

**IDENTIFIKASI MASALAH KESEHATAN PENDUDUK RUKUN WILAYAH 01  
KELURAHAN ABEPANTAI ABEPURA KOTA JAYAPURA**

***(IDENTIFY HEALTH PROBLEM OF POPULATION RUKUN WILAYAH 01  
SUB DISTRICT ABEPANTAI ABEPURA JAYAPURA CITY)***

Fransisca B. Batticaca<sup>1\*</sup>, Imma Wardhani<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Cenderawasih  
Jl. Raya Sentani Abepura Jayapura Papua (99351)

\*e-mail: sis\_ppnu@yahoo.com

**ABSTRAK**

Tujuan penelitian untuk mengidentifikasi masalah kesehatan penduduk di RW 01 Kelurahan Abepantai Abepura Kota Jayapura. Desain penelitian *descriptive cross sectional* melalui survey. Sampel sebanyak 54 kepala keluarga diukur menggunakan kuesioner yang diadopsi dari panduan praktik profesi stase keperawatan komunitas Ners Fakultas Kedokteran Universitas Cenderawasih untuk mengidentifikasi karakteristik penduduk; data karakteristik rumah, dan kebersihan lingkungan; air bersih dan jamban, penyakit yang pernah dialami dalam satu tahun terakhir, pelayanan kesehatan balita, dan pelayanan keluarga berencana. Dilaksanakan pada bulan Agustus 2014 sampai dengan Agustus 2015. Analisis statistik menggunakan program SPSS dengan computer. Dari 54 Kepala keluarga teridentifikasi penduduk sering terinfeksi penyakit Tuberkulosis 35%, Infeksi Saluran Pernafasan Akut 31,5%, Dermatitis, Malaria, and Rheumatoid 9.3%, DBD and Diarrhea 5.6%; tinggal di rumah semi permanent 20.4%, lantai tanah 27,8%, tidak ada ventilation 75.1%, lingkungan kotor 63 %, membuang sampah ke sungai 54.5%; sumber air dari mata air 100%; vector berbahaya nyamuk 38 %; toileting di WC umum 42,6%; buang limbah di sembarang tempat 51,5%, menimbang anak secara teratur 58,1%, memiliki KMS 51,25%, iminiasai lengkap 41,9%, mendapatkan MP-ASI 89,4%; tidak ikut KB 72.2%. Sumber informasi kesehatan dari puskesmas/Posyandu 46,3%; pelayanan kesehatan di RS 74,1%. Kemudian merumuskan masalah keperawatan menggunakan Nanda meliputi risiko tinggi infeksi saluran pernafasan akut, diare, ketidakefektifan penatalaksanaan kesehatan komunitas, ketidakefektifan penatalaksanaan kesehatan balita. Kesimpulan penelitian bahwa status kesehatan penduduk RW 01 Abepantai berada pada level rendah. Sarannya yaitu meningkatkan status kesehatan penduduk melalui akses pelayanan, membangun kembali lingkungan perumahan melalui kemitraan antara Dinas Kesehatan, Departemen Pekerjaan Umum, Pihak Swasta, dan Perguruan Tinggi .

Kata kunci: Abepantai, Masalah Kesehatan, Kelurahan, Penduduk

**ABSTRACT**

*The aim of this study was to identify health problem of people Rukun Wilayah 01 Sub District Abepantai Abepura Jayapura city. Research design was descriptive cross sectional approach through survey. Population consisted of 54 household used questionnaire which adopted from professional nursing practice at community level Ners Faculty of Medicine University of Cenderawasih to identify people characteristics, household characteristics, and environment hygiene, clean water and latrine, the diseases that infected people in one year, under five years old of childrens' services, and family planning services. Research was conducted August 2014 to August 2015. Statistical analysis found most of people always infected*

*Tuberculosis 35%, Acute Upper Tract Infection 31.5%, Dermatitis, Malaria, and Rheumatoid 9.3%, DHV and Diarrhea 5.6%; live in semi permanent house 20.4%, land floor 27.8%, no has ventilation 75.1%, dirty environment 63 %, put rubbish on the river 54.5%; sours of water from spring 100%, danger vector mosquito 38 %; toileting at general water close 42,6%; put waste in any places 51.5%, weighted child regularly 58.1%, has identity healthy card 51.25%, completely immunization 41.9%, artificial breast feeding 89.4%, absent of family planning 72.2%. Source of information at public health center/integrated health post 46.3%, health care services at the hospital 74.1%. Nursing problem of community RW 01 consisted of: High risk upper tract infections, diarrhea; Ineffective community health management; Ineffective health management of children under five years old. Health status of people at low level. Its needed to improve health status of people by access health services, rebuild houses environment through partnership between Health Department, General Worker Department, Private sector, and University institution.*

*Key word: Abepantai, Health problem, Pupulation, Subdistric*

## PENDAHULUAN

Kelurahan Abepantai merupakan wilayah kerja Puskesmas Abepantai, terletak di Kecamatan Abepura Kota Jayapura Povinsi Papua. Kelurahan Abepantai terbentuk berdasarkan Peraturan Daerah Kota Jayapura Nomor 9 Tahun 2006, merupakan pemekaran dari Kelurahan Asano. Pemerintah Kelurahan Abepantai mulai pada tanggal 06 Feruari 2007 yang dipimpin oleh John, A.Awi, S.Sos. Penduduknya merupakan bagian dari pelayanan kesehatan Puskesmas Abepantai termasuk RW 01 RW 01 dimana 100% penduduknya merupakan etnis asli Papua yang berasal dari wilayah Memberamo Tengah. Selain itu Puskemas Abepantai juga melaksanakan program perawatan kesehatan masyarakat. Data tersebut menunjukkan bahwa RW 01 rentan dan risiko terhadap mengalami masalah kesehatan.

Perawatan kesehatan masyarakat (Perkesmas) adalah pelayanan keperawatan professional yang merupakan perpaduan antara konsep kesehatan masyarakat dan konsep keperawatan yang ditujukan pada seluruh masyarakat dengan penekanan pada kelompok risiko tinggi. Dalam upaya pencapaian derajat kesehatan yang optimal dilakukan melalui peningkatan kesehatan (promotif) dan pencegahan penyakit (peventif) disemua tingkat pencegahan (*level of prevention*) dengan menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan

yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra kerja dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evalueasi pelayanan keperawatan (Depkes, 2006).

Masalah kesehatan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat dapat dideteksi melalui asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan adalah suatu proses sistemik, rasional, menggunakan metode perencanaan dan pemberian asuhan perawatan individu. Tujuan asuhan keperawatan adalah untuk mengidentifikasi masalah atau kebutuhan kesehatan aktual atau potensial untuk mengidentifikasi kebutuhan klien. Klien mencakup individu, keluarga, kelompok atau komunitas. Terdapat enam tahapan proses keperawatan yaitu: pengkajian, diagnosis, identifikasi tujuan, perencanaan, dan evaluasi. Identifikasi dilaksanakan pada level pertama melalui pengkajian. Pengkajian adalah pengumpulan, pengorganisasian, validasi, dan dokumentasi data secara sistematis. Pada kenyataan pengkajian adalah suatu proses secara kontinyu dilaksanakan selama seluruh tahap proses keperawatan (Kozier & Erb's, 2012). Kuesioner yang digunakan mengumpulkan data terdiri dari kuesioner data karakteristik penduduk; data karakteristik rumah, dan kebersihan lingkungan; air bersih dan jamban, penyakit yang pernah dialami dalam satu tahun terakhir, pelayanan kesehatan balita, dan

pelayanan keluarga berencana bersumber dari bukua panduan praktek profesi keperawatan komunitas Program Studi Ilmu keperawatan Fakultas Kedokteran Uncen Universitas Cenderawasih (2014).

