

DINAS KESEHATAN KABUPATEN TANAH DATAR

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT berkat limpahan rahmat dan karuniaNya sehingga penyusunan Profil Kesehatan Kabupaten Tanah Datar Tahun 2017 dapat diselesaikan dengan baik.

Profil Kesehatan Kabupaten Tanah Datar tahun 2017 merupakan salah satu media publikasi data dan informasi yang berisisituasi dan kondisi kesehatan yang cukup komprehensif. Profil Kesehatan Kabupaten Tanah Datar Tahun 2017 ini disusun berdasarkan ketersediaan data, informasi dan indikator kesehatan yang bersumber dari unit teknis di lingkungan Dinas Kesehatan serta institusi terkait lainnya.

Dalam Profil Kesehatan Kabupaten Tanah Datar Tahun 2017 ini, pembaca dapat memperoleh data dan informasi mengenai Demografi, Sarana Kesehatan, Tenaga Kesehatan, Pembiayaan Kesehatan, Kesehatan Keluarga, serta Pengendalian Penyakit dan Kesehatan Lingkungan. Data dan informasi yang ditampilkan pada Profil Kesehatan Kabupaten Tanah Datar Tahun 2017 merupakan salah satu sarana yang dapat digunakan untuk monitoring dan evaluasi terhadap pencapaian hasil pembangunan kesehatan termasuk pencapaian standar pelayanan minimal (SPM) dibidang kesehatan. Dengan memahami Profil Kesehatan ini, kita akan dapat mengetahui seberapa jauh derajat kesehatan masyarakat yang diinginkan tercapai dan faktor – faktor yang berpengaruh terhadap pencapaian tersebut.

Terimakasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan Profil Kesehatan Kabupaten Tanah Datar tahun 2017 ini, kepada instansi dan unit kerja yang telah membantu dalam pengumpulan Data, begitu juga kepada semua narasumber lainnya. Semoga Profil Kesehatan Kabupaten Tanah Datar Tahun 2017 ini bermanfaat.

Profil Kesehatan ini masih jauh dari sempurna, untuk itu kritik dan saran dari semua pihak sangat di harapkan demi penyempurnaan penerbitan selanjutnya.

Batusangkar, 2019 KEPALA DINAS KESEHATAN KABUPATEN TANAH DATAR

Dr. Hj. YESRITA ZEDRIANIS

NIP. 19650906 199903 2 001

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR DAFTAR ISI DAFTAR TABEL					
			BAB I	GAMBARAN UMUM	
	2.1. LUAS WILAYAH	4			
	2.2. JUMLAH DESA	4			
	2.3. JUMLAH PENDUDUK MENURUT UMUR DAN				
	KELOMPOK UMUR	5			
	2.4. JUMLAH RUMAH TANGGA	6			
	2.5. KEPADATAN PENDUDUK /KM ²	7			
	2.6. RASIO BEBAN TANGGUNGAN	7			
	2.7 RASIO JENIS KELAMIN	8			
	2.8 PERSENTASE PENDUDUK BERUMUR 15 TAHUN				
	KE ATAS YANG MELEK HURUF	10			
`	2.9 PERSENTASE LAKI- LAKI DAN PEREPUAN YANG				
	BERUSIA 15 TAHUN KE ATAS MENURUT TNGKAT				
	PENDIDIKAN TERTINGGI YANG DITAMATKAN				
BAB II	SARANA KESEHATAN				
	2.1 SARANA KESEHATAN				
	2.2 AKSES DAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN				
	2.3 UPAYA KESEHATAN BERSUMBERDAYA MASYAR	AKAT			
BAB III	TENAGA KESEHATAN				
BAB IV	PEMBIAYAAN KESEHATAN				
	4.1 PESERTA JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN				
	4.2 DESA YAN MEMANFAATKAN DANA DESA UNTUK				
	KESEHATAN				
	4.3 PERSENTASE ANGGARAN KESEHATAN DALAM				
	APBD KABUPATEN /KOTA				

4.4 ANGGARAN KESEHATAN PERKAPITA

BAB V	KESEHATAN KELUARGA	
	5.1 KESEHATAN IBU	
	5.2 KESEHATAN ANAK	
	5.3 KESEHATAN USIA PRODUKTIF DAN USIA LANJUT	
BAB VI	PENGENDALIAN PENYAKIT	
	6.1. PENGENDALIAN PENYAKIT MENULAR LANGSUNG	39
	6.2. PENGENDALIAN PENYAKIT YANG DAPAT	
	DICEGAH DENGAN IMUNISASI	41
	6.3. PENULARANAN PENYAKIT TULAR VEKTOR	
	DAN ZOONOTIK	
	6.4 PENGENDALIAN PENYAKIT TIDAK MENULAR	41
BAB VII	KEADAAN LINGKUNGAN PENUTUP	42
LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

PENDUDUK, JUMLAH RUMAH

: LUAS WILAYAH, JUMLAH DESA/KELURAHAN, JUMLAH

TANGGA

DAN

TABEL 1

	KEPADATAN PENDUDUK MENURUT KECAMATAN	
TABEL 2	: JUMLAH PENDUDUK MENURUT JENIS KELAMIN DAN KELOMPOK UMUR	
TABEL 3	: PENDUDUK BERUMUR 15 TAHUN KE ATAS YANG MELEK HURUF DAN IJAZAH TERTINGGI YANG NIS KELAMIN	
TABEL 4	: JUMLAH SARANA KESEHATAN MENURUT KEPEMILIKAN	
TABEL 5	: JUMLAH KUNJUNGAN RAWAT JAALAN, RAWAT INAP, DAN KUNJUNGAN GAGGUAN JIWA DI SARANA PELAYANAN KESEHATAAN	
TABEL 6	: PERSENTASE FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN DENGAN KEMAMPUAN PELAYANAN GAWAT DARURAT (GADAR) LEVEL I	
TABEL 7	: ANGKA KEMATIAN PASIEN DI RUMAH SAKIT	
TABEL 8	: INDIKATOR KINERJA PELAYANAN DI RUMAH SAKIT	
TABEL 9	: PERSENTASE PUSKESMAS DENGAN KETERSEDIAAN OBAT DAN VAKSIN ESENSIAL	
TABEL 10	: JUMLAH POSYANDU DAN POSBINDU PTM* MENURUT KECAMATAN DAN PUSKESMAS	
TABEL 11	JUMLAH TENAGA MEDIS DI FASILITAS KESEHATAN	
TABEL 12	JUMLAH TENAGA KEERAWATAN DANA KEBIDANAN DI FASILITAS KESEHATAN	
TABEL 13	: JUMLAH TENAGA KESEHATAN MASYARAKAT, KESEHATAN LINGKUNGAN DAN GIZI DI FASILITAS KESEHATAN	
TABEL 14	: JUMLAH TENAGA TEKNIK BIOMEDIKA, KETERAPIAN FISIK, DAN KETEKNISAN MEDIK DI FASILITAS KESEHATAN	
TABEL 15	: JUMLAH TENAGA KEFARMASIAN DI FASILITAS KESEHATAN	

TABEL 16 : JUMLAH TENAGA PENUNJANG/PENDUKUNG KESEHATAN DI FASILITAS KESEHATAN TABEL 17 JAMINAN KESEHATAN PENDUDUK : CAKUPAN MENURUT JENIS JAMINAN TABEL 18 : PERSENTASE DESA YANG MEMANFAATAN DANA DESA UNTUK KESEHATAN MENURUT KECAMATAN DAN PUSKESMAS TABEL 19 : ANGGARAN KESEHATAN KABUPATEN/KOTA TABEL 20 : JUMLAH KELAHIRAN MENURUT JENIS KELAMIN, KECAMATAN DAN PUSKESMAS TABEL 21 : JUMLAH KEMATIAN IBU MENURUT KELOMPOK UMUR, KECAMATAN, DAN PUSKESMAS TABEL 22 : JUMLAH KEMATIAN IBU MENURUT PENYEBAB, KECAMATAN, DAN PUSKESMAS : CAKUPAN PELAYANAN KESEHATAN PADA IBU HAMIL, TABEL 23 IBU BERSALIN. DAN IBU NIFAS **MENURUT KECAMATAN DAN PUSKESMAS** TABEL 24 : CAKUPAN IMUNISASI Td PADA IBU HAMIL MENURUT **KECAMATAN DAN PUSKESMAS** TABEL 25 : PERSENTASE CAKUPAN IMUNISASI Td PADA WANITA USIA SUBUR YANG TIDAK HAMIL MENURUT KECAMATAN DAN PUSKESMAS : PERSENTASE CAKUPAN IMUNISASI Td PADA WANITA TABEL 26 USIA SUBUR (HAMIL DAN TIDAK HAMIL) MENURUT **KECAMATAN DAN PUSKESMAS** : JUMLAH IBU HAMIL YANG MENDAPATKAN TABLET TABEL 27 TAMBAH DARAH (TTD) MENURUT KECAMATAN DAN **PUSKESMAS** : PESERTA KB AKTIF MENURUT JENIS KONTRASEPSI, TABEL 28 **KECAMATAN DAN PUSKESMAS** TABEL 29 : CAKUPAN DAN PROPORSI PESERTA KB PASCA PERSALINAN MENURUT JENIS KONTRASEPSI, KECAMATAN, DAN PUSKESMAS TABEL 30 : JUMLAH DAN PERSENTASE PENANGANAN

KEBIDANAN

NEONATAL MENURUT JENIS KELAMIN, KECAMATAN,

DAN

KOMPLIKASI

KOMPLIKASI

DAN PUSKESMAS

- TABEL 31 : JUMLAH KEMATIAN NEONATAL, BAYI, DAN BALITA MENURUT JENIS KELAMIN, KECAMATAN, DAN PUSKESMAS
- TABEL 32 : JUMLAH KEMATIAN NEONATAL, BAYI, DAN BALITA MENURUT PENYEBAB UTAMA, KECAMATAN, DAN PUSKESMAS
- TABEL 33 : BAYI BERAT BADAN LAHIR RENDAH (BBLR) MENURUT JENIS KELAMIN, KECAMATAN, DAN PUSKESMAS
- TABEL 34 : CAKUPAN KUNJUNGAN NEONATAL MENURUT JENIS KELAMIN, KECAMATAN, DAN PUSKESMAS
- TABEL 35 : BAYI BARU LAHIR MENDAPATKAN IMD* DAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF PADA BAYI <6 BULAN MENURUT KECAMATAN AN PUSKESMAS
- TABEL 36 : CAKUPAN PELAYANAN KESEHATAN BAYI MENURUT JENIS KELAMIN, KECAMATAN, DAN PUSKESMAS
- TABEL 37 : CAKUPAN DESA/KELURAHAN *UNIVERSAL CHILD IMMUNIZATION* (UCI) MENURUT KECAMATAN DAN
 PUSKESMAS
- TABEL 38 : CAKUPAN IMUNISAASI HEPATITIS B0 (0-7 HARI) DAN BCG PADA BAYI MENURUT JENIS KELAMIN, KECAMATAN. DAN PUSKESMAS
- TABEL 39 : CAKUPAN IMUNISASI DPT-HB-Hib 3, POLIO 4*, CAMPAK/MR, DAN IMUNISASI DASAR LENGKAP PADA BAYI MENURUT JENIS KELAMIN, KECAMATAN, DAN PUSKESMAS
- TABEL 40 : CAKUPAN IMUNISASI LANJUTAN DPT-HB-Hib 4 DAN CAMPAAK/MR2 PADA ANAK USIA DIBAWAH DUA TAHUN (BADUTA) MENURUT JENIS KELAMIN, KECAMATAN, DAN PUSKESMAS
- TABEL 41 : CAKUPAN PEMBERIAN VITAMIN A PADA BAYI DAN ANAK BALITA MENURUT KECAMATAN DAN PUSKESMAS
- TABEL 42 : CAKUPAN PELAYANAN KESEHATAN BALITA MENURUT JENIS KELAMIN, KECAMATAN, DAN PUSKESMAS
- TABEL 43 : JUMLAH BALITA DITIMBANG MENURUT JENIS KELAMIN, KECAMATAN, DAN PUSKESMAS
- TABEL 44 : STATUS GIZI BALITA BERDASARKAN INDEKS BB/U.

TB/U, DAN BB/TB MENURUT KECAMATAN DAN PSUKESMAS

- TABEL 45 : CAKUPAN PELAYANAN KESEHATAN (PENJARINGAN) PESERTA DIDIK SD/MI, SMP/MTS, SMA/MA MENURUT KECAMATAN DAN PUSKESMAS
- TABEL 46 : PELAYANAN KSEHATAN GIGI DAN MULUT MENURUT KECAMATAN DAN PUSKESMAS
- TABEL 47 : PELAYANAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT PADA ANAK SD DAN SETINGKAT MENURUT JENIS KELAMIN, KECAMATAN, DAN PUSKESMAS
- TABEL 48 : PELAYANAN KESEHATAN USIA PRODUKTIF MENURUT JENIS KELAMIN. KECAMATAN DAN PUSKESMAS
- TABEL 49 : CAKUPAN PELAYANAN KESEHATAN USIA LANJUT MENURUT JENIS KELAMIN, KECAMATAN, DAN PUSKESMAS
- TABEL 50 : PUSKESMAS YANG MELAKSANAKAN KEGIATAN PELAYANAN KESEHATAN KELUARGA
- TABEL 51 : JUMLAH TERDUGA TUBERKOLOSIS, KASUS TUBERKOLOSIS, KASUS TUBERKOLOSIS ANAK, CASE NOTIFICATION RATE (CDR) PER 100.000 PENDUDUK DAN CASE DETECTION RATE (CDR) MENURUT JENIS KELAMIN, KECAMATAN DAN PUSKESMAS
- TABEL 52 : ANGKA KESEMBUHAN DAN PENGOBATAN LENGKAP SERTA KEBERHASILAN PNGOBATAN TUBERKOLOSIS MENURUT JENIS KELAMIN, KECAMATAN DAN PUSKESMAS
- TABEL 53 : PENEMUAN KASUS PNEUMONIA BALITA MENURUT JENIS KELAMIN, KECAMATAN, DAN PUSKESMAS
- TABEL 54 : JUMLAH KASUS HIV MENURUT JENIS KELAMIN DAN KELOMPOK UMUR
- TABEL 55 : JUMLAH KASUS DAN KEMATIAN AKIBAT AIDS MENURUT JENIS KELAMIN DAN KELOMPOK UMUR
- TABEL 56 : KASUS DIARE YANG DILAYANI MENURUT JENIS KELAMIN, KECAMATAN, DAN PUSKESMAS
- TABEL 57 : KASUS BARU KUSTA MENURUT JENIS KELAMIN, KECAMATAN, DAN PUSKESMAS
- TABEL 58 : KASUS BARU KUSTA CACAT TINGKAT 0, CACAT

TINGKAT 2, PENDERITA KUSTA ANAK <15 TAHUN, PENDERITA KUSTA ANAK <15 TAHUN DENGAN CACAT TINGKAT 2 MENURUT KECAMATAN, DAN PUSKESMAS

TABEL 59 : JUMLAH KASUS TERDAFTAR DAN ANGKA PREVALENSI PENYAKIT KUSTA MENURUT TIPE/JENIS, JENIS KELAMIN, KECAMATAN, DAN PUSKESMAS

