

LAPORAN PENGALAMAN BELAJAR LAPANGAN (PBL) II
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HALU OLEO



LOKASI DESA : PANGGOOSI
KECAMATAN : TINANGGEA
KABUPATEN : KONAWE SELATAN

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HALU OLEO
KENDARI
2014

DAFTAR NAMA KELOMPOK I PBL II
DESA PANGGOOSI

1. MUHAMMAD ICSAL MURANDIN ARTHA	J1A1 12 001
2. WA ODE MUSNIATUN	J1A1 12 002
3. MUHAMMAD ICHWAN	J1A1 12 005
4. KAMRUL	J1A1 12 006
5. AGUS SUSANTO	J1A1 12 007
6. DESY SETIANI	J1A1 12 008
7. SARFIAH	J1A1 12 009
8. NYURMASARI	J1A1 12 010
9. MUHAMMAD ILHAM SHOLIHIN	J1A1 12 011
10. ZAINAB HIKMAWATI	J1A1 12 012
11. JUMIATI	J1A1 12 075
12. IRDAYANTI TAHIR	J1A2 12 003
13. SYAMSINAR WULANDARI	J1A2 12 005
14. JEPRI SUSANTO	J1A2 12 006

LEMBAR PENGESAHAN MAHASISWA PBL II
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HALU OLEO

DESA : PANGGOOSI
KECAMATAN : TINANGGEA
KABUPATEN : KONAWE SELATAN

Mengetahui :

Kepala Desa

Koordinator Desa

M. KISRAN H. RAMLI

MUHAMMAD ICHWAN
NIM. J1A1 12 005

Menyetujui :
Pembimbing Lapangan,

PUTU EKA MEIYANA E, SKM., M.PH

KATA PENGANTAR



Puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT, karena atas limpahan rahmat dan taufik-Nya sehingga Laporan Pengalaman Belajar Lapangan II ini dapat terselesaikan sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan berdasarkan dengan kemampuan dan literatur yang kami miliki. Kegiatan pengalaman belajar lapangan ini dilaksanakan di Desa Panggoosi Kecamatan Tinanggea Kabupaten Konawe Selatan yang berlangsung mulai tanggal 16 Desember 2014 – 29 Desember 2014.

Pengalaman belajar lapangan (PBL) adalah proses belajar untuk mendapatkan kemampuan profesional di bidang kesehatan masyarakat. PBL II ini merupakan lanjutan dari PBL I yang telah dilakukan sebelumnya. Pada PBL II akan dilakukan kegiatan intervensi berdasarkan masalah-masalah yang telah diidentifikasi pada PBL I baik intervensi fisik maupun intervensi non fisik yang nantinya akan di evaluasi pada PBL III berikutnya.

Kami selaku peserta Pengalaman Belajar Lapangan (PBL) II anggota kelompok I (satu), tak lupa pula mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Drs. Yusuf Sabilu, M.Si selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Halu Oleo.
2. Bapak Laode Ali Imran Ahmad, SKM., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Kesehatan Masyarakat.

3. Bapak Herianto, SE selaku Camat Tinanggea dan Bapak M. Kasman H. Ramli selaku Kepala Desa Panggoosi beserta seluruh perangkat Desa Panggoosi.
4. Bapak Putu Eka Meiyana E, SKM., M.PH selaku dosen pembimbing.
5. Seluruh dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Halu Oleo yang telah banyak membantu dan mengajari kami selama kegiatan PBL II.
6. Bapak Daeng Lallo dan Ibu Halia selaku pemilik posko PBL II kelompok I (satu) Desa Panggoosi Kecamatan Tinanggea Kabupaten Konawe Selatan.
7. Tokoh masyarakat dan seluruh masyarakat Desa Panggoosi atas bantuan dan telah bersedia menerima kami dengan baik.
8. Seluruh rekan-rekan mahasiswa yang telah banyak membantu terselesainya laporan ini.

Penulis menyadari bahwa Laporan PBL II ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun, sehingga kiranya dapat dijadikan sebagai patokan pada penulisan Laporan PBL berikutnya.

Akhir kata, semoga laporan ini dapat memberikan tambahan pengetahuan dan bermanfaat bagi kita semua. Amin.

Panggoosi, Desember 2014

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

	<i>Halaman</i>
HALAMAN JUDUL	i
DAFTAR NAMA ANGGOTA KELOMPOK	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR ISTILAH / SINGKATAN	vii
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Maksud dan Tujuan PBL II	7
C. Manfaat PBL II	8
BAB II. GAMBARAN UMUM LOKASI	
A. Keadaan Geografi dan Demografi	9
B. Status Kesehatan Masyarakat	18
C. Faktor Sosial dan Budaya	37
BAB III. IDENTIFIKASI DAN PRIORITAS MASALAH	
A. Identifikasi Masalah Kesehatan	42
B. Analisis Dan Prioritas Masalah	49
C. Alternatif Pemecahan Masalah	51
BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil	54
B. Pembahasan	
1. Intervensi Fisik	55
2. Intervensi Non Fisik	58
C. Faktor Pendukung dan Penghambat	61
BAB IV. PENUTUP	
A. Kesimpulan	64
B. Saran	64
DAFTAR PUSTAKA	65
LAMPIRAN	66

DAFTAR TABEL

No.	Judul Tabel	Halaman
Tabel 1	Jumlah Penduduk Desa Panggoosi, Kecamatan Tinanggea Kabupaten Konawe Selatan Berdasarkan Jenis Kelamin Tahun 2014	16
Tabel 2	Jumlah Penduduk Desa Panggoosi, Kecamatan Tinanggea Kabupaten Konawe Selatan Berdasarkan Kelompok Umur Tahun 2014	17
Tabel 3	Jumlah Penduduk berdasarkan Dusun Desa Panggoosi, Kecamatan Tinanggea Kabupaten Konawe Selatan Tahun 2013	18
Tabel 4	Sarana Kesehatan di Desa Panggoosi Tahun 2014	24
Tabel 5	Ketenagaan Puskesmas Tinanggea 2012	25
Tabel 6	Sepuluh Penyakit Terbesar dengan Jumlah Penderita Tertinggi di wilayah kerja Puskesmas Tinanggea Tahun 2014	26
Tabel 7	Distribusi Penduduk Menurut Agama di Desa Panggoosi, Kecamatan Tinanggea Tahun 2014	38
Tabel 8	Masalah Utama di Desa Panggoosi Kecamatan Tinanggea Tahun 2014	49
Tabel 9	Alternatif Pemecahan Masalah dengan Metode CARL di Desa Panggoosi Kecamatan Tinanggea Tahun 2014	54

DAFTAR ISTILAH / SINGKATAN

No.	Singkatan	Kepanjangan / Arti
1.	CARL	<i>Capability</i> atau Kemampuan, <i>Accesssibility</i> atau Kemudahan, <i>Readiness</i> atau Kesiapan dan <i>Leverage</i> atau Daya Ungkit
2.	TPS	Tempat Pembuangan Sampah
3.	SPAL	Saluran Pembuangan Air Limbah
4.	PHBS	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
5.	USG	<i>Urgency, Seriousness, dan Growth</i>
6.	KB	Keluarga Berencana
7.	PUS	Pasangan Usia Subur

DAFTAR LAMPIRAN

1. Daftar hadir peserta PBL II Kelompok I di Desa Panggoosi Kecamatan Tinanggea Kabupaten Konawe Selatan
2. Jadwal pelaksanaan program kerja (*Gant Chart*) PBL II Desa Panggoosi Kecamatan Tinanggea Kabupaten Konawe Selatan
3. POA (*Plan Of Action*) Kegiatan Intervensi Fisik dan Non Fisik PBL II Desa Panggoosi Kecamatan Tinanggea Kabupaten Konawe Selatan
4. Jadwal piket peserta PBL II Kelompok I Desa Panggoosi Kecamatan Tinanggea Kabupaten Konawe Selatan
5. Struktur Organisasi PBL II Kelompok I Kesmas UHO Desa Panggoosi Kecamatan Tinanggea Kabupaten Konawe Selatan
6. Struktur Organisasi Pemerintahan Desa Panggoosi Kecamatan Tinanggea Kabupaten Konawe Selatan
7. Undangan Rapat Intervensi
8. Kuesioner (*pre-post test*)
9. Buku Tamu
10. Buku Keluar
11. Dokumentasi Kegiatan PBL II Kesmas UHO di Desa Panggoosi Kecamatan Tinanggea Kabupaten Konawe Selatan
12. *Mapping*/peta Desa Panggoosi Kecamatan Tinanggea Kabupaten Konawe Selatan

13. Brosur tentang PHBS

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Perubahan pemahaman akan konsep sehat dan sakit lebih mengutamakan pelayanan kesehatan yang bersifat pengobatan (kuratif), peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), dan rehabilitasi (rehabilitatif) (Notoatmodjo, 2003). Pelayanan kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan mengobati penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, kelompok, serta masyarakat (Azwar, 1999).

Pentingnya penerapan paradigma pembangunan kesehatan yaitu paradigma sehat yang merupakan upaya untuk lebih meningkatkan kesehatan bagi masyarakat yang bersifat proaktif. Paradigma sehat tersebut merupakan model pembangunan kesehatan jangka panjang sehingga mendorong masyarakat untuk bersikap mandiri dalam menjaga kesehatan mereka sendiri melalui kesadaran yang lebih tinggi (Entjang, 2000).

Kesehatan masyarakat adalah upaya untuk mengatasi masalah sanitasi yang mengganggu kesehatan atau kesehatan masyarakat ialah sama dengan sanitasi yang kegiatannya ialah bagian dari pencegahan penyakit di masyarakat melalui perbaikan sanitasi lingkungan dan pencegahan penyakit melalui

penyuluhan. Dalam rangka peningkatan derajat kesehatan secara optimal seperti yang telah dicanangkan dalam undang-undang kesehatan, diperlukan adanya peningkatan kualitas tenaga kesehatan baik yang bergerak dalam bidang promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dalam rangka peningkatan derajat kesehatan masyarakat tersebut, maka perlu diketahui masalah-masalah kesehatan yang signifikan, melalui informasi dan data yang akurat serta relevan sehingga dapat diperoleh masalah kesehatan, penyebab masalah, prioritas masalah, serta cara pemecahan atau rencana pemecahan penyebab masalah kesehatannya.

Upaya yang dilakukan untuk merealisasikan hal ini ditempuh melalui pembinaan profesional dalam bidang promotif dan preventif yang mengarah pada pemahaman permasalahan-permasalahan kesehatan masyarakat, untuk selanjutnya dapat dilakukan pengembangan program/intervensi menuju perubahan pola pikir dan perilaku masyarakat yang diinginkan. Salah satu bentuk konkrit upaya tersebut dengan melakukan Pengalaman Belajar Lapangan (PBL).

PBL adalah proses belajar untuk mendapatkan kemampuan profesional di bidang kesehatan masyarakat. Kemampuan profesional 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.
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, dan
4. Interdisiplin dalam bekerja secara rutin

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 kerja sama 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 bisa diperoleh dengan sempurna. Dengan begitu pula maka PBL mempunyai peranan yang sangat penting dan strategis, untuk itu PBL harus dilaksanakan secara benar.

Kegiatan pendidikan keprofesian, yang sebagian besar berbentuk PBL, bertujuan untuk:

1. Menumbuhkan dan mengembangkan kemampuan profesi kesehatan masyarakat berorientasi kesehatan bangsa.
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, menangani permasalahan khusus kesehatan masyarakat.