Pada tahun 2013 teridentifikasi 10 besar penyakit di wilayah Kota Jayapura yaitu ISPA sebagai peringkat pertama 75,179%, Penyakit Kulit, 19,61%, Penyakit Rongga Mulut 15,891%, Malaria, 15,541 Penyakit Sistem Otot dan Jaringan Pengikat, 14,375%, Gastritis 7,886%, Diare 7,165%, Hipertensi 4,483%, Kecelakaan/Ruda Pakasa, 4,436%, Penyakit lainnya, 37,003%. Disamping 10 penyakit terebar tersebut juga teridentifikasi kasus lain seperti Kasus Diara pada Balita 23% mengalami penurunan dibandingkan tahun 2012 sebesar 42,3% Dislaporkan juga kasus lepra di 12 Puskesmas yang berada di Kota Jayapura 415 oran, 12 orang diantaranya di Puskesmas Abepantai; kasus HIV dilaporkan sebanyak 431 penderita dan AIDS sebanyak 3438 penderita. Sebagian besar kasus terjadi pada populasi umum. Sementara penderita Infeksi Menular Seksual (IMS) berjumlah 2584 kasus dan 100 % ditangani; Cakupan penemuan penderita TB Paru BTA (+) baru tahun 2013 adalah sebanyak 621 kasus, kasus ini meningkat dibanding tahun 2012 yaitu 437 kasus. Sementara BTA (+) yang diobati sebanyak 621 kasus. Untuk kasus TB Paru kambuh ditemukan sebanyak 44 kasus pada tahun 2013, kasus ini tetap dibanding tahun 2012 sebanyak 44 kasus juga. Adapun CDR TB Paru pada tahun 2013 ini adalah 104 % dengan SR 40% (sampai triwulan I tahun 2013); Penemuan kasus Pneumonia pada semua kelompok umur pada tahun 2013 sebanyak 185 pasien, dimana 50% diantaranya adalah balita. Penemuan kasus Pnemonia Balita di Puskesmas pada tahun 2013 sebanyak 101 pasien dan 100 % dapat ditangani. Sementara data dari Rumah sakit tidak didapat. Jika dibandingkan dengan tahun 2012 sebanyak 39 pasien, terjadi peningkatan kasus; DBD sebanyak 139 penderita tanpa kematian, terjadi

peningkatan kasus dibanding tahun 2012 kasus DBD sebanyak 72 kasus dengan kematian 4 orang (Dinkes Kota Jayapura, 2013).

Hasil studi pendahuluan di Puskesmas Abepantai bulan. Agustus 2014 teridentifikasi 10 penyakit utama , yaitu: Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) 40% leih tinggi dari angka nasional 25%, papua 31,2%; diikuti oleh penyakit lain 19,5%; Mialgia 10,%, *Diare* 7,4% seikit lebih tinggi dari prevalensi nasional 3,5% 6.2%, *Dermatitis* 4,7%, *conjunctivitis* 4.4%; Malaria tertiana 27%; Farisela 2. %; Caries 2,1% ; Malaria lebih tinggi dari angkdan a nasional 1,9%, Papua: Insidensi 9,8% dan prevalensi 28,6 %(Riskesdas, 2013).Semntara menurut peugas penduduk di RW 01 memilki berbaai masalah kesehatan, diantaranya diare, malaria, dan ISPA, dan TBC, warga juga jarang berobat ke Puskesmas dan membawa anak ke posynadu karena jarang berada di rumh, tetapi lebih banya waktunya digunakan berkebun. Hasil observasi Nampak rumah kumuh, bebeapa ank Nampak pilek, tidak emngguakan sandal ketika sedang bermain., infomrasi lain didapatkan penduduk RW 01 cendereung mengkonsumsi minuman berlakohol. Berbagai upaya telah dilakukan pemerintah diantaanya perebaikan pemukiman penduduk melalui program kota tanpa kumuh (Kotaku), perawatan ksehatan masyarakat (Perkesmas), peromosi kesehatan olah petugas puskesmas, namun masih ditemukan masalah kesehatan masyarakat di wihlayah RW 01. Sehingga perlu diterapkan asuhan keperawatan masyarakat di RW 01 Kelurahan Abepantai Abepura Kota Jayapura.

Bedasarkan hal tersebut dapat dirumuskan hipotesisi penelitaian bahwa ada masalah kesehatan penduduk RW 01 Kelurahan Abapantai Abepaura Kota Jayapura. Tujuan pnelitian mengidentifikasi masalah kesehatan penduduk RW 01 Kelurahan Abapantai Abepaura Kota Jayapura mencakup karakteristik rumah dan kebersihan lingkungan, sarana air bersih dan jamban; penyakit yang sering dilami penduduk, sumber informasi dan tempat

pelayanan kesehatan, pelayanan kesehatan balita, dan pelayanan keluarga berencana.

## METODE

Desain penelitian descriptive *cross sectional* melalui survey. Sampelnya sebanyak 54 kepala keluarga menggunakan purposive sampling. Alat ukur yang menggunakan kuesioner yang diadopsi dari panduan praktik profesi stase keperawatan komunitas Ners Fakultas Kedokteran Universitas Cenderawasih untuk mengetahui karakteristik penduduk; data karakteristik rumah, dan kebersihan lingkungan; air bersih dan jamban, penyakit yang pernah dialami dalam satu tahun terakhir, pelayanan kesehatan balita, dan pelayanan keluarga berencana. Pengumpulan data dilaksanakan setelah peneliti mendapat ijin dari Dinas Kesehatan Kota. Data yang dikumpulkan terdiri dari data sekunder tentang profil puskesmas dan data Jumlah kepala keluarga diperoleh dari ketua RW dan ketua rukun tetangga (RT) setempat. Penelitian ini menggunakan mahasiswa praktek Profesi sebagai pengumpul data sehingga sebelum dilakukan pengumpulan data dilakukan persamaan persepsi dengan melatih mahasiswa mengisi kuesioner sebelum melaksanakan penelitian dengan cara survey untuk mendapatkan data primer dimana setiap mahasiswa mendatangi rumah penduduk didampingi aparat setempat untuk mendapatkan data primer. Sedangkan data sekunder diperoleh dari data Profil Puskesmas Abepantai, Kelurahan Abepantai dan Ketua RA 01 Abepantai. Populasi seluruh rumah tangga 54 kepala keluarga (KK) di RW 01. Sampel adalah seluruh rumah tangga 54 dan anggotanya di RW 01.

Instrumen penelitian yang digunakan terdiri dari demografi keluarga berisi tentang karakteristik penduduk mencakup usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, etnis, pendapatan; karakteristik rumah dan kebersihan lingkungan, sarana air bersih dan

jamban; penyakit yang sering dialami penduduk, sumber informasi dan tempat pelayanan kesehatan, pelayanan kesehatan balita, dan pelayanan keluarga berencana. Pengumpulan data dengan cara interview dan observasi menggunakan kuesioner yang telah disiapkan. Seluruh data diperoleh berdasarkan laporan responden, dan observasi. Pengolahan data dengan cara univariate menggunakan program SPSS dengan computer.

Untuk melindungi hak asasi manusia, penelitian ini mendapatkan ijin dari Dinas Kesehatan Kota Jayapura. Kepala Puskesmas, Kepala Kelurahan, Ketua RW 01 serta tokoh agama bersama diberi informasi penjelasan mengenai tujuan serta prosedur, dan manfaat penelitian. Keluarga yang berpartisipasi pada penelitian ini menandatangani surat persetujuan (*Inform consent*). Bila ditemukan ada anggota keluarga yang mengalami masalah gangguan kesehatan dirujuk ke Puskesmas atas persetujuan ketua aparat setempat.

## HASIL

### Karakteristik Penduduk

Table 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Penduduk

| Karakteristik       | n   | %    |
|---------------------|-----|------|
| Usia dalam tahun    |     |      |
| 0-5                 | 19  | 8,2  |
| 6-12                | 35  | 15   |
| 13-18               | 24  | 10,3 |
| 19-35               | 44  | 18,9 |
| 36-54               | 83  | 35,6 |
| > 55                | 28  | 12   |
| Jenis Kelamin       |     |      |
| Laki-laki           | 117 | 50,2 |
| Perempuan           | 116 | 49,8 |
| Etnis               |     |      |
| Papua               | 233 | 100  |
| Agama               |     |      |
| Cristian Protestant | 233 | 100  |
| Pekerjaan           |     |      |
| Tani                | 92  | 67,2 |

|                     |    |      |
|---------------------|----|------|
| Tidak bekerja       | 26 | 19,0 |
| PNS                 | 18 | 13,1 |
| Swasta              | 1  | 0,7  |
| TNI/Polri           | 0  | 0    |
| Pendidikan          |    |      |
| Tidak sekolah       | 63 | 31,8 |
| Taman-kanak-kanak   | 3  | 1,5  |
| Sekolah Dasar       | 59 | 29,8 |
| SMP                 | 14 | 7,1  |
| SMA                 | 48 | 24,2 |
| Ademik/Diploma      | 11 | 5,6  |
| Pendapatan (Rp)     |    |      |
| < 500.000           | 37 | 68,6 |
| 500.000 – 1.000.000 | 13 | 24,0 |
| > 1.000.000         | 4  | 7,4  |

Tabel 1 menunjukkan mayoritas penduduk RW 01 Kelurahan Abepantai berada pada rentang usia produktif. Untuk kelompok usia 26–50 tahun 35,6%, laki-laki 50,2%, petani 67,2%, tidak sekolah 31,8%, Etnis Papua: Mambramo Tengah 100%, Kristen Protestan 100%, penghasilan perbulan Rp.< 500.000 68,6% dari total penduduk 233 jiwa.