TABEL 60 : PENDERITA KUSTA SELESAI BEROBAT (*RELEASE FROM TREATMENT/RFT*) MENURUT JENIS KELAMIN, KECAMATAN, DAN PUSKESMAS

TABEL 61 : JUMLAH KASAUS AFP (NON POLIO) MENURUT KECAMATAN DAN PUSKESMAS

TABEL 62 : JUMLAH KASUS PENYAKIT YANG DAPT DICEGAH DENGAN IMUNISASI (PD3) MENURUT JENIS KELAMIN, KECAMATAN, DAN PUSKESMAS

TABEL 63 : KEJADIAN LUAR BIASA (KLB) DI DESA/KELURAHAAN YANG DITANGANI <24 JAM

TABEL 64 : JUMLAH PENDERITA DAAAN KEMATIAN PADA KLB MENURUT JENIS KEJADIAN LUAR BIASA (KLB)

TABEL 65 : KASUS DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) MENURUT JENIS KELAMIN, KECAMATAN, DAN PUSKESMAS

TABEL 66 : KESAKITAN DAN KEMATIAN AKIBAT MALARIA MENURUT JENIS KELAMIN, KECAMATAN DAN PUSKESMAS

TABEL 67 : PENDERITA KRONIS FILARIASIS MENURUT JENIS KELAMIN, KECAMATAN DAN PUSKESMAS

TABEL 68 : PELAYANAN KESEHATAN PENDERITA HIPERTENSI MENURUT JENIS KELAMIN, KECAMATAN, DAN PUSKESMAS

TABEL 69 : PELAYANAN KESEHATAN PENDERITA DIABETES MELITUS (DM) MENURUT KECAMATAN DAN PUSKESMAS

TABEL 70 : CAKUPAN DETEKSI DINI KANKER LEHER RAHIM DENGAN METODE IVA DAN KANKER PAYUDARA DENGAN PEMERIKSAAN KLINIS (SADANIS) MENURUT KECAMATAN DAN PUSKESMAS

TABEL 71 : CAKUPAN PELAYANAN KESEHATAN ORANG DNEGAN GANGGUAN JIWA (ODGJ) BERAT MENURUT KECAMATAN DAN PUSKESMAS

TABEL 72 : PENDUDUK DENGAN AKSES BRKELANJUTAN TERHADAP AIR MINUM BERKUALITAS (LAYAK) MENURUT KECAMATAN DAN PUSKESMAS

TABEL 73 : PERSENTASE SARANA AIR MINUM YANG DILAKUKAN PENGAWASAN

TABEL 74 : PENDUDUK DENGAN AKSES TERHADAP FASILITAS SANITASI YANG LAYAK (JAMBAN SEHAT) MNURUT KECAMATAN, DAN PUSKESMAS

TABEL 75 : DESA YANG MELAKSANAKAN SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT

TABEL 76 : PERSENTASE TEMPAT-TEMPAT UMUM (TTU)

MEMENUHI SYARAT KESEHATAN MENURUT

KECAMATAN DAN PUSKESMAS

TABEL 77 : TEMPAT PENGELOAAN MAKANAN (TPM) MEMENUHI SYARAT KESEHATAN MENURUT KECAMATAN DAN PUSKESMAS



BAB I

GAMBARAN UMUM

Secara Geografis Kabupaten Tanah Datar terletak pada 0^0 19 0^0 - 0^0 30 0^0 Lintang Selatan dan 100^0 19 0^0 - 100^0 - 51^0 Bujur Timur. Luas wilayah Kabupaten Tanah Datar 1.336 Km^2 , dengan batas – batas wilayah sebagai berikut :

- Sebelah Utara berbatasan dengan Kabupaten Agam dan 50 Kota.
- Sebelah Selatan berbatasan dengan Kabupaten Solok.
- Sebelah Barat dengan Kabupaten Padang Pariaman.
- Sebelah Timur berbatasan dengan Kabupaten Sawah Lunto Sijunjung.

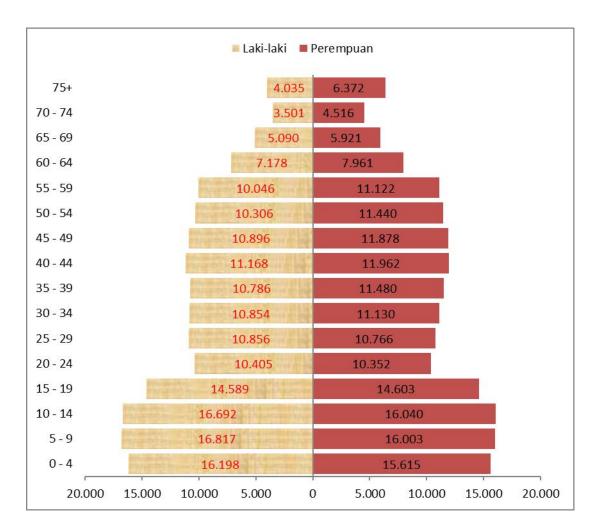
Topografi Kabupaten Tanah Datar merupakan daerah perbukitan dan pergunungan. Bagian tengah wilayah Kabupaten Tanah Datar memiliki daerah perbukitan yang umumnya beriklim sedang dengan temperatur antara 20 ° - 25 ° C, dengan ketinggian antara 20 – 1000 m diatas permukaan laut. Berdasarkan topografi dan keadaan tanahnya maka Kabupaten Tanah Datar sangat potensial untuk pengembangan agrobisnis dan agroindustri. Luas Wilayah Kabupaten Tanah Datar lebih kurang 1336 Km² persegi atau 3,15 % dari luas Propinsi Sumatera Barat.

Kabupaten Tanah Datar merupakan Kabupaten terkecil di Propinsi Sumatera Barat yang secara administrasi pemerintah Kabupaten Tanah Datar terdiri atas 14 Kecamatan, 75 Nagari dan 395 Jorong.

Penduduk yang berkualitas merupakan modal dasar untuk kelangsungan pembangunan terutama pembangunan kesehatan. Penduduk yang besar dengan kualitas yang rendah merupakan beban bagi pembangunan. Oleh karena itu pembangunan kesehatan Kabupaten Tanah Datar diarahkan pada pengendalian kualitas, pengembangan kualitas serta pengarahan mobilitas sehingga mempunyai ciri kerakteristik yang menunjang pembanguan Kabupaten.

Pada tahun 2018 jumlah penduduk Kabupaten Tanah Datar sebanyak 347.407 Jiwa dengan 87.792 Rumah Tangga. Bila dilihat dari rata-rata jiwa per rumah tangga ditemukan 3,96 jiwa per rumah tangga.

Grafik 2.1 Trend Penduduk Kab. Tanah Datar Tahun 2017



Konsentrasi penduduk di suatu wilayah dapat dipelajari dengan menggunakan ukuran kepadatan penduduk. Kepadatan penduduk menunjukkan rata-rata jumlah penduduk per 1 kilometer persegi. Semakin besar angka kepadatan penduduk menunjukkan bahwa semakin banyak penduduk yang mendiami wilayah tersebut. Rata-rata kepadatan penduduk berdasarkan hasil estimasi sebesar 260,04 jiwa per km², keadaan ini meningkat dari tahun sebelumnya yang sebesar 259 jiwa per km². Kepadatan penduduk berguna sebagai acuan dalam rangka mewujudkan pemerataan dan persebaran penduduk.

Indikator penting terkait distribusi penduduk menurut umur yang sering digunakan untuk mengetahui produktivitas penduduk yaitu Angka Beban Tanggungan (ABT) atau *Dependency Ratio*. Angka Beban Tanggungan (ABT) adalah angka yang menyatakan perbandingan antara banyaknya orang berumur tidak produktif (belum produktif/umur di bawah 15 tahun dan tidak produktif lagi/umur 65 tahun ke atas) dengan yang berumur

produktif (umur 15–64 tahun). Angka ini dapat digunakan sebagai indikator yang secara kasar dapat menunjukkan keadaan ekonomi suatu negara. Semakin tinggi persentase dependency ratio menunjukkan semakin tinggi beban yang harus ditanggung penduduk yang produktif untuk membiayai hidup penduduk yang belum produktif dan tidak produktif lagi. Sedangkan persentase dependency ratio yang semakin rendah menunjukkan semakin rendahnya beban yang ditanggung penduduk yang produktif untuk membiayai penduduk yang belum produktif dan tidak produktif lagi. Dilihat dari rasio beban tanggungan didapatkan sebesar 58 berarti kelompok umur tidak produktif masih relatif tinggi serta perbandingan laki-laki dan perempuan sebesar 95,61 %.

Komponen pengukuran tingkat pembangunan manusia yang cukup berpengaruh yaitu komponen pendidikan. Perubahan yang terjadi secara terus menerus pada perilaku masyarakat disebabkan oleh semakin meningkatnya tingkat pendidikan. Pendidikan juga merupakan salah satu syarat mutlak pencapaian tujuan pembangunan manusia, dan merupakan target pembangunan sekaligus sarana pembangunan nasional. Dengan segala keterbatasan sumber daya alam yang dimiliki oleh Kabupaten Tanah Datar maka pengembangan Sumber daya manusia menjadi prioritas utama daerah dalam pengembangan potensinya, dan pendidikan merupakan salah satu sarana untuk meningkatkan kecerdasan dan keterampilan manusia, sehingga sumber daya manusia akan dipengaruhi oleh kualitas pendidikan. Pemerintah Daerah telah berencana dan menjalankan berbagai kebijakan guna memacu peningkatan kecerdasan bangsa dengan meningkatkan sarana dan prasarana pendidikan.

Pendidikan berkaitan erat dengan peningkatan sumber daya manusia. Ada beberapa ukuran yang dapat digunakan untuk melihat kualitas pendidikan antara lain menilai tingkat intelegensia, kreatifitas/inovasi dan kemampuan lain dari lulusannya. Ukuran-ukuran tersebut relatif sulit untuk diterapkan karena rumit, sehingga tidak cocok untuk ruang lingkup yang luas. Untuk menilai keberhasilan pembangunan antara lain adalah distribusi penduduk menurut tingkat pendidikan yang ditamatkan, angka partisipasi sekolah dan indikator lain. Hal mendasar yang dibutuhkan oleh penduduk untuk menuju kehidupan yang lebih sejahtera yaitu kemampuan membaca dan menulis. Penduduk yang bisa membaca dan menulis secara umum memiliki akses ke berbagai hal yang jauh lebih besar dibandingkan dengan penduduk yang tidak memiliki kemampuan tersebut, sehingga peluang untuk hidup lebih sejahtera dimiliki oleh penduduk yang bisa membaca dan

menulis. Kemampuan membaca dan menulis tercermin dari Angka Melek Huruf (AMH) dan Angka Buta Huruf (ABH).

Angka Melek Huruf merupakan kebalikan dari Angka Buta Huruf. AMH Tahun 2018 adala 98,39 %. AMH merupakan persentase penduduk berumur 15 tahun ke atas yang dapat membaca dan menulis serta mengerti sebuah kalimat sederhana dalam hidupnya sehari-hari. AMH menunjukan kemampuan penduduk dalam menyerap informasi dari berbagai media dan menunjukan kemampuan untuk berkomunikasi secara lisan dan tulisan. AMH yang semakin besar diharapkan dapat mengurangi tingkat kemiskinan sehingga tingkat kesejahteraan diharapkan dapat semakin meningkat. ABH menjadi dasar pelaksanaan program pemberantasan buta huruf, dan diharapkan ABH terus menurun. Tahun 2019 ABH 1,61% .

BAB II

SARANA KESEHATAN

II.1 SARANA KESEHATAN

Arah pembangunan kesehatan adalah meningkatkan mutu, jangkauan dan pemerataan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, dalam upaya mencapai tujuan tersebut maka penyediaan sarana/fasilitas pelayanan kesehatan sangat penting artinya.

Sarana kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan. Salah satu di antaranya adalah rumah sakit.Rumah sakit adalah suatu lembaga dalam mata rantai sistem kesehatan nasional yang mengemban tugas pelayanan kesehatan untuk seluruh masyarakat.

1. Puskesmas

Pada tahun 2018 jumlah Puskesmas di Kabupaten Tanah Datar sebanyak 23 buah, dengan jumlah Puskesmas perawatan sebanyak 7 unit (30,43%). Dengan jumlah Puskesmas tersebut berarti 1 puskesmas di Tanah Datar rata – rata melayani sebanyak 15.031 jiwa. Puskesmas pembantu pada tahun 2018 berjumlah 67 unit.

Rasio Puskesmas Pembantu terhadap Puskesmas rata – rata 2.9 : 1, artinya setiap Puskesmas didukungoleh 2 sampai 3 Puskesmas Pembantu dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Selain itu, dalam menjalankan tugas operasionalnya didukung oleh Puskesmas Keliling sejumlah 23 Unit.

2. Rumah Sakit

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56/Menkes/PER/I/2014 mengelompokkan rumah sakit berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan menjadi rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Adapun rumah sakit khusus adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya.

Indikator yang digunakan untuk menilai perkembangan sarana Rumah Sakit (RS) antara lain dengan melihat perkembangan fasilitas perawatan yang biasanya diukur dengan jumlah Rumah Sakit dan tempat tidurnya serta rasio terhadap jumlah penduduk. Jumlah seluruh RS di Kabupaten Tanah Datar pada tahun 2017 sebanyak 4 unit Yaitu Rumah

Sakit Umum Daerah M.Ali Hanafiah Batusangkar, Rumah Sakit Umum Harapan Bunda dan Rumah Sakit bersalin Ibu dan Anak Sayang Ibu serta Rumah Sakit Ibu dan Anak Fadhila.

Rumah Sakit di Kabupaten Tanah Datar tahun 2017 berjumlah 4 buah, terdiri dari 2 Rumah Sakit Umum dan 2 Rumah Sakit Khusus, semuanya mempunyai kemampuan gawat darurat level 1.

II.2 AKSES DAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN

a. Jumlah Kunjungan Rawat Jalan, Rawat Inap dan Kunjungan Gangguan Jiwa di Sarana Pelayanan Kesehatan

Kunjungan rawat jalan Puskesmas Tahun 2017 dibandingkan dengan tahun sebelumnya menurun menjadi sebanyak 576.273 dari tahun 2016 yaitu 601.044 jiwa. Jumlah kunjungan perempuan 316.118 orang lebih banyak dari laki-laki 260.155 orang. Untuk kunjungan rawat inap di Puskesmas pada Tahun 2017 yaitu sebanyak 1.083 orang. Dari kunjungan tersebut pasien yang melakukan kunjungan gangguan jiwa 7.449 orang, terdiri dari laki laki 4.595 orang dan perempuan 2.854 orang. Kunjungan umum maupun kunjungan jiwa Puskesmas menurun dari tahun sebelumnya.

Sementara itu kunjungan rawat jalan Rumah Sakit sebanyak 73.083 orang, dimana kunjungan perempuan sebanyak 44.828 dan laki – laki sebanyak 28.255. Kunjungan rawat inap 14.715 orang dimana kunjungan perempuan sebanyak 9.479 dan laki – laki sebanyak 5.236 orang.

