

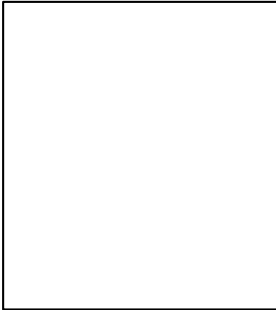
**PROFIL KESEHATAN
TAHUN 2018**



**DINAS KESEHATAN KABUPATEN BANJARNEGARA
UPTD PUSKESMAS RAKIT 2
TAHUN 2018**

© 2018 – UPTD PUSKESMAS RAKIT 2

KATA PENGANTAR



Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas selesainya penyusunan Profil Kesehatan UPTD Puskesmas Rakit 2 Tahun 2018. Terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan Profil Kesehatan ini.

Profil kesehatan merupakan salah satu media publikasi data dan informasi yang berisi situasi dan kondisi kesehatan yang cukup komprehensif. Profil kesehatan disusun berdasarkan ketersediaan data, informasi, dan indikator kesehatan yang bersumber dari UPTD Puskesmas serta jejaring dan jaringannya.

Dalam profil kesehatan Tahun 2018 ini, pembaca dapat memperoleh data dan informasi mengenai gambaran umum dan demografi, Sarana dan Pembiayaan Kesehatan, Tenaga Kesehatan, Kesehatan Keluarga, Kesehatan Lingkungan dan Pengendalian Penyakit. Data dan informasi yang ditampilkan pada profil kesehatan dapat membantu dalam mengukur capaian pembangunan bidang kesehatan di suatu wilayah kerja UPTD Puskesmas dan sebagai dasar untuk perencanaan program pembangunan kesehatan selanjutnya.

Kami menyadari masih banyak yang belum sempurna dalam penyusunan buku ini, terutama karena keterbatasan waktu, tenaga dan sumber data yang ada. Sehingga kritik dan saran senantiasa kami harapkan guna meningkatkan kualitas profil kesehatan pada tahun-tahun yang akan datang. Kami juga mohon maaf jika karena kekhilafan kami, terdapat kesalahan penulisan dalam buku profil kesehatan ini. Akhirnya, semoga Allah Yang Maha Kuasa senantiasa menyertai langkah-langkah kita. Amiin.

Rsakit, April 2019
KEPALA UPTD PUSKESMAS
RAKIT 2

dr. ERNA ASTUTY
NIP. 19710830 200012 2 001

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR GAMBAR.....	v
DAFTAR TABEL.....	vi
BAB I GAMBARAN UMUM WILAYAH DAN DEMOGRAFI	1
A. KEADAAN GEOGRAFI.....	1
B. KEPENDUDUKAN.....	2
1. Pertumbuhan Penduduk	2
2. Struktur Penduduk Menurut Golongan Umur.....	2
3. Kepadatan Penduduk.....	3
BAB II SARANA DAN PEMBIAYAAN KESEHATAN.....	4
A. PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT	4
B. PEMBIAYAAN KESEHATAN	5
BAB III SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN.....	6
A. JUMLAH TENAGA KESEHATAN	6
B. RASIO TENAGA KESEHATAN.....	8
BAB IV KESEHATAN KELUARGA	9
A. KESEHATAN IBU	10
B. KESEHATAN ANAK	23
C. GIZI.....	35
BAB V KESEHATAN LINGKUNGAN.....	42
A. STBM.....	43
B. AIR MINUM.....	44
C. AKSES SANITASI LAYAK	45
D. TEMPAT-TEMPAT UMUM (TTU)	46
E. TEMPAT PENGOLAHAN MAKANAN (TPM).....	47
BAB VI PENGENDALIAN PENYAKIT	50
A. PENYAKIT MENULAR LANGSUNG	50
B. PENYAKIT YANG DICEGAH DENGAN IMUNISASI (PD3I).....	57
C. PENYAKIT DITULARKAN VEKTOR DAN ZOOZONOSIS	59
D. PENYAKIT TIDAK MENULAR.....	62

DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.1 Angka Kematian Ibu	11
Gambar 4.2 Penyebab Kematian Ibu	Error! Bookmark not defined.
Gambar 4.3 Cakupan K1 dan K4	14
Gambar 4.4 Cakupan K4 dan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan	17
Gambar 4.5 Cakupan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan	19
Gambar 4.6 Cakupan Penanganan Komplikasi Kebidanan	21
Gambar 4.7 Peserta KB aktif	23
Gambar 4.8 Angka Kematian Bayi (AKB)	24
Gambar 4.9 Cakupan KN 1 dan KN Lengkap	27
Gambar 4.10 Penanganan Komplikasi Neonatal	28
Gambar 4.11 Cakupan Imunisasi Bayi	30
Gambar 4.12 Cakupan pemberian ASI eksklusif	36
Gambar 4.13 Cakupan Pemberian Kapsul Vitamin A Pada Balita	38
Gambar 4.14 Cakupan Penimbangan Balita	39
Gambar 4.15 Prevalensi Gizi Buruk	41
Gambar 5.1 Penduduk Yang Memiliki Akses Air Minum Yang Layak	Error!
Bookmark not defined.	
Gambar 5.2 Persentase Akses Jamban Sehat	45
Gambar 5.3 Persentase TTU Yang Memenuhi Syarat Kesehatan	47
Gambar 5.4 Persentase TPM Yang Memenuhi Syarat Kesehatan	48
Gambar 6.1 Penemuan kasus TB BTA+	52
Gambar 6.2 Angka Keberhasilan Pengobatan TB	53
Gambar 6.3 Kasus HIV dan AIDS	Error! Bookmark not defined.
Gambar 6.4 Penemuan dan Penanganan Penderita Pneumonia	55
Gambar 6.5 Angka Kesakitan (IR/Insiden Rate) DBD per 100.000 penduduk	59
Gambar 6.6 Angka Kesakitan (<i>Annual Parasite Incidence</i>) Malaria	61
Gambar 6.7 Kasus Penyakit Tidak Menular	63

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Struktur Penduduk	3
Tabel 2. Jumlah Sarana Pelayanan Kesehatan	4