Bentuk konkrit dari paradigma di atas adalah dengan melakukan pengalaman belajar lapangan, khususnya pengalaman belajar lapangan kedua (PBL II) sebagai tindak lanjut dari PBL I yang merupakan suatu proses belajar untuk melaksanakan kegiatan yang bersangkutan dengan rencana pemecahan masalah kesehatan yang menjadi prioritas bagi masyarakat.

Desa Panggoosi adalah bagian dari wilayah sektor Kecamatan Tinanggea yang berada dibawah kendali pemerintah Kabupaten Konawe Selatan dan merupakan daerah yang memiliki luas wilayah 5.21 km² dengan berbagai potensi alam yang di miliki.

PBL II ini merupakan tindak lanjut dari PBL I yang merupakan suatu proses kegiatan belajar secara langsung di lingkungan masyarakat sebagai laboratorium dari Ilmu Kesehatan Masyarakat.

PBL I dilaksanakan pada tanggal 10 – 24 Juli 2014. Kegiatan tersebut merupakan Kegiatan untuk mengidentifikasi masalah Kesehatan masyarakat di Desa Panggoosi Kecamatan Tinanggea. Selanjutnya PBL II ini dilaksanakan pada tanggal 16 – 30 Desember 2014. Kegiatan PBL II ini merupakan bentuk intervensi dari hasil identifikasi masalah kesehatan masyarakat di Desa Panggoosi tersebut baik secara fisik maupun nonfisik. Bentuk intervensi ini merupakan hasil dari proses memprioritaskan masalah kesehatan masyarakat serta mencari pemecahan masalah yang paling tepat yang ditentukan secara bersama-sama antara mahasiswa PBL II dengan masyarakat setempat.

Adapun kemampuan profesionalisme mahasiswa kesehatan masyarakat yang harus dimiliki dalam pelaksanaan PBL II tersebut, diantaranya mampu menetapkan rencana kegiatan intervensi dalam pemecahan masalah kesehatan yang ada di masyarakat, bertindak sebagai manajer masyarakat yang dapat berfungsi sebagai pelaksana, pendidik, penyuluh dan peneliti, melakukan pendekatan masyarakat, dan bekerja dalam multi disipliner. Prinsip yang

fundamental dalam kegiatan PBL II ini ialah terfokus pada pengorganisasian masyarakat serta koordinasi dengan pemerintah kelurahan ataupun pihak-pihak terkait lainnya. Pengorganisasian masyarakat dalam rangka pencapaian tujuan-tujuan kesehatan masyarakat pada hakekatnya adalah menghimpun potensi masyarakat atau sumber daya masyarakat itu sendiri. Pengorganisasian itu dapat dilakukan dalam bentuk pemberdayaan, penghimpunan, pengembangan potensi serta sumber-sumber daya masyarakat yang pada hakekatnya menumbuhkan, membina dan mengembangkan partisipasi masyarakat di bidang pembangunan kesehatan. Bentuk partisipasi tersebut dapat berupa swadaya atau swasembada dalam bantuan material, dana, dan moril di berbagai sektor kesehatan.

Untuk mendukung kegiatan intervensi pada pengalaman belajar lapangan kedua ini (PBL II), maka perlu diketahui analisis situasi masalah kesehatan masyarakat yang terjadi di Desa Panggoosi Kecamatan Tinanggea Kabupaten Konawe Selatan. Berdasarkan hasil pendataan Mahasiswa kesehatan masyarakat Universitas Haluoleo pada pelaksanaan PBL I, diperoleh beberapa permasalahan kesehatan yang akan diintervensi pada PBL II ini. Mahasiswa kesehatan masyarakat UHO senantiasa menjalin koordinasi dengan pihak-pihak terkait seperti kepala Desa Panggoosi, dan juga seluruh aparat-aparat desa guna terlaksananya program intervensi tersebut.

B. Maksud dan Tujuan PBL 1I

1. Maksud

Pengalaman Belajar Lapangan (PBL) II adalah suatu upaya untuk menyelesaikan masalah Kesehatan yang ada di masyarakat, yaitu:

- a. Melaksanakan intervensi fisik.
- b. Melaksanakan intervensi non fisik.

2. Tujuan

a. Tujuan Umum

Melalui kegiatan PBL II, mahasiswa diharapkan memenuhi kemampuan profesional di bidang kesehatan masyarakat dimana hal tersebut merupakan kemampuan spesifik yang harus dimiliki oleh setiap mahasiswa Ilmu Kesehatan Masyarakat.

b. Tujuan Khusus

Tujuan khusus yang ingin dicapai dalam PBL II adalah :

- 1) Membiasakan mahasiswa dalam bersosialisasi di Laboratorium Komuniti (masyarakat) yaitu dalam lingkungan dan masyarakat dengan masalah kesehatan masyarakat yang beragam.
- 2) Memberikan pengetahuan dan kemampuan bagi mahasiswa dalam melakukan intervensi non fisik.
- 3) Memberikan keterampilan bagi mahasiswa dalam melakukan intervensi fisik.

- 4) Membuat laporan PBL II dan mempersiapkan proses evaluasi untuk perbaikan program dalam PBL III ke depan.

C. Manfaat PBL II

1. Bagi instansi dan masyarakat

Bagi Instansi (Pemerintah) yaitu memberikan informasi tentang masalah kesehatan masyarakat kepada pemerintah setempat dan instansi terkait sehingga dapat diperoleh intervensi masalah, guna peningkatan derajat kesehatan masyarakat dan bagi masyarakat yaitu memberikan intervensi dari masalah kesehatan yang terjadi guna memperbaiki dan meningkatkan status kesehatan masyarakat khususnya di Desa Panggoosi serta meningkatkan peran serta masyarakat dalam menyelesaikan masalah kesehatan.

2. Bagi Dunia Ilmu dan Pengetahuan

Memberikan tambahan wawasan dan pengetahuan sehingga dapat meningkatkan kesadaran setiap pembaca dalam peningkatan derajat kesehatan.

3. Bagi Mahasiswa

- a. Merupakan suatu pengalaman berharga bagi mahasiswa dalam mengaplikasikan ilmu yang telah diperoleh dalam perkuliahan.
- b. Digunakan sebagai acuan dalam melakukan kegiatan evaluasi pada PBL III.

BAB II

GAMBARAN UMUM LOKASI

A. Keadaan Geografi dan Demografi

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

1. Keadaan Geografi

Secara harfiah geografi terdiri dari dua buah kata, “*geo*” yang artinya bumi, dan “*grafi*” yang artinya gambaran, jadi geografi adalah gambaran muka bumi. Berikut akan dijelaskan gambaran muka bumi Desa Panggoosi, baik dari segi luas daerah, batas wilayah dan kondisi geografis.

a. Kecamatan Tinanggea

Kecamatan Tinanggea adalah salah satu kecamatan di Kabupaten Konawe Selatan yang memiliki 26 Desa dan kelurahan yakni Desa Matandahi, Molo Indah, Watumelewe, Wadonggo, Matambawi, Torokeku, Lapulu, Lasuai, Akuni, Bungin Permai, Ngapaaha, Bomba-bomba, Lalonggasu, Palotawo, Lalowatu, Asingi, Lapoa, Panggoosi, Telutu Jaya, Roraya, Wundumbolo, Lanowulu, Tatangge, Rapea, Wulende, dan Tinanggea. Secara

umum, Kecamatan Tinanggea memiliki topografi dataran rendah yang berpotensi sebagai lahan pertanian dan tambak.

1) Luas Wilayah

Luas wilayah Kecamatan Tinanggea secara keseluruhan adalah sebesar 318,11 km² atau 7,04 % dari luas wilayah Kabupaten Konawe Selatan.

2) Batas Wilayah

Kecamatan Tinanggea dengan Ibukota kelurahan Tinanggea sebelah utara berbatasan dengan kecamatan Andoolo dan kecamatan Lalembuu, sebelah selatan berbatasan dengan selat Tiworo sebelah timur berbatasan dengan kecamatan Palangga dan Palangga selatan dan sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Bombana.

3) Akses

Akses jalan dari seluruh Desa ke ibukota kecamatan, ibukota kabupaten dan ibukota provinsi relatif lancar, meskipun sebagian besar Desa cukup sulit diakses baik menggunakan kendaraan roda empat maupun kendaraan roda dua dan pincara karena fasilitas dan kondisi fisik jalan raya yang kurang memadai. Desa Lanowulu merupakan Desa yang memiliki jarak terjauh ke ibukota kecamatan, kabupaten dan provinsi. Kelurahan Tinanggea merupakan Ibukota

Kecamatan Tinanggea tempat berdirinya Kantor Camat Tinanggea yang menjadi pusat pemerintahan ditingkat kecamatan. Kelurahan Tinanggea adalah kelurahan dengan jarak paling dekat menuju ibukota kabupaten.

4) Pemerintahan dan Sarananya

Wilayah administrasi Pemerintahan Kecamatan Tinanggea dengan ibukota Kelurahan Tinanggea terdiri dari 2 Kelurahan 22 Desa Definitive dan 2 Desa Persiapan.

Rata-rata pada setiap Desa di Kecamatan Tinanggea telah terbentuk 3 dusun setiap Desa, dengan membawahi antara 3 RT sampai 6 RT setiap Desa, tetapi ada juga yang terdiri dari 4 dusun dengan membawahi antara 6 RT sampai 12 RT.

Dalam menjalankan roda pemerintahan Desa, para Kepala Desa dibantu oleh Sekertaris Desa (Sekdes) dan Kepala Dusun, kemudian dipantau juga oleh Badan Pertimbangan Desa (BPD).

Kualitas sumber daya manusia para Kepala Desa di Kecamatan Tinanggea, cukup baik, ini terlihat dengan tingkat pendidikan para kepala Desa yang mayoritas adalah tamatan

SLTA dan Sederajat, kemudian starata 1 (S1), tapi masih ada pula kepala Desa yang tidak tamat SD.

Kemudian dilihat dari faktor usia para kepala Desa di Kecamatan Tinanggea masih produktif, dimana rata-rata usia para kepala Desa antara 35-39 tahun, tapi ada juga usia kepala Desa diatas 55 tahun.

b. Desa Panggoosi

Letak Desa Panggoosi secara geografis adalah daerah dataran rendah dengan topografi datar, sangat potensial untuk pengembangan sektor perkebunan dan tambak karena dekat dengan aliran sungai dan Laut. Desa Panggoosi terdiri dari tiga dusun.

1) Luas Wilayah

Luas wilayah Desa Panggoosi 5.21 km² atau 1.64 %, yang terdiri dari total luas menurut penggunaan, total luas tanah kering, total luas tanah perkebunan, total luas tanah fasilitas umum, dan total luas tambak.

2) Batas Wilayah

Secara geografis Desa Panggoosi memiliki batas-batas wilayah sebagai berikut:

- 1) Sebelah utara, berbatasan dengan Desa Lapoa.
- 2) Sebelah selatan, berbatasan dengan Desa Bungin Permai/Selat Tiworo.

3) Sebelah barat, berbatasan dengan Desa Tolutu Jaya.

4) Sebelah timur, berbatasan dengan Desa Asingi.

3) Akses

Jarak tempuh dari Desa Panggoosi, ke ibukota Kecamatan 6 km, jarak tempuh dari Desa Panggoosi ke ibukota Kabupaten 28 km, lama waktu tempuh dari Desa Panggoosi ke Ibukota Provinsi 120 km dengan kendaraan bermotor ± 3 jam. Lama waktu tempuh dari Desa Panggoosi ke Ibukota Provinsi ± 3 jam.