Kesehatan jiwa adalah program pelayanan kesehatan jiwa yang dilaksanakan oleh tenaga Puskesmas dengan didukung oleh peran serta masyarakat, dalam rangka mencapai derajat kesehatan jiwa masyarakat yang optimal melalui kegiatan pengenalan/deteksi dini gangguan jiwa, pertolongan pertama gangguan jiwa dan konseling jiwa. Sehat jiwa adalah perasaan sehat dan bahagia serta mampu menghadapi tantangan hidup, dapat menerima orang lain sebagaimana adanya dan mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain di Puskesmas. Konseling kesehatan jiwa merupakan salah satu bentuk pelayanan kesehatan jiwa di Puskesmas.

Gangguan kesehatan jiwa bukan seperti penyakit lain yang bisa datang secara tibatiba tetapi lebih ke arah permasalahan yang terakumulasi dan belum dapat diadaptasi atau terpecahkan. Dengan demikian akibat pasti atau sebab yang melatar belakangi timbulnya suatu gangguan. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56/Menkes/PER/I/2014 mengelompokkan rumah sakit berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan menjadi rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Adapun rumah sakit khusus adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya.

b. Angka kematian pasien di rumah sakit

Terpenuhi atau tidaknya kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan rujukan dan perorangan di suatu wilayah dapat dilihat dari rasio tempat tidur terhadap 1.000 penduduk. Standar WHO adalah 1 tempat tidur untuk 1.000 penduduk. Rasio tempat tidur di rumah sakit di Indonesia dari tahun 2012-2016 sekitar 1 per 1.000 penduduk. Jumlah tempat tidur di Indonesia sudah tercukupi menurut WHO.

Dalam upaya peningkatan ketersediaan obat publik dan perbekalan kesehatan melalui tersedianya obat, vaksin dan perbekalan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau di pelayanan kesehatan pemerintah, Kementerian Kesehatan telah menetapkan indikator rencana strategis tahun 2015-2019 terkait program kefarmasian dan alat kesehatan, yaitu meningkatnya akses dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (PKRT). Indikator tercapainya sasaran hasil tersebut pada tahun 2016 yaitu persentase ketersediaan obat dan vaksin di Puskesmas sebesar 80%.

Pemantauan ketersediaan obat tahun 2016 digunakan untuk mengetahui kondisi tingkat ketersediaan obat di Puskesmas. Kegiatan ini dilakukan untuk mendukung pemerintah pusat dan daerah dalam rangka menentukan langkah-langkah kebijakan yang akan diambil di masa yang akan datang. Di era otonomi daerah, pengelolaan obat merupakan salah satu kewenangan yang diserahkan ke kabupaten/kota, kemudian didistribusikan ke Puskesmas ditiap kabupaten/kota tersebut. Adanya data ketersediaan obat di provinsi atau kabupaten/kota akan mempermudah penyusunan prioritas bantuan maupun intervensi program di masa yang akan datang.

Untuk mendapatkan gambaran ketersediaan obat dan vaksin di Indonesia, dilakukan pemantauan ketersediaan obat dan vaksin. Obat yang dipantau ketersediaannya merupakan obat indikator yang digunakan untuk pelayanan kesehatan dasar dan obat yang mendukung pelaksanaan program kesehatan. Jumlah *item* obat yang dipantau adalah 20 *item* obat dan

vaksin. Jumlah Puskesmas yang melapor sebanyak 1.013 dari 1.328 Puskesmas yang dipantau. Pemilihan Puskesmas yang dipantau berdasarkan metode *proportional random sampling* berbasis provinsi sesuai jumlah Puskesmas dan rasio Puskesmas perawatan dan non perawatan.

Berdasarkan data dan perhitungan yang dilakukan oleh Ditjen Kefarmasian dan Alat Kesehatan didapatkan bahwa 81,75% *item* obat dan vaksin esensial tersedia di Puskesmas. Hasil tersebut menunjukkan bahwa ketersediaan obat dan vaksin di Puskesmas telah mencapai target Renstra tahun 2016. Data dan informasi lebih rinci mengenai Puskesmas yang menyediakan 20 *item* obat dan vaksin terdapat pada Lampiran 2.20.

II.3 UPAYA KESEHATAN BERSUMBERDAYA MASYARAKAT

Posyandu adalah sistem pelayanan yang dipadukan antara satu program dengan program lainnya yang merupakan forum komunikasi pelayanan terpadu dan dinamis seperti halnya program kb dengan kesehatan atau berbagai program lainnya yang berkaitan dengan kegiatan masyarakat

Pelayanan yang diberikan di posyandu bersifat terpadu , hal ini bertujuan untuk memberikan kemudahan dan keuntungan bagi masyarakat karena di posyandu tersebut masyarakat dapat memperolah pelayanan lengkap pada waktu dan tempat yang sama (Depkes RI, 1990).

Posyandu adalah suatu wadah komunikasi alih teknologi dalam pelayanan kesehatan masyarakat dari keluarga berencana dari masyarakat, oleh masyarakat dan untuk masyarakat dengan dukungan pelayanan serta pembinaan teknis dari petugas kesehatan dan keluarga berencana

Posyandu di kelompokan menjadi 4 strata, yaitu :

- 1. Posyandu Pratama
 - Belum mantap.
 - Kegiatan belum rutin.
 - Kader terbatas.
- 2. Posyandu Madya
 - Kegiatan lebih teratur
 - Jumlah kader 5 orang
- 3. Posyandu Purnama
 - Kegiatan sudah teratur.

- Cakupan program/kegiatannya baik.
- Jumlah kader 5 orang
- Mempunyai program tambahan
- 4. Posyandu Mandiri
 - Kegiatan secara teratur dan mantap
 - Cakupan program/kegiatan baik.
 - Memiliki dana sehat dan jpkm yang mantap.

Berdasarkan tabel 69 dari 600 Posyandu terdapat Posyandu Pratama 0.17%, Madya 32,33%, Purnama 57,17%, dan untuk Mandiri 10,33%.

BAB III

TENAGA KESEHATAN

Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) merupakan salah satu subsistem dalam Sistem Kesehatan Nasional yang mempunyai peranan penting dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan sebagai pelaksana upaya dan pelayanan kesehatan. Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional, sumber daya manusia kesehatan adalah tenaga kesehatan (termasuk tenaga kesehatan strategis) dan tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya dalam upaya dan manajemen kesehatan. Penyelenggaraan subsistem sumber daya manusia kesehatan terdiri dari perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, pembinaan, dan pengawasan mutu sumber daya manusia kesehatan.

Sebagaimana diketahui bahwa penyelenggaraan upaya kesehatan tidak hanya dilakukan pemerintah, tapi juga diselenggarakan oleh swasta. Oleh Karena itu gambaran situasi ketersediaan tenaga kesehatan baik yang bekerja di sektor pemerintah maupun swasta perlu diketahui. Data ketenagaan ini diperoleh dari hasil pengumpulan data oleh Bagian Umum dan Kepegawaian Dinas Kesehatan Kabupaten Tanah Datar. Data yang dapat dikumpulkan meliputi data jumlah dan jenis sumber daya manusia kesehatan yang ada pada Dinas Kesehatan Kabupaten Tanah Datar, Rumah Sakit Umum, Puskesmas pada tahun 2017.

Rasio tenaga kesehatan terhadap jumlah penduduk merupakan indikator untuk mengukur ketersediaan tenaga kesehatan untuk mencapai target pembangunan kesehatan tertentu. Berdasarkan Keputusan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat Nomor 54 Tahun 2013 tentang Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan Tahun 2011 – 2025, target rasio tenaga kesehatan terhadap jumlah penduduk pada tahun 2019 di antaranya rasio dokter umum 45 per 100.000 penduduk, rasio dokter gigi 13 per 100.000 penduduk, rasio perawat 180 per 100.000 penduduk, dan rasio bidan 120 per 100.000 penduduk.

Pada Gambar 3.16, diketahui bahwa rasio dokter terhadap 100.000 penduduk baik secara nasional maupun provinsi masih jauh dari target rasio dokter pada tahun 2019 yaitu 45 per 100.000 penduduk. Secara nasional, rasio dokter di Indonesia sebesar 16,02 per 100.000 penduduk. Provinsi dengan rasio tertinggi yaitu DKI Jakarta (38,27 per 100.000 penduduk) dan provinsi dengan rasio terendah yaitu Lampung (10,44 per 100.000 penduduk).

Rasio dokter gigi di Indonesia pada tahun 2016 adalah 4,53 per 100.000 penduduk. Angka ini masih jauh dari target rasio dokter gigi tahun 2019 yaitu 13 per 100.000 penduduk. Provinsi dengan rasio tertinggi yaitu DKI Jakarta sebesar 10,11 per 100.000 penduduk dan provinsi dengan rasio terendah yaitu Maluku sebesar 1,87 per 100.000 penduduk.

Jumlah dan jenis sumber daya manusia Kesehatan Kabupaten sebanyak 1.125 orang, yang tersebar di Dinas Kesehatan 654 orang RS 471 orang. Distribusi jenis tenaga yang paling banyak adalah Perawat dan Bidan sebanyak 586 orang (52.09%), kemudian Tenaga keteknisian medis pada urutan kedua dengan jumlah 91 orang (8,09%). Selain itu terdapat tenaga penunjang /Pendudkung Kesehatan sebanyak 184 orang atau 16.36%. Jumlah ketenagaan ini disesuaikan dengan kebutuhan Dinas Kesehatan dan RSU Kabupaten Tanah Datar juga RS Khusus.

Tenaga medis berdasarkan fungsi yaitu tenaga medis yang memberikan pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan sesuai fungsinya. Proporsi tenaga medis terbanyak yaitu dokter spesialis sebanyak 46,6%. Jumlah dokter spesialis lebih banyak daripada dokter umum dimungkinkan karena banyak dokter umum yang bekerja di luar fungsi pelayanan medis, yaitu di bidang manajemen.

Perawat pada puskesmas non rawat inap minimal berjumlah lima orang sedangkan pada Puskesmas rawat inap minimal berjumlah delapan orang. Kondisi ini merupakan standar minimal di wilayah perkotaan, perdesaan, dan kawasan terpencil dan sangat terpencil. Di Indonesia pada tahun 2016, terdapat 62,04% puskesmas memiliki jumlah perawat lebih dari standar yang ditetapkan, 7,2% puskesmas dengan jumlah perawat cukup, dan 26,2% puskesmas kekurangan perawat.

Jumlah bidan di puskesmas non rawat inap minimal empat orang dan di puskesmas rawat inap minimal tujuh orang. Kondisi ini merupakan standar minimal di wilayah perkotaan, perdesaan, dan kawasan terpencil dan sangat terpencil. Pada tahun 2016, secara nasional terdapat 70,4% puskesmas memiliki bidan melebihi jumlah standar yang ditetapkan, 4,5% puskesmas sudah cukup bidan, dan 20,5% puskesmas kekurangan bidan.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit dapat didirikan dan diselenggarakan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan swasta. Sedangkan

menurut pelayanan yang diberikan, rumah sakit terdiri dari rumah sakit umum dan rumah sakit khusus.

Pelayanan spesialis yang ada di rumah sakit di antaranya pelayanan spesialis dasar, spesialis penunjang, spesialis lain, subspesialis, dan spesialis gigi dan mulut. Pelayanan spesialis dasar meliputi pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, dan obstetri dan ginekologi. Pelayanan spesialis penunjang meliputi pelayanan anestesiologi, radiologi, patologi klinik, patologi anatomi, dan rehabilitasi medik. Pelayanan spesialis lain meliputi pelayanan mata, telinga hidung tenggorokan, syaraf, jantung dan pembuluh darah, kulit dan kelamin, kedokteran jiwa, paru, orthopedi, urologi, bedah syaraf, bedah plastik, dan kedokteran forensik.

Untuk meningkatkan ketersediaan dan mutu SDMK sesuai dengan standar pelayanan kesehatan, Kementerian Kesehatan menetapkan indikator Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019 yaitu persentase rumah sakit kabupaten/kota kelas C yang memiliki empat dokter spesialis dasar dan tiga dokter spesialis penunjang. Empat dokter spesialis dasar yang dimaksud yaitu dokter spesialis obstetri dan ginekologi, dokter spesialis anak, dokter spesialis penyakit dalam, dan dokter bedah, sedangkan tiga dokter spesialis penunjang yaitu dokter spesialis radiologi, dokter spesialis anestesi, dan dokter spesialis patologi klinik.

BAB IV

PEMBIAYAAN KESEHATAN

Pembiayaan Sektor Kesehatan yang bersumber dari Pemerintah berupa APBN, PHLN, dan APBD pada tahun 2017 sebesar Rp. 276.837.788.247,-. Apabila dibandingkan dengan total APBD Kabupaten Tanah Datar, alokasi anggaran untuk sektor Kesehatan sebesar 16,59% termasuk gaji pegawai. Sedangkan jika tanpa gaji pegawai maka anggaran sektor kesehatan sebesar Rp. 150.367.022.513 (11.90%).

Pembangunan kesehatan merupakan upaya untuk memenuhi salah satu hak dasar rakyat, yaitu hak rakyat untuk memperoleh akses atas kebutuhan pelayanan kesehatan.Pembangunan kesehatan juga harus dipandang sebagai suatu investasi dalam kaitannya untuk mendukung peningkatan kualitas sumber daya manusia dan pembangunan ekonomi, serta memiliki peran penting dalam upaya penanggulangan kemiskinan.

Jaminan kesehatan merupakan bagian dari prioritas reformasi pembangunan kesehatan. Adanya regulasi yang mengatur tentang penatalaksanaan JKN adalah UU No.40/2004 tentang SJSN, UU No.36/2009 tentang Kesehatan, UU No.24/2011 tentang BPJS, PP No.101/2012 tentang PBI dan Perpres No.12/2013 tentang Jaminan Kesehatan.

Tahun 2017, bahwa Jumlah penduduk Kabupaten Tanah Datar tahun 2017 sebanyak 346.578 jiwa, peserta PBI APBN sebanyak 114.150 jiwa, PBI APBD sebanyak 62.105 jiwa, PPU sebanyak 37.759 jiwa dan PBPU /mandiri sebanyak 44.547 jiwa.

BAB V

KESEHATAN KELUARGA

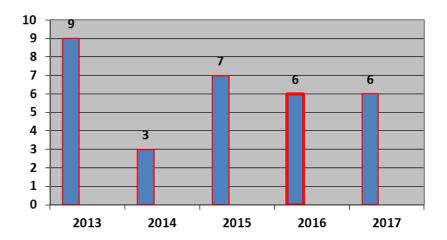
V.1 KESEHATAN IBU

1. Jumlah dan Angka Kematian Ibu

Kematian Ibu adalah kematian perempuan pada saat hamil atau kematian dalam kurun waktu 42 hari sejak terminasi kehamilan tanpa memandang lamanya kehamilan atau tempat persalinan, yakni kematian yang disebabkan karena kehamilannya atau pengelolaannya, tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan, terjatuh dll (Budi, Utomo. 1985). Dengan dilaksanakannya Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) dan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), maka cakupan wilayah penelitian angka kematian ibu (AKI) menjadi lebih luas dibandingkan survey sebelumnya.

