

Zata Ismah, SKM., MKM.  
dr. Nofi Susanti, M. Kes.  
Wasiyem, M.Si.

# STATUS DERAJAT KESEHATAN MASYARAKAT

URBAN, SUB URBAN DAN  
PESISIR KOTA MEDAN

---

**STATUS DERAJAT  
KESEHATAN MASYARAKAT  
URBAN, SUB URBAN DAN  
PESISIR KOTA MEDAN**



# **STATUS DERAJAT KESEHATAN MASYARAKAT URBAN, SUB URBAN DAN PESISIR KOTA MEDAN**

Zata Ismah, SKM.,MKM.  
dr. Nofi Susanti, M.Kes.  
Wasiyem, M.Si.

**Tim Editor :**

Zikra Maya Ulfa  
Ika Herawati Siregar  
Nabila Ayu Mumtazah  
Denisa Fitri

**Tim Penyunting :**

Novia Lani Cania Simangunsong  
Syifa Arya Sukma  
Atikah Zahrah Matondang  
Gusti Anom Pramulia



*Perpustakaan Nasional: Katalog dalam terbitan (KDT)*

Zata Ismah, dkk.

Derajat Kesehatan Masyarakat Urban, Sub Urban, dan Pesisir  
Kota Medan/Zata Ismah, Nofi Susanti, dan Wasiem.

—Ed. 1, Cet. 1. —Medan: Merdeka Kreasi, 2021

xii, 122 hlm., 24cm.

Bibliografi : hlm. 109

ISBN : 978-623-6198-86-5

Hak Cipta © 2021, pada penulis

---

Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi buku ini dengan cara  
apapun, termasuk dengan cara penggunaan mesin fotokopi, tanpa  
izin sah dari penerbit

---

**2021.**

**Zata Ismah, SKM.,MKM.**

**dr. Nofi Susanti, M.Kes.**

**Wasiyem, M.Si.**

***Derajat Kesehatan Masyarakat Urban, Sub Urban, Dan Pesisir  
Kota Medan***

---

Cetakan ke-1, Desember 2021

Hak penerbitan pada CV. Merdeka Kreasi Group

---

Tim Editor : Zikra Maya Ulfa  
Ika Herawati Siregar  
Nabila Ayu Mumtazah  
Denisa Fitri

Layout : Tim Kreatif Merdeka Kreasi

Desain Cover : Tim Kreatif Merdeka Kreasi

---

Dicetak di Merdeka Kreasi Group

---

**CV. Merdeka Kreasi Group**

**Penerbit Nasional**

Anggota IKAPI No. 148/SUT/2021

Alamat : Jl. Gagak Hitam, Komplek Bumi Seroja Permai  
Villa 18, Medan Sunggal 20128

Telepon : 061 8086 7977/082167101076

Email : merdekakreasi2019@gmail.com

Website : merdekakreasi.co.id



# UCAPAN TERIMA KASIH

Buku ini disusun dengan dukungan dan kontribusi dari berbagai pihak. Penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah membantu membimbing, memberi petunjuk dan bantuan serta dorongan baik yang bersifat moral maupun material. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Allah SWT dengan segala rahmat serta karunia-Nya yang memberikan kekuatan dalam menyelesaikan Bukuini,
2. Bapak Edi Indra Jaya Siregar, SE, selaku lurah Kampung Baru
3. Dr. Erwina Zaini, selaku Kepala Puskesmas Kampung Baru beserta seluruhjajarannya,
4. Seluruh masyarakat Kelurahan Kampung Baru, Kecamatan Medan Maimun, yangtelahberpartisipasidantelibat dalam pemberianinformasi,
5. Kontributor mahasiswa FKM UINSU; Zikra Maya Ulfa , Novia Lani Cania Mangunsong, Ika Herawati Siregar, Esmailan Hasibuan, Jaitun Munthe, Syahrul Ramadhan, Rizki Apriana.

6. Serta seluruh pihak yang sangat berpengaruh dalam proses pelaksanaan penelitian dan penyelesaian buku yang yang namanya tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu. Semoga Allah SWT senantiasa membalas semua kebaikan yang telah diberikan yang telah diberikan



# KATA PENGANTAR

Alhamdulillah Puji syukur senantiasa kami panjatkan kehadiran Allah Yang Maha Pengasih Lagi Maha Penyayang, karena dan pertolongan-Nya, kami dapat menyelesaikan buku berjudul Status Derajat Kesehatan Masyarakat Urban, Sub Urban, Dan Pesisir Kota Medan. Dengan harapan dapat menganalisa status derajat kesehatan masyarakat agar dapat mendefinisikan masalah kesehatan yang terjadi dilingkungan. Apabila masalah yang ditemukan benar didefinisikan sesuai dengan realita maka tidak susah untuk melakukan perencanaan implementasi program kedepannya.

Kelurahan Kampung Baru adalah sebuah kelurahan secara administratif dan merupakan bagian dari Kecamatan Medan Maimun Kota Medan. Kelurahan Kampung Baru ini secara administratif dibagi menjadi 21 lingkungan, yaitu lingkungan I sampai dengan lingkungan XXI. Kampung baru memiliki luas area sekitar 127 Ha. Kelurahan ini juga merupakan daerah yang cukup padat karena dihuni sekitar 15.364 untuk jumlah penduduk WNI, dan 3.989 jumlah penduduk Turunan Asing.

Kepadatan Penduduk yang cukup tinggi di daerah ini menimbulkan permasalahan sampah yang bila tidak dikelola dengan baik akan menjadi masalah yang sangat besar. Buku ini mencoba menganalisa

status derajat kesehatan masyarakat Urban, Sub Urban, dan Pesisir Kota Medan berdasarkan teori H.L Blum. Menurut teori derajat kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh empat faktor. empat faktor. Keempat faktor tersebut meliputi: faktor perilaku (life style), faktor lingkungan (sosial, ekonomi, politik, budaya) , faktor pelayanan kesehatan, dan faktor genetik. Faktor – faktor tersebut memiliki keterikatan satu sama lain sehingga dapat mempengaruhi kesehatan perorangan dan mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Buku ini setidaknya dapat berkontribusi pada literasi khalayak publik dalam mengasah kepekaan, kepedulian dan bertindak dalam menjaga kesehatan diri serta kesehatan lingkungan.

Penulis menyadari bahwa penulisan buku ini masih terdapat kekurangan. Untuk itu kami mengharapkan saran perbaikan, kritikan dari berbagai pihak yang sifatnya membangun. Semoga karya kecil ini dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu kesehatan lingkungan dan kesehatan masyarakat.

Medan, 10 Desember 2021

**Penulis**



# DAFTAR ISI

<b>UCAPAN TERIMA KASIH</b> .....	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>ix</b>
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	1
1. Letak Geografis .....	1
2. Deskripsi Kelurahan Tangkahan .....	11
B. Latar Belakang Masalah Penelitian.....	12
C. Tujuan Penelitian.....	14
D. Metode Penelitian .....	14
1. Desain Penelitian.....	14
2. Lokasi.....	14
3. Populasi dan Sampel.....	14
4. Jenis dan Sumber Data .....	15
5. Analisis Data .....	15
<b>BAB 2. SITUASI KEBIJAKAN KESEHATAN MASYARAKAT URBAN ...</b>	<b>17</b>
A. Situasi Kebijakan Kesehatan Masyarakat Urban.....	14
1. Keterjangkauan .....	17
2. Pilihan Pengobatan.....	19
3. Petugas Kesehatan.....	23

4. BPJS.....	27
5. Kualitas Pelayanan.....	30
B. Kesehatan Lingkungan Masyarakat Urban .....	32
1. Frekuensi Menguras Bak Mandi .....	32
2. Pengolahan Air Minum.....	33
3. Penggunaan Jamban Rumah Tangga.....	37
C. Status Gizi Masyarakat Urban .....	38
1. Frekuensi Menimbang Berat Badan Anak.....	38
2. Mengukur Tinggi Badan Anak .....	39
3. Pertumbuhan Dan Perkembangan Anak.....	40
4. Riwayat Stunting.....	45
D. Perilaku Kesehatan Masyarakat Urban .....	46
1. Jumlah Perokok .....	46
2. Lama Waktu Merokok .....	47
3. Banyak Rokok Yang Di Konsumsi.....	48
4. Pengetahuan ASI Dan MP-ASI.....	49
E. Epidemiologi Penyakit Masyarakat Urban .....	52
1. Hipertensi .....	52

**BAB 3. ANALISIS STATUS KESEHATAN MASYARAKAT SUB URBAN..... 55**

A. Situasi Kebijakan Kesehatamasyarakat Sub Urban .....	55
1. Keterjangkauan .....	55
2. Pilihan Pengobatan	
3. Pilihan Pengobatan.....	57
4. Petugas Kesehatan Buku Penelitian Derajat Kesehatan Masyarakat Urban, Sub Urban, Dan Pesisir Kota Medan .....	60
5. BPJS.....	63
6. Kualitas Pelayanan.....	66
B. Kesehatan Lingkungan Masyarakat Sub Urban .....	67
1. Frekuensi Menguras Bak Mandi Dalam Seminggu .....	67
2. Pengolahan Air Minum.....	68
C. Gizi Masyarakat Sub Urban.....	71
1. Penimbangan Berat Badan Anak Ibu.....	71
2. Penurunan Berat Badan Anak Pada Satu Bulan Terakhir ...	72

3. Pemberian Variasi Makanan Pada Anak .....	72
4. Pemberian Makanan Tambahan Buah-Buahan Pada Anak.....	73
5. Pengukuran Tinggi Badan Pada Anak .....	74
6. Pertambahan Tinggi Badan Pada Anak .....	74
7. Pemberian Vitamin Untuk Mendukung Tinggi Badan Pada Anak.....	75
D. Perilaku Kesehatan Masyarakat Sub Urban.....	75
1. Mengetahui Manfaat Asi Eksklusif .....	75
2. ASI Selama 6 Bulan .....	76
3. Membuang Kolestrem.....	76
E. Epidemiologi Penyakit Masyarakat Sub Urban .....	77
1. Anggota Keluarga Yang Menderita Hipertensi.....	77
2. Riwayat Mengonsumsi Alkohol.....	78
3. Konsumsi Garam.....	79
4. Tindakan Yang Dilakukan Bila Dalam Keada Sakit .....	79

**BAB 4. ANALISIS STATUS KESEHATAN MASYARAKAT PESISIR..... 81**

A. Situasi Kebijakan Kesehatan Masyarakat Pesisir .....	81
1. Keterjangkauan .....	81
2. Pilihan Pengobatan.....	83
3. Petugas Kesehatan.....	85
4. BPJS.....	86
5. Kualitas Pelayanan.....	88
B. Kesehatan Lingkungan Masyarakat Pesisir.....	90
1. Frekuensi Menguras Bak Mandi .....	91
2. Pengolahan Air Minum.....	91
C. Status Gizi Masyarakat Pesisir .....	93
1. Frekuensi Menimbang Berat Badan Anak.....	93
2. Mengukur Tinggi Badan Anak .....	95
D. Perilaku Kesehatan Masyarakat Pesisir.....	96
1. Pemberian ASI Pada Bayi.....	96
2. Pemberian M-PASI Pada Anak.....	99
E. Epidemiologi Penyakit Masyarakat Pesisir .....	101
1. Hipertensi .....	101

<b>BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>105</b>
A. Kesimpulan.....	105
B. Saran.....	107
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>109</b>
<b>BIOGRAFI PENULIS .....</b>	<b>117</b>
<b>BIOGRAFI PENULIS .....</b>	<b>117</b>
<b>CATATAN.....</b>	<b>119</b>



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN**

#### **1. Letak Geografis**

##### **a. Deskripsi Kecamatan Medan Maimun**

Sebelum mengetahui lebih rinci tentang wilayah yang di naungi oleh Kelurahan Kampung Baru, disini akan dijelaskan sedikit tentang letak geografis Kecamatan Medan Maimun. Kecamatan Medan Maimun memiliki luas wilayah sekitar 3.345 Km<sup>2</sup> dengan 27 meter diatas permukaan laut, terletak diantara 30 – 320 Lintang Utara dan 980 – 390 Bujur Timur. Secara administratif Kecamatan Medan Maimun berbatasan dengan :

- Di sebelah timur dengan Kecamatan Medan Barat;
- Di sebelah barat dengan Kecamatan Medan Polonia;
- Di sebelah selatan dengan Kecamatan Medan Johor;
- Di sebelah utara dengan Kecamatan Medan Kota.

Kecamatan Medan Maimun terdiri dari beberapa kelurahan yang membentuknya, kelurahan-kelurahan tersebut antara lain :

7. Kelurahan Sei Mati;
8. Kelurahan Aur;
9. Kelurahan Sukaraja;
10. Kelurahan Jati;
11. Kelurahan Hamdan;
12. Kelurahan Kampung Baru.

Yang menjadi fokus lokasi penelitian pada kasus ini bertempat di wilayah Kelurahan Kampung Baru yang terletak di Kecamatan Medan Maimun, Kota Medan yang akan digambarkan secara jelas dibawah ini.

## b. Deskripsi Kelurahan Kampung Baru

**Gambar 1.1** Lokasi Kantor Lurah Kampung Baru



(Sumber : *Google.com*)

Secara geografis dan secara administratif Kelurahan Kampung Baru berbatasan dengan :

- Sebelah utara berbatasan dengan Kelurahan Sungai Mati Kecamatan Medan Maimun;
- Sebelah barat berbatasan dengan Kelurahan Sukadame Kecamatan Medan Polonia;
- Sebelah selatan berbatasan dengan Kelurahan Titi Kuning Kecamatan Medan Johor;
- Sebelah timur berbatasan dengan Kelurahan Sitirejo I dan Kelurahan Sitirejo II Kecamatan Medan Kota.

Kelurahan Kampung Baru adalah sebuah kelurahan secara administratif dan merupakan bagian dari Kecamatan Medan Maimun Kota Medan. Kelurahan Kampung Baru ini secara administratif dibagi menjadi 21 lingkungan, yaitu lingkungan I sampai dengan lingkungan XXI. Tiap-tiap lingkungan dikepalai oleh seorang Kepala Lingkungan atau biasa disebut Kepling. Antara lingkungan yang satu dengan lingkungan yang lain dapat dicapai dengan berjalan kaki. (Sumber : Kantor Kelurahan Kampung Baru, 2007).

### 1. Jumlah Penduduk

Kampung baru memiliki luas area sekitar 127 Ha. Kelurahan ini juga merupakan daerah yang cukup padat karena dihuni sekitar 15.364 untuk jumlah penduduk WNI, dan 3.989 jumlah penduduk Turunan Asing.

### 2. Jumlah Penduduk Berdasarkan Agama

Berdasarkan agama yang di anut masyarakat Kelurahan Kampung Baru ini jumlah warga yang beragama Islam sebanyak 14.805 Jiwa, Katolik 401 Jiwa, Protestan 488 Jiwa, Hindu 52 Jiwa dan Budha sebanyak 3.607 Jiwa.

### 3. Jumlah Penduduk Berdasarkan Suku dan Mata Pencaharian

- Suku

Wilayah Kampung Baru ini juga memiliki berbagai suku bangsa. Menurut data primer yang di peroleh dari kelurahan kampung baru bahwa masyarakat yang memiliki suku Jawa sebanyak 5.096 Jiwa, Minang sebanyak 3.118 Jiwa, sedangkan yang memiliki suku Melayu sekitar 2.443 Jiwa, untuk suku Aceh 816 Jiwa. Suku batak di lingkungan ini juga banyak terdiri dari suku Tapanuli Utara memiliki 902 Jiwa, Karo sebanyak 566 Jiwa, Suku Dairi hanya 75 Jiwa sedangkan suku Nias terdapat 161 Jiwa yang terakhir yang paling banyak warga yang memiliki suku Mandailing yaitu sebesar 6.176 Jiwa.

- Mata Pencaharian

Dari segi mata pencaharian warga Kampung Baru memiliki berbagai profesi seperti PNS terdapat 423 Jiwa, ABRI sebanyak 40 Jiwa, Polri 38 Jiwa, untuk pegawai swasta ada 4.127 Jiwa

sedangkan pedagang dan buruh sebanyak 3.133 Jiwa, wiraswasta 2.265 dan profesi lainnya sekitar 5.718 Jiwa.

#### 4. Sejarah Lokasi Penelitian

Menurut cerita dari para penduduk yang sudah lama sekali tinggal dan menetap di Kelurahan Kampung Baru ini, konon daerah ini sebelumnya tidak memiliki nama. Asal muasal nama Kampung Baru adalah penamaan dari para warga yang dahulu tinggal dikawasan ini karena ini dulunya ialah suatu perkampungan, tetapi setelah banyaknya penduduk imigran yang melakukan banyak pembangunan-pembangunan serta pembaharuan-pembaharuan yang diadakan di perkampungan ini, sehingga para masyarakat sepakat untuk menamai daerah ini dengan nama Kampung Baru. Konon pula pemilihan nama itu ada partisipasi dari Raja kerajaan Maimun yang dulu berkuasa sampai ke daerah ini sehingga akhirnya daerah ini sampai sekarang bernama Kampung Baru dan secara legitimasi menjadi wilayah administrasi kelurahan yang merupakan bagian daripada Kecamatan Medan Maimun.

#### 5. Sarana dan Prasarana

Lingkungan Kelurahan Kampung Baru ini merupakan daerah yang memiliki cukup banyak sarana kehidupan masyarakat, bisa dibilang cukup lengkap. Terutama di daerah pasarnya. Di daerah ini terdapat berbagai macam toko yang menjual bermacam-macam peralatan, pusat-pusat perbelanjaan seperti supermarket, bank-bank swasta dan bank-bank pemerintah serta berbagai sarana kehidupan kota seperti : Supermarket Suzuya, Supermarket Sun Smart, Supermarket Agung, Bank Central Asia, Bank Rakyat Indonesia, Bank Permata, Bank Sumut, BNI 46, Bank NISP, dan lain lain. Terdapat pula banyak apotik, bengkel sepeda motor dan mobil, pasar tradisional, kantor Lurah Kampung Baru, dan sebagainya.

Toko-toko yang terdapat di daerah pasar Kelurahan Kampung Baru ini pun bervariasi, ada toko yang menjual peralatan rumah tangga seperti furniture, toko yang menjual spare part sepeda motor, toko yang menjual barang-barang elektronik yang jumlahnya cukup banyak, toko roti seperti Majestik, Iseya dan Winner, berbagai optik yang menyediakan kacamata dan lain-lainnya, toko-toko kelontong, toko-toko obat cina

tradisional, toko yang menjual peralatan sembahyang etnis tionghoa, toko-toko ponsel, toko-toko mas, toko jam dan reparasinya, toko yang menjual buah-buahan, toko sepatu bermerek terkenal dan toko-toko sepatu biasa lainnya, toko-toko serba lima ribu yang jumlahnya dua buah, toko yang menjual barang-barang kebutuhan wanita seperti tas, pakaian, dompet, dan toko-toko lainnya. Toko-toko ini mayoritas menggunakan tenaga kerja perempuan sebagai pramuniaga tokonya. Di samping keberadaan toko-toko tersebut, di kawasan Kelurahan Kampung Baru terdapat juga rumah-rumah makan, warung-warung kecil, kedai kopi, rental dvd atau vcd, kios-kios penjualan vcd, dan salon-salon kecantikan yang tidak terlalu besar.

Dalam bidang sarana kesehatan di Kampung Baru juga cukup lengkap, dapat dilihat dengan adanya dua unit rumah sakit yang salah satunya sekaligus sebagai rumah bersalin yang sudah ada sejak lama yaitu rumah sakit Wina dan adanya satu unit puskesmas yang letaknya tidak begitu jauh dari rumah sakit tersebut (laporan BPS tahun 2004). Biasanya di puskesmas tersebut masyarakat disekitar bisa mendapat pengobatan gratis hanya dengan menunjukkan kartu keluarga saja. Adapula beberapa praktek dokter umum yang letaknya di pinggir jalan utama yang setiap hari selalu ramai dikunjungi pasiennya. Selain itu juga akan kita temukan adanya praktek dokter gigi, praktek klinik kecantikan dan lain sebagainya.

**Gambar 1. 2** Puskesmas Kampung Baru



(Sumber : *Google.com*)

## 6. Sistem Kekerabatan

Masyarakat Kelurahan Kampung Baru adalah masyarakat yang heterogen, dikatakan demikian, karena terdiri dari banyak suku bangsa yang hidup dan bertempat tinggal di Kelurahan Kampung Baru sejak lama seperti suku Batak, Mandailing, Padang, Nias, Dairi, Aceh, Jawa, Melayu, Karo dan etnis Tionghoa. Mereka umumnya memiliki sistem kekerabatan patrilineal yaitu melihat garis keturunan menurut garis ayah. Dapat kita lihat pada kartu keluarga di setiap keluarga di Kelurahan Kampung Baru yang menekankan ayah sebagai kepala keluarga.

Jadi artinya masyarakat tetap mempertahankan ikatan-ikatan kultural. Masing-masing masyarakat beraneka suku saling berusaha menyesuaikan diri dengan lingkungan dan masyarakat lainnya. Bagi masyarakat pribumi di Kelurahan Kampung Baru biasanya yang mengikat mereka adalah kesamaan agama. Mereka saling bergotong-royong apabila ada acara penting seperti perkawinan, kejadian bencana alam, kematian, mendirikan rumah dan peristiwa-peristiwa lainnya. Masyarakat tionghoa biasanya juga akan ikut membantu tetapi hanya sekedarnya saja atau misalnya datang ketika ada acara perkawinan atau kematian di masyarakat pribumi.

Seperti sistem kekerabatannya, prinsip patrilineal juga mempengaruhi kelompok-kelompok kekerabatan. Kelompok kekerabatan yang terkecil di daerah ini adalah keluarga inti yang terdiri dari ayah, ibu dan anak-anaknya yang belum kawin. Keluarga inti ini biasanya sekaligus menjadi suatu rumah tangga. Karena anak yang sudah kawin memisahkan diri dengan orangtua dan mengurus ekonomi keluarganya sendiri, sehingga sudah jarang ditemui bentuk keluarga luas. Hanya kadangkala ditemui orangtua yang tinggal bersama anaknya karena tidak mampu lagi mengurus dirinya sendiri.

Disamping kelompok kekerabatan ini, di Kelurahan Kampung Baru terdapat organisasi sosial yang merupakan institusi modern dalam rangka melancarkan aktivitas hidup bermasyarakat. Organisasi sosial itu adalah organisasi keagamaan seperti pengajian ibu-ibu, perkumpulan remaja mesjid, dan lain-lainnya. Selain itu terdapat juga organisasi kepemudaan seperti organisasi pemuda pancasila (PP) dan

organisasi olahraga seperti perkumpulan sepakbola, perkumpulan bulu tangkis dan lain-lain.

#### 7. Sistem Kepemimpinan

Sistem kepemimpinan terdiri dari pemimpin formal dan pemimpin informal. Pemimpin informal adalah orang yang dituakan dan dianggap memiliki kemampuan agama yang lebih daripada penduduk Kampung Baru lain, yang hanya berfungsi pada saat adanya acara-acara adat. Sedangkan pemimpin formal adalah lurah, kepala-kepala lingkungan dan perangkat pemerintahan lainnya.

### c. Deskripsi Kelurahan Belawan II

Awal nama Belawan berasal dari cerita rakyat “Putri Merak Jingga dan Naga Hijau”, sang naga menculik putri negeri petani yang bernama Merak jingga. Menurut cerita ini naga hijau akan membawa sang putri ke negeri Cina, hal ini membuat rakyat negeri petani menjadi marah, maka raja mengejar naga hijau tersebut dan bertemulah mereka disuatu tempat. Raja petani kemudian menjelma menjadi naga perak dan berkelahi melawan naga hijau dan membebaskan Putri Merak Jingga. Tempat bertemu atau belawannya dua naga tersebut dinamakan daerah belawan, lama kelamaan nama tersebut berubah menjadi Belawan hingga sampai sekarang ini.

**Gambar 1. 3** Pemukiman Nelayan Belawan



( Sumber : *Google.com* )

Pada mulanya sebelum terbentuknya Wilayah Kecamatan Medan Belawan daerah ini merupakan wilayah Kecamatan Labuhan Deli

Kabupaten Deli Serdang ketika itu wilayah Kecamatan Labuhan Deli terdiri dari 19 desa yakni:

1. Desa Belawan I
2. Desa Belawan II
3. Desa Belawan III
4. Desa Bagan Deli
5. Desa Titi Papan
6. Desa Mabar
7. Desa Kota Bangun
8. Desa Tanjung Mulia
9. Desa Tanah 600
10. Desa Besar
11. Desa Sei Mati
12. Desa Labuhan Deli
13. Desa Pekan Labuhan
14. Desa Rengas Pulau
15. Desa Telaga Tujuh
16. Desa Terjun
17. Desa Karang Gading
18. Desa Pematang Johar
19. Desa Helvetia

Selanjutnya dengan keluarnya peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 22 Tahun 1973 Tanggal 08 Mei 1973 mengenai perluasan Wilayah Kecamatan Labuhan Deli dibentuk menjadi 3 (tiga) wilayah kecamatan salah satu diantaranya adalah Kecamatan Medan Belawan. Kecamatan Medan Belawan terdiri dari 4 desa yaitu:

1. Desa Belawan I
2. Desa Belawan II
3. Desa Belawan III
4. Desa Bagan Deli

Berdasarkan PP no. 72 Tahun 1972 dan Persetujuan Permendagri No. 140/2271/PUD, peraturan pemerintah No. 22 Tahun 1973 Keputusan Gubernur Kepala Daerah Tingkat I Sumatera Utara No..140/4078/K/1978 Tanggal 19 Oktober 1978 tentang pemekaran Kelurahan diwilayah Kotamadya Medan, maka dengan demikian terbentuklah Kecamatan Medan Belawan. Kemudian dengan keluarnya undang –undang No. 5 Tahun 1979 tentang Pemerintahan desa / Kelurahan maka desa-desa yang berada di Ibukota Provinsi diganti dengan Kelurahan. Berdasarkan surat Keputusan Gubernur Kepala Daerah Tingkat I Sumatera Utara No:140/4078/K/1978 tentang pemekaran Kelurahan dari 116 Kelurahan menjadi 144 Kelurahan,

serta perubahan nama satu kelurahan di Kotamadya Medan, dimana salah satu kecamatan yang mengalami pemekaran adalah Kecamatan Medan Belawan yang tadinya 4 (empat) kelurahan menjadi 6 (enam) kelurahan yaitu:

1. Kelurahan Belawan I
2. Kelurahan Belawan II
3. Kelurahan Belawan Bahagia
4. Kelurahan Belawan Bahari
5. Kelurahan Belawan Sicanang
6. Kelurahan Bagan Deli

Kelurahan Belawan II merupakan kelurahan yang terletak di Kecamatan Medan Belawan Kota Medan yang berkembang sebagai daerah nelayan, jasa perdagangan, permukiman dan lain-lain. Medan Belawan merupakan salah satu kecamatan dari dua puluh satu kecamatan di Kota Medan yang terletak diantara  $03^{\circ}$ - $48^{\circ}$  Lintang Utara dan  $98^{\circ}$ -  $42^{\circ}$  Bujur Timur. Kecamatan Medan Belawan adalah daerah pesisir Kota Medan dan merupakan wilayah bahari dan maritim yang berbatasan langsung pada Selat Malaka. Di Kecamatan Medan Belawan ini terdapat Pelabuhan Belawan yang merupakan pelabuhan terbuka untuk perdagangan internasional, regional dan nasional. Pelabuhan Belawan ini merupakan urat nadi perekonomian Sumatera Utara khususnya arus keluar masuk barang dan penumpang melalui angkutan laut, sehingga Kota Medan dikenal dengan pintu gerbang Indonesia bagian Barat.