4) Pemerintahan dan Sarananya

Desa Panggoosi memiliki perangkat Desa yang terdiri dari Kepala Desa, Sekretaris Desa, Kaur Pemerintah, Kaur Umum, Kaur Ekbang, Trantib, Pamong Tani, Kepala Dusun I, Kepala Dusun II, Kepala Dusun III, Imam Desa, Putobu Desa/Pemangku Adat.

Berdasarkan data sekunder yang diperoleh, di Desa Panggoosi Kecamatan Tinanggea terdapat 3 dusun yang masing-masing dikepalai oleh seorang kepala dusun, 1 pamong tani Desa, 1 sarana ibadah yakni mesjid Jami Panggoosi, 1 sarana kesehatan yakni Posyandu, dan 1 sarana pemerintahan berupa Balai Desa.

2. Keadaan Iklim

Curah Hujan di kecamatan Tinanggea tahun 2009 hanya mencapai 2,301 dalam 242 hari hujan (HH) atau lebih rendah dari 2007 dengan curah hujan 2.366 MM dalam 203 HH.

Suhu Udara di pengaruhi oleh berbagai faktor, perbedaan ketinggian dari permukaan laut mengakibatkan perbedaan suhu untuk masing-masing tempat dalam suatu wilayah.

Secara keseluruhan, kecamatan Tinanggea merupakan daerah tropis menurut data yang diperoleh dari pangkalan udara Halu Oleo selama tahun 2009 suhu udara maksimum 43⁰ c dan maksimum 18⁰ c atau dengan rata-rata 20⁰ c.

3. Keadaan Demografi

a. Kecamatan Tinanggea

Berdasarkan hasil pemetaan tahun 2009 penduduk Kecamatan Tinanggea tahun 2009 berjumlah 23.732 jiwa atau mengalami kenaikan sebesar 4,01 % dari tahun 2008 sebesar 22.652 jiwa.

Secara umum pendapatan penduduk mengalami peningkatan 65.79 jiwa perkilometer persegi tahun 2008 menjadi 71.21 jiwa perkilometer persegi pada tahun 2009.

Jumlah rumah tangga dalam tahun 2009 mencapai 5.634 rumah tangga dengan rata-rata 4 orang setiap rumah tangga.

Tahun 2009 penduduk perempuan mencapai 11.197 jiwa atau 49,29 % dan penduduk laki-laki mencapai 11.485 jiwa atau 50,70 %. Dari jumlah penduduk Kecamatan Tinanggea. Perbandingan jumlah penduduk perempuan dengan jumlah penduduk laki-laki yaitu setiap 100 jumlah penduduk perempuan terdapat 103 penduduk laki-laki.

Pada tahun 2009 di kecamatan Tinanggea menunjukkan penduduk menurut kelompok umur dan jenis kelamin antara 0-4 tahun sebanyak 2.820 jiwa atau sebesar 12,44 % dari jumlah penduduk di Kecamatan Tinanggea.

Perubahan data kependudukan seperti jumlah kelahiran, kematian, dan perpindahan penduduk oada umumnya belum teratur dalam pencatatan registrasi di Desa/kelurahan. Data tersebut menjadi salah satu sumber data yang bermanfaat bagi pemerintah maupun berbagai pihak yang berkepentingan.

b. Desa Panggoosi

Jumlah penduduk berdasarkan jenis kelamin di Desa Panggoosi, dapat dilihat pada tabel 1 :

Tabel 1 Jumlah Penduduk Desa Panggoosi, Kecamatan Tinanggea Kabupaten Konawe Selatan Berdasarkan Jenis Kelamin Tahun 2014

No.	Jenis Kelamin	Jumlah (n)	Persentase (%)
1.	Laki-laki	108 orang	48.9
2.	Perempuan	113 orang	51.1
Total		221 orang	100

Sumber: Data Primer (Juli 2014)

Berdasarkan tabel 1, diketahui bahwa dari 221 responden jenis kelamin yang paling banyak yaitu perempuan dengan jumlah 113 orang atau 51.1% dan yang paling sedikit yaitu laki-laki dengan jumlah 108 orang atau 48.9%.

Jumlah penduduk Desa Panggoosi, Kecamatan Tinanggea berdasarkan kelompok umur dapat dilihat pada tabel 2 :

Tabel 2 Jumlah Penduduk Desa Panggoosi, Kecamatan Tinanggea Kabupaten Konawe Selatan Berdasarkan Kelompok Umur Tahun 2014

No.	Kelompok Umur (Tahun)	Jumlah (n)	Persentase (%)
1.	0-4	29	13.1
2.	5-9	28	12.6
3.	10-14	24	10.8
4.	15-19	17	7.69
5.	20-24	19	8.59
6.	25-29	19	8.59
7.	30-34	13	5.88
8.	35-39	14	6.33
9.	40-44	14	6.33
10.	45-49	9	4.07
11.	50-54	7	3.16
12.	55-59	5	2.26
13.	60-64	6	2.71
14.	≥ 65	17	7.69
Total		221	100

Sumber: Data Primer (Juli 2014)

Berdasarkan tabel 2, diketahui bahwa dari 221 orang jumlah penduduk Desa Panggoosi Kecamatan Tinanggea menurut kelompok umur, yang tertinggi terdapat pada kelompok umur 0-4 tahun sebanyak 29 orang (13,1%) dan yang terendah terdapat pada kelompok umur 55-59 tahun yakni 5 orang (2.26%).

Jumlah penduduk Desa Panggoosi, Kecamatan Tinanggea berdasarkan dusun dapat dilihat pada tabel 3 :

Tabel 3 Jumlah Penduduk berdasarkan Jenis Kelamin Tiap Dusun Desa Panggoosi, Kecamatan Tinanggea Kabupaten Konawe Selatan Tahun 2013

No.	Dusun	Jumlah			
		Laki-laki		Perempuan	
		N	%	N	%
1.	I	52	24,2	47	23,2
2.	II	121	56,5	119	58,9
3.	III	41	19,1	36	17,8
Total		214	100.0	202	100

Sumber: Data Sekunder (2013)

Berdasarkan tabel 3, diketahui bahwa dari 214 penduduk laki-laki, tertinggi berada pada Dusun II yaitu sebanyak 121 orang (56,5%) dan terendah berada pada Dusun III yaitu 41 orang (19,1%). Sedangkan dari 202 penduduk perempuan, tertinggi berada pada Dusun II yaitu sebanyak 119 orang (58,9%) dan terendah berada pada Dusun III yaitu 36 orang (17,8%).

B. Status Kesehatan Masyarakat

Status kesehatan masyarakat secara umum dipengaruhi empat faktor utama yaitu:

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.

Masalah lingkungan adalah masalah yang sangat kompleks dan saling berkaitan dengan masalah lain di luar kesehatan itu sendiri. Jika keseimbangan lingkungan ini tidak dijaga dengan baik maka dapat menyebabkan berbagai macam penyakit. Sebagai contoh, kebiasaan membuang sampah sembarangan berdampak pada lingkungan yakni menjadi kotor, bau, banyak lalat, banjir, dan sebagainya.

Kondisi lingkungan di Desa Panggoosi dapat ditinjau dari tiga aspek yaitu lingkungan fisik, sosial, dan biologi.

a. Lingkungan Fisik

Lingkungan fisik dapat dilihat dari kondisi perumahan, air bersih, jamban keluarga, pembuangan sampah dan SPAL (Saluran Pembuangan Air Limbah).

1) Perumahan

Kondisi perumahan di Desa Panggoosi pada umumnya masih kurang baik. Ini dikarenakan bahan bangunannya, ventilasi, dan luas bangunan rumah yang belum memenuhi syarat. Dilihat dari bahan bangunannya sebagian besar masyarakat menggunakan lantai semen, dinding papan, atap seng, dan sebagian kecil menggunakan atap rumbia walaupun

ada sebagian masyarakat yang menggunakan rumah panggung. Selain itu hampir semua rumah belum dilengkapi dengan ventilasi. Dilihat dari luas bangunannya, pada umumnya perumahan di Desa Panggoosi belum memiliki luas ruangan yang cukup sesuai dengan jumlah penghuninya. Hal ini tidak sehat sebab disamping menyebabkan kurangnya konsumsi oksigen juga bila salah satu anggota keluarga ada yang terkena penyakit infeksi, akan mudah menular ke anggota keluarga yang lain. Mengenai komposisi ruangan juga masih banyak rumah-rumah yang belum memenuhi kriteria rumah sehat. Bentuk perumahannya ada yang permanen, semi permanen, dan papan tetapi yang lebih dominan adalah yang papan.

2) Air bersih

Sumber air bersih masyarakat Desa Panggoosi berasal dari sumur gali mereka sendiri. Namun ada juga warga yang menggunakan sumur bor sebagai sumber air bersih mereka. Adapun kualitas air yang berasal dari sumur gali bila ditinjau dari segi fisiknya masih kurang memenuhi syarat yaitu airnya berwarna keruh. Untuk masyarakat yang sumber air bersih utamanya dari sumur bor, bila ditinjau dari segi fisiknya sudah memenuhi syarat karena airnya jernih. Untuk sumber

air minum, masyarakat biasanya mengambil dari sumur galian , sumur bor yang kemudian di masak dan sebagian juga masyarakat menggunakan air isi ulang (galon).

3) Jamban Keluarga

Pada umumnya masyarakat Desa Panggoosi belum memiliki jamban. Meskipun ada sebagian warga yang memiliki jamban, namun jamban keluarga tersebut masih belum memenuhi syarat. Masyarakat Desa Panggoosi menggunakan jamban bersama yang dibangun oleh Dinas Pekerjaan Umum (PU) dengan jenis jamban leher angsa serta disertai kamar mandi bersih yang dibangun secara terpisah dari jambannya. Ada juga masyarakat yang menggunakan jamban cemplung, namun jamban cemplung tersebut tidak memiliki penutup dan atap. Hal ini tentu saja bisa mengurangi nilai estetis dan bisa menimbulkan pencemaran. Apabila musim hujan, jamban-jamban ini tergenang air karena tidak memiliki atap sehingga bisa mencemari tanah.

4) Pembuangan Sampah dan SPAL

Pada umumnya masyarakat membuang sampah di belakang rumah dan dibiarkan berserakan di pekarangan rumah, hanya sebagian masyarakat yang mengumpulnya dan kemudian membakar sampah tersebut. Masyarakat di Desa

Panggoosi yang menggunakan TPS tidak ada, karena pada umumnya sampah-sampahnya berupa dedaunan dan sampah dari hasil sisa industri rumah tangga.

Untuk Saluran Pembuangan Air Limbah (SPAL) sebagian besar yang digunakan masyarakat adalah selokan yang digali sendiri kemudian di alirkan di belakang rumah dan dibiarkan tergenang karena tidak adanya konstruksi saluran yang baik.

b. Lingkungan Sosial

Lingkungan sosial masyarakat Desa Panggoosi sangat baik. Ini dapat dilihat dari hubungan antar masyarakatnya dan para pemuda Desa yang merespon dan mendukung kegiatan kami selama PBL ini serta interaksi terjalin dengan baik serta masih adanya hubungan keluarga yang erat antara warga Desa Panggoosi. Selain itu juga dapat dilihat dari tingkat pendidikan dan pendapatan masyarakat Desa Panggoosi secara tidak langsung akan mempengaruhi status kesehatan masyarakat. Di Desa Panggoosi tingkat pendapatannya yang sudah mencukupi kebutuhannya. Namun pada umumnya tingkat pendidikan masih sangat rendah sehingga sangat mempengaruhi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) masyarakat dan status kesehatan masyarakat.

c. Lingkungan Biologi

Lingkungan biologi dapat dilihat dari keadaan lingkungan yang tercemar oleh mikroorganisme atau bakteri. Ini disebabkan oleh pembuangan air limbah yang tidak memenuhi syarat dan pembuangan kotoran di sembarang tempat sehingga memungkinkan untuk tempat berkembang biaknya mikroorganisme khususnya mikroorganisme patogen.