Kabupaten Tanah Datar pada tahun 2015 terdapat 7 (tujuh) kasus kematian ibu atau 137 %, yang menjadi penyebab kematian ibu tersebut antara lain karena a) Pendarahan (HPP), b) Adanya penyakit penyerta antara lain Haemaptoe ec, Suspesct TB, Sepsis dan gagal ginjal akut, Hipertensi, Serosis Hepatis, Asma Attack dan Pre Eklamsia Berat (PEB), c) Kehamilan Ektopik Terganggu (KET). Sedangkan di tahun 2016 terdapat sedikit penurunan kasus kematian ibu menjadi 6 (enam) kasus dimana terdapat 2 (dua) kematian ibu hamil, 1 (satu) kematian ibu bersalin dan 3 (tiga) kematian ibu Nifas. Penyebab kematian tersebut diantaranya adalah karena HELP Syndrom, DBD, Suspec Pendarahan Arachnoid, herniasi cerebral, HHP dan Eklamsi Antepartum. Manfaat indicator angka kematian ibu melahirkan bagi masyarakat adalah dapat dijadikan kontrol sejauh mana peran petugas kesehatan terutama tenaga penyuluh dalam memberikan penyuluhan terhadap ibu hamil terhadap resiko yang dapat menimbulkan kematian selama proses kehamilan dan persalinan. Di tahun 2017 terdapat 6 (enam) kasus kematian ibu terdiri dari 2 (dua) kematian Ibu hamil yang disebabkan oleh CAP, Suspect TB dan Epilepsi dengan Kejang Tonic, kemudian 1 (satu) orang kematian Ibu bersalin yang disebabkan HPP (Haemoragic Post Partum/Pendarahan setelah melahirkan), selain itu terdapat 3 (tiga) orang kematian ibu Nifas yang disebabkan oleh Suspec Perdarahan Otak ec Hypertensi, Shoke Haemoragic dan gagal ginjal.

Grafik 3.2 Kematian Ibu Kab. Tanah Datar Tahun 2013 -2017



Upaya pelayanan kesehatan dasar merupakan langkah awal yang sangat penting dalam memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat. Dengan pemberian pelayanan kesehatan dasar secara cepat dan tepat, diharapkan sebagian besar masalah kesehatan masyarakat sudah dapat diatasi. Berbagai pelayanan kesehatan dasar yang dilaksanakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut.

Seorang ibu mempunyai peran yang sangat besar di dalam pertumbuhan bayi dan perkembangan anak. Gangguan kesehatan yang dialami seorang ibu bisa berpengaruh pada kesehatan janin dalam kandungan hingga kelahiran dan masa pertumbuhan bayi dan anaknya.

2. Pelayanan Antanatal (K4)

Pelayanan antenatal merupakan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan terlatih untuk ibu selama masa kehamilannya, dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang ditetapkan dalam Standar Pelayanan Kebidanan. Pengertian antenatal care adalah perawatan kehamilan. Pelayanan perawatan kehamilan merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu selama masa kehamilannya sesuai dengan standar pelayanan antenatal care yang sudah ditetapkan. Sedangkan tujuan pelaksanaan pelayanan antenatal antara lain:

- a) Memantau kemajuan kehamilan serta memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi
- b) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu serta janin
- c) Mengenali secara dini kelainan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil

- d) Mempersiapkan persalinan cukup bulan; melahirkan dengan selamat dan mengurangi sekecil mungkin terjadinya trauma pada ibu dan bayi
- e) Mempersiapkan ibu untuk menjalani masa nifas dan mempersiapkan pemberian asi eksklusif
- f) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga untuk menerima kelahiran dan tumbuh kembang bayi.

Beberapa indikator pelayanan antenatal antara lain meliputi cakupan K1 dan K4, cakupan penjaringan resiko tinggi, cakupan Fe, dan TT2, serta cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan.

Seorang ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal dengan minimal 4 kali selama kehamilannya, yaitu 1 kali pada trimester pertama, 1 kali pada trimester kedua, dan 2 kali pada trimester ketiga untuk memantau keadaan ibu dan janin secara seksama sehingga dapat mendeteksi secara dini dan dapat memberikan intervensi secara tepat

Grafik 4.1 Gambar Pelayanan Antanatal (K4) Kab. Tanah Datar



3. Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan dengan Kompetensi Kebidanan

Komplikasi dari kematian ibu maternal dan bayi baru lahir sebagian besar terjadi pada masa disekitar persalinan, hal ini disebabkan pertolongan tidak dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi kebidanan (Profesional) . Tenaga

kesehatan merupakan orang yang sudah ahli dalam membantu persalinan, sehingga keselamatan Ibu dan bayi lebih terjamin. Apabila terdapat kelainan dapat diketahui dan segera ditolong atau dirujuk ke Puskesmas atau rumah sakit. Persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan menggunakan peralatan yang aman, bersih, dan steril sehingga mencegah terjadinya infeksi dan bahaya kesehatan lainnya.

Hasil pengumpulan data Profil Kesehatan di 23 Puskesmas Kabupaten Tanah Datar pada tahun 2016 ditemukan 6.868 ibu nifas dengan jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan sebanyak 4.930 atau 71,8%, dan yang mendapatkan pelayanan kesehatan nifas sebanyak 4.893 atau 71,2%. Sedangkan di Tahun 2017 sendiri terdapat 6.751 Ibu Nifas dengan jumlah persalinan yang ditolong Nakes sebanyak 4.844 atau 71.75 %, dan yang mendapatkan Yankes Nifas sebanyak 4.851 atau 71,86 %.

4. Kunjungan Ibu Nifas

Dalam memberikan pelayanan khususnya oleh bidan di desa dan puskesmas, berdasarkan tabel 29 terdapat 4.844 ibu yang nifas yang mendapat pelayanan tenaga kesehatan atau 71,75% dan yang mendapatkan Vitamin A sebanyak 4..854 (71,90%). Dibandingkan dengan tahun sebelumnya terjadi peningkatan kunjungan walaupun masih sedikit.



5. Cakupan Imunisasi TT pada Ibu hamil dan WUS

Keselamatan ibu dan bayi pada proses persalinan sampai dengan pasca persalinan sangat perlu mendapat perhatian. Salah satu masalah yang dihadapi pada tahap tersebut adalah penyakit tetanus pada bayi (Neonatal tetanus). Neonatal tetanus umumnya terjadi pada bayi baru lahir. Neonatal tetanus menyerang bayi baru lahir karena dilahirkan di

tempat kotor dan tidak steril, terutama jika tali pusar terinfeksi. Neonatal tetanus dapat menyebabkan kematian bayi dan banyak terjadi di negara berkembang. Di negara-negara maju, dimana kebersihan dan teknik melahirkan sudah maju, tingkat kematian akibat neonatal tetanus dapat ditekan. Antibodi dari ibu kepada bayinya juga mencegah neonatal tetanus.Oleh karena itu salah satu upaya untuk mencegah dengan imunisasi Tetanus Toxoid (TT) bagi wanita dimulai dari masa anak-anak sampai dengan pada masa kehamilan.

Pemberian imunisasi TT pada Ibu hamil sebanyak 5 dosis dengan interval tertentu(yang dimulai saat dan atau sebelum kehamilan) yang berguna bagi kekebalan seumur hidup. Tahun 2016 kunjungan ibu hamil yang ada sebanyak 7.169 jiwa, yang mendapatkan imunisasi TT-1 hanya 505 ibu (7%), TT-2 sebanyak 545 ibu (7,6%), TT-3 sebanyak 958 ibu (13,4%), TT-4 sebanyak 1.020 ibu (14,2%) dan TT-5 sebanyak 574 ibu atau 8%. Di Tahun 2017 Kunjungan ibu hamil sebanyak. 7.073, yang mendapatkan imunisasi TT-1 hanya 382 ibu (5.40%), TT-2 sebanyak 479 ibu (6,77%), TT-3 sebanyak 916 ibu (12,95%), TT-4 sebanyak 917 ibu (12,96%) dan TT-5 sebanyak 467 ibu atau 6,60%. Dilihat dari perbandingan antara tahun 2016 dengan tahun 2017 terjadi penurunan kunjungan, ini disebabkan karena kurangnya kesadaran ibu untuk mendapatkan imunisasi pada usia kehamilan.

6. Ibu hamil yang mendapatkan Tablet Fe

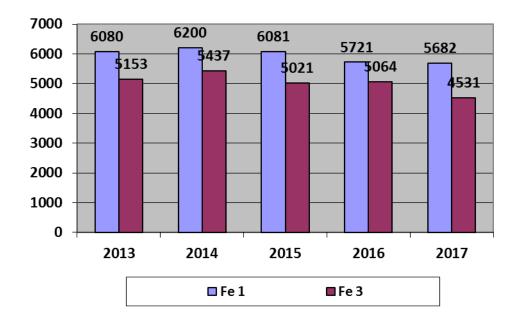
Tablet Fe merupakan vitamin dan mineral penting bagi wanita hamil untuk mencegah kecacatan pada perkembangan bayi baru lahir dan kematian ibu yang disebabkan oleh anemia berat (Ami, 2009). Oleh karena itu, tablet ini sangat diperlukan ibu hamil. Sudah selayaknya seorang ibu hamil akan mendapatkan 90 tablet Fe selama masa kehamilannya.

Kepatuhan mengkonsumsi tablet Fe diukur dari ketepatan jumlah tablet yang dikonsumsi, ketepatan cara mengkonsumsi, frekuensi konsumsi perhari. Suplementasi besi atau pemberian tablet Fe merupakan salah satu upaya penting dalam mencegah dan menanggulangi anemia, khususnya anemia kekurangan zat besi. Suplemen besi merupakan cara efektif karena kendungan besinya yang dilengkapi dengan asam folat yang sekaligus dapat mencagah anemia karena kekurangan asam folat

Pemberian tablet Fe pada ibu hamil ada dua yaitu Fe1 dan Fe3. Tablet Fe1 diberikan kepada ibu hamil minimal 30 tablet selama periode kehamilan dan Tablet Fe3 diberikan

kepada ibu hamil minimal 90 tablet selama periode kehamilannya. Pada tahun 2014 jumlah ibu hamil yang ada sebanyak 6.572, yang mendapatkan Tablet Fe1 sebanyak 6.200 atau 94,34% dan untuk tablet Fe3 sebanyak 5.437 atau 82,73%. Di tahun 2017ini terdapat 7.073 ibu hamil, yang mendapatkan Fe 1 sebanyak 5,682 atau 80,33% dan mendapat Fe 3 sebanyak 4,531 atau 64,06%.

Grafik 4.2 Ibu Hamil Mendapat Tablet Fe 1 dan Fe 3 Kab. Tanah Datar Tahun 2013-2017



7. Komplikasi kebidanan yang ditangani dan komplikasi neonatal

Penanganan komplikasi kebidanan adalah pelayanan kepada ibu dengan komplikasi kebidanan untuk mendapat penanganan definitif sesuai standar oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan.Penanganan/pemberian tindakan terakhir untuk menyelesaikan permasalahan setiap kasus komplikasi.Di tahun 2017 sendiri penanganan Komplikasi sebanyak 946 (66,87%) dari jumlah perkiraan komplikasi yaitu 1.415 ibu dengan penanganan Komplikasi Neonatal sebanyak 179 atau 18,56 %.

8. Peserta KB Baru dan KB Aktif

Keluarga Berencana merupakan salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan jalan memberikan nasehat perkawinan, Pengobatan kemandulan dan penjarangan kehamilan.

Tujuan utama program KB adalah untuk memenuhi perintah masyarakat akan pelayanan KB dan kesahatan reproduksi yang berkwalitas, menurunkan tingkat/angka kematian ibu bayi dan anak serta penanggulangan masalah kesehatan reproduksi alam dalam rangka membangun keluarga kecil berkualitas. Tujuan program penguatan kelembagaan keluarga kecil berkualitas adalah untuk membina kemandirian dan sekaligus meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan KB dan kesehatan reproduksi, serta pemberdayaan dan ketahanan keluarga terutama yang diselenggarakan oleh industri masyarakat di daeah perkotaan dan pedesaan sehingga membudidaya dan melembaganya keluarga kecil berkwalitas.

Jumlah pasangan usia subur (PUS) menurut hasil pengumpulan data pada tahun 2017sebanyak 54.781 orang, yang menjadi peserta KB aktif sebanyak 36.353 atau 66,36%, dan peserta KB baru sebanyak 4.305 atau 7,86%. Jenis alat kontrasepsi yang banyak digunakan adalah IUD yaitu sebanyak 4.083 orang.

60.000 50.000 40,673 37.234 40.442 36.556 40.000 30.000 20.000 10.000 ♦ 8.015 7.175 4.496 4.994 4.305 0 2013 2014 2015 2016 2017 -KB Baru ---- KB Aktif

Grafik 4.3 Peserta KB Baru dan KB Aktif Kab. Tanah Datar Tahun 2013 - 2017

V.2 KESEHATAN ANAK

1. Jumlah Kematian Bayi

Ada banyak faktor yang mempengaruhi kematian bayi tetapi tidak mudah untuk menentukan faktor yang paling dominan dan faktor yang kurang dominan. Berdasarkan tabel 5 dapat dijelaskan bahwa jumlah kematian bayi pada tahun 2015 sebanyak 72 orang

sedangkan di tahun 2016 meningkat menjadi 70 orang. Di tahun 2017 terdapat peningkatan penemuan kematian bayi sebanyak 79 orang.

Kematian bayi adalah kematian yang terjadi antara saat setelah bayi lahir sampai bayi belum berusia tepat satu tahun. Banyak faktor yang dikaitkan dengan kematian bayi. Secara garis besarada dua macam yaitu endogen dan eksogen. Kematian bayi endogen atau yang umum disebut dengan kematian neonatal; adalah kematian bayi yang terjadi pada bulan pertama setelah dilahirkan, dan umumnya disebabkan oleh faktor-faktor yang dibawa anak sejak lahir, yang diperoleh dari orang tuanya pada saat konsepsi atau didapat selama kehamilan. Kematian bayi eksogen atau kematian post neo-natal, adalah kematian bayi yang terjadi setelah usia satu bulan sampai menjelang usia satu tahun yang disebabkan oleh faktor-faktor yang bertalian dengan pengaruh lingkungan luar.

Tersedianya berbagai fasililtas atau faktor aksesibilitas dan pelayanan kesehatan dan tenaga medis yang terampil, serta kesediaan masyarakat untuk merubah kehidupan tradisional ke norma kehidupan modern dalam bidang kesehatan merupakan salah satu faktor yang sangat berpengaruh terhadap tingkat kamatian bayi.

Grafik 3.1 Penemuan Kematian Bayi Kab. Tanah Datar Tahun 2013 – 2017

2. Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram tanpa memandang masa gestasi. Berat lahir adalah berat bayi yang ditimbang dalam 1 (satu) jam setelah lahir.

Prevalensi bayi berat lahir rendah (BBLR) diperkirakan 15% dari seluruh kelahiran di dunia dengan batasan 3,3%-38% dan lebih sering terjadi di negara-negara berkembang atau sosio-ekonomi rendah. Secara statistik menunjukkan 90% kejadian BBLR didapatkan di negara berkembang dan angka kematiannya 35 kali lebih tinggi dibanding pada bayi dengan berat lahir lebih dari 2500 gram. BBLR termasuk faktor utama dalam peningkatan mortalitas, morbiditas dan disabilitas neonatus, bayi dan anak serta memberikan dampak jangka panjang terhadap kehidupannya dimasa depan. Angka kejadian di Indonesia sangat bervariasi antara satu daerah dengan daerah lain, yaitu berkisar antara 9%-30%, hasil studi di 7 daerah multicenter diperoleh angka BBLR dengan rentang 2.1%-17,2 %. Secara nasional berdasarkan analisa lanjut SDKI, angka BBLR sekitar 7,5 %. Angka ini lebih besar dari target BBLR yang ditetapkan pada sasaran program perbaikan gizi menuju Indonesia Sehat 2010 yakni maksimal 7%.