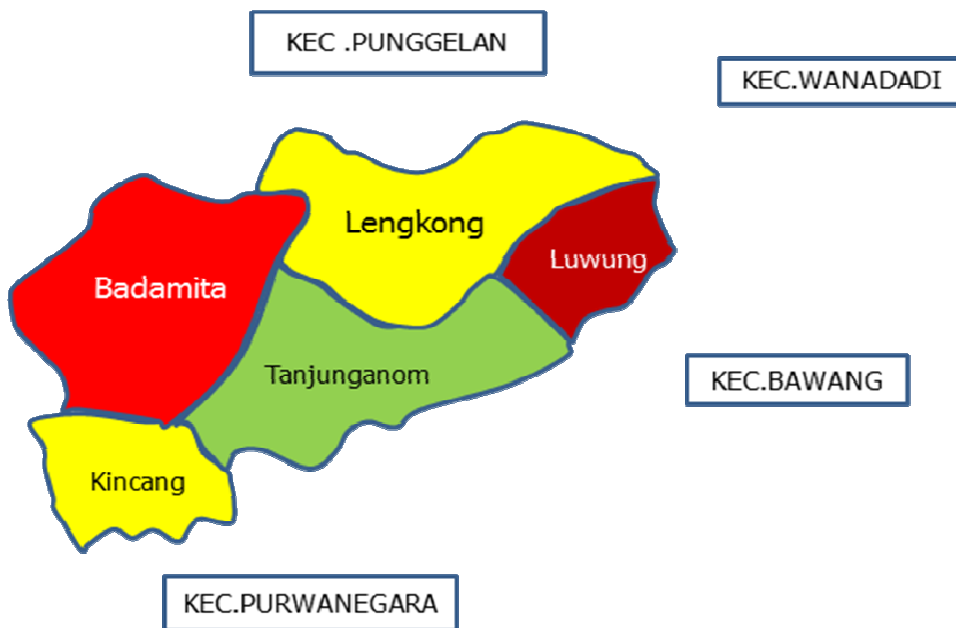
BAB I GAMBARAN UMUM WILAYAH DAN DEMOGRAFI

A. KEADAAN GEOGRAFI

Kecamatan Rakit 2 merupakan salah satu Kecamatan di Kabupaten Bajarnegara yang letaknya berada pada jarak 25 Km ke arah Barat dari Ibu Kota Kabupaten. Secara Astronomi terletak diantara $7^{\circ}.12' - 7^{\circ}.31'$ Lintang Selatan dan $109^{\circ}.29' - 109^{\circ}.45'.50''$ Bujur Timur. Dibatasi oleh:

Sebelah Utara Kecamatan Punggelan ;
Sebelah Timur Kecamatan Wanadadi.;
Sebelah Selatan Kecamatan Purwanegara; dan
Sebelah Barat Kecamatan Bukateja Kabupaten Purbalingga ;

PETA WILAYAH PUSKESMAS RAKIT 2



Dengan luas wilayah kurang lebih 14,15 Km² atau 1.812 Ha atau sekitar 1,16 % dari Luas Wilayah Kabupaten Banjarnegara.

Secara administratif Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Rakit 2 terbagi dalam 5 desa yaitu Desa Lengkong, Desa Badamita, Desa Kincang, Desa Tanjunganom dan Desa Luwung. Desa yang terluas adalah desa Lengkong dengan luas 4,42 Km² atau sekitar 24 % dari luas total Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Rakit 2. Sedangkan desa Luwung merupakan memiliki wilayah paling kecil yaitu hanya seluas 1,87 Km² atau sekitar 11 %.

B. KEPENDUDUKAN

1. Pertumbuhan Penduduk

Berdasarkan rekapitulasi data penduduk tahun 2017, jumlah penduduk di wilayah kerja UPTD Puskesmas Rakit 2 adalah 22.107 jiwa meningkat 2,14 % dibanding tahun 2018 yaitu 22.581 jiwa. Kenaikan penduduk terbesar di desa Badamita yaitu sebesar 6,05% Distribusi penduduk menurut jenis kelamin dan umur di wilayah kerja UPTD Puskesmas Rakit 2 pada tahun 2018, dengan jumlah penduduk total sebesar 22.581 jiwa, yang terdiri dari 11.311 laki-laki dan 11.270 perempuan.

2. Struktur Penduduk Menurut Golongan Umur

Melihat struktur penduduk di wilayah kerja UPTD Puskesmas Rakit 2 terjadi adanya kenaikan penduduk disemua umur. Adanya kenaikan usia produktif yaitu 15-44 tahun sebagai bonus demografi sehingga dapat mengurangi angka ketergantungan. Bonus demografi dengan peningkatan penduduk usia produktif merupakan tantangan untuk memperkuat investasi di bidang kesehatan, pendidikan maupun ketenagakerjaan. Di lain pihak, penduduk usia lanjut (65+ tahun) membutuhkan perhatian dari sektor kesehatan dalam perawatan kesehatan fisik dan kejiwaan lanjut usia (lansia) serta penanggulangan penyakit degeneratif sehingga perlu diperluas sasaran pelayanan penduduk yang tidak saja memberikan perhatian kepada bayi dan anak serta orang dewasa, tetapi juga terhadap orang tua. Adapun perbandingan

komposisi penduduk wilayah kerja UPTD Puskesmas Rakit 2 menurut kelompok umur dari tahun 2016 sampai dengan 2018 dapat dilihat pada tabel berikut:

**Tabel 1. Struktur Penduduk
UPTD Puskesmas Rakit 2 Menurut Golongan Umur
Tahun 2016-2018**

Golongan Umur (Th)	Tahun 2016	Tahun 2017	Tahun 2018
<1	306	313	300
1 – 4	1.244	1.237	1.306
5 – 14	3.307	3.377	3.497
15 – 44	10.945	10.995	10.224
45 – 64	4.614	4.615	5.037
65 ke atas	1.612	1.610	2.217
Total	22.028	22.107	22.581

3. Kepadatan Penduduk

Kepadatan penduduk di UPTD Puskesmas Rakit 2 tahun 2018 sebesar 1,59/km². Angka ini bila dibandingkan dengan tahun 2017 tidak terjadi kenaikan kepadatan yang signifikan.

Sebaran penduduk ternyata tidak merata, beberapa desa dengan angka yang cukup tinggi, yaitu desa/kelurahan Kincang sebesar 1,85/km², sedangkan desa dengan cakupan rendah yaitu desa Luwung sebesar 1,13/km².

BAB II

SARANA DAN PEMBIAYAAN KESEHATAN

Penyediaan sarana kesehatan merupakan kebutuhan pokok dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan menjadi salah satu perhatian utama pembangunan di bidang kesehatan yang bertujuan agar lapisan masyarakat dapat menikmati pelayanan kesehatan.