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. Berdasarkan informasi data primer yang kami peroleh, memberikan gambaran bahwa perilaku masyarakat khususnya kepedulian terhadap kesehatan masih kurang, terutama mengenai penggunaan jamban, SPAL, dan TPS (tempat pembuangan sementara). Hal ini berkaitan dengan pola hidup bersih dan sehat (PHBS). Dan usaha memelihara kebersihan, umumnya belum cukup baik. Hal ini

perlu ada peningkatan pengetahuan khususnya mengenai PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat).

3. Pelayanan Kesehatan

Adapun sarana kesehatan yang ada di Desa Panggoosi Kecamatan Tinanggea Kabupaten Konawe Selatan sebagai berikut:

a. Fasilitas kesehatan

Adapun bentuk dari pelayanan kesehatan berdasarkan fasilitas kesehatan dapat dilihat pada tabel 4 :

**Tabel 4 Distribusi Sarana Kesehatan di Desa Panggoosi
Kecamatan Tinanggea Tahun 2014**

No.	Sarana Kesehatan	Jumlah
1	Puskesmas	-
2	Puskesmas Pembantu	-
3	Posyandu	1
5	Poskesdes	-
6	Ambulance	-
Jumlah		1

Sumber: Data Primer (Juli 2014)

Dari tabel 4 diketahui bahwa Desa Panggoosi memiliki fasilitas kesehatan berupa 1 buah Posyandu. Namun, fasilitas kesehatan lain seperti Puskesmas, PUSTU, Poskesdes, Ambulance, dan Apotek belum dimiliki di Wilayah Desa Panggoosi, tetapi fasilitas tersebut hanya ada di kecamatan.

Untuk posyandu, masyarakat memberikan pandangan yang cukup baik mengenai pelayanan yang diberikan kepada masyarakat

setempat. Hal ini dikarenakan kegiatan posyandu rutin dilakukan selama satu kali dalam satu bulan tiap tanggal 28 di akhir bulan.

b. Tenaga Kesehatan

Adapun jenis ketenagaan kesehatan di Puskesmas Tinanggea dapat dilihat pada tabel 5 :

Tabel 5 Data Ketenagaan Puskesmas Tinanggea 2012

No.	Jenis Ketenagaan	Jenjang Pendidikan	Jumlah	Ket.
1.	Dokter Umum	S1 Kedokteran	1 Orang	PNS
2.	Kesehatan Masyarakat	S1 Kesmas	5 Orang	PNS
3.	Perawat	S1 Keperawatan	7 Orang	PNS
		D3 Keperawatan	5 Orang	PNS
			2 Orang	PHL
			1 Orang	PNS
4.	Bidan	S P K	4 Orang	PNS
		D3 Kebidanan	4 Orang	PTT
			5 orang	PHL
5.			1 Orang	PNS
6.	Kesehatan lingkungan	D3 Kesling	1 Orang	PNS
	Gizi	D3 Gizi	2 Orang	PHL
J u m l a h			38 Orang	

Sumber: Data Sekunder Puskesmas Tinanggea 2012

Berdasarkan 5, diketahui bahwa tenaga kesehatan di puskesmas Kelurahan Tinanggea Kecamatan Tinanggea tersedia 1 orang dokter umum, 5 orang tenaga kesmas, 14 orang perawat, 14 orang bidan Desa, 1 orang tenaga di bidang kesling, dan 3 orang di bidang gizi.

4. Sepuluh Besar Penyakit di Wilayah Kerja Puskesmas Tinanggea

Sepuluh penyakit terbesar dengan jumlah penderita di Kecamatan Tinanggea dapat dilihat pada tabel 6 :

Tabel 6 Sepuluh Penyakit Terbesar dengan Jumlah Penderita di wilayah kerja Puskesmas Tinanggea Tahun 2013

No.	Jenis Penyakit	Jumlah (n)	Persentasi (%)
1.	ISPA	685	17 %
2.	Kecelakaan/Luka	621	15 %
3.	Gastritis	516	13 %
4.	Dermatitis	510	12 %
5.	Influenza	400	10 %
6.	Hipertensi	379	9 %
7.	Diare	299	7 %
8.	Pneumonia	261	6 %
9.	Peny. Pulpa dan Jaringan	235	6 %
10.	Rematik	209	5 %

Sumber: Data Sekunder (2013)

Berdasarkan tabel 6, diketahui bahwa jumlah penderita sepuluh penyakit terbesar di wilayah kerja Puskesmas Tinanggea tahun 2013 yang tertinggi yaitu penyakit ISPA dengan jumlah penderita 685 orang sedangkan penyakit yang jumlah penderitanya terendah yaitu penyakit Rematik dengan jumlah penderita 209 orang.

a. ISPA

Infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) adalah infeksi saluran pernafasan akut yang menyerang tenggorokan, hidung dan paru-paru yang berlangsung kurang lebih 14 hari, ISPA mengenai struktur

saluran di atas laring, tetapi kebanyakan penyakit ini mengenai bagian saluran atas dan bawah secara stimulan atau berurutan (Muttaqin, 2008). ISPA adalah penyakit yang menyerang salah satu bagian dan atau lebih dari saluran pernafasan mulai dari hidung hingga alveoli termasuk jaringan adneksanya seperti sinus, rongga telinga tengah dan pleura (Nelson, 2003). Jadi disimpulkan bahwa ISPA adalah suatu tanda dan gejala akut akibat infeksi yang terjadi disetiap bagian saluran pernafasan atau struktur yang berhubungan dengan pernafasan yang berlangsung tidak lebih dari 14 hari. Penyakit ISPA adalah penyakit yang dapat menyerang semua kelompok usia dari bayi, anak-anak dan sampai orang tua. Menurut WHO 1981, bahwa satu dari tiga penyebab kematian anak dibawah lima tahun adalah ISPA dengan pneumonia sebesar 75% dari semua jumlah kematian. Penelitian yang dilakukan di Klaten tahun 1996 menemukan bahwa sebagian besar kasus ISPA terjadi pada kelompok umur 7 – 12 bulan (65,23%) dan sebagian besar kasus terjadi pada bayi laki-laki (73, 45 %). (Dewi, 1996). ISPA merupakan pembunuh utama bayi dan balita di Indonesia. Sebagian besar kematian tersebut diakibatkan oleh ISPA pneumonia, namun masyarakat masih awam dengan gangguan ini. Penderita cepat meninggal akibat pneumonia berat dan sering tidak tertolong. Lambatnya pertolongan ini disebabkan oleh ketidaktahuan masyarakat tentang gangguan ini (DepKes RI, 2000). Terjadinya infeksi saluran

pernapasan pada anak balita disamping adanya bibit penyakit, juga dipengaruhi oleh faktor anak itu sendiri, seperti anak yang belum mendapat imunisasi campak dan kontak dengan asap dapur, serta kondisi perumahan yang ditempatinya.

b. Kecelakaan/Luka

Kecelakaan adalah kejadian yang tidak terduga dan tidak diharapkan. Tidak terduga oleh karena dibelakang peristiwa itu tidak terdapat unsur kesengajaan, lebih-lebih dalam bentuk perencanaan. Kecelakaan menurut M. Sulaksmo (1997) adalah suatu kejadian tidak diduga dan tidak dikehendaki yang mengacaukan proses suatu aktivitas yang telah diatur. Sedangkan Luka adalah rusak atau hilangnya jaringan tubuh yang terjadi karena adanya suatu faktor yang mengganggu sistem perlindungan tubuh. Faktor tersebut seperti trauma, perubahan suhu, zat kimia, ledakan, sengatan listrik, atau gigitan hewan. Bentuk dari luka berbeda tergantung penyebabnya, ada yang terbuka dan tertutup. Salah satu contoh luka terbuka adalah insisi dimana terdapat robekan linier pada kulit dan jaringan di bawahnya. Salah satu contoh luka tertutup adalah hematoma dimana pembuluh darah yang pecah menyebabkan berkumpulnya darah di bawah kulit Luka dapat merupakan luka yang sengaja dibuat untuk tujuan tertentu, seperti luka insisi pada operasi atau luka akibat trauma seperti luka akibat kecelakaan (Hunt,2003; Mann ,2001).

c. Gastritis

Gastritis adalah proses inflamasi pada lapisan mukosa dan submukosa lambung (Herlan, 2003), atau peradangan pada lapisan lambung. Secara histopatologi dapat dibuktikan dengan adanya infiltrasi sel-sel radang pada daerah tersebut. Gastritis merupakan radang jaringan dinding lambung yang timbul akibat infeksi virus atau bakteri patogen yang masuk ke dalam saluran pencernaan (Endang, 2001). Gastritis adalah inflamasi dari mukosa lambung. Gambaran klinis yang ditemukan berupa dyspepsia atau indigesti. Berdasarkan endoskopi ditemukan edema mukosa, sedangkan hasil foto memperlihatkan iregularitas mukosa (Dongoes, 2000).

d. Dermatitis

Dermatitis kontak adalah kondisi peradangan pada kulit yang disebabkan oleh faktor eksternal, substansi-substansi partikel yang berinteraksi dengan kulit (*National Occupational Health and Safety Commission*, 2006). Dikenal dua macam jenis dermatitis kontak yaitu dermatitis kontak iritan dan dermatitis kontak alergi; keduanya dapat bersifat akut maupun kronis (Djuanda, 2003). Dermatitis kontak iritan adalah efek sitotoksik lokal langsung dari bahan iritan baik fisika maupun kimia, yang bersifat tidak spesifik, pada sel-sel epidermis dengan respon peradangan pada dermis dalam waktu dan konsentrasi

yang cukup (*Health and Safety Executive*, 2004). Dermatitis kontak iritan (DKI) dapat diderita oleh semua orang dari berbagai golongan umur, ras dan jenis kelamin. Jumlah penderita DKI diperkirakan cukup banyak terutama yang berhubungan dengan pekerjaan (DKI akibat kerja), namun dikatakan angkanya secara tepat sulit diketahui. Hal ini disebabkan antara lain oleh banyaknya penderita dengan kelainan ringan tidak datang berobat, atau bahkan tidak mengeluh (Djuanda, 2003). Dermatitis kontak alergi adalah dermatitis yang disebabkan oleh reaksi hipersensitivitas tipe lambat terhadap bahan-bahan kimia yang kontak dengan kulit dan dapat mengaktivasi reaksi alergi (*National Occupational Health and Safety Commission*, 2006). Bila dibandingkan dengan dermatitis kontak iritan, jumlah penderita dermatitis kontak alergik lebih sedikit, karena hanya mengenai orang yang kulitnya sangat peka. Namun sedikit sekali informasi mengenai prevalensi dermatitis ini di masyarakat (Djuanda, 2003).