Penyebab terbanyak terjadinya BBLR adalah kelahiran prematur. Faktor ibu yang lain adalah umur, paritas, dan lain-lain. Faktor plasenta seperti penyakit vaskuler, kehamilan kembar/ganda, serta faktor janin juga merupakan penyebab terjadinya BBLR

Di tahun 2017 sendiri terdapat 498 kasus atau 10.52% bayi BBLR dari 4.732 jumlah bayi baru lahir yang ditimbang.

3. Kunjungan Bayi





Cakupan kunjungan bayi adalah cakupan bayi yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan standar oleh dokter, bidan, peralat yang memiliki kompetensi kliniskesehatan bayi, paling sedikit 4 kali, di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

Cakupan kunjungan bayi adalah cakupan kunjungan bayi umur 1-12 bulan di sarana pelayanan kesehatan maupun rumah, posyandu, tempat penitipan anak, panti

asuhandan sebagainya, melalui kunjungan petugas.(Umur 1-12 bulan yang dimaksud adalah 12 bulan kurang 1 hari

Pelayanan kesehatan tersebut meliputi deteksi dini kelainan tumbuh kembang bayi (DDTK), stimulasi perkembangan bayi, MTBM manajemen terpadu Balita Sakit (MTBS), dan penyuluhan peralatan kesehatan bayi di rumah menggunakan buku KIA yang diberikan oleh dokter, bidan dan peralat yang memiliki kopetensi klinis kesehatan bayi.

Bayi memperoleh pelayanan kesehatan minimal 4 kali yaitu 1 kali pada umur1-3 bulan, 1 kali pada umur 3-6 bulan, 1 kali pada umur 6-9 bulan dan 1 kali pada umur 9-12 bulan. Berikut ini merupakan jadwal (waktu) pelaksanaan Kunjungan Neonatus (KN) dan Kunjungan Nifas (KF)

KN	KF	
KN 1 (6 jam - 48 jam)	KF 1 (6 jam - 48 jam)	
KN 2 (3 hari - 7 hari)	KF 2 (4 hari - 28 hari)	
KN 3 (8 - 28 hari)		
	KF 3 (29 hari - 42 hari)	

Jadi dalam pelaksanaannya, KN1 bersamaan dengan KF1 yaitu antara 6-48 jam, sementara KN2 dan KN3 bersamaan dengan KF2 yaitu antara 3-28 hari setelah persalinan, tetapi untuk KF idealnya dari hari ke 4. Sedangkan kunjungan nifas ke 3 (KF3) dilakukan diantara hari ke 29-42 hari.

Bila dilihat menurut Kabupaten Tanah Datar pada tahun 2017 dari jumlah bayi yang ada sebanyak 6.430 bayi, terdapat 4,377 (68.07%).Kunjungan Neonatal 1 Jali (KN 1) dan kunjungan Neonatal 3 Kali (KN Lengkap) sebanyak 4.805 atau 67.19% dari jumlah bayi yang ada.

12.000 10.000 8.000 5.27 4.985 5.248 1.805 .320 6.000 4.000 5.372 1.994 5.058 .885 .377 2.000 0

Grafik 4.4 Kunjungan Bayi Kab. Tanah Datar Tahun 2013 – 2017

■ KN 1
■ KN Lengkap

2015

2016

2017

2014

2013

4. ASI Eksklusif

ASI merupakan sumber nutrisi pada bayi. Komposisi yang terkandung di dalam ASI menunjang tumbuh kembang bayi apalagi terdapat kandungan antibodi alami yang dapat membantu dalam mencegah infeksi dan gangguan kesehatan pada bayi.

Bahkan ASI lebih dikenal luas sebagai nutrisi yang lengkap yang dapat memberikan dukungan untuk pertumbuhan, kesehatan, imunitas dan perkembangan bayi sehingga dengan demikian pemberian ASI pada bayi sangat penting untuk diberikan.

Pemberian ASI pada bayi minimal dengan memberikan ASI ekslusif, yaitu memberikan ASI tanpa makanan lainnya selama enam bulan pertama. Pemberian ASI ekslusif dianjurkan hingga usia bayi 4 bulan akan tetapi lebih baik diberikan hingga usia bayi 6 bulan. Selanjutnya pemberian ASI ekslusif dapat diberikan dengan pendamping makanan, pemberian ASI sendiri dapat hingga usia bayi anda berusia 2 tahun.

ASI ekslusif adalah intervensi yang efektik untuk mencegah kematian anak sedangkan menurut survei yang ditemukan kesadaran akan pemberian ASI semakin berkurang. Bahkan masyarakat masih khawatir apabila yang diberikan pada bayi tidak mengenyangkan sehingga pemberian ASI ditambah dengan susu formula ataupun air putih bahkan pemberian makanan pendamping ASI sebelum 6 bulan. Jelas saja ini merupakan kesalahan karena pemberian ASI ekslusif tidak seperti itu.

Jenis ASI dan manfaatnya untuk bayi:

• Kolostrum

Merupakan cairan yang memiliki warna kekuning-kuningan umunya pada hari 1-3 setelah kelahiran. Jenis ASI ini dapat memberikan manfaat kepada bayi karena mengandung protein yang dapat berfungsi sebagai antibodi dalam membunuh kuman. Bahkan kolustrum seringkali dikatakan imunisasi pada bayi yang baru lahir karena manfaat antibodi yang baik untuk kesehatan.

• Susu Transisi

Jenis ASI yang diproduksi setelah kolostrum pada hari ke 4-10 kelahiran bayi. Pada susu transisi terdapat immunoglobin protein dan juga laktosa dengan kosentrasi yang lebih rendah dari pada kolestrum akan tetapi memiliki kandungan lemak dan jumlah kalori yang tinggi. Adapun warna dari ASI yang berjenis susu transisi ini lebih putih dari kolostrum

• Susu Matur

Sedangkan ASI yang keluar setelah 10 hari dan seterusnya setelah kelahiran disebut dengan susu matur. Warna dari ASI ini adalah berwarna putih kental sehingga komposisi dari ASI yang keluar dari isapan pertamanya adalah lemak dan juga karbohidrat yang lebih banyak dibandingkan dengan isapan terakhir. Inilah alasannya jangan terlalu cepat memindahkan bayi ketika sedang menyusui sebelum hisapan pada bayi habis.

Manfaat ASI ekskusif Pada Bayi

Manfaat memberikan ASI ekslusif kepada bayi adalah untuk mengurangi jenis penyakit ketika tumbuh dewasa. Pada sebuah penelitian ditemukan bahwa anak yang disusui pada saat anak anak dengan ASI ekslusif maka akan mengurangi berbagai jenis penyakit seperti obesitas, hipertensi dan juga diabetes melitus tipe 2.

Selain itu manfaat dari ASI ekslusif lainnya adalah sebagai berikut :

- ASI memberikan manfaat pada bayi karena mudah dicerna apabila ketika pencernaannya belum begitu sempurna (dibawah usia 6 bulan).
- ASI dapat menyempurnakan tumbuh kembang bayi anda.Bahkan ASI dapat membuat bayi sehat dan juga cerdas
- ASI dapat menjadi antibodi alami tubuh bayi terutama yang berhubungan dengan penyakit infeksi.
- ASI akan selalu ada pada suhu yang tepat sehingga tidak perlu dikhawatirkan akan membuat bayi terlalu panas atau dingin, bahkan komposisi dan volume ASI akan disesuaikan dengan kebutuhan bayi. Anda tidak perlu khawatir akan berkurang sampai 6 bulan

Pada sistem pencernaan bayi sampai dengan 6 bulan. ASI merupakan makanan dan minuman yang tepat untuk bayi tanpa harus diberikan makanan atau cairan tambahan. Frekuensi bayi menyusu akan terganggu apabila diberikan minuman ataupun makanan selain ASI. Sehingga usahakan tetap memberikan ASI.

Manfaat ASI Ekslusif Untuk Ibu

Memberikan ASI ekslusif pada ibu juga memberikan manfaat. Pasca persalinan ibu mengalami pendarahan akan dibantu dengan pemberian ASI ekslusif selain itu akan mempercepat pengecilan rahim semula. Kondisi ini disebabkan karena pada saat melahirkan dan segera disusukan akan membantu dalam merangsang hisapan bayi dan diteruskan ke hipofisis pars posterior yang akan mengeluarkanhormonprogesterone.Manfaat ASI eksklusif akan membantu dalam

mengembalikan tubuh ibu setelah hamil. Dengan aktivitas menyusui maka timbunan lemak pada tubuh ibu akan dipergunakan untuk membentuk ASI sehingga berat badan ibu akan kembali stabil.

Selanjutnya adalah ikatan batin antara ibu dan anak akan lebih terjaga karena ibu dapat dengan mudah mengekspresikan sayang kepada anaknya. Dengan demikian ikatan batin semakin kuat. Begitupula dengan pemulihan kesehatan ibu yang semakin cepat ketika ibu memberikan ASI ekslusif pada bayi. Manfaat untuk ibu ketika memberikan ASI eksklusif adalah dapat mengurangi risiko kanker payudara dan juga kanker ovarium. Banyak penelitian yang dilakukan untuk mengamati korelasi antara infertilitas dan tidak menyusui akan meningkatkan risiko kanker baik kanker payudara maupun kanker ovarium.

Dengan demikian penting bagi ibu untuk memberikan ASI eksklusif, yaitu memberikan ASI tanpa makanan dan cairan apapun selama minimal 4 bulan maksimal selama 6 bulan. Tidak perlu khawatir karena volume ASI akan menyesuaikan dengan kebutuhan bayi anda.

Berdasarkan tabel 39 terlihat bahwa dari jumlah bayi sebanyak 2.051 bayi baru sebanyak 1.420 bayi (69.23%) yang diberi ASI eksklusif.





5. Status Gizi Balita

Cara paling mudah untuk mengetahui status gizi balita ialah dengan melihat status berat badan mereka di Kartu Menuju Sehat (KMS). Jika berat badan anak tersebut mengikuti garis pertumbuhan (warna yang sama) atau berpindah ke warna yang ada di atasnya maka status gizi anak tersebut bisa dipastikan dalam kondisi baik. Atau melihat

Kenaikan Berat Badan Minimal (KBM) anak setiap bulan. Standar KBM setiap bulan juga tercantum di KMS.

Akan tetapi, KMS hanya menggambarkan 1 (satu) indicator dari 3 (tiga) indicator status gizi pada balita, yaitu hanya indicator BB/U (baca: berat badan menurut umur), sedangkan indicator lainnya seperti BB/TB (berat badan menurut tinggi badan) dan TB/U (tinggi badan menurut umur) tidak dapat dicover oleh KMS.

Ketiga indicator tersebut sangat penting diketahui karena anda bisa mengindetifikasi secara mendalam penyebab dari masalah gizi yang dialami oleh seorang balita, apakah kronis atau akut, sehingga memungkinkan seorang tenaga kesehatan menetapkan rencana intervensi yang tepat. Dari kompilasi data tentang status dinas kesehatan 2017 dari 18.375 banyaknya balita yang ditimbang, sebanyak 382 balita (2.08%) mengalamai BGM, mengalami kenaikan dari tahun sebelumnya, untuk balita dengan gizi buruk juga mengalamai kenaikan kasus menjadi 39 orang dan semuanya ditangani.



6. Cakupan Balita Gizi Buruk Mendapat Perawatan

Gizi buruk adalah kondisi tubuh terparah yang mengalami kekurangan gizi dalam kurun waktu yang lama (menahun). Hal ini umumnya terjadi pada anak-anak, gizi buruk pada anak seringkali disebabkan oleh kurangnya asupan makanan bergizi seimbang, di samping itu bisa juga disebabkan oleh penyakit-penyakit tertentu yang menyebabkan terganggunya proses pencernaan makanan ataupun terganggunya penyerapan zat gizi penting yang diperlukan oleh tubuh. Dalam istilah medis Gizi Buruk disebut sebagai Malnutrisi Energi Protein (MEP) Berat, MEP itu sendiri ada dua macam yaitu MEP ringan dan berat.Pada MEP ringan disebut juga sebagai gizi kurang, belum menunjukkan gejala klinis yang khas, anak yang mengalami gizi kurang hanya terlihat kurus dan gangguan pertumbuhan.Sedangkan MEP berat atau gizi buruk, anak sudah memiliki gejala-gejala klinis yang khas beserta gangguan biokimiawi dalam tubuh.Gizi buruk dikenal juga

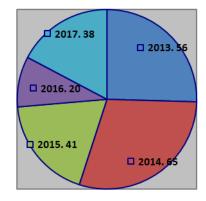
dengan sebutan Busung Lapar yang memiliki tiga bentuk klinis, yaitu Marasmus, Kwashiorkor, dan Marasmus-Kwashiorkor.

Ketika seorang mengalami masalah kekurangan gizi, maka tanda dan gejala utama yang dapat kita amati antara lain: anak terlihat kurus, pertumbuhan kurang, dan berat badannya kurang. Biasanya anak susah/tidak mau makan,kadang rewel, sering menderita sakit yang berulang, dan terkadang timbul pembengkakan pada tungkai atau bahkan seluruh tubuh.

Malnutrisi terjadi ketika tubuh tidak mendapatkan nutrisi yang cukup, baik karena asupannya yang kurang atau karena gangguan penyerapan zat nutrisi oleh tubuh. Penyebab paling umum dari kekurangan gizi pada anak-anak adalah kondisi kesehatan jangka panjang yang: menyebabkan kurangnya nafsu makan mengganggu proses normal pencernaan menyebabkan tubuh memerlukan energi yang besar.

Kasus gizi buruk yang ditemukan pada balita jauh menurun dari 41 orang di tahun 2015 menjadi 20 orang di tahun 2016, dimana anak laki laki (11 orang) lebih banyak mengalami gizi buruk dibanding balita perempuan (9 orang). Namun di Tahun 2017 terjadi lagi peningkatan kasus menjadi 38 orang, 15 anak laki-laki dan 23 anak perempuan.

Jika Anda mencurigai seorang anak mengalami gizi buruk, maka segeralah di bawa ke puskesmas atau dokter untuk dilakukan pemeriksaan status gizi anak dan menentukan faktor-faktor penyebabnya agar dapat dilakukan penanganan yang sesuai.



Grafik 4.5. Kasus Gizi Buruk Tahun 2013-2017

7. Penjaringan Kesehatan Siswa SD dan Setingkat

Anak usia sekolah merupakan sasaran strategis untuk pelaksanaan program kesehatan, selain jumlahnya yang besar mereka juga merupakan sasaran yg mudah dijangkau karena terorganisir dengan baik, dari beberapa penelitian diketahui sebagian besar anak SD dan MI masih mengalami masalah gizi yang cukup serius dan prevelansi kecacingan cukup tinggi, serta masalah kesehatan gigi dan masalah kesehatan indra penglihatan dan pendengaran masih ditemukan.