Kelurahan belawan II terdiri dari 44 (empat puluh empat) lingkungan. Adapun batas-batas wilayah adalah sebagai berikut :

- Sebelah Utara : Kelurahan Belawan I
- Sebelah Selatan : Kelurahan Belawan Bahari
- Sebelah Barat : Kelurahan Belawan I
- Sebelah Timur : Kelurahan Bagan Deli

#### **d. Peta Penduduk Dalam Lingkup Kelurahan**

Berdasarkan Kecamatan Dalam Angka, jumlah penduduk kelurahan sebagai berikut :

- Jumlah Penduduk : 21072 jiwa

#### **e. Jumlah Penduduk Dewasa**

- Jumlah laki-laki : 10587 jiwa
- Jumlah Perempuan : 10485 jiwa
- Jumlah KK : 4828 KK

Kecamatan Medan Belawan adalah salah satu dari 21 Kecamatan yang terletak di bagian utara Kota Medan dengan luas  $\pm 21,82$  Km<sup>2</sup> dan terletak di ketinggian 3 meter di atas permukaan laut. Kecamatan Medan Belawan merupakan daerah yang berada dipesisir pantai, kondisi tersebut menyebabkan masyarakat yang tinggal wilayah tersebut bermata pencaharian sebagai nelayan tangkap ikan dan buruh bagan. Terdapat tiga lapisan sosial dalam masyarakat nelayan indonesia, yaitu lapisan atas (para pemilik perahu dan pedagang ikan yang sukses), lapisan tengah (para juragan laut atau pemimpin awak perahu) dan lapisan bawah (nelayan buruh) dimana sebagian besar masyarakat di kecamatan Medan Belawan berada pada lapisan bawah yang menyebabkan kehidupan masyarakat berada pada kesejahteraan yang rendah (kemiskinan).

Kemiskinan dapat dilihat dari ketidakmampuan seseorang untuk memenuhi kebutuhan pangan, sandang, papan, akses terhadap kesehatan maupun pendidikan. Sub sektor perikanan yang masih perlu dioptimalkan mengingat potensi kelautan yang ada belum dapat dimanfaatkan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat nelayan. Serta dapat mengentaskan kemiskinan terutama masyarakat nelayan. Penangkapan ikan yang dilakukan nelayan secara kuantitas tergantung pada perahu, peralatan yang digunakan maupun faktor lain seperti musim air pasang. Dengan perahu dan peralatan tangkap yang sesuai dan layak dioperasikan maka hasil tangkapan menjadi lebih baik dan dapat memberikan jaminan hidup bagi rumah tangganya.

## 2. Deskripsi Kelurahan Tangkahan

Bahwa pada masa penaklukan Aceh yang dipimpin oleh Tuanku Panglima Perunggit pada Tahun 1632, di proklamirkan kemerdekaan Kesultanan Deli dari Kesultanan Aceh dengan ibukotanya di Labuhan. Asal nama Kecamatan Medan Labuhan sendiri adalah berawal dari kisah Kerajaan Deli yang pada waktu itu di pimpin oleh Sultan Kaca Puri, pada Tahun 1692 terdapat Pelabuhan / Dermaga yang banyak disinggahi oleh bangsa New Delhi (India) sehingga masyarakat menyebut tempat tersebut “Pelabuhan Delhi”. Setelah kerajaan Deli pada waktu itu, oleh Pemerintah Belanda dibentuk distrik-distrik, yang dipimpin oleh seorang Demang (setingkat Camat) dan kemudian dibentuk Lanrat atau Kejaksaan / Pengadilan

Adapun pembentukan Kecamatan Medan Labuhan adalah berdasarkan Peraturan Pemerintah No. 50 Tahun 1991 tentang Pembentukan beberapa Kecamatan di Sumatera Utara termasuk Kecamatan Medan Labuhan dengan kelurahan sebagai berikut :

1. Kelurahan Pekan Labuhan
2. Kelurahan Sei Mati
3. Kelurahan Besar
4. Kelurahan Martubung
5. Kelurahan Nelayan Indah
6. Kelurahan Tangkahan

### a. Letak Geografis dan Luas Wilayah Kecamatan Medan Labuhan

Batas-batas wilayah Kecamatan Medan Labuhan :

- Sebelah Utara berbatasan dengan Kecamatan Medan Belawan.
- Sebelah Selatan berbatasan dengan Kecamatan Medan Deli
- Sebelah Timur berbatasan dengan Kabupaten Deli Serdang
- Sebelah Barat berbatasan dengan Kecamatan Medan Marelan.

Kelurahan Tangkahan merupakan kelurahan yang terletak di Kecamatan Medan Labuhan Kota Medan yang berkembang sebagai daerah jasa, perdagangan, permukiman, nelayan dan lain-lain.

Kelurahan Tangkahan terdiri dari 13 (tiga belas) lingkungan. Adapun batas-batas wilayah adalah sebagai berikut :

- Sebelah Utara : Desa Pematang Johar Kab. Deli Serdang
- Sebelah Selatan : Percut Sei Tuan Kab. Deli Serdang
- Sebelah Barat : Kelurahan Besar
- Sebelah Timur : Desa Pematang Johar Kab. Deli Serdang

## **b. Peta Penduduk Dalam Lingkup Kelurahan**

Berdasarkan Kecamatan Dalam Angka, jumlah penduduk kelurahan sebagai berikut :

- Jumlah Penduduk : 21803 jiwa

## **c. Jumlah Penduduk Dewasa**

- Jumlah laki-laki : 10793 jiwa
- Jumlah Perempuan : 11010 jiwa

## **B. LATAR BELAKANG MASALAH PENELITIAN**

Masyarakat merupakan bagian penting yang tidak terpisahkan dalam mencapai tujuan pembangunan nasional. Salah satu pembangunan yang dilakukan oleh pemerintah adalah pembangunan di sektor kesehatan. Tujuan pembangunan dibidang kesehatan adalah meningkatkan kesadaran dan kemampuan masyarakat dalam menjalani hidup sehat yang bermuara pada terciptanya derajat kesehatan masyarakat yang tinggi (Kemenkes RI, 2017)

Untuk mencapai tujuan tersebut diperlukan adanya analisa status derajat kesehatan masyarakat agar dapat mendefinisikan masalah kesehatan yang terjadi dilingkungan. Apabila masalah yang ditemukan benar didefinisikan sesuai dengan realita maka tidak susah untuk melakukan perencanaan implementasi program kedepannya.

Keberhasilan program kesehatan dipengaruhi oleh banyak hal. Menurut teori H.L.Blum (Marnah,dkk) derajat kesehatan dipengaruhi oleh empat faktor. Keempat faktor tersebut meliputi: faktor perilaku (life style), faktor lingkungan (sosial, ekonomi, politik, budaya) , faktor pelayanan kesehatan, dan faktor genetik. Faktor – faktor tersebut

memiliki keterikatan satu sama lain sehingga dapat mempengaruhi kesehatan perorangan dan mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat.

Kenapa penelitian ini dilakukan pada masyarakat urban yaitu dikarenakan saat ini laju pertumbuhan kota sangat pesat bahkan terlampaui cepat berkembangnya. Namun hal itu tidak dilandasi oleh kesehatan masyarakat didalamnya, permasalahan yang timbul di daerah urban atau perkotaan sangat kompleks dan dapat berdampak pada masalah ekonomi, sosial, peningkatan jumlah penduduk, serta perubahan lingkungan. Masalah-

masalah yang muncul antara lain seperti sempitnya lahan untuk permukiman, masih banyak rumah yang tidak memiliki ventilasi udara yang baik, drainase yang buruk, intensitas kegelapan yang tinggi. Yang akan berdampak kepada penurunan derajat kesehatan dan kesehatan perorangan.

Di wilayah perkotaan, terdapat wilayah sub urban atau sering disebut wilayah desa-kota. Dari segi lingkungannya, maka wilayah ini merupakan daerah yang berada pada wilayah perkotaan (urban) dan juga pedesaan (rural), serta bila dilihat dari segi komunitas maka wilayah sub urban merupakan komunitas yang memiliki sifat rural dan juga sifat urban (Sukirno & Harianto, 2017). Wilayah sub urban cenderung merupakan campuran antara kota dan desa, artinya masyarakat di wilayah sub urban masih belum dewasa dari segi pemikiran, peralihan pemikiran dan sikap juga masih sering terjadi juga termasuk dari segi kesehatan.

Kota Medan memiliki 3 karakteristik daerah berbeda-beda. Urban, sub urban dan pesisir. Salah satu wilayah pesisir yang terluas di Medan adalah Kecamatan Medan Belawan. Kecamatan Medan Belawan adalah salah satu dari 21 kecamatan yang berada di Kota Medan, Provinsi Sumatera Utara, Indonesia. Dari berbagai penelitian terdahulu, daerah pesisir belawan merupakan daerah yang memiliki masalah terberat dalam sanitasi. Banyaknya sampah yang berserakan bahkan menumpuk menjadi salah satu masalah kesehatan lingkungan. Sampah ini berasal dari aktivitas rumah tangga atau yang disebut dengan sampah domestik. Penumpukan sampah tersebut akan berakibat Tercemarnya

kondisi lingkungan yang akan menimbulkan bau dan juga dapat mengakibatkan terjadinya banjir.

### **C. TUJUAN PENELITIAN**

Tujuan dari penelitian ini adalah menganalisis status kondisi kesehatan masyarakat urban, sub urban, serta pesisir Kota Medan.

### **D. METODE PENELITIAN**

#### **1. Desain Penelitian**

Penelitian ini menggunakan rancangan survey cepat (*rapid survey*). Dengan desain penelitian *Cross-sectional* dan pengambilan sample menggunakan teknik Accidental Sampling.

#### **2. Lokasi**

Penelitian ini akan dilakukan di 3 Kelurahan

1. Urban adalah berlokasi di 21 lingkungan yang berada di Kecamatan Medan Maimun, Kota Medan Provinsi Sumatera Utara.
2. Sub Urban adalah berlokasi di 12 lingkungan di Kelurahan Tangkahan, Kecamatan Medan Labuhan, Kota Medan Provinsi Sumatera Utara.
3. Pesisir adalah berlokasi di 44 lingkungan kelurahan Belawan II, kecamatan Medan Belawan, Kota Medan Provinsi Sumatera Utara.

#### **3. Populasi dan Sampel**

Populasi penelitian adalah masyarakat yang berada di Kelurahan Kampung Baru, Kelurahan Tangkahan, dan di Kelurahan Belawan II. Sampel dalam penelitian ini yaitu ibu yang memiliki balita. Kampung Baru terdiri atas 210, Kelurahan Tangkahan 210 sampel, dan di Kelurahan Belawan II sebanyak 211 sampel sehingga total semua sampel adalah 631 sampel.

#### **4. Jenis dan Sumber Data**

Sumber data pada penelitian ini adalah data primer. Pengumpulan data primer dilakukan dengan penyebaran kuesioner kepada responden yaitu masyarakat. Kuesioner terdiri dari pertanyaan mengenai status kondisi kesehatan masyarakat berdasarkan program kesehatan yang diterapkan di lingkungan tersebut, Perilaku kesehatan, status Gizi, Kesehatan lingkungan, dan Epidemiologi penyakit.

#### **5. Analisis Data**

Penelitian ini menggunakan analisis deskriptif dengan tipe data kategorik dan numerik. Pengolahan data dilakukan melalui program komputerisasi yang dilakukan secara univariat. Analisis tersebut akan menggambarkan status kondisi kesehatan masyarakat.

(Halaman ini sengaja dikosongkan)

# BAB II

## SITUASI KEBIJAKAN KESEHATAN MASYARAKAT URBAN

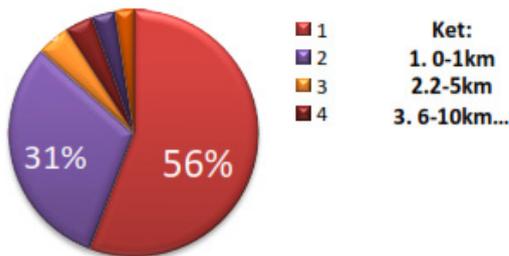
### A. SITUASI KEBIJAKAN KESEHATAN MASYARAKAT URBAN

#### 1. KETERJANGKAUAN

Berdasarkan dari hasil kuesioner peneliti diketahui hasil dari gambarannya pada keterjangkauan responden ke pelayanan kesehatan dalam penelitian ini adalah: jarak rumah ke pelayanan kesehatan, waktu tempuh ke pelayanan kesehatan, angkutan ke pelayanan kesehatan. hasil persentasi pengolahan data yang dilakukan peneliti dapat dilihat dari tabel dan diagram pie di bawah ini:

##### a. Jarak Rumah Ke Pelayanan Kesehatan

Gambar 2.1 persentasi jarak ke pelayanan kesehatan



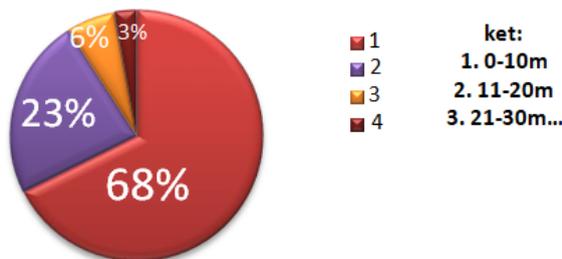
Dari hasil pengolahan data pada diagram tersebut bahwa jarak dari rumah ke pelayanan kesehatan 0-1 km sebanyak 44% (92 responden), Dari hasil tersebut bahwa yang berjarak 0 – 1 km yang mudah dijangkau yang paling tinggi nilai persentasinya.

Disimpulkan bahwa pelayanan kesehatan masih mudah dijangkau dengan jarak 0 – 1 km di wilayah kampung baru tersebut. Letak pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau tanpa mengeluarkan uang banyak untuk menggunakan transportasi lainnya. Dengan mudah nya jangkauan jarak ke

pelayanan kesehatan maka mengeluarkan biaya semenimal mungkin untuk memperoleh kesehatan yang maksimal, dengan begitu juga responden mudh mendapat pelayanan kesehatan ketika sedang darurat.

## b. Waktu Tempuh Ke Pelayanan Kesehatan

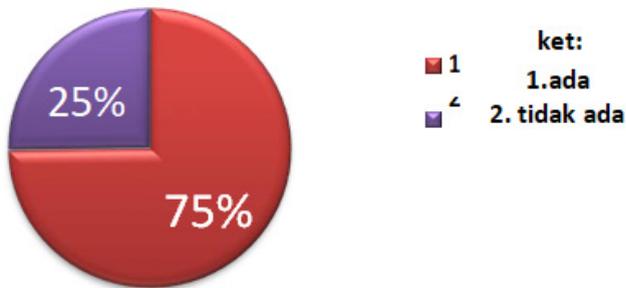
Gambar 2.2 Persentasi waktu tempuh ke pelayanan kesehatan



Dari hasil pengolahan data pada diagram diatas menunjukkan bahwa yang berjarak 0 – 10 menit sebanyak 68% (142 responden), Disimpulkan bahwa waktu tempuh menuju ke pelayanan kesehatan lebih tinggi pada waktu 0 – 10 menit saja agar sampai ke pelayanan kesehatan. waktu tersebut sesuai dengan jarak tempuh yang mudah dijangkau. Sehingga masyarakat kampung baru tidak perlu menghabiskan waktu banyak untuk berobat ke pelayanan kesehatan.

### c. Angkutan Ke Pelayanan Kesehatan

Gambar 2.3 Persentasi Angkutan umum ke pelayanan kesehatan



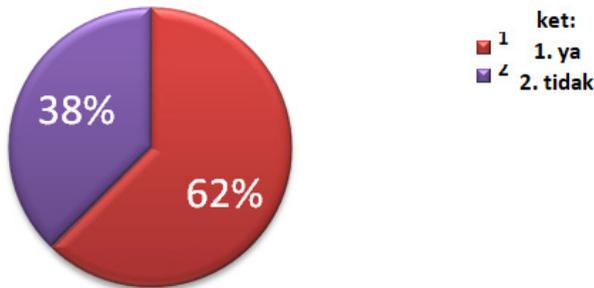
Dari hasil survey peneliti pada gambar 2.3 terdapat 75% (157 responden) yang di daerah nya tersedia angkutan umum menuju ke pelayanan kesehatan. Walaupun tersedianya angkutan umum menuju pelayanan kesehatan, ternyata masih ada masyarakat yang menggunakan transportasi dengan alasan untuk menjaga jarak dengan kerumunan. dari hasilkuesioner tersebut disimpulkan bahwa penggunaan angkutan umum menuju pelayanan kesehatan sudah baik dengan persentasi 75%. menurut hasil penelitian terdahulu di mongolia dan beberapa negara lainnya, selain juga variasi status wilayah perdesaan dan perkotaan yang ditemukan berpengaruh terhadap akses masyarakat ke fasilitas kesehatan yang tersedia (Dorjdagva et al., 2017) “;” (Wen, Lee, Chang, Ku, Dan Li, 2017) “;” (Chiang et al., 2016) “;” (Wen et al., 2017).

## 2. PILIHAN PENGOBATAN

Berdasarkan hasil pengolahan data kuesioner yang dilakukan peneliti, diperoleh ada enam indikator dalam memilih pengobatan masyarakat yaitu: keputusan ke pelayanan kesehatan, alasan tidak ke pelayanan kesehatan, jenis pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan, upay pengobatan tradisional, dan jenis upaya pengobatan tradisional. Berikut ini adalah penjelasan hasil pengolahan data setiap indikatornya:

## a. Keputusan Ke Pelayanan Kesehatan

Gambar 2.4 Persentasi Keputusan Pelayanan kesehatan



Dari hasil pengolahan data dengan responden 210 ternyata masih ada sebanyak 38% (79 responden) yang tidak pergi berobat ke pelayanan kesehatan. dengan beberapa alasan tersendiri. Dan ternyata dari hasil tersebut diketahui bahwa masyarakat yang berobat ke puskesmas lebih banyak dengan persentasi 62% sehingga dalam keputusan ke pelayanan kesehatan ini sudah cukup baik. Dalam teori perilaku, responden merupakan proses yang kompleks dan multi dimensional, yang meliputi proses pengambilan keputusan dan kegiatan yang dilakukan responden secara fisik dalam pengevaluasian, perolehan penggunaan atau mendapatkan barang dan jasa. Jadi di dalam menganalisis perilaku responden bukan hanya terkait faktor – faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan kegiatan, namun juga meliputi proses pengambilan keputusan responden.

## b. Alasan Tidak Ke Pelayanan Kesehatan

Tabel 2.1 Persentasi alasan tidak berobat ke pelayanan kesehatan

Alasan	N	%
Berobat di puskesmas	130	61.9%
Pelayanan yang diberikan tidak lengkap	32	15.2%
Tidak ada alasan	25	11.9%
Tidak ada petugas kesehatan yang cocok	21	10.0%
Letak pelayanan kesehatan jauh	2	1.0%
<b>Total</b>	<b>210</b>	<b>100.0%</b>

Dari hasil pengolahan data dari 210 responden pada tabel diatas dapat dilihat bahwa alasan dari responden tidak ke pelayanan kesehatan adalah pelayanan kesehatan tidak lengkap (15.2%), ternyata dari banyak nya masyarakat dan pelayanan yang baik masih ada masyarakat yang merasa bahwa pelayanan kesehatan di pelayanan kesehatan masih kurang. Namun, dari hasil persentasi pengolahan data bahwa kemauan pasien ke pelayanan kesehatan sudah baik, seperti yang dijelaskan di gambar diagram 2.1 di atas.

### c. Jenis Pelayanan Kesehatan yang Dimanfaatkan

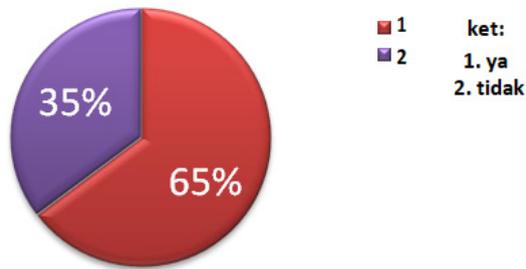
**Tabel 2.2** Persentasi jenis pengobatan

Jenis	N	%
Pengobatan	81	31.4%
Imunisasi	66	28.6%
Penimbangan bayi	46	21.9%
Pemeriksaan gigi	8	3.8%
Pemeriksaan kehamilan	6	2.9%
Persalinan	3	1.4%
Total	210	100.0

Dari hasil pengolahan data pada tabel diatas bahwa persentasi yang paling tinggi yaitu jenis pelayanan pengobatan yaitu sebanyak (31.4%). Dari jumlah persentasi dari penggunaan jenis pelayanan kesehatan menyatakan bahwa pelayanan kesehatan di kelurahan kampung baru sudah baik, dikarenakan semua Jenis Pelayanan Kesehatan Sudah Digunakan Oleh Responden.

## d. Upaya Pengobatan Tradisional

Gambar 2.5 Persentasi pengobatan tradisional



Dari hasil pengolahan data sebanyak 210 responden pada gambar tersebut responden yang menggunakan pengobatan tradisional sebanyak 65% (136 responden). Dari hasil persentasi tersebut bahwa responden selain berobat ke pelayanan puskesmas responden juga menggunakan obat tradisional ketika sakit kepala, pilek, atau meriang dan penambah nafsu makan yang berasal dari tanam – tanaman yang diketahui manfaatnya.

## e. Jenis Upaya Tradisional

Tabel 2.3 Persentasi pengobatan tradisional

Jenis	N	%
Jamu	83	39.5%
Tidak berobat tradisional	75	35.7%
Pijat	29	13.8%
Bekam	20	9.5%
Dukun kampung	3	1.4%
Total	210	100.0

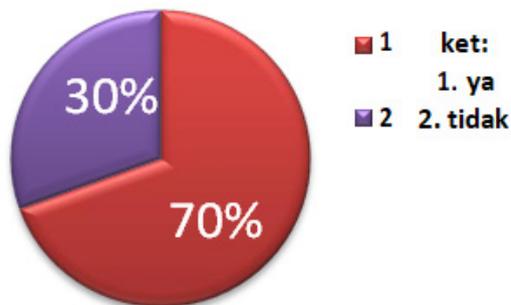
Dari hasil pengolahan data pada tabel tersebut responden yang menggunakan jamu untuk berobat ada sebanyak (39.5%). Dari hasil persentasi tersebut bahwa dari 210 responden ada sebanyak 83 responden yang menggunakan jamu untuk pengobatan tradisional. Beberapa responden mengatakan bahwa mereka masih mepercayai akan jamu bisa menghilangkangejala – gejala dari beberapa penyakit.

Menurut avonina (2006), pengetahuan tradisional adalah segala sesuatu yang terkait dengan bentuk – bentuk tradisional, baik suatu kegiatan atau pun hasil karya yang didasarkan pada kebudayaan. Kemampuan meracik tumbuhan/bahan berkhasiat obat dan jamu merupakan warisan turun temurun dan sudah mendarah daging di masyarakat

### 3. PETUGAS KESEHATAN

#### a. Petugas Melakukan Penyuluhan

Gambar 2.6 Persentasi penyuluhan kesehatan



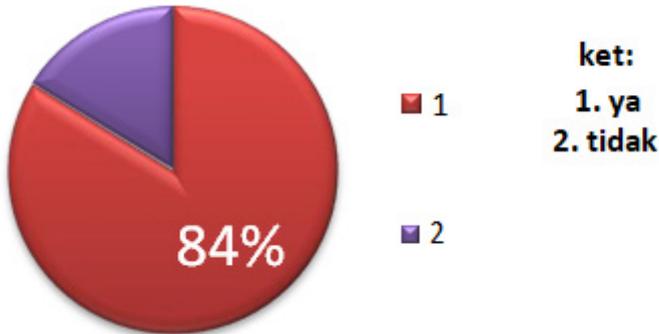
Dari hasil pengolahan data pada diagram tersebut bahwa petugas melakukan penyuluhan kesehatan kepada masyarakat sebanyak merupakan persentasi yang tinggi yaitu 70% (146 responden). Dengan tinggi nya persentasi yang menyatakan bahwa petugas melakukan penyuluhan kesehatan maka pelayanan kesehatan di kampung baru sudah baik, walaupun masih adayang tidak mendapatkan penyuluhan.

Menurut Notoadmojo (2003), penyuluhan kesehatan tidak dapat lepas dari media, pesan – pesan di sampaikan dengan mudah dipahami, dan lebih menarik. Media juga dapat menghindari kesalahan persepsi, memperjelas informasi, mempermudah pengertian, dapat mengurangi komunikasi yang sulit dipahami, dan memperlancar komunikasi mengenai kesehatan.

Dengan demikian, sasaran yang dilakukan petugas kesehatan di kampung baru sudah baik ke masyarakat, baik yang dilkukan dengan promosikesehatan secara langsung maupun dari poster dan leaflet yang dilakukan olehtenaga kesehatan.