e. Influenza

Influenza adalah penyakit saluran pernafasan akut yang disebabkan oleh virus. Virus yang termasuk dalam *Emerging infectious diseases* ini ditularkan melalui percikan air liur. Virus influenza terdiri dari tiga tipe yakni A dan B yang terdapat pada hewan dan manusia dan C yang hanya terdapat pada hewan. Virus influenza A mempunyai risiko lebih tinggi dibanding tipe B dan C, serta berpotensi menjadi endemik dan

pandemik. Influenza merupakan penyakit yang dapat menular dengan cepat di lingkungan masyarakat. Walaupun ringan penyakit ini tetap berbahaya untuk mereka yang berusia sangat muda dan orang dewasa dengan fungsi kardiopulmoner yang terbatas. Juga pasien yang berusia lanjut dengan penyakit ginjal kronik atau gangguan metabolik endokrin dapat meninggal akibat penyakit yang dikenal tidak berbahaya ini. Serangan penyakit ini tercatat paling tinggi pada musim dingin di negara beriklim dingin dan pada waktu musim hujan di negara tropik. Pada saat ini sudah diketahui bahwa pada umumnya dunia dilanda pandemi oleh influenza 2-3 tahun sekali. Jumlah kematian pada pandemi ini dapat mencapai puluhan ribu orang dan jauh lebih tinggi dari pada angka-angka pada keadaan non-epidemik. Risiko komplikasi, kesakitan, dan kematian influenza lebih tinggi pada individu di atas 65 tahun, anak-anak usia muda, dan individu dengan penyakit-penyakit tertentu. Pada anak-anak usia 0-4 tahun, yang berisiko tinggi komplikasi angka morbiditasnya adalah 500/100.000 dan yang tidak berisiko tinggi adalah 100/100.000 populasi. Pada epidemi influenza 1969-1970 hingga 1994-1995, diperkirakan jumlah penderita influenza yang masuk rumah sakit 16.000 sampai 220.000/epidemik. Kematian influenza dapat terjadi karena pneumonia dan juga eksaserbasi kardiopulmoner serta penyakit kronis lainnya. Penelitian di Amerika dari 19 musim influenza

diperkirakan kematian yang berkaitan influenza kurang lebih 30 hingga lebih dari 150 kematian / 100.000 penderita dengan usia ≥ 65 tahun. Lebih dari 90% kematian yang disebabkan oleh pneumonia dan influenza terjadi pada penderita usia lanjut. Di Indonesia telah ditemukan kasus flu burung pada manusia, dengan demikian Indonesia merupakan negara ke lima di Asia setelah Hongkong, Thailand, Vietnam dan Kamboja yang terkena flu burung pada manusia. Hingga 5 Agustus 2005, WHO melaporkan 112 kasus A (H5N1) pada manusia yang terbukti secara pemeriksaan mikrobiologi berupa biakan atau PCR. Kasus terbanyak dari Vietnam, disusul Thailand, Kamboja dan terakhir Indonesia. Hingga Agustus 2005, sudah jutaan ternak mati akibat flu burung. Sudah terjadi ribuan kontak antar petugas peternak dengan unggas yang terkena wabah. Ternyata kasus flu burung pada manusia yang terkonfirmasi hanya sedikit diatas seratus. Dengan demikian walau terbukti adanya penularan dari unggas ke manusia, proses ini tidak terjadi dengan mudah. Terlebih lagi penularan antar manusia, kemungkinan terjadinya lebih kecil lagi.

f. Hipertensi

Hipertensi adalah keadaan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg (Wilson LM, 1995). Tekanan darah diukur dengan *spygmanometer* yang telah dikalibrasi dengan tepat (80% dari ukuran manset menutupi lengan)

setelah pasien beristirahat nyaman, posisi duduk punggung tegak atau terlentang paling sedikit selama lima menit sampai tiga puluh menit setelah merokok atau minum kopi. Hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya didefinisikan sebagai hipertensi esensial. Beberapa penulis lebih memilih istilah hipertensi primer untuk membedakannya dengan hipertensi lain yang sekunder karena sebab-sebab yang diketahui. Menurut *The Seventh Report of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure* (JNC VII) klasifikasi tekanan darah pada orang dewasa terbagi menjadi kelompok normal, prahipertensi, hipertensi derajat 1 dan derajat 2 (Yogiantoro M, 2006). Penyakit hipertensi merupakan peningkatan tekanan darah yang memberi gejala yang berlanjut untuk suatu target organ, seperti stroke untuk otak, penyakit jantung koroner untuk pembuluh darah jantung dan untuk otot jantung. Penyakit ini telah menjadi masalah utama dalam kesehatan masyarakat yang ada di Indonesia maupun di beberapa negara yang ada di dunia. Semakin meningkatnya populasi usia lanjut maka jumlah pasien dengan hipertensi kemungkinan besar juga akan bertambah. Diperkirakan sekitar 80 % kenaikan kasus hipertensi terutama di negara berkembang tahun 2025 dari sejumlah 639 juta kasus di tahun 2000, di perkirakan menjadi 1,15 milyar kasus di tahun 2025. Prediksi ini didasarkan pada angka penderita hipertensi saat ini dan

pertambahan penduduk saat ini (Armilawati et al, 2007). Angka-angka prevalensi hipertensi di Indonesia telah banyak dikumpulkan dan menunjukkan di daerah pedesaan masih banyak penderita yang belum terjangkau oleh pelayanan kesehatan. Baik dari segi *case finding* maupun penatalaksanaan pengobatannya. Jangkauan masih sangat terbatas dan sebagian besar penderita hipertensi tidak mempunyai keluhan. Prevalensi terbanyak berkisar antara 6 sampai dengan 15%, tetapi angka prevalensi yang rendah terdapat di Ungaran, Jawa Tengah sebesar 1,8% dan Lembah Balim Pegunungan Jaya Wijaya, Irian Jaya sebesar 0,6% sedangkan angka prevalensi tertinggi di Talang Sumatera Barat 17,8% (Wade, 2003).

g. Diare

Diare adalah buang air besar (defekasi) dengan tinja berbentuk cair atau setengah cair (setengah padat), kandungan air tinja lebih banyak dari biasanya lebih dari 200 g atau 200 ml/24 jam. Definisi lain memakai kriteria frekuensi, yaitu buang air besar encer lebih dari 3 kali per hari. Buang air besar encer tersebut dapat/tanpa disertai lendir dan darah. Diare adalah suatu keadaan bertambahnya kekerapan dan keenceran buang air besar. Kekerapan yang dianggap masih normal adalah sekitar 1 – 3 kali dan banyaknya 200 – 250 gr sehari. Beberapa penderita mengalami peningkatan kekerapan dan keenceran buang air besar walaupun jumlahnya < 250 gr dalam kurun waktu sehari.

(Soeparman Sarwono Waspadji,1990). Menurut Departemen Kesehatan RI (2003), insidensi diare di Indonesia pada tahun 2000 adalah 301 per 1000 penduduk untuk semua golongan umur dan 1,5 episode setiap tahunnya untuk golongan umur balita. *Cause Specific Death Rate* (CSDR) diare golongan umur balita adalah sekitar 4 per 1000 balita. Kejadian diare pada anak laki-laki hampir sama dengan anak perempuan. Penyakit ini ditularkan secara *fecal-oral* melalui makanan dan minuman yang tercemar. Di negara yang sedang berkembang, insiden yang tinggi dari penyakit diare merupakan kombinasi dari sumber air yang tercemar, kekurangan protein dan kalori yang menyebabkan turunnya daya tahan tubuh (Suharyono, 2003).

h. Pneumonia

Pneumonia adalah penyakit saluran napas bawah (*lower respiratory tract* (LRT)) akut, biasanya disebabkan oleh infeksi (Jeremy, 2007). Sebenarnya pneumonia bukan penyakit tunggal. Penyebabnya bisa bermacam-macam dan diketahui ada sumber infeksi, dengan sumber utama bakteri, virus, mikoplasma, jamur, berbagai senyawa kimia maupun partikel. Penyakit ini dapat terjadi pada semua umur, walaupun manifestasi klinik terparah muncul pada anak, orang tua dan penderita penyakit kronis (Elin, 2008). Insidensi tahunan: 5-11 kasus per 1.000 orang dewasa; 15-45% perlu dirawat dirumah sakit (1-4

kasus), dan 5-10% diobati di ICU. Insidensi paling tinggi pada pasien yang sangat muda dan usia lanjut. Mortalitas: 5-12% pada pasien yang dirawat di rumah sakit; 25-50% pada pasien ICU (Jeremy, 2007). Di United States, insidensi untuk penyakit ini mencapai 12 kasus tiap 1.000 orang dewasa. Kematian untuk pasien rawat jalan kurang dari 1%, tetapi kematian pada pasien yang dirawat di rumah sakit cukup tinggi yaitu sekitar 14% (Alberta Medical Association, 2002). Di negara berkembang sekitar 10-20% pasien yang memerlukan perawatan di rumah sakit dan angka kematian diantara pasien tersebut lebih tinggi, yaitu sekitar 30-40% (Sajinadiyasa, 2011). Di Indonesia sendiri, insidensi penyakit ini cukup tinggi sekitar 5-35% dengan kematian mencapai 20-50% (Farmacia, 2006).

i. Penyakit Pulpa dan Jaringan

Secara umum penyakit pulpa dapat disebutkan sebagai kelainan pada jaringan pulpa (saluran akar gigi yang berisi pembuluh darah dan saraf) dan jaringan sekitar akar gigi (periapikal) akibat inflamasi oleh iritasi bakteri, mekanis, atau kimia. Kelainan-kelainan pada pulpa dapat terjadi karena aktifitas bakteri penyebab karies atau lubang gigi yang secara kronis menginfeksi jaringan pulpa dan jaringan sekitar akar gigi. Penyebab lainnya dapat terjadi secara mekanis dan kimiawi, antara lain : trauma atau benturan, abrasi dan atrisi, dan kesalahan saat tindakan oleh dokter gigi. Kerusakan pulpa jug dapat disebabkan oleh

zat asam dari makanan ataupun bahan-bahan kedokteran gigi. Perluasan inflamasi pada pulpa dapat mengenai jaringan periapikal karena kontaminasi bakteri, trauma instrumen, dan efek rangsang obat saluran akar pasca perawatan.

j. Rematik

Rematik merupakan penyakit yang menyerang anggota gerak, yaitu sendi, otot, tulang dan jaringan sekitar sendi. Keluhan yang sering muncul adalah nyeri, kaku, bengkak, sampai keterbatasan gerak tubuh. Nyeri pada rematik hampir sama pada saat keseleo. Namun, pada rematik disertai peradangan pada persendian dan kulit terlihat memerah akibat munculnya peradangan. Penyebab rematik sangat bervariasi. Umumnya dipengaruhi oleh masalah autoimun yaitu sistem kekebalan tubuh berbalik menyerang persendian. Akibatnya, tulang rawan disekitar sendi menipis. Sebagai gantinya, muncullah tulang baru. Disaat tubuh bergerak, tulang-tulang dipersendian bersinggungan. Kejadian inilah yang memicu rasa sakit dan nyeri yang tak tertahankan.

