghimpun potensi masyarakat atau sumber daya yang ada didalam itu sendiri untuk upaya-upaya preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif kesehatan mereka sendiri. Pengorganisasian itu dapat dilakukan dalam bentuk penghipunan dan pengembangan potensi dan sumber-sumber daya masyarakat yang pada hakikatnya menumbuhkan, membina dan mengembangkan partisipasi masyarakat di bidang pembangunan kesehatan masyarakat.

Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dan modal dasar manusia agar dapat menjalani hidup yang wajar dengan berkarya dan menikmati kehidupan secara optimal. Sebagai kebutuhan sekaligus hak dasar, kesehatan harus menjadi milik setiap orang dimanapun dia berada melalui peran aktif

individu dan masyarakat untuk senantiasa menciptakan lingkungan yang sehat, serta berperilaku sehat agar dapat hidup secara produktif. Selain itu sehat juga merupakan suatu keseimbangan biopsiko, sosial, cultural serta spiritual pada garis pertahanan klien, yakni fleksibel, normal serta resisten (Neuman 1982).

Menurut *World Health Organization* (WHO) (1974), sehat adalah suatu keadaan yang lengkap meliputi kesejahteraan fisik, mental dan sosial bukan semata-mata bebas dari penyakit dan atau kelemahan. Dalam konsep sehat menurut WHO tersebut diharapkan adanya keseimbangan yang serasi dalam interaksi antara manusia, makhluk hidup lain, dan dengan lingkungannya. Sebagai kesimpulan dari konsep WHO tersebut, maka yang dikatakan manusia sehat adalah tidak sakit, tidak cacat, tidak lemah, bahagia secara rohani, sejahtera secara sosial, sehat secara jasmani.

Dalam UU Kesehatan No. 36 Tahun 2009, kesehatan didefinisikan sebagai keadaan sehat baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Dengan demikian upaya kesehatan yang dilakukan merupakan serangkaian kegiatan terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan atau masyarakat (Menkes, 2009).

Berbicara mengenai kesehatan, maka akan membahas dua hal yang berhubungan dengan kesehatan, yaitu: konsep sehat dan konsep sakit.

Menurut Undang-Undang No. 23 Tahun 1992 sehat adalah keadaan sejahtera dari badan (jasmani), jiwa (rohani), dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara social dan ekonomi. Dari definisi tersebut, dapat disimpulkan bahwa sehat secara fisik adalah suatu keadaan di mana bentuk fisik dan fungsinya tidak mengalami gangguan sehingga memungkinkan berkembangnya mental atau psikologis dan sosial untuk dapat melaksanakan kegiatan sehari-hari dengan normal.

Menurut Perkin's sakit adalah suatu keadaan tidak menyenangkan yang menimpa seseorang sehingga menimbulkan gangguan dalam aktivitas sehari-hari, baik aktivitas jasmani, rohani maupun sosial. Sakit berarti suatu keadaan yang memperlihatkan adanya keluhan dan gejala sakit secara subjektif dan objektif sehingga penderita tersebut memerlukan pengobatan untuk mengembalikan keadaan sehat itu. (perkin's 1937)

Keadaan sakit sering digunakan untuk menilai tingkat kesehatan suatu masyarakat. Untuk mengetahui tingkat kesehatan dapat dilakukan pengukuran-pengukuran nilai unsur tubuh (berat badan, tekanan darah, frekuensi pernapasan, pemeriksaan cairan tubuh dan lainnya). Keadaan sakit merupakan akibat dari kesalahan adaptasi terhadap lingkungan (maladaptation) serta reaksi antara manusia dan sumber-sumber penyakit. Sakit juga sering di hubungkan dengan perilaku suatu aktivitas yang operasional dan merupakan aktualisasi sikap seseorang atau sekelompok orang dalam atau terhadap suatu situasi dan kondisi lingkungan dan merupakan respon terhadap suatu lingkungan Sarwono (2004).

Bertitik tolak dari konsep kesehatan secara umum, maka konsep kesehatan perlu diterapkan pada semua aspek kehidupan. Di dalam kesehatan masyarakat menurut konsep paradigma sehat maka ciri pokoknya adalah upaya preventif (pencegahan penyakit) dan promotif (peningkatan kesehatan) (Notoatmodjo, 2007).

Berbagai upaya telah diupayakan baik dari pihak pemerintah maupun pihak swasta dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, diantaranya berhubungan dengan profesionalisme petugas kesehatan. Upaya mempersiapkan calon-calon tenaga kesehatan yang professional terutama dalam bidang promotif dan preventif adalah dengan mendesain kurikulum yang mengarahkan peserta didik agar dapat memahami permasalahan-permasalahan yang dihadapi oleh masyarakat untuk selanjutnya melakukan pengembangan program intervensi menuju perubahan masyarakat yang diinginkan. Bentuk kongkrit dari upaya tersebut adalah dilakukannya Pengalaman Belajar Lapangan (PBL).

Pengalaman Belajar Lapangan (PBL) adalah proses belajar untuk mendapatkan kemampuan dibidang kesehatan masyarakat. Kemampuan professional kesehatan masyarakat merupakan kemampuan spesifik yang harus dimiliki oleh seorang tenaga profesi kesehatan masyarakat, yaitu :

1. Menerapkan diagnosis kesehatan masyarakat yang intinya mengenali, merumuskan dan menyusun prioritas masalah kesehatan masyarakat;

2. Mengembangkan program penanganan masalah kesehatan masyarakat yang bersifat promotif dan preventif;
3. Bertindak sebagai manajer madya yang dapat berfungsi sebagai pelaksana, pengelola, pendidik, dan peneliti;
4. Melakukan pendekatan masyarakat dan
5. Bekerja dalam tim multidisipliner.

Dari kemampuan-kemampuan itu ada 4 (empat) kemampuan yang diperoleh melalui PBL, yaitu :

1. Menetapkan diagnosis kesehatan masyarakat.
2. Mengembangkan program intervensi kesehatan masyarakat.
3. Melakukan pendekatan masyarakat.
4. Interdisiplin dalam bekerja secara tim.

Untuk mendukung peranan ini diperlukan pengetahuan mendalam tentang masyarakat, pengetahuan ini antara lain mencakup kebutuhan (need) dan permintaan (demand) masyarakat, sumber daya yang bisa dimanfaatkan, angka-angka kependudukan dan cakupan program, dan bentuk-bentuk kerjasama yang bisa digalang.

Dalam rangka ini diperlukan 3 (tiga) jenis data penting, yaitu :

1. Data umum (geografi dan demografi)
2. Data kesehatan
3. Data yang berhubungan dengan kesehatan

Ketiga data ini harus dikumpulkan dan dianalisis. Data diagnosis kesehatan masyarakat memerlukan pengolahan mekanisme yang panjang dan

proses penalaran dalam analisisnya. Melalui PBL pengetahuan itu dapat diperoleh dengan sempurna. Dengan begitu maka PBL mempunyai peranan yang sangat penting dan strategis, untuk itu PBL harus dilaksanakan secara benar.

B. Maksud dan Tujuan PBL

Maksud dari kegiatan Pengalaman Belajar Lapangan II (PBL) II ini adalah sebagai suatu wahana bagi mahasiswa untuk mengaplikasikan dan menerapkan ilmu kesehatan di masyarakat. Kegiatan pendidikan keprofesian yang sebagian besar berbentuk PBL bertujuan untuk:

1. Meningkatkan kemampuan profesi kesehatan masyarakat yang berorientasi kesehatan masyarakat.
2. Meningkatkan kemampuan dasar profesional dalam pengembangan dan kebijakan kesehatan.
3. Menumbuhkan dan mengembangkan kemampuan mendekati problematik kesehatan masyarakat secara holistik.
4. Meningkatkan kemampuan profesi kesehatan masyarakat dalam menangani permasalahan kesehatan masyarakat.

Adapun tujuan dari kegiatan Pengalaman Belajar Lapangan (PBL) II diharapkan agar mahasiswa mampu: Mengetahui dan memahami struktur masyarakat serta organisasinya;

1. Mengenal karakteristik serta norma-norma dalam masyarakat dan lingkungannya;
2. Dapat mengidentifikasi masalah hasil pengumpulan data dasar dan data sekunder;
3. Bersama-sama dengan masyarakat menentukan masalah kesehatan setempat;
4. Mengenal tujuan pokok dan fungsi sarana pelayanan kesehatan masyarakat
5. Mengenal dan memahami institusi lain dan organisasi yang terkait dengan bidang kesehatan masyarakat;
6. Bersama dengan masyarakat membuat prioritas masalah yang berhubungan dengan status kesehatan masyarakat, (berdasarkan hasil pengumpulan data dasar dan sekunder pada PBL II);
7. Bersama-sama dengan masyarakat membuat prioritas program dan merencanakan program untuk menyelesaikan masalah yang diprioritaskan, lalu diseminarkan di lokasi masing-masing;
8. Mempersiapkan pelaksanaan program yang dipilih pada PBL berikutnya;
9. Bekerja sama secara tim dalam berbagai kegiatan kelompok;
10. Membuat laporan PBL II, dan mempersiapkan pelaksanaan program evaluasi pada PBL III.

BAB II

GAMBARAN UMUM LOKASI

A. Keadaan Geografi dan Demografi

Keadaan geografis merupakan bentuk alam, yang meliputi batas wilayah, luas wilayah, dan kondisi topografi wilayah serta orbitasinya. Sedangkan demografi merupakan aspek kependudukan masyarakat setempat.

1. Geografi

Geografi terdiri dari dua buah kata yaitu “*geo*” yang artinya bumi, dan “*grafi*” yang artinya gambaran, sehingga dapat diartikan bahwa geografi adalah gambaran muka bumi suatu wilayah. Berikut dijelaskan mengenai keadaan geografi Desa Taipa yang meliputi luas wilayah, batas wilayah, topografi, keadaan iklim, dan orbitasinya.

a. Luas Wilayah

Desa Taipa merupakan salah satu desa yang berada di Kecamatan Lembo Kabupaten Konawe Utara dengan luas wilayah 15,82 km² yang terdiri atas lahan pemukiman seluas 500 Ha/m², lahan perkebunan 904 Ha/m², lahan perkuburan 2 Ha/m², lahan perkantoran 2 Ha/m², luas pekarangan 6 Ha/m² dan lahan lainnya seluas 189 Ha/m². Desa Taipa terdiri dari 3 dusun.

b. Batas Wilayah

Desa Taipa merupakan desa yang memiliki luas wilayah 15,82 Km². Dilihat dari segi geografi, Desa Taipa memiliki batas-batas wilayah sebagai berikut :

- 1) Sebelah utara berbatasan dengan laut, Kecamatan Lembo
- 2) Sebelah selatan berbatasan dengan Selat Tiworo, Kecamatan Tikep, Kabupaten Muna
- 3) Sebelah barat berbatasan dengan Desa Tongalingo, Kecamatan Lembo
- 4) Sebelah timur berbatasan dengan Desa Pasir Putih, Kecamatan Lembo

c. Topografi

Desa Taipa merupakan daerah pesisir yang memiliki kontur wilayah yang berbukit-bukit dengan tinggi dari permukaan laut 400 mdpl.

d. Keadaan Iklim

Pada dasarnya, Desa Taipa memiliki iklim yang sama dengan wilayah Sulawesi Tenggara lainnya yang beriklim tropis. Kisaran suhu di Desa Taipa adalah 27° C hingga 34° C. seperti daerah lain di Indonesia, Taipa memiliki 2 (dua) musim, yaitu musim hujan dan musim kemarau. Musim hujan biasanya terjadi pada bulan Maret sampai dengan bulan Mei. Sedangkan musim kemarau biasanya terjadi pada bulan Juni sampai dengan bulan November. Namun, dikarenakan pemanasan global, maka keadaan cuaca dan iklim menjadi tidak menentu.

e. Orbitasi

Adapun orbitasi Desa Taipa adalah sebagai berikut :

- 1) Jarak dari ibukota kecamatan adalah ± 30 Km.