### Karakteristik Rumah, dan Kebersihan Lingkungan

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Karakteristik Rumah

| Karakteristik     | n  | %    |
|-------------------|----|------|
| Kepemilikan Rumah |    |      |
| Milik Pribadi     | 54 | 100  |
| Tipe Rumah        |    |      |
| Non Permanen      | 26 | 48,1 |
| Permanen          | 11 | 20,4 |
| Semi Permanen     | 17 | 31,4 |
| Jenis Lantai      |    |      |
| Papan             | 33 | 61,1 |
| Plester           | 6  | 11,1 |
| Tanah             | 15 | 27,8 |
| Ventilasi Rumah   |    |      |
| Ada               | 13 | 61,1 |
| Tidak Ada         | 41 | 75,9 |

Tabel 2,3 menunjukkan 100% penduduk memiliki rumah pribadi, 48,1% memiliki tipe rumah non permanen, jenis lantai papan 61,1%, tanah 27,8%, berventilasi 75,9%.

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Kebersihan Lingkungan

| Karakteristik            | n  | %    |
|--------------------------|----|------|
| Kebersihan Lingkungan    |    |      |
| Bersih                   | 20 | 37,0 |
| Tidak Bersih             | 34 | 63,0 |
| Tempat Pembuangan Sampah |    |      |
| Ditimbun dalam tanah     | 10 | 20   |
| Dikumpul dan dibakar     | 14 | 25,5 |
| Disungai                 | 30 | 54,5 |
| Vektor Yang Membahayakan |    |      |
| Lalat                    | 39 | 25   |
| Nyamuk                   | 36 | 38   |
| Anjing                   | 22 | 14   |
| Kecoa                    | 23 | 23   |

Tabel 3 menunjukkan mayoritas penduduk lingkungan tidak bersih, 63%, membuangan sampah 54,5% di sungai Vektor yang membahayakan kesehatan terbanyak nyamuk 38%, lalat 25%, kecoa, 23%, dan anjing 14% dari total kepala keluarga 54.

### Sarana Air Bersih dan Jamban

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Keadaan Air Bersih

| Karakteristik         | n  | %   |
|-----------------------|----|-----|
| Sumber Air Minum      |    |     |
| Mata Air              | 54 | 100 |
| Pengelolaan Air Minum |    |     |
| Dimasak               | 54 | 100 |
| Tempat Penyimpanan    |    |     |

|                   |    |      |
|-------------------|----|------|
| Air               |    |      |
| Terbuka           | 26 | 48,2 |
| Tertutup          | 28 | 51,8 |
| Keadaan Fisik Air |    |      |
| Jernih            | 54 | 100  |

Tabel 4 menunjukkan 100% Air minum bersumber dari mata air, 100% dimasak tempat penyimpanan air tertutup 100%, keadaan fisik air yang jernih sebanyak 100%.

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Sarana Jamban

| Karakteristik               | n  | %    |
|-----------------------------|----|------|
| Tempat Pembuangan Air Besar |    |      |
| Di Sungai                   | 7  | 14,5 |
| Diselokan                   | 4  | 7,3  |
| Di WC                       | 43 | 78,2 |
| Kepemilikan Jamban          |    |      |
| WC Umum                     | 23 | 42,6 |
| WC Pribadi                  | 20 | 37,1 |
| Tidak punya                 | 11 | 20,4 |
| Pembuangan Air Limbah       |    |      |
| Selokan                     | 14 | 25,9 |
| Sembarang tempat            | 28 | 51,9 |
| Sungai                      | 12 | 22,2 |

78,2% menggunakan WC, 14,5% di sungai, dan 7,3% parit., 42,6% jamban umum, 37,1% tidak memiliki jamban, 20,4% memiliki jamban, Pembuangan air limbah 51,9% di sembarang tempat, 22,2% di sungai, dan 25,9% parit dari total kepala keluarga 54.

### Penyakit Yang Sering Dialami Penduduk

Tabel 6. Penyakit Yang Sering Dialami Penduduk

| Kategori   | n | %   |
|------------|---|-----|
| DBD        | 3 | 5,6 |
| Diare      | 3 | 5,6 |
| Dermatitis | 6 | 9,3 |

|           |    |      |
|-----------|----|------|
| ISPA      | 17 | 31,5 |
| Malaria   | 5  | 9,3  |
| Rheumatik | 2  | 3,7  |
| TB Paru   | 19 | 35,0 |

Tabel 6 menunjukkan penyakit yang sering dialami penduduk dalam 1 tahun terakhir (2013-2014) yaitu Tuberkulosis (TB) Paru 35,0%, Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) 31,5%, Dermatitis seimbang dengan Malaria 9,3%, Demam Berdarah Dengue (DBD) seimbang dengan Diare 5,6%, Reumatik 9,3% dari total penduduk 233 jiwa.

### Sumber Informasi dan Tempat Pelayanan Kesehatan

Tabel 7. Sumber Informasi , dan Tempat Pemeriksaan Kesehatan

| Karakteristik                | n  | %     |
|------------------------------|----|-------|
| Sumber Informasi Kesehatan   |    |       |
| Penyuluhan PKM/Posyandu      | 25 | 46,3  |
| Radio                        | 14 | 25,9  |
| TV                           | 15 | 27,8  |
| Tempat Pemeriksaan Kesehatan |    |       |
| RS                           | 40 | 74,1% |
| Puskesmas                    | 8  | 14,8% |
| Tidak memeriksakan           | 6  | 11,1% |

Tabel 7 menunjukkan distribusi frekuensi penduduk memperoleh informasi kesehatan bersumber dari Puskesmas/Posyandu 46,3%, Rumah Sakit 74,1%. Pemeriksaan kesehatan menggunakan Rumah Sakit 74,1% lebih tinggi dari Puskesmas 14,8%, Tidak memeriksakan kesehatan ketika sakit 11,1% dari total keluarga 54..

### Pelayanan Kesehatan Balita

Tabel 8. Pelayanan Kesehatan Balita Setiap Bulan

| Karakteristik | n | % |
|---------------|---|---|
|---------------|---|---|

|                                      |    |      |
|--------------------------------------|----|------|
| Penimbangan Bayi/Balita Setiap Bulan |    |      |
| Ya                                   | 25 | 58,1 |
| Tidak                                | 18 | 41,9 |
| Kepemilikan KMS                      |    |      |
| Ada                                  | 22 | 51,2 |
| Tidak Ada                            | 21 | 48,8 |
| Imunisasi Dasar                      |    |      |
| Lengkap                              | 18 | 41,9 |
| Belum Lengkap                        | 8  | 18,6 |
| Tidak Lengkap                        | 17 | 39,5 |
| Pemberian Makanan Tambahan           |    |      |
| Ya                                   | 38 | 89,4 |
| Tidak                                | 5  | 11,6 |

Tabel 8. menunjukkan balita yang ditimbang setiap bulan 58,1%, memiliki kartu menuju sehat (KMS) hanya 51,2%, mendapatkan imunisasi dasar baru 41,9%, pemberian makanan tambahan 89,4% balita

Tabel 9. Penyakit Yang Sering dialami Balita

| Karakteristik  | n  | %    |
|----------------|----|------|
| Demam          | 10 | 23,3 |
| Diare          | 8  | 18,6 |
| ISPA           | 18 | 41,9 |
| Penyakit kulit | 3  | 7,0  |
| TB Paru        | 4  | 9,3  |

Tabel 9. menunjukkan penyakit yang sering dialami balita tertinggi ISPA 41,9%, demam 23,3%, diare 18,6%, TBC 9,3%, dan penyakit kulit 7,0% dari total balita 43 jiwa

### Pelayanan Keluarga Berencana

Tabel 10. Pelayanan Keluarga Berencana

| Karakteristik                                   | n  | %    |
|---|----|------|
| Pasangan Usia Subur Yang Menggunakan Aseptor KB |    |      |
| Ya  | 16 | 29,8 |
| Tidak   | 38 | 70,2 |
| Jenis Penggunaan Aseptor KB                     |    |      |

|                   |    |      |
|-------------------|----|------|
| Implant           | 1  | 1,9  |
| Kalender          | 1  | 1,9  |
| Pil               | 1  | 1,9  |
| Suntik            | 13 | 24,1 |
| Tidak menggunakan | 38 | 70,2 |

Tabel 10 menunjukkan distribusi frekuensi pasangan usia subur yang tidak menggunakan akseptor KB 70,2% jauh lebih tinggi dari yang menggunakan KB 29,8%. Jenis kontrasepsi terbanyak menggunakan kontrasepsi suntik 24,1%, implant, pil dan kalender seimbang 1,9%. Dari total kepala keluarga 54.