## b. Petugas Bertanggung Jawab Memberikan Pelayanan Kesehatan

Gambar 2.7 Persentasi pertanggung jawaban petugas kesehatan

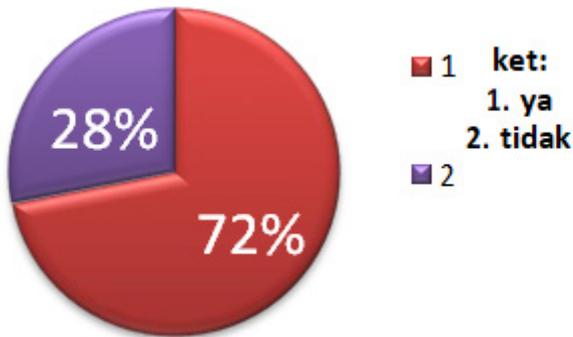


Dari hasil pengolahan data pada diagram tersebut diketahui yang mengatakan bahwa petugas kesehatan bertanggung jawab sebanyak 84% (176 responden) dari 210 responden. Dengan demikian tingginya persentasi yang mengatakan bahwa petugas kesehatan bertanggung jawab terhadap pelayanan kesehatan di kampung baru, maka petugas kesehatan di kampungbaru sudah baik.

Beradsarkan hasil penelitian purbongkoro murdijianto (1994) bahwa sikap petugas secara peribadi seperti kesopanan, rasa hormat, tanggung jawab, kesungguhan, keramah tamahan dari petugas kesehatan, tidak membeda – bedakan dan mendahulukan kepentingan pengguna layanan. Makadari data yang sudah dijelaskan diatas bahwa petugas keehatan sudah bertanggung jawab terhadap pelayanan kesehatan di kelurahan kampung baru.

### c. Mudah Menemui Tenaga Kesehatan di Puskesmas

Gambar 2.8 Persentasi mudah menemui tenaga kesehatan



Dari hasil pengolahan data pada diagram diatas bahwa tenaga kesehatan yang mudah ditemui sebanyak 72% (151 responden) dari 210 responden. Dengan demikian bahwa tenaga kesehatan mudah untuk ditemui di puskesmas kelurahan kampung baru, maka dengan mudahnya tenagakesehatan ditemui maka masyarakat akan puas atas pelayanan kesehatan di kelurahan mereka.

Menurut parasuraman dalam lupiyoadi (2006) mengemukakan kehandalan merupakan terdiri dari kemampuan pegawai dalam memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan tepat dan segera. Dari penjelasan tersebut bahwa tenaga kesehatan di kelurahan kampung baru tepat dan mudah ditemui sehingga masyarakat memilih berobat ke puskesmas.

### d. Tenaga Kesehatan Memberikan Kejelasan Informasi

Tabel 2.4 Persentasi pemeberian informasi

Perasaan	N	%
P (Puas)	143	68.1%
TP(Tidak Puas)	48	22.9%
SP(Sangat Puas)	16	7.6%
STP(Sangat Tidak Puas)	3	1.4%
Total	210	100.0

Dari hasil pengolahan data pada tabel tersebut bahwa responden yang puas atas kejelasan informasi merupakan yang paling tinggi yaitu sebanyak 68.1% (143 responden) dari 210 responden. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa informasi sudah cukup baik, karena responden lebih banyak menjawab puas belum ke tingkat sangat puas.

Adanya informasi yang jelas dari tenaga kesehatan merupakan salah satu empati yang ada di pelayanan kesehatan, empati dinilai dari bagaimana kemudahan, kejelasan serta penyampaian dari tenaga kesehatan. Dari hasil tersebut empati dari tenaga kesehatan untuk masyarakat atas kejelasan informasi sudah cukup baik dari hasil jawaban dari responden diatas.

### e. Kepuasan Pada Perawat yang Menangani

**Tabel 2.5** Persentasi kepuasan pada perawat yang menangani

Perasaan	N	%
P (Puas)	159	75.7%
TP (Tidak Puas)	37	17.6%
SP (Sangat Puas)	13	6.2%
STP (Sangat Tidak Puas)	1	0.5%
Total	210	100.0

Dari hasil pengolahan data pada tabel tersebut menunjukkan bahwa responden yang menjawab puas sebanyak 75,7% (159 responden) dari 210 responden. Dengan hasil tersebut disimpulkan bahwa responden puas atas penanganan perawat yang merawatnya ketika sakit.

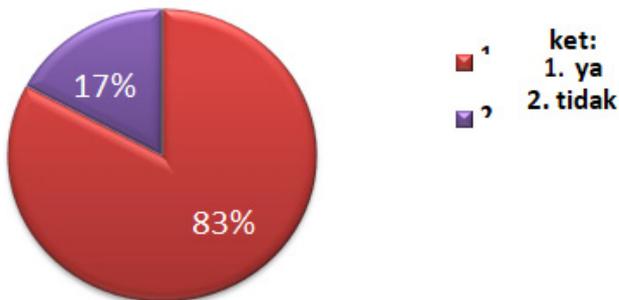
Menurut Barnes (2003:64) mengemukakan kepuasan merupakan tanggapan pasien atas pelayanan yang diberikan terhadap kebutuhannya. Dalam pengukuran kepuasan pelayanan kesehatan sangat sulit untuk diukur, karena sifatnya yang subjektif, karena setiap orang berbeda dalam penilaiannya, dari hasil kuesioner pelayanan sudah cukup baik, karena responden lebih banyak menjawab puas atas kepuasan perawat yang menangani.

## 4. BPJS

Berdasarkan hasil pengolahan data kuesioner yang dilakukan peneliti, diperoleh ada enam indikator dalam untuk penilaian bagaimana penggunaan BPJS di kelurahan kampung baru, yaitu: Angka kepesertaan bpjs, Lama mengantri bpjs, Prosedur perawatan, Kualitas obat bpjs, Bpjs memberikan kemudahan pelayanan. Berikut ini adalah penjelasan hasil pengolahan data setiap indikatornya

### a. Angka Kepesertaan BPJS

Gambar 2.9 Persentasi kepesertaan BPJS



Dari hasil pengolahan data pada diagram diatas kepesertaan BPJS di kelurahan kampung baru ternyata masih ada yang tidak peserta BPJS sebanyak 17% (36 responden) dari 210 responden. Dari hasil data tersebut disimpulkan sudah cukup baik dalam penggunaan BPJS di kelurahan kampung baru.

Target UHC yang ditetapkan pada Rancangan Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJMN) yaitu harus mencapai 98% per jumlah penduduk. Namun untuk jumlah 83% itu sudah cukup baik untuk proses pencapaian target UHC (universal health coverage) ke depannya.

Menurut perpres no 111 tahun 2013 bahwa peserta BPJS wajib untu masyarakat indonesia yang dilakukan secara bertahap sampai menjadi menyeluruh. Untuk kepesertaan BPJS ada dua kategori yaitu: peserta PBI (Penerima Bantuan Iuran) Dan Peserta Non PBI (Bukan Penerima Bantuan Iuran).

## b. Lama Mengantri BPJS

**Tabel 2.6** Persentasi lama mengantri BPJS

Keterangan	N	%
Ya	125	59.5%
Tidak	49	23.3%
Bukan peserta BPJS	36	17.1%
Total	210	100.0

Dari hasil pengolahan data pada tabel tersebut peserat BPJS yang lama mengantri ketika berobat sebanyak 59.5% (125 reponden) dari 210 responden. Dari hasil tersebut pelayanan administrasi pasien BPJS cukup buruk di persentasi 59.5%. dari beberapa responden alasan lama mengantri karena lambatnya bagian administrasi BPJS dalam melayani pasien yang semakin hari pengguna peserta BPJS semakin meningkat.

Dengan meningkatnya kepesertaan BPJS setiap tahunnya menyebabkan antrian pendaftaran pasien semakin panjang dan perlu penanganan yang baik agar pasien BPJS mendapatkan pelayanan yang sesuai. Menurut (loving et al., 2017) antrian panjang pasien terjadi ketika pelayanan kesehatan bekerja secara tidak efisien dan memunculkan ketidakpuasan . pada pelayana radiologi diusulkan empat langkah dalam mengelola antrian, yaitu menganalisis faktor yang mempengaruhi terbentuknya antrian, meningkatkan proses untuk mengurangi waktu pelayanan, mengurangi variabilitas, dan menerapkan konsep psikologi antrian.

## c. Prosedur Perawatan

**Tabel 2.7** Persentasi prosedur perawatan

Perasaan	N	%
P (Puas)	155	73.8%
TP ( Tidak Puas)	43	20.5%
STP ( Sangat Puas)	12	5.7%
Total	210	100.0

Dari hasil pengolahan data pada tabel tersebut bahwa responden puas atas prosedur perawatan sebanyak 73.8% (155 responden). Dengan demikian walaupun pasien BPJS mengantri lama tetapi perawatan yang diberikan tim perawat sudah baik karena sebanyak 73.8% menyatakan sudah puas akan perawatan yang diberikan.

Menurut wulandari (2015) pasien baru akan merasa puas apabila kinerja layanan kesehatan yang diperolehnya sama atau melebihi harapan pasien dan begitu juga sebaliknya ketidakpuasan atau perasaan kecewa pasien akan muncul apabila kinerja layanan kesehatan yang diperolehnya itu tidak sesuai dengan yang diharapkannya. Berdasarkan apa yang sudah disebutkan pengertian kepuasan pasien adalah suatu tingkat perasaan pasien yang timbul sebagai akibat dari kinerja layanan kesehatan yang diperolehnya setelah pasien membandingkannya dengan harapannya.

Begitu juga dengan hasil penelitian ini walaupun responden sudah mengantri tetapi mereka tetap merasa puas dengan perawatan yang diberikan oleh tim medis, sehingga mencapai persentasi 73.8% puas

#### d. Kualitas Obat BPJS

**Tabel 2.8** Persentasi kualitas obat BPJS

Keterangan	N	%
P (Puas)	119	56.7%
TP (Tidak Puas)	46	21.9%
Bukan peserta BPJS	36	17.1%

SP (Sangat Puas)	8	3.8%
STP (Sangat Tidak Puas)	1	.5%
Total	210	100.0

Dari hasil pengolahan data pada tabel tersebut peserta BPJS yang merasa puas atas kualitas obat sebanyak 56.7% (119 responden). Dengan demikian berarti kualitas obat yang didapatkan sudah cukup baik dengan persentasi 56.7% hal ini berarti menunjukkan bahwa penyampaian penggunaan obat dan resep yang diberikan sudah sesuai dengan yang dibutuhkan, sehingga pasien BPJS merasa puas dengan kualitas obat yang diberikan.

## e. BPJS Memberikan Kemudahan Pelayanan

Tabel 2.9 Persentasi kemudahan pelayanan BPJS

Keterangan	N	%
Tidak ada jawaban	13	6.2%
SP (Sangat Puas)	11	5.2%
P (Puas)	142	67.6%
TP (Tidak Puas)	43	20.5%
STP (Sangat Tidak Puas)	1	0.5%
Total	210	100%

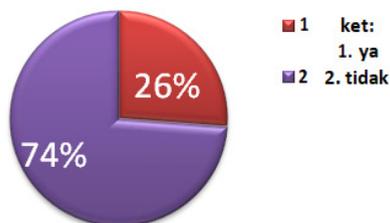
Dari hasil pengolahan data pada tabel diatas bahwa BPJS memudahkan mendapatkan pelayanan merasa puas sebanyak 67.6% (142responden) dari 210 responden. Dengan demikian BPJS mempunyai manfaat yang banyak untuk masyarakat, sudah mendapatkan keringanan untuk biaya berobat responden juga mendapatkan kemudahan mendaptkan pelayanan kesehatan dan merasa puas atas yang di dapatkan oleh responden.

## 5. KUALITAS PELAYANAN

Berdasarkan hasil pengolahan data kuesioner yang dilakukan peneliti, diperoleh ada tiga indikator untuk penilaian bagaimana kualitas pelayanan kesehatan di kelurahan kampung baru, yaitu: Angka rawat jalan, kepuasan rawat jalan dan mutu pelayanan kesehatan Berikut ini adalah penjelasan hasilpengolahan data setiap indikatornya:

### a. Angka Rujukan Rawat Jalan

Gambar 2.10 Persentasi angka rawat jalan di puskesmas



Dari hasil pengolahan data pada diagram diatas bahwa responden yang melakukan rujukan rawat jalan sebanyak 26% (55 responden) dari 210 responden dengan demikian menunjukkan bahwa fasilitas kesehatan dipuskesmas sudah cukup lengkap sehingga masyarakat jarang mendapatkan rujukan rawat jalan ke rumah sakit untuk mendapatkan perawatan yang dan pengobatan yang lebih baik lagi.

## b. Kepuasan Rujukan Rawat Jalan

**Tabel 2.10** Persentasi kepuasan rawat jalan

Keterangan	N	%
Tidak pernah rawat jalan	148	70.5%
P (Puas)	42	20.0%
TP (Tidak Puas)	12	5.7%
STP (Sangat Tidak Puas)	8	3.8%
Total	210	100.0

Dari hasil pengolahan data pada tabel tersebut bahwa pasien yang tidak pernah rawat sebanyak 70.5% (148 responden) dari 210 responden. Dengan demikian seperti pembahasan pada diagram sebelumnya bahwa rujukan rawat jalan di puskesmas kelurahan kampung baru sedikit karena fasilitas di puskesmas sudah cukup puas bagi masyarakat. Dan ada juga beberapa responden yang melakukan rujukan rawat jalan merasa puas atas pelyanan kesehatan saat rujukan rawat jalan.

## c. Mutu Pelayanan Puskesmas

**Tabel 2.11** Persentasi mutu pelayanan kesehatan

Perasaan	N	%
P (Puas)	140	66.7%
TP (Tidak Puas)	56	26.7%
SP (Sangat Puas)	13	6.2%
STP (Sangat Tidak Puas)	1	0.5%
Total	210	100.0

Dari hasil pengolahan data pada tabel tersebut mutu pelayanan kesehatan di kampung baru sudah cukup baik dengan persentasi tersebut. Akan tetap, masih ada responden yang tidak puas sebanyak 26.7% ( 56 responden) dari 210 responden dengan beberapa alasan, karena penilaian kepuasan merupakan objektif dan tidak bisa disamakan terhadap yang lain, karena kepuasan itu berasal dari apa yang dirasakan oleh masyarakat tersebut.

Menurut azwar (1996) mutu pelayanan kesehatan yang bersifat multidimensi, karena mutu pelayanan kesehatan dapat dilihat dari tiga sudut pandang yaitu pihak pemakai, penyelenggara, dan pihak penyandang dana mutu pelayanan kesehatan tersebut. Menurut permenkes no.46 tahun 2015 lampiran 1 untuk mewujudkan tercapainya kecamatan sehat, pelayanan kesehatan khususnya puskesmas harus memiliki kemampuan memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, aman dan bertanggung jawab ataskebutuhan masyarakat.

## **B. KESEHATAN LINGKUNGAN MASYARAKAT URBAN**

### **1. FREKUENSI MENGURAS BAK MANDI**

Pengurasan bak mandi dikategorikan menjadi 2 yaitu katetgori baik apabila bak mandi dikuras sebanyak 2 kali dalam 1 minggu, sedangkan pengurasan yang dilakukan hanya 1 minggu atau kurang masuk kategori buruk. Distribusi responden berdasarkan frekuensi pengurasan bak mandi ditampilkan dalam tabel dibawah ini :

**Tabel 2.12** Distribusi responden menguras bak mandi

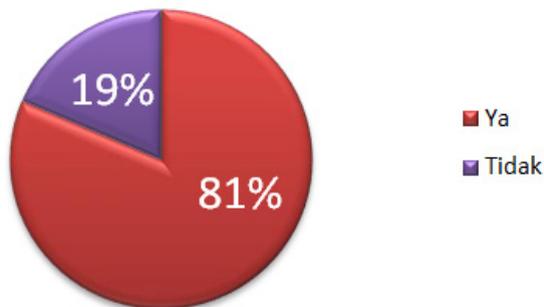
<b>Pengurasan bak mandi dalam 1 minggu</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Lebih dari satu kali	93	44.3 %
Sekali	74	35.2%
Tidak berlaku (Jika tidak menggunakan bak)	31	14.8%
Tidak pernah	12	5.7%
Total	210	100.0%

Dari hasil tabel diatas bahwa frekuensi responden dari 210 responden yang menguras bak mandi dalam satu minggu yaitu lebih dari satu kalisebanyak (44,3%) responden. Jadi pada tabel diatas memperlihatkan bahwa dikelurahan kampung baru sudah mempunyai kebiasaan yang baik terhadap pengurasan bak mandi di rumah mereka tetapi mereka juga sedikit responden yang memiliki kebiasaan buruk bahkan tidak pernah sama sekali menguras bak mandi tersebut.

## 2. PENGOLAHAN AIR MINUM

Persyaratan kuantitatif dalam penyediaan air bersih adalah ditinjau dari banyaknya air baku yang tersedia. Artinya air baku tersebut dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan sesuai dengan jumlah penduduk yang akan dilayani. Selain itu, jumlah air yang dibutuhkan sangat tergantung pada tingkatkemajuan teknologi dan sosial ekonomi masyarakat setempat. Berdasarkan pada Peraturan Menteri Dalam Negri Nomor 23 tahun 2006 tentang Pedoman Teknis dan Tata Cara Pengaturan Tarif Air Minum, standar kebutuhan pokok air sebesar 60 liter/orang/hari.

**Gambar 2.11** Persentasi Pengolahan air minum



Pada diagram diatas dapat disimpulkan bahwa masyarakat kelurahan kampung baru dari 210 responden yang melakukan pengolahan air minum sebelum diminum yaitu sebanyak (81,%) dan bahkan ada juga sebagian tidak pernah melakukan pengolahan air minum mereka yaitu sebanyak (19%). Dapat dilihat dari diagram diatas bahwa rata-rata dalam rumah tangga kelurahan kampung baru melakukan pengolahan air minum yang baik.

## a. Sarana Penyimpanan Air Minum

**Tabel 2.13** Distribusi responden jenis penyimpanan air

Jenis Sarana Penyimpanan Air Minum	N	%
Dispenser	148	70.5%
Teko/ceret/jerigen	57	27.1%
Ember/panci yang tertutup	5	2.4%
Total	210	100.0%

Terdapat dalam tabel diatas bahwa kelurahan kampung baru sarana penyimpanan air minum mereka adalah dispenser, teko, dan panci yangtertutup. Pada tabel diatas bahwa dari 210 responden yang sarana penyimpanan air minum mereka penggunaan dispenser sebanyak (70%). Jadi dapat disimpulkan masyarakat kelurahan kampung baru rata-rata menggunakan dispenser untuk tempat penyimpanan air minum mereka. Saat ini, dispenser air seolah telah menjadi perabotan elektronik rumah tangga yangwajib ada di rumah. Padahal saat dulu, dispenser tampak hanya ditemukan di kantor dan tempat umum. Dispenser air menawarkan alternatif air yang sehat untuk diminum, ketimbang air keran, sehingga jadi pertimbangan yang dianut oleh pemilik rumah yang ingin memiliki keluarga yang sehat dalam jangka panjang.

## b. Sumber Air Minum

**Tabel 2.14** Sumber air minum

Sumber Air Minum	N	%
Berlangganan PDAM setempat	186	88.6%
Sumur	13	6.2%
Pompa air tanah	11	5.2%
Total	210	100.0%

Pada tabel diatas sumber air minum masyarakat kelurahan

kampung baru terdapat tiga sumber yaitu dari PDAM, sumur, pompa air tanah. Dapat disimpulkan bahwa dari 210 responden yang sumber air minunya dari PDAM setempat yaitu sebanyak (88,6%). Dapat disimpulkan bahwa masyarakat kelurahan kampung baru rata-rata sumber air minum rumah tangga mereka dari PDAM setempat.

### c. Kondisi Air Minum

Terdapat 3 sumber air minum dikelurahan kampung baru yaitu bersumber dari PDAM, pompa air tanah, dan sumur. Dapat dilihat dari hasil tabel berikut :

**Tabel 2.15** Kondisi sumber air minum PDAM

PDAM	N	%
Baik (Bersih)	192	91.4%
Kurang baik (Agak kotor)	18	8.6%
Total	210	100.0%

Dapat dilihat pada tabel diatas bahwa kualitas atau kondisi air minum di lingkungan kelurahan kampung baru dari 210 responden yang mengatakan sumber air minum dari PDAM yang baik (bersih) yaitu sebanyak (91,4%) dan kurang baik (kotor) yaitu (8,6%).

**Tabel 2.16** Kondisi sumber air minum Pompa air tanah

Pompa Air Tanah	N	%
Baik (Bersih)	110	52.4%
Kurang baik (Agak kotor)	75	35.7%
Tidak baik (Kotor)	25	11.9%
Total	210	100.0%

Pada tabel diatas dari 210 responden di kelurahan kampung baru mengatakan sumber air minum dari pompa tanah yang baik (bersih) sebanyak (52,4%) dan ada juga yang mengatakan kurang baik (agak kotor) yaitu (35,7%). Jadi sumber air minum pompa tanah tidak terlalu kotor namun masyarakat disana masih tidak mau menggunakan pompa air tanah tersebut.

**Tabel 2.17** Kondisi sumber air minum sumur

Sumur	N	%
Baik (Bersih)	101	48.1%
Kurang baik (Agak kotor)	71	33.8%
Tidak baik (Kotor)	38	18.1%
Total	210	100.0%

Pada tabel dari 210 responden yang mengatakan kondisi sumber air minum dari sumur yang baik dan layak untuk digunakan yaitu sebanyak (48,1%) dan kurang baik (33,8%) dan tidak baik atau kotor (18,1%).

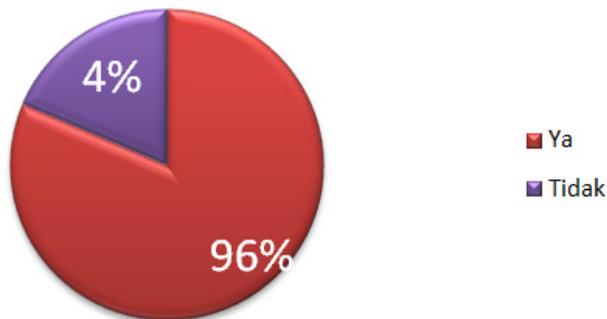
Dari hasil survei penelitian yang dilakukan dari 210 responden kami menemukan rata-rata responden mengatakan bahwa PDAM yang layak untuk dikonsumsi responden yang kami dapat sebanyak (91.4%) dan untuk pompa air tanah sekitar (91,2%) dan untuk sumur hanya (48,1%). Dapat disimpulkan bahwa dari 3 tabel diatas alasan masyarakat kelurahan kampung baru menggunakan sumber air minum mereka dari PDAM karena sumber tersebut baik (bersih) atau layak untuk digunakan atau dikonsumsi di lingkungan tersebut. Jadi dapat dilihat bahwa kenapa sumber air minum mereka dari PDAM setempat yaitu karena memang di lingkungan mereka untuk sumber dari pompa tanah dan sumur masih kurang baik untuk digunakan dalam rumah tangga, karena mereka mengatakan PDAM jauh lebih bersih dibandingkan dengan yang lainnya. Terdapat juga sebagian banyak responden yang sumber air minum nya dari pompa air tanah kemungkinan setiap tempat posisi rumah mereka berbeda-beda tanah yang untuk digali, ada yang sudah bersih dan sebagiannya masih kotor dan tidak layak untuk menjadi sumber air minum dilingkungan mereka.

### 3. PENGGUNAAN JAMBAN RUMAH TANGGA

Penggunaan jamban yang baik adalah kotoran yang masuk hendaknya disiram dengan air yang cukup, hal ini selalu dikerjakan sehabis buang tinja sehingga kotoran tidak tampak lagi. Secara periodic Bowl, leher angsa dan lantai jamban digunakan dan dipelihara dengan baik, sedangkan pada jamban cemplung lubang harus selalu ditutup jika jamban tidak digunakan lagi, agar tidak kemasukan benda-benda lain.

Faktor terpenting lain yang harus diperhatikan adalah dalam menentukan jarak jamban dan sumber air bersih, disarankan 10 meter agar air bersih tidak terkontaminasi. Pemeliharaan jamban keluarga sehat yang baik adalah lantai jamban hendaknya selalu bersih dan tidak ada genangan air, bersihkan jamban secara teratur sehingga ruang jamban selalu dalam keadaan bersih, didalam jamban tidak ada kotoran terlihat, tidak ada serangga (kecoa, lalat) dan tikus berkeliaran, tersedia alat pembersih dan bila ada kerusakan segera diperbaiki.

**Gambar 2.12** Persentasi penggunaan jamban rumah tangga



Pada tabel diatas dari 210 responden yang telah di survei rata-rata masyarakat di lingkungan kampung baru sudah menggunakan jamban sendiri di rumah masing-masing guna untuk menjaga perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) sebanyak (96%) responden yang sudah menggunakan jamban sendiri dan ada sedikit responden yang belum menggunakan jamban yaitu sekitar (4%).

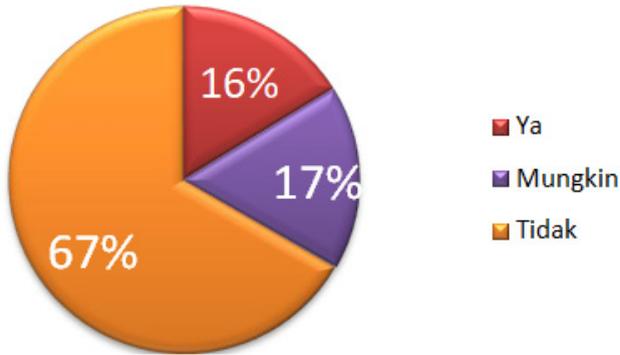
## C. STATUS GIZI MASYARAKAT URBAN

### 1. FREKUENSI MENIMBANG BERAT BADAN ANAK

Frekuensi pengukuran yang disarankan adalah setiap bulan sampai usia satu tahun, setiap 3 bulan sampai usia 3 tahun, setiap 6 bulan sampai usia 6 tahun, dan 1 tahun sekali pada tahun-tahun berikutnya. Acuan yang digunakan untuk tiap kelompok usia dapat berbeda. Saat ini Indonesia menggunakan kurva pertumbuhan milik Badan Kesehatan Dunia (WHO) dan kurva dari Center for Disease Control Prevention (CDC,2000). Indikator yang umum digunakan di Indonesia adalah berat badan menurut tinggi badan (BB/TB), meski ada juga indicator lain seperti tinggi badan menurut usia (TB/U), dan berat badan menurut usia (BB/U).