- 2) Lama jarak tempuh ke ibukota kecamatan dengan kendaraan bermotor ± 25 menit.
 - 3) Lama jarak tempuh ke ibukota kecamatan dengan berjalan kaki dengan kendaraan non bermotor adalah ± 180 menit.
 - 4) Jarak tempuh ke ibu kota kabupaten/kota adalah 50 Km.
 - 5) Lama jarak tempuh ke ibu kota kabupaten dengan kendaraan bermotor adalah 80 menit.
 - 6) Lama jarak tempuh ke ibu kota kabupaten dengan berjalan kaki atau kendaraan non bermotor adalah 360 menit.
 - 7) Jarak tempuh ke ibu kota propinsi adalah 90 Km.
 - 8) Lama jarak tempuh ke ibu kota provinsi dengan kendaraan bermotor ± 120 menit.
 - 9) Lama jarak tempuh ke ibu kota provinsi dengan berjalan kaki atau kendaraan non bermotor adalah ± 1440 menit.
- f. Sejarah Terbentuknya Desa Taipa
- Desa Taipa adalah pemekaran dari Desa Lembo yang diusulkan sejak tahun 1994 terhadap Pemerintah Kota Kendari. Seiring dengan pertumbuhan penduduk dan keinginan yang kuat untuk membentuk desa yang mandiri, dimana sebelumnya Desa Taipa masih termasuk bagian dari desa tongalingo. Tahun 1994 akhirnya pembagian dua wilayah tongalingo merubah satu desa menjadi Desa Taipa.
- Taipa berasal dari Nama buah mangga yang biasanya penduduk setempat menyebutnya mangga Taipa, dimana mangga ini konon

memiliki ukuran yang besar yang ketika di lempar di laut, mangga ini mengapung.

2. Demografi

Berdasarkan data yang diperoleh dari buku Profil Desa dan Kelurahan Desa Taipa, jumlah penduduk di Desa Taipa berjumlah 553 jiwa dengan jumlah 162 Kepala Keluarga. Jumlah kepala keluarga di setiap dusun dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 1. Jumlah Kepala Keluarga Berdasarkan Dusun di Desa Taipa Kecamatan Lembo Kabupaten Konawe Utara Tahun 2017

No.	Nama Dusun	Jumlah (KK)	Persentase (%)
1	Dusun I	84	50,3
2	Dusun II	38	19,5
3	Dusun III	40	30,2
Total		162	100

Sumber :Data Sekunder Tahun 2017

Berdasarkan tabel di atas, dapat dilihat bahwa jumlah kepala keluarga terbesar berada pada dusun I dengan jumlah 84 KK (50,3%) dan kepala keluarga dengan jumlah terkecil berada pada dusun II dengan jumlah 38 KK (19,5%).

Sedangkan jumlah penduduk berdasarkan jenis kelamin di Desa Taipa Kecamatan Lembo Kabupaten Konawe Utara dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 2. Jumlah Penduduk Berdasarkan Jenis Kelamin di Desa Taipa Kecamatan Lembo Kabupaten Konawe Utara Tahun 2017

No.	Jenis Kelamin	Jumlah (jiwa)	Persentase (%)
1	Laki-laki	230	41,6
2	Perempuan	323	58,4
Total		553	100

Sumber : Data Sekunder Tahun 2017

Berdasarkan tabel 2, dapat terlihat bahwa penduduk laki-laki di Desa Taipa berjumlah 230 jiwa dengan persentase sebesar 41,6%, sedangkan penduduk perempuan berjumlah 323 jiwa dengan persentase sebesar 58,4%.

Sebagian besar penduduk di Desa Taipa memiliki mata pencaharian sebagai nelayan, sedangkan penduduk lainnya memiliki mata pencaharian sebagai petani, wiraswasta, berdagang, peternak honorer dan PNS.

B. Status Kesehatan Masyarakat

1. Lingkungan

Lingkungan adalah komponen yang mempunyai implikasi sangat luas bagi kelangsungan hidup manusia, khususnya menyangkut status kesehatan seseorang. Lingkungan yang dimaksud dapat berupa lingkungan internal dan eksternal yang berpengaruh, baik secara langsung maupun tidak langsung pada individu, kelompok, atau masyarakat seperti lingkungan yang bersifat biologis, psikologis, sosial, kultural, spiritual, iklim, sistem perekonomian, politik, dan lain-lain. Lingkungan dapat dikelompokkan menjadi 3 (tiga), yaitu lingkungan fisik, lingkungan biologis, dan lingkungan sosial.

a. Lingkungan Fisik

Lingkungan Fisik dapat dilihat dari keadaan lingkungan seperti kondisi perumahan, air bersih, jamban keluarga, pembuangan sampah dan SPAL.

1) Perumahan

Kondisi perumahan di Desa Taipa umumnya sudah layak untuk dihuni. Sebagian besar rumah sudah bersifat permanen. Akan tetapi dari segi kepemilikan plafon, hampir semua rumah tidak memiliki plafon sehingga rumah tersebut tidak memiliki langit-langit rumah. Sebagian besar rumah memiliki atap yang kedap air, dan memiliki pencahayaan, temperatur, dan suhu yang baik.

2) Air bersih

Pada umumnya, sumber air bersih masyarakat di Desa Taipa berasal dari sumur gali. Sumur gali tersebut merupakan sumur gali milik sendiri ataupun milik bersama. Ditinjau dari kualitas air khususnya dari segi kualitas fisiknya, sebagian besar air yang berasal dari sumur gali belum memenuhi syarat.

3) Jamban Keluarga

Sebagian besar masyarakat di Desa Taipa sudah memiliki jamban. Jenis jamban yang mereka miliki adalah jamban jenis leher angsa. Adapun masyarakat yang tidak memiliki jamban, mereka menggunakan jamban bersama maksudnya mereka menumpang dengan tetangga atau saudaranya yang memiliki jamban.

4) Pembuangan Sampah dan SPAL

Pada umumnya, masyarakat Desa Taipa tidak memiliki tempat pembuangan sampah dan SPAL. Sebagian besar sampah yang dihasilkan oleh masyarakat di bakar ataupun dibuang ke laut. Adapun masyarakat yang memiliki tempat sampah belum memenuhi syarat tempat sampah yang sehat. Sebagian besar masyarakat pun tidak memiliki SPAL, dan rumah yang memiliki SPAL hanya sedikit yang memenuhi standar kesehatan.

b. Lingkungan Biologi

Lingkungan biologi dapat dilihat dari keadaan lingkungan yang tercemar oleh mikroorganisme. Hal ini disebabkan oleh pembuangan semua jenis limbah masyarakat yang berasal dari aktivitas sehari-hari masyarakat sekitar. Limbah padat yang dibuang ke pekarangan sebelum dibakar akan memicu pekarangan tersebut menjadi sumber reservoir dan tempat perkembangbiakan vektor penyakit seperti nyamuk, lalat, dan vektor penyakit lainnya.

c. Lingkungan Sosial

Lingkungan sosial masyarakat Desa Taipa tergolong baik. Meskipun awalnya terjadi kesalahpahaman antara Bapak Kepala Desa dan para Ketua Dusun, yang mempermasalahkan tempat/posko yang akan menjadi tempat tinggal kami, dimana pada awalnya kami dikoordinasikan oleh Bapak Kepala Desa ke Villa kosong dekat pinggir laut, namun dengan melihat kondisi Villa yang tidak

memungkinkan untuk kami ditinggali, para Ketua Dusun tidak setuju dengan ide tersebut, sehingga pada akhirnya ada warga sekaligus pemerintah daerah setempat yang datang menawarkan rumahnya untuk menjadi tempat/posko kami, yang merespon dan mendukung kegiatan kami selama PBL I ini. Serta interaksi terjalin dengan baik antara kami dengan warga setempat dan masih adanya hubungan kekeluargaan yang baik antara warga Desa Taipa.

Selain itu juga dapat dilihat dari tingkat pendidikan dan pendapatan masyarakat Desa Taipa secara tidak langsung akan mempengaruhi status kesehatan masyarakat. Tingkat pendapatan masyarakat di Desa Taipa umumnya telah dapat dikatakan cukup untuk memenuhi kebutuhannya sehari-hari. Namun pada umumnya tingkat pendidikan masih tergolong rendah sehingga sangat mempengaruhi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) masyarakat dan status kesehatan masyarakat setempat.

2. Perilaku

Menurut Bekher (1979), Perilaku Kesehatan (*Health Behavior*) yaitu hal-hal yang berkaitan dengan tindakan atau kegiatan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Termasuk juga tindakan-tindakan untuk mencegah penyakit, kebersihan perorangan, memilih makanan, sanitasi, dan sebagainya. Perilaku kesehatan pada dasarnya adalah suatu respons seseorang (*organisme*) terhadap stimulus

yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, serta lingkungan.

3. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan di Desa Taipa telah tergolong memadai. Untuk puskesmas induk, desa ini masih belum memiliki puskesmas induk khusus untuk Desa Taipa. Namun, desa ini telah memiliki sebuah puskesmas pembantu dan sebuah posyandu.

a. Fasilitas Kesehatan

Tabel 3. Fasilitas Kesehatan Desa Taipa Kecamatan Lembo Kabupaten Konawe Utara Tahun 2017

No.	Jenis Fasilitas	Sumber		Jumlah	Ket.
		Pemerintah	Swasta		
1	Puskesmas Induk	-	-	-	
2	Puskesmas Pembantu	√	-	1 unit	
3	Posyandu	√	-	1 unit	
4	Polindes	-	-	-	

Sumber : Data Sekunder Tahun 2017

Berdasarkan tabel 3, dapat terlihat bahwa Desa Taipa telah memiliki 1 (satu) unit puskesmas membantu dan 1 (satu) unit posyandu. Puskesmas pembantu Desa Taipa tercatat aktif dalam melayani penduduk setempat sementara posyandu tercatat rutin melakukan kegiatan posyandu tiap bulan untuk memeriksakan status gizi ibu

hamil, bayi, dan balita yang diselenggarakan pada tanggal 22 setiap bulannya.

b. Tenaga Kesehatan

Untuk tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Lembo dapat dilihat dalam tabel berikut :

Tabel 4. Distribusi Staf Puskesmas Lembo Kabupaten Konawe Utara Berdasarkan Jenis Ketenagaan Tahun 2017

No.	Jenis Tenaga	Status Kepegawaian				Jumlah
		PNS	PTT	Honda	Sukarela	
1	Dokter umum	-	2	-	-	2
2	Dokter Gigi	-	1	-	-	1
3	Adminkes	1	-	-	1	2
4	Kesehatan Masyarakat	1	-	-	-	1
5	Perawat	12	-	-	4	16
6	Bidan Klinik	-	1	-	-	1
7	Sanitarian	3	-	-	-	3
8	Nutrisionis	1	-	-	-	1
9	Farmasi	1	-	-	-	1
10	Staf Administrasi	2	-	-	-	2
11	Tenaga Kesehatan Lain	5	-	-	2	7
Jumlah		26	4	-	7	37

Sumber : bppsdmk.kemkes.go.id

Berdasarkan tabel 4, tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas Lembo telah cukup memadai untuk melayani 16 wilayah kerja yang terdapat di Kecamatan Lembo.

4. Sepuluh Besar Penyakit

Daftar sepuluh besar penyakit yang terdapat di wilayah kerja Puskesmas Lembo dapat dilihat pada tabel berikut

Tabel 5. Daftar Sepuluh Besar Penyakit di Wilayah Kerja Puskesmas Lembo Kabupaten Konawe Utara Tahun 2017

No.	Penyakit	Jumlah	Persentase (%)
1	ISPA	47	20
2	Influenza	38	10
3	Hipertensi	44	12
4	Asma	30	9
5	Febris	46	15
6	Gastritis	45	9
7	Cepalgia	39	8
8	Malaria Klinis	36	6
9	Rheumatik	36	6
10	Kolesterol	28	5
Jumlah		389	100

Sumber : Data Sekunder Tahun 2017

Berdasarkan tabel 5, dapat diketahui bahwa ISPA merupakan penyakit dengan jumlah tertinggi di wilayah kerja Puskesmas Lembo

yaitu 47 kasus dengan persentase 20%, sedangkan penyakit dengan jumlah terendah adalah Kolesterol yaitu 28 kasus atau 5%

Sepuluh penyakit dengan penderita terbesar di wilayah kerja Puskesmas Palangga adalah sebagai berikut :

a. ISPA

ISPA adalah singkatan dari Infeksi Saluran Pernapasan Akut atau URI (bahasa Inggris) singkatan dari *Under Respiratory Infection* adalah penyakit infeksi yang bersifat akut dimana melibatkan organ saluran pernapasan mulai dari hidung, sinus, laring hingga alveoli. Infeksi adalah invasi tubuh oleh patogen atau mikroorganisme yang mampu menyebabkan sakit (Potter & Perry, 2005).

Saluran pernafasan adalah organ tubuh yang memiliki fungsi menyalurkan udara atmosfer ke paru-paru begitu pula sebaliknya. Saluran pernafasan dimulai dari hidung, rongga telinga tengah, laring, trakea, bronkus, alveoli, termasuk pleura.