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

Penduduk Desa Panggoosi 100% beragama Islam dapat dilihat dari tabel 7 :

Tabel 7 Distribusi Penduduk Menurut Agama di Desa Panggoosi, Kecamatan Tinanggea Tahun 2014

No.	Agama yang Dianut	Jumlah Responden (n)	Persentase (%)
1.	Islam	221	100
2.	K. Protestan	0	0
3.	K. Katolik	0	0
4.	Hindu	0	0
5.	Buddha	0	0
Total		221	100

Sumber : Data Primer (Juli 2014)

Dari tabel 7 menunjukkan bahwa dari 221 orang masyarakat Desa Panggoosi Kecamatan Tinanggea seluruhnya menganut Agama Islam (100%).

b. Budaya

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

Masyarakat di Desa Panggoosi mayoritas Suku Bugis. Kemasyarakatan di desa ini hampir semua memiliki hubungan keluarga dekat. Sehingga keadaan masyarakat dan sistem pemerintahannya berlandaskan asas kekeluargaan, saling membantu, dan bergotong royong

dalam melaksanakan aktivitas disekitar masyarakat. Desa Panggoosi 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 mengikuti Majelis Ta'lim bagi para ibu-ibu, selain itu warga yang memiliki balita rutin mendatangi Posyandu Masagena Desa Panggoosi untuk imunisasi setiap bulannya dan remajanya kerap bermain bulu tangkis. Adapun kegiatan-kegiatan tersebut didukung dengan saran-sarana yang terdapat di desa ini. Sarana yang terdapat di wilayah Desa Panggoosi yaitu sebagai berikut:

a. Sarana Pendidikan

Sarana pendidikan yang terdapat di Desa Panggoosi yaitu tidak memiliki sarana pendidikan baik Sekolah Dasar (SD), Sekolah Menengah Pertama (SMP) maupun Sekolah Menengah Atas (SMA).

b. Sarana Kesehatan

Di Desa Panggoosi terdapat 1 Posyandu dan setiap tanggal 28 di Desa Panggoosi dilakukan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) dengan nama Posyandu Masagena Desa Panggoosi.

c. Sarana Peribadatan

Keseluruhan penduduk di Desa Panggoosi adalah beragama Islam, dan hal ini ditunjang pula dengan terdapatnya 1 bangunan masjid di Desa Panggoosi yakni Masjid Jami Panggoosi.

d. Sarana Olahraga

Di Desa Panggoosi Kecamatan Tinanggea terdapat 1 sarana olahraga yakni 1 lapangan bulu tangkis.

c. Pendidikan

Tingkat pendidikan memiliki peranan yang besar dalam memelihara kesehatan masyarakat. Tingkat pendidikan masyarakat di Desa Panggoosi beragam, untuk SLTA sekitar 9%, kemudian SLTP sekitar 31%, kemudian SD sekitar 57%, untuk pra sekolah sekitar 83%, dan juga yang tidak sekolah 41%. (berdasarkan data primer responden).

d. Ekonomi

Tingkat ekonomi memiliki peranan yang penting dalam menentukan status kesehatan masyarakat. Semakin tinggi perekonomian suatu keluarga maka semakin baik status kesehatan masyarakatnya.

A. Pekerjaan

Masyarakat di Desa Panggoosi pada umumnya berprofesi sebagai petani tambak ikan, dan bahkan ada yang tidak bekerja.

B. Pendapatan

Jumlah pendapatan setiap keluarga berbeda-beda melihat profesi setiap keluarga yang juga berbeda-beda. Untuk keluarga yang berprofesi sebagai petani tambak ikan, besar kecilnya pendapatan tergantung dari banyak tidaknya hasil panen ikan yang diperoleh. Berdasarkan hasil yang kami peroleh pada saat pendataan, pendapatan yang diperoleh oleh kebanyakan penduduk setiap bulannya adalah di atas Rp 500.00,00 per bulannya.

^BAB III

IDENTIFIKASI DAN PRIORITAS MASALAH

A. Identifikasi Masalah Kesehatan

Proses analisis situasi dan masalah kesehatan mengacu pada aspek-aspek penentu derajat kesehatan sebagaimana yang dijelaskan oleh Hendrick L. Blum yang dikenal dengan skema Blum. Aspek-aspek analisis situasi dan masalah kesehatan terbagi atas :

1. Sanitasi dan kesehatan lingkungan

Lingkungan adalah keseluruhan yang kompleks dari fisik, sosial budaya, ekonomi yang berpengaruh kepada individu/masyarakat yang pada akhirnya menentukan sifat hubungan dalam kehidupan. Salah satu ciri kesenjangan lingkungan adalah kurangnya sarana-sarana kesehatan tempat pembuangan seperti kurangnya kepemilikan jamban, TPS (Tempat Penampungan Sementara) dan SPAL (Saluran Pembuangan Air Limbah).

Beberapa masalah kesehatan terkait dengan lingkungan sesuai dari data primer yang telah dikumpulkan, yaitu sebagai berikut :

a. Kurangnya kepemilikan jamban sehat dan memenuhi syarat.

Berdasarkan data primer yang telah dikumpulkan yaitu sebanyak 32 rumah (68,1%) tidak memiliki jamban baik jamban leher angsa maupun jamban cemplung dan hanya 15 rumah (31,9%) yang memiliki jamban. Kurangnya kepemilikan jamban tersebut dikarenakan masih kurangnya pengetahuan dan kesadaran

masyarakat tentang pentingnya membuang air besar di jamban yang sehat dan memenuhi syarat. Kurangnya kepemilikan jamban memungkinkan vektor penyakit dapat berkembang biak misalnya lalat, jika lalat tersebut hinggap pada makanan yang tidak tertutup, kemudian makanan tersebut dikonsumsi oleh masyarakat, maka hal tersebut akan menjadi faktor risiko terjadinya penyakit seperti penyakit diare.

- b. Kurangnya tempat pembuangan sementara (TPS) yang memenuhi syarat. Dari data yang telah dikumpulkan, diperoleh data bahwa rumah yang memiliki TPS hanya sebanyak 16 rumah (34,0%) dan sebanyak 31 rumah (66,0%) tidak memiliki TPS. Kebanyakan warga di Desa Panggoosi membuang sampahnya di pekarangan rumah, di kebun, sungai dan di laut. Kurangnya kepemilikan TPS ini menyebabkan sampah-sampah berserakan di pekarangan rumah warga dan akan menjadi wadah berkembangbiaknya vektor penyakit seperti lalat. Selain itu juga menyebabkan air sungai menjadi tercemar dan jika anak-anak maupun masyarakat menggunakan air tersebut untuk mandi maka akan beresiko terkena penyakit.
- c. Kurangnya kepemilikan SPAL (Saluran Pembuangan Air Limbah) yang memenuhi syarat. Di Desa Panggoosi, rumah yang tidak memiliki SPAL yang memenuhi syarat ada 47 rumah (100%). Rata-

rata warga di Desa Panggoosi mengalirkan pembuangan air kotornya begitu saja tanpa ada system alirannya. Air limbah rumah tangga berhamburan dan tidak mengalir atau air limbah tergenang sehingga mengundang hewan yang dapat menjadi vektor penyakit untuk berkembang biak. Air limbah yang tergenang dapat mencemari sumber air bersih dan air minum jika jaraknya berdekatan dan apabila air tersebut digunakan untuk aktivitas masyarakat misalnya mandi maka dapat menjadi penyebab terjadinya penyakit seperti penyakit kulit.

- d. Rendahnya kualitas air bersih yang memenuhi syarat. Sebagian besar warga di Desa Panggoosi menggunakan sumur gali sebagai sumber air untuk aktivitas mereka sehari-hari seperti minum, mencuci dan mandi. Rata-rata sumur yang digunakan adalah sumur bersama yaitu 1 sumur digunakan oleh 3-5 rumah dan sumur-sumur di desa tersebut airnya keruh, berwarna, dan berbau. Jika air tersebut misalnya untuk mandi maka akan menyebabkan penyakit seperti penyakit kulit. Selain itu, jika air tersebut tidak dimasak maka akan menjadi faktor risiko penyakit diare.

2. Perilaku hidup bersih dan sehat

Beberapa masalah kesehatan yang terkait dengan perilaku individu atau masyarakat yang kami dapatkan, yaitu:

- a. Perilaku hidup yang tidak sehat seperti masih tingginya perilaku merokok. Dari hasil pengambilan data primer, didapatkan bahwa sebanyak 36 rumah (76,6%) yang anggota keluarganya merokok dan hanya 11 rumah (23,4%) yang anggota keluarganya tidak merokok. Perilaku merokok sangat merugikan. Tidak hanya perokok aktif, tetapi juga perokok pasif. Dalam rokok terdapat berbagai zat-zat kimia yang berbahaya yang dapat menjadi faktor risiko berbagai macam penyakit tidak menular seperti jantung, diabetes melitus, hipertensi, obesitas, kanker payudara dan lain-lain.
- b. Kebiasaan membuang sampah tidak pada tempatnya, misalnya membuang sampah di laut, di sungai maupun di pekarangan rumah. Bagi yang membuang sampah di pekarangan rumah, sampah menjadi berserakan yang menjadi wadah berkembang biaknya vektor penyakit seperti lalat. Sementara bagi masyarakat membuang sampah mereka di laut atau di sungai. Hal ini menyebabkan air sungai menjadi tercemar dan jika anak-anak maupun masyarakat menggunakan air tersebut untuk mandi maka akan beresiko terkena penyakit seperti penyakit kulit.
- c. Kebiasaan membuang tinja di laut, di sungai maupun di kebun/pekarangan belakang rumah. Bagi masyarakat yang membuang tinja mereka di kebun/pekarangan belakang rumah mereka, hal tersebut memungkinkan untuk vektor penyakit dapat

berkembang biak misalnya lalat, jika lalat tersebut hinggap di makanan yang tidak tertutup, kemudian makanan tersebut dikonsumsi oleh masyarakat, maka hal tersebut akan menjadi faktor risiko terjadinya penyakit seperti penyakit diare. Sementara bagi sebagian masyarakat membuang tinja mereka di laut atau di sungai, hal ini menyebabkan air sungai menjadi tercemar dan jika anak-anak maupun masyarakat menggunakan air tersebut untuk mandi maka akan beresiko terkena penyakit kulit.

3. Pelayanan kesehatan

Pelayanan Kesehatan adalah keseluruhan jenis pelayanan dalam bidang kesehatan dalam bentuk upaya peningkatan taraf kesehatan, diagnosis dan pengobatan dan pemulihan yang diberikan pada seseorang atau kelompok masyarakat dalam lingkungan sosial tertentu. Ciri kesenjangan pelayanan kesehatan adalah adanya selisih negatif dari pelaksanaan program kesehatan dengan target yang telah ditetapkan dalam perencanaan.

Dalam wilayah Tinanggea, yang merupakan ibu kota kecamatan, terdapat Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) Kecamatan Tinanggea. Di Tinanggea terdapat 14 Desa, salah satunya adalah Desa Panggoosi. Puskesmas ini adalah satu-satunya sarana pengobatan bagi masyarakat di Kecamatan Tinanggea yang terdiri dari 26 desa, salah

satunya Desa Panggoosi. Selain itu, juga terdapat unit Posyandu di tiap-tiap desa.

Di Desa Panggoosi posyandu-nya bersifat pasif. Posyandu tersebut dikelola oleh seorang bidan desa. Berdasarkan pendapat masyarakat di desa Panggoosi bahwa bidan desa tersebut sangat jarang datang sehingga program posyandu tidak berjalan, hal ini berdampak pada pemberian imunisasi pada balita yang tidak teratur bahkan ada balita yang tidak pernah di imunisasi karena faktor tersebut. Karena faktor itu juga sehingga banyak ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya di dukun dan persalinannya di tolong oleh dukun. Berdasarkan dari data primer yang dikumpulkan dapat dilihat bahwa sebanyak 17 ibu-ibu di Desa Panggoosi pernah memeriksakan kehamilannya di dukun dan sebanyak 4 ibu menyatakan bahwa penolong utama mereka saat melakukan persalinan adalah dukun.

Adapun masalah kesehatan yang terkait dengan faktor pelayanan kesehatan, yaitu :

a. Tidak adanya Pos Obat Desa (POD)

Dengan tidak adanya POD menyebabkan masyarakat sedikit sulit untuk mendapatkan obat yg sesuai dengan penyakit yang mereka derita, dan tidak diketahuinya petunjuk atau cara penggunaan obat tersebut.