Indikator BB/TB menentukan status gizi anak dengan membandingkan berat dengan berat ideal menurut tinggi badannya, kemudian dapat diinterpretasikan sebagai obesitas, gizi lebih, gizi baik, gizi kurang, dan gizi buruk. Indikator TB/U membandingkan tinggi badan seorang anak dengan anak yang sama jenis kelamin seusianya. Interpretasinya adalah tinggi, normal, perawakan pendek, dan perawakan sangat pendek. Adapun indikator BB/U membagi anak menjadi berat badan normal, berat badan kurang, dan berat badan berlebih. Indikator ini membandingkan berat badan seorang anak dengan anak seusianya. Pengukuran yang sering terlupa oleh orang tua adalah lingkaran kepala. Pengukuran ini setiap tiga bulan sampai usia satu tahun, dan setiap 6 bulan sampai usia 6 tahun. Dari hasilnya, lingkaran kepala dapat dibagi menjadi normal, kecil (*mikrosefali*), dan besar (*makrosefali*).Lingkaran kepala yang kecil ataupun besar dapat disebabkan gangguan pertumbuhan otak.

**Gambar 2.13** Frekuensi stabil BB anak



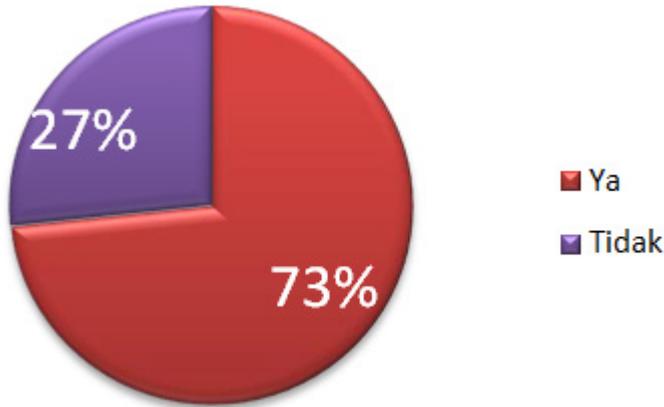
Pada diagram diatas dari hasil riset penelitian yang dilakukan frekuensi BB anak yang tidak penurunan BB yaitu sebanyak (67%) dan ada juga responden yang mengatakan mungkin BB anak tersebut mengalami penurunanalasannya dikarenakan mereka tidak memantau atau cek ke posyandu perkembangan BB pada anak yaitu (17%) dan anak yang mengalami penurunan hanya sedikit saja dari 210 responden yang didapatkan ada sekitar (16%).

## **2. MENGUKUR TINGGI BADAN ANAK**

Tinggi badan adalah jarak dari puncak kepala hingga telapak kaki. Standar Antropometri Anak di Indonesia mengacu pada WHO Child Growth Standards untuk anak usia 0-5 tahun dan The WHO Reference 2007 untuk anak 5 (lima) sampai dengan 18 (delapan belas) tahun. Standar tersebut memperlihatkan bagaimana pertumbuhan anak dapat dicapai apabila memenuhi syarat-syarat tertentu. Penelitian menunjukkan bahwa anak-anak dari negara manapun akan tumbuh sama bila gizi, kesehatan dan pola asuh yang benar terpenuhi. Melalui berbagai telaahan dan diskusi pakar, Indonesia memutuskan untuk mengadopsi standar ini menjadi standar yang resmi untuk digunakan sebagai standar antropometri penilaian status gizi anak melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1995/Menkes/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak.

Tinggi badan anak tidak hanya dipengaruhi oleh faktor genetik, tetapi juga pemberian nutrisi yang terbaik. Nutrisi adalah stimulus bagi organ tubuh untuk diserap dan diolah manfaatnya. Nutrisi penting untuk mendukung anak tumbuh tinggi lebih optimal diantaranya, protein, zat besi, vitamin b12, vitamin E, vitamin D, kalsium. Nutrisi memiliki peran penting dalam pertumbuhan tinggi badan anak.

**Gambar 2.14** Persentasi pertumbuhan tinggi badan anak



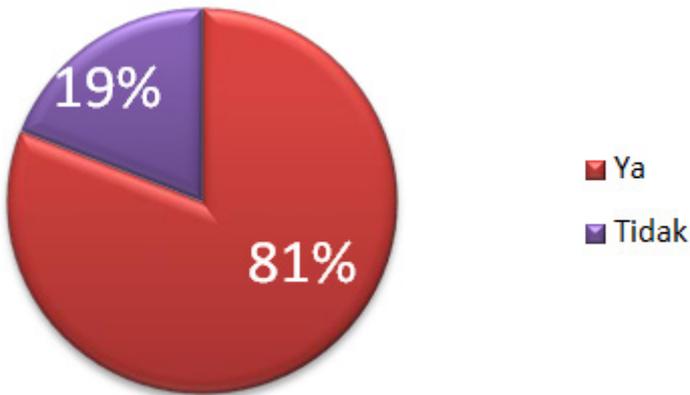
Pada diagram diatas bahwa frekuensi pertumbuhan tinggi badan anak dari 210 responden rata-rata sudah mengalami pertumbuhan pada anak tersebut sebanyak (73,%) anak yang mengalami tinggi badan yang semakin bertambah. Anak yang tidak mengalami pertumbuhan bahkan tetap saja seperti itu dalam 3 bulan terakhir yaitu (27%).

### **3. PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN ANAK**

Pertumbuhan dan perkembangan seorang anak mengalami kepesatan di usia dini. Usia dini atau sering disebut usia emas (golden ages), merupakan kesempatan emas bagi setiap orang tua untuk memberikan stimulasi yang tepat bagi kebutuhan fisik maupun psikis anak. Bayi dilahirkan dengan milyaran sel otak yang membutuhkan asupan gizi dan nutrisi untuk berkembang dengan maksimal.

## a. Vitamin Tumbuh Kembang Anak

Gambar 2.15 Distribusi pemberian vitamin anak



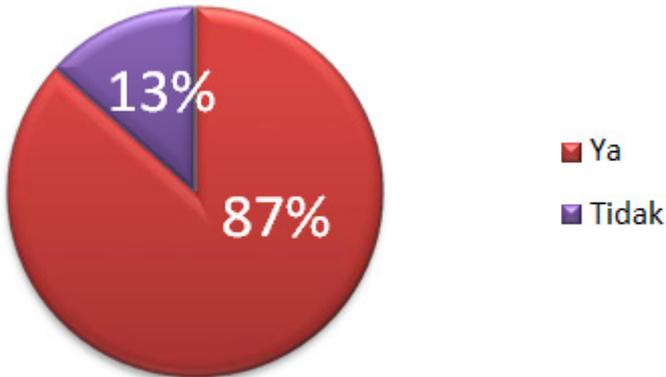
Dari survei penelitian yang dilakukan terdapat pada gambar bahwa ibu yang memberi vitamin untuk mendukung tumbuh tinggi pada anak dari 210 responden rata-rata ibu di lingkungan kelurahan kampung baru memberikan vitamin untuk tumbuh kembang pada anak sebanyak (81%) dan ada juga ibu yang tidak memberikan vitamin sekitar (19%).

## b. Mengonsumsi Vitamin-A Saat Hamil

Vitamin A merupakan zat gizi yang esensial bagi manusia, karena zat gizi ini sangat penting dan konsumsi makanan kita cenderung belum mencukupi harus dipenuhi dari luar. Pada anak akibat kekurangan vitamin A (KVA) akan meningkatkan kesakitan dan kematian, mudah terkena penyakit infeksi seperti diare, kerusakan kornea, kebutaan, radang paru-paru, pneumonia, dan akhirnya kematian (Regar, 2012). Kekurangan berat badan, kurang gizi, meningkatnya risiko infeksi dan penyakit reproduksi, serta menurunkan kelangsungan hidup ibu hingga dua tahun setelah melahirkan (Regar, 2012). Selain itu menurut Gamiswarna (2000), bahwa vitamin A juga diperlukan untuk pertumbuhan tulang, alat reproduksi dan perkembangan embrio. Pemberian kapsul vitamin A dapat diberikan secara rutin pada waktu hamil dan laktasi serta pada bayi dan anak-anak sampai usia 6 bulan. Tambahan kebutuhan vitamin A yang diperlukan pada masa hamil dan

laktasi antara 5.000 – 6.000 IU sehari. WHO menganjurkan maksimal 8.000 IU sehari bagi ibu hamil berhubungan pada dosis tinggi (25.000 IU sehari atau lebih) resiko teratogen atau cacat pada janin meningkat (Tjayapa & Rahardja, 2009).

**Gambar 2.16** Frekuensi konsumsi vit-A pada ibu hamil

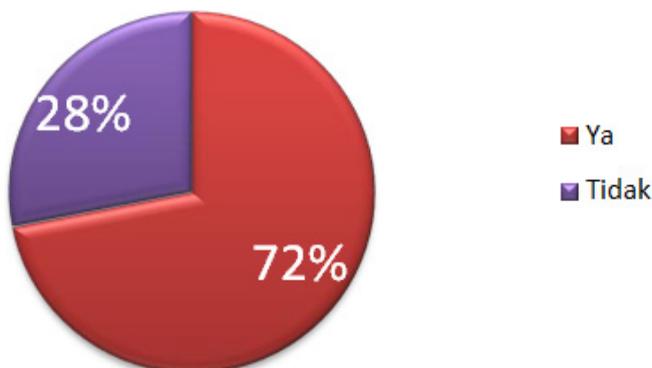


Dari hasil survei penelitian di rata-rata ibu hamil sudah yang mengkonsumsi Vit-A untuk menjaga zat gizi esensial mereka, mencegah dan mengurangi angka kesakitan dan kematian pada ibu hamil terdapat sebanyak (87%) ibu hamil mengkonsumsi tablet Vit-A dan ada juga responden yang tidak mengkonsumsi yaitu sekitar (13,%), mereka mengatakan bahwa tidak mengkonsumsi itu karena sebagian masyarakat yang masih kurang pengetahuan terhadap pengonsumsi tablet Vit-A tersebut.

### **c. Frekuensi Membawa Anak Ke Posyandu**

Frekuensi kunjungan ke Posyandu berpengaruh terhadap pemantauan pertumbuhan anak untuk mengetahui status gizi anak setiap bulannya, dengan ibu rutin membawa anak ke Posyandu setiap bulannya akan mempunyai pengetahuan mengenai kesehatan yang baik sehingga secara tidak langsung dapat berdampak pada status gizi anak.

**Gambar 2.17** Frekuensi rutin pemantauan pertumbuhan perkembangan anak



Pada gambar diatas menyatakan bahwa ibu yang membawa anaknya ke posyandu atau ke puskesmas untuk mengetahui pertumbuhan dan perkembangan pada anak dari 210 responden ada sebanyak (72%) yang membawa anaknya dan separuhnya responden tidak terlalu sering membawaanaknya ke posyandu yaitu sekitar (28%). Jadi dapat disimpulkan bahwa pada lingkungan kelurahan kampung baru masih banyak juga kurang memperhatikan atau memantau pertumbuhan dan perkembangan pada anak sedangkan cek rutin anak untuk memeriksa pertumbuhan perkembangannya sangat penting untuk status gizi. Perlu adanya sosialisasi kepada ibu balita pentingnya mempraktikan apa yang sudah dipahami mengenai gizi seimbang.

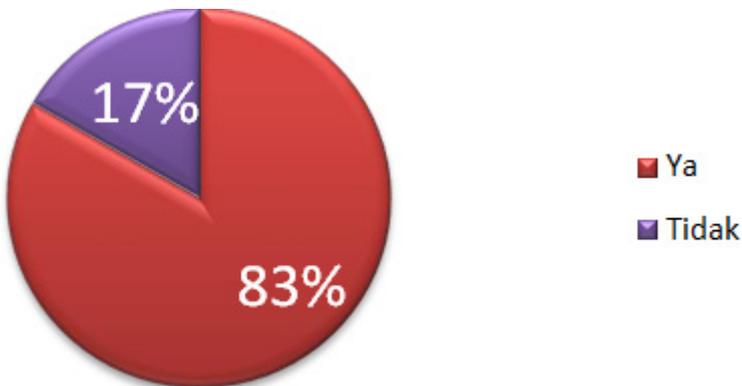
Selain itu, perlu dilakukan penyuluhan mengenai pentingnya datang ke Posyandu secara rutin setiap bulan untuk mengetahui pertumbuhan dan pentingnya pemberian makanan seimbang.

#### **d. Penyediaan Mainan yang Merangsang Perkembangan Otak Anak**

Beberapa orangtua seringkali salah paham bahwa mainan hanyalah cara untuk mengalihkan perhatian balita. Namun, bermain adalah kegiatan yang sangat penting untuk perkembangan kognitif, sosial, fisik, dan kesejahteraan emosional anak-anak. Mainan dapat merangsang indra peraba, penglihatan, dan pendengaran balita, serta mengembangkan imajinasi dan ketangkasannya. Mainan juga meningkatkan rentang perhatian, tingkat keingintahuan, dan

membantu memori serta sistem sarafnya berkembang lebihcepat. Oleh karena itu, balita yang didorong untuk bermain dengan mainan yang tepat, memiliki koordinasi otot yang lebih baik, mengembangkan keterampilan motorik halus dan kasar lebih cepat, dan mencapai tonggak perkembangannya lebih cepat.

**Gambar 2.18** Distribusi penyediaan mainan untuk perkembangan otak



Dari hasil survei penelitian yang dilakukan rata-rata ibu sudah menyediakan mainan untuk merangsang perkembangan otak anak ibu menyadari bahwa mainan itu sangat penting untuk perkembangan otak anak terdapat sebanyak (83%) ibu sudah menyediakan mainan dan ada juga ibu yang tidak menyediakan mainan untuk anaknya sekitar (17%) mereka yang tidak menyediakan beralasan yaitu hanya mengabdikan duit yang sia-sia dan membuat rumah menjadi berantakan dan terlalu harus sering merapikannya.

#### **e. Frekuensi Pemberian Makan Anak dengan Makanan Tambahan**

Ketika usia 6 bulan, biasanya bayi mulai bisa diperkenalkan dengan makanan pendamping ASI (MPASI). Pemberian MPASI sebaiknya sesuai dengan jadwal MPASI dan diberikan secara bertahap. Hal ini karena setelah usia 6 bulan, kebutuhan gizi harian bayi mengalami peningkatan sehingga menyusu ASI saja tidak mampu memenuhinya. MPASI berguna untuk mencukupi kebutuhan harian bayi yang tidak dapat dipenuhi oleh ASI maupun susu formula bayi bila sudah tidak

menyusu ASI. Selain itu, pemberian makanan padat juga berfungsi untuk melatih kemampuan otot oromotor (otot-otot di mulut), kemampuan motorik bayi, dan mencegah masalah gizi pada bayi.

**Tabel 2.18** Frekuensi pemberian makan tambahan pada anak

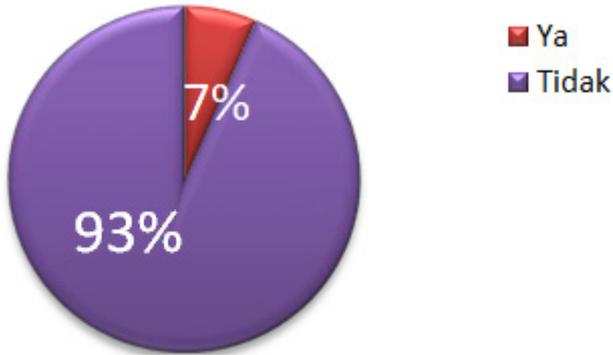
Pemberian makan tambahan anak	N	%
3 kali sehari dengan buah	100	47.6%
3 kali sehari tanpa buah	75	35.7%
2 kali sehari tanpa buah	17	8.1%
1 kali sehari dengan buah	12	5.7%
2 kali sehari dengan buah	6	2.9%
Total	210	100.0%

Dari hasil survei yang telah dilakukan pada tabel diatas sudah dijelaskan dari 210 responden bahwa rata-rata ibu yang memberi makan anak dalam 3 kali sehari dengan buah yaitu sebesar (47,6%). Frekuensi yang palingsedikit yaitu ibu yang memberikan makan anak 2 kali sehari dengan buah hanya (2,9%).

#### 4. RIWAYAT STUNTING

Salah satu indikator kesehatan yang dinilai keberhasilan pencapaiannya dalam MDGs adalah status gizi anak balita. Masa anak balita merupakan kelompok yang rentan mengalami kurang gizi salah satunya adalah stunting. Stunting (pendek) merupakan gangguan pertumbuhan linier yang disebabkan adanya malnutrisi asupan zat gizi kronis atau penyakit infeksi kronis maupun berulang yang ditunjukkan dengan nilai z-score tinggi badan menurut umur (TB/U) kurang dari -2 SD.

**Gambar 2.19** Riwayat yang memiliki stunting



Dari hasil survei yang telah dilakukan peneliti dapat menyimpulkan dari data diatas bahwa riwayat stunting pada keluarga dikelurahan kampung baru tidak memiliki riwayat stunting dalam keluarga mereka dari 210 responden terdapat ada juga yang memiliki riwayat stunting hanya sedikit yaitu sekitar (7%) dan hampir seluruhnya dari data tersebut tidak memiliki riwayat stunting yaitu sebanyak (93%).

## **D. PERILAKU KESEHATAN MASYARAKAT URBAN**

### **1. JUMLAH PEROKOK**

World Health Organization menyatakan Indonesia merupakan negara tertinggi ke 3 atau 36,1% yang penduduknya perokok, setelah negara India dan Cina. (Lokas et al., 2021). Dari hasil survey penelitian dan 210 sampel yang dimiliki ternyata 138 remaja yang mengonsumsi rokok persentasenya sekitar 65,7% sedangkan responden remaja yang tidak merokok hanya 72 orang dan persentase sebesar 34,3%. Ini menjadi prioritas masalah bahwa remaja di zaman sekarang banyak yang menjadi pecandu rokok padahal mereka semua mengetahui bahwa rokok itu tidak baik dan merusak kesehatan organ tubuh mereka.

**Tabel 2.19** Persentasi perilaku merokok

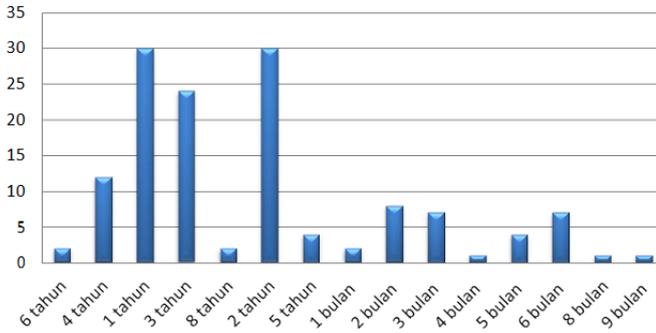
Perilaku Merokok	N	%
Pernah	138	65.7
Tidak Pernah	72	34.3
total	210	100.0

## 2. LAMA WAKTU MEROKOK

Menurut artikel penelitian kesehatan, Indonesia mengalami peningkatan terbesar perilaku merokok cenderung dimulai pada usia yang terlampau sangat muda. Pada usia 10-14 tahun, terdapat 2,0% remaja yang merokok, 0,7% di antaranya merokok setiap hari dan 1,3% perokok kadang- kadang dengan rerata konsumsi 10 batang rokok per hari. Proporsi penduduk menurut usia mulai merokok untuk kelompok usia muda (5-9 tahun) yang tertinggi adalah di Papua (3,2%), sekitar 30 kali lebih besar dibandingkan dengan angka nasional (0,1%) (Rachmat et al., 2013). Penelitian Global Youth Tobacco menunjukkan tingkat prevalensi perokok remaja di Indonesia sudah sangat mengkhawatirkan. Diperkirakan dari 70 juta anak Indonesia, 37% atau sama dengan 25,9 juta anak Indonesia adalah perokok dan jumlah itu menjadikan Indonesia sebagai negara dengan jumlah perokok terbanyak di Asia.

Seiring dengan hal tersebut hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia tahun 2013 memperlihatkan proporsi perokok di Indonesia sebesar 24,3% dari jumlah penduduk, umur 10-14 mulai merokok pertama kali pada saat berumur 5-9 tahun sebesar 2,8% dan 10-14 tahun sebesar 97,2%. (Mirnawati et al., 2018). Umur 15-19 mulai merokok pertama kali pada saat berumur 5-9 tahun sebesar 1,1%, 10-14 tahun sebesar 24,0% dan 15-19 tahun sebesar 74,9%.

**Gambar 2.20** Persentasi lama merokok remaja

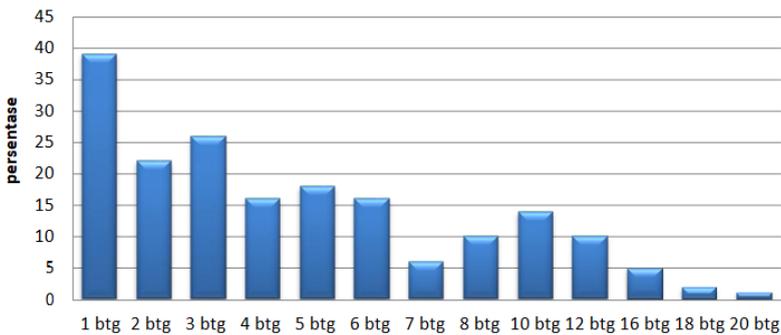


Hasil penelitian yang telah diperoleh remaja lama waktu merokok padaremaja 1 tahun hingga 2 tahun sebanyak 30 orang remaja, terdapat 4 tahun lamanya sejumlah 12 orang remaja.

### 3. BANYAK ROKOK YANG DI KONSUMSI

Melalui hasil penelitian terdahulu dari jurnal kesehatan tentang perokok remaja bahwa banyak rokok yang di konsumsi hanya sampai 12 batang/hari pada usia mulai merokok 10 tahun dan sekarang menginjak umur 16-17 tahun. Kemudian ada juga responden yang mengonsumsi rokok hanya 3 batang/minggu dan responden berusia 15 tahun dan mulai merokok pada usia 13 tahun(Astuti et al., 2018)

**Gambar 2.21** Persentasi jumlah batang konsumsi rokok perhari



Hasil penelitian dari kuesioner yang sudah diperoleh ternyata ada 1 responden yang mengonsumsi rokok hingga 20 batang/harinya.

#### 4. PENGETAHUAN ASI DAN MP-ASI

##### a. Asi Eksklusif

**Tabel 2.20** Persentasi Mengetahui Manfaat ASI Eksklusif

	<b>N</b>	<b>%</b>
Ya	187	89.0%
Tidak	23	11.0%
Total	210	100%

Pada pengamatan yang dilakukan dalam mengamati jumlah atau persentase dari ibu yang mengetahui manfaat ASI eksklusif. Didapatkan jumlah ibu yang mengetahui manfaat ASI eksklusif ialah 187 orang dari 210 orang dengan persentase 89%. Penyebab dari ketidaktahuan manfaat ibuterhadap ASI bisa jadi karena tidak adanya edukasi terhadap ASI, faktor umurataupun pendidikan dari ibu tersebut.

##### b. Angka Pemberian ASI 6 Bulan

Pada pengamatan yang dilakukan dalam mengamati jumlah atau persentase dari ibu yang memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan. Didapatkan jumlah ibu yang memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan ialah

186 orang dari 210 orang dengan persentase 88,9%. Dan yang tidak memberikan ASI selama 6 bulan ialah sebanyak 24 orang atau 11,4%. Keluarga atau suami yang menganjurkan pemberian ASI 6 bulan memiliki jumlah 137 orang dari 210 orang dengan presentase 65,2 % dan yang tidak pernah menganjurkan ASI selama 6 bulan sejumlah 73 orang dengan presentase 34,8%. Dan berikut data untuk pemberhentian diberikannya ASI kepada anak.

**Tabel 2.21** Persentasi Suami/Keluarga menganjurkan 6 bulan full ASI

	N	%
Pernah	137	65.2%
Tidak	73	34.8%
Total	210	100%

**Tabel 2.22** Persentasi Usia Anak Berhenti Diberi ASI

Usia Anak Berhenti Diberi ASI	N	%
24 bulan	113	54%
<24 bulan	82	39%
>24 bulan	15	7%
Total	210	100%

### c. Angka Kebiasaan Membuang Kolostrum

**Tabel 2.23** Persentasi Tradisi membuang kolostrum

	N	%
Ya	54	25.7%
Tidak	156	74.3%
Total	210	100%

Hasil penelitian yang diperoleh bahwa tradisi membuang kolostrum hanya sebanyak 54 responden yaitu 25,7% dari total 210 responden yang di ambil. Artinya di daerah ini responden khususnya ibu-ibu yang memberi asisudah mengetahui bahwa kolostrum sangat baik untuk bayi.

### d. Umur Diberi MP-ASI

Makanan Pendamping ASI (MPASI) adalah makanan dan minuman yang diberikan kepada anak usia 6-24 bulan untuk memenuhi kebutuhan gizinya. Pada usia anak hingga 6 bulan hanya diberikan ASI eksklusif saja seperti yang ditegaskan oleh WHO dan IDAI (Lestiarini & Sulistyorini, 2020).

**Tabel 2.24** Persentasi Usia Anak mulai MP-ASI

	N	%
Awal 7 bulan	31	15%
<7 bulan	164	78%
>7 bulan	15	7%
Total	210	100%

Pada pengamatan ini dilakukan dengan hasil umur anak mulai diberikan MP-ASI ialah awal 7 bulan sejumlah 31 Orang dengan persentase 15%, umur kurang dari 7 tahun sejumlah 164 orang dengan persentase 78%, dan lebih dari 7 bulan sejumlah 15 orang dengan persentase 7%. Persentase terbanyak pada umur kurang dari 7 bulan yaitu 78%.

#### e. Jenis MP-ASI

**Tabel 2.25** Persentasi Jenis MPASI

	N	%
MP-ASI Pabrik	13	6.2%
MP-ASI Lokal	94	44.8%
MP-ASI Gabungan	103	49.0%
Total	210	100%

Pada data yang telah dikumpulkan didapatkan masing-masing persentase MP-ASI lokal sebanyak 44,8 %, MP-ASI pabrik sebanyak 6,2%, dan MP-ASI gabungan sebanyak 49%. Dimana MP-ASI terbanyak digunakan ialah MP-ASI kombinasi. MP-ASI kombinasi kemungkinan banyak digunakan karena MP-ASI lokal ketika ibu membuat makanan untuk keluarga, sedangkan ketika tidak membuat makanan untuk keluarga maka ibu memberikan MP-ASI pabrik.