Saluran pernafasan adalah organ tubuh yang memiliki fungsi menyalurkan udara atmosfer ke paru-paru begitu pula sebaliknya. Saluran pernafasan dimulai dari hidung, rongga telinga tengah, laring, trakea, bronkus, alveoli, termasuk pleura.

Infeksi akut disini adalah mengacu kepada waktu yaitu Infeksi yang berlangsung hingga 14 hari. Batas 14 hari diambil untuk menunjukkan proses akut meskipun untuk beberapa kasus ISPA dapat berlangsung lebih dari 14 hari. Dilihat dari arti dalam bahasa Inggris

(URI) sehingga ISPA sering disalahartikan sebagai infeksi saluran pernapasan atas. ISPA sendiri sebenarnya mencakup infeksi saluran pernapasan bagian atas dan saluran pernapasan bagian bawah.

Sebagian besar penyakit jalan napas bagian atas disebabkan oleh virus dan pada umumnya tidak dibutuhkan terapi antibiotik. Pada balita jarang ditemukan faringitis oleh kuman streptococcus. Namun bila ditemukan infeksi kuman streptococcus misalnya pada radang telinga akut harus diobati dengan antibiotik penisilin.

Gejala klinis penyakit ISPA, Sistem respiratorik: nafas cepat, kadang napas tak teratur, retraksi dinding dada, napas cuping hidung, sianosis, suara napas lemah, wheezing. Sistem kardial: takikardi, bradikardi, hipertensi, hipotensi dan cardiac arrest, Sistem cerebral : gelisah, sakit kepala, bingung, papil edema, kejang, koma. Sistem integumen : berkeruput banyak.

Penularan ISPA terutama melalui droplet (percikan air liur) yang keluar saat penderita bersin, batuk, udara pernapasan yang mengandung kuman yang terhirup oleh orang sehat. Penularan juga dapat terjadi melalui kontak atau kontaminasi tangan oleh sekret saluran pernapasan, hidung, dan mulut penderita.

b. Influenza

Influenza (atau “flu”) disebabkan oleh infeksi virus influenza A, B, dan lebih jarang, C. Penyakit ini terutama berdampak terhadap tenggorok dan paru-paru, tetapi juga dapat mengakibatkan masalah jantung dan

bagian lain tubuh, terutama di kalangan penderita masalah kesehatan lain. Virus-virus influenza tetap berubah, dan mengakibatkan wabah setiap musim dingin di. Setelah beberapa dasawarsa, jenis influenza baru akan muncul yang mengakibatkan wabah (atau pandemi) yang parah dan meluas.

Gejala-gejala biasanya timbul satu sampai tiga hari setelah infeksi seperti demam, sakit kepala, sakit otot dan sendi, sakit tenggorokan, batuk, hidung beringsus atau tersumbat lelah parah.

Kebanyakan penderita sembuh dalam waktu seminggu. Dibandingkan dengan banyak infeksi lain (misalnya pilek), influenza cenderung mengakibatkan gejala dan komplikasi yang lebih parah. Komplikasi dapat termasuk pneumonia, kegagalan jantung atau semakin parahnya penyakit lain.

Virus ini sebagian terutama ditularkan dari orang ke orang melalui tetesan setelah orang yang terinfeksi batuk atau bersin, atau melalui bersentuh (mis. ketika seseorang berjabat tangan dengan orang lain). Lebih mudah untuk terkena influenza di tempat yang tertutup atau sesak.

Apabila demam, sakit kepala dan sakit otot dapat diringankan dengan parasetamol dan istirahat. Obat untuk influenza (oseltamivir dan zanamivir) dapat mengurangi parahnya dan jangka waktu penyakit jika digunakan dalam waktu dua hari dari gejala pertama. Obat ini hanya tersedia dengan resep dari dokter.

c. Hipertensi

Hipertensi (tekanan darah tinggi) adalah kondisi umum dimana cairan darah dalam tubuh menekan dinding arteri dengan cukup kuat hingga akhirnya menyebabkan masalah kesehatan. Menurut Badan Kesehatan Dunia (WHO), penyakit tekanan darah tinggi merupakan peningkatan tekanan darah sistolik lebih besar atau sama dengan 160 mmHg dan atau tekanan diastolik sama atau lebih besar 95 mmHg.

Hipertensi merupakan suatu keadaan terjadinya peningkatan tekanan darah yang memberi gejala berlanjut pada suatu target organ tubuh sehingga timbul kerusakan lebih berat seperti stroke (terjadi pada otak dan berdampak pada kematian yang tinggi), penyakit jantung koroner (terjadi pada kerusakan pembuluh darah jantung) serta penyempitan ventrikel kiri / bilik kiri (terjadi pada otot jantung). Selain penyakit tersebut dapat pula menyebabkan gagal ginjal, penyakit pembuluh lain, diabetes mellitus dan lain-lain.

Sebagian besar gejala klinis timbul setelah mengalami hipertensi bertahun-tahun berupa : nyeri kepala saat terjaga, kadang-kadang disertai mual dan muntah, akibat peningkatan tekanan darah intrakranial, penglihatan kabur akibat kerusakan retina akibat hipertensi, ayunan langkah yang tidak mantap karena kerusakan susunan saraf pusat, nokturia karena peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus, edema dependen dan pembengkakan akibat peningkatan tekanan kapiler.

Gejala lain yang umumnya terjadi pada penderita hipertensi yaitu pusing, muka merah, kelelahan, sakit kepala, mudah marah, keluaran

darah dari hidung secara tiba-tiba (mimisan), tengkuk terasa pegal, sesak napas, tinitus (dengung pada telinga) dan susah tidur (Wiryowidagdo, 2002).

Faktor risiko penyebab hipertensi adalah umur, riwayat keluarga, kebiasaan merokok, konsumsi garam, konsumsi lemak jenuh (kolesterol), obesitas, kurangnya olahraga dan stress.

d. Asma

Definisi asma menurut Global Initiative for Asthma (GINA), asma adalah gangguan inflamasi kronik pada saluran napas dengan berbagai sel yang berperan, khususnya sel mast, eosinofil dan limfosit T. Pada individu yang rentan inflamasi, mengakibatkan gejala episode mengi yang berulang, sesak napas, dada terasa tertekan, dan batuk khususnya pada malam atau dini hari. Gejala ini berhubungan dengan obstruksi saluran napas yang luas dan bervariasi dengan sifat sebagian reversibel baik secara spontan maupun dengan pengobatan. Inflamasi ini juga berhubungan dengan hipereaktivitas jalan napas terhadap berbagai rangsangan.

Asma adalah gangguan inflamasi kronik saluran napas yang melibatkan banyak sel dan elemennya. Inflamasi kronik menyebabkan peningkatan hiperesponsif jalan napas yang menimbulkan gejala episodik berulang berupa mengi, sesak napas, dada terasa berat dan batukbatuk terutama malam dan atau dini hari.

Penyakit asma merupakan proses inflamasi dan hipereaktivitas saluran napas yang akan mempermudah terjadinya obstruksi jalan napas.

Kerusakan epitel saluran napas, gangguan saraf otonom, dan adanya perubahan pada otot polos bronkus juga diduga berperan pada proses hipereaktivitas saluran napas. Peningkatan reaktivitas saluran nafas terjadi karena adanya inflamasi kronik yang khas dan melibatkan dinding saluran nafas, sehingga aliran udara menjadi sangat terbatas tetapi dapat kembali secara spontan atau setelah pengobatan. Hipereaktivitas tersebut terjadi sebagai respon terhadap berbagai macam rangsang.

Dikenal dua jalur untuk bisa mencapai keadaan tersebut. Jalur imunologis yang terutama didominasi oleh IgE dan jalur saraf otonom. Pada jalur yang didominasi oleh IgE, masuknya alergen ke dalam tubuh akan diolah oleh APC (*Antigen Presenting Cells*), kemudian hasil olahan alergen akan dikomunikasikan kepada sel Th (T penolong) terutama Th2 . Sel T penolong inilah yang akan memberikan intruksi melalui interleukin atau sitokin agar sel-sel plasma membentuk IgE, sel-sel radang lain seperti mastosit, makrofag, sel epitel, eosinofil, neutrofil, trombosit serta limfosit untuk mengeluarkan mediator inflamasi seperti histamin, prostaglandin (PG), leukotrien (LT), *platelet activating factor* (PAF), bradikinin, tromboksin (TX), dan lain-lain. Sel-sel ini bekerja dengan mempengaruhi organ sasaran yang dapat menginduksi kontraksi otot polos saluran pernapasan sehingga menyebabkan peningkatan permeabilitas dinding vaskular, edema saluran napas, infiltrasi sel-sel radang, hipersekresi mukus, keluarnya plasma protein melalui mikrovaskuler bronkus dan fibrosis sub epitel sehingga menimbulkan hipereaktivitas saluran napas.

Faktor lainnya yang dapat menginduksi pelepasan mediator adalah obat-obatan, latihan, udara dingin, dan stress

Asma merupakan inflamasi kronik saluran napas. Berbagai sel inflamasi berperan terutama sel mast, eosinofil, sel limfosit T, makrofag, neutrofil dan sel epitel. Faktor lingkungan dan berbagai faktor lain berperan sebagai penyebab atau pencetus inflamasi saluran napas pada penderita asma. Inflamasi terdapat pada berbagai derajat asma baik pada asma intermiten maupun asma persisten. Inflamasi dapat ditemukan pada berbagai bentuk asma seperti asma alergi, asma nonalergi, asma kerja dan asma yang dicetuskan aspirin

Risiko berkembangnya asma merupakan interaksi antara faktor pejamu (host factor) dan faktor lingkungan. Faktor pejamu disini termasuk predisposisi genetik yang mempengaruhi untuk berkembangnya asma, yaitu genetik asma, alergi (atopi) , hipereaktiviti bronkus, jenis kelamin dan ras. Faktor lingkungan mempengaruhi individu dengan kecenderungan/ predisposisi asma untuk berkembang menjadi asma, menyebabkan terjadinya eksaserbasi dan atau menyebabkan gejala-gejala asma menetap Termasuk dalam faktor lingkungan yaitu alergen, sensitisasi lingkungan kerja, asap rokok, polusi udara, infeksi pernapasan (virus), diet, status sosioekonomi dan besarnya keluarga.

Etiologi asma masih menjadi perdebatan di kalangan para ahli, namun secara umum terjadinya asma dipengaruhi oleh faktor genetik dan faktor lingkungan. Faktor genetik diantaranya riwayat atopi, pada

penderita asma biasanya mempunyai keluarga dekat yang juga memiliki alergi. Hipereaktivitas bronkus ditandai dengan saluran napas yang sangat sensitif terhadap berbagai rangsangan alergen atau iritan. Jenis kelamin, pada pria merupakan faktor risiko asma pada anak. Sebelum usia 14 tahun, prevalensi asma pada anak laki-laki adalah 1,5-2 kali dibanding anak perempuan. Menjelang dewasa perbandingan tersebut kurang lebih berjumlah sama dan bertambah banyak pada perempuan usia menopause. Obesitas, ditandai dengan peningkatan *Body Mass Index* (BMI) > 30kg/m². Mekanismenya belum diketahui pasti, namun diketahui penurunan berat badan penderita obesitas dengan asma dapat memperbaiki gejala fungsi paru, morbiditas dan status kesehatan

Alergen dalam lingkungan tempat tinggal seperti tungau, debu rumah, spora jamur, kecoa, serpihan kulit binatang seperti anjing, kucing, dll adalah faktor lingkungan yang dapat mencetuskan terjadinya asma. Begitu pula dengan serbuk sari dan spora jamur yang terdapat di luar rumah. Faktor lainnya yang berpengaruh diantaranya alergen makanan (susu, telur, udang, kepiting, ikan laut, kacang tanah, coklat, kiwi, jeruk, bahan penyedap, pengawet, dan pewarna makanan), bahan iritan (parfum, *household spray*, asap rokok, cat, sulfur,dll), obat-obatan tertentu (golongan *beta blocker* seperti aspirin), stress/gangguan emosi, polusi udara, cuaca, dan aktivitas fisik.