**Tabel 2. Jumlah Sarana Pelayanan Kesehatan
di Kabupaten Banjarnegara Tahun 2018**

No.	Jenis Sarana Pelayanan Kesehatan	Jumlah
1.	RS Pemerintah	1
2.	RS Swasta	2
3.	Puskesmas	35
3.	Laboratorium Kesehatan Daerah	1
4	Gudang Farmasi Kesehatan	1
5.	Unit Tranfusi Darah	1
5.	Klinik	14
6.	Apotek	56
7.	Toko Obat	4
8.	Jumlah Tempat Tidur Rawat Inap di Puskesmas Rumah Sakit dan klinik	761

A. PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas menyebutkan bahwa Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya Kecamatan Sehat. Selain melaksanakan tugas tersebut, Puskesmas memiliki fungsi sebagai penyelenggara Upaya Kesehatan Masyarakat

(UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) tingkat pertama serta sebagai wahana pendidikan tenaga kesehatan.

Jumlah Puskesmas di Kecamatan Rakit sebanyak 2 Puskesmas, terdiri dari UPTD Puskesmas Rakit 2 dan Rakit 2, sedangkan UPTD Puskesmas Rakit 2 mampu PONED/perawatan dan UPTD Puskesmas Rakit 2 Puskesmas non perawatan. Jumlah Puskesmas pembantu sebanyak 1 Pustu, 5 Puskesmas Keliling dan 1 ambulans.

B. PEMBIAYAAN KESEHATAN

Pada tahun 2018 Anggaran Pendapatan dan Belanja UPTD Puskesmas Rakit 2 untuk kesehatan adalah Rp. 1.456.529.000,- Dari Rp. 1.456.529.000,- terdiri dari anggaran APBD murni sebesar Rp. 235.000.000,- dan dari anggaran Kapitasi JKN sebesar Rp.601.530.000,-.

Selain dari APBD dan Kapitasi JKN juga mendapat alokasi dana dari APBN Dana Alokasi Khusus (DAK) sebesar Rp. 619.999.000,-.

BAB III

SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

Sumber daya manusia kesehatan merupakan salah satu sub sistem dalam sistem kesehatan nasional yang mempunyai peranan penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui berbagai upaya dan pelayanan kesehatan. Upaya dan pelayanan kesehatan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang bertanggung jawab, memiliki etik dan moral tinggi, keahlian dan berwenang.

Menurut Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

A. JUMLAH TENAGA KESEHATAN

Tenaga kesehatan di kelompokkan menjadi beberapa rumpun dan sub rumpun. Rumpun tenaga kesehatan menurut Undang-Undang nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan Pasal 11 adalah tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga kebidanan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, tenaga gizi, tenaga psikologi klinis, tenaga keterampilan fisik, tenaga keteknesian medis, tenaga teknik biomedika, tenaga kesehatan tradisional, dan tenaga kesehatan lain.

Tenaga Kesehatan di Puskesmas

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang pusat kesehatan Masyarakat, Puskesmas adalah fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Untuk mendukung fungsi dan tujuan puskesmas di perlukan sumber daya manusia kesehatan baik tenaga kesehatan maupun tenaga penunjang kesehatan.

Pada peraturan yang sama di pasal 16 ayat 3 di sebutkan bahwa minimal tenaga kesehatan di puskesmas terdiri dari dokter atau dokter layanan primer, dokter gigi, perawat, bidan, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, ahli

teknologi laboratorium medik, tenaga gizi dan tenaga kefarmasian. Sedangkan tenaga penunjang kesehatan harus dapat mendukung kegiatan ketatausahaan, administrasi keuangan, sistem informasi, dan kegiatan operasional lainnya.

Jumlah dan jenis tenaga kesehatan Puskesmas dihitung berdasarkan analisis beban kerja dengan mempertimbangkan beberapa hal, yaitu jumlah pelayanan yang diselenggarakan, jumlah penduduk dan persebarannya, karakteristik wilayah kerja, luas wilayah kerja, ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama lainnya di wilayah kerjanya, dan pembagian waktu saja.

Pada Puskesmas non rawat inap, minimal jumlah dokter yaitu satu orang, sedangkan pada puskesmas rawat inap minimal jumlah dokter dua orang, baik pada perkotaan, perdesaan, maupun kawasan terpencil dan sangat terpencil. Rincian lengkap mengenai Puskesmas dengan jumlah dokter dapat dilihat di tabel 72 lampiran profil kesehatan.

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. Rincian lengkap mengenai Puskesmas dengan jumlah bidan dan perawat dapat dilihat di tabel 73 lampiran profil kesehatan.

Jumlah bidan di Puskesmas non rawat inap minimal empat orang dan di Puskesmas rawat inap minimal tujuh orang. Kondisi ini merupakan standar minimal wilayah perkotaan, perdesaan, kawasan terpencil dan sangat terpencil. Rincian lengkap mengenai jumlah bidan per Puskesmas dapat di lihat pada tabel 73 lampiran profil kesehatan.

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, bahwa tenaga kesehatan di puskesmas tidak hanya tenaga medis tetapi juga tenaga promotif dan preventif untuk mendukung tugas Puskesmas dalam melaksanakan upaya kesehatan masyarakat. Dalam Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019, salah satu indikator dalam meningkatkan ketersediaan dan mutu SDM sesuai dengan standar pelayanan kesehatan yaitu jumlah Puskesmas yang memiliki lima jenis tenaga kesehatan promotif dan preventif. Tenaga Kesehatan yang dimaksud adalah tenaga kesehatan

lingkungan, tenaga kefarmasian, tenaga gizi, tenaga kesehatan masyarakat, dan analisis kesehatan.

B. RASIO TENAGA KESEHATAN

Rasio tenaga kesehatan per jumlah penduduk merupakan indikator untuk mengukur tenaga kesehatan untuk mengukur ketersediaan tenaga kesehatan untuk mencapai target pembangunan kesehatan tertentu. Berdasarkan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat Nomor 54 Tahun 2013 tentang Rencana Pengembangan Kesehatan Tahun 2015-2025, 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, rasio bidan 120 per 100.000 penduduk, tenaga kefarmasian 24 per 100.000 penduduk, tenaga kesehatan masyarakat 16 per 100.000 penduduk, tenaga gizi 14 per 100.000 penduduk dan kesehatan lingkungan 18 per 100.000 penduduk.

Jumlah dokter umum di UPTD Puskesmas Rakit 2 tahun 2018 adalah 1 dokter yang merangkap sebagai Kepala Puskesmas, jumlah dokter gigi adalah 0 dokter gigi.

Tenaga keperawatan terdiri atas tenaga perawat dan bidan. Jumlah perawat tahun 2018 adalah 6 perawat. Jumlah bidan di tahun 2018 adalah 7 bidan.

Tenaga kefarmasian terdiri atas tenaga teknis kefarmasian (analisis farmasi, asisten apoteker dan sarjana farmasi) dan apoteker. Tenaga kefarmasian di tahun 2018 sejumlah 0 orang terdiri dari teknis kefarmasian 0 orang dan apoteker 0 orang.