## E. EPIDEMIOLOGI PENYAKIT MASYARAKAT URBAN

### 1. HIPERTENSI

Berdasarkan dari hasil kuesioner peneliti diketahui anggota keluarga yang memiliki riwayat hipertensi dalam penelitian ini adalah: Keluarga yang memiliki riwayat hipertensi, takaran garam yang di konsumsi /hari, memiliki riwayat mengonsumsi alkohol, takaran alkohol yang dikonsumsi. Hasil persentasi pengolahan data yang dilakukan peneliti dapat dilihat dari tabel dandiagram pie di bawah ini:

**Tabel 2.26** Persentasi keluarga yang memiliki riwayat hipertensi

Anggota keluarga yanghipertensi	N	%
Ayah	20	40.82%
ibu	12	24.49%
Suami	10	20.41%
Saya sendiri	3	6.12%
Istri	1	2.04%
Abang	1	2.04%
Tante	1	2.04%
Nenek	1	2.04%
Total	49	100%

Dari hasil pengolahan data pada tabel diatas dari 210 responden yang memiliki riwayat hipertensi paling tinggi yaitu ayah sebanyak 40.82% (20 responden). Jadi dapat disimpulkan bahwa diwilayah kampung baru yang memiliki riwayat hipertensi di domanasi laki-laki. Dan juga adapun Menurut hasil penelitian terdahulu menunjukkan bahwa sebagian besar penderita

Hipertensi berumur  $\leq 59$  tahun Variabel karakteristik jenis kelamin responden dapat memberikan informasi bahwa sebagian besar responden memiliki jenis kelamin laki-laki, Prevalensi terjadinya hipertensi pada jenis kelamin laki-laki 1,75 kali lebih tinggi dibandingkan jenis kelamin perempuan.

## a. Takaran Garam yang Di Konsumsi /Hari

Tabel 2.27 Persentasi takaran garam yang di konsumsi/hari

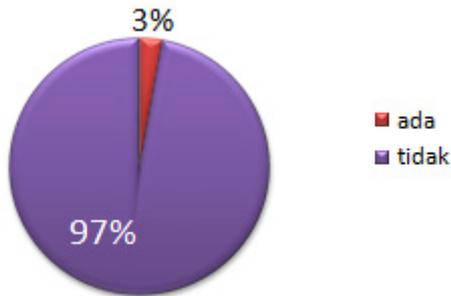
Takaran garam yang dikonsumsi per/hari	N	%
1 sdt garam per/hari	96	46%
2 sdt garam per/hari	30	4%
3 sdt garam per/hari	8	4%
4 sdt garam per/hari	2	1%
5 sdt garam per/hari	34	16%
1 sdm garam per/hari	17	8%
2 sdm garam per/hari	4	2%
3 sdm garam per/hari	2	1%
4 sdm garam per/hari	2	1%
5 sdm garam per/hari	2	1%
Total	210	100 %

Dari hasil pengolahan data pada gambar tersebut dari 210 responden yang memiliki persentase paling tinggi yaitu 46% (96 responden) dengan takaran mengkonsumsi garam sebanyak 1 sdt/hari. dan ada juga sebagian warga di wilayah kampung baru mengkonsumsi garam sebanyak 5 sdm. Sedangkan WHO menganjurkan untuk mengkonsumsi garam minimal 1 sdtgaram /hari.

Berdasarkan rekomendasi nutrisi dari Health Canada, tubuh kita cuma membutuhkan 115 miligram sodium per hari untuk hidup sehat. Sebagai perbandingannya, 1 sendok teh garam mengandung 2.000 miligram sodium. WHO (World Health Organization) menganjurkan untuk membatasi konsumsi sodium 2.400mg atau sekitar 1 sendok teh garam per hari. Kemungkinan kekurangan garam untuk kita yang tinggal di Indonesia sangat kecil karena sebagian besar makanan yang ada negara kita tinggi kandungan sodiumnya. WHO juga merekomendasikan mengurangi asupan natrium untuk upaya menurunkan tekanan darah dan risiko penyakit kardiovaskular, stroke

dan penyakit jantung koroner pada orang dewasa.

**Gambar 2.22** Persentasi kebiasaan mengkonsumsi alcohol



Dari hasil pengolahan data terlihat pada gambar 1.3 bahwa terdapat (97%) masyarakat kampung baru tidak mengkonsumsi alcohol dan sebanyak (3%) mengkonsumsi alcohol. Maka dapat disimpulkan dengan tingginya kebiasaan tidak mengkonsumsi alcohol di kampung baru itu menandakan bahwa mereka sudah sangat jauh dari kata kebiasaan mengkonsumsi alcohol.

# BAB III

## ANALISIS STATUS KESEHATAN MASYARAKAT SUB URBAN

### A. SITUASI KEBIJAKAN KESEHATAN MASYARAKAT SUB URBAN

#### 1. KETERJANGKAUAN

##### a. Jarak Rumah Ke Pelayanan Kesehatan

Tabel 3.1 Persentasi jarak rumah responden

Jarak	n	%
0 m – 400 m	30	14
500 m – 900 m	4	1.9
1 km – 5 km	174	82.9
6 km – 10 km	2	0.9
Total	210	100

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa sebagian besar jarak rumahresponden ke pelayanan kesehatan adalah 1 km-5 km sebanyak 174 responden (82.9%). Namun ternyata masih ada juga responden yang memilih berobat ketempat yang jauh dari tempat tinggal mereka (0.9%). Berdasarkan hasil wawancara dengan responden, sebagian dari mereka memilih berobat ketempat yang jauh dan bukan di pelayanan kesehatan terdekat adalah karena mereka memiliki keluarga yang memiliki pelayanan kesehatan sendiri seperti klinik pribadi sehingga mereka tidak berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan umum.

### **b. Waktu Tempuh Ke Pelayanan Kesehatan**

**Tabel 3.2** Persentasi waktu tempuh

	n	%
1 menit – 15 menit	189	90
16 menit – 30 menit	21	10
Total	210	100

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa sebagian besar responden membutuhkan waktu selama 1 menit- 15 menit untuk menuju ke akses pelayanan kesehatan tempat mereka biasa berobat (90%) dan sebagian lagi membutuhkan waktu 16 menit - 30 menit untuk bisa ke akses pelayanan kesehatan tempat mereka biasa berobat (10%).

### **c. Ketersediaan Angkutan Umum Ke Pelayanan Kesehatan**

**Tabel 3.3** Persentasi angkutan umum

	n	%
Ya	158	75.2
Tidak	52	24.8
Total	210	100

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa sebagian besar responden merasa mudah menemukan angkutan umum ke pelayanan kesehatan (75.2%). Hal ini sejalan dengan PMK Nomor 75 tahun 2014 tentang puskesmas yang menyatakan bahwa puskesmas harus didirikan di lokasi yang mudah dijangkau oleh masyarakat dan dapat diakses dengan mudah menggunakan transportasi umum.

## 2. PILIHAN PENGOBATAN

### a. Keputusan Ke Pelayanan Kesehatan

**Tabel 3.4** Persentasi keputusan berobat

	n	%
Ya	188	89.5
Tidak	22	10.5
Total	210	100

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa jumlah responden yang berobat ke pelayanan kesehatan seperti puskesmas sebanyak 188 responden (89.5%) dan yang tidak berobat ke pelayanan kesehatan seperti puskesmas sebanyak 22 responden (10.5%).

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu komponen dalam sistem kesehatan nasional yang bersentuhan langsung dengan masyarakat. Dalam Undang-Undang Nomor 36/2009 tentang kesehatan, dijelaskan bahwa definisi dari fasilitas pelayanan kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat. (Megatsari et al., 2018)

## b. Alasan Tidak Ke Pelayanan Kesehatan

**Tabel 3.5** Persentasi alasan tidak ke puskesmas masyarakat sub urban

	n	%
Berobat	188	89.5
Letak pelayanan kesehatan jauh	0	0
Pelayanan yang diberikan tidak lengkap	6	2.9
Tidak ada alasan	9	4.3
Lainnya	7	3.3
Total	210	100

Berdasarkan tabel di atas, ternyata diketahui bahwa masih ada beberapa responden yang memilih tidak berobat ke pelayanan kesehatan setempat dikarenakan pelayanan yang diberikan tidak lengkap (2.9%).

## c. Jenis Pelayanan Kesehatan yang Dimanfaatkan

**Tabel 3.6** Persentasi jenis pelayanan masyarakat sub urban

	n	%
Tidak berobat	22	10.5
Penimbangan bayi	1	0.5
Imunisasi	21	10
Pengobatan	147	70
Pemeriksaan kehamilan	10	4.8
Persalinan	4	1.9
Pemeriksaan gigi	5	2.4
Total	210	100

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa responden yang memilih berobat di pelayanan kesehatan setempat sebagian besar memanfaatkan jenis pelayanan kesehatan berupa pengobatan (70%).

#### d. Upaya Pengobatan Tradisional

**Tabel 3.7** Persentasi upaya pengobatan masyarakat sub urban

	n	%
Ya	134	63.8
Tidak	76	36.2
Total	210	100

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa sebagian besar responden menjawab bahwa mereka melakukan pengobatan tradisional sebanyak 134 responden (63.8%) dan yang tidak melakukan pengobatan tradisional sebanyak 76 responden (36.2%).

Terkait dengan perkembangan teknologi pengobatan modern, ternyata pengobatan tradisional semakin banyak peminatnya dan secara nyata dalam kasus-kasus penyakit tertentu justru lebih berhasil daripada cara-cara pengobatan modern, dimana cara-cara dan hasilnya sering dipandang sebagai hal yang kurang rasional. Keadaan ini tidak jarang menimbulkan persepsi pro dan kontra terhadap pengobatan tradisional sebagai akibat dari digunakannya pengobatan modern/ model barat sebagai tolak ukur dalam menilai kebenaran suatu cara ari hasil suatu pengobatan. (Putro, 2018).

#### e. Jenis Pengobatan Tradisional yang Dimanfaatkan

**Tabel 3.8** Persentasi jenis pengobatan tradisional masyarakat sub urban

	n	%
Tidak pernah	76	36.2
Bekam	3	1.4
Jamu	74	35.2
Pijat	49	23.3
Lainnya	8	3.8
Total	210	100

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa sebagian besar responden yang memanfaatkan pengobatan tradisional memilih jamu sebagai upayapengobatan tradisional mereka (35.2%).

### 3. PETUGAS KESEHATAN BUKU PENELITIAN DERAJAT KESEHATAN MASYARAKAT URBAN, SUB URBAN, DAN PESISIR KOTA MEDAN

#### a. Petugas Melakukan Penyuluhan

**Tabel 3.9** Persentasi petugas penyuluhan pada masyarakat sub urban

	n	%
Ya	137	65.2
Tidak	73	34.8
Total	210	100

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa sebagian besar responden mengatakan bahwa petugas kesehatan melakukan penyuluhan sebanyak 137 responden (65.2%). Artinya petugas kesehatan sudah melaksanakan salah satu tugasnya yaitu memberikan edukasi kesehatan kepada masyarakat.

#### b. Petugas Bertanggung Jawab Memberikan Pelayanan Kesehatan

**Tabel 3.10** Persentasi petugas bertanggung jawab pada masyarakat sub urban

	n	%
Ya	164	78.1
Tidak	46	21.9
Total	210	100

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa sebagian besar responden menjawab bahwa petugas kesehatan sudah bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan kesehatan (78.1%).

### c. Kemudahan Menemui Tenaga Kesehatan di Puskesmas

**Tabel 3.11** Persentasi kemudahan menemui petugas pada masyarakat sub urban

	n	%
Ya	170	81
Tidak	40	19
Total	210	100

Berdasarkan tabel di atas, sebagian besar responden mengatakan bahwa mereka mudah untuk menemui tenaga kesehatan di puskesmas sebanyak (81%) namun ternyata masih ada juga yang merasa sulit untuk menemui petugas kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan setempat (19%). Penyediaan tenaga kesehatan berkaitan erat dengan pendidikan tenaga kesehatan yang diselenggarakan dengan berorientasi kepada kecenderungan kebutuhan masyarakat dan perkembangan ilmu dan teknologi. Untuk itu pendidikan tenaga kesehatan diarahkan agar mampu menghasilkan dan menyediakan tenaga kesehatan yang bermutu, dengan demikian keberadaan institusi pendidikan tenaga kesehatan menjadi sangat penting sebagai penghasil (Hidayat, 2015)

### d. Kejelasan Informasi dari Tenaga Kesehatan Puskesmas

**Tabel 3.12** Persentasi kejelasan informasi pada masyarakat sub urban

	n	%
Tidak Pernah	127	60.5
SP (Sangat Puas)	5	2.4
P (Puas)	72	34.3
TP (Tidak Puas)	6	2.9
Total	210	100

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa sebagian besar responden merasa puas terhadap kejelasan informasi yang diberikan dari puskesmas sebanyak 72 responden (34.3%), namun ternyata masih ada juga yang merasa tidak puas dengan informasi yang diberikan

oleh tenaga kesehatan di puskesmas setempat (2.9%).

### e. Kepuasan Terhadap Perawat yang Menangani

**Tabel 3.13** Persentasi kepuasan terhadap perawatn pada masyarakat sub urban

	n	%
Tidak Pernah	127	60.5
SP (Sangat Puas)	11	5.2
P (Puas)	67	31.9
TP (Tidak Puas)	5	2.4
Total	210	100

Berdasarkan tabel di atas, sebagian besar responden menjawab bahwa mereka merasa puas terhadap kinerja perawat di puskesmas setempat (31.9%). Namun ternyata masih ada juga responden yang merasa tidak puas terhadap kinerja perawat di puskesmas setempat (2.4%).

### f. Kepercayaan Terhadap Perawat

**Tabel 3.14** Persentasi kepercayaan terhadap perawat pada masyarakat sub urban

	n	%
Tidak pernah	127	60.5
SP (Sangat Puas)	11	5.2
P (Puas)	67	31.9
TP (Tidak Puas)	5	2.4
Total	210	100

Berdasarkan tabel diatas, sebagian besar responden menyatakan bahwa mereka percaya terhadap perawat di puskesmas setempat (31.9%).

## 4. BPJS

### a. Angka Kepesertaan BPJS

**Tabel 3.15** Persentasi kepesertaan BPJS pada masyarakat sub urban

	n	%
Ya	177	84.3
Tidak	33	15.7
Total	210	100

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa sebagian besar responden merupakan peserta BPJS (84.3%). BPJS Kesehatan adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan menurut Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Jaminan kesehatan menurut Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yaitu jaminan yang diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar seluruh rakyat Indonesia memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

### b. Lama Mengantri Pasien BPJS

**Tabel 3.16** Lama mengantri pada masyarakat sub urban

	n	%
Bukan peserta	33	15.7
Ya	132	62.9
Tidak	45	21.4
Total	210	100

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa sebagian besar responden yang merupakan peserta BPJS mengatakan mereka perlu mengantri lama sebanyak 132 responden (62.9%) dan yang merasa

tidak perlu mengantri lama sebanyak 45 responden (21.4%). Hal ini sejalan dengan penelitian (Heryana et al., 2019) di RSUD Kabupaten Tangerang yang menyatakan bahwa pelayanan pada pasien yang datang sebelum jam 08.00 sangat sibuk, bahkan pada proses pendaftaran daftar rawat jalan menunjukkan kondisi tidak steady state karena tingkat kedatangan pasien lebih besar dibanding tingkat pelayanan.

### c. Prosedur Perawatan BPJS

**Tabel 3.17** Persentasi prosedur perawatan BPJS pada masyarakat sub urban

	n	%
Bukan peserta	33	15.7
SP (Sangat Puas)	16	8.6
P (Puas)	133	64.3
TP (Tidak Puas)	28	11.4
Total	210	100

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa sebagian besar responden yang merupakan peserta BPJS mengatakan bahwa mereka puas terhadap prosedur perawatan yang diberikan BPJS (64.3%). Namun ternyata masih ada juga yang tidak puas terhadap prosedur perawatan yang diberikan BPJS (11.4%).

### d. Kualitas Obat BPJS

**Tabel 3.18** Persentasi kualitas obat BPJS masyarakat sub urban

	n	%
Bukan Peserta	33	15.7
SP (Sangat Puas)	16	7.6
P (Puas)	133	63.3
TP (Tidak Puas)	28	13.3
Total	210	100

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa sebagian besar responden yang merupakan peserta BPJS mengatakan bahwa mereka puas terhadap kualitas obat yang diberikan BPJS (64.3%). Namun ternyata masih ada juga responden yang tidak puas dengan kualitas obat yang diberikan BPJS (11.4%).

### e. Kemudahan Dalam Mendapatkan Pelayanan

**Tabel 3.19** Persentasi kemudahan mendapatkan pelayanan

	n	%
Bukan Peserta	33	15.7
SP (Sangat Puas)	20	9.5
P (Puas)	138	65.7
TP (Tidak Puas)	17	8.1
STP (Sangat tidak puas)	2	1
Total	210	100

Berdasarkan tabel di atas, sebagian besar responden yang merupakan peserta BPJS menjawab bahwa mereka puas terhadap kemudahan dalam mengakses pelayanan kesehatan (65.7%). Namun ternyata ada juga sebagian kecil responden yang merasa sangat tidak puas yang artinya mereka merasa sulit untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sebagai peserta BPJS (1%).

## 5. KUALITAS PELAYANAN

### a. Angka Rawat Jalan

**Tabel 3.20** Persentasi rawat jalan masyarakat sub urban

	n	%
Ya	83	39.5
Tidak	127	60.5
Total	210	100

Berdasarkan tabel, sebagian besar responden yang merupakan warga Kelurahan Tangkahan tidak pernah melakukan rawat jalan (60.5%) dan yang pernah mendapatkan perawatan rawat jalan sebanyak 83 responden (39.5%).

### b. Kepuasan Terhadap Pelayanan Rawat Jalan

**Tabel 3.21** Persentasi kepuasan rawat jalan

	n	%
Tidak pernah	127	60.5
SP (Sangat Puas)	5	2.4
P (Puas)	72	34.3
TP (Tidak Puas)	6	2.9
Total	210	100

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa sebagian besar responden merasa puas terhadap pelayanan rawat jalan yang diberikan sebanyak 72 responden (34.3%), diikuti dengan yang menjawab tidak puas dan sangat puas masing-masing sebanyak 6 responden (2.9%) dan 5 responden (2.4%).

### c. Pendapat Terhadap Mutu Pelayanan Puskesmas

**Tabel 3.22** Persentasi mutu pelayanan kesehatan

	n	%
Tidak pernah	20	9.5
SP (Sangat Puas)	161	76.7
P (Puas)	28	13.3
TP (Tidak Puas)	1	0.5
Total	210	100

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa sebagian besar responden merasa puas terhadap pelayanan kesehatan puskesmas setempat sebanyak 161 responden (76.7%), di lanjut dengan yang merasa tidak puas sebanyak 28 responden (13.3%), dan yang menjawab sangat puas dan sangat tidak puas masing-masing sebanyak 20 responden (9.5%) dan 1 responden (0.5%).

## B. KESEHATAN LINGKUNGAN MASYARAKAT SUB URBAN

### 1. FREKUENSI MENGURAS BAK MANDI DALAM SEMINGGU

**Tabel 3.23** Persentasi menguras bak mandi

	n	%
Sekali	68	32.4
Lebih dari satu kali	118	56.2
Tidak pernah	4	1.9
Tidak berlaku (jika tidak menggunakan bak)	20	9.5
Total	210	100

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa sebagian besar responden yang merupakan warga Kelurahan Tangkahan menguras bak mandi dirumah mereka sebanyak lebih dari 1 kali dalam seminggu (56.2%). Diikuti dengan yang hanya 1 kali menguras bak mandi dalam seminggu (32.4%), namun masih ada juga responden yang tidak pernah menguras bak mandinya (1.9%).

## 2. PENGOLAHAN AIR MINUM

**Tabel 3.24** persentasi pengolahan air minum

	N	%
Ya	169	80.5
Tidak	41	19.5
Total	210	100

Berdasarkan tabel diatas, diketahui bahwa sebagian besar responden melakukan pengolahan terhadap air minum mereka (80.5%) dan yang tidak melakukan pengolahan terhadap air minum sebanyak 41 responden (19.5%).

### a. Sarana Penyimpanan Air Minum

**Tabel 3.25** Persentasi sarana penyimpanan air minum

	N	%
Dispenser	154	73.3
Teko/ceret/jerigen	42	20
Ember/panci yang tertutup	14	6.7
Total	210	100

Berdasarkan tabel di atas, diketahui sebagian besar responden menggunakan dispenser sebagai sarana penyimpanan air minum mereka sebanyak 154 responden (73.3%). Yang menggunakan teko/ceret/jerigen sebanyak 42 responden (20%) dan yang menggunakan ember/panci tertutup sebanyak 14 responden (6.7%).

## b. Sumber Pemenuhan Air Minum Sehari-hari

**Tabel 3.26** Persentasi sumber air minum

	N	%
Pompa air tanah	36	17.1
Berlangganan PDAM setempat	124	59
Sumur	50	23.8
Total	210	100

Berdasarkan tabel diatas, diketahui sebagian besar responden menggunakan PDAM sebagai sumber air minum sehari-hari sebanyak 124 responden (59%), diikuti dengan yang menggunakan sumur sebanyak 50 responden (23.8%), dan yang paling sedikit adalah yang menggunakan pompaair tanah sebanyak 36 responden (17.1%).

## c. Kondisi Air dari Sumber PDAM

**Tabel 3.27** Persentasi kondisi air minum

	n	%
Tidak memakai	86	41
Baik (Bersih)	105	50
Kurang baik (Agak kotor)	14	6.7
Tidak baik (Kotor)	5	2.4
Total	210	100

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa sebagian besar responden yang menggunakan PDAM sebagai sumber air mengatakan bahwa sumber air dari PDAM tergolong baik (50%), namun ada juga responden yang merasa bahwa sumber air dari PDAM adalah kurang baik (6.7%), dan tidak baik (2.4%).

#### d. Kondisi Air Dari Sumber Pompa Air Tanah

**Tabel 3.28** Persentasi kondisi air minum

	n	%
Tidak memakai	174	82.9
Baik (Bersih)	19	9
Kurang baik (Agak kotor)	11	5.2
Tidak baik (Kotor)	6	2.9
Total	210	100

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa sebagian besar responden yang menggunakan pompa air sebagai sumber air di Kelurahan Tangkahan mengatakan bahwa kondisi air dari pompa air adalah baik (9%). Namun masih ada juga responden yang merasa bahwa air dari pompa air kualitasnya kurangbaik (5.2%) dan tidak baik (2.9%).

#### e. Kondisi Air Dari Sumber Sumur

**Tabel 3.29** Persentasi kondisi air minum dari sumur

	n	%
Tidak memakai	159	75.7
Baik (bersih)	38	18.1
Kurang baik (Agak kotor)	12	5.7
Tidak baik (Kotor)	2	0.5
Total	210	100

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa sebagian besar responden yang menggunakan sumur sebagai sumber air di Kelurahan Tangkahan mengatakan bahwa kondisi air sumur adalah baik sebanyak 38 responden (18.1%), namun masih ada juga responden yang merasa bahwa kondisi air dari sumur agak kotor atau bahkan kotor masing-masing sebanyak 12 responden (5.7%) dan 2 responden (0.5%).

## f. Penggunaan Jamban

**Tabel 3.30** Persentasi penggunaan jamban

	n	%
Ya	208	99
Tidak	2	1
Total	210	100

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa sebagian besar responden sudah menggunakan jamban sendiri sebanyak 208 responden (99%). Salah satu dari beberapa fasilitas sanitasi dasar yang ada di masyarakat adalah jamban. Jamban berguna untuk tempat membuang kotoran manusia sehinggabakteri yang ada dalam kotoran tersebut tidak memenuhi lingkungan(Pebriani, 2012).

## C. GIZI MASYARAKAT SUB URBAN

### 1. PENIMBANGAN BERAT BADAN ANAK IBU

**Tabel 3.31** Persentasi penimbangan berat badan bayi

	n	%
Ya	189	90%
Tidak	21	10%
Total	210	100%

Dari hasil pengolahan data pada tabel di atas, hasil presentasi menunjukkan bahwa sebanyak 90% ibu yang memiliki anak ternyata sudah pernah menimbang berat badan anaknya. Hal ini menunjukkan bahwa sang ibu sudah memiliki tingkat pengetahuan yang cukup. Menimbang berat badan pada anak memiliki beberapa manfaat salah satunya untuk mengetahui status gizi pada anak apakah sudah memiliki status gizi yang baik atau belum. (M et al., 2015)

## 2. PENURUNAN BERAT BADAN ANAK PADA SATU BULAN TERAKHIR

**Tabel 3.32** Persentasi penurunan berat badan anak bayi

	N	%
Ya	26	12,4%
Tidak	157	74,8%
Mungkin	27	12,9
Total	210	100%

Berdasarkan hasil pengolahan data pada tabel di atas, presentasi penilaian terhadap penurunan berat badan anak pada satu bulan terakhir menunjukkan presentasi sebanyak 74,8% tidak terjadinya penurunan berat badan pada anak. Tingkat pengetahuan sang ibu menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi pertumbuhan pada anak. Dari 210 jumlah responden, sebanyak 114 responden (54,3%) memiliki tingkat pendidikan terakhir pada tingkat SMA. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu dengan tingkat pendidikan SMA memiliki tingkat kemampuan yang cukup untuk menerima berbagai informasi. (NINGTYAS, 2017)

## 3. PEMBERIAN VARIASI MAKANAN PADA ANAK

**Tabel 3.33** Persentasi pemberian variasi makanan

	n	%
Ya	202	96,2%
Tidak	8	3,8%
Total	210	100%

Dari hasil pengolahan data pada tabel tersebut, hasil presentasi menunjukkan sebanyak 202 responden (96,2%) menjawab “ya”. Artinya responden sudah memberikan asupan variasi makanan pada anak seperti ikandan sayuran dengan baik. Pengaturan jenis dan bahan

makanan yang dikonsumsi juga harus diatur dengan baik agar anak tidak cepat bosan dengan jenis makanan tertentu. Dalam praktek, keanekaragaman bahan makanan itu dapat diwujudkan dengan menerapkan pola susunan hidangan "empat sehat lima sempurna", yaitu diterapkannya penggunaan empat kelompok bahan makanan dalam menu makanan anak sehari-hari yang diperkaya dengan segelas susu.