Menurut *Global Initiative for Asthma* (GINA) asma dibagi menjadi

4 yaitu :

1.) Asma intermitten, ditandai dengan :

- a.) gejala kurang dari 1 kali seminggu;
- b.) eksaserbasi singkat;
- c.) gejala malam tidak lebih dari 2 kali sebulan;
- d.) bronkodilator diperlukan bila ada serangan;
- e.) jika serangan agak berat mungkin memerlukan kortikosteroid;
- f.) APE atau $VEP1 \geq 80\%$ prediksi; 7) variabiliti APE atau $VEP1 < 20\%$

2.) Asma persisten ringan, ditandai dengan :

- a.) gejala asma malam $>2x/bulan$;
- b.) eksaserbasi $>1x/minggu$, tetapi $<1x/hari$;
- c.) eksaserbasi mempengaruhi aktivitas dan tidur;
- d.) membutuhkan bronkodilator dan kortikosteroid;
- e.) APE atau $VEP1 \geq 80\%$ prediksi;
- f.) variabiliti APE atau $VEP1 20-30\%$

3.) Asma persisten sedang, ditandai dengan :

- a.) gejala hampir tiap hari;
- b.) gejala asma malam $>1x/minggu$;
- c.) eksaserbasi mempengaruhi aktivitas dan tidur;
- d.) membutuhkan steroid inhalasi dan bronkhodilator setiap hari;
- e.) APE atau $VEP1 60-80\%$;
- f.) variabiliti APE atau $VEP1 >30\%$

4.) Asma persisten berat, ditandai dengan :

- a.) APE atau VEPI <60% prediksi;
- b.) variabiliti APE atau VEPI >30%

e. Febris

Febris/demam adalah kenaikan suhu tubuh diatas variasi sirkadian yang normal sebagai akibat dari perubahan pada pusat termoreguler yang terletak dalam hipotalamus anterior (Isselbacher 1999).

Demam belum terdiagnosa adalah suatu keadaan dimana seorang penderita mengalami demam terus-menerus selama 1 minggu dengan suhu diatas 38,3 o C dan belum ditemukan penyebabnya walaupun telah diteliti selama 1 minggu secara intensif dengan menggunakan sarana laboratorium dan penunjang lainnya (Soeparman, 2002).

Salah satu kondisi tersebut yaitu demam/febris adakalanya demam ringan hingga demam panas sekali, sehingga usaha mengobatinya pun bermacam-macam, mulai dari cara sederhana sampai ada yang pergi ke dokter , /Rumah sakit ,namun jarang orang mengetahui apa penyebabnya. Beberapa hal yang mempercepat penyebaran demam di negara urbanisasi kepadatan penduduk . Sumber air minum dan standar hygiene industri pengolahan makanan yang masih rendah. (Soegijanto, 2002).

Terjadinya Demam biasanya terjadi akibat tubuh terpapar infeksi mikroorganisme(virus, bakteri, parasit). Demam juga bisa disebabkan oleh faktor non infeksi seperti kompleks imun, atau inflamasi (peradangan)

lainnya. Ketika virus atau bakteri masuk kedalam tubuh, berbagai jenis sel darah putih atau leukosit melepaskan “zat penyebab demam(pirogen endogen)” yang selanjutnya memicu produksi prostaglandin E2 di hipotalamus anterior, yang kemudian meningkatkan nilai-ambang temperatur dan terjadilah demam. Selama demam, hipotalamus cermat mengendalikan kenaikan suhu sehingga suhu tubuh jarang sekali melebihi 41°C. (Soeparman, 2002).

Demam atau febris merupakan pengeluaran panas yang tidak mampu untuk mempertahankan kecepatan pengeluaran kelebihan produksi panas yang mengakibatkan peningkatan suhu tubuh abnormal. Demam yang berhubungan dengan infeksi kurang lebih hanya 29-52% sedangkan 11-20% dengan keganasan, 4% dengan penyakit metabolik dan 11-12% dengan penyakit lain. Dampak demam jika tidak mendapatkan penanganan lebih lanjut antara lain dehidrasi sedang hingga berat, kerusakan neurologis dan kejang demam (Febrile Convulsion).

Demam biasanya disebabkan oleh infeksi selain itu juga disebabkan oleh keadaan toksemia, karena keganasan atau reaksi terhadap pemakaian obat. Gangguan pada pusat regulasi suhu sentral dapat meninggi dan temperatur seperti pada head stroke, peredaran otak, atau gangguan sentral lainnya. Pada perdarahan internal pada saat teradanya absorpsi darah dapat pula menyebabkan peningkatan temperatur (Soeparman, 2002).

Demam terjadi bila pembentukan panas melebihi pengeluaran. Demam dapat berhubungan dengan infeksi, penyakit kolagen, keganasan, penyakit metabolik maupun penyakit lain (Julia, 2003).

Keadaan demam sejak zaman Hippocrates sudah diketahui sebagai petanda penyakit. Suhu penderita biasanya diukur dengan termometer air raksa dan tempat pengambilannya dapat diaksila, oral atau rektum. Suhu tubuh normal berkisar antara $36,50^{\circ}\text{C}$ – $37,20^{\circ}\text{C}$. Suhu sub normal dibawah 36°C . Dengan demam pada umumnya diartikan suhu tubuh diatas $37,20^{\circ}\text{C}$. Hiperpireksia adalah suhu keadaan kenaikan suhu tubuh sampai setinggi $41,20^{\circ}\text{C}$ atau lebih, hipertermi adalah keadaan suhu tubuh dibawah $3,50^{\circ}\text{C}$. Biasanya terdapat perbedaan antara pengukuran suhu tubuh di aksila, oral dan rektum. Dalam keadaan biasa perbedaan ini berkisar sekitar $0,50^{\circ}\text{C}$, suhu rektal lebih tinggi dari pada suhu oral. Demam terjadi karena pelepasan pirogen dari dalam leukosit yang sebelumnya telah terangsang oleh pirogen oksigen yang dapat berasal dari mikroorganisme atau merupakan suatu hasil reaksi imunologi yang tidak berdasarkan suatu infeksi. Dewasa ini diduga bahwa pirogen adalah suatu protein yang identik dengan *interleukin 1*. Di dalam hipotalamus, zat ini merangsang pelepasan asam arakidonat serta mengakibatkan peningkatan sintesis prostaglandin E_2 yang langsung dapat menyebabkan suatu pireksia (Soeparman, 2002)

f. Gastritis

Gastritis adalah proses inflamasi pada lapisan mukosa dan submukosa lambung dan secara histopatologi dapat dibuktikan dengan adanya infiltrasi sel- sel radang pada daerah tersebut (Valle, 2008).

Gastritis terjadi akibat ketidakseimbangan antara faktor penyebab iritasi lambung atau disebut juga faktor agresif seperti HCl, pepsin, dan faktor pertahanan lambung atau faktor defensif yaitu adanya mukus bikarbonat.

Penyebab ketidakseimbangan faktor agresif-defensif antara lain adanya infeksi *Helicobacter pylori* (H.pylori) yang merupakan penyebab yang paling sering (30–60%), penggunaan obat-obatan yaitu obat golongan *Antiinflamasi Non-Steroid* (OAINS), kortikosteroid, obat-obat anti tuberkulosa serta pola hidup dengan tingkat stres tinggi, minum alkohol, kopi, dan merokok.

Terjadinya gastritis disebabkan karena produksi asam lambung yang berlebih asam lambung yang semula membantu lambung malah merugikan lambung. Dalam keadaan normal lambung akan memproduksi asam sesuai dengan jumlah makanan yang masuk. Tetapi bila pola makan kita tidak teratur, lambung sulit beradaptasi dan lama kelamaan mengakibatkan produksi asam lambung yang berlebih.

Penyebab asam lambung tinggi adalah aktivitas padat sehingga telat makan, stress yang tinggi, yang berimbas pada produksi asam lambung berlebih, makanan dan minuman yang memicu tingginya sekresi asam lambung seperti makanan dan minuman dengan rasa asam, pedas,

kecut, berkafein tinggi, mengandung vitamin C dosis tinggi, termasuk buah-buahan.

Pasien gastritis sering mengeluhkan rasa sakit ulu hati, rasa terbakar, mual, dan muntah. Hal ini sering mengganggu aktivitas pasien sehari-hari yang pada akhirnya menyebabkan produktivitas dan kualitas hidup pasien menurun. Komplikasi gastritis sering terjadi bila penyakit tidak ditangani secara optimal. Terapi yang tidak optimal menyebabkan gastritis berkembang menjadi ulkus peptikum yang pada akhirnya mengalami komplikasi perdarahan, peritonitis, bahkan kematian (Valle, 2008).

Pengobatan gastritis meliputi terapi konservatif dan medikamentosa. Terapi konservatif meliputi perubahan pola hidup, mengatasi stres, tidak merokok, berhenti minum alkohol, atau kopi. Terapi medikamentosa atau terapi farmakologis adalah terapi yang menggunakan obat – obatan. Terapi farmakologis meliputi obat – obatan yang menetralkan keasaman lambung seperti antasida, obat yang dapat mengurangi produksi asam lambung yaitu Antagonis Histamin-2 (AH2), *Proton Pump Inhibitor* (PPI), obat yang meningkatkan faktor defensif lambung yaitu Agonis Prostaglandin atau Sukralfat dan Antibiotik untuk eradikasi *H.pylori*.

g. Cephalgia

Nyeri kepala atau *cephalgia* adalah nyeri yang dirasakan di daerah kepala atau merupakan suatu sensasi tidak nyaman yang dirasakan pada

daerah kepala (Goadsby, 2002) . Nyeri kepala merupakan salah satu gangguan sistem saraf yang paling umum dialami oleh masyarakat. Telah dilakukan penelitian sebelumnya bahwa dalam 1 tahun, 90% dari populasi dunia mengalami paling sedikit 1 kali nyeri kepala. Menurut WHO dalam banyak kasus nyeri kepala dirasakan berulang kali oleh penderitanya sepanjang hidupnya.

Nyeri kepala diklasifikasikan oleh International Headache Society, menjadi nyeri kepala primer dan sekunder. Yang termasuk ke dalam nyeri kepala primer antara lain adalah: nyeri kepala tipe tegang (TTH - *Tension Type Headache*), migrain, nyeri kepala cluster dan nyeri kepala primer lain, contohnya *hemicrania continua*. Nyeri kepala primer merupakan 90% dari semua keluhan nyeri kepala. Nyeri kepala juga dapat terjadi sekunder, yang berarti disebabkan kondisi kesehatan lain (Goadsby, 2002).

Migrain tanpa aura merupakan nyeri kepala vaskuler, unilateral, rekuren, dengan gejala khas yaitu nyeri kepala yang berdenyut. Migrain termasuk ke dalam derajat nyeri kepala sedang-berat, dapat berlangsung 4-72 jam jika pasien tidak melakukan pengobatan (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2009). Laporan WHO menunjukkan bahwa 3000 serangan migrain terjadi setiap hari untuk setiap juta dari populasi di dunia (WHO, 2001). Serangan migrain pertama kebanyakan dialami pasien pada 3 dekade pertama kehidupan dan angka kejadian tertinggi didapatkan pada usia produktif, yaitu pada rentang usia rentang

usia 25 - 55 tahun (Lipton, *et al.*, 2003). Biasanya penderita migrain juga memiliki riwayat penyakit tersebut pada keluarganya (Silberstein, 2007).

Migrain diklasifikasikan menjadi migrain tanpa aura dan migrain dengan aura (International Headache Society, 2004). Pada semua usia, migrain tanpa aura lebih banyak terjadi dibandingkan dengan migrain dengan aura, dengan rasio kurang lebih antara 1,5 - 2:1 (Rasmussen, 2001). Dari beberapa penelitian juga didapatkan data bahwa sebagian besar migrain yang dialami perempuan usia reproduksi merupakan migrain tanpa aura (Steiner, 2003).