Tenaga kesehatan masyarakat di tahun 2018 sejumlah 3 orang. Tenaga kesehatan lingkungan di tahun 2018 sebanyak 1 orang.

Tenaga gizi meliputi tenaga nutrisisionis dan dietisen. Nutrisisionis adalah tenaga kesehatan lulus Sekolah Pembantu Ahli Gizi (SPAG), diploma III, diploma IV dan Strata 1 bidang gizi. Sedangkan dietisen adalah tenaga kesehatan lulusan diploma IV dan strata 1 bidang gizi yang telah mengikuti program internship gizi. Jumlah tenaga gizi di tahun 2018 adalah 1 tenaga gizi yang terdiri dari 1 nutrisisionis dan 0 dietisen.

BAB IV KESEHATAN KELUARGA

Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga mendefinisikan keluarga sebagai unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami istri, atau suami, istri, dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya. Di dalam keluarga terdapat dua atau lebih dari dua pribadi yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan di hidupnya dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain, dan di dalam perannya masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu kebudayaan.

Lebih jauh lagi, Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, Keluarga Berencana, dan Sistem Informasi Keluarga, menyebutkan bahwa pembangunan keluarga dilakukan dalam upaya untuk mewujudkan keluarga berkualitas yang hidup dalam lingkungan yang sehat. Selain lingkungan yang sehat, masih menurut peraturan pemerintah tersebut, kondisi kesehatan dari tiap anggota keluarga sendiri juga merupakan salah satu syarat dari keluarga yang berkualitas.

Sebagai komponen yang tidak terpisahkan dari masyarakat, keluarga memiliki peran signifikan dalam status kesehatan. Keluarga berperan terhadap optimalisasi pertumbuhan, perkembangan, dan produktivitas seluruh anggotanya melalui pemenuhan kebutuhan gizi dan menjamin kesehatan anggota keluarga. Di dalam komponen keluarga, ibu dan anak merupakan kelompok rentan. Hal ini terkait dengan fase kehamilan, persalinan dan nifas pada ibu dan fase tumbuh kembang pada anak. Hal ini yang menjadi alasan pentingnya upaya kesehatan ibu dan anak menjadi salah satu prioritas pembangunan kesehatan di Indonesia.

Ibu dan anak merupakan anggota keluarga yang perlu mendapatkan prioritas dalam penyelenggaraan upaya kesehatan, karena ibu dan anak merupakan kelompok rentan terhadap keadaan keluarga dan sekitarnya secara umum. Sehingga penilaian terhadap status kesehatan dan kinerja upaya kesehatan ibu dan anak penting untuk dilakukan.

A. KESEHATAN IBU

Keberhasilan upaya kesehatan ibu, diantaranya dapat dilihat dari indikator Angka Kematian Ibu (AKI). AKI adalah jumlah kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan, dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolaannya tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan, terjatuh, dan lain-lain disetiap 100.000 kelahiran hidup.

Indikator ini tidak hanya mampu menilai program kesehatan ibu, terlebih lagi mampu menilai derajat kesehatan masyarakat, karena sensitifitasnya terhadap perbaikan pelayanan kesehatan, baik dari sisi aksesibilitas maupun kualitas. Penurunan AKI di Indonesia terjadi sejak tahun 1991 sampai dengan 2007, yaitu dari 390 menjadi 228. Namun demikian, SDKI tahun 2012 menunjukkan peningkatan AKI yang signifikan yaitu menjadi 359 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. AKI kembali menunjukkan penurunan menjadi 305 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup berdasarkan hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015.

Angka Kematian Ibu (AKI) dihitung dari banyaknya wanita yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk kecelakaan atau kasus insidental) selama kehamilan, melahirkan dan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan lama kehamilan per 100.000 kelahiran hidup.

Kematian ibu biasanya terjadi karena tidak mempunyai akses ke pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, terutama pelayanan kegawatdaruratan tepat waktu yang dilatarbelakangi oleh terlambat mengenal tanda bahaya dan mengambil keputusan, terlambat mencapai fasilitas kesehatan, serta terlambat mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan. Selain itu penyebab kematian maternal juga tidak terlepas dari kondisi ibu itu sendiri dan merupakan salah satu dari kriteria 4 “terlalu”, yaitu terlalu tua pada saat melahirkan (>35 tahun), terlalu muda pada saat melahirkan (<20 tahun), terlalu banyak anak (>4 anak), terlalu rapat jarak kelahiran/paritas (<2 tahun).

Angka Kematian Ibu (AKI) di UPTD Puskesmas Rakit 2 tahun 2018 adalah 0/100.000 kelahiran hidup dimana secara absolut dihitung dari jumlah kematian ibu sebesar 0 kasus dengan jumlah kelahiran hidup sebesar 300 bayi lahir hidup. Angka tersebut menurun jika dibandingkan tahun 2017 yaitu sebesar 653 /100.000 kelahiran

hidup dengan jumlah kematian ibu sebesar 2 dengan kelahiran hidup sebesar 306 bayi. Dari 0 kasus kematian ibu di tahun 2018 sebanyak 0 kasus (...%) terjadi pada masa kehamilan, ... kasus (...%) terjadi pada masa persalinan dan ...% terjadi pada masa nifas.

**Tabel 4.1 Angka Kematian Ibu
(AKI) Per 100.000 Kelahiran Hidup Per Desa
Di UPTD Puskesmas Rakit 2
Tahun 2017-2018**

NO	DESA	TAHUN 2017		TAHUN 2018	
		JML KELAHIRAN HIDUP	KEMATIAN IBU	JML KELAHIRAN HIDUP	KEMATIAN IBU
1	LENGKONG	89	1	94	0
2	BADAMITA	74	1	65	0
3	KINCANG	63	0	74	0
4	TANJUNGANOM	46	0	40	0
5	LUWUNG	34	0	27	0
	JUMLAH	306	2	300	0

Sumber : Data Pengelola KIA

Secara kuantitatif maupun proporsi angka kematian ibu di UPTD Puskesmas Rakit 2 mengalami penurunan dibandingkan tahun-tahun sebelumnya, yang dapat dilihat dari angka absolute jumlah kasus kematian ibu pada tahun 2017 sebanyak 2 (120,3/100000 KH), tahun 2017 sebanyak 21 kasus (653/100.000 KH), sedangkan tahun 2018 hanya 0 kasus (0 / 100.000 KH).