## PEMBAHASAN

### Karakteristik penduduk

Tabel 1 menunjukkan mayoritas masyarakat berada pada rentang dewasa, dan perempuan, pekerjaan petani, tidak sekolah, dan Etnis Papua, agama Kristen Protestan, dan penghasilan perbulan Rp.< 500.000. Keadaan ini merupakan faktor yang mempengaruhi kesehatan penduduk di RW 01 kelurahan Abepantai. Faktor kunci yang mempengaruhi kesehatan, yaitu keadaan individu: genetik, jenis kelamin, dan umur; status sosial ekonomi, pendidikan; jender (Public Health Agency of Canada, 2010 dalam Skolnic, 2012).

Genetik menandai suatu penyakit tertentu, misalnya penyakit Huntington yang merupakan gangguan system saraf, cancer payudara. Jenis kelamin mempunyai hubungan dengan penyakit tertentu, misalnya wanita berisiko terhadap melahirkan, cancer serviks, dan tyroid. Usia memiliki hubungan dengan kesehatan, anak-anak di negara berkembang sering meninggal akibat diare, sementara lansia meninggal karena penyakit jantung.

Isu sosial dan budaya juga berperan penting dalam menentukan kesehatan. Status sosial penting dalam menentukan kesehatan. Orang dengan status sosial tinggi lebih sering memeriksakan kesehatan dibandingkan orang berstatus sosial ekonomi lemah, orang berstatus sosial tinggi juga memiliki pendapatan dan

pendidikan tinggi, kesemua itu memiliki hubungan yang kuat dengan kesehatan yang baik. Budaya juga memiliki hubungan yang kuat dengan kesehatan. Budaya membantu menentukan bagaimana seseorang merasakan sehat dan sakit, bagaimana cara menggunakan pelayanan kesehatan, dan praktek kesehatan dimana mereka berada.

Pendidikan merupakan faktor kuat berhubungan dengan kesehatan karena berbagai alasan. Pertama menjembatani pengetahuan terhadap praktek kesehatan. Kedua, memberi kesempatan memperoleh keterampilan, dan pekerjaan terbaik, meningkatkan pendapatan seseorang, dan meningkatkan status sosial. Ada hubungan yang kuat antara level pendidikan dengan seluruh indikator kesehatan. Orang yang berpendidikan baik akan makan baik, sedikit merokok, sedikit gemuk, memiliki sedikit anak, dan melakukan perawatan kesehatan anak dengan baik dibandingkan orang yang berpendidikan kurang. Oleh sebab itu anak mereka berusia panjang dan hidup dengan sehat daripada yang dilakukan oleh orang yang berpendidikan rendah (Skolnic, 2012).

Program Indonesia Sehat yaitu meningkatkannya derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Juga sasaran program rencana pembangunan jangka menengah (RPJPM) 2015/2019, yaitu: (1) meningkatkan kesehatan dan gizi ibu dan anak; meningkatnya pengendalian penyakit; (2) meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan; (3) meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan universal melalui Kartu Indonesia Sehat dan kualitas pengelolaan sistem jaminan kesehatan nasional (SJKN) kesehatan; terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan, obat, dan vaksin; serta meningkatnya responsibilitas sistem kesehatan. Khusus untuk etnis papua pemerintah Provinsi Papua juga telah

menetapkan kebijakan tentang jaminan kesehatan khusus bagi orang asli Papua (Jamkespa).

### **Karakteristik Rumah, dan Kebersihan Lingkungan**

Tabel 2,3 menunjukkan risiko tinggi kejadian penyakit ISPA, malaria, Diare, dan DBD, dan kulit. Hal ini ditunjukkan dengan kondisi lingkungan dan tempat tinggal penduduk belum sesuai dengan rumah sehat. Syarat rumah sehat yaitu (1) tidak terbuat dari bahan yang berbahaya, (2) tidak ada genangan air, (3) kamar tidur tidak gelap di siang hari, (4) dapur bersih dan bebas tikus, (5) berventilasi, (6) televisi berada di ruangan yang cukup cahaya, (7) memiliki tempat penyimpanan makanan yang bersih, (8) kamar mandi kedap air, (9) langit-langit bersih dan aman, (10) cukup air (Swastantika, 2017). Kondisi rumah penduduk di RW 01 belum sesuai dengan 10 syarat rumah sehat. Ukuran rumah yang kecil sekitar 2,5 meter x 3 meter, ada rumah beralaskan karpet yang langsung diletakkan diatas tanah tanpa diplester, dan tanpa kayu atau papan, ventilasi dan pencahayaan yang kurang memadai, didukung dengan rumah tidak memiliki plapon sangat tidak layak dihuni bagi keluarga yang memiliki anggota keluarga lebih dari 3 orang, memasak dalam rumah menggunakan tungku kayu. Kondisi rumah yang tidak layak huni disebabkan oleh masalah kepemilikan tanah (hak ulayat) dimana 100% penduduk di RW 01 merupakan pendatang dari kabupaten Mamberamo. Mereka sulit memiliki tanah karena tidak mendapatkan izin dari pemilik tanah adat setempat untuk mendirikan rumah yang layak huni. Oleh sebab itu perlu kebijakan pemerintah agar ada kesepakatan bagi pemilik tanah adat (Ondoafi) untuk pembebasan lahan sehingga masyarakat di RW 01 dapat menempati rumah yang sesuai standar kesehatan.

Kebersihan lingkungan masyarakat RW 01 Kelurahan Abepantai dipengaruhi oleh

beberapa faktor, yaitu perilaku masyarakat yang membuang sampah sembarangan, tidak tersedianya sarana kebersihan dan saluran air limbah yang memadai, serta daya beli masyarakat rendah akibat penghasilan yang rendah, dan waktu untuk menata lingkungan terbatas, sebab sebagian waktu berada di kebun dimana warga mulai berangkat ke kebun sekitar jam 5.00 pagi dan kembali ke rumah pada pukul 14.00 dan langsung menjual hasil kebunnya ke pasar. Mereka akan berada di rumah berkumpul dengan anggota keluarga sekitar jam 19.00. Bagi mereka yang belum memetik hasil kebun akan berada di kebun sejak jam 5.00 pagi hingga jam 17.00. Untuk mendukung kebersihan lingkungan diperlukan kebijakan dan peraturan pemerintah serta dukungan segenap komponen masyarakat untuk menata kebersihan lingkungan sebagai salah satu cara menurunkan angka kejadian penyakit seperti diare, malaria, dan tuberculosis.

Lingkungan fisik: air, sanitasi, polusi udara; serta kebijakan pemerintah dan intervensi merupakan faktor yang mempengaruhi kesehatan (*Public Health Agency of Canada, 2010* dalam Skolnic, 2012). Baik lingkungan dalam gedung maupun luar gedung kuat mempengaruhi kesehatan. Polusi didalam dan diluar gedung berpengaruh terhadap kesehatan. Di beberapa Negara berkembang wanita memasak dalam rumah yang dipenuhi dengan asap memicu terjadinya penyakit sistem pernafasan dan asma. Sanitasi merupakan suatu masalah utama yang berkontribusi terhadap kesehatan buruk negara. Juga, beberapa orang bekerja di lingkungan yang sangat tidak sehat. Karena mereka tidak terampil, status sosial rendah, dan kesempatan, mereka bekerja dengan zat kimia berbahaya, atau polusi udara, tanpa perlindungan yang memadai atau berbagai peristiwa paparan terhadap kecelakaan kerja (Skolnic, 2012).

Rumah yang padat dengan penghuni, konstruktinya kurang baik, kotor, penuh dengan serangga, terpapar asap rokok, kondisinya buruk

berisiko terhadap penyakit infeksi, cedera, penyakit system cardiovasculadan gangguan system pernafasan, kanker, alergi, sakit kepala dan gangguan kesehatan mental, serta risiko kebakaran (The U.S. *Department of Human Servives, 2000., Environment Protection Agency*, dalam Nies., & McEwen, 2007). Kesemuanya ini merupakan masalah kesehatan lingkungan. Kesehatan lingkungan adalah semua aspek dari kesehatan manusia, penyakit, dan cedera yang dipengaruhi oleh faktor lingkungan. Semua aspek ini mencakup penelitian dari dampak langsung patologi dari agen kimia, pisika, dan biologi dan berdampak terhadap kesehatan secara luas dari fisik, lingkungan social yang mencakup rumah, pengembangan kota, penggunaan lahan, transportasi, industry, dan pertanian (The U.S Department oh Human Services, 2000 dalam Nies., & McEwen, 2007).

Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan Lingkungan menegaskan bahwa upaya kesehatan lingkungan ditujukan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat, baik fisik, kimia, biologi, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Lingkungan sehat mencakup lingkungan pemukiman, tempat kerja, tempat rekreasi, serta tempat dan fasilitas umum, harus bebas dari unsur-unsur yang menimbulkan gangguan diantaranya limbah (cair, padat, dan gas), sampah yang tidak diproses sesuai dengan persyaratan, vektor penyakit, zat kimia berbahaya, kebisingan yang melebihi ambang batas, radiasi, air, yang tercemar, udara yang tercemar dan makanan yang terkontaminasi (Kemekes RI, 2009).

### **Sarana Air Bersih dan Jamban**

Tabel 4 dan 5 menunjukkan 100% penduduk menggunakan air bersih untuk keperluan memasak, mencuci dan mandi bersumber dari mata air. Hasil penelitian ini bertentangan dengan hasil Riskesdas bahwa jenis

sumber air untuk seluruh kebutuhan rumah tangga di Indonesia pada umumnya adalah sumur gali terlindung 29,2%, sumur pompa 24,1%, dan air ledeng/PDAM 19,7% (Risksdas 2013 dalam Angka). Di perkotaan, lebih banyak rumah tangga yang menggunakan air dari sumur bor/pompa 32,9% dan air ledeng/PDAM(28,6%, sedangkan di perdesaan lebih banyak yang menggunakan sumur gali terlindung 32,7%. (Risksdas 2013).

Sementara penggunaan jamban masih ada di sungai, dan parit karena tidak memiliki jamban. Demikian juga pembuangan air limbah belum tertata dengan rapi sesuai satandar, sebagian besar penduduk membuang di sembarang tempat, yang lain di sungai dan parit. Sumber air bersih yang digunakan oleh penduduk RW 01 berasal dari mata air pegunungan, namun belum dikelolah dengan baik. Masyarakat di RW 01 semuanya (10%) memanfaatkannya sebagai sumber air minum, diamping menggunakan air minum dari air gallon atau mineral yang dibeli di Toko atau warung setempat Oleh sebab itu perlu dikelola oleh perusahaan air mimun daerah (PDAM), koperasi, atau masyarakat agar dapat terjamin kualitasnya. Sesuai dengan standar.

Air dibutuhkan untuk seluruh kehidupan. 75% tubuh manusia terdiri dari air Air digunakan untuk memasak. (Stanhope & Lancaster, 2004). Ketersediaan sumber air bersih memberikan manfaat bagi masyarakat dalam menata kebersihan lingkungan dan rumah tempat tinggal. Air dan sanitasi merupakan salah faktor yang berhubungan dengan masalah kesehatan (*Public Health Agency of Canada*, 2010 dalam Skolnic, 2012). Kekurangan air minum yang aman merupakan suatu masalah utama yang berkontribusi terhadap kesehatan buruk Negara (Skonic, 2010). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 492/MENKES/PER/IV/2010 tentang Persyaratan Kualitas Air Mimun, dijelaskan bahwa air minum adalah air yang melalui proses pengolahan atau tanpa proses pengolahan yang memenuhi syarat kesehatan

dan dapat langsung diminum. Air minum aman bagi kesehatan apabila memenuhi persyaratan fisika, mikrobiologi, kimiawi dan radiaktif yang dimuat dalam parameter wajib dan parameter tambahan. Secara fisik air minum yang sehat adalah tidak berbau, tidak berasa, tidak berwarna, serta memiliki total zat padat terlarut dan suhu sesuai ambang batas. Secara mikrobiologis air minum yang sehat harus terbebas dari *E.coli* dan total bakteri koliform. Secara kimiawi zat kimia yang terkandung dalam air minum besi, almunium, klor, arsen, dan lain-lain harus dibawah ambang batas yang ditentukan. Secara radioaktif, kadar *gross alpha activity* tidak boleh melebihi 0,1 per liter (Bq/l) dan kadar *gross beta activity* tidak boleh melebihi 1 Bq/l (Setyoningsih, 2010). Oleh sebab itu disarankan kepada puskesmas untuk melakukan pemeriksaan air yang bersumber dari mata air dan digunakan masyarakat sebagai kebutuhan sehari-hari.

Masih adanya masyarakat yang tidak menggunakan jamban kerena faktor kemiskinan, dan penggunaan lahan yang terbatas karena masalah kepemilikan lahan oleh pemangku adat dimana tidak semua orang dapat memiliki lahan baik dengan cara diperjualbelikan sehingga ada masyarakat yang hanya boleh tinggal diatas tanah dengan ukuran 3x 4 meter. Oleh sebab itu perlu ada kebijakan dan kesepakatan aanantara pemangku kebijakan, pemangku adat untuk membelikn tempat tinggal yang layak bagi penduduk di Rw 01. Masyarakat juga perlu diberdayakan dalam pengelolaan sumber air bersih secara maksimal. Perlu kebijakan dan perturan pemerintah setempat berkerjasama dengan pimpinan Puskesmas Abepanatai mewajibkan bagi semua penduduk menggunakan jamban untuk toileting. Buang air besar disembarang tempat berisiko terhadap kajadian diare (*Public Health Agency of Canada*,2010 dalam Skolnic, 2012).

Beberapa penelitian menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara kepemilikan jamban dan ketersediaan sarana air bersih

dengan kejadian diare. Rachmawati (2012) melaporkan sekitar 66,7% balita mengalami diare yang tidak memiliki jamban lebih tinggi dari yang memiliki jamban 11,3%; yang memiliki jamban tidak diare 88,9% lebih tinggi daripada yang tidak memiliki jamban 33,4%; Ada hubungan signifikan antara kepemilikan jamban dengan kejadian diare ( $p=0,000$ ;  $\alpha < 0,05$ ). Fajriani (2016) melaporkan 40% balita tidak mengalami diare dengan adanya ketersediaan air bersih, sedangkan yang tidak tersedia sarana air bersih 85,7% balita mengalami diare; Ada hubungan signifikan antara ketersediaan sarana air bersih dengan kejadian diare ( $p=0,000$ ;  $\alpha < 0,05$ ). Perlu dilakukan promosi kesehatan secara terus menerus untuk meningkatkan perubahan perilaku masyarakat, bisa melalui media massa, social marketing, pendidikan kesehatan, dan bantuan biaya Menurut (Skolnik, 2010) media massa, sering digunakan untuk mempromosikan perubahan perilaku. Pada kebanyakan orang di Negara dengan ekonomi rendah mengakses promosi perubahan kesehatan melalui radio. Disamping social marketing, pendidik kesehatan, bantuan biaya.

### **Penyakit Yang Sering Dialami Penduduk Dalam Satu Tahun Terakhir**

Tabel 6 menunjukkan ketidakefektifan pelayanan kesehatan masyarakat. Hal ini ditunjukkan dengan adanya penyakit yang sering dialami penduduk dalam 1 tahun terakhir (2013-2014) yaitu Tuberkulosis (TB) Paru 35,0% separuh dari perkiraan insidensi nasional kasus hilang 68% antara tahun 2010 dan 2014 (Kemenkes, 2006); Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA), Dermatitis. Malaria, Demam Berdarah Dengue (DBD), Diare; dan Reumatik.

Malaria adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh parasit *plasmodium* yang hidup dan berkembang biak dalam sel darah merah manusia, ditularkan oleh nyamuk malaria (*Anopheles*) betina, dapat menyerang semua

orang baik laki-laki ataupun perempuan pada semua golongan umur dari bayi, anak-anak, dan orang dewasa. Kasus malaria yang ditemukan pada penduduk RW 01 Kelurahan Abepantai 9,3% lebih rendah dari angka Papua tahun 2015 sebesar 31,93% (Kemenkes, 2016). Namun kejadian malaria perlu mendapat perhatian serius sebab masih merupakan salah satu penyebab kematian di Papua. Malaria disebabkan karena kondisi lingkungan perumahan dimana rumah tidak tertutup rapat, seperti tidak ada penutup jendela, ada celah antara dinding dan lantai rumah, tidak menggunakan plafon, kurang cahaya, lembab, dan pakaian bergelantungan.

Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus *dengue* yang tergolong *Artroda-Borne Virus*, genus *Flavirus*, dan family *Plaviridea*. DBD ditularkan melalui gigitan nyamuk dari genus *Aedes*, terutama *Aedes aegypti* atau *Aedes albopictus*. Penyakit DBD dapat muncul sepanjang tahun dan dapat menyerang seluruh kelompok umur. Penyakit ini berkembang dengan kondisi lingkungan dan perilaku masyarakat. Kejadian DBD di RW 01 sebesar 5,6% . Angka ini lebih rendah dari angka Papua 20,54% dan Nasional 84,74% tahun 2014 dan 86,77% tahun 2015 (Kemkes, 2016).