Migrain pada saat ini menduduki urutan ke 20 dari semua penyakit yang menyebabkan disabilitas di dunia (Migrain Research Foundation). Penelitian sebelumnya juga melaporkan hal yang sama (Stovner, 2007), bahwa penderita migrain mengalami gangguan dalam melakukan aktivitas sehari-hari saat serangan timbul. Berdasarkan hal-hal yang dipaparkan di atas, dapat disimpulkan bahwa nyeri kepala migrain merupakan jenis nyeri kepala yang cukup sering terjadi di masyarakat, dengan gejala klinis yang bervariasi dan menimbulkan disabilitas, namun begitu belum banyak penelitian yang dilakukan mengenai nyeri kepala migrain itu sendiri, terutama di Indonesia.

h. Malaria

Malaria adalah kata yang berasal dari bahasa Italia, yang artinya mal : buruk dan area : udara, jadi secara harfiah berarti penyakit yang sering timbul di daerah dengan udara buruk akibat dari lingkungan yang

buruk. Selain itu, juga bisa diartikan sebagai suatu penyakit infeksi dengan gejala demam berkala yang disebabkan oleh parasit *Plasmodium* (*Protozoa*) dan ditularkan oleh nyamuk *Anopheles* betina. Terdapat banyak istilah untuk malaria yaitu paludisme, demam intermitens, demam Roma, demam Chagres, demam rawa, demam tropik, demam pantai dan ague. Dalam sejarah tahun 1938 pada *Countess d'El Chincon*, istri Viceroy dari Peru, telah disembuhkan dari malaria dengan kulit pohon kina, sehingga nama quinine digantikan dengan cinchona

Penyebab terbanyak di Indonesia adalah *Plasmodium falciparum* dan *Plasmodium vivax*. Untuk *Plasmodium falciparum* menyebabkan suatu komplikasi yang berbahaya, sehingga disebut juga dengan malaria berat. Malaria termasuk penyakit kosmopolit yang tersebar sangat luas di seluruh dunia, baik di daerah tropis, subtropics maupun daerah beriklim dingin. Malaria ditemukan pada 64° LU (Archangel di Rusia) sampai 32° LS (Cordoba di Argentina), dari daerah ketinggian 2666 m sampai daerah 433 m dibawah permukaan air laut (Laut Mati). Diantara garis lintang dan bujur, terdapat daerah yang bebas malaria, yaitu Pasifik Tengah dan Selatan (Hawaii, Selandia Baru). Keadaan ini dikarenakan tidak ada vektor di tempat bebas malaria tersebut, sehingga siklus hidup parasit tidak dapat berlangsung.

Suatu daerah dikatakan endemis malaria jika secara konstan angka kejadian malaria dapat diketahui serta penularan secara alami berlangsung sepanjang tahun. Peningkatan perjalanan udara internasional dan resistensi terhadap obat antimalaria dapat meningkatkan kasus malaria impor pada turis, pelancong dan imigran

Menurut WHO (1963), malaria di suatu daerah ditemukan dari beberapa kasus, kasus autohton yaitu kasus malaria pada suatu daerah yang terbatas. Kasus indigen, yaitu kasus malaria yang secara alami terdapat pada suatu daerah. Kasus impor, yaitu didapatnya kasus malaria di luar daerah yang biasa dan masuk dari luar daerah. Kasus introdus, kasus malaria yang terbukti terbatas pada suatu daerah dan diperoleh dari malaria impor. Kasus sporadik, yaitu merupakan kasus autohton yang terbatas pada sedikit daerah tapi tersebar. Kasus Indus, didapatnya infeksi secara parenteral misalnya, melalui jarum suntik dan transfusi darah

Gejala penyakit malaria dipengaruhi oleh daya pertahanan tubuh penderita. Waktu terjadinya infeksi pertama kali hingga timbulnya penyakit disebut sebagai masa inkubasi, sedangkan waktu antara terjadinya infeksi hingga ditemukannya parasit malaria didalam darah disebut periode prapaten. Keluhan yang biasanya muncul sebelum gejala demam adalah gejala prodromal, seperti sakit kepala, lesu, nyeri tulang (arthralgia), anoreksia (hilang nafsu makan), perut tidak enak, diare ringan dan kadang merasa dingin di punggung

i. Rematik

Rematik merupakan penyakit yang dapat berujung pada bahaya karena ketika telah mencapai tingkat kronisnya rematik dapat menjadi salah satu penyebab kelumpuhan pada anggota gerak pada tubuh penderita.

Penyebab rematik sampai saat ini belum diketahui, namun diduga dipicu oleh kombinasi berbagai faktor, termasuk kerentanan genetik,

infeksi virus atau perubahan hormon. Perempuan lebih mungkin terkena penyakit rematik dibandingkan laki-laki. Pada wanita yang sudah terkena rematik, kehamilan dan menyusui dapat memperburuk kondisinya.

Penyakit rematik atau yang dalam bahasa medisnya disebut *Rheumatoid Arthritis* (RA) adalah peradangan sendi kronis yang disebabkan oleh gangguan autoimun. Gangguan autoimun terjadi ketika sistem kekebalan tubuh yang berfungsi sebagai pertahanan terhadap penyusup seperti virus, bakteri, dan jamur, keliru menyerang sel dan jaringan tubuh sendiri.

Rematik sering disebut dengan rheumatismos, rheumatism, reumatik atau rematik yang secara sederhana bisa diartikan sebagai kondisi kerusakan sendi akibat tidak lancarnya proses perbaikan secara terus-menerus dalam sendi tersebut

Keadaan tersebut akan semakin parah dengan hadirnya cairan yang dianggap jahat (mukus) yang mengalir dari otak sendi dan struktur lain di dalam tubuh. Karenanya, para ahli kedokteran memasukkan penyakit ini dalam kelompok penyakit pada sendi atau reumatologi. Rematik memiliki tiga keluhan utama yaitu nyeri di bagian sendi dan alat gerak, terasa kaku dan lemah. Keluhan tersebut disertai dengan tiga tanda yaitu sendi bengkak, otot lemah dan gangguan otak. Sekitar 90% penderita rematik adalah orang yang berusia di atas 60 tahun. Jika usia kita telah melewati 50 tahun, sebaiknya jangan terlalu banyak melakukan aktivitas yang membebani anggota badan.

j. Kolestero

Kolesterol adalah suatu zat lemak yang beredar di dalam darah, berwarna kekuningan dan berupa seperti lilin, yang diproduksi oleh hati dan sangat diperlukan oleh tubuh. Kolesterol termasuk golongan lipid yang tidak terhidrolisis dan merupakan sterol utama dalam jaringan tubuh manusia. Kolesterol mempunyai makna penting karena merupakan unsur utama dalam lipoprotein plasma dan membran plasma serta menjadi prekursor sejumlah besar senyawa steroid (City & Noni, 2013).

Kolesterol terbentuk secara alamiah. Dari segi ilmu kimia, kolesterol merupakan senyawa kompleks yang dihasilkan oleh tubuh dengan bermacam-macam fungsi, antara lain untuk membuat hormon seks, hormon korteks adrenal, vitamin D, dan untuk membuat garam empedu yang membantu usus untuk menyerap lemak. Jadi, bila takarannya pas atau normal, kolesterol adalah lemak yang berperan penting dalam tubuh (Sri Nilawati dkk, 2008). Kolesterol tidak larut dalam darah. Kolesterol diangkut ke berbagai jaringan dalam tubuh dengan bantuan senyawa yang tersusun atas lemak dan protein, yakni lipoprotein (Jonathan Morrel, 2010). Kolesterol yang diproduksi oleh tubuh terdiri dari 2 jenis, yaitu kolesterol HDL (*High Density Lipoprotein*) yang biasa disebut dengan kolesterol baik dan kolesterol LDL (*Low Density Lipoprotein*) disebut dengan kolesterol jahat. Kolesterol LDL akan menumpuk pada dinding pembuluh darah arteri koroner yang menyebabkan penyumbatan, karena itu LDL disebut sebagai kolesterol jahat (Kowalski, 2010).

Kelebihan kadar kolesterol dalam darah disebut dengan hiperkolesterolemia (Mayes, 2003). *American Heart Association* (AHA) memperkirakan lebih dari 100 juta penduduk Amerika memiliki kadar kolesterol total >200 mg/dl yang termasuk kategori cukup tinggi dan lebih dari 34 juta penduduk dewasa Amerika memiliki kadar kolesterol total >240 mg/dl yang termasuk tinggi dan membutuhkan terapi (Mayes, 2003).

Berdasarkan laporan Badan Kesehatan Dunia (WHO) tahun 2002, tercatat sebanyak 4,4 juta kematian akibat hiperkolesterolemia atau sebesar 7,9% dari jumlah total kematian (Agam, 2012). Data yang dihimpun oleh WHO dalam *Global status report on non-communicable diseases* tahun 2008 memperlihatkan bahwa faktor resiko hiperkolesterolemia pada wanita di Indonesia lebih tinggi yaitu 37,2% dibandingkan dengan pria yang hanya 32,8% (Anonim, 2011). Prevalensi hiperkolesterolemia pada kelompok usia 25-34 tahun adalah 9,3% dan meningkat sesuai dengan pertambahan usia hingga 15,5% pada kelompok usia 55-64 tahun. (Ruth Grace, Aurika, Carolin, 2012). Hiperkolesterolemia dapat diklasifikasikan berdasarkan penyebabnya yaitu hiperkolesterolemia primer terutama disebabkan oleh faktor genetik, usia, jenis kelamin dan hiperkolesterolemia sekunder yang disebabkan oleh kebiasaan diet lemak jenuh, kurangnya aktivitas fisik, obesitas serta sindrom nefrotik (Matfin, 2003).

Hiperkolesterolemia biasanya tidak menunjukkan gejala khas, seringkali seseorang baru mengetahui terkena hiperkolesterolemia ketika

mereka melakukan pemeriksaan kesehatan ke pelayanan kesehatan atau karena keluhan lain. Hanya saja gejala yang sering ditemui yaitu sering pusing di kepala bagian belakang, tengkuk dan pundak terasa pegal, sering pegal, kesemutan di tangan dan kaki bahkan ada yang mengeluhkan dada sebelah kiri terasa nyeri seperti tertusuk. Jika hiperkolesterolemia ini dibiarkan begitu saja, akan meningkatkan risiko terjadinya penyakit jantung koroner dan stroke (Dadan, 2012). Data dari Badan Kesehatan Dunia (WHO) menunjukkan 20% serangan stroke dan lebih dari 50% serangan jantung disebabkan oleh kadar kolesterol tinggi. Kasusnya di Indonesia meningkat per tahunnya sebanyak 28 persen dan menyerang usia produktif yaitu usia di bawah 40 tahun

C. Faktor Sosial dan Budaya

Faktor sosial budaya merupakan faktor yang berpengaruh secara tidak langsung terhadap derajat kesehatan masyarakat, baik itu kondisi sosial yang meliputi agama, tingkat pendidikan, pekerjaan maupun adat istiadat ataupun budaya setempat.

1. Agama

Agama yang dianut oleh penduduk Desa Taipa adalah Islam. Berikut tabel selengkapnya :

Tabel 6. Distribusi Penduduk Berdasarkan Agama yang Dianut di Desa Taipa Kecamatan Lembo Kabupaten Konawe Utara Tahun 2017

No	Agama yang Dianut	Jumlah (Jiwa)	Persentase (%)
1	Islam	553	100
2	Kristen	-	-
3	Hindu	-	-
4	Budha	-	-
Total		553	100

Sumber : Data Sekunder Tahun 2017

Berdasarkan tabel di atas, dapat terlihat bahwa semua penduduk Desa Taipa menganut agama Islam yakni sebanyak 553 jiwa dengan persentase sebesar 100%.

2. Budaya

Masyarakat Desa taipa sebagian besar merupakan suku Tolaki. Dialek yang mereka gunakan masyarakat di desa ini bahasa indonesia. Namun, terdapat pula etnis lain yaitu suku Bugis, Jawa, Tolaki , Bajo ,Muna dan Buton

Desa taipa dikepalai oleh seorang kepala desa dan dibantu oleh aparat pemerintah desa lainnya, seperti sekretaris desa, kepala dusun, tokoh agama, dan tokoh masyarakat yang ada di desa ini.

Kegiatan-kegiatan sosial yang dilakukan oleh warga yaitu berupa mengikuti posyandu yang dilakukan setiap bulan pada tanggal 22, dan kegiatan keagamaan. Adapun kegiatan-kegiatan tersebut didukung dengan sarana-sarana yang terdapat di desa ini. Sarana yang terdapat di wilayah Desa Taipa yaitu sebagai berikut:

a. Sarana Pendidikan

Terdapat sebuah Sekolah Dasar (SD), dan Taman Kanak-Kanak. Di desa Taipa tidak terdapat Sekolah Menengah Atas (SMA) dan Sekolah Menengah Pertama (SMP).

b. Sarana Kesehatan

Terdapat sebuah Puskesmas Pembantu di wilayah kerja Desa Taipa dan sebuah Posyandu Desa Taipa yang rutin melakukan kegiatan posyandu setiap tanggal 22.

c. Sarana Peribadatan

Sarana peribadatan yang terdapat di Desa Taipa berupa sebuah Masjid.

d. Sarana Olahraga

Di Desa taipa terdapat sebuah lapangan bola dan sebuah lapangan voli yang terletak di Dusun 2.