#### 4. PEMBERIAN MAKANAN TAMBAHAN BUAH-BUAHAN PADA ANAK

**Tabel 3.34** Persentasi pemberian buah

	n	%
3 kali sehari tanpa buah	89	42,4%
3 kali sehari dengan buah	69	32,9%
2 kali sehari tanpa buah	14	6,7%
2 kali sehari dengan buah	19	9%
1 kali sehari dengan buah	19	9%
Total	210	100%

Dari hasil tabel di atas, sebanyak 42,4% responden memberi makan pada anak 3 kali sehari tanpa buah-buahan. Hal ini tidak sesuai dengan anjuran Badan Kesehatan Dunia (WHO) yang menganjurkan konsumsi buah sebanyak 150 gram per hari (setara dengan 3 buah pisang ambon ukuran sedang atau 1 potong pepaya ukuran sedang atau 3 buah jeruk ukuran sedang). Buah merupakan sumber serat pangan yang mengandung banyak vitamin dan mineral yang apabila dikonsumsi secara rutin, akan memberikan manfaat positif seperti meningkatkan fungsi imun tubuh hingga membantu menginduksi sel saraf sehingga berefek terhadap perilaku belajar lebih baik, lebih mudah berkonsentrasi dan memperbaiki memori jangka panjang. (KEMKES,2017).

## 5. PENGUKURAN TINGGI BADAN PADA ANAK

**Tabel 3.35** Persentasi pengukuran tinggi badan bayi

	n	%
Ya	148	70,5%
Tidak	62	29,5%
Total	210	100%

Berdasarkan pada hasil tabel di atas menunjukkan bahwa sebanyak 70,5% responden pernah melakukan pengukuran tinggi badan pada anak. Sama seperti pada penimbangan berat badan anak, hal ini menunjukkan bahwasang ibu sudah memiliki tingkat pengetahuan yang cukup. Tingkat pengetahuan yang cukup menjadikan ibu menjadi lebih “sadar” akan pentingnya pengukuran tinggi badan secara rutin.

## 6. PERTAMBAHAN TINGGI BADAN PADA ANAK

**Tabel 3.36** Persentasi pertambahan tinggi badan

	N	%
Ya	148	70,5%
Tidak	62	29,5%
Total	210	100%

Berdasarkan dari hasil tabel di atas, dari 210 responden, ditemukan sebanyak 142 responden (67,6%) menjawab tinggi badan pada anak semakin bertambah. Hal ini dipengaruhi oleh keberhasilan ibu dalam pemenuhan nutrisi pada anak atau hal ini dapat disebut juga dengan status gizi. Status gizi didefinisikan sebagai status kesehatan yang dihasilkan oleh keseimbangan antara kebutuhandan masukan nutrient (Febrianti et al., 2019).

## 7. PEMBERIAN VITAMIN UNTUK Mendukung Tinggi Badan pada Anak

**Tabel 3.37** Persentasi pemberian vitamin pada anak

	N	%
Ya	166	79%
Tidak	44	21%
Total	210	100%

Berdasarkan dari hasil data di atas, sebanyak 79% ibu pernah memberikan vitamin untuk mendukung tumbuh tinggi pada anak. Dikutip dari alodokter.com , ada beberapa jenis vitamin untuk mendukung pertumbuhan tinggi anak agar sesuai dengan usianya. Adapun asupan nutrisi yang perlu diketahui oleh ibu untuk menunjang pertumbuhan tinggi pada anak yaitu: protein, karbohidrat, kalsium, vitamin A, iodine.

### D. PERILAKU KESEHATAN MASYARAKAT SUB URBAN

#### 1. MENGETAHUI MANFAAT ASI EKSKLUSIF

**Tabel 3.38** Persentasi pengetahuan terhadap ASI

	n	%
Ya	205	97.6%
Tidak	5	2.4%
Total	210	100.0%

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa sebagian besar dari responden menyatakan mengetahui manfaat dari melakukan ASI eksklusif, persentasenya yaitu (97.6%). ASI adalah sumber asupan nutrisi bagi bayi baru lahir, yang mana sifat ASI (Air Susu Ibu) bersifat eksklusif sebab pemberiannya berlaku pada bayi berusia 0 bulan sampai 6 bulan. Dalam fase ini harus diperhatikan dengan benar mengenai pemberian dan kualitas ASI, supaya tak mengganggu tahap

perkembangan si kecil selama enam bulan pertama semenjak hari pertama lahir (HPL), mengingat periode tersebut merusak masa periode emas perkembangan anak sampai menginjak usia 2 tahun.

## 2. ASI SELAMA 6 BULAN

**Tabel 3.39** Persentasi pemberian ASI

	n	%
Ya	191	91.0%
Tidak	19	9.0%
Total	210	100.0%

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa rata-rata responden menyatakan bahwa telah melakukan ASI Eksklusif kepada anaknya presentasinya yaitu (91.0%). Kampanye tentang pentingnya pemberian

ASI eksklusif selama 6 bulan telah dikumandangkan lama bahkan sejak 1990. Pada 2005, WHO menganjurkan pemberian ASI tetap dilakukan sampai bayi berusia 2 tahun. Pengetahuan, sikap, dan motivasi ibu masih menjadi faktor-faktor utama perilaku pemberian ASI eksklusif. Selain itu, dukungan keluarga baik orang tua, mertua, dan suami, serta dukungan tenaga kesehatan masih menjadi faktor eksternal penting dalam pemberian ASI secara eksklusif.

## 3. MEMBUANG KOLESTRUM

**Tabel 3.40** Persentasi membuang kolostrum

	n	%
Ya	63	30.0%
Tidak	147	70.0%
Total	210	100.0%

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa sudah banyak responden yang mengerti atau kebiasaan air susu bening (kolostrum) tidak dibuang (70.0%), namun masih banyak juga dari reponden yang

tidak mengetahui dan membuangnya (30.0%). Pada saat pertama kali menyusui, seorang ibu akan menghasilkan kolostrum yang kemudian menjadi ASI matur. Manfaat kolostrum sangat penting bagi bayi baru lahir. The world Alliance for breastfeeding action (WABA), juga memperkirakan satu juta bayi dapat diselamatkan jika diberikan ASI pada satu jam pertama kelahiran. (Suwardi, 2019)

## E. EPIDEMIOLOGI PENYAKIT MASYARAKAT SUB URBAN

### 1. ANGGOTA KELUARGA YANG MENDERITA HIPERTENSI

**Tabel 3.41** Persentasi anggota keluarga yang hipertensi

a.	n	%
Ya	70	33.3%
Tidak	140	66.7%
Total	210	100%

Berdasarkan hasil survey yang didapatkan sekitar 70% responden tidak memiliki anggota keluarga yang menderita hipertensi. Berdasarkan hasil wawancara dengan masyarakat di kelurahan Tangkahan, mereka merasa tidak memiliki anggota keluarga yang menderita hipertensi, antara kurangnya pengetahuan untuk memeriksakan diri ke salah satu instansi kesehatan untuk mengetahui beberapa penyakit tidak menular pada diri sendiri dan anggota keluarga, ataupun kurang mengetahui akan riwayat penyakit anggota keluarga yang biasanya dapat terjadi secara turun temurun. Namun pada data dari beberapa instansi kesehatan di Kelurahan Tangkahan, menunjukkan angka hipertensi yang cukup tinggi, dan sempat menjadi masalah kesehatan di wilayah tersebut. Hal ini menjadi salah satu tanda tanya besar, mengapa hasil survey yang kami lakukan tidak sesuai dengan data yang ada di beberapa instansi. Salah satu faktor dikarenakan rata-rata usia responden sekitar 30-40an dimana usia tersebut, masih jarang untuk seseorang terkena penyakit hipertensi.

Prevalensi hipertensi di Indonesia berdasarkan laporan Riskesdas pada bulan Maret 2018 menyatakan bahwa hasil pengukuran pada

penduduk usia  $\geq 18$  tahun sebesar 34,1%, dengan provinsi tertinggi di Kalimantan Selatan (44.1%), sedangkan terendah di Papua sebesar (22,2%). Estimasi jumlah kasus hipertensi di Indonesia sebesar 63.309.620 orang, sedangkan angka kematian di Indonesia akibat hipertensi sebesar 427.218 kematian (0,7%).

Penyakit hipertensi ditandai dengan pembacaan tekanan darah yang melebihi nilai lebih dari 140 mmHg (sistolik) dan 90 mmHg (diastolik). Hipertensi terbagi menjadi dua berdasarkan penyebabnya yakni hipertensi sekunder dan hipertensi primer. Hipertensi sekunder terjadi akibat penyebab yang jelas seperti akibat stenosis arteri renalis. Sedangkan, hipertensi primer adalah hipertensi yang belum diketahui penyebabnya. Diderita oleh sekitar 95% orang. Hipertensi primer diperkirakan disebabkan oleh fakto keturunan, ciri perseorangan yang mempengaruhi timbulnya hipertensi adalah umur (jika umur bertambah maka tekanan darah meningkat), jenis kelamin (pria lebih tinggi dari perempuan) dan ras (ras kulit hitam lebih banyak dari kulit putih) dan faktor kebiasaan hidup yang terdiri dari konsumsi garam yang tinggi, kegemukan atau makan berlebihan, stres, merokok, minum alkohol, minum obat-obatan (efedrin, prednison, epinefrin). (Kartika et al., 2021)

## 2. RIWAYAT MENGONSUMSI ALKOHOL

**Tabel 3.42** Persentasi konsumsi alkohol

	n	%
Ya	2	1%
Tidak	208	99%
Total	210	100%

Berdasarkan hasil survey yang didapatkan 99% responden tidak memiliki riwayat mengonsumsi alkohol. Dari 210 responden hanya sekitar 2 responden yang memiliki riwayat mengonsumsi alkohol. Berdasarkan hasil wawancara dengan masyarakat di kelurahan Tangkahan, mereka mengaku tidak memiliki riwayat mengonsumsi

alkohol. Mayoritas responden juga beragama islam yang dimana dalam agama islam haram hukumnya dalam mengonsumsi alkohol, adapun responden yang nonis mereka juga mengaku tidak memiliki riwayat mengonsumsi alkohol, karena mereka memahami dalam mengonsumsi alkohol memiliki banyak kerugian dibanding manfaatnya. Selain itu alkohol bukan merupakan budaya orang Indonesia.

### 3. KONSUMSI GARAM

**Tabel 3.43** Persentasi konsumsi garam

	n	%
1Sdt	154	73,3%
>1Sdt	56	26,7%
Total	210	100%

Berdasarkan hasil survey sebanyak 73,3% responden mengonsumsi garam sebanyak 1 sendok teh dalam sehari, 1 sendok teh dalam sehari sudah untuk masak dalam sehari. Sarapan, makan siang, dan makan malam. Responden juga mengaku 1sdt tersebut untuk membumbui lauk pauk sesperti menggoreng ikan, memasak sambal, dan sayur.

### 4. TINDAKAN YANG DILAKUKAN BILA DALAM KEADAAN SAKIT

**Tabel 3.45** Persentasi tindakan ketika sakit

Yang dilakukan bila dalam keadaan sakit	n	%
Tetap melakukan aktivitas seperti biasa	47	22.4%
Tidak bekerja dan memilih beristirahat	43	20.5%
Berkonsultasi dengan dokter/tenaga kesehatan	49	23.3%
Segera berobat ke rumah sakit	50	23.8%

Menganggapnya sebagai sesuatu yang biasa dan akan hilang dengan sendirinya	16	7.6%
Lainnya, sebutkan	5	2.4%
Total	210	100%

Berdasarkan hasil survey yang dilakukan, 23,8% responden segeraberobat ke rumah sakit, dari hasil wawancara yang dilakukan kebanyakan responden mengaku berobat ke klinik namun karena tidak adanya pilihan berobat ke kinik, kami menganggap rumah sakit merupakan hal yang serupa walaupun berbeda, kebanyakan dari responden mengaku mereka merupakan peserta BPJS, jadi sangat disayangkan jika merasa sakit BPJS tersebut tidak digunakan, terlebih klinik yang mereka datangi, tidak jauh dari tempat tinggal mereka.

Sebagai makhluk sosial, manusia akan menampilkan perilaku tertentu, antara lain interaksi individu dengan lingkungan fisik maupun lingkungan sosialnya (Nugroho, 2017). Salah satu konsep perilaku kesehatan yang terkait dengan pencarian pengobatan (*health seeking behavior*), yakni perilaku seseorang mencari atau melakukan pengobatan untuk mengurangi gejala yang dirasakan saat sakit. Perilaku ini umumnya dimulai mengobati sendiri penyakitnya hingga mencari pengobatan ke fasilitas kesehatan modern maupun tradisional. (Ariyantietal.,2018)

# BAB IV

## ANALISIS STATUS KESEHATAN MASYARAKAT PESISIR

### A. SITUASI KEBIJAKAN KESEHATAN MASYARAKAT PESISIR

#### 1. KETERJANGKAUAN

##### a. Jarak Rumah Ke Pelayanan Kesehatan

Tabel 4.1 Persentase jarak dari rumah ke pelayan kesehatan

Jarak (KM)	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1	73	34.6
2	1	0.5
2	70	33.2
3	1	0.5
3	55	26.1
4	7	3.3
5	4	1.9
Total	211	100.0

Data diatas dapat kita ketahui bahwa jarak dari rumah ke pelayanan kesehatan menurut respon dari masyarakat menyatakan mengenai jarak ke pelayanan kesehatan di kelurahan Belawan. Dari rata-rata dapat di lihat jarak 1 km ke pelayanan kesehatan sebanyak 73 responden, jarak 2 km dari rumah ke pelayanan kesehatan sebanyak 70 responden, dari jarak 3 km dari rumah ke pelayanan kesehatan sebanyak 55 responden dan 4 km dari rumah ke pelayanan kesehatan sebanyak 7 responden dan jarak 5 km ke pelayanan kesehatan sebanyak 4 responden.

## b. Waktu Tempuh Ke Pelayanan Kesehatan

**Tabel 4.2** Persentasi waktu tempuh ke pelayanan kesehatan

Jarak (menit)	n	%
10	75	35.5
12	2	.9
15	25	11.8
15	1	.5
2	2	.9
2	1	.5
20	13	6.2
25	1	.5
3	4	1.9
30	1	.5
5	58	27.5
4	1	.5
6	1	.5
7	14	6.6
8	12	5.7
total	211	100.0

Dari data di atas merupakan hasil mengenai waktu jarak tempuh dari rumah ke pelayanan kesehatan di desa kelurahan belawan. Dari data di lihat jarak tempuh 2 menit ke pelayanan kesehatan sebanyak 2 responden, dari jarak tempuh 3-5 menit ke pelayanan kesehatan sebanyak 62 responden, dari jarak 6-10 menit sebanyak 102 responden dan dari jarak 12-15 menit sebanyak 27 responden menuju ke pelayanan kesehatan.

## c. Angkutan Ke Pelayanan Kesehatan

**Tabel 4.3** Persentasi Angkutan umum ke pelayanan kesehatan

	n	%
Tidak	49	23.2
Ya	162	76.8
Total	211	100.0

Dari data di atas dapat di lihat hasil dari data masyarakat mengenai angkutan umum dari desa ke pelayanan kesehatan di kelurahan belawan. Sebagian besar menjawab tidak ada angkutan umum dari desa ke pelayanan kesehatan tersebut. Sebanyak 162 responden menjawab bahwa tidak ada angkutan umum untuk menuju ke pelayanan kesehatan dan 49 responden menjawab bahwa ada angkutan umum untuk menuju kepelayanan kesehatan.

## 2. PILIHAN PENGOBATAN

### a. Keputusan Ke Pelayanan Kesehatan

**Tabel 4.4** Presentase keputusan pelayanan kesehatan

	n	%
Tidak	29	13,7
Ya	182	86,3
Total	211	100,0

Berdasarkan tabel di atas, jumlah responden jika sakit yang berobat kepelayanan kesehatan seperti puskesmas sebanyak 182 responden (86.3%). Sedangkan yang tidak berobat ke pelayanan kesehatan seperti puskesmas sebanyak 29 responden ( 13.7%). Dari data tersebut, dapat di hasilkan bahwa masyarakat lebih memilih berobat ke pelayanan kesehatan seperti ke puskesmas. Dan, masyarakat yang tidak berobat ke puskesmas dengan faktor hambatan yaitu tidak adanya kemdaraan menuju ke puskesmas dari rumah, jarak rumah yang jauh dari puskesmas dan lebih dekat ke klinik, pelayanan yang diberikan tidak lengkap, tidak adanya petugas yang cocok dengan masyarakat yang berobat.

## b. Jenis Pelayanan Kesehatan yang Dimanfaatkan

Tabel 4.5 Persentasi jenis pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan

Jenis	N	%
Pengobatan	41	19,4
Imunisasi	1	,5
Penimbangan bayi	4	1,9
Pemeriksaan gigi	157	74,4
Pemeriksaan kehamilan	4	1,9
Persalinan	4	1,9
Total	211	100,0

Berdasarkan tabel diatas jenis pelayanan kesehatan yang biasa dimanfaatkan paling banyak pertama adalah pengobatan sebanyak 157 responden (74.4%). Dan, yang paling banyak kedua adalah imunisasi sebanyak 41 responden (19.4%). Masyarakat banyak yang berobat di puskesmas dengan alasan gratis dan obat yang di berikan juga berkualitas. Selain itu juga sering mengadakan imunisasi gratis bagi masyarakat setempat. Masyarakat sering dan masih memanfaatkan pelayanan kesehatan seperti puskesmas dimana hasil dari kuesioner menunjukkan 189 responden (89,6%).

## c. Upaya Pengobatan Tradisional

Masyarakat kelurahan Belawan II sering memanfaatkan dan masih melakukan yang namanya pengobatan tradisional seperti, minum jamu, pijat, bekam dan lain sebagainya. Ini dikarenakan masih adanya kepercayaan dan tradisi turun temurun dari orang dulu, jika sakitnya tidak terlalu parah atau dianggap biasa maka yang dilakukan dahulu ialah pengobatan tradisional.

Banyak diantara masyarakat masih melakukan upaya pengobatan secara tradisional, walaupun dapat kita kethaui sekarang ini sudah banyak pengobatan yang dilakukan secara modern dan alat

alat kesehatan yang sudah sangat canggih. Pengobatan tradisional yang terbukti berhasil guna dan berdaya guna dibina, dibimbing dan dimanfaatkan untuk pelayanan kesehatan (DepKes., 1982: 42- 43). Menurut avonina (2006), pengetahuan tradisional adalah segala sesuatu yang terkait dengan bentuk – bentuk tradisional, baik suatu kegiatan atau pun hasil karya yang didasarkan pada kebudayaan. Kemampuan meracik tumbuhan/bahan berkhasiat obat dan jamu merupakan warisan turun temurun dan sudah mendarah daging di masyarakat.

Pada akhirnya masyarakat mempunyai banyak alternatif pengobatan yang dapat mereka pilih dan diputuskan untuk meningkatkan dan mengatasi masalah-masalah kesehatan. Terkait dengan perkembangan teknologi pengobatan modern, ternyata pengobatan tradisional semakin banyak peminatnya dan secara nyata dalam kasus-kasus penyakit tertentu justru lebih berhasil daripada cara-cara pengobatan modern.

### 3. PETUGAS KESEHATAN

#### a. Petugas Melakukan Penyuluhan

**Tabel 4.6** persentasi petugas melakukan penyuluhan kesehatan

	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Tidak	48	22,7
Ya	163	77,3
Total	211	100,0

Dari data diatas dapat kita ketahui bahwa respon dari masyarakat menyatakan petugas kesehatan pernah melakukan penyuluhan tentang kesehatan pada masyarakat di kelurahan Belawan. Penyuluhan kesehatan adalah kegiatan yang dilakukan untuk penambahan pengetahuan dankemampuan seseorang melalui tehnik praktik belajar atau instruksi dengan tujuan mengubah atau mempengaruhi perilaku manusia secara individu, kelompok maupun masyarakat untuk

dapat lebih mandiri dalam mencapai tujuan hidup sehat (Amanah, 2007). Penyuluhan kesehatan merupakan cara yang digunakan untuk menyampaikan informasi kesehatan, baik melalui metode tatap muka atau dengan menggunakan media massa sebagai sarana dalam penyampaian informasi. Penyuluhan kesehatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan ini mencakup individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

## b. Mudah Menemui Tenaga Kesehatan Di Puskesmas

**Tabel 4.7** Persentasi mudah menemui tenaga kesehatan

	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Tidak	43	20,4
Ya	168	79,6
Total	211	100,0

Untuk menemui seorang dokter, bidan atau perawat saat berkunjung ke puskesmas masyarakat menyampaikan bahwa merasa mudah untuk bertemu dengan seorang dokter, bidan atau perawat yang ingin mereka temui. Dengan begitu masyarakat yang ingin berkunjung ke puskesmas dapat ditangani langsung dan tak perlu untuk menunggu seorang dokter, bidan atau perawat yang akan menangani masyarakat tersebut.

## 4. BPJS

### a. Angka Kepesertaan BPJS

**Tabel 4.8** Persentasi kepesertaan BPJS

Nilai	Frekuensi	Persentase %
Ya	168	79.8
Tidak	43	20.2
<b>Total</b>	211	100.0

Berdasarkan data di atas, diketahui bahwa masyarakat lebih banyak yang menjadi peserta BPJS yaitu sebanyak 168 responden (79.8 %), sementara yang tidak menjadi peserta BPJS sebanyak 43 responden (20.2 %).

## b. Lama Mengantri BPJS

**Tabel 4.9** Persentasi lama mengantri BPJS

Nilai	Frekuensi	Persentase %
Ya	150	79.4
Tidak	61	20.6
Total	211	100.0

Banyak di antara masyarakat peserta BPJS merasa bahwa harus menunggu lama ketika ingin berobat yaitu sebanyak 150 responden (79.4 %), sementara yang merasa tidak harus menunggu lama sebanyak 61 responden (20.6 %).

## c. Prosedur Perawatan Bagi Pasien

**Tabel 4.10** Persentasi prosedur perawatan bagi pasien

Perasaan	N	%
P (Puas)	157	73.9
TP ( Tidak Puas)	43	20.5
STP ( Sangat Puas)	11	5.7
Total	211	100.0

Prosedur pelayanan perawatan bagi pasien sudah diterapkan dengan sangat baik, melihat besarnya respon masyarakat yang menyatakan puas dengan pelayanan perawatan bagi pasien sebanyak 157 responden (73.9%). Menurut wulandari (2015) pasien baru akan merasa puas apabila kinerja layanan kesehatan yang diperolehnya sama atau melebihi harapan pasien dan begitu juga sebaliknya ketidakpuasan atau perasaan kecewa pasien akan muncul apabila kinerja layanan kesehatan yang diperolehnya itu tidak sesuai dengan yang diharapkannya.

#### d. Kualitas Obat BPJS

**Tabel 4.11** Persentasi kualitas obat BPJS

Keterangan	N	%
P (Puas)	157	56.7%
TP (Tidak Puas)	13	3.8%
SP (Sangat Puas)	41	21.9%
Total	211	100.0

Masyarakat di nilai puas dengan kualitas obat pengobatan untuk peserta BPJS, dimana peserta masyarakat yang menyatakan puas sebanyak 157 responden (56.7%). Sedangkan yang menyatakan tidak puas sebanyak 13 responden ( 3.8%). Maka dari itu Kualitas Obat di Puskesmas sangat baik bagi masyarakat Belawan II. Peserta BPJS untuk mendapatkan pelayanankesehatan dari BPJS Kesehatan di nilai mudah untuk didapat, hal tersebut dapat dilihat dari tingginya respon masyarakat yang menyatakan puas, yaitu sebanyak 157 responden (56.7%).

### 5. KUALITAS PELAYANAN

#### a. Angka Rujukan Rawat Jalan

**Tabel 4.12** Persentasi angka rawat jalan di puskesmas

	n	%
Tidak	131	62.1
Ya	80	37.9
Total	211	100.0

Berdasarkan Tabel diatas, 80 orang (37,9%) pernah melakukan rawatjalan dan 131 orang (62,1%) tidak pernah melakukan rawat jalan. Di era Jaminan Kesehatan sistem rujukan pelayanan kesehatan secara berjenjang sesuai dengan kebutuhan pengobatan. Pelayanan kesehatan secara berjenjang dimulai dari fasilitas kesehatan tingkat pertama ya diberikan oleh Puskesmas, klinik pertama serta Dokter Keluarga atau

disebut juga fasilitas kesehatan primer. Fasilitas kesehatan tingkat kedua pelayanan kesehatan spesialistik oleh dokter spesialis atau dokter gigi spesialis. Pelayanan kesehatan tingkat kedua hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Fasilitas kesehatan tingkat lanjutan Klinik utama setara, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga hanya dapat dibikin atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat kedua atau tingkat pertama, kecuali pada keadaan gawat darurat, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, pertimbangan geografis, dan pertimbangan ketersediaan fasilitas (Abdullah,2015).

### b. Kepuasan Rujukan Rawat Jalan

**Tabel 4.13** Persentasi kepuasan rawat jalan

Keterangan	N	%
Tidak pernah rawat jalan	44	20,9
P (Puas)	141	66,8
SP (Sangat Puas)	14	6,6
TP (Tidak Puas)	12	5,7
Total	211	100.0

Berdasarkan Tabel diatas, kepuasan mayarakat belawan II akan penerapan pelayanan rawat jalan menunjukkan 14 orang (6,6%) merasa sangat puas, 141 orang (66,8%) merasa puas,dan 12 orang (5,7%) merasa tidak puas.

### c. Mutu Pelayanan Puskesmas

**Tabel 4.14** Persentasi mutu pelayanan kesehatan

Perasaan	n	%
P (Puas)	176	83.4
TP (Tidak Puas)	14	6.6
SP (Sangat Puas)	21	10.0
Total	210	100.0

Berdasarkan tabel diatas, menunjukkan 21 responden (10,00%) merasa puas ngan mutu pelayanan puskesmas Belawan II, 176 responden(83,4%) diantaranya merasa puas dan 14 responden (6,6%) lainnya merasa tidak puas.