Penyakit diare menurut (Kemenkes, RI, 2016) merupakan penyakit endemis di Indonesia dan merupakan penyakit potensial kejadian luar biasa (KLB) yang sering disertai dengan kematian. Pada tahun 2015 terjadi 18 kali KLB Diare yang tersebar di 11 provinsi, 18 kabupaten/kota dengan jumlah penderita 1.213 orang dan kematian 30 orang (CFR 2,47%). Kejadian diare di RW 01 sebesar 5,6%. Angka ini lebih rendah dari angka Papua 166,6% dan nasional 74,4%. Kejadian diare akibat perilaku masyarakat jamban di kali, selokan, karena belum memiliki jamban serta terbatasnya kepemilikan lahan akibat kepemilikan adat (hak ulayat).

Dermatitis adalah peradangan kulit epidermo-dermitis dengan gejala subyektif

pruritis. Objektif tampak inflamasi eritema, vesikulasi, eksudasi, dan pembentukan sisik. Tanda-tanda tersebut tidak selalu timbul pada saat yang sama. Penyakit bertendensi residif dan menjadi kronik (Djunda, 1993). Adanya kejadian dermatitis pada penduduk RW 01 diduga karena kurang kebersihan, namun perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang penyebabnya. Berdasarkan pengamatan dilapangan beberapa keluarga yang ditemukan ketika survey pakaian nampak kotor, sementara anak-anak mandi di saluran air saat hujan.

Reumatik atau Arthritis merupakan penyakit yang menyerang persendian dan struktur disekitarnya. Jika tidak segera ditangani dapat menyebabkan anggota tubuh berfungsi tidak normal, mulai dari benjol-benjol, sendi kaku, sulit berjalan, bahkan kecacatan seumur hidup (Olwin, 2009). Jumlah kasus Reumatik di RW 01 sebanyak 3,7%. Angka ini lebih rendah dibandingkan angka Papua 28,8% dan nasional 32,7% tahun 2007 (Olwin, 2009). Kejadian reumatik diduga ada hubungannya dengan faktor usia dan pekerjaan, dimana semua pasien reumatik telah berusia diatas 50 tahun dan bekerja sebagai nelayan. Bagi penduduk RW 01 Kelurahan Abepantai. Namun untuk mengetahui penyebab pasti keadain reumatik pada penduduk RW 01 perlu dilakukan penelitian tentang faktor risiko kejadian reumatik Walaupun angka reumatik di RW 01 rendah namun perlu dilakukan penanganan sedini mungkin untuk mencegah kecacatan dikemudian hari.

Tingginya masalah kesehatan menunjukkan status kesehatan masyarakat di RW 01 Kelurahan Abepantai masih rendah. Status kesehatan merupakan istilah umum yang merujuk pada kesehatan (baik atau buruk) dari seseorang, kelompok atau populasi dalam suatu area khusus, khususnya bila dibandingkan dengan data nasional (*Segen's Medical Dictionary*, 2012).

Pencapaian indikator sehat bagi penduduk di RW 01 Kelurahan Abepantai belum sesuai harapan. Sehat bagi penduduk

2010 menetapkan 10 indikator sehat dan penyakit, yaitu perilaku individu (misalnya aktivitas fisik, kelebihan berat badan dan kegemukan, pemakaian tembakau, penggunaan alcohol, perilaku seksual); faktor lingkungan sosial dan fisik (misalnya kualitas lingkungan, cedera, dan kekerasan); dan sistem kesehatan (misalnya akses terhadap pelayanan kesehatan); kesehatan mental, imunisasi. Setiap indikator ini berhubungan dengan penyebab kesakitan dan kematian. Misalnya pemakaian tembakau berhubungan dengan penyakit jantung, strok, dan kanker; penyalahgunaan obat berhubungan dengan kecelakaan, cedera, dan kekerasan; perilaku seksual bebas berhubungan dengan penyakit menular seksual mencakup HIV/AIDS; dan kurang jangkauan pelayanan kesehatan berkontribusi terhadap hasil kehamilan yang buruk, penyakit tidak diobati, dan kecacatan (Nies; & Mc.Ewen, 2007).

Belum tercapainya indikator sehat bagi penduduk di RW 01 Abepantai karena berbagai faktor risiko. Faktor risiko adalah suatu keadaan atau perilaku yang dihubungkan dengan peningkatan frekuensi penyakit tetapi bukan sebagai penyebab (Whitney & Rolfes, 2011), mencakup faktor paparan spesifik seperti: merokok, stress berat, suara yang terlalu keras, atau lingkungan kimia (Nies & McEwen, 2007). Menurut (Edeleman & Mandle, 2011; Stanhope dan Lancaster, 2004), faktor risiko kesehatan keluarga yaitu: gaya hidup, biologi, lingkungan, sosial psikologi, budaya, dan spriritual; dan 5) sistem pelayanan kesehatan. Nies dan McEwen (2007) menjelaskan bahwa faktor risiko meliputi karakteristik individu seperti: umur, jenis kelamin, atau genetik, dan gaya hidup.

Faktor risiko yang berhubungan dengan kesehatan masyarakat (penyakit, angka kesakitan dan kematian) yaitu: demografi, psikologi, psikososial, dan lingkungan, misalnya umur, gender, ras, letak geografis, pola konsumsi, kurangnya pelayanan kesehatan (Edelman., & Mandle, 2010). Faktor risiko

kejadian TBC dan ISPA, malaria, diare, DBD, dan penyakit kulit pada penduduk RW 01 yaitu perilaku penduduk merokok dalam rumah, konsumsi minuman beralkohol, konstruksi rumah dimana pencahayaan kurang, ventilasi, tidak menggunakan plafond, memasak menggunakan tungku kayu dalam rumah, tidak tersedia saluran air limbah rumah tangga yang memadai, perilaku pencarian kesehatan dimana apabila ada anggota keluarga yang TBC dan ISPA enggan berobat ke Puskesmas, dan bila ada yang berobat tidak tuntas (putus minum obat TBC). perilaku masyarakat buang besar di sungai dan parit, membuang sampah ke sungai dan disembenrang tempat, keterbatasan kepemilikan jamban, serta vector yang membahayakan kesehatan seperti nyamuk dan hewan peliharaan lainnya, akses terhadap informasi kesehatan.

Untuk mencegah faktor risiko diperlukan dukungan dan peran serta masyarakat. Peran tokoh masyarakat dan tokoh agama sangat penting dalam upaya meningkatkan status kesehatan masyarakat. Sehingga dapat dijadikan mitra dalam pengambilan kebijakan pembangunan kesehatan. Adanya kerjasama dari segenap komponen yang ada di masyarakat RW 01 berpeluang dilakukan pemberdayaan masyarakat melalui kerjasama berbagai lintas program dan sektor. Namun, pelayanan kunjungan ke rumah perlu lebih ditingkatkan dalam rangka pelaksanaan perkesmas sesuai Keputusan Menkes RI No: 27/Menkes/SK/IV/2006 Tgl 21 April 2006 tentang perkesmas. Disamping, perlu proaktif dari petugas Puskesmas untuk melakukan kunjungan rumah kunjungan rumah.

### **Sumber Informasi dan Tempat Pelayanan Kesehatan**

Tabel 7 menunjukkan mayoritas penduduk memperoleh informasi kesehatan bersumber dari Rumah Sakit lebih tinggi dari Puskesmas/Posyandu. Pelayanan kesehatan menggunakan Rumah Sakit, lebih tinggi dari

Puskesmas. Masih ada yang tidak melakukan pelayanan kesehatan ketika sakit. Tingginya informasi masyarakat memperoleh informasi dan mendapatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit disebabkan waktu pelayanan Puskesmas terbatas dari jam 7.30 hingga jam 15.00, sebagian besar warga bertani dan berada sehingga tidak memiliki waktu untuk berobat ke Puskesmas, tetapi langsung ke rumah sakit. Sementara penduduk yang tidak berobat karena ada persepsi yang salah akan masalah kesehatan seperti ketika sakit dianggap sebagai buatan orang yang iri, benci, dan tidak senang, atau takut dengan keputusan dokter tentang diagnosis penyakit yang dialami. Oleh sebab itu perawat Puskesmas perlu meningkatkan jangkauan pelayanan kesehatan kepada masyarakat RW 01 melalui kunjungan rumah dan penyuluhan kesehatan di gereja.

Untuk menyelenggarakan upaya kesehatan yang efektif dan efisien diperlukan informasi kesehatan. Informasi kesehatan dilakukan melalui system informasi dan melalui lintas sektor. Pemerintah memberikan kemudahan kepada masyarakat untuk memperoleh akses terhadap informasi kesehatan dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (Kemenkes RI, 2009).