Dampak lain dari tidak adanya POD adalah masyarakat lebih memilih untuk membeli obat di warung. Hal ini, dapat dilihat dari hasil data primer, rata-rata alasan mereka tidak berobat ke mana-mana sewaktu sakit karena mereka lebih memilih membeli obat di warung atau berobat sendiri, dengan cara melihat gejala penyakit seseorang.

b. Tidak adanya Apoteker

Selain tidak adanya Pos Obat Desa (POD), masalah yang juga muncul adalah puskesmas belum memiliki apoteker, sehingga masyarakat yang memerlukan konsultasi obat yang mereka gunakan harus ke rumah sakit yang jaraknya sangat jauh.

4. Faktor kependudukan

Kependudukan adalah keseluruhan demografis yang meliputi jumlah penduduk, pertumbuhan penduduk, struktur umur, mobilitas penduduk dan variasi pekerjaan dalam area wilayah satuan pemerintahan. Masalah yang dapat diangkat dalam hal kependudukan di desa Panggoosi yaitu masalah pendidikan penduduk yang rendah. Berdasarkan hasil pendataan diketahui masyarakat di Desa Panggoosi Kecamatan Tinanggea yang menjadi responden, 1 responden (2,1%) yang merupakan tamatan pendidikan di jenjang SMA (Sekolah Menengah Atas). 11 responden (23,4%) yang merupakan tamatan SMP (Sekolah Menengah Pertama). Selanjutnya 19 responden (40,4%) yang merupakan tamatan

SD (Sekolah Dasar). 13 responden (27,7%) yang merupakan pra sekolah. Dan 3 responden (6,4%) merupakan responden yang tidak pernah duduk di bangku sekolah. Jadi, tingkat pendidikan dari warga Desa Panggoosi masih tergolong rendah. Hal ini mengakibatkan pemenuhan kebutuhan akan kesehatan kurang tercukupi seperti kurangnya pemenuhan dalam pembuatan jamban yang memenuhi syarat, kurangnya pemenuhan dalam pembuatan SPAL yang memenuhi syarat dan kurangnya pemenuhan dalam pembuatan TPS yang memenuhi syarat.

B. Analisis Dan Prioritas Masalah

Setelah melakukan pengambilan data primer, maka didapatkan 7 masalah kesehatan yang terjadi di Desa Panggoosi yaitu :

1. Tidak adanya kepemilikan SPAL yang memenuhi syarat
2. Rendahnya kepemilikan TPS yang memenuhi syarat
3. Rendahnya pengetahuan PHBS masyarakat

Berdasarkan analisis prioritas masalah dengan menggunakan metode USG, dapat diketahui bahwa penyebab masalah kesehatan di Desa Panggoosi, Kecamatan Tinanggea adalah, sebagai berikut :

Tabel 8 Masalah Utama di Desa Panggoosi Kecamatan Tinanggea Tahun 2013

No	Masalah Kesehatan	USG			Total	Ranking
		U	S	G		
1.	Tidak adanya kepemilikan SPAL yang memenuhi syarat	4	5	5	100	I
2	Rendahnya kepemilikan TPS yang memenuhi syarat	5	4	3	60	III
3	Rendahnya pengetahuan PHBS masyarakat	4	4	4	64	II

Keterangan :

U : Urgency

S : Seriousness

G : Growth

Nilai :

Nilai 1 : sangat tidak menjadi masalah

Nilai 2 : tidak menjadi masalah

Nilai 3 : cukup menjadi masalah

Nilai 4 : sangat menjadi masalah

Nilai 5 : sangat menjadi masalah (mutlak)

Berdasarkan tabel diatas, dapat dirumuskan prioritas masalah kesehatan di Desa Panggoosi, Kecamatan Tinanggea adalah sebagai berikut:

1. Tidak adanya kepemilikan SPAL yang memenuhi syarat

2. Rendahnya kepemilikan TPS yang memenuhi syarat
3. Rendahnya pengetahuan PHBS masyarakat

C. Alternatif Pemecahan Masalah

Berdasarkan prioritas-prioritas masalah diatas, dapat dirumuskan beberapa alternatif pemecahan masalah yaitu, sebagai berikut:

1. Pembuatan SPAL percontohan.
2. Pembuatan poster/ Baliho/Stiker mengenai SPAL.
3. Penyuluhan PHBS tatanan rumah tangga.
4. Pembuatan poster/ Baliho/Stiker mengenai PHBS tatanan rumah tangga.

Dari 4 (empat) item alternatif pemecahan masalah yang telah disepakati bersama masyarakat dan aparat desa kemudian mencari prioritas pemecahan masalah dari beberapa item yang telah disepakati bersama. Dalam penentuan prioritas pemecahan masalah, kami menggunakan metode CARL dimana secara umum metode ini merupakan cara untuk menentukan prioritas masalah dan metode ini digunakan apabila pelaksanaan program masih mempunyai keterbatasan (belum siap) dalam menyelesaikan masalah. Metode ini menekankan pada kemampuan pelaksana program.

Adapun beberapa item yang menjadi alternatif pemecahan dengan menggunakan metode CARL yaitu :

Tabel 9 Alternatif Pemecahan Masalah dengan Metode CARL di Desa Panggoosi Kecamatan Tinanggea Tahun 2013

No	Alternatif Pemecahan	C A R L				Total	Ranking
		C	A	R	L		
1	Pembuatan SPAL percontohan	5	5	5	4	500	I
2	Pembuatan poster/ baliho/stiker mengenai SPAL.	5	4	5	3	300	III
3	Penyuluhan mengenai PHBS tatanan rumah tangga	5	5	4	4	400	II
4	Pembuatan poster/ baliho/stiker mengenai PHBS tatanan rumah tangga	3	4	2	3	72	IV

Keterangan :

C : Capability (Kemampuan untuk menyelesaikan masalah)

A : Accesability (Kemudahan untuk menyelesaikan masalah)

R : Readiness (Kesiapan untuk menyelesaikan masalah)

L : Leaverage (Daya ungkit yang ditimbulkan masalah tersebut)

Nilai :

Nilai 1 : sangat tidak menjadi masalah

Nilai 2 : tidak menjadi masalah

Nilai 3 : cukup menjadi masalah

Nilai 4 : sangat menjadi masalah

Nilai 5 : sangat menjadi masalah (mutlak)

Berdasarkan penentuan prioritas dengan menggunakan metode CARL diperoleh hasil bahwa kegiatan yang akan dilakukan ke depannya yaitu

pembuatan penyaringan air percontohan yang merupakan intervensi fisik dan penyuluhan PHBS tatanan rumah tangga yang merupakan intervensi non fisik.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

Sesuai dengan hasil pengidentifikasian masalah kesehatan di Desa Panggoosi Kecamatan Tinanggea Kabupaten Konawe Selatan yang diperoleh pada Pengalaman Belajar Lapangan I (PBL I) didapatkan beberapa alternatif pemecahan masalah yang akan dilaksanakan pada PBL II. Upaya tersebut dilaksanakan dalam bentuk intervensi dengan cara merealisasikan program-program yang telah direncanakan sebelumnya baik fisik maupun non fisik.

Sebelum melaksanakan intervensi, terlebih dahulu kami melakukan rapat pertemuan dengan warga Desa Panggoosi yang dilaksanakan pada hari Jumat, 19 Desember 2014 pukul 13.00 WITA sampai selesai dan bertempat di Mesjid Annuur Jami' Desa Panggoosi. Maksud dari pertemuan ini yaitu untuk memantapkan program-program yang telah disepakati pada Pengalaman Belajar Lapangan I (PBL I) sebelumnya. Kami meminta pendapat dan kerjasama masyarakat tentang kegiatan intervensi fisik dan non fisik yang akan kami lakukan. Selain itu, kami 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, serta indikator keberhasilan dan evaluasi.

Dalam PBL II ini ada beberapa intervensi yang telah dilakukan sebagai tindak lanjut dari PBL I. Beberapa intervensi yang dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Program intervensi fisik berupa pembuatan saluran pembuangan air limbah (SPAL) percontohan di 3 rumah warga Desa Panggoosi.
2. Program intervensi non-fisik berupa penyuluhan mengenai pentingnya penerapan PHBS tatanan rumah tangga kepada masyarakat Desa Panggoosi, penyuluhan mengenai pentingnya pemberian ASI eksklusif, persalinan dibantu oleh tenaga kesehatan, menimbang bayi dan balita setiap bulan dan lain-lain.

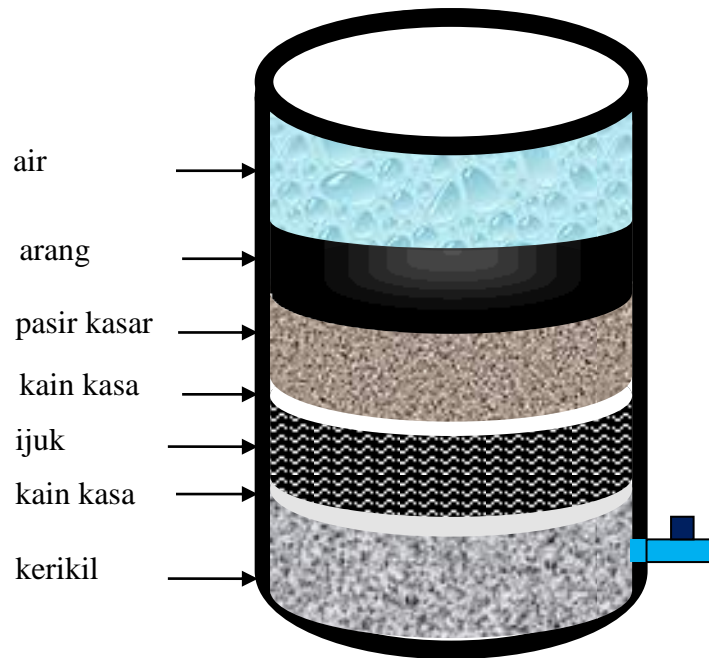
B. Pembahasan

1. Intervensi Fisik

Pada saat rapat pertemuan untuk menyepakati kembali program-program yang telah disepakati pada Pengalaman Belajar Lapangan I (PBL I) sebelumnya, kami mendapat permintaan dari warga bahwa program pembuatan saluran pembuangan air limbah (SPAL) percontohan ini diganti dengan program penyaringan air, dimana program ini merupakan program yang ditawarkan oleh mahasiswa atas dasar inisiatif sendiri dari kami karena melihat kondisi air warga terutama sumber air yang berada disekitar posko tempat tinggal kami. Program sebelumnya diganti

disebabkan karena masyarakat desa mengalami musim kekeringan yang menyebabkan penghasilan petani tambak yang merupakan mata pencaharian seluruh masyarakat menjadi lebih rendah dari 6 bulan sebelumnya. Masyarakat Desa Panggoosi mengharapkan program yang tidak mengeluarkan biaya tetapi dapat meningkatkan status kesehatan masyarakat. Selain itu kondisi tanah di Desa Panggoosi yang merupakan tanah liat tidak memungkinkan untuk membuat Saluran Pembuangan Air Limbah (SPAL) karena tanah liat sukar untuk menyerap air. Setelah kami berdiskusi dengan Pembimbing dan Kepala Desa serta kami mengusulkan untuk membuat tempat penyaringan air bersih percontohan. Selanjutnya, kami meminta izin ke salah satu rumah warga untuk menyediakan kebutuhan material dalam pembuatan penyaringan air bersih percontohan. Rumah tersebut kami pilih karena letaknya dekat dengan posko kami dan kondisi airnya keruh dan berbau, selain itu air tersebut merupakan air yang kami konsumsi baik untuk makan maupun mandi dan mencuci. Intervensi fisik yang telah dilakukan adalah alat penyaringan air bersih percontohan yang baik, sehat dan sederhana atau ekonomis untuk digunakan agar air yang tidak bersih dan sehat tidak menjadi tempat berkembang dan sumber penularan bibit penyakit. Dalam melakukan intervensi tersebut, mahasiswa PBL II berkerja sama dengan aparat Desa Panggoosi serta masyarakat setempat dalam hal ketenagaan, sedangkan dalam hal pembiayaan 100% dari swadaya masyarakat Desa Panggoosi.