Mutu pelayanan kesehatan menjadi hal yang penting dalam organisasi pelayanan kesehatan, peningkatan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan pelayana kesehatan mendorong setiap rganasi pelayanan kesehatan. Mutu pelayanan dapat dikatagorikan menjadi tiga katagori yaitu struktur, proses danhasil. Upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan adalah langkah terpting untuk meningkatkan daya saing usaha Indonesia disektor keseatan. Perkembangan terakhir menunjukkan bahwa masyarakat pengguna pelayanan kesehatan semakin menuntut pelayanan yang bermutu. Menurut Kemenkes RI (2012) dalam Muninjaya (2012), mutu pelayanan kesehatan meliputi kinerja yang menunjukkan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, tidak saja yang dapat menimbulkan kepuasan bagi pasien sesuai dengan kepuasan rata-rata penduduk tapi juga sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telahditetapkan.

## **B. KESEHATAN LINGKUNGAN MASYARAKAT PESISIR**

Perilaku masyarakat dalam pengelolaan sampah di Kelurahan Belawan II Kecamatan Medan Belawan sangat kurang. Kurangnya perilaku masyarakatdalam pengelolaan sampah di Kelurahan Belawan II Kecamatan Medan Belawan meliputi 3R yaitu penerapan prinsip *reduce, reuse dan recycle*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa penerapan prinsip *reduce* di Kelurahan Belawan II Kecamatan Medan Belawan dengan penerapan prinsip *recude* baik sebesar 42,3%, penerapan prinsip *reuse* baik sebesar 40,2% dan penerapan prinsip *recycle* baik sebesar 43,3%. Pemerintahan Kelurahan Belawan II Kecamatan Medan Belawan perlu lebih gencar melaksanakan sosialisasi kebersihan dan memasyarakatkan penerapan prinsip 3R sehingga diharapkan kesadaran masyarakat dalam pengelolaan sampah dapat meningkat dan bagi masyarakat Kelurahan Belawan II KecamatanMedan Belawan agar meningkatkan penerapan 3R yang baik dan benar sehingga mengurangi timbulnya sampah yang

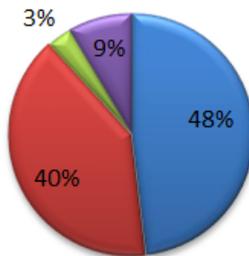
berarti dan peningkatan kualitas lingkungan.

Masyarakat Kelurahan Belawan II kesehariannya dalam menguras bak mandi, lebih banyak masyarakat yang sering menguras bak mandinya seminggu kurang lebih 1 kali. Dikatakan oleh masyarakat di kelurahan Belawan II bahwa air yang ditampung di rumah jika tidak dikuras seminggu sekali akan banyak endapan yang ada di bawah bak, jadi harus di kuras seminggu sekali dan juga karena air yang dipakai juga untuk memasak dirumah air harus di saring dan didiamkan terlebih dahulu agar airnya benarbenar bersih.

## 1. FREKUENSI MENGURAS BAK MANDI

**Gambar 4.1** Frekuensi menguras bak mandi masyarakat pesisir

■ 1 kali ■ > 1 kali ■ tidak pernah ■ tidak berlaku

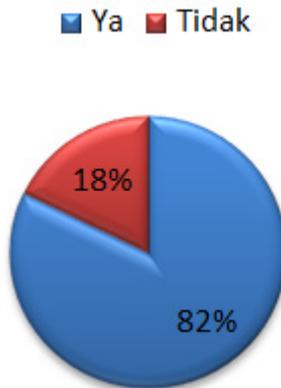


Dari hasil diagram diatas bahwa frekuensi responden dari 211 responden yang menguras bak mandi dalam satu minggu yaitu lebih dari satu kali sebanyak 40,2% responden. Jadi pada tabel diatas memperlihatkan bahwadi Kelurahan Belawan II sudah bisa dikatakan mempunyai kebiasaan hidup yang baik, dengan menguras bak mandi sekali dampai lebih dari sekali dalamseminggu.

## 2. PENGOLAHAN AIR MINUM

Air adalah sumber kebutuhan manusia. Air dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan sesuai dengan jumlah penduduk yang akan dilayani.

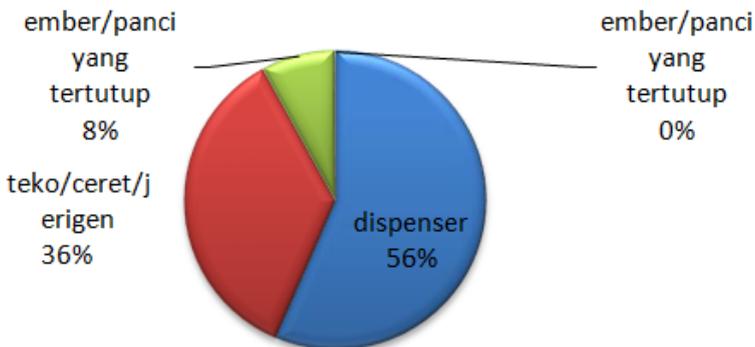
**Gambar 4.2** Persentasi pengolahan air minum masyarakat pesisir



Berdasarkan diagram diatas, bahwa masyarakat Kelurahan Belawan II, banyak yang melakukan pengolahan air minum sebelum di konsumsi. Bisa dilihat dari diagram di atas, sebanyak 82,2% masyarakat memberikan jawaban “ya”. Dan dari diagram diatas didapat rata-rata masyarakat disana mengolah air terlebih dahulu dengan memasaknya.

### a. Sarana Penyimpanan Air Minum

**Gambar 25** Persenatasi penyimpanan air minum masyarakat pesisir

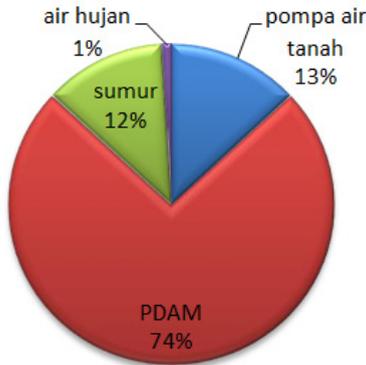


Berdasarkan diagram diatas, masyarakat banyak yang menggunakan dispenser dengan presentase 56,5% responden. Sedangkan yang paling banyak kedua adalah menggunakan ember/ceret/ jerigen dengan presentase sebanyak 35.5% responden. Dan paling banyak

ketiga adalah menggunakan ember/panci yang tertutup sebanyak 7,9% responden. Hal itu dikarenakan seringnya banjir di daerah Kelurahan Belawan II, dikhawatirkan jika tidak memakai tempat yang tertutup dan rapat akan mengakibatkan masuknya air banjir ke dalam penyimpanan air minum. Selain itu mudahnya di bawa ke mana saja jika menggunakan tempat seperti dispenser, ember ataupun jerigen.

**b. Sumber Air Minum**

**Gambar 4.3** Persentasi sumber air minum masyarakat pesisir



Pada tabel diatas, dapat dilihat masyarakat kelurahan belawan II lebih memilih menggunakan air PDAM dikarenakan seringnya banjir pasang dari laut belawan mengakibatkan tercampurnya air selokan dengan air sumur. Dan ada pula masyarakat yang menggunakan air sumur dan air PDAM sekaligus. Jika tidak banjir mereka menggunakan air sumur, tetapi jika pada saat banjir mereka menggunakan air PDAM untuk kebutuhan sehari-hari.

**C. STATUS GIZI MASYARAKAT PESISIR**

**1. FREKUENSI MENIMBANG BERAT BADAN ANAK**

**Tabel 4.15** Penimbangan berat badan anak

	n	%
Mungkin	4	1.9
Tidak	64	30.3

Ya	143	67.8
Total	211	100.0

Dari data diatas bahwa dapat diketahui masyarakat yang ada di belawan terkhusus ibu-ibu yang pernah datang keposyandu untuk menimbang berat badan anaknya. Banyak diantara mereka yang datang untuk menimbang berat badan anaknya,tetapi ada beberapa juga yang tidak pernah menimbang. Dapat kita ketahui bahwa tiap anak memiliki laju pertumbuhan yang berbeda-beda. Ada anak yang mungkin memiliki pertumbuhan cepat dan ada juga yang lebih lambat. Dari penjelasan ini kita bisa mengetahui bahwa para ibu harus selalu datang keposyandu untuk menimbang berat badan anaknya. Agar mengetahui laju pertumbuhan pada si anak tersebut.

Berat badan seorang anak dilihat dari data kuesioner dimulai dari berat badan 20 kg lebih banyak. Berat badan anak tersebut sesuai dengan usia mereka sekarang. Banyak faktor yang memengaruhi pertumbuhan anak sehingga pertumbuhan anak pasti berbeda-beda. Beberapa faktor yang memengaruhi pertumbuhan berat dan tinggi badan anak hingga ideal yaitu faktor nutrisi (kebiasaan makan), penyakit, hormon, dan keturunan dari orangtuanya.

Seorang ibu banyak yang memberi makan anak dengan bervariasi seperti ikana dan sayur karna menurut mereka ikan dan sayur itu sangat penting bagi pertumbuhan anaknya, maka seorang ibu harus memberikan makanan yang sehat dan bergizi untuk anaknya. Tetapi ada beberapa yang tidak mengetahui pentingnya asupan gizi yang harus diberikan kepada seorang anak untuk tumbuh dan kembangnya seorang anak. Baginya makan nasi dan beberapa lauk saja sudah cukup untuk lebih hemat dan juga dikarenakan kondisi ekonomi yang kurang stabil.

## 2. MENGUKUR TINGGI BADAN ANAK

**Tabel 4.16** Presentasi pengukuran tinggi badan anak

	n	%
Semakin bertambah	163	77,3
Tetap	48	22,7
Total	211	100,0

Riwayat stunting atau disebut dengan kerdil. Dari data diatas bahwa masyarakat yang ada dibelawan lebih banyak yang tidak mempunyai riwayat stunting, karna mereka juga memberi vitamin untuk tumbuh tinggi anaknya. Dan ada beberapa juga yang mempunyai riwayat stunting karna merupakan keturunan yang telah diwariskan. Pertumbuhan anak tidak hanya dilihat dari berat badan, tetapi juga tinggi. Palsalnya, tinggi badan anak termasuk faktor yang menandai stunting dan menjadi penanda apakah nutrisi anak sudah tercukupi atau belum.

Dari data diatas dapat disimpulkan bahwa banyak seorang anak yang tinggi badannya semakin bertambah dengan begitu, anak-anak yang ada dibelawan pertumbuhannya baik dalam hal mengukur tinggi badan pada setiap anak. Dengan semakin bertambahnya tinggi badan seorang anak maka pertumbuhan badannya semakin baik. faktor di masa lalu seperti kebutuhan gizi bayi, gizi pada balita, berat lahir, dan panjang lahir juga memengaruhi status gizi anak saat ini, terutama tinggi badannya. Ini karena untuk mencapai tinggi badan ideal anak dipengaruhi oleh asupan zat gizi beberapa tahun sebelumnya. Sementara itu, berat badan lebih bersifat dinamis atau bisa berubah-ubah dalam jangka waktu yang singkat.

Untuk tinggi badan 100 cm lebih banyak pada anak-anak. ada usia 6 tahun, anak seharusnya telah memiliki berat badan ideal pada kisaran 20 kg dengan tinggi 115 cm. Sebaiknya, Anda selalu memonitor perkembangan tinggi dan berat badan anak dengan tujuan agar bisa mengetahui apakah anak Anda sudah miliki berat dan tinggi badan anak seusianya. Agar laju pertumbuhan anak tetap stabil, usahakan Anda memberikan asupan gizi yang baik serta ajak anak untuk rajin berolahraga.

## **D. PERILAKU KESEHATAN MASYARAKAT PESISIR**

### **1. PEMBERIAN ASI PADA BAYI**

Peran faktor sosial budaya terhadap kesehatan masyarakat dalam membentuk, mengatur dan mempengaruhi tindakan atau kegiatan individu- individu suatu kelompok sosial untuk memenuhi berbagai kebutuhan kesehatan. Demikian juga dalam pemberian ASI Eksklusif kepada bayi yang dianjurkan sampai umur 6 bulan (Sudarno,2002).

Masyarakat Indonesia yang majemuk terdiri dari berbagai suku atau puak, dan memiliki sosial budaya yang beraneka ragam, hal ini berpengaruh besar terhadap pola perilaku masyarakatnya. Perilaku yang dilator belakangi sosial budaya tersebut ada yang positif ada pula yang negatif dipandang dari sudiut kesehatan, yang negatif tersebut merugikan program pembangunan kesehatan masyarakat yang bertujuan untuk meningkatkan intelektualitas dan produktifitas sumber daya manusia adalah perbaikan gizi masyarakat yang memiliki daya ungkit yang cukup berarti untuk generasi mendatang yang dimulai sejak dini adalah pemberian Air Susu Ibu (ASIO Eksklusif terhadap bayi usia 0-6 bulan. ASI Eksklusif adalah air susu ibu yang diberikan kepada bayi sejak lahir sampai berumur 6 bulan tanpa diberikan makanan lain. ASI ini memiliki berbagai keunggulan dan manfaat seperti: aspek gizi, aspek immunologic, aspek psikologis, aspek kecerdasan, aspek neurologis, ekonomis dan aspek penundaan kehamilan (Danuatmaja,2003).

Untuk pemberian ASI, para ibu memberi asi kepada bayi selama 6 bulan full karena mereka tahu bahwa ASI itu sangat penting untuk bayi mereka. Diantara mereka juga masih ada yang tidak memberikan asi kepada bayinya karena seorang ibu tersebut harus bekerja mencari uang. Asi digantikan dengan susu formula. Ada juga beberapa dari ibu menyusui, asinya tidak full keluar untuk si bayi maka dari itu harus diganti dengan susu formula.Manfaat asi eksklusif ini sangatlah penting sampai pemberian umur 6 bulan. Banyak ibu-ibu yang memberi asi nya sampai 6 bulan lebih. Itu artinya seorang ibu sangat memperhatikan tumbuh kembang bayinya dengan melakukan pemberian asi eksklusif. ASI eksklusif menurut World Health Organization (WHO, 2011)

adalah memberikan hanya ASI saja tanpa memberikan makanan dan minuman lain kepada bayi sejak lahir sampai berumur 6 bulan, kecuali obat dan vitamin. Namun bukan berarti setelah pemberian ASI eksklusif pemberian ASI eksklusif dihentikan, akan tetapi tetap diberikan kepada bayi sampai bayi berusia 2 tahun. ASI merupakan makanan pertama, utama, dan terbaik bagi bayi, bersifat ilmiah. ASI eksklusif adalah bayi hanya diberi ASI selama 6 bulan tanpa tambahan makanan cairan lain, seperti susu formula, jeruk, madu, air teh, dan air putih, serta tanpa tambahan makanan padat, seperti pisang, bubur susu, biskuit, bubur nasi, dan nasi tim, kecuali vitamin, mineral, dan obat (Prasetyono, 2009).

### a. Pengetahuan Ibu & Manfaat ASI Eksklusif

**Tabel 4.16** Presentase Pengetahuan Ibu & Manfaat Asi Eksklusif

	n	%
Tidak	21	10,0
Ya	190	90,0
Total	211	100,0

Berdasarkan Tabel diatas, dapat dilihat diantaranya proporsi ibu yang mengetahui manfaat ASI Eksklusif di Belawan II Kecamatan Medan Belawan 190 orang (90,0%) dan 21 orang (10,0%) diantaranya tidak mengetahui manfaat ASI Eksklusif. Dari sini dapat disimpulkan bahwa hampir rata sebenarnya para ibu mengetahui manfaat ASI Eksklusif.

ASI merupakan sumber gizi yang sangat ideal, berkomposisi seimbang, dan secara alami disesuaikan dengan kebutuhan masa pertumbuhan bayi. ASI adalah makanan bayi yang paling sempurna, baik kualitas maupun kuantitasnya. Dengan melaksanakan manajemen laktasi secara baik, ASI sebagai makanan tunggal akan mencukupi kebutuhan tumbuh bayi hingga usia 6 bulan, bayi harus mulai mendapatkan makanan padat, tetapi pemberian ASI dapat terus dilanjutkan sampai bayi berumur dua tahun.

## b. Pemberian ASI Kepada Bayi Selama 6 Bulan

**Tabel 4.17** Presentase pemberian ASI kepada bayi selama 6 bulan

	N	%
Tidak	28	13.3
Ya	183	86.7
Total	211	100.0

Berdasarkan Tabel 4.17 diatas, dapat dilihat 183 orang (86,7%) diantaranya ibu yang memberikan ASI selama 6 bulan dan 28 orang (13,3%) diantaranya tidak memberikan ASI pada bayi selama 6 bulan. Pemberian ASI Eksklusif ini dianjurkan untuk jangka waktu setidaknya selama 6 bulan, setelah bayi berumur 6 bulan ia harus mulai diperkenalkan dengan makanan padat, sedangkan ASI dapat diberikan bayi berusia 2 tahun. Para ahli menemukan bahwa manfaat asi sangat meningkat bila bayi hanya diberi ASI saja selama 6 bulan pertama kehidupannya. Peningkatan ini sesuai dengan lamanya pemberian ASI Eksklusif serta lamanya pemeberian ASI bersama-sama dengan makanan padat setelah bayi berumur 6 bulan. Begitu pula dengan perawatan payudara yang baik, ibu tidak perlu khawatir bentuk payudara akan berubah kurang menarik. Juga dengan perawatan payudara yang baik putting susu tidak lecet sewaktu dihisap bayi (Danuatmaja,2003).

Ibu harus memberikan ASI secara Eksklusif karena ASI mengandung zat antibodi yang aman dan tidak ditemukan dalam makanan lain sehingga mampu meningkatkan daya tahan tubuh dari tertularnya penyakit dan menumbuhkan sel-sel otak yang merangsang tingkat kecerdasan. Selain itu, memberikan ASI secara Eksklusif mampu menghemat pengeluaran anggaran pembelian susu formula yang saat ini harganya masih cukup mahal, mahalanya susu formula tersebut, diantaranya karena para produsen sekarang semakin berlomba untuk menjadikan produksinya mendekati dan menyamai khasiat ASI. Misalnya dengan penambahan unsur-unsur yang terdapat dalam ASI, seperti DHA yang menambah kecerdasan anak, dan lainnya (Roesli,2000).

### c. Kebiasaan Ibu Membuang Kolostrum

**Tabel 4.18** Presentase kebiasaan membuang ASI bening & tidak diberikan pada bayi

	N	%
Tidak	149	70.6
Ya	62	29.4
Total	211	100.0

Berdasarkan Tabel 4.18 diatas, proporsi kebiasaan ibu membuang air susu bening dan tidak diberikan pada bayi sebanyak 62 orang (29,4%) selanjutnya 149 orang (70,6%) diantaranya tidak membuang air susu bening dan tetap diberikan pada bayi. Tingkat pendidikan ibu yang rendah mengakibatkan kurangnya pengetahuan ibu dalam menghadapi masalah, terutama dalam pemberian ASI. Pengetahuan ini diperoleh baik secara formal maupun informal. Sedangkan ibu-ibu yang mempunyai tingkat pendidikan yang lebih tinggi, umumnya terbuka menerima perubahan atau hal-hal guna pemeliharaan kesehatannya. Pendidikan juga akan membuat seseorang terdorong untuk ingin tahu mencari pengalaman sehingga informasi yang diterima akan menjadi pengetahuan.

## 2. PEMBERIAN M-PASI PADA ANAK

Menurut Depkes (2007), MP-ASI (Makanan Pedamping ASI) adalah makanan yang diberikan pada bayi yang telah berusia diatas 6 bulan karena ASI tidak lagi dapat memenuhi kebutuhan bayi. Kebiasaan pemberian MP- ASI dini memiliki kontribusi terhadap banyak masalah anak di kemudian hari seperti alergi, malnutrisi serta masalah *gastrointestinal*. Pada bulan-bulan pertama kehidupan sistem saluran cerna bayi belum berkembang sempurna sehingga pemberian makanan pedamping ASI yang terlalu dini dapat menimbulkan berbagai masalah kesehatan. Karena itu perlu diketahui faktor- faktor yang mempengaruhi kebiasaan pemberian MP-ASI dini (Riksani, 2012).

Sebelum mengenalkan MP-ASI, bayi terbiasa dengan pola menyusu yang teratur tanpa henti. Terkadang akan sangat menggagunya, jika

ia harus berhenti di sela-sela acara makanannya sekarang. Untuk itu, berikanlah anak sedikit ASI/ Susu formula, sebelum memberikan MP-ASI. Di hari-hari pertama pemberian MP-ASI, bayi biasanya hanya memerlukan sedikit maknan padat. Misalnya, 2-3 sendok kecil penuh. Dimulai dari 1 kali pemberian MP-ASI per hari, misalkan makan siang. Kemudian dapat ditingkatkan menjadi 3 kali sehari (Makan Pagi, Siang, dan Malam).

Proporsi jenis MP-ASI pertama yang diberikan oleh ibu diantaranya MP-ASI Lokal dengan 111 Orang (52,6%), MP-ASI Gabungan 92 orang (23,6%) dan MP-ASI Pabrikan 8 orang (3,8%). Pemberian MP-ASI yang cukup kualitas dan kuantitasnya penting untuk pertumbuhan fisik dan perkembangan kecerdasan anak yang sangat pesat, tetapi sangat diperlukan hygienitas dalam pemberian MP-ASI tersebut. Sanitasi dan hyangienitas MP- ASI yang rendah memungkinkan terjadinya kontaminasi mikroba yang dapat meningkatkan risiko atau infeksi lain pada bayi. Selama kurun waktu 4-6 bulan pertama ASI masih mampu memberikan kebutuhan gizi bayi, setelah 6 bulan produksi ASI menurun sehingga kebutuhan gizi bayi tidak lagi terpenuhi dari ASI saja. Oleh sebab itu, peranan makanan tambahan menjadi sangat penting untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi tersebut. (Winarno, 1987, DalamMufida, ddk, 2015).

**Tabel 4.19** Presentasi pemberian M-PASI

	n	%
MP-ASI gabungan (lokal dan pabrikan )	92	43,6
MP-ASI Lokal	111	52,6
MP-ASI Pabrikan	8	3,8
Total	211	100,0

Banyaknya seorang ibu yang memberi MP-Asi untuk pertama kali dengan memberi MP-Asi lokal. terbuat dari bahan makanan yang tersedia setempat, mudah diperoleh dengan harga terjangkau oleh masyarakat, dan memerlukan pengolahan sebelum dikonsumsi sasaran. Mengingat pentingnya aspek sosial budaya dan aspek

pemberdayaan masyarakat dalam kegiatan pemberian MP-ASI maka MP-ASI yang akan diberikan pada tahun 2006 yaitu MP-ASI lokal atau disebut juga "MP-ASI dapur ibu". Pemberian MP-ASI lokal memiliki beberapa dampak positif, antara lain; ibu lebih memahami dan lebih terampil dalam membuat MP-ASI dari bahan pangan lokal sesuai dengan kebiasaan dan sosial budaya setempat, sehingga ibu dapat melanjutkan pemberian MP-ASI lokal secara mandiri; meningkatkan partisipasi dan pemberdayaan masyarakat serta memperkuat kelembagaan seperti PKK dan Posyandu; memiliki potensi meningkatkan pendapatan masyarakat melalui penjualan hasil pertanian; dan sebagai sarana dalam pendidikan atau penyuluhan gizi.

## **E. EPIDEMIOLOGI PENYAKIT MASYARAKAT PESISIR**

### **1. HIPERTENSI**

Hipertensi merupakan tekanan darah tinggi yang bersifat abnormal dan diukur paling tidak pada tiga kesempatan yang berbeda. Seseorang dianggap mengalami hipertensi apabila tekanan darahnya lebih tinggi dari 140/90 mmHg (Elizabeth dalam Ardiansyah M., 2012). Menurut Price (dalam Nurarif A.H., & Kusuma H. (2016), Hipertensi adalah sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolik sedikitnya 90 mmHg. Hipertensi tidak hanya beresiko tinggi menderita penyakit jantung, tetapi juga menderita penyakit lain seperti penyakit saraf, ginjal, dan pembuluh darah dan makin tinggi tekanan darah, makin besar resikonya.

Sedangkan menurut Hananta I.P.Y., & Freitag H. (2011), Hipertensi adalah suatu peningkatan abnormal tekanan darah dalam pembuluh darah arteri secara terus-menerus lebih dari suatu periode. Hipertensi dipengaruhi oleh faktor risiko ganda, baik yang bersifat endogen seperti usia, jenis kelamin dan genetik/keturunan, maupun yang bersifat eksogen seperti obesitas, konsumsi garam, rokok dan kopi. Menurut American Heart Association atau AHA dalam Kemenkes (2018), hipertensi merupakan silent killer dimana gejalanya sangat bermacam-macam pada setiap individu dan hampir sama dengan penyakit lain. Gejala-gejala tersebut adalah sakit kepala atau rasa berat ditengkuh.

Vertigo, jantung berdebar-debar, mudah lelah, penglihatan kabur, telinga berdenging atau tinnitus dan mimisan.

### a. Keluarga yang Memiliki Riwayat Hipertensi

**Tabel 4.20** Ada atau tidaknya keluarga yang memiliki riwayat hipertensi

	n	%
Tidak	151	71,6
Ya	60	28,4
Total	211	100,0

Dari data diatas dapat di lihat bahwa yang menderita hipertensi di dalam anggota keluarga itu sedikit di di daerah kelurahan belawan tersebut yang hanya berjumlah 60 orang dan yang tidak menderita hipertensi di daerahkelurahan belawan ini berjumlah 151 orang.

### b. Takaran Garam yang Di Konsumsi /Hari

**Tabel 4.21** Takar garam yang di konsumsi/hari

	n	%
Tidak pakai	3	1.4
½ sendok teh	10	4,7
1 sendok teh	113	53,6
2 sendok teh	65	30,8
3 sendok teh	17	8.1
4 sendok teh	2	.9
5 sendok teh	1	.5
Total	211	100.0

Dari data di atas dapat di lihat mengenai berapa banyak takaran mengkonsumsi garam dalam satu hari di kelurahan Belawan II tersebut.