Capaian kinerja yang cukup membanggakan tersebut di atas antara lain disebabkan oleh semakin tingginya kesadaran masyarakat dalam melakukan deteksi dini kegawatdaruratan dalam masa kehamilan dan persalinan, semakin tingginya komitmen aparat kesehatan dalam melakukan upaya penyelamatan ibu dan, pencegahan komplikasi, semakin meningkatnya kompetensi Tim kesehatan dalam memberikan pelayanan, semakin baiknya pemenuhan sarana prasarana alat kesehatan yang

mendukung pelayanan serta terjalinnya komunikasi yang baik melalui pengembangan jejaring pelayanan kesehatan mulai dari fasilitas pelayanan kesehatan dasar ke pelayanan rujukan.

Upaya- upaya teknis yang telah dilakukan di lapangan antara lain, siaga penuh saat musim persalinan tiba maupun waktu tertentu (lebaran, tahun baru), adanya alat-alat penunjang pelayanan kesehatan maternal dan neonatal yang baru di Puskesmas, serta adanya jalinan komunikasi melalui jejaring media sosial (whatsapp grup) untuk menyampaikan kasus – kasus kegawatdaruratan agar dapat memperoleh pelayanan dan penanganan yang tepat di Puskesmas Rakit 2.

Upaya percepatan penurunan AKI dapat dilakukan dengan menjamin agar setiap ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, seperti pelayanan kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas pelayanan kesehatan, perawatan pasca persalinan bagi ibu dan bayi, perawatan khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi, kemudahan mendapatkan cuti hamil dan melahirkan, dan pelayanan keluarga berencana. Data mengenai kematian ibu menurut kelompok umur dapat dilihat pada tabel 6 lampiran profil kesehatan.

1. Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil

Pelayanan Kesehatan ibu hamil diberikan kepada ibu hamil yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Proses ini dilakukan selama rentang usia kehamilan ibu yang dikelompokkan sesuai usia kehamilan menjadi trimester pertama, trimester kedua, dan trimester ketiga. Pelayanan kesehatan ibu hamil yang diberikan harus memenuhi elemen pelayanan sebagai berikut :

1. Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan
2. Pengukuran tekanan darah
3. Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA)
4. Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri)
5. Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus toksoid sesuai status imunisasi
6. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan
7. Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

8. Pelaksanaan temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling, termasuk keluarga berencana)
9. Pelayanan tes laboratorium sederhana, minimal tes hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan protein urin dan pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya) dan
10. Tatalaksana kasus

Selain elemen tindakan yang harus dipenuhi, pelayanan kesehatan ibu hamil juga harus memenuhi frekuensi minimal di tiap trimester, yaitu satu kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), satu kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu) dan dua kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 24 minggu sampai persalinan). Standar waktu pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan atau janin berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan.

Penilaian terhadap pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu hamil dapat dilakukan dengan melihat cakupan K1 dan K4. Cakupan K1 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal pertama kali oleh tenaga kesehatan dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Sedangkan cakupan K4 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar paling sedikit empat kali sesuai jadwal yang di anjurkan di tiap trimester dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Indikator tersebut memperlihatkan akses pelayanan kesehatan terhadap ibu hamil dan tingkat kepatuhan ibu hamil dalam memeriksakan kehamilannya ketenaga kesehatan. Cakupan pelayanan ibu hamil dapat diketahui keterjangkauan (K1) dan pemeriksaan yang berkualitas (K4) ibu hamil. Jumlah ibu hamil di UPTD Puskesmas Rakit 2 pada tahun 2018 adalah 364 dengan cakupan K1 sebesar 341 atau 93,7% menurun dibanding tahun 2017 yang sebesar 94,7% sedangkan untuk K4 cakupannya adalah 285 atau sebesar 78,3% menurun dibanding tahun 2017 yaitu 84,7%. Penurunan cakupan K4 dipengaruhi antara lain masih tingginya kejadian abortus, KTD, dan adanya ibu hamil yang tidak kontak dengan petugas kesehatan karena pergi ke luar kota mengikuti suami.

**Tabel Cakupan K1 dan K4
di UPTD Puskesmas Rakit 2 Tahun 2017-2018**

NO	DESA	K 1		K 4	
		2017	2018	2017	2018
1	LENGKONG	97	108	85	91
2	BADAMITA	81	81	81	64
3	KINCANG	78	69	56	63
4	TANJUNGANOM	48	56	45	41
5	LUWUNG	36	27	37	26
	JUMLAH	340	341	304	285

Sumber : Data Pengelola KIA

Kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu hamil tidak hanya dari sisi akses. Kualitas pelayanan yang diberikan juga harus ditingkatkan diantaranya pemenuhan semua komponen pelayanan kesehatan ibu hamil harus diberikan saat kunjungan. Keberadaan puskesmas secara ideal harus didukung dengan aksesibilitas yang baik. Hal ini tentu saja sangat berkaitan dengan aspek geografis dan kemudahan sarana dan prasarana transportasi. Dalam mendukung penjangkauan terhadap masyarakat di wilayah kerjanya, puskesmas juga sudah menerapkan konsep satelit dengan menyediakan puskesmas pembantu.

Salah satu komponen pelayanan kesehatan ibu hamil yaitu pemberian zat besi sebanyak 90 tablet (Fe³). Zat besi merupakan mineral yang dibutuhkan tubuh untuk membentuk sel darah merah (hemoglobin). Selain digunakan untuk pembentukan sel darah merah, zat besi juga berperan sebagai salah satu komponen dalam membentuk mioglobin (protein yang membawa oksigen ke otot), kolagen (protein yang terdapat pada tulang, tulang rawan, dan jaringan penyambung), serta enzim.

Zat besi memiliki peran vital terhadap pertumbuhan janin. Selama hamil, asupan zat besi harus ditambah mengingat selama kehamilan, volume darah pada tubuh ibu meningkat. Sehingga, untuk dapat tetap memenuhi kebutuhan ibu dan

menyuplai makanan serta oksigen pada janin melalui plasenta, dibutuhkan asupan zat besi yang lebih banyak. Asupan zat besi yang diberikan oleh ibu hamil kepada janinnya melalui plasenta akan digunakan janin untuk kebutuhan tumbuh kembangnya, termasuk untuk perkembangan otaknya, sekaligus menyimpannya dalam hati sebagai cadangan hingga bayi berusia 6 bulan.

Selain itu, zat besi juga membantu dalam mempercepat proses penyembuhan luka khususnya luka yang timbul dalam proses persalinan. Kekurangan zat besi sejak sebelum kehamilan bila tidak diatasi dapat mengakibatkan ibu hamil menderita anemia. Anemia merupakan salah satu risiko kematian ibu, kejadian bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR), infeksi terhadap janin dan ibu, keguguran, dan kelahiran prematur.