3. Pendidikan

Ditinjau dari tingkat pendidikan masyarakat Desa Taipa, mulai dari penduduk yang mengenyam pendidikan sampai tingkat SD dengan jumlah 25 jiwa, penduduk yang mengenyam pendidikan sampai tingkat SMP dengan jumlah 26 jiwa, penduduk yang mengenyam pendidikan sampai tingkat SMA dengan jumlah 20 jiwa, penduduk yang mengenyam pendidikan sampai ke tingkat diploma dan strata berjumlah 2 jiwa, sedangkan penduduk yang tidak mengenyam

pendidikan atau sekitar sementara mengenyam pendidikan berjumlah 8 jiwa.

4. Ekonomi

Keadaan ekonomi masyarakat Desa Taipa meliputi pekerjaan dan pendapatan.

a. Pekerjaan

Sebagian besar penduduk di Desa Taipa memiliki mata pencaharian sebagai nelayan, sedangkan penduduk lainnya memiliki mata pencaharian sebagai petani, PNS , honorer, wiraswasta dan karyawan swasta

b. Pendapatan

Pendapatan masyarakat di Desa taipa masih tergolong rendah. Sebagian besar pendapatan masyarakat di desa ini adalah < Rp. 500.000

BAB III

IDENTIFIKASI DAN PRIORITAS MASALAH KESEHATAN

A. Identifikasi Masalah Kesehatan

Dalam proses identifikasi dan masalah kesehatan di Desa Taipa Kecamatan Lembo tahun 2017, kami melakukan diskusi untuk menentukan masalah-masalah kesehatan yang terdapat di desa ini. Akhirnya, setelah melalui diskusi yang panjang, kami dapat menemukan 18 permasalahan

kesehatan yang ada di Desa Taipa Kecamatan Lembo tahun 2017. Keputusan tersebut diambil berdasarkan data primer yang berasal dari warga Desa Taipa

Adapun 18 masalah kesehatan tersebut yang ada di Desa Taipa Kecamatan Lembo tahun 2017 adalah sebagai berikut:

- a. Berkaitan dengan masalah TPS, masih banyak masyarakat Desa Taipa yang tidak memiliki tempat pembuangan sampah (TPS) dan mengelola sampah dengan cara yaitu dengan cara membakarnya.
- b. Berkaitan dengan masalah jamban, masih terdapat masyarakat Desa Taipa yang belum memiliki jamban.
- c. Berkaitan dengan masalah Air Bersih, masih banyak masyarakat Desa Taipa yang mengeluhkan kurangnya air bersih karena air yang mereka gunakan sebagian berwarna kuning.
- d. Berkaitan dengan masalah PHBS, masih rendahnya pengetahuan warga di Desa Taipa untuk mencuci tangan dengan sabun sebelum dan sesudah melakukan aktivitas
- e. Berkaitan dengan TPS, masih banyak warga Desa Taipa yang tidak memiliki TPS.
- f. Berkaitan dengan sakit Maag, ada sebagian warga Desa Taipa yang mengalami sakit maag.
- g. Berkaitan dengan Diare, dimana ada sebagian warga Desa Taipa yang mengalami diare.
- h. Berkaitan dengan Demam, ada sebagian warga Desa Taipa yang mengalami demam dalam satu keluarga.

- i. Berkaitan dengan DBD, ada sebagian warga Desa Taipa yang mengalami DBD.
- j. Berkaitan dengan Sakit Kepala, banyak warga yang mengeluhkan sakit kepala.
- k. Berkaitan dengan Hipertensi.
- l. Berkaitan dengan Alergen, ada sebagian warga yang mengeluhkan allergen seperti gatal-gatal.
- m. Berkaitan dengan ISPA, ada sebagian warga yang mengalami ISPA yaitu sesak nafas dan batuk-batuk.
- n. Berkaitan dengan Reumatik, ada sebagian warga Desa Taipa terutama ibu-ibu yang mengeluhkan sakit lututnya.
- o. Berkaitan dengan influenza, sebagian warga mengalami influenza terutama anak-anak dan balita.
- p. Berkaitan dengan Asma.
- q. Berkaitan dengan meningitis, ada salah satu anak di Desa Taipa yang didiagnosis mengalami meningitis.
- r. Berkaitan dengan perokok, masih banyak warga Desa Taipa yang merokok dalam rumah.

B. Prioritas Masalah

Dalam mengidentifikasi masalah, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan seperti kemampuan sumber daya manusia, biaya, tenaga, teknologi dan lain-lain. Untuk itu, dilakukan penilaian prioritas masalah dari yang paling mendesak hingga tidak terlalu mendesak. Dalam

menentukan prioritas masalah kami lakukan dengan menggunakan metode *USG*(*Urgency, Seriousness, Growth*). Metode *USG* merupakan salah satu cara menetapkan urutan prioritas masalah dengan metode teknik *scoring* 1 – 5 dan dengan mempertimbangkan tiga komponen dalam metode *USG*. Berikut penjelasannya :

- a. *Urgency* berkaitan dengan mendesaknya waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan masalah tersebut. Semakin mendesak suatu masalah untuk diselesaikan maka semakin tinggi urgensi masalah tersebut.
- b. *Seriousness* berkaitan dengan dampak dari adanya masalah tersebut. Semakin tinggi dampak masalah tersebut, maka semakin serius masalah tersebut.
- c. *Growth* berkaitan dengan pertumbuhan masalah. Semakin cepat berkembang masalah tersebut maka semakin tinggi tingkat pertumbuhannya. Suatu masalah yang cepat berkembang tentunya makin tinggi tingkat prioritasnya untuk diatasi permasalahan tersebut.

Semakin tinggi tingkat urgensi, keseriusan, atau sekitar pertumbuhan masalah tersebut, maka semakin tinggi skor untuk masing-masing unsur tersebut.

Setelah kami melakukan perhitungan melakukan metode *USG* dari 18 permasalahan kesehatan yang kami temukan maka diperoleh skor tertinggi dengan permasalahan terbanyak di Desa Taipa adalah air bersih dan TPS, maka itu yang akan menjadi focus kami pelaksanaan itervensi pada PBL III

C. Alternatif Pemecahan Masalah Kesehatan

Terdapat 2 (dua) jenis intervensi penyelesaian masalah, yaitu :

- a. Intervensi Fisik, yaitu intervensi secara langsung.
- b. Intervensi Non-fisik, yaitu intervensi secara tidak langsung, seperti penyuluhan tentang masalah kesehatan.

Setelah menentukan prioritas masalah kesehatan di Desa Taipa, kami kemudian menentukan alternatif penyelesaian masalah. Alternatif pemecahan masalah tersebut terbagi 4, yakni:

- a. Pembuatan Penyaringan Air Sederhana percontohan (intervensi fisik);
- b. Penyuluhan mengenai risiko mengonsumsi air yang tidak bersih atau tidak memenuhi standar kesehatan (intervensi non-fisik).
- c. Pembuatan TPS percontohan (intervensi fisik); dan
- d. Penyuluhan mengenai pengelolaan sampah yang benar (intervensi non-fisik);

D. Prioritas Alternatif Pemecahan Masalah

Adapun untuk penentuan prioritas alternatif pemecahan masalah, kami menggunakan metode CARL (*Capability, Accessibility, Readiness, Leverage*) dengan menggunakan skor 1-5, dimana 1 berarti sangat kecil dan 5 berarti sangat besar untuk diprioritaskan.

Memprioritaskan alternatif pemecahan masalah dengan metode CARL, berarti melihat alternatif tersebut melalui 4 (empat) cara pandang, yakni:

- a. *Capability*; ketersediaan sumber daya seperti dana dan sarana,
- b. *Accessibility*; kemudahan untuk dilaksanakan,

- c. *Readiness*; kesiapan dari warga untuk melaksanakan program tersebut, dan
- d. *Leverage*; seberapa besar pengaruh masalah yang satu dengan yang lain.

Tabel 7. Prioritas Alternatif Pemecahan Masalah Menggunakan Metode CARL di Desa Taipa Kecamatan Lembo Kabupaten Konawe Utara Tahun 2017

No.	Alternatif	C	A	R	L	Total (CxAxRxL)	Ranking
1	Permasalahan Mengenai Sumber Air Bersih Akan Di Selesaikan Dengan Berdiskusi/bersosilasi Kepada Pihak Pemerintah Setempat	4	3	5	4	240	5
2	Penyuluhan Kepada Masyarakat Mengenai PHBS (Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat)	3	4	4	2	96	3
3	Pembuatan TPS percontohan pada masing masing dusun	3	3	5	3	135	4

Sumber : Data Primer PBL II

Berdasarkan penentuan prioritas alternatif pemecahan masalah dengan menggunakan metode CARL diperoleh hasil bahwa kegiatan yang akan dilakukan ke depannya yaitu pembuatan alat penjernih air sederhana sebagai intervensi fisik, sedangkan intervensi non fisiknya berupa berdiskusi/bersosilasi kepada pihak pemerintah setempat Desa Taipa dan pembuatan tempat sampah percontohan pada masing-masing dusun yang merupakan intervensi fisik dan penyuluhan kesehatan mengenai pengelolaan sampah yang benar sebagai bentuk intervensi non fisik.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

Pengidentifikasian masalah kesehatan di Desa Taipa yang didapatkan pada Pengalaman Belajar Lapangan I (PBL 1) menghadirkan beberapa alternatif pemecahan masalah yang akan dilaksanakan pada PBL II. Upaya tersebut dilaksanakan dalam bentuk intervensi dengan cara merealisasikan program-program yang telah direncanakan baik fisik maupun nonfisik saat PBL II.

Sebelum melaksanakan intervensi, terlebih dahulu kami melakukan sosialisasi dengan warga desa Taipa yang dilaksanakan pada hari Selasa, tanggal 11 September 2017 pukul 20.00 WITA sampai selesai dan bertempat di Rumah Kepala Desa Taipa.

Maksud dari pertemuan ini yaitu untuk memantapkan program-program yang telah disepakati pada Pengalaman Belajar Lapangan I sebelumnya. Program yang dimaksud adalah Program Intervensi Fisik dan Intervensi Non Fisik. Program tersebut diperoleh berdasarkan hasil penentuan prioritas masalah yang kami temukan pada Pengalaman Belajar Lapangan pertama (PBL II). Berikut adalah Tabel Penentuan Prioritas Masalah Kesehatan di Desa Taipa Kec.Lembo Kab. Konawe Utara.

Pada pertemuan tersebut, kami meminta pendapat dan kerjasama masyarakat tentang kegiatan intervensi yang akan kami lakukan. Selain itu, kami memperlihatkan dan menjelaskan kepada masyarakat tentang POA (Plan Of Action) atau rencana kegiatan yang akan kami lakukan agar

masyarakat mengetahui dan memahami tujuan dari kegiatan tersebut, kegiatan apa yang akan dilakukan, penanggung jawab kegiatan, waktu dan tempat pelaksanaan kegiatan, siapa saja pelaksana dari kegiatan tersebut, anggaran biaya yang diperlukan serta indikator keberhasilan dan evaluasi.

Dari hasil pertemuan tersebut disepakati beberapa program yang akan dilaksanakan yaitu :

1. Program intervensi fisik berupa pembuatan TPS (Tempat Pembuangan Sampah), dan penyaringan air sederhana
2. Program intervensi non fisik berupa penyuluhan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Cuci Tangan yang Baik dan Benar.