Pelayanan kesehatan merupakan upaya kesehatan yaitu setiap kegiatan dan atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara 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. Pelayanan kesehatan terdiri dari pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan meliputi kegiatan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Pelayanan kesehatan perorangan ditujukan untuk penyembuhan penyakit dan memulihkan kesehatan perorangan dan keluarga. Pelayanan kesehatan masyarakat

ditujukan memelihara dan meningkatkan kesehatan kesehatan serta mencegah penyakit suatu kelompok masyarakat (Kemenkes, 2009).

Perawat dapat memberikan informasi kesehatan bagi klien ketika melakukan kunjungan rumah. Misalnya ketika melakukan kunjungan rumah bagi klien dengan malaria, maka perawat memberikan informasi tentang malaria mencakup pengertian, penyebab, tanda, gejala dan pencegahan. Perawat juga dapat melakukan pemeriksaan sederhana ketika melakukan kunjungan rumah pada klien dengan malaria dan melakukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang memadai. Kementerian Kesehatan (Kemkes, 2016) telah menetapkan kebijakan pendekatan keluarga dalam pencapaian prioritas pembangunan kesehatan. Pendekatan keluarga adalah salah satu cara puskesmas untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga. Puskesmas tidak hanya menyelenggarakan pelayanan kesehatan di dalam gedung melainkan juga di luar gedung dengan mengunjungi keluarga di wilayah kerjanya.

### **Pelayanan Kesehatan Balita**

Tabel 8 menunjukkan ketidakefektifan pelayanan kesehatan Balita, dan Risiko tinggi infeksi saluran pernafasan akut, dan diare. Hal ini ditunjukkan dengan pelayanan kesehatan balita mencakup penimbangan setiap bulan, pemberian kartu menuju sehat (KMS), pemberian imunisasi dasar masih rendah, kecuali pemberian makanan tambahan sudah baik Pelayanan kesehatan balita setiap bulan dilaksanakan di Posyandu. Penyakit yang dialami balita ISPA, demam, diare, TB Paru, dan kulit.

Cakupan penimbangan balita di posyandu (D/S) adalah jumlah balita yang ditimbang di seluruh posyandu yang melapor di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Peran serta masyarakat dalam penimbangan

balita sangat penting dalam deteksi dini kasus gizi kurang dan gizi buruk. Dengan rajin menimbang balita, maka pertumbuhan balita dapat dipantau secara intensif. Sehingga bila berat badan anak tidak naik ataupun jika ditemukan penyakit akan segera dilakukan upaya pemulihan dan pencegahan supaya tidak menjadi gizi kurang atau gizi buruk akan semakin baik. Penanganan yang cepat dan tepat sesuai tatalaksana kasus gizi buruk akan mengurangi risiko kematian sehingga angka kematian akibat gizi buruk dapat ditekan. Cakupan balita yang ditimbang setiap bulan di Rw 01 Kelurahan Abepantai baru mencapai 58,1% lebih rendah dari cakupan nasional tahun 2015 73,0%, namun lebih tinggi dari Papua 25,0% (Kemkes, 2016).

Program imunisasi pada balita bertujuan agar setiap bayi mendapatkan imunisasi dasar secara lengkap. Keberhasilan seorang bayi dalam mendapatkan imunisasi tersebut diukur melalui indikator imunisasi dasar lengkap. Capaian imunisasi lengkap di RW 01 Kelurahan Abepantai 41,9% sedikit rendah dari angka Provinsi 47,27% dan nasional pada tahun 2015 sebesar 86,5% serta target Rentra 2015 91%. Semnetara menurut indicator keberhasilan pelaksanaan imunisasi *Universal Child Immunisation* (UCI) desa/kelurahan  $\geq 80\%$  dari jumlah bayi 0-11 bulan yang ada di desa atau kelurahan tersebut sudah mendapat imunisasi dasar lengkap (Kemenkes, 2016).

Belum maksimalnya pelayanan kesehatan balita disebabkan berbagai faktor diantaranya pendidikan ibu yang rendah, serta kurangnya kesadaran akan pentingnya membawa balita ke posyandu dan imunisasi dasar. Hal ini didukung dengan peran ganda ibu sebagai pengasuh balita adan pencari nafkah bagi keluarga sebagai petani yang selanjutnya menjajakan hasil kebun ke pasar untuk memenuhi kebutuhan keluarga. Untuk mengatasi hal tersebut Puskesmas harus bisa mengatur waktu kegiatan Posyandu sesuai dengan kegiatan masyarakat RW 01.

Infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) menurut *World Health Organistatin* (WHO) umumnya ditularkan melalui *droplet*. Namun pada sebagian patogen ada juga kemungkinan penularannya melalui cara lain seperti kontak dengan tangan atau permukaan yang terkontaminasi (WHO, 2008). Kasus ISPA pada balita sebesar 41,9% sedikit lebih tinggi dari seluruh kasus ISPA di RW 01 sebesar 35,1%, dan Puskesmas Abepantai sebesar 40%. Sehingga, pencegahn akan kejadian ISPA sangat penting dilakukan promosi kesehatan oleh petugas Puskesmas seperti perilaku Hidup Bersih dan Sehat: mencuci tangan, menggunakan masker ketika batuk), disamping panataan lingkungan rumah. WHO (2008 telah mengeluarkan Pedoman Ringkas tentang Pencegahan dan pengendalian ISPA di fasilitas pelayanan kesehatan yang berisi tentang rekomendasi penting yaitu: laporkan segera setiap kasus suspek ISPA yang dapat menimbulkan kekuatiran termasuk *severe acute respiratory syndrome* (SARS), dan infeksi flu burung pada manusia kepada dinas kesehatan yang berwenang; segera isolasi pasien suspek ISPA dari pasien dan pastikan mereka mendapat perawatan dan terapi yang tepat; lakukan kewaspadaan standar saat memberikan pelayanan kepada pasien baik diagnosis confirm ataupun suspek. Tindakan kewaspadaan Standar adalah langkah dasar pencegahan dan pengendalian infeksi dalam pelayanan kesehatan dan harus selalu dilakukan saat memberikan pelayanan pada pasien; lakukan kewaspadaan transmisi droplet; lakukan kewaspadaan transmisi kontak lakukan kewaspadaan transmisi *airborne*; Upayakan ventilasi pada lingkungan pasien untuk mengurangi risiko penularan penyakit melalui aerosol pernafasan.

Demam adalah keadaan suhu tubuh di atas 30<sup>0</sup> Celsius. Suhu tubuh adalah suhu visera, hati, otak, yang dapat diukur lewat rektal, dan aksila. Cara pengukuran suhu menentukan tinggi rendahnya suhu tubuh. Suhu tuubuh adalah hasil produksi metabolisme tubuh yang

diperlukan untuk aliran darah dan menjaga agar reaksi kimia tubuh dapat berjalan baik (enzim hanya bekerja pada suhu tertentu). Penyebab demam merupakan akibat dari kenaikan set point (oleh sebab *infeksi*) atau oleh adanya ketidakseimbangan antara produksi panas dan pengeluarannya (Lubis., & Lubis, 2011).

Diare merupakan kondisi yang ditandai dengan encernya tinja yang dikeluarkan dengan frekuensi buang air besar yang lebih sering dibandingkan dengan biasanya. Pada umunya diare terjadi akibat konsumsi makanan atau minuman yang terkontaminasi bakteri, virus, atau parasite. Biasanya diare hanya berlangsung beberap hari, namun pada sebagian kasus memanjang hingga berminggu-minggu (Alodokter.com, 2016). Kejadin diare pada balita sebesar 18,6% lebih tinggi dari angka RW 01 sebesar 5,6%, dan Puskesmas 7,4%. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang faktor risiko kejadian diare bagi penduduk di Kelurahan Abepantai dan kebijakan tentang pencegahan diare melauai penataan kebersihan lingkungan sarana air minum, pembunagn limbah, dan penagadaan jamban bagi penduduk yang belum memilik jamban malalui kerjasama lintas sector dan lintas program.

Tuberkulosis merupakan penyakit merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*. Sumber penularan yaitu pasien TB BTA (bakteri tahan asam) positif melalui percik renik dahak yang dikeluarkannya. TB dengan BTA negative juga masih memiliki kemungkinan menularkan penyakit TB meskipun dengan tingkat penularan yang kecil. Kasus TB paru berdasarkan riwayat penyakit dan telah mendapatkan pengobatan pada balita di RW 01 Kelurahan Abepantai sebesar 9,3% lebih rendah dari total kasus TB d RW 01 sebesar 35,0% dan mendekati angka Papua tahun 2013 sebesar 45,4% (Abubar,2015), Papua tahun 2015 sebesar 37,0% dan target minimal Nasional 70% (Kemenkes, 2016). Untuk mencegah penularan TB paru perlu

penataan kembali pemukiman penduduk agar sesuai dengan standar kesehatan.