2. Pelayanan Imunisasi Tetanus Toksoid bagi Wanita Usia Subur dan Ibu Hamil

Salah satu penyebab kematian ibu dan kematian bayi yaitu infeksi tetanus yang disebabkan bakteri *Clostridium tetani* sebagai akibat dari proses persalinan yang tidak aman/steril atau berasal dari luka yang diperoleh ibu hamil sebelum melahirkan. *Clostridium Tetani* masuk melalui luka terbuka dan menghasilkan racun yang menyerang sistem syaraf pusat.

Sebagai upaya mengedalikan infeksi tetanus yang merupakan salah satu faktor risiko kematian ibu dan kematian bayi, maka dilaksanakan program imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bagi Wanita Usia Subur (WUS) dan ibu hamil.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Imunisasi mengamanatkan bahwa wanita usia subur dan ibu hamil merupakan salah satu kelompok populasi yang menjadi sasaran imunisasi lanjutan. Imunisasi lanjutan adalah kegiatan yang bertujuan untuk melengkapi imunisasi dasar pada bayi yang diberikan kepada anak batita, anak usia sekolah dan wanita usia subur termasuk ibu hamil.

Wanita usia subur yang menjadi sasaran imunisasi TT adalah wanita berusia antara 15-49 tahun yang terdiri dari WUS hamil (ibu hamil) dan tidak hamil. Imunisasi lanjutan pada WUS salah satunya dilaksanakan pada waktu melakukan pelayanan antenatal. Imunisasi TT pada WUS diberikan sebanyak 5 dosis dengan interval tertentu, dimulai sebelum dan atau saat hamil yang berguna bagi

kekebalan seumur hidup. Interval pemberian imunisasi TT dan lama masa perlindungan yang diberikan sebagai berikut.

- a. TT2 memiliki interval minimal 4 minggu setelah TT1 dengan masa perlindungan 3 tahun.
- b. TT3 memiliki interval minimal 6 bulan setelah TT2 dengan masa perlindungan 5 tahun.
- c. TT4 memiliki interval minimal 1 tahun setelah TT3 dengan masa perlindungan 10 tahun.
- d. TT5 memiliki interval minimal 1 tahun setelah TT4 dengan masa perlindungan 25 tahun.

Screening status imunisasi TT harus dilakukan sebelum pemberian vaksin. Pemberian imunisasi TT tidak perlu dilakukan bila hasil *screening* menunjukkan wanita usia subur telah mendapatkan imunisasi TT5 yang harus dibuktikan dengan buku KIA, rekam medis, dan atau kohort. Kelompok ibu hamil yang juga mendapatkan TT2 sampai dengan TT5 dikatakan mendapatkan imunisasi TT2+. Data mengenai imunisasi TT dapat dilihat pada tabel 30 dan 31 lampiran profil kesehatan.

3. Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin

Upaya lain yang dilakukan untuk menurunkan kematian ibu dan kematian bayi yaitu dengan mendorong agar setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih yaitu dokter spesialis kebidanan dan kandungan (SpOG), dokter umum, dan bidan, serta diupayakan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Pertolongan persalinan adalah proses pelayanan persalinan yang dimulai pada kala I sampai dengan kala IV persalinan. Keberhasilan program ini diukur melalui indikator persentase persalinan ditolong tenaga kesehatan terlatih (Cakupan PN) dan persentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan (Cakupan Pf).

**Tabel. Cakupan K4 dan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan
Per Desa di UPTD Puskesmas Rakit 2 Tahun 2017-2018**

NO	DESA	K 4		PERSALINAN NAKES	
		2017	2018	2017	2018
1	LENGKONG	85	91	88	95
2	BADAMITA	81	64	76	65
3	KINCANG	56	63	63	74
4	TANJUNGANOM	45	41	46	40
5	LUWUNG	37	26	34	27
	JUMLAH	304	285	307	301

Sumber : Data Pengelola KIA

Persalinan oleh tenaga kesehatan di UPTD Puskesmas Rakit 2 tahun 2018 sebesar 100% meningkat dibanding tahun 2017 yaitu sebesar 99,7%. Kenaikan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan ini didukung oleh keberhasilan program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) dan meningkatnya kesadaran masyarakat untuk bersalin dengan tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan. Kebijakan Kementerian Kesehatan dalam dekade terakhir menekankan agar setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan dalam rangka menurunkan kematian ibu dan kematian bayi. Penekanan persalinan yang aman adalah persalinan ditolong tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019 menetapkan persalinan di fasilitas kesehatan sebagai salah satu indikator upaya kesehatan ibu, menggantikan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.

Analisis kematian ibu yang dilakukan Direktorat Bina Kesehatan Ibu pada tahun 2010 membuktikan bahwa kematian ibu terkait erat dengan penolong persalinan dan tempat/fasilitas persalinan. Persalinan yang ditolong tenaga kesehatan terbukti berkontribusi terhadap turunnya risiko kematian ibu. Demikian pula dengan tempat/fasilitas, jika persalinan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan, juga akan semakin menekan risiko kematian ibu.

Oleh karena itu, Kementerian Kesehatan tetap konsisten dalam menerapkan kebijakan bahwa seluruh persalinan harus di tolong oleh tim tenaga kesehatan dan di dorong untuk dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Untuk daerah dengan

akses sulit upaya yang dilakukan yaitu mengembangkan program Rumah Tunggu Kelahiran. Para dukun diupayakan bermitra dengan bidan dengan hak dan kewajiban yang jelas. Pemeriksaan kehamilan dan pertolongan persalinan tidak lagi dikerjakan oleh dukun, namun dirujuk ke bidan.

Bagi ibu hamil yang di daerah tempat tinggalnya tidak ada bidan atau jauh dari fasilitas pelayanan kesehatan, maka menjelang hari taksiran persalinan diupayakan sudah berada didekat fasilitas pelayanan kesehatan, yaitu di Rumah Tunggu Kelahiran. Rumah Tunggu Kelahiran tersebut dapat berupa rumah tunggu khusus yang dikembangkan melalui pemberdayaan masyarakat maupun di rumah sanak saudara yang letak rumahnya bersekitan dengan fasilitas pelayanan kesehatan.

4. Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas

Pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan pada ibu nifas sesuai standar, yang dilakukan sekurang-kurangnya tiga kali sesuai jadwal yang dianjurkan, yaitu pada enam jam sampai tiga hari pasca persalinan, pada hari keempat sampai dengan hari ke-28 pasca persalinan, dan pada hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 pasca persalinan. Masa nifas dimulai dari enam jam sampai dengan 42 hari pasca persalinan. Jenis pelayanan kesehatan ibu nifas diberikan terdiri dari:

- a) Pemeriksaan tanda vital (tekanan darah, nadi, nafas, dan suhu)
- b) Pemeriksaan tinggi pucuk rahim (*fundus uteri*)
- c) Pemeriksaan lochia dan cairan per vaginam lain
- d) Pemeriksaan payudara dan pemberian anjuran ASI eksklusif
- e) Pemberian komunikasi, informasi, dan dukung (KIE) kesehatan ibu nifas dan bayi baru lahir, termasuk keluarga berencana
- f) Pelayanan keluarga berencana pasca persalinan

Pelayanan kesehatan ibu nifas termasuk diantaranya kegiatan *sweeping* atau kunjungan rumah bagi yang tidak datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Ibu nifas yang mendapat pelayanan kesehatan tahun 2018 sebesar 100% tetap baik dibanding tahun sebelumnya yaitu 100%.

**Tabel . Cakupan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan
dan Kunjungan Nifas di UPTD Puskesmas Rakit 2
Tahun 2017-2018**

NO	DESA	PERSALINAN NAKES		KUNJUNGAN NIFAS	
		2017	2018	2017	2018
1	LENGKONG	88	95	88	95
2	BADAMITA	76	65	76	65
3	KINCANG	63	74	63	74
4	TANJUNGANOM	46	40	46	40
5	LUWUNG	34	27	34	27
	JUMLAH	307	301	307	301

Sumber : Data Pengelola KIA

5. Pelayanan/Penanganan Komplikasi Kebidanan

Komplikasi pada proses kehamilan, persalinan dan nifas juga salah satu penyebab kematian ibu dan kematian bayi. Komplikasi kebidanan adalah kesakitan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, dan atau janin dalam kandungan, baik langsung maupun tidak langsung, termasuk penyakit menular maupun tidak menular yang dapat mengancam jiwa ibu dan atau janin. Sebagai upaya menurunkan angka kematian ibu dan kematian bayi maka dilakukan pelayanan/penanganan komplikasi kebidanan. Pelayanan/penanganan komplikasi kebidanan adalah pelayanan kepada ibu hamil, bersalin atau nifas untuk memberikan perlindungan dan penanganan definitif sesuai standar oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan.

Keberhasilan program ini dapat diukur melalui indikator cakupan penanganan komplikasi kebidanan (Cakupan PK). Indikator ini mengukur kemampuan negara dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara profesional kepada ibu (hamil, bersalin, nifas) dengan komplikasi. Pelayanan komplikasi pada ibu hamil tahun 2018 telah mencapai 100%.

Sebesar 20% dari kehamilan diprediksi akan mengalami komplikasi. Komplikasi yang tidak tertangani dapat menyebabkan kematian, namun demikian sebagian besar komplikasi dapat dicegah dan di tangani bila: 1) Ibu segera

mencari pertolongan ke tenaga kesehatan; 2) Tenaga kesehatan melakukan prosedur penanganan yang sesuai, antara lain penggunaan partograf untuk memantau perkembangan persalinan, dan pelaksanaan manajemen aktif kala III (MAK III) untuk mencegah perdarahan pasca-salin; 3) Tenaga kesehatan mampu melakukan identifikasi dini komplikasi; 4) Apabila komplikasi terjadi, tenaga kesehatan dapat memberikan pertolongan pertama dan melakukan tindakan stabilisasi pasien sebelum melakukan rujukan; 5) Proses rujukan efektif; 6) Pelayanan di RS yang cepat dan tepat.

Intervensi yang dapat dilakukan untuk menurunkan angka kematian dan kesakitan ibu dan neonatal yaitu melalui: 1) Peningkatan pelayanan antenatal yang mampu mendeteksi dan menangani kasus risiko tinggi secara memadai; 2) Pertolongan persalinan yang bersih dan aman oleh tenaga kesehatan terampil, pelayanan pasca persalinan dan kelahiran; serta 3) Pelayanan emergensi obstetrik dan neonatal dasar (PONED) dan komprehensif (PONEK) yang dapat dijangkau secara tepat waktu oleh masyarakat yang membutuhkan.

Beberapa terobosan dalam penurunan AKI dan AKB telah dilakukan, salah satunya Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) program tersebut menitik beratkan kepedulian dan peran keluarga dan masyarakat dalam melakukan upaya deteksi dini, menghindari risiko kesehatan pada ibu hamil, serta menyediakan akses dalam pelayanan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal dasar ditingkat Puskesmas (PONED) dan pelayanan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal komprehensif di Rumah Sakit (PONEK). Dalam implementasinya, P4K merupakan salah unsur dari Desa Siaga. P4K mulai diperkenalkan oleh Menteri Kesehatan pada tahun 2007. Pelaksanaan P4K di desa-desa tersebut perlu dipastikan agar mampu membantu keluarga dalam membuat perencanaan persalinan yang baik dan meningkatkan kesiapsiagaan keluarga dalam menghadapi tanda bahaya kehamilan, persalinan, dan nifas agar dapat mengambil tindakan yang tepat.

Dilakukan pula kegiatan Audit Maternal Perinatal (AMP), yang merupakan upaya dalam penilaian pelaksanaan serta peningkatan mutu pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir. Kegiatan ini dilakukan melalui pembahasan kasus kematian ibu atau bayi baru lahir sejak di level masyarakat sampai di level fasilitas pelayanan kesehatan. Salah satu hasil kajian yang di dapat dari AMP adalah kendala yang timbul dalam upaya penyelamatan ibu pada saat terjadi kegawatdaruratan maternal dan bayi baru lahir. Kajian tersebut juga menghasilkan

rekomendasi intervensi dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan ibu dan bayi di masa mendatang.

**Gambar 4.2 Cakupan Penanganan Komplikasi Kebidanan
Per Desa di UPTD Puskesmas Rakit 2 Tahun 2017-2018**

NO	DESA	KOMPLIKASI KEBIDANAN TAHUN 2017		KOMPLIKASI KEBIDANAN TAHUN 2018	
		PERKIRAAN	PENANGANAN	PERKIRAAN	PENANGANAN
1	LENGKONG	21	17	23	31
2	BADAMITA	17	16	17	28
3	KINCANG	17	5	14	25
4	TANJUNGANOM	10	3	12	6
5	LUWUNG	8	1	6	0
	JUMLAH	72	42	73	90

Sumber : Data Pengelola KIA

Pada gambar diatas dapat diketahui bahwa secara umum cakupan penanganan komplikasi kebidanan pada tahun 2018 mengalami kenaikan yang cukup tinggi dibandingkan dengan tahun 2017 dan pada tahun 2018 terjadi **kenaikan kasus komplikasi kebidanan** dibandingkan dengan **Perkiraan Kasus**. Data mengenai penanganan komplikasi kebidanan dan neonatal dapat dilihat pada tabel 33 lampiran profil kesehatan.