B. Pembahasan

1. Intervensi Fisik

a. Pembuatan TPS (Tempat Pembuangan Sampah)

Hari/tanggal : Sabtu-Minggu, 16-17 September 2017

Tempat : Dusun 2 (Rumah Bapak Kepala LPM)

Bentuk : Pembuatan TPS Percontohan

Alat/Bahan : kayu, skap, palu, paku, penggaris, dan Lem kayu

Ukuran : 50 cm×40 cm (panjang ×lebar)

Adapun metode pembuatan TPS (Tempat Pembuangan sampah Sementara) yaitu sebagai berikut :

1. Pengumpulan semua bahan-bahan yang telah ditentukan yang dilakukan oleh masyarakat, dan dibantu oleh Mahasiswa PBL III Desa Taipa.
2. Pembuatannya di bantu oleh masyarakat Taipa pengukuran panjang lebar kayu yang sudah di sediakan dengan menggunakan mistar.
3. kemudian kayu yang sudah di sediakan di skap untuk di perhalus
4. semua bagian kayu di satukan dan bentuk menggunakan paku dan lem kayu setelah itu di diamakn kering
5. dan yang terakhir di bauatkan lubang di bagian bawahnya untuk tempat keluarnya air sisa sampah

b. Pembuatan Penyaringan Air Sederhana

Hari/tanggal : Senin, 18 September 2017

Tempat : Dusun 2 (Rumah Bapak Kepala Dusun II Taipa)

Bentuk : Pembuatan Penyaringan Air Sederhana Percontohan

Alat/Bahan : 1 ember, sarung sebagai saringan, ijuk, kerikil, pasir, arang kayu, dan pipa

Adapun metode Pembuatan TPS yaitu sebagai berikut :

2. Pengumpulan semua bahan-bahan yang telah ditentukan yang dilakukan oleh masyarakat, dan dibantu oleh Mahasiswa PBL III Desa Taipa.
3. Melubangi ember di bagian samping di sesuaikan dengan ukuran pipa yang akan di pasang
4. Mencuci semua bahan yang akan di jadikan bahan penyaringan seperti ijuk, kerikil, arang kayu dan pasir.
5. Kemudian semua bahan yang sudah disiapkan di masukan ke dalam ember yang sudah di siapkan tadi. Sebelum di masukan ke dalam ember bahan bahan tadi terlebih dahulu di bungkus dengan menggunakan sarung tujuanya untuk menjagga agar air tidak tercemar
6. Pertama masukan ijuk, kemudian kerikil, terus pasir, setelah itu arang dan yang terakhir di kasi ijuk lagi.
7. Yang terakhir kita tunggu airnya keluar selama 10 menit untuk memastikan apakah alat yang di gunakan ini berhasil menjernikan air atau tidak.

2. Intervensi Non Fisik

a. Penyuluhan PHBS Sekolah Dasar

Program kegiatan intervensi non fisik yang kami laksanakan di Sekolah Dasar dilakukan pada hari Rabu tanggal 13 September 2017. Target kami adalah pelajar SD di Kelas 4. Jumlah keseluruhannya adalah 15 orang. Kegiatan penyuluhan ini kami rangkai dengan kegiatan program puskesmas Lembo yang akan sama sama melakukan kegiatan pemeriksaan Garam Beryodium, pemeriksaan Kantin Sekolah dan Penyuluhan Kesehatan Mulut dan Gigi.

Kami memulai penyuluhan pada pukul 09.00 WITA. Kemudian kami memulai penyuluhan kami dengan memperkenalkan diri kami masing-masing. Setelah memperkenalkan diri, kami mulai membagikan pre-post kuisisioner.

Pembagian pre kuisisioner dilakukan sebelum memulai penyuluhan. Hal ini bertujuan untuk mengetahui sampai mana pengetahuan pelajar SD desa Taipa tentang PHBS Sekolah sebelum diadakannya penyuluhan. Kemudian pembagian post kuisisioner dilakukan sesudah penyuluhan. Hal ini bertujuan untuk mengetahui apakah pelajar SD Taipa mengerti dan memahami tentang penyuluhan yang kami bawa dan apakah bisa diterapkan dalam kehidupannya sehari-hari di sekolah.

Saat pembagian kuisisioner, kami menjelaskan tentang bagaimana cara pengisian kuisisioner dan tentang pertanyaan yang ada di kuisisioner kami. saat melakukan pengisian pre kuisisioner, kami mahasiswa PBL III Desa Taipa

mendampingi para siswa untuk melihat apakah mereka mengerti tentang pengisian kuisioner dan mengerti tentang pertanyaan yang ada pada kuisioner.

Setelah selesai pengisian kuisioner kami memulai penyuluhan kami tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di Sekolah. Adapun indikator dari PHBS Sekolah tersebut yaitu :

- 1) Mencuci tangan dengan air bersih dan sabun.
- 2) Sikat gigi yang baik dan benar.

Indikator keberhasilan dari kegiatan ini adalah meningkatnya pengetahuan siswa tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di Sekolah menjadi 60% yang awalnya hanya 30%. Untuk mengetahui berhasil tidaknya kegiatan penyuluhan yang telah kami lakukan maka pada PBL III nanti akan di berikan kembali kuisioner (post test) guna untuk mengetahui keberhasilan penyuluhan yang kami lakukan.

Setelah selesai memberikan post kuisioner, kami mengadakan sebuah permainan. Kami memberikan pertanyaan kepada siswa tentang penyuluhan yang telah kami lakukan. Dan bagi siswa yang benar dalam menjawab pertanyaan tersebut, kami memberikan hadiah. Antusias siswa terhadap permainan yang kami berikan sangat baik. Mereka berlomba-lomba untuk mengacungkan jari mereka dan menjawab dengan benar. Dan kegiatan ini kami tutup dengan mengajak para siswa(i) untuk mencuci tangan yang baik dan benar.

C. Faktor Pendukung dan Faktor Penghambat

1. Faktor Pendukung

Dalam melakukan intervensi pada PBL III ini, banyak faktor yang mendukung sehingga pelaksanaan kegiatan PBL III dapat berlangsung dengan baik dan lancar. Adapun faktor-faktor pendukung tersebut antara lain :

a. Faktor internal

- 1). Kerja sama dan kekompakkan yang tinggi dari kelompok kami dengan masyarakat, sehingga program yang telah direncanakan dapat berjalan lancar.
- 2). Rasa saling pengertian antar anggota kelompok dengan koordinasi Desa Taipa.

b. Faktor Eksternal.

- 1). Peran serta tokoh masyarakat dalam menjelaskan kepada warga tentang bagaimana konsep PBL II ini berjalan di Desa Taipa.
- 2.) Warga desa bersikap kooperatif dan sangat terbuka dalam menerima mahasiswa PBL Kesehatan Masyarakat Universitas Halo Oleo, sehingga memudahkan berlangsungnya program intervensi, baik itu intervensi fisik maupun intervensi non fisik

2. Faktor Penghambat

Faktor yang menjadi penghambat dalam kegiatan ini antara lain :

- 1.) terdapat beberapa masalah social di Desa Taipa seperti kepala Desanya suka tidak sejalan dengan perangkat pemerintahan sehingga sering terjadi miss komunikasi dengan warganya hal itu cukup meyulitkan kami dalam menjalankan program yang sudah di rencanakan
- 2.) Kesibukkan masyarakat Desa Taipa diluar maupun didalam desa untuk berkerja, sehingga menyulitkan kami untuk melakukan penyuluhan kepada masyarakat.
- 3.) Kurangnya swadaya dari masyarakat desa Taipa sehingga pembuatan TPS percontohan yang kami buat sangat sederhana.

BAB V

EVALUASI PROGRAM

A. Tinjauan Umum Tentang Teori Evaluasi

Evaluasi merupakan suatu usaha untuk mengukur dan memberi nilai secara objektif terhadap hasil-hasil yang telah direncanakan sebelumnya. Evaluasi sebagai salah satu fungsi manajemen yang berupaya untuk mempertanyakan efektivitas dan efisiensi pelaksanaan dari suatu rencana sekaligus mengukur hasil-hasil pelaksanaan kegiatan.

B. Tujuan Evaluasi

Tujuan yang ingin dicapai dalam pelaksanaan kegiatan evaluasi PBL III adalah sebagai berikut :

1. Untuk melihat efektivitas suatu program
2. Untuk menilai proses yang terjadi selama kegiatan ini berlangsung
3. Untuk mengukur secara obyektif hasil dari suatu program
4. Untuk menjadikan bahan perbaikan dan peningkatan suatu program
5. Untuk menentukan standar nilai / kriteria keberhasilan.

C. Metode Evaluasi

Jenis evaluasi yang digunakan adalah :

1. Evaluasi process (evaluation of process).
2. Evaluasi dampak (evaluation of effect).

D. Hasil evaluasi

1. Evaluasi Proses (Evaluation Of Process)

Untuk menilai proses yang terjadi selama kegiatan pengalaman belajar lapangan yakni mulai dari identifikasi masalah, prioritas masalah, dan alternatif pemecahan masalah, program intervensi (intervensi fisik dan nonfisik), sampai pada tahap evaluasi.

2. Evaluasi Dampak (Evaluation Of Effect)

Untuk menilai tingkat keberhasilan suatu program intervensi dengan cara membandingkan hasil yang diperoleh sebelum dan sesudah intervensi ataupun dengan membandingkan hasil pendataan pada PBL I dengan PBL III.

E. Kegiatan Fisik

1. Penyaringan Air

a. Topik Penilaian

12 Pokok Bahasan : Penyaringan Air

13 Tipe Penilaian : Efektivitas Program

14 Tujuan Penilaian : Untuk menentukan seberapa besar penambahan jumlah penyaringan air setelah diberikan penyuluhan dan dibuatkan percontohan.

b. Desain Penilaian

12 Desain Study : Survey (menghitung secara langsung jumlah kepemilikan penyaringan oleh warga)

13 Indikator : Bertambahnya jumlah kepemilikan penyaringan air yang ada di Desa Taipa

14 Prosedur pengambilan Data : Dilakukan dengan cara melakukan kunjungan lapangan dan menghitung langsung jumlah penyaringan air yang ada. Responden yaitu semua masyarakat Desa Taipa

c. Pelaksanaan Evaluasi

12 Jadwal Penilaian : Dilaksanakan pada PBL III pada tanggal 12 Maret-18 Maret 2018

13 Petugas Pelaksana : Mahasiswa PBL III Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM) Universitas Halu Oleo Kendari di Desa Taipa Kecamatan Lembo Kabupaten Konawe Utara.

14 Data yang diperoleh : Data yang diperoleh berdasarkan hasil survey evaluasi fisik (penyaringan air) di Desa Taipa Kecamatan Lembo Kabupaten Konawe Utara. Dari 87 responden yang terdapat di dusun I, dusun II, dan dusun III dibuat satu penyaringan air percontohan yakni di dusun II di sekitar rumah Bapak Kepala Dusun, Setelah dilakukan evaluasi, tidak terjadi penambahan jumlah Penyaringan Air di Desa Taipa, karena pada dasarnya penyaringan air sederhana sudah di ketahui oleh masyarakat desa Taipa tapi lagi-lagi masyarakatnya tidak mau mengimplementasikan pengetahuan yang telah mereka ketahui.

1. Evaluasi Pemanfaatan

$$\begin{aligned}
 \text{Persentase Pemanfaatan} &= \frac{\text{Jumlah sarana digunakan}}{\text{Total Penyaringan Air}} \times 100\% \\
 &= \frac{0}{1} \times 100\% \\
 &= 0\%
 \end{aligned}$$

2. Evaluasi Adopsi Teknologi

$$\begin{aligned}
 \text{Persentase Adopsi Teknologi} &= \frac{\text{Jumlah rmh yg membuat Penyaringan Air}}{\text{Total rumah}} \times 100\% \\
 &= \frac{1}{87} \times 100\% \\
 &= 1,14 \%
 \end{aligned}$$

3. Evaluasi Pemeliharaan

$$\begin{aligned}
 \text{Presentase Pemeliharaan} &= \frac{\text{Jml rumah yg memelihara sarana}}{\text{Total rumah yg memiliki sarana}} \times 100\% \\
 &= \frac{0}{1} \times 100\% \\
 &= 0\%
 \end{aligned}$$

4. Evaluasi Menjaga Kebersihan Sarana

$$\begin{aligned}
 \text{Persentase Menjaga Kebersihan} &= \frac{\text{Jml sarana yg sering dibersihkan}}{\text{Jml sarana yg sering digunakan}} \times 100\% \\
 &= \frac{0}{1} \times 100\% \\
 &= 0\%
 \end{aligned}$$

d. Kesimpulan : Setelah dilakukan survey dan menghitung langsung di lapangan, tidak di temukan adanya penambahan jumlah penyaringan air percontohan

e. Faktor Penghambat

- 1) Faktor ekonomi dimana pendapatan masyarakat masih relatif rendah, sehingga masyarakat lebih mementingkan memenuhi kebutuhan makannya terlebih dahulu.
- 2) Kesadaran masyarakat tentang pentingnya kepemilikan Penyaringan Air yang masih rendah.

f. Faktor Pendukung

- 1) Respon yang baik dari masyarakat Desa Taipa terhadap setiap program yang dilakukan oleh mahasiswa PBL.
- 2) Adanya kerjasama yang baik sesama anggota kelompok PBL Desa Taipa.