Jumlah SD di Kabupaten Tanah Datar tahun 2017 sebanyak 315 buah, 314 SD yang mendapat pelayanan kesehatan (penjaringan). Sementara jumlah murid kelas 1 SD atau setingkat tahun 2017 berjumlah 6.517 orang dan yang mendapat pelayanan kesehatan sebanyak 6.390 orang atau 98,05 %. Capaian Program penjaringan kesehatan siswa kelas 1 tahun 2017 sedikit meningkat dari tahun 2016.

V.3 KESEHATAN USIA PRODUKTIF DAN USIA LANJUT

1. Cakupan Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut (Usila)

Masalah kesehatan pada lanjut usia berawal dari kemunduran sel-sel tubuh, sehingga fungsi dan daya tahan tubuh menurun serta faktor resiko terhadap penyakit pun meningkat. Masalah kesehatan yang sering dialami lanjut usia adalah malnutrisi, gangguan keseimbangan, kebingungan mendadak, dll. Selain itu, beberapa penyakit yang sering terjadi pada lanjut usia antara lain hipertensi, gangguan pendengaran dan penglihatan, demensia, osteoporosis, dsb.

Usia lanjut adalah orang yang berumur 60 tahun keatas dan di Kabupaten Tanah Datar tahun 2017 berjumlah 51.007 orang dan mendapat pelayanan kesehatan sebanyak 25.005 orang atau 49.02%. Jika dilihat berdasarkan jender, lansia perempuan (15.760 orang) lebih banyak mendapat pelayanan kesehatan di banding laki-laki (9.245). Jika dilihat dari persentasenya, cakupan tahun 2017 sedikit menurun dibanding tahun 2016.

Kelompok lansia ini bisa memanfaatkan Posyandu Lansia untuk pemeriksaan kesehatan, senam lansia secara berkala dan mendapat penyuluhan kesehatan. Untuk meningkatkan cakupan pelayanan lansia ini perlu kerjasama yang baik antara puskesmas, tokoh masyarakat, kader Posyandu dan lintas terkait.

BAB V

PENGENDALIAN PENYAKIT

VI.1 PENGENDALIAN PENYAKIT MENULAR

Penyakit menular yang disajikan dalam profil kesehatan Kabupaten Tanah Datar antara lain penyakit malaria, TB Paru, HIV/AIDS, DBD, dan lain –lain.

a) Penyakit Tuberculosa Paru (TB Paru)

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri Mycobacterium tuberculosis. Penyakit ini dapat menyebar melalui droplet orang yang telah terinfeksi basil TB. Bersama dengan Malaria dan HIV/AIDS, TB menjadi salah satu penyakit yang pengendaliannya menjadi komitmen global dalam MDGs sekarang SDGs.

Terdapat sejumlah orang yang memiliki resiko penularan TB yang lebih tinggi. Kelompok-kelompok tersebut meliputi:

- Orang dengan sistem kekebalan tubuh yang lemah, seperti pengidap HIV/AIDS, diabetes, atau orang yang sedang menjalani kemoterapi.
- Orang yang mengalami malnutrisi atau kekurangan gizi.
- Perokok.
- Pecandu narkoba.
- Orang yang sering berhubungan dengan pengidap TB aktif, misalnya petugas medis atau keluarga pengidap.

Salah satu indikator yang digunakan dalam pengendalian TB adalah Case Detection Rate (CDR), yaitu proporsi jumlah pasien baru BTA positif yang ditemukan dan diobati terhadap jumlah pasien baru BTA positif yang diperkirakan ada dalam wilayah tersebut.

Tuberkulosis termasuk penyakit yang sulit untuk terdeteksi. Dokter biasanya menggunakan beberapa cara untuk mendiagnosis penyakit ini, antara lain :

- Rontgen dada.
- Tes Mantoux.
- Tes darah.
- Tes dahak.

Untuk mengukur keberhasilan pengobatan TB digunakan Angka Keberhasilan pengobatan (SR=Success Rate) yang mengindikasikan persentase pasien baru TB paru BTA positif yang menyelesaikan pengobatan, baik yang sembuh maupun yang menjalani

pengobatan lengkap diantara pasien baru TB paru BTA positif yang tercatat. Success Rate dapat membantu dalam mengetahui kecenderungan meningkat atau menurunnya penemuan pasien pada wilayah tersebut.

Penemuan kasus TB Paru dilakukan melalui penjaringan penderita yang dicurigai / suspek TB Paru yang berobat ke sarana kesehatan. Jumlah kasus baru meningkat dari 175 kasus di tahun 2015 menjadi 223 di tahun 2016. Jumlah seluruh kasus TB adalah 330 kasus, sementara kasus TB anak 0-14 tahun sebanyak 43 kasus. Untuk suspek tahun 2016 berjumlah 2245, persentase TB Paru terhadap suspek adalah 9.93 %.

Pada tahun 2016 BTA (+) diobati sebanyak 210 pasien, pasien sembuh 146 orang dan pasien yang melakukan pengobatan lengkap sebanyak 97 orang. Jumlah kematian selama pengobatan sebanyak 25 orang di tahun 2016, meningkat dari tahuan 2015 yaitu sebanyak 10 orang.

Ditahun 2017 sendiri terdapat penurunan kasus baru TB dibandingkan tahun 2016 dari 223 kasus menjadi 200 kasus. Jumlah seluruh kasus TB adalah 318, sementara TB pada anak 0-14 tahun sebanyak 19 kasus, juga terjadi penurunan dibandingkan tahun sebelumnya.

Untuk BTA (+) diobati ditahun 2017 sebanyak 158 orang pasien, pasien sembuh 90 orang dan yang melakukan pengobatan lengkap sebanyak 5 orang. Jumlah kematian selama pengobatan sebanyak 6 orang, menurun dibandingkan tahun sebelumnya.

Keberhasilan upaya penanggulangan TB diukur dengan kesembuhan penderita. Kesembuhan ini selain dapat mengurangi jumlah penderita, juga mencegah terjadinya penularan. Oleh karena itu, untuk menjamin kesembuhan, obat harus diminum dan penderita diawasi secara ketat oleh keluarga maupun teman sekelilingnya dan jika memungkinkan dipantau oleh petugas kesehatan agar terjamin kepatuhan penderita minum obat (Idris & Siregar, 2000). Dewasa ini upaya penanggulangan TB dirumuskan lewat DOTS (Directly Observed Treatment Shortcourse = pengobatan disertai pengamatan langsung). Pelaksanaan strategi DOTS dilakukan di sarana-sarana Kesehatan Pemerintah dengan Puskesmas sebagai ujung tombak pelaksanaan program. Pengobatan ini dilakukan secara gratis kepada golongan yang tidak mampu.

Penyakit yang tergolong serius ini dapat disembuhkan jika diobati dengan benar. Langkah pengobatan yang dibutuhkan adalah dengan mengkonsumsi beberapa jenis antibiotik dalam jangka waktu tertentu.

Sementara langkah utama untuk mencegah TB adalah dengan menerima vaksin BCG (*Bacillus Calmette-Guerin*). Di Indonesia, vaksin ini termasuk dalam daftar imunisasi wajib dan diberikan sebelum bayi berusia 2 bulan.

b) Penyakit HIV/AIDS

Perkembangan penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Tanah Datar, pada tahun 2015 terdapat 3 kasus HIV dan 1 kasus AIDS dengan jumlah kematian 1 orang. Sedangkan di tahun 2016 terjadi peningkatan kasus dimana ditemukan kasus HIV sebanyak 6 orang, kasus AIDS sebanyak 2 orang dengan jumlah kematian sebanyak 1 orang. Di Tahun 2017 terjadi penurunan kasus HIV yaitu sebanyak 3 orang, AIDS sebanyak 7 orang dengan jumlah kematian 3 orang.

Saat ini Indonesia telah digolongkan sebagai Negara dengan tingkat epidemic yang terkonsentrasi yaitu adanya prevalensi lebih dari 5% pada populasi tertentu, misalnya pada kelompok pekerja seksual komersial dan penyalahgunaan NAPZA. Tingkat epidemi ini menunjukkan tingkat perilaku beresiko yang cukup aktif menularkan didalam suatu sub populasi tertentu. Jumlah penderita HIV/AIDS dapat di gambarkan sebagai "fenomena puncak gunung es", yaitu jumlah penderita yang dilaporkan jauh lebih kecil dan pada jumlah yang sebenarnya. Hal ini berarti bahwa jumlah penderita HIV/AIDS sebenarnya lebih banyak tetapi tidak terdeteksi dan diketahui dengan pasti.

a. Diare

KLB diare adalah timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan dan atau kematian akibat penyakit diare, yang bermakna secara epidemiologis pada suatu daerah dalam kurun waktu tertentu, dan merupakan keadaan yang dapat menjurus pada terjadinya wabah.

Klasifikasi diare berdasarkan lama waktu diare terdiri dari :

i.Diare akut

Diare akut yaitu buang air besar dengan frekuensi yang meningkat dan konsistensi tinja yang lembek atau cair dan bersifat mendadak datangnya dan berlangsung dalam waktu kurang dari 2 minggu. Menurut Depkes (2002), diare akut yaitu diare yang berlangsung kurang dari 14 hari tanpa diselang-seling berhenti lebih dari 2 hari.

Berdasarkan banyaknya cairan yang hilang dari tubuh penderita, gradasi penyakit diare akut dapat dibedakan dalam empat kategori, yaitu: (1) Diare tanpa dehidrasi, (2) Diare dengan dehidrasi ringan, apabila cairan yang hilang 2-5% dari berat badan, (3) Diare dengan dehidrasi sedang, apabila cairan yang hilang berkisar 5-8% dari berat badan, (4) Diare dengan dehidrasi berat, apabila cairan yang hilang lebih dari 8-10%.

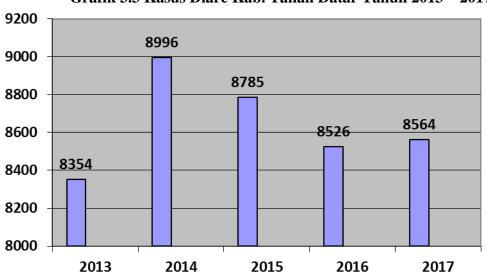
ii.Diare persisten

Diare persisten adalah diare yang berlangsung 15-30 hari, merupakan kelanjutan dari diare akut atau peralihan antara diare akut dan kronik.

iii.Diare kronik

Diare kronik adalah diare hilang-timbul, atau berlangsung lama dengan penyebab non-infeksi, seperti penyakit sensitif terhadap gluten atau gangguan metabolisme yang menurun. Lama diare kronik lebih dari 30 hari. Menurut (Suharyono, 2008), diare kronik adalah diare yang bersifat menahun atau persisten dan berlangsung 2 minggu lebih.

Untuk kasus diare di Kabupaten Tanah Datar yang tercatat melalui Profil Kesehatan, pada tahun 2017 ditemukan 8.564 kasus diare. Hal ini didapatkan adanya pemantauan petugas kesehatan di wilayah kerja puskesmas terhadap balita dengan kasus penyakit diare dan meningkatkan penyuluhan kepada masyarakat tentang gejala diare dan cara penanggulangannya dan efek jika penyakit diare tidak di tanggulangi secara benar, penyuluhan ini dilakukan secara langsung maupun melalui media promosi, antara lain Leaflet, selebaran dan lain-lain.



Grafik 3.3 Kasus Diare Kab. Tanah Datar Tahun 2013 – 2017

c) Demam Berdarah Dengue (DBD)

Jumlah kasus DBD pada 2015 sebanyak 396 kasus dengan 1 kasus meninggal. Sedangkan di tahun 2016 terjadi penurunan kasus dimana ditemukan sebanyak 268 kasus DBD dan tidak ditemukan kasus kematian. Ditahun 2017 sendiri terdapat penurunan kasus dibanding tahun sebelumnya yaitu 230 kasus dan tidak ditemukan kasus meninggal.

Untuk menghindari demam berdarah, yang harus kita lakukan adalah menghindari gigitan nyamuk pembawa virus dengue tersebut. Langkah-langkah yang bisa dilakukan adalah:

- Menggunakan baju berlengan panjang dan menutupi tubuh.
- Menggunakan *lotion* anti nyamuk.
- Menggunakan obat anti nyamuk bakar atau elektrik di dalam ruangan pada siang hari.
- Pakaikan kelambu anti nyamuk pada bayi agar tidak tergigit nyamuk.
- Pastikan tubuh Anda selalu fit, karena jika tubuh kurang fit maka akan lebih cepat terinfeksi gigitan nyamuk.

d) Kejadian Luar Biasa (KLB)

Selama tahun 2017 terdapat 2 kejadian KLB yaitu 1 gigitan hewan penular rabies dan 1 Kasus Suspect Difteri. Untuk kasus gigitan hewan rabies sendiri korban akhirnya meninggal dunia, hal ini disebabkan karena keterlambatan pengobatan dimana keluarga pasien tidak melaporkan ke fasilitas pelayanan kesehatan.

Dilihat dari kasus diatas maka pemerintah khususnya bagian pelayanan kesehatan perlu meningkatkan Program Promosi Kesehatan tentang pencegahan dan pengendalian penyakit rabies seperti sosialisasi, penyebaran media leaflet, porter, meningkatkan koordinasi dan advokasi ke lintas sektoral dalam rangka pencegahan dan pengendalian penyakit rabies melalui program rabies serta meningkatkan sistem kewaspadaan dini melalui program surveilans.

e) Filaria

Jumlah kasus filaria pada tahun 2012 di Kabupaten Tanah Datar dari kompilasi data/informasi dari 23 Puskesmas tidak ditemukan adanya kasus. Tahun 2013 dan 2014 tidak ditemukan kasus filaria. Namun di tahun 2015 ditemukan 1 kasus filariasis. Di tahun 2016 ditemukan kembali 1 (satu) kasus Filariasis. Untuk tahun 2017 tidak ditemukan kasus Filariasis.

VI.2 PENGENDALIAN PENYAKIT YANG DAPAT DICEGAH DENGAN IMUNISASI (PD3I)

Di Indonesia diperkirakan setiap tahun terjadi 5% (1,7 juta) kematian pada anak balita akibat penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I). Sementara pada tahun 1972, sesuai laporan WHO, berdasarkan hasil evaluasi kejadian penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi, diperkirakan setiap tahun sebanyak 5000 anak meninggal karena difteri dan penemuan kasus difteri terbanyak pada balita sebanyak 28.500 kasus.

Imunisasi sebagai upaya preventif yang harus dilaksanakan secara terus menerus, menyeluruh, dan dilaksanakan sesuai standar sehingga mampu memutus mata rantai penularan penyakit dan menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga bila kelak individu itu terpapar dengan penyakit tersebut tidak akan menderita sakit.

Imunisasi adalah suatu upaya atau proses untuk menimbulkan/ meningkatkan kekebalan seseorang terhadap suatu antigen sehingga bila kelak individu itu terpapar oleh antigen serupa tidak akan terjadi penyakit. Tujuan jangka panjang dari upaya pelayanan imunisasi adalah eradikasi atau eliminasi suatu penyakit. Tujuan jangka pendek adalah pencegahan penyakit secara perorangan atau kelompok. Upaya pencegahan penyakit melalui progran imunisasi lebih populer dengan sebutan Penyakit Yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I).