### **Pelayanan Keluarga Berencana**

Tabel 9 menunjukkan pelayanan kesehatan keluarga berencana masih rendah dimana peserta baru mencapai 29,8% lebih rendah dari angka Papua 52,99% dan angka nasional 75,10%. Rendahnya pelayanan KB karena kesadaran masyarakat masih kurang akibat kurang terpapar informasi serta persepsi masyarakat bahwa bila mengikuti BK penduduk asli Papua akan berkurang bahkan punah, waktu terbatas karena separuh waktu habis digunakan di Kebun dan berjualan ke pasar. Selain, peserta harus membeli sendiri obat suntik atau pil jika tidak tersedia di Puskesmas. Untuk meningkatkan motivasi masyarakat pentingnya mengikuti KB perlu ada kebijakan dan peraturan perundang-undangan tentang pelaksanaan KB. Disamping, petugas puskesmas bersama kader memberikan informasi kesehatan secara terus-menerus baik di Puskesmas maupun di Posyandu atau melalui kunjungan rumah.

Metode kontrasepsi terbanyak adalah suntik 24,1%, mendekati angka Papua 36,82% dan namun masih rendah angka nasional 49,93%. implant, pil dan kalender seimbang 1,9% jauh dibawah angka Papua 6,16% dan nasional 9,63% (Kemenkes RI, 2016). Pelayanan kesehatan dalam KB dimaksudkan untuk pengaturan kehamilan bagi pasangan usia subur untuk membentuk generasi penerus yang sehat dan cerdas (Kemenkes RI, 2009).

### **KESIMPULAN**

Status kesehatan penduduk di RW 01 01 Kelurahan Abepatai Abepura Kota Jayapura masih rendah.

### **SARAN**

Disarankan untuk meningkatkan status kesehatan penduduk dalam mengakses kesehatan, memperbaiki lingkungan pemukiman penduduk melalui kerjasama Departemen

Pekerjaan Umum Kota Jayapura, Pemangku Adat (*Ondoafi*), Pihak Swasta, dan Akademik atau institusi pendidikan.

### **KEPUSTAKAAN**

- Abubar, M. 2015. Kasus TBC di Papua tercatat sebanyak 5550 kasus. Antara Papua. [online].  
<https://papua.antarnew.com>. Diakses 19 Juni 2018.
- Allodokter.com. 2016. Diare, gejala, dan penyebab. [Online].  
<https://www.alodokter.com>. Diakses 19 Juni 2018.
- Anderson, E.T., & McFarlane, J. 2011. Community As Partner. Theory and Nursing Practice. (6th ed). USA. Lippincott Williams & Williams.
- Depkes. 2006. Keputusan menteri kesehatan RI. No.279 Tahun 2016 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Upaya Keperawatan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas. [Online]. <http://www.scrib.com>
- Dinas Kesehatan Kota Jayapura. (2013). Profil dinkes kota Jayapura, 2013). [Online]. [www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id). Diunduh 23 Juni 2018.
- Djuanda, S. 1993. Editor Djuanda., A, Djunada, S., Hamzah, M., & Aisah, S. Ilmu penyakit kulit dan kelamin. Edisi 2. Jakarta. Fakultas kedokteran Universitas Indonesia.
- Edelman; & Mandle. 2010. Health Promotion Throughout The Life Span. (7th ed). Canada. Mosby Elsevier. Evolve learning system. ISBN:-978-0-323-05662-5
- Fajriani. 2016. Hubungan ketersediaan dan pemanfaatan sarana air bersih dan jamban dengan kejadian diare pada balita di wilayah kerja puskesmas Tunong kabupaten Aceh Timur. [Online]. [Suwa.stikesbinusa.ac.id](http://Suwa.stikesbinusa.ac.id). Diunduh 18 Juni 2018

- IPKKI. 2017. Panduan Asuhan Keperawatan Individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas dengan Modifikasi NANDA, ICNP, NOC, dan NIC di Puskesmas dan Masyarakat.
- Kelurahan Abepantai. 2015. Kelurahan Abepantai. [Online]. <https://abepura.id> > abepantai. Diunduh 24 Juni 2018.
- Kemkes RI 2016. Pedoman umum program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga. [Online]. [www.pipk.kemkes.go.id](http://www.pipk.kemkes.go.id). Diakses 11 Februari 2018.
- Kemkes RI. 2016. Profil kesehatan tahun 2015. Pusat data dan informasi Kementerian kesehatan RI 2016. (Online). <http://www.kemkes.go.id>. Diakses 11 Februari 2018.
- Kemkes, RI. 2013. Riset kesehatan Dasar. Balai penelitian dan pengembangan kesehatan.
- Kemkes RI. 2009. Undang-undang no.26 tahun 2009 tentang kesehatan. [Online]. [sireka.pom.go.id](http://sireka.pom.go.id). diakses 19 Juni 2018.
- Kesehatan RI (2014). Riset kesehatan dasar nasional (Risksda, 2013). [Online]. [www.kemkes.go.id](http://www.kemkes.go.id). Diunduh 10 April 2015.
- Kemham RI. 2005. Peraturan pemerintah Republik Indonesia. Nomor 73 tahun 2005. Tentang Kelurahan. [Online]. [www.jdih.kemkeu.go.id](http://www.jdih.kemkeu.go.id). Diakses 24 Juni 2018.
- Kozier, AB., Erb's, SJN. 2012. Fundaental of Nursing. Concepts, Process and Praktice. Vol 1. 9th.ed. Berman E., & Syder, S. USA. Pearson.
- Kozier, G., & Erb, G. 1979. Fundamental of Nursing. Cocept and Procedure. 2nd.ed. California. Addison Wesley Publissing Company.
- Lubis, IND., & Lubis, CP. 2011. Penanganan demam pada anak. Departemen ilmu kesehatan anak, RS.H.Adam Malik. Medan Fakultas Kedokteran Universitas Sumataera Uatara. [Online]. <https://saripediatri.org>. Diakses 19 Juni 2018.
- Lundy, K.S., and Janes, S. 2009. *Community Health Nursing. Caring for The Public's Health*. 2nd ed. Vo. 2. USA. Jones and Bartlett Publisher.
- Maurer, FA., & Smith, CM. 2005. *Community Public Health Nursing. Helath for families & Populatons*. 3rd.Ed. Evolve. USA. Elsevier Saunders.
- Nainggolan, O. 2009. Prevalendi dan faktor diterminan reumatik di Indonesia. Maj Kedokteran Indonesia. Vol 59. Nomor 12. Desember 2009. [Online]. <https://kucrietzlophbatman.files.wordpress.com>. Diakses 19 Juni 2018.
- Nies, M.A., & McEwan, M. 2007. *Community Health Nursing: Promoting The Health of Population*. 3rd ed., Philadelphia: Davis Company.
- Rachmawati, FA. 2012. Hubungan kepemilikan jamban dengan kejadian diare pada balita di Desa Jatisobo Kecamatan Polokarto Kabupaten Sukoharjo. Surakarta. Prodi Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Surakarta. [Online]. [eprints.ums.ac.id](http://eprints.ums.ac.id). Diakses 18 Juni 2018.
- Segen's Medical Dictionary. 2010. Health status definition. [Online]. <http://medicaldictionary.com>. Diakses 22 Agustus 2016.
- Setyoningsih, ER. 2010. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 492/Menkes/Per/IB/2010. Menkes. [Online]. [www.mapurna.id](http://www.mapurna.id). Diakses 18 Juni 2018
- Stanhope, M and Lancaster, J. 2004. *Community and Public Health Nursing*. Sixth Ed. USA. Mosby.
- Swastantika, D. 2017. 10 Ciri-ciri rumah sehat. [Online]. <https://www.homify.co.id>. Diakses 2 Juni 2018.

- Skolnic, R. 2012. Global health. (Second Edition). Series editor: Riegelman, R. USA. Jones & Bartlett Learning.
- UHHS. 2011. Leading Health indicators healthy people 2020. [Online]. <http://www.iom.edu/>. Diakses 1 April 2013 Institute of medicine of the national academic.
- Vocabulary. Com.?. Health problem definition.[Online]. <https://www.vocabulary.com> > dictionary. Diakses 18 Juni 2018.
- Witney.E., & Rolfes, SD.2011. Understanding Nutrition.USA. Wardsworth Cengage Learning.[www.cengage.com/wardwothr](http://www.cengage.com/wardwothr).
- World Health Organization (WHO). 2008. Infeksi Saluran pernafasan akut ISPA) yang cenderung menjadi epidemic dan pandemic. Pedoman ringkas. [Online ] [www.who.int](http://www.who.int). Diakses 19 Juni 2018.