6. Pelayanan Kontrasepsi

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87 tahun 2014 tentang Perkembangan Kependudukan dan pembangunan keluarga, keluarga berencana, dan sistem informasi keluarga menyebutkan bahwa program Keluarga Berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas.

KB merupakan salah satu strategi untuk mengurangi kematian ibu dengan kondisi 4T; terlalu muda melahirkan (dibawah usia 20 tahun), terlalu sering melahirkan, terlalu dekat jarak melahirkan, dan terlalu tua melahirkan (diatas usia

35 tahun). Selain itu, program KB juga bertujuan untuk meningkatkan kualitas keluarga agar dapat timbul rasa aman, tentram, dan harapan masa depan yang lebih baik dalam mewujudkan kesejahteraan lahir dan kebahagiaan batin.

KB juga merupakan salah satu cara yang paling efektif untuk meningkatkan ketahanan keluarga, kesehatan, dan keselamatan ibu, anak, serta perempuan. Pelayanan KB menyediakan informasi, pendidikan, dan cara-cara bagi laki-laki dan perempuan untuk dapat merencanakan kapan akan mempunyai anak, berapa jumlah anak, berapa tahun jarak usia antara anak, serta kapan akan berhenti mempunyai anak.

Melalui tahapan konseling pelayanan KB, pasangan usia subur (PUS) dapat menentukan pilihan kontrasepsi sesuai dengan kondisi dan kebutuhannya berdasarkan informasi yang telah mereka pahami, termasuk keuntungan dan kerugian, risiko metode kontrasepsi dari petugas kesehatan. Program Keluarga Berencana (KB) dilakukan diantaranya dalam rangka mengatur jumlah kelahiran atau menjarangkan kelahiran. Sasaran program KB adalah pasangan usia subur (PUS) yang lebih dititikberatkan pada kelompok wanita usia subur (WUS) yang berada pada kisaran usia 15-49 tahun.

Sasaran pelaksanaan program KB yaitu pasangan usia subur. Pasangan usia subur (PUS) adalah pasangan suami istri yang terikat dalam perkawinan yang sah, yang istrinya berumur antara 15 sampai dengan 49 tahun. Peserta KB aktif adalah pasangan usia subur (PUS) yang saat ini menggunakan salah satu alat kontrasepsi tanpa diselingi kehamilan. Peserta KB baru adalah pasangan usia subur yang baru pertama kali menggunakan alat/cara kontrasepsi dan atau pasangan usia subur yang kembali menggunakan metode kontrasepsi setelah melahirkan/keguguran.

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, pemerintah wajib menjamin ketersediaan sarana informasi dan sarana pelayanan kesehatan reproduksi yang aman, bermutu, dan terjangkau masyarakat, termasuk Keluarga Berencana. Pelayanan kesehatan dalam Keluarga Berencana dimaksudkan untuk pengaturan kehamilan bagi pasangan usia subur untuk membentuk generasi penerus yang sehat dan cerdas. Pasangan Usia Subur bisa mendapatkan pelayanan kontrasepsi di tempat-tempat yang melayani program KB.

Pada tahun 2018 dari jumlah 4.234 Pasangan Usia Subur sebanyak 3.730 (88,1%) adalah peserta KB aktif penurunan dibanding tahun 2017 yaitu sebesar

3.751 (96,9%) sedangkan peserta KB baru sejumlah (4,5%) menurun dibanding tahun 2017 yaitu sebesar 412 (9,6%).

**Tabel. 4.3 Peserta KB aktif Per Desa
di UPTD Puskesmas Rakit 2 Tahun 2017-2018**

NO	DESA	TAHUN 2017			TAHUN 2018		
		JML PUS	PESEERTA KB AKTIF		JML PUS	PESEERTA KB AKTIF	
1	LENGKONG	1.297	1.088	83,9 %	1.235	1.056	85,5 %
2	BADAMITA	1.057	930	88 %	1.088	933	85,8 %
3	KINCANG	821	727	88,6 %	790	755	95,6 %
4	TANJUNGANOM	696	625	89,8 %	715	621	86,9 %
5	LUWUNG	403	381	94,5 %	406	365	89,9 %
	JUMLAH	4.274	3.751	87,8 %	4.234	90	88,1

Sumber : Data Pengelola KIA / KB

Kepesertaan KB aktif pada tahun 2018 terjadi peningkatan dibanding dengan tahun 2017. Hal ini membuktikan kesadaran masyarakat khususnya pasangan usia subur untuk melakukan KB cukup baik terutama dengan metode kontrasepsi jangka panjang. Data mengenai penggunaan alat kontrasepsi dapat dilihat pada tabel 35 dan 36 lampiran profil kesehatan.

B. KESEHATAN ANAK

Upaya pemeliharaan kesehatan anak ditujukan untuk mempersiapkan generasi yang akan datang yang sehat, cerdas dan berkualitas serta untuk menurunkan angka kematian anak. Upaya pemeliharaan kesehatan anak dilakukan sejak janin masih dalam kandungan, dilahirkan, setelah dilahirkan, dan sampai usia delapan belas tahun. Upaya kesehatan anak antara lain diharapkan mampu menurunkan angka kematian anak. Indikator angka kematian yang berhubungan dengan anak yakni Angka Kematian Neonatal (AKN), Angka Kematian Bayi (AKB), dan Angka

Kematian Balita (AKABA). Perhatian terhadap upaya penurunan angka kematian neonatal (0-28 hari) menjadi penting karena kematian neonatal memberi kontribusi terhadap 59% kematian bayi. Berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan (SDKI) tahun 2012, angka kematian neonatus (AKN) pada tahun 2012 sebesar 19 per 1000 kelahiran hidup. Angka ini sama dengan AKN berdasarkan SDKI tahun 2007 dan hanya menurun 1 poin dibanding SDKI tahun 2002-2003 yaitu 20 per 1000 kelahiran hidup.

Hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015 menunjukkan AKB sebesar 22,23 per 1000 kelahiran hidup, yang artinya sudah mencapai target MDG 2015 sebesar 23 per 1000 kelahiran hidup. Begitu pula dengan Angka Kematian Balita (AKABA) hasil SUPAS 2015 sebesar 26,29 per 1000 kelahiran hidup, juga sudah memenuhi target MDG 2015 sebesar 32 per 1000 kelahiran hidup.

**Tabel. 4.4 Angka Kematian Bayi (AKB)
Per 1000 Kelahiran Hidup Per Desa di UPTD Puskesmas Rakit