Pada profil kesehatan ini akan dibahas penyakit Difteri, Pertusis, Tetanus (Non Neonatorum dan Neonatorum), Campak, Polio dan Hepatitis B

a. Difteri, Portusis dan Hepatitis B, Polio

Kasus Difteri, Portusis dan Hepetitis B sejak tahun 2009 s/d tahun 2014 tidak ditemukan di Kabupaten Tanah Datar. Namun di tahun 2015 ditemukan 1 kasus Difteri. Kemudian di tahun 2017 tidak ditemukan kasus difteri. Hal ini menunjukkan bahwa program dan kegiatan bidang kesehatan yang dilakukan sudah berjalan baik dan mendapat dukungan sepenuhnya dari masyarakat.

b. Tetanus Neonatorum

Kabupaten Tanah Datar dari tahun 2009 s/d 2017 tidak ditemukan kasus Tetanus Neonatorum maupun Non Neonatorum, hal ini menunjukkan bahwa perilaku masyarakat sudah mulai membaik terkait perawatan pra maupun pasca melahirkan, kemungkinan lain meningkatnya cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan, namun secara keseluruhan CFR

masih tetap tinggi. Penanganan tetanus neonatorum tidak mudah, yang terpenting adalah usaha pencegahan yaitu pertolongan persalinan yang higienis ditunjang dengan imunisasi TT pada Ibu hamil.

c. Campak

Adalah penyakit yang disebabkan oleh virus measles, disebarkan melalui droplet bersin atau batuk dari penderita, gejala awal penyakit adalah demam, bercak kemerahan, batuk, pilek, conjunctivitis (mata merah), selanjutnya timbul ruam pada muka dan leher, kemudian menyebar ke tubuh, tangan serta kaki.

Campak memiliki gejala klinis khas yaitu terdiri dari tiga stadium yang masingmasing mempunyai ciri khusus sebagai berikut :

- Stadium masa tunas, berlangsung kira-kira 10-12 hari, suhu tubuh dapat meningkat sedikit 9-10 hari sejak mulai infeksi dan turun dalam 24 jam. Pasien dapat menularkan virus pada hari ke 9/10 setelah paparan sebelum penyakit dapat didiagnosis.
- 2. Stadium prodromal, berlangsung 3-5 hari, ditandai dengan demam ringan sampai sedang, gejala pilek, batuk yang meningkat, serta konjungtivis, kemudian ditemukan ruam kemerahan pada mukosa pipi (bercak koplik).
- Stadium akhir, dengan keluarnya ruam dari belakang telinga dan menyebar ke muka, badan, lengan, dan kaki. Ruam timbul didahului dengan suhu badan yang meningkat, kemudian normal kembali secara cepat. Selanjutnya ruam menghitam dan mengelupas.

Penularan campak sangat efektif dengan sedikit virus yang infeksius sudah dapat menimbulkan infeksi pada seseorang. Penularan campak terjadi melalui percikan ludah yang keluar dari batuk, bersin, atau pilek. Pasien campak tanpa komplikasi/ penyulit dapat berobat jalan, tanpa perawatan dirumah sakit. Anak harus diberi cukup cairan dan kalori sedangkan pengobatan bersifat simptomatik dengan pemberian antipiretik untuk menurunkan demam, obat batuk/pilek, dan penenang jika diperlukan. Sedangkan campak dengan komplikasi perlu dirawat inap dirumah sakit. Vitamin A 100.000 IU per oral diberikan satu kali apabila terdapat malnutrisi dilanjutkan 1500 IU tiap hari.

Pencegahan campak dilakukan dengan pemberian imunisasi aktif pada bayi berumur 9 bulan atau lebih. Program imunisasi campak secara luas baru dikembangkan pelaksanaannya pada tahun 1982. Di Tahun 2017 ditemukan 1 kasus campak PD3I di Kabupaten Tanah Datar dan tidak ditemukan kasus meninggal.

d. Kejadian Luar Biasa (KLB)

Selama tahun 2017 terdapat 2 kejadian KLB yaitu 1 gigitan hewan penular rabies dan 1 Kasus Suspect Difteri. Untuk kasus gigitan hewan rabies sendiri korban akhirnya meninggal dunia, hal ini disebabkan karena keterlambatan pengobatan dimana keluarga pasien tidak melaporkan ke fasilitas pelayanan kesehatan.

Dilihat dari kasus diatas maka pemerintah khususnya bagian pelayanan kesehatan perlu meningkatkan Program Promosi Kesehatan tentang pencegahan dan pengendalian penyakit rabies seperti sosialisasi, penyebaran media leaflet, porter, meningkatkan koordinasi dan advokasi ke lintas sektoral dalam rangka pencegahan dan pengendalian penyakit rabies melalui program rabies serta meningkatkan sistem kewaspadaan dini melalui program surveilans.

VI.3 PENGENDALIAN PENYAKIT TULAR VEKTOR ZOONOTIK

a. Demam Berdarah Dengue (DBD)

Jumlah kasus DBD pada 2015 sebanyak 396 kasus dengan 1 kasus meninggal. Sedangkan di tahun 2016 terjadi penurunan kasus dimana ditemukan sebanyak 268 kasus DBD dan tidak ditemukan kasus kematian. Ditahun 2017 sendiri terdapat penurunan kasus dibanding tahun sebelumnya yaitu 230 kasus dan tidak ditemukan kasus meninggal.

Untuk menghindari demam berdarah, yang harus kita lakukan adalah menghindari gigitan nyamuk pembawa virus dengue tersebut. Langkah-langkah yang bisa dilakukan adalah:

- Menggunakan baju berlengan panjang dan menutupi tubuh.
- Menggunakan *lotion* anti nyamuk.
- Menggunakan obat anti nyamuk bakar atau elektrik di dalam ruangan pada siang hari.
- Pakaikan kelambu anti nyamuk pada bayi agar tidak tergigit nyamuk.
- Pastikan tubuh Anda selalu fit, karena jika tubuh kurang fit maka akan lebih cepat terinfeksi gigitan nyamuk.

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) telah menyebar luas keseluruh wilayah propinsi. Penyakit ini sering muncul sebagai KLB dengan angka kesakitan dan kematian relative tinggi.

Angka insiden DBD secara nasional berfluktuasi dari tahun ke tahun. Pada awalnya pola epidemik terjadi setiap Lima Tahunan, namun dalam kurun waktu Lima Belas Tahun terakhir mengalami perubahan denga siklus antara 2 -5 tahunan, sedangkan angka kematian cenderung menurun. Upaya pemberantasan DBD dititik beratkan pada peggerakan potensi masyarakat untuk dapat berperan serta dalam pemberantasan sarang nyamuk (gerakan 3M), pemantauan angka bebas jentik (ABJ) serta pengenalan gejala DBD dan penanganannya di rumah tangga. Jumlah kasus DBD di Kabupaten Tanah Datar tahun 2017 sebanyak 230 kasus. Hal ini disebabkan karena terjadinya perubahan cuaca yang ekstrim sehingga meningkatkan proses kembang biak larva nyamuk dan kurangnya peran serta masyarakat dalam menjaga kebersihan lingkungan sekitar sehingga dapat menjadi tempat kembang biak larva nyamuk.

b. Penyakit Malaria

Pada tahun 2015 ditemukan 40 kasus yang terdiri dari 23 laki-laki dan 17 perempuan namun tidak ditemukan kasus meninggal. Di tahun 2016 terdapat 22 kasus yang terdiri 12 laki-laki dan 10 perempuan dan tidak ditemukan kasus meninggal dunia. Untuk tahun 2017 terdapat hanya 2 (dua) kasus Malaria dan tidak ditemukan kasus meninggal.

c. Filaria

Jumlah kasus filaria pada tahun 2012 di Kabupaten Tanah Datar dari kompilasi data/informasi dari 23 Puskesmas tidak ditemukan adanya kasus. Tahun 2013 dan 2014 tidak ditemukan kasus filaria. Namun di tahun 2015 ditemukan 1 kasus filariasis. Di tahun 2016 ditemukan kembali 1 (satu) kasus Filariasis. Untuk tahun 2017 tidak ditemukan kasus Filariasis.

VI.4 PENGENDALIAN PENYAKIT TIDAK MENULAR

Berbagai faktor risiko PTM diantaranya adalah merokok dan keterpaparan terhadap asap rokok, diet/pola makan tidak sehat, kurang aktivitas fisik, konsumsi minuman beralkohol, dan riwayat keluarga (keturunan). Adapun faktor risiko antara terjadinya PTM adalah obesitas, tekanan darah tinggi, gula darah tinggi, dan kolesterol tinggi. Program pada prinsip mengutamakan upaya pencegahan karena lebih baik dari pada pengobatan. Upaya pencegahan penyakit tidak menular lebih ditujukan kepada faktor risiko yang telah diidentifikasi. Sehubungan dengan hal tersebut, Kementerian Kesehatan telah mengembangkan program pengendalian PTM sejak tahun 2006.

Berdasarkan data Survei Indikator Kesehatan Nasional (SIRKESNAS) tahun 2016, prevalensi merokok secara nasional adalah 28,5%. Prevalensi merokok menurut jenis kelamin prevalensi pada laki-laki 59% dan perempuan 1,6%. Menurut tempat tinggal, prevalensi merokok di pedesaan dan perkotaan tidak terlalu jauh berbeda namun demikian di perdesaan sedikit lebih tinggi (29,1%) dibandingkan dengan perkotaan (27,9%). Menurut kelompok umur, prevalensi tertinggi pada usia 40-49 tahun sebesar 39,5%, sedangkan pada usia muda/ perokok pemula (≤ 18 tahun) sebesar 8,8%.

Prevalensi penduduk dengan tekanan darah tinggi secara nasional sebesar 30,9%. Prevalensi tekanan darah tinggi pada perempuan (32,9%) lebih tinggi dibanding dengan laki-laki (28,7%). Prevalensi di perkotaan sedikit lebih tinggi (31,7%) dibandingkan dengan perdesaan (30,2%). Prevalensi semakin meningkat seiring dengan pertambahan umur.

Prevalensi obesitas (Indeks Massa Tubuh atau IMT \geq 25 – 27 dan IMT \geq 27) sebesar 33,5%, sedangkan penduduk *obese* dengan IMT \geq 27 saja sebesar 20,7%. Pada penduduk yang obesitas, prevalensi lebih tinggi pada perempuan (41,4%) dibandingkan pada laki-laki (24,0%). Prevelansi lebih tinggi di perkotaan (38,3%) daripada perdesaan (28,2%). Sedangkan menurut kelompok umur, obesitas tertinggi pada kelompok umur 40-49 tahun (38,8%).

Upaya pengendalian faktor risiko PTM yang telah dilakukan berupa promosi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat melalui perilaku CERDIK, yaitu Cek kesehatan secara berkala, Enyahkan asap rokok, Rajin aktivitas fisik, Diet sehat seimbang, Istirahat yang cukup, dan Kelola stres. Cek kesehatan secara berkala yaitu pemeriksaan faktor risiko PTM dapat dilakukan melalui Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu) PTM yang ada di desa/ kelurahan, dan di Puskesmas.

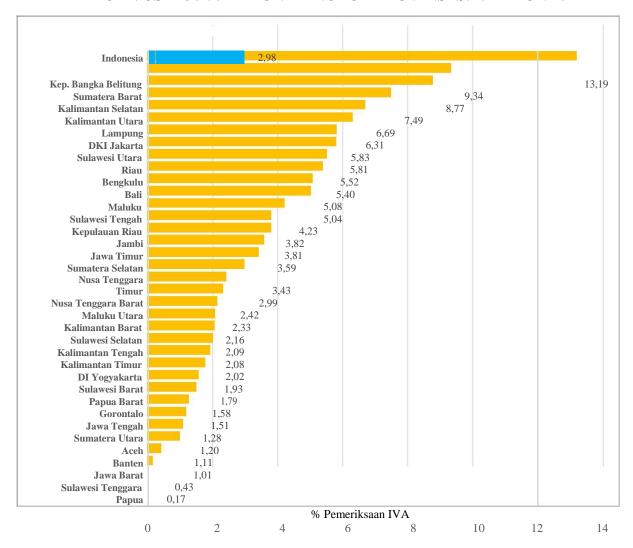
Selain itu, upaya pengendalian PTM melalui pengendalian konsumsi rokok melalui implementasi Kawasan Tanpa Rokok di Sekolah-sekolah, hal ini sebagai upaya penurunan prevalensi perokok ≤ 18 tahun. Sedangkan untuk pengaturan makanan berisiko, diterbitkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang gula, garam dan lemak dalam makanan yang dijual bebas. Upaya pengendalian PTM tidak akan berhasil jika hanya dilakukan oleh Kementerian Kesehatan tanpa dukungan seluruh jajaran lintas sektor, baik pemerintah, swasta, organisasi profesi, organisasi kemasyarakatan, bahkan seluruh lapisan masyarakata.

a. Deteksi Dini Kanker Leher Rahim Dan Payudara

Kanker payudara dan kanker leher rahim merupakan jenis kanker yang tertinggi prevalensinya pada perempuan di Indonesia. Kedua kanker ini dapat ditemukan pada tahap yang lebih dini, akan tetapi saat ini kanker lebih sering diketahui pada stadium lanjut (70%) sehingga angka kematiannya tinggi. Kanker leher rahim dapat ditemukan pada tahap sebelum kanker (lesi

prakanker) dengan metoda IVA dan papsmear. Jika ditemukan pada tahap lebih dini dapat menurunkan angka kematian dan menghemat pembiayaan kesehatan yang sangat tinggi, terutama dari kedua kanker ini.

GAMBAR 6.63
PERSENTASE PEMERIKSAAN DETEKSI DINI KANKER LEHER RAHIM DAN PAYUDARA PADA
PEREMPUAN USIA 30-50 TAHUN MENURUT PROVINSI S.D. TAHUN 2017

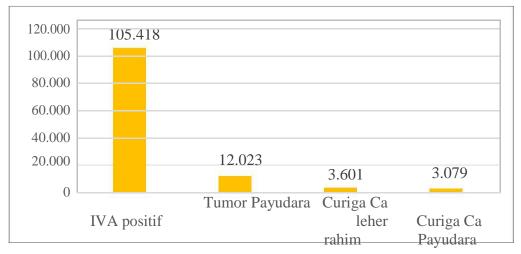


Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2018

Cakupan pemeriksaan deteksi dini kanker leher rahim dan payudara pada perempuan usia 30-50 tertinggi terdapat di Kep. Bangka Belitung yaitu sebesar 13,19%, diikuti oleh Sumatera Barat sebesar 9,34%, dan Kalimantan Selatan sebesar 8,77%. Pemeriksaan IVA menurut provinsi sampai dengan tahun 2017 lebih lengkap dapat dilihat pada Lampiran 6.41.