Rata-rata di dalam data paling banyak yang mengkonsumsi garam dalam satu hari dalam takaran sendok teh adalah 65 orang dengan takaran 2 sendok teh, 1/2 sendok teh dengan 10 orang, 1 sendok teh dengan 113 orang, 3 sendok teh dengan 17 orang dan 5 sendok teh dengan 1 orang.

Berdasarkan rekomendasi nutrisi dari Health Canada, tubuh hanya membutuhkan 115 miligram sodium per hari untuk hidup sehat. Sebagai perbandingannya, 1 sendok teh garam mengandung 2.000 miligram sodium. WHO (*World Health Organization*) menganjurkan untuk membatasi konsumsi sodium 2.400mg atau sekitar 1 sendok teh garam per hari. Kemungkinan kekurangan garam untuk kita yang tinggal di Indonesia sangat kecil karena sebagian besar makanan yang ada negara kita tinggi kandungan sodiumnya. WHO juga merekomendasikan mengurangi asupan natrium untuk upaya menurunkan tekanan darah dan risiko penyakit kardiovaskular, stroke dan penyakit jantung koroner pada orang dewasa.

(Halaman ini sengaja dikosongkan)



# BAB V

## KESIMPULAN DAN SARAN

### A. Kesimpulan

Keberhasilan program kesehatan dipengaruhi oleh banyak hal. Menurut teori H.L.Blum kesehatan dipengaruhi oleh empat faktor: faktor perilaku (lifestyle), faktor lingkungan (sosial, ekonomi, politik, budaya) , faktor pelayanankesehatan, dan faktor genetik. Penelitian ini dilakukan pada masyarakat urban, sub urban dan pesisir dikarenakan saat ini laju pertumbuhan berbeda-beda sehingga menimbulkan permasalahan kesehatan bereda-beda. Dengan demikian penanganan kesehatannya pun harus dilakukan dengan pendekatan yang berbeda juga sesuai dengan permasalahan masing-masing. Berikut gambaran permasalahan yang dapat disimpulkan dari masing-masing wilayah:

#### Wilayah Urban

1. Akses dan keterjangkauan ke pelayanan kesehatan sangat bagus. Ditemukan 38% tidak ke pelayanan kesehatan ketika sakit. Pelayanan petugas sudah memadai. Namun ditemukan, angka belum menjadi kepesertaan bpjs 17%. Masyarakat sudah puas dengan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan dan BPJS.
2. 19% ditemukan tidak mengolah air minum. Kondisi air minum sudahbaik dan 88.6% bersumber dari PDAM namun untuk pompa

air tanah 35.7% dalam keadaan kurang baik. Masih ditemukan 4% yang tidak menggunakan jamban.

3. Pada permasalahan gizi, banyak ditemukan masalah. Ditemukan 37% anak tidak bertambah tinggi selama 3 bulan terakhir. 28% yang tidak membawa anak ke posyandu. 13% ibu hamil tidak mengonsumsi vit A. ditemukan perilaku pemberian MP-ASI 3 kali sehari tanpa buah sebanyak 35.7%. Ditemukan 34% anak dibawah 2 tahun berhenti diberikan ASI. 78% anak dibawah 7 bulan sudah diberikan MP-ASI.
4. Angka perokok remaja sebesar 65.7% dan remaja perokok rata-rata sudah merokok selama 1-2 tahun. Angka hipertensi mencapai 40.8% pada anggota keluarga yaitu ayah.

### **Wilayah Sub Urban**

1. Akses dan keterjangkauan ke pelayanan kesehatan sangat bagus. Pelayanan petugas sudah memadai. Namun ditemukan, angka belum menjadi kepesertaan BPJS 15.7%. Masyarakat sudah puas dengan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan dan BPJS. Namun 62.9% merasa lama mengantri untuk pasien BPJS
2. 19.5% ditemukan tidak mengolah air minum. Kondisi air minum sudah baik namun bersumber PAM lebih sedikit dari urban, yaitu 59%, untuk sumur 23.8%. Masih ditemukan 4.3% masyarakat yang BAB disungai.
3. Pada permasalahan gizi, tidak terlalu banyak ditemukan masalah dibandingkan urban. Namun ada beberapa yang harus diperhatikan. 29.5% tidak melakukan pengukuran tinggi anak. 29.5% anak tidak mengalami penambahan tinggi badan. ditemukan perilaku pemberian MP-ASI 3 kali sehari tanpa buah sebanyak 32.9%.
4. Anggota keluarga yang mengalami hipertensi sebanyak 33.3%. angka konsumsi garam lebih dari 1 sendok sebanyak 26.7%

## Wilayah Pesisir

1. Akses dan keterjangkauan ke pelayanan kesehatan bagus. Namun jaraknya agak sedikit jauh dibandingkan urban dan sub urban yaitu rata-rata 2-3 KM dibandingkan urban sub urban yang hanya beberapa meter. Kemudian 23.2% tidak ada angkutan ke pelayanan umum, dibandingkan urban dan sub-urban yang 100% ada angkutan umum. Rata-rata masyarakat tidak ke puskesmas dikarenakan jarak dan tidak ada transportasi umum. Ditemukan, angka belum menjadi kepesertaan bpjs 20.2%, angka ini lebih banyak dibandingkan urban dan sub urban. 79.4% Masyarakat merasa lama mengantri dipelayanan BPJS.
2. Pengolahan sampah masih kurang, Penerapan prinsip *recude* baik hanya 42,3%, penerapan prinsip *reuse* baik hanya 40,2%, dan penerapan prinsip *recycle* baik sebesar 43,3%.
3. 18% ditemukan tidak mengolah air minum. Kondisi air minum sudah baik dan 74% bersumber dari PDAM, 13% pompa air tanah.
4. Pada permasalahan gizi, ditemukan 30,3% tidak menimbang anak. 22.7% anak-anak tidak bertambah tinggi selama 3 bulan terakhir. 13.3% tidak memberikan Asi eksklusif selama 6 bulan. 29.4% ibu membuang kolostrum.
5. Anggota keluarga yang mengalami hipertensi sebanyak 28.4%. angka konsumsi garam lebih dari 1 sendok teh menyentuh diatas 40%

## B. Saran

Saran kami kepada peneliti selanjutnya agar dapat mengembangkan instrumen penelitian lebih mendalam untuk mendapatkan derajat kesehatan masyarakat yang lebih utuh. Saran untuk stakeholder kesehatan, untuk mengerahkan lebih banyak sumber daya dalam menangani masalah kesehatan yang menjadi temuan terbanyak dalam penelitian ini. Masalah prioritas yang ditemukan pada daerah urban adalah perokok remaja, sub urban pada masalah gizi, daerah pesisir adalah sanitasi lingkungan.

(Halaman ini sengaja dikosongkan)



## DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, N. H., Barinda, S., & Hidayat, T. S. (2018). Perilaku Merokok Remaja Laki-laki Siswa SMP Swasta di Depok Smoking Behavior among Male Adolescent on Private Junior High Schools in Depok. *Arkesmas*, 3(2), 83–94.
- Fitriani, Y., Firdawati, F., & Lubis, G. (2020). Hubungan Pemberian JenisMakanan Pendamping ASI dengan Perkembangan Bayi Umur 9-12 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Begalung Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 8(4), 238–246. <https://doi.org/10.25077/jka.v8i4.1146>
- Hidayat, R. (2018). Mengkaji Kesehatan Masyarakat Daerah “Urban” Jika Dilihat Dari Konteks Pemuda. *JURNAL Al-AZHAR INDONESIA SERI HUMANIORA*, 4(4), 230. <https://doi.org/10.36722/sh.v4i4.300>
- Juni, N. O., Indeks, T., Saham, H., Ihsg, G., Bursa, D. I., Periode, I., & Satu, T. (2021). *JURNAL ILMIAH M-PROGRESS*. 11(2), 145–155.
- Kemendes RI. (2014). Infodatin-Asi. In *Millennium Challenge Account - Indonesia* (pp. 1–2).
- Kemendes RI. (2017). GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat). *Warta Kesmas*, 1(1), 27 halaman. <http://www.kesmas.kemkes>.

go.id/assets/upload/dir\_519d41d8cd98f00/files/Warta-Kesmas-Edisi-01-2017\_752.pdf

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). Laporan Kinerja Kementerian Kesehatan Tahun 2020. *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2021*, 1–224.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, ITAGI, WHO, & UNICEF. (2020). Survei Penerimaan Vaksin COVID-19 di Indonesia. *Satuan Gugus Tugas Penanganan COVID-19, November*, 1–26.
- Lestiarini, S., & Sulistyorini, Y. (2020). Perilaku Ibu pada Pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI) di Kelurahan Pegirian. *Jurnal PROMKES*, 8(1), 1. <https://doi.org/10.20473/jpk.v8.i1.2020.1-11>
- Lokas, G. F., Moleong, M., & Jilly, T. (2021). *Kalangan Remaja Desa Simbel Kecamatan Kakas Barat Kabupaten Minahasa* ". 02(02).
- Mirnawati, Nurfitriani, Zulfirani, F. M., & Cahyati, W. H. (2018). Perilaku Merokok pada Remaja Umur 13-14 Tahun. *Higeia J Public Heal Res Dev*, 2(3), 396–405.
- Mufdillah, Subijanto, Sutisna, E. &, & Akhyar, M. (2017). Pedoman Pemberdayaan Ibu Menyusui pada Program ASI Eksklusif. *Peduli ASIEkslusif*, 0–38.
- Organization, W. H. (2009). Infant and Young Child Feeding. *Geneva: World Health Organization.*, 24(1). [https://doi.org/10.1659/0276-4741\(2004\)024\[0019:MDFR\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1659/0276-4741(2004)024[0019:MDFR]2.0.CO;2)
- Prasanti, D. (2017). The Portrait of Media Health Information For Urban Community in The Digital Era. *Jurnal IPTEK-KOM (Jurnal Ilmu Pengetahuan Dan Teknologi Komunikasi)*, 19(2), 149–162.
- Rachmat, M., Thaha, R. M., & Syafar, M. (2013). Perilaku Merokok Remaja Sekolah Menengah Pertama. *Kesmas: National Public Health Journal*, 7(11), 502. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v7i11.363>
- Rahmah, N. (2015). Pengaruh Rokok Terhadap Kesehatan dan Pembentukan Karakter Manusia. *Prosiding Seminar Nasional*, 01(1), 78.

- Tim Kerja Kementerian Dalam Negeri. (2013). Pedoman Umum Menghadapi Pandemi Covid-19 Bagi Pemerintah Daerah : Pencegahan, Pengendalian, Diagnosis dan Manajemen. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- UNICEF. (2021). Vaksin COVID-19 & KIPI. *Unicef*.
- Valianto, E. B. (2019). Analisis deraat kesehatan di kota malang. *Jurnal Pangripta*, 2(1), 239–252. <https://jurnalpangripta.malangkota.go.id/index.php/PANGRIPTA/artic le/view/43/24>
- Zurrahmi Z.R. (2020). *Hubungan Pengetahuan dan Sikap Ibu Tentang Kolostrum dengan Pemberian Kolostrum di Desa Kuok Wilayah Kerja Puskesmas Kuok Tahun 2019*. 4(1), 49–58.
- Ariyanti, F. T., Husain, F., & Luthfi, A. (2018). Mahasiswa, Obat-obatan dan Perilaku Kesehatan (Studi Perilaku Pengobatan Mandiri Mahasiswa Universitas Negeri Semarang dalam Mengonsumsi Obat). *Jurnal Studi Masyarakat Dan Pendidikan*, II(1), 18–26. <https://doi.org/10.29408/se.v2i1.990>
- Centre for Strategic and International Studies. (2021). Persepsi , Efektivitas , dan Kepatuhan Masyarakat dalam Penerapan Protokol Kesehatan COVID 19. *Laporan Survei CSIS Indonesia*, 5, 50.
- Della Puspita. (2020). *Partisipasi Organisasi Mahasiswa Dalam Penanggulangan Covid-19 Di Ponorogo (Studi Kasus Di Universitas Muhammadiyah Ponorogo, Iain Ponorogo Dan Akbid Harapan Mulya Ponorogo)*. 5.
- Febrianti, F., Wahyuni, R. S., & Dale, D. S. (2019). Pemeriksaan Pertumbuhan Tinggi Badan Dan Berat Badan Bayi Dan Balita. *CelebesAbdimas: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 1(1), 15–20.
- Fitriany, M., Farouk, H., & Taqwa, R. (2016). Perilaku Masyarakat dalam Pengelolaan Kesehatan Lingkungan (Studi di Desa Segiguk sebagai Salah Satu Desa Penyangga Kawasan Hutan Suaka Margasatwa

- Gunung Raya Ogan Komering Ulu Selatan). *Jurnal Penelitian Sains*, 18(1), 168118.
- Heryana, A., Mahadewi, E. P., & Ayuba, I. (2019). Kajian Antrian Pelayanan Pendaftaran Pasien BPJS di Rumah Sakit. *Gorontalo Journal of Public Health*, 2(1), 92. <https://doi.org/10.32662/gjph.v0i0.462>
- Hidayat, W. (2015). Studi Tentang Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Long Ikis Kecamatan Long Ikis Kabupaten Paser. *Jurnal Ilmu Pemerintahan*, 3(4), 1637–1651.
- Isnawan, F. (2021). Kesadaran dan Ketaatan HUKUM Masyarakat untuk Memakai Masker Selama Pandemi COVID-19. *Jurnal Bedah Hukum*, 5(1), 32–44.
- Jakarta, G. D. P. D. (2020). *Peraturan Daerah Provinsi DKI Jakarta Nomor2 Tahun 2020 Tentang Penanggulangan Coronavirus Disease 2019*. 6, 2–4.
- Kartika, M., Subakir, S., & Mirsiyanto, E. (2021). Faktor-Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Rawang Kota Sungai Penuh Tahun 2020. *Jurnal Kesmas Jambi*, 5(1), 1–9. <https://doi.org/10.22437/jkmj.v5i1.12396>
- Kemenag. (2021). *Ketentuan Kegiatan di Rumah Ibadah pada PPKM 10 -16 Agustus 2021*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, ITAGI, WHO, & UNICEF. (2020). Survei Penerimaan Vaksin COVID-19 di Indonesia. *Satuan Gugus Tugas Penanganan COVID-19, November*, 1–26.
- KEMKES. (2017). *AYO MAKAN SAYUR DAN BUAH SETIAP HARI*. <https://www.kemkes.go.id/article/print/17012600002/hari-gizi-nasional-2017-ayo-makan-sayur-dan-buah-setiap-hari.html>
- M, M. E., Kawengian, S. E. S., & Kapantow, N. H. (2015). Hubungan Antara Pengetahuan Ibu Tentang Gizi Dengan Status Gizi Anak Umur 1- 3 Tahun Di Desa Mopusi Kecamatan Lolayan Kabupaten Bolaang Mongondow Induk Sulawesi Utara. *Jurnal E-Biomedik*, 3(2). <https://doi.org/10.35790/ebm.3.2.2015.8548>

- Maulani, S. (2021). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Masyarakat tentang COVID-19 dengan Kesadaran Masyarakat dalam Menggunakan Masker* *The Relationship of Community Knowledge Levels on Covid-19 with Community Awareness in Mask Usage*. 9(1), 59–68.
- Mayssara A. Abo Hassanin Supervised, A. (2018). *Tingkatkan Imunitas Tubuh Secara Alami Selama Pandemi. Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 4(2), 1–7.
- Megatsari, H., Dwi Laksono, A., Akhsanu Ridlo, I., Yoto, M., Nur Azizah, A., Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, D., Airlangga, U., Kampus Mulyorejo Surabaya, S. C., Humaniora dan Manajemen Kesehatan - Balitbangkes -Kemenkes, P. R., Administrasi dan kebijakan Kesehatan, D., Kesehatan Provinsi Jawa Timur, D., & Jawa Timur, P. (2018).
- Perspektif Masyarakat Tentang Akses Pelayanan Kesehatan Community Perspective About Health Services Access. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 21(4), 247–253. [Http://Dx.doi.org/10.22435/Hsr.v2ii4.231](http://Dx.doi.org/10.22435/Hsr.v2ii4.231)
- Nasution, N. H., Hidayah, A., Sari, K. M., Cahyati, W., Khoiriyah, M., Hasibuan, R. P., Lubis, A. A., & Siregar, A. Y. (2021). *Gambaran Pengetahuan Masyarakat Tentang Pencegahan Covid-19 Kecamatan Padangsidempuan Batunadua, Kota Padangsidempuan. Jurnal Biomedika Dan Kesehatan*, 4(2), 47–49.
- Ngadi, N., Meliana, R., & Purba, Y. A. (2020). *Dampak Pandemi Covid-19 Terhadap Phk Dan Pendapatan Pekerja Di Indonesia (the Impact of Covid-19 on Worker Layoffs and Income in Indonesia)*. *Jurnal Kependudukan Indonesia*, 29(2), 43–48.
- NINGTYAS, V. (2017). *TINGKAT PENGETAHUAN IBU TENTANG PERTUMBUHAN BALITA DI RW 9 KELURAHAN BUMIJO WILAYAH KERJA PUSKESMAS JETIS KOTA YOGYAKARTA. SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN JENDRAL AHMAD YANI*.
- Norita, E. (2020). *Hubungan pengetahuan dan sikap dengan kepatuhan untuk menjaga jarak dan menggunakan masker pada masyarakat dikota barabai kabupaten hulu sungai tengah tahun 2020. Arsyad Al Banjari*, 010.
- Novita, S., & Elon, Y. (2021). *Stigma Masyarakat terhadap Penderita Covid- 19. Jurnal Kesehatan*, 12(1), 25. <https://doi.org/10.26630/jk.v12i1.2451>

- Pebriani, R. A. S. D. E. N. (2012). Faktor - Faktor Yang Berhubungan Dengan Penggunaan Jamban Keluarga Dan Kejadian Diare Di Desa Tualang Sembilar Kecamatan Babel Kabupaten Aceh Tenggara Tahun 2012. 39–37, 66,
- Perpres Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2021. (2021). *Perpres Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2021*. 2019(039471), 13 pages.
- Putri, L. D. A. (2021). Efektivitas Penerapan Sanksi Pelanggaran Protokol Kesehatan Covid-19 (Corona Virus Disease-19) Di Indonesia. *University of Pennsylvania Law Review*, 2(1), 1–68.
- Putro, B. D. (2018). Persepsi dan Perilaku Pengobatan Tradisional Sebagai Alternatif Upaya Mereduksi Penyakit Tidak Menular. *Sunari Penjor: Journal of Anthropology*, 2(2), 102–109. <https://ojs.unud.ac.id/index.php/penjor/article/view/46134>
- Rinaldo, Ridho ddk. 2020. *Implikasi Pengaturan Sistem Rujukan Berjenjang Terhadap Pelayanan Kesehatan Perorangan*. Semarang: FH Universitas Semarang
- Bramantoro, Taufan, *Pengantar Klasifikasi dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan; Penjelasan Praktis dari undang-undang dan peraturan menteri kesehatan* Surabaya: Pusat Penerbit dan Percetakan UNAIR, 2017.
- Bustani, M Neti, ddk. 2015. *Analisa Lama Waktu Tunggu Pelayanan Pasien Rawat Jalan di Balai Kesehatan Mata Masyarakat Provinsi Sulawesi Utara*, Jurnal E-Biomedik, Vol 03, No. 03 September-Desember 2015.
- Masri Singarimbun dan sofian Effendi. *Metode Penelitian Survei*. LP3ES. Jakarta, 1992.
- Imam Masturoh, Nauri Anggita T. *Bahan Ajar Rekam Medis dan Informasi Kesehatan: Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta. 2018.
- Perhimpunan Dokter Paru Indonesia. (2020). *Panduan Praktik Klinis: Pneumonia 2019-nCoV*. PDPI: Jakarta.
- Wang, Z., Qiang, W., Ke, H. (2020). *A Handbook of 2019-nCoV Pneumonia Control and Prevention*. Hubei Science and Technology Press. China.

- Salviano, Kevin Christian, A. R., & Pendidikan. (2021). Pengaruh Penggunaan Masker Saat Berolahraga Terhadap Saturasi Oksigen Dalam Darah. *Prestasi Olahraga*, 15–22.
- Sudirman. (2016). Perencanaan dan Evaluasi Kesehatan. *Universitas Muhammadiyah Purwokerto*, 1–55. <https://osf.io/pkm4y/download/?format=pdf>
- Sukirno, F. S., & Harianto, S. (2017). “Pergeseran gaya hidup masyarakat sub urban area di kota Mojokerto.” *Paradigma*, 5(1), 1–9. <https://jurnalmahasiswa.unesa.ac.id/index.php/paradigma/article/view/18102>
- Sulaeman, E. S. (2021). *Manajemen Kesehatan Teori dan Praktik Puskesmas*. pdf (Irwan (ed.)). Gajah Mada University Press.
- Suwardi, S. (2019). Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemberian Kolostrum Pada Bayi Baru Lahir Di Praktek Bidan Syamsiah Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2018. *Jurnal Ilmiah Kebidanan (Scientific Journal of Midwifery)*, 5(1), 1–8. <https://doi.org/10.33023/jikeb.v5i1.218>
- Symond, D. (2013). Penentuan Prioritas Masalah Kesehatan Dan Prioritas Jenis Intervensi Kegiatan Dalam Pelayanan Kesehatan Di Suatu Wilayah. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 7(2), 95–100. [Http://Download.portalgaruda.org/Article.php?Article=284214&Val=7056 &Title=Penentuan Prioritas Masalah Kesehatan Dan Prioritas Jenis Intervensi Kegiatan Dalam Pelayanan Kesehatan Di Suatu Wilayah](http://Download.portalgaruda.org/Article.php?Article=284214&Val=7056&Title=Penentuan%20Prioritas%20Masalah%20Kesehatan%20Dan%20Prioritas%20Jenis%20Intervensi%20Kegiatan%20Dalam%20Pelayanan%20Kesehatan%20Di%20Suatu%20Wilayah)
- Umiyati. (2021). *Rilis Survei Nasional Lembaga Survei Indonesia (Lsi) 18 Juli 2021*. 4(1), 6.
- Yanti, N. P. E. D., Nugraha, I. M. A. D. P., Wisnawa, G. A., Agustina, N. P. D., & Diantari, N. P. A. (2020). Public Knowledge About Covid-19 And Public Behavior During The Covid-19 Pandemic. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 8(4), 491. <https://doi.org/10.26714/ikj.8.4.2020.491-504>

(Halaman ini sengaja dikosongkan)



## BIOGRAFI PENULIS

**Zata Ismah, SKM. MKM**, lulus S1 di program kesehatan masyarakat peminatan epidemiologi, FKIK UIN Syarif Hidayatullah Jakarta pada tahun 2014. Beliau melanjutkan S2 di program kesehatan masyarakat Epidemiologi dan Biostatistik di FKM Universitas Sriwijaya kemudian lulus pada tahun 2017. Saat ini menjadi dosen tetap di FKM UIN Sumatera Utara dengan mata kuliah Epidemiologi. Pernah menjabat sebagai *Sekum Persatuan Santri Jadi Dokter Sumatera Selatan UIN JAKARTA* tahun 2011 – 2012, *Sekdep Pergerakan Anggota Muda Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Jakarta Raya* Tahun 2012 – 2013, *Sekretaris Umum Epidemiologi Student Association UIN Jakarta* tahun 2013 -2014. Beliau pendiri dan Pembina *HERSA (Health Researh Student Association)* FKM UIN Sumatera Utara tahun 2108 – sekarang. Prestasi yang diraih Anugerah Santri Jadi Dokter (SJD) UIN SH Jakarta beasiswa kemitraan putri daerah Gubernur Sumatera Selatan tahun 2010 – 2014, juara kedua *Public Health Photograph Asia Pasific Association Consortium Public Health Conference Bandung Indonesia* tahun 2014, *Young Research scolarship Award kasedward University Bangkok Thailand* tahun 2017, *Scholarship Research Presenter di Asia Pasific Conference Tobacco and Health Nusa Dua Bali* tahun 2018, *Terbaik 3 DIKLATSAR cados CPNS Balai Diklat Medan* tahun 2018, *scholarship Research Presenter Asia Future Conference 2020 Manila Philipana* tahun 2019.

**dr. Nofi Susanti, M. Kes** , penulis ke-2 yang merupakan sekretaris prodi di FKM UIN SUMUT periode 2020-2025. dr. Nofi Susanti lahir di Sungai.Pakning, 29 November 1983. Dengan latar belakang pendidikan perguruan tinggi S1 di FK UISU dan kemudian melanjutkan profesi dokter di kampus tersebut. Sementara S2 di selesaikan di Magister Kesehatan Masyarakat IDHDT. Sebelum menjadi dosen di FKM UIN SUMUT, dr. Nofi Susanti pernah menjadi Sekretaris Program Studi Farmasi STIKes Deli Husada Deli Tua Medan

**Wasiyem, M.Si** lahir di Kampung Dondong/27 Juli 1968, adalah dosen di fakultas kesehatan Masyarakat di UIN Sumatera Utara. Bertempat tinggal di tebing tinggi, Sumatera Utara.









# STATUS DERAJAT KESEHATAN MASYARAKAT

URBAN, SUB URBAN DAN  
PESISIR KOTA MEDAN

---

**K**elurahan Kampung Baru adalah sebuah kelurahan secara administratif dan merupakan bagian dari Kecamatan Medan Maimun Kota Medan. Kepadatan Penduduk yang cukup tinggi di daerah ini menimbulkan permasalahan sampah yang bila tidak dikelola dengan baik akan menjadi masalah yang sangat besar. Buku ini mencoba menganalisa status derajat kesehatan masyarakat Urban, Sub Urban, dan Pesisir Kota Medan berdasarkan teori H. L. Blum. Menurut teori derajat kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh empat faktor. empat faktor, yaitu faktor perilaku (*life style*), faktor lingkungan (sosial, ekonomi, politik, budaya), faktor pelayanan kesehatan, dan faktor genetik. Faktor-faktor tersebut memiliki keterikatan satu sama lain sehingga dapat mempengaruhi kesehatan perorangan dan mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Buku ini setidaknya dapat berkontribusi pada literasi khalayak publik dalam mengasah kepekaan, kepedulian dan bertindak dalam menjaga kesehatan diri serta kesehatan lingkungan.



**Penerbit Merdeka Kreasi**

Jl. Gagak Hitam, Komplek Bumi Seroja  
Permai Villa No 18, Medan Sunggal  
Email : Merdekakreasi2019@gmail.com

ISBN:978-623-6198-86-5