Pengadaan penyaringan air bersih percontohan ini berada di lokasi Dusun II disalah satu sumur warga Desa Panggoosi yang menurut warga airnya cocok untuk disaring. Hal ini dikarenakan asas pemanfaatan bersama dimana dinilai sangat bermanfaat bagi masyarakat Desa Panggoosi. Pembuatan penyaringan air percontohan pada Desa Panggoosi disambut antusias oleh para warga. Intervensi fisik yang kami lakukan yakni pembuatan penyaringan air percontohan di salah satu rumah warga. Pembuatan penyaringan air percontohan dilaksanakan pada hari Kamis, 25 Desember 2014 pukul 08.30 WITA. Pagi harinya warga sudah berkumpul pada lokasi pembuatan penyaringan air bersih percontohan. Pembuatan penyaringan air tersebut dibuat dengan kerja sama masyarakat Desa Panggoosi ada yang menyediakan ember dan kebutuhan material lainnya. Bahkan kerikil yang kami gunakan untuk membuat penyaringan air kami peroleh dari Kepala Desa Panggoosi. Kami merasa ikut terbantu dengan partisipasi dari seluruh masyarakat Desa Panggoosi. Adapun alat dan bahan pembuatan penyaringan air bersih dapat terlihat darri contoh gambar dibawah ini :



Cara pembuatan penyaringan air percontohan adalah sebagai berikut :

1. Pengumpulan semua bahan-bahan yang telah ditentukan yang dilakukan oleh masyarakat dan dibantu mahasiswa PBL II Desa Panggoosi
2. Bahan yang telah dikumpulkan kemudian dicuci hingga bersih, agar saringan air yang dibuat nanti akan menghasilkan air yang bersih dan juga membersihkan bahan-bahan yang akan dirangkai.
3. Buat lubang pada sisi bawah ember seukuran pipa atau selang $\frac{3}{4}$ sebagai lubang pembuangan hasil air yang telah disaring.
4. Siapkanudukan untuk penyaringan air yang akan digunakan nanti.
5. Rangkai bahanyang telah disiapkan dengan susunan sebagai berikut :
 - Batu kerikil dilapisan paling bawah sebagai bahan penyaring dan membantu aerasi oksigen

- Kain kasa untuk menyaring kotoran yang masuk
 - Ijuk untuk menyaring partikel yang lolos dari lapisan sebelumnya dan makan air yang mengalir
 - Kain kasa untuk menyaring kotoran yang masuk
 - Pasir kasar untuk menahan endapan lumpur yang ada di dalam air
 - Arang sebagai penyerap partikel yang halus, penyerapan bau dan warna yang terdapat di air.
6. Penyaringan air percontohan siap untuk digunakan oleh masyarakat Desa Panggoosi.

2. Intervensi Non Fisik

a. Penyuluhan Tentang Pentingnya PHBS Tatanan Rumah Tangga

Program kegiatan intervensi non fisik yang kami laksanakan berdasarkan hasil kesepakatan pada curah pendapat (*brainstorming*) dengan masyarakat Desa Panggoosi pada PBL I yakni penyuluhan tentang pentingnya PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) tatanan rumah tangga.

Kegiatan intervensi non fisik yaitu penyuluhan tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Rumah Tangga yang dilaksanakan mulai hari Senin, 22 Desember 2014 Pukul 09.00 WITA yang bertempat di masing-masing rumah warga. Dalam pelaksanaan intervensi non fisik melalui penyuluhan ini kami

membagi kelompok ke masing-masing rumah dengan melaksanakan metode *door to door* sebab warga desa sangat sulit dikumpulkan disatu tempat berhubung pekerjaan mereka sebagai petani tambak. Tujuan kami mengadakan penyuluhan yaitu untuk memberikan gambaran dan pengetahuan mengenai pentingnya penerapan Perilaku hidup Bersih dan Sehat dalam kehidupan sehari-hari. Indikator keberhasilan dari kegiatan ini adalah meningkatnya pengetahuan ibu-ibu dan bapak-bapak dan adanya perubahan sikap serta 65% memahami materi penyuluhan serta diharapkan mampu menerapkan ilmunya pada keluarga. Untuk mengetahui berhasil tidaknya kegiatan tersebut, maka sebelum diberikan penyuluhan terlebih dahulu diberikan *pre test* dengan membagikan kuesioner untuk dibandingkan dengan *post test* pada evaluasi di PBL III nanti.

Pre test dibagikan kepada warga dan berisi 5 pertanyaan tentang identitas pribadi dan 11 pertanyaan dasar pengetahuan seputar perilaku hidup bersih dan sehat. Jawaban yang benar (per poin) mendapat nilai 1 dan salah tidak mendapatkan nilai (nilai 0). Klasifikasi pengetahuan warga kami bagi menjadi 2 yaitu cukup dan kurang. Cukup apabila jumlah poin jawaban (keseluruhan) > 6 sedangkan pengetahuan kurang dengan jumlah poin (keseluruhan) ≤ 6 .

Selain pertanyaan mengenai pengetahuan seputar perilaku hidup bersih dan sehat, kuesioner *pre test* juga berisi 10 pertanyaan seputar sikap warga mengenai perilaku hidup bersih dan sehat. Jawaban yang benar (per poin) mendapat nilai 1 dan salah tidak mendapatkan nilai (nilai 0). Klasifikasi sikap warga kami bagi menjadi 2 yaitu baik dan buruk. Baik apabila jumlah poin jawaban (keseluruhan) > 5 sedangkan sikap buruk dengan jumlah poin (keseluruhan) ≤ 5 .

Evaluasi pengetahuan dan sikap warga akan dilakukan pada Juni 2015 (PBL III). Diharapkan dengan diadakannya penyuluhan dapat menambah pengetahuan dan pemahaman warga mengenai hidup sehat.

Mengenai penyuluhan PHBS pada masyarakat secara umum kami membahas tentang pentingnya PHBS, khususnya PHBS rumah tangga dan kami juga menjelaskan tentang 10 indikator PHBS rumah tangga.

Penyuluhan merupakan salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Mungkin sebagian masyarakat sudah sering mendapat penyuluhan, sehingga masyarakat sangat antusias dalam mengikuti kegiatan penyuluhan. Hal tersebut menjadi suatu alasan bagi akademisi kesehatan masyarakat untuk melakukan penyuluhan secara berkala,

dan menjadikan hal tersebut sebagai motivasi untuk selalu berupaya mencari terobosan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

C. Faktor Pendukung dan Penghambat

1. Faktor Pendukung

Adapun faktor pendukung selama pelaksanaan kegiatan PBL II yaitu sebagai berikut :

1. Kegiatan intervensi fisik yang telah kami rancang dalam PBL I lalu cukup mendapat perhatian dari warga masyarakat, terbukti dalam kegiatan pembuatan penyaringan air percontohan mendapatkan bantuan bahan material dari warga Desa Panggoosi. Selain itu, antusias dari warga yang melihat langsung proses pembuatan penyaringan air percontohan.
2. Kegiatan intervensi non fisik yang kami lakukan yakni penyuluhan PHBS tatanan rumah tangga dengan metode *door to door* mendapatkan sambutan yang baik dari tiap warga. Hampir disetiap rumah kami disajikan minuman dan makanan selain itu tidak jarang diantara kami membawa bingkisan berupa ikan atau makanan lainnya. Serta warga Desa Panggoosi sangat serius dalam memperhatikan teknik penyuluhan yang kami berikan.

2. Faktor Penghambat

Adapun faktor penghambat selama pelaksanaan kegiatan PBL II yaitu sebagai berikut :

1. Faktor yang menjadi penghambat dalam kegiatan ini adalah faktor waktu dan kesibukan masyarakat. Karena faktor tersebut, kegiatan intervensi fisik kami diundur. Sehingga kami harus menunggu kondisi yang memungkinkan untuk melaksanakan program intervensi kami.
2. Dalam penyuluhan kami mendapat sedikit kendala yaitu pada saat pemberian *pre-test* yang mana masih banyak warga yang kurang memahami kuesioner yang kami berikan dan masih kurang mengerti dengan pertanyaan yang kami berikan, sehingga hanya pengisian kuesioner saja sudah memakan waktu yang banyak serta masih ada warga yang tidak tahu membaca sehingga kami harus membantu membacakannya, hal ini juga membuat waktu yang dibutuhkan untuk pengisian kuisisioner menjadi lama.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Kegiatan intervensi yang kami lakukan dalam Pengalaman Belajar Lapangan (PBL) II ialah sebagai berikut:

3. Program intervensi fisik berupa pembuatan penyaringan air percontohan di salah satu rumah warga Desa Panggoosi.
4. Program intervensi non fisik berupa penyuluhan mengenai pentingnya penerapan PHBS tatanan Rumah Tangga yang diberikan kepada warga dengan metode *door to door*. Selain itu pemberian *pre test* untuk mengukur pengetahuan masyarakat Desa Panggoosi tentang PHBS tatanan Rumah Tangga.

B. Saran

Saran yang dapat kami berikan kepada masyarakat Desa Panggoosi antara lain :

1. Dengan adanya penyaringan air percontohan diharapkan ditingkatkan kepemilikannya (adopsi teknologi) bagi masyarakat yang belum memiliki dengan meluangkan waktunya untuk membuat penyaringan air.
2. Masyarakat Desa Panggoosi agar memahami materi penyuluhan mengenai PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) tatanan rumah tangga demi peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Bustan, M.N. 2000. *Pengantar Epidemiologi*. Rineka Cipta : Jakarta.
- Dainur. 1995. *Materi-materi Pokok Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Widya Medika : Jakarta.
- Daud, Anwar. 2005. *Dasar-Dasar Kesehatan Lingkungan*. LEPHAS : Makassar.
- Entjang, Indan. 2000. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Citra Aditya Bakti. Bandung.
- Mulia, M. Ricki. 2005. *Kesehatan Lingkungan*. Graha Ilmu. Yogyakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2005. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2005. *Prinsip-Prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Rineka Cipta : Jakarta.
- Tosepu, Ramadhan. 2007. *Kesehatan Lingkungan*. Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas MIPA UNHALU : Kendari
- , 2009. *Pedoman Pelaksanaan Pengalaman Belajar Lapangan (PBL) Mahasiswa Jurusan Kesmas Unhalu*. Jurusan Kesehatan Masyarakat Fakultas Matematika dan Ilmu Pengatahuan Alam Universitas Haluoleo : Kendari.
- <http://www.google.com/2012/06/12/PHBSRumahTangga/> di akses tanggal 25 Desember 2014

LAMPIRAN

LAMPIRAN 1. DAFTAR HADIR KELOMPOK I (SATU)
PBL II (DUA) FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HALU OLEO
DESA PANGGOOSI KECAMATAN TINANGGEA KABUPATEN
KONawe SELATAN

NO	NAMA	WAKTU/TANGGAL (16-29 DESEMBER 2014)													
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
1	Muh. Icsal MA	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
2	Wa Ode Musniatun	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
3	Muh. Ichwan	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
4	Kamrul	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
5	Agus Susanto	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
6	Desi Setiani	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
7	Sarfiah	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
8	Nyurmasari	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
9	Muh, Ilham Sholihin	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
10	Zainab Hikmawati	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
11	Syamsinar Wulandari	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
12	Jumiati	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
13	Jepri Susanto	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
14	Irdyanti Tahir	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√