HASIL PEMERIKSAAN DETEKSI DINI KANKER LEHER RAHIM DAN KANKER PAYUDARA PADA

PEREMPUAN USIA 30-50 TAHUN S.D. TAHUN 2017



Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2018

Grafik di atas menggambarkan hasil pemeriksaan deteksi dini kanker leher rahim dan payudara di Indonesia, dimana sampai dengan tahun 2017 telah ditemukan 105.418 IVA positif, 12.023 tumor payudara, 3.601 curiga kanker leher rahim, dan 3.079 curiga kanker payudara.

b. Kesehatan jiwa dan napza

Jumlah Kabupaten/Kota yang Menyelenggarakan Upaya Pencegahan dan Pengendalian Masalah Penyalahgunaan NAPZA di Institusi Penerima Wajib Lapor (IPWL)

Penyalahgunaan Napza merupakan penyakit otak yang bersifat *chronic relapsing disease*. Terdapat berbagai aspek yang terkait penyalahgunaan Napza, yaitu aspek biologis, psikologis dan sosial. Secara biologis terjadi perubahan fungsi dan struktur otak pada seseorang dengan ketergantungan Napza yang dapat mempersulit proses perubahan perilaku. Dalam proses pemulihan setiap penyalahguna harus menjalani program rehabilitasi sesuai dengan kebutuhan dari masing-masing individu. Stigma yang berkembang di masyarakat dan petugas kesehatan terhadap penyalahguna Napza membuat aksesibilitas dalam rehabilitasi belum optimal. Pemerintah melalui Undang-undang dan Peraturan Pemerintah lainnya menyediakan layanan rehabilitasi bagi penyalahguna Napza melalui fasilitas pelayanan kesehatan Institusi Penerima Wajib Lapor yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan melalui Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes).



BAB VII

KEADAAN LINGKUNGAN

Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan menyatakan bahwa kesehatan lingkungan adalah upaya pencegahan penyakit dan/atau gangguan kesehatan dari faktor risiko lingkungan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat baik dari aspek fisik, kimia, biologi, maupun sosial. Sedangkan menurut WHO, kesehatan lingkungan meliputi seluruh faktor fisik, kimia, dan biologi dari luar tubuh manusia dan segala faktor yang dapat mempengaruhi perilaku manusia. Kondisi dan kontrol dari kesehatan lingkungan berpotensial untuk mempengaruhi kesehatan.

Program Lingkungan Sehat bertujuan untuk mewujudkan mutu lingkungan hidup yang lebih sehat melalui pengembangan system kesehatan kewilayahan untuk menggerakkan pembangunan lintas sektor berwawasan kesehatan.

Adapun kegiatan pokok untuk mencapai tujuan tersebut meliputi:

- a) Penyediaan Sarana Air Bersih dan Sanitasi Dasar
- b) Pemeliharaan dan Pengawasan Kualitas Lingkungan
- c) Pengendalian dampak risiko lingkungan
- d) Pengembangan wilayah sehat.

Pencapaian tujuan penyehatan lingkungan merupakan akumulasi berbagai pelaksanaan kegiatan dari berbagai lintas sektor, peran swasta dan masyarakat dimana pengelolaan kesehatan lingkungan merupakan penanganan yang paling kompleks, kegiatan tersebut sangat berkaitan antara satu dengan yang lainnya yaitu dari hulu berbagai lintas sector ikut serta berperan (Perindustrian, KLH, Pertanian, PU dll) baik kebijakan dan pembangunan fisik dan Departemen Kesehatan sendiri terfokus kepada hilirnya yaitu pengelolaan dampak kesehatan.

Untuk memperkecil resiko terjadinya penyakit atau gangguan kesehatan sebagai akibat dari lingkungan kurang sehat, dilakukan berbagai upaya peningkatan kualitas lingkungan, antara lain dengan pembinaan kesehatan lingkungan pada institusti yang

dilakukan secara berkala. Upaya yang dilakukan mencakup pemantauan dan pemberian rekomendasi terhadap aspek penyediaan fasilitas sanitasi dasar.

1. Penduduk dengan akses air minum yang layak

Air minum dan sanitasi yang layak sangat dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia. Akses air minum dan sanitasi merupakan infrastruktur dasar yang sangat penting dalam membangun manusia yang sehat. Oleh karena itu, akses terhadap air minum dan sanitasi harus diperluas.

Air adalah kebutuhan dasar yang dipergunakan sehari-hari untuk minum, memasak, mandi, berkumur, membersihkan lantai, mencuci alat-alat dapur, mencuci pakaian, dan sebagainya, Agar kita tidak terkena penyakit atau terhindar sakit. Kualitas air harus memenuhi persyaratan kesehatan air bersih dan air minum sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Sumber air minum berkualitas dengan tanpa jaringan perpipaan dibedakan menurut sumur gali terlindung, sumur gali dengan pompa, sumur bor dengan pompa, terminal air, mata air terlindung dan penampungan air hujan. Sedangkan untuk jaringan menggunakan perpipaan terdiri dari PDAM dan BPSPAM.

Data dan Hasil kompilasi per Puskesmas pada tahun 2017, jumlah sarana akses sumur gali terlindungi yang memenuhi syarat sebanyak 4.361 sarana, sarana akses sumur gali dengan pompa yang memenuhi syarat sebanyak 9.417 sarana, akses mata air terlindungi yang memenuhi syarat sebanyak 1.328 sarana, dan sarana akses penampungan air hujan yang memenuhi syarat sebanyak 1.063 sarana sehat untuk perpipaan sebanya25.347 sarana, sedangkan untuk sarana sumur bor tidak ditemukan penggunaannya sedangkan terminal air sebanyak 974 sarana. Dari semua sarana yang ada yang memenuhi syarat terdapat 272.367 penduduk yang memiliki akses air minum.

Pembangunan infrastruktur dasar air minum dan sanitasi, juga selaras dengan Gerakan Masyarakat untuk Hidup Sehat (Germas) yang telah diluncurkan sebagai upaya bersama untuk menjalankan perilaku hidup bersih dan sehat. Dengan kondisi masyarakat yang sehat akan dapat meningkatkan produktivitas masyarakat dalam menjalankan aktivitasnya sehari-hari.

2. Kepemilikan Sarana Sanitasi Dasar

Sanitasi dasar adalah sanitasi minimum yang diperlukan untuk menyediakan lingkungan sehat yang memenuhi syarat kesehatan yang menitikberatkan pada pengawasan berbagai faktor lingkungan yang mempengaruhi derajat kesehatan manusia.

Akses fasilitas sanitasi yang layak (Jamban Sehat) dimiliki oleh penduduk meliputi Komunal, Leher Angsa Plengsengan dan Cemplungan.Berdasarkan tabel 61 lampiran profil terlihat bahwa terdapat 247.193(71.32%) penduduk dengan akses sanitasi yang layak.Untuk Jamban Leher Angsa terdapat 47.566 sarana dengan jumlah penduduk pengguna sebanyak 234.291 penduduk, Jamban Plengsengan terdapat 145 sarana yang memenuhi syarat dengan jumlah penduduk pengguna sebanyak 819, dan jamban cemplung jumlah sarana yang memenuhi syarat sebanyak 1.187 dengan jumlah penduduk pengguna sebanyak 4.531, untuk jamban Komunal ditemukan sebanyak 154 sarana yang ada dengan jumlah penduduk pengguna sebanyak 7.552.

Penyediaan sarana jamban merupakan bagian dari usaha sanitasi yang cukup penting peranannya. Ditinjau dari sudut kesehatan lingkungan pembuangan kotoran yang tidak saniter akan dapat mencemari lingkungan terutama tanah dan sumber air.

3. Desa STBM

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2014 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM), yang dimaksud dengan STBM adalah pendekatan untuk mengubah perilaku higienis dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat dengan cara pemicuan. Penyelenggaraan STBM bertujuan untuk mewujudkan perilaku yang higienis dan saniter secara mandiri dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Tantangan pembangunan sanitasi di Indonesia adalah masalah sosial budaya dan perilaku penduduk yang terbiasa buang air besar (BAB) di sembarang tempat, khususnya ke badan air yang juga digunakan untuk mencuci, mandi dan kebutuhan higienis lainnya.

Dalam pelaksanaan STBM berpedoman pada lima pilar sebagai berikut.

- 1. Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBABS).
- 2. Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS).
- 3. Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga (PAMMRT).
- 4. Pengamanan Sampah Rumah Tangga (PSRT).
- 5. Pengamanan Limbah Cair Rumah Tangga (PLCRT).

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2014, strategi penyelenggaraan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) meliputi 3 (tiga) komponen yang saling mendukung satu dengan yang lain yang disebut dengan 3 Komponen Sanitasi Total yaitu:

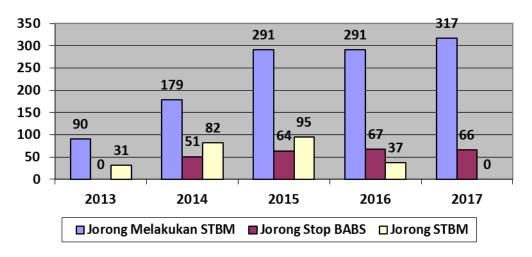
- 1. Penciptaan lingkungan yang kondusif (enabling environment);
- 2. Peningkatan kebutuhan sanitasi (demand creation);
- 3. Peningkatan penyediaan akses sanitasi (*supply improvement*);

Jumlah desa/kelurahan yang melaksanakan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat adalah jumlah kumulatif desa/kelurahan yang terverifikasi melaksanakan STBM. Jumlah kumulatif desa/kelurahan yang terverifikasi sebagai desa melaksanakan STBM adalah dengan memenuhi kriteria sebagai berikut.

- 1. Telah dilakukan pemicuan STBM (upaya untuk menuju perubahan perilaku masyarakat yang higiene dan saniter melalui pemberdayaan masyarakat dengan metode partisipatori berprinsip pada pendekatan *CLTS* (*Community-Led Total Sanitation*).
- 2. Telah memiliki *natural leader* (anggota masyarakat baik individu maupun kelompok masyarakat yang memotori gerakan STBM di masyarakat tersebut).
- 3. Telah memiliki Rencana Kerja Masyarakat (RKM).

Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) merupakan pendekatan untuk merubah perilaku higiene dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat dengan metode pemicuan. Pada tahun 2017 dari jumlah jorong yang ada sebanyak 395 terdapat317 jorong yang melaksanakan STBM atau 80.3%.

Grafik 4.8 Jorong Melakukan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Kabupaten Tanah Datar Tahun 2013 - 2017



4. Tempat – Tempat Umum

Pengawasan sanitasi tempat umum meliputi sarana pendidikan, sarana kesehatan, hotel, dan tempat umum lain.Sedangkan pengawasan tempat pengelolaan makanan (TPM) meliputi jasa boga, rumah makan/restoran, depot air minum dan makanan jajanan.

Tempat – tempat Umum (TTU) dan tempat Umum Pengelolaan Makanan (TUPM) merupakan suatu sarana yang dikunjungi banyak orang, dan berpotensi menjadi tempat penyebaran penyakit. TUPM meliputi di restoran, pasar, dan lain – lain. Sedangkan TUPM sehat adalah tempat umum dan tempat pengelolaan makanan dan minuman yang memenuhi syarat kesehatan, yaitu memiliki sarana air bersih, tempat pembuangan sampah, sarana pembuangan sampah, sarana pembuangan limbah, ventilasi yang baik, luas lantai (luas ruangan) yang sesuai dengan banyaknya pengunjung dan memiliki pecahayaan ruang yang memadai.

Pemerintah Daerah minimal wajib mengelola 2 tempat-tempat umum, yaitu:

- 1. Sarana pendidikan dasar yang dimaksud adalah Sekolah Dasar (SD/MI), Sekolah Menengah Pertama (SMP/MTs) dan yang sederajat milik pemerintah dan swasta yang terintegrasi.
- 2. Pasar rakyat yang dimaksud adalah pasar yang berlokasi permanen, ada pengelola, sebagian besar barang yang diperjual belikan yaitu kebutuhan dasar sehari-hari dengan fasilitas infrastruktur sederhana, dan dikelola oleh Pemerintah Daerah dan Badan Usaha Milik Daerah.

Di Tahun 2017 terdapat 454 Sarana pendidikan dan yang memenuhi syarat sebanyak 382 (84.14%), sarana kesehatan sebanyak 24 sarana dimana semuanya memenuhi syarat dan untuk sarana Hotel terdapat 9 buah sarana namun hanya 8 yang memenuhi syarat (88.89%).

5. Tempat Pengolahan Makanan

Sebagai salah satu jenis tempat pelayanan umum yang mengolah dan menyediakan makanan bagi masyarakat banyak, maka Tempat Pengelolaan Makanan (TPM) memiliki potensi yang cukup besar untuk menimbulkan gangguan kesehatan atau penyakit bahkan keracunan akibat dari makanan yang dihasilkannya. TPM adalah usaha pengelolaan makanan yang meliputi jasaboga atau katering, rumah makan dan restoran, depot air minum, kantin, dan makanan jajanan. Berdasarkan Kepmenkes Nomor

1098/Menkes/SK/VII/2003 tentang Persyaratan Higiene Sanitasi Rumah Makan dan Restoran, persyaratan higiene sanitasi yang harus dipenuhi meliputi:

- 1. Persyaratan lokasi dan bangunan,
- 2. Persyaratan fasilitas sanitasi,
- 3. Persyaratan dapur, rumah makan, dan gudang makanan,
- 4. Persyaratan bahan makanan dan makanan jadi,
- 5. Persyaratan pengolahan makanan,
- 6. Persyaratan penyimpanan bahan makanan dan makanan jadi,
- 7. Persyaratan penyajian makanan jadi,
- 8. Persyaratan peralatan yang digunakan.

Pelaksanaan kegiatan higiene sanitasi pangan merupakan salah satu aspek dalam menjaga keamanan pangan yang harus dilaksanakan secara terstruktur dan terukur dengan kegiatan, sasaran dan ukuran kinerja yang jelas, salah satunya dengan mewujudkan Tempat Pengelolaan Makanan yang memenuhi syarat kesehatan. TPM siap saji yang terdiri dari Rumah Makan/Restoran, Jasa Boga, Depot Air Minum, Sentra Makanan Jajanan, Kantin Sekolah yang memenuhi syarat kesehatan adalah TPM yang memenuhi persyaratan higiene sanitasi yang dibuktikan dengan sertifikat layak higiene sanitasi.

BAB VIII PENUTUP

Dalam rangka penyediaan data sistem informasi kesehatan, sejak tahun 1998 telah dikembangkan paket sajian data dan informasi oleh Pusat Data Kesehatan RI, yang masih dilaksanakan dan merupakan informasi kesehatan, lintas sektor maupun masyarakat. Meskipun upaya untuk meningkatkan penyediaan data dan informasi yang akurat, cepat terus dikembangkan namun saat ini disadari, sistem informasi kesehatan yang masih belum dapat memenuhi data dan informasi kesehatan secara menyeluruh apalagi dalam era desentralisasi pengumpulan data dan informasi dari Kabupaten/ Kota menjadi relatif lebih sulit. Hal ini berimplikasi pada kualitas data dan informasi yang disajikan dalam Profil Kesehatan Kabupaten yang diterbitkan saat ini belum sesuai dengan harapan. Walaupun demikian, diharapkan Profil Kesehatan Kabupaten dapat memberikan gambaran secara garis besar tentang seberapa jauh keadaan kesehatan masyarakat yang telah dicapai.

Walaupun Profil Kesehatan Kabupaten sering kali belum memadai, karena belum dapat menyajikan data dan informasi yang sesuai dengan harapan, namun ini merupakan salah satu publikasi data dan informasi yang meliputi data capaian SPM dan Indikator RPJMD Kabupaten Tanah Datar Tahun 2010-2015. Oleh karena itu dalam rangka meningkatkan kualitas mekanisme pengumpulan data dan informasi secara cepat untuk mengisi kekosongan data agar dapat tersedia data dan informasi khususnya yang bersumber dari Kabupaten/Kota, telah dikembangkan sistem online baik ke Propinsi maupun ke Kementerian Kesehatan.