2. Tempat Pembuangan Sampah Percontohan (TPS)

a. Topik Penilaian

- 12 Pokok Bahasan : Tempat Pembuangan Sampah Percontohan
- 13 Tipe Penilaian : Efektivitas Program
- 14 Tujuan Penilaian : Untuk menentukan seberapa besar penambahan jumlah TPS setelah diberikan penyuluhan dan dibuatkan percontohan.

b. Desain Penilaian

- 12 Desain Study : Survey (menghitung secara langsung jumlah kepemilikan penyaringan oleh warga)
- 13 Indikator : Bertambahnya jumlah kepemilikan penyaringan air yang ada di Desa Taipa

14 Prosedur pengambilan Data : Dilakukan dengan cara melakukan kunjungan lapangan dan menghitung langsung jumlah penyaringan air yang ada. Responden yaitu semua masyarakat Desa Taipa

c. Pelaksanaan Evaluasi

12 Jadwal Penilaian : Dilaksanakan pada PBL III pada tanggal 12 Maret-18 Maret 2018

13 Petugas Pelaksana : Mahasiswa PBL III Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM) Universitas Halu Oleo Kendari di Desa Taipa Kecamatan Lembo Kabupaten Konawe Utara.

14 Data yang diperoleh : Data yang diperoleh berdasarkan hasil survey evaluasi fisik (Tempat Pembuangan Sampah) di Desa Taipa Kecamatan Lembo Kabupaten Konawe Utara. Dari 87 responden yang terdapat di dusun I, dusun II, dan dusun III dibuat satu penyaringan air percontohan yakni di dusun II di sekitar Balai Desa dan TK di desa Taipa, Setelah dilakukan evaluasi, terjadi penambahan jumlah Tempat Pembuangan Sampah (TPS) dan kedua TPS percontohan tetap di gunakan dimanfaatkan serta di pelihara dan dan di jaga dengan baik oleh masing-masing rumah

1. Evaluasi Pemanfaatan

$$\text{Persentase Pemanfaatan} = \frac{\text{Jumlah sarana digunakan}}{\text{Total tempat pembuangan sampah}} \times 100\%$$

$$= \frac{9}{9} \times 100\%$$

$$= 100\%$$

2. Evaluasi Adopsi Teknologi

$$\text{Persentase Adopsi Teknologi} = \frac{\text{Jumlah rmh yg membuat TPS}}{\text{Total rumah}} \times 100\%$$

$$= \frac{9}{87} \times 100\%$$

$$= 10,3 \%$$

3. Evaluasi Pemeliharaan

$$\text{Presentase Pemeliharaan} = \frac{\text{Jml rumah yg memelihara sarana}}{\text{Total rumah yg memiliki sarana}} \times 100\%$$

$$= \frac{9}{9} \times 100\%$$

$$= 100\%$$

4. Evaluasi Menjaga Kebersihan Sarana

$$\text{Persentase Menjaga Kebersihan} = \frac{\text{Jml sarana yg sering dibersihkan}}{\text{Jml sarana yg sering digunakan}} \times 100\%$$

$$= \frac{9}{9} \times 100\%$$

$$= 100\%$$

d. Kesimpulan : Setelah dilakukan survey dan menghitung langsung di lapangan, tidak di temukan adanya penambahan jumlah Tempat Pembuangan Sampah (TPS) dan Tempat Pembuangan Sampah Percontohan tetap di gunakan serta di pelihara dan di jaga kebersihannya.

e. Faktor Penghambat

- 3) Faktor ekonomi dimana pendapatan masyarakat masih relatif rendah, sehingga masyarakat lebih mementingkan memenuhi kebutuhan makannya terlebih dahulu.
- 4) Kesadaran masyarakat tentang pentingnya kepemilikan Penyaringan Air yang masih rendah.

f. Faktor Pendukung

- 3) Respon yang baik dari masyarakat Desa Taipa terhadap setiap program yang dilakukan oleh mahasiswa PBL.
- 4) Adanya kerjasama yang baik sesama anggota kelompok PBL Desa Taipa.

F. Kegiatan Non Fisik (Penyuluhan mengenai PHBS)

1. Pokok Bahasan : Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) tatanan sekolah cara mencuci tangan yang benar (CTPS)
2. Tujuan Penilaian : Untuk memberikan gambaran dan pengetahuan mengenai pentingnya penerapan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat pada anak sekolah dasar dalam kehidupan sehari-hari.
3. Indikator Keberhasilan : Dari seluruh responden yang terdiri dari siswa – siswi SDN 3 Lembo Kelas 4 yang diberi penyuluhan mengalami peningkatan baik dari segi pengetahuan maupun sikap tentang Penyuluhan Cuci Tangan yang benar (CTPS).
4. Prosedur Pengambilan Data : Prosedur pengambilan data yang dilakukan yaitu dengan memberikan pre-test yang kemudian dilanjutkan dengan pemberian intervensi berupa penyuluhan langsung kepada

responden pada pelaksanaan PBL II, selanjutnya dilakukan pemberian post-test pada pelaksanaan PBL III.

5. Pelaksanaan Evaluasi

- a. Jadwal Penilaian : Dilaksanakan pada PBL III tanggal 15 Maret untuk pelaksanaan post-test.
- b. Petugas Pelaksana : Mahasiswa PBL III Jurusan Kesehatan Masyarakat FKM Universitas Halu Oleo Kendari Desa Wonua Kongga Kecamatan Laeya Kabupaten Konawe Selatan.
- c. Data yang diperoleh : Dari hasil uji *Paired T test* menggunakan program SPSS dengan α (0,05) untuk mengetahui perubahan pengetahuan dan sikap responden tentang Penyuluhan Cuci Tangan yang benar (CTPS), diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 9. Hasil Uji *Paired T Test* Pengetahuan tentang PHBS Tatanan Sekolah Siswa–Siswi SDN 3 Lembo Desa Taipa Kongga Kecamatan Lembo Kabupaten Konawe Utara

Evaluasi	Pengetahuan			
	Mean (SD)	Δ Mean (CI 95 %)	T	p
Pre Test	3.70	-0.016 – (-2.637)	- 3.980	0,002
Post Test	7.50			

Sumber : Data Primer 2018

Berdasarkan tabel diatas, diperoleh hasil p (0,002) < α (0,05) untuk pengetahuan yang berarti ada perubahan pengetahuan responden SD N 3 Lembo tentang Penyuluhan Cuci Tangan yang

benar (CTPS) dimana terjadi peningkatan pengetahuan setelah dilakukan penyuluhan.

Tabel 10. Hasil *Pre Test* dan *Post Test* Pengetahuan dan Sikap tentang PHBS Tataan Sekolah Siswa – Siswi SDN 3 Lembo Desa Taipa Kecamatan Lembo Kabupaten Konawe Utara

Evaluasi	Pengetahuan				Jumlah	
	Cukup		Kurang			
	N	%	n	%	n	%
<i>Pre Test</i>	10	75	6	25	16	100
<i>Post Test</i>	16	100	0	0	16	100

Sumber : Data Primer 2018

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa pengetahuan siswa-siswi mengenai Cuci Tangan yang benar (CTPS) di Desa Taipa pada saat *Pre Test* yang berpengetahuan cukup sebanyak 10 responden (75,0%) dan yang berpengetahuan kurang sebanyak 6 responden (25,0%). Sedangkan pada saat *Post Test* semua responden telah berpengetahuan cukup (100%).

d. Kesimpulan : Berdasarkan hasil uji *Paired T test* diketahui ada perubahan pengetahuan dan sikap responden SDN 3 Lembo tentang Cuci Tangan yang benar (CTPS) dan Sikat gigi yang baik dimana terjadi peningkatan sikap dan pengetahuan setelah dilakukan penyuluhan.

6. Faktor Penghambat

Karena umur responden yang masih anak-anak sehingga banyak anak yang saling ganggu dan menyebabkan kurang kondusifnya ruangan saat kuesioner dibagikan.

7. Faktor Pendukung.

Antusias siswa-siswi SDN 3 Lembo yang sangat tinggi dalam mengikuti kegiatan tersebut merupakan salah satu faktor pendukung pada intervensi nonfisik yang telah kami lakukan. Hal ini dibuktikan dengan sambutan yang baik dari siswa-siswi SDN 3 Lembo serta partisipasi aktif dari mereka.

BAB VI

REKOMENDASI

Mengacu pada kegiatan belajar lapangan yang telah kami lakukan, maka rekomendasi yang bisa kami ajukan yaitu :

1. Perlu adanya peningkatan kepemilikan TPS tempat pembuangan sampah sementara dan masyarakat yang belum memilikinya gara bisa berupaya untuk tetap membuat TPS di rumahnya demi terjaga kondisi lingkungan desa yang bersih
2. Selain itu perlu di perhatikan juga untuk lebih banyak menyiapkan Penyaringan Air (adopsi teknologi) untuk masyarakat yang belum memilikinya
3. Bagi anak-anak di Desa Desa Taipa agar tetap meningkatkan pengetahuan yang diperoleh dari penyuluhan mengenai cara mencuci tangan yang benar serta tidak lupa juga tetap mengimplementasikan di kehidupan sehari-harinya
4. Disarankan agar penyuluhan tentang kesehatan masyarakat lebih diintensifkan baik dari pihak pemerintah maupun dari pihak puskesmas.
5. Untuk sektor-sektor terkait hendaknya terus memberikan pembinaan agar kemandirian ekonomi, sosial dan kesehatan masyarakat Desa Taipa terus dapat ditingkatkan.
6. Diharapkan pemerintah untuk lebih memperhatikan mutu pendidikan khususnya pada pengajar dan guru di sarana-sarana pendidikan Desa Taipa terutama pada peningkatan pengetahuan dan sikap tentang kebersihan masing-masing murid sekolah dasar.

7. Diharapkan kepada pemerintah khususnya pemerintah Desa Taipa Kecamatan Lembo Kabupaten Konawe Utara agar selalu meningkatkan perhatian terhadap penyelenggaraan sarana kesehatan di Desa Taipa baik dari sisi fasilitas maupun tenaga kesehatan, sehingga mampu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang lebih baik di Desa Taipa.

BAB VII

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan pembahasan diatas, maka kesimpulan yang dapat ditarik adalah :

1. Intervensi Fisik berupa pembuatan Penyaringan Air percontohan dan pembuatan TPS di Desa Taipa Kecamatan Lembo. Setelah dilakukan survey dan menghitung langsung kelapangan, ditemukan adanya penambahan jumlah TPS di rumah masing-masing warga sedang penyaringan air tidak di temukan adanya penambahan.
2. Intervensi non-fisik berupa penyuluhan kesehatan mengenai Cara Cuci Tangan yang Benar, setelah dilakukan evaluasi dengan uji Paired T Test diketahui ada perubahan pengetahuan tentang cara cuci tangan serta manfaatnya yang dimana terjadi peningkatan pengetahuan setelah dilakukan penyuluhan.

B. Saran

Adapun saran yang dapat kami berikan agar pemerintahan dan masyarakat khususnya di Desa Taipa Kecamatan Lembo Kabupaten Konawe Utara, agar dapat mempertimbangkan rekomendasi yang telah kami berikan bahkan mengaplikasikannya sehingga kita dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Desa Taipa.

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen kesehatan RI.2008.*Pedoman Pengelolaan Promosi Kesehatan Dalam Pencapaian Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat*.2008 : Jakarta
- Damanhuri Eri.2007.*Sampah Indonesia*. Teknik Lingkungan ITB: Bandung
- Kartika Yudhi. 2007. *Pengelolaan Persampahan*.Lingkungan Hidup. Yogyakarta
- Lestari Rima.2014.*Dampak TPS Yang Kurang Terorganisasi Dengan Baik Terhadap Lingkungan Sekitar*.Sarana Perkasa: Jakarta
- NN. 2014. *Laporan Pengalaman Belajar Lapangan (PBL) II Kelompok 19 Desa Ewa Tahun 2014* : Kendari
- NN. 2015. *Laporan Pengalaman Belajar Lapangan (PBL) II Tahun 2015* : Kendari
- NN. 2017. *Laporan Puskesmas Lembo Bulan Maret Dinas Kesehatan Kabupaten Konawe Utara Tahun 2017* : Konawe Utara
- Sri Hartati Samhadi.2008.*Air Dan Sanitasi Untuk Kesehatan*.Kompas : Jakarta
- Yuniar, Nani. 2015. *Administrasi dan Kebijakan Kesehatan*. Fakultas Kesehatan Masyarakat UHO : Kendari

LEMBAR PENGESAHAN MAHASISWA PBL III
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HALUOLEO

DESA : TAIPA
KECAMATAN : LEMBO
KABUPATEN : KONAWE UTARA

Mengetahui,

Kepala Desa Taipa

Koordinator Desa

Burhan

La Ode Faldi
NIM. J1A115058

Menyetujui,
Pembimbing Lapangan

Farit Rezal, SKM., M.Kes.
NIP. 198208072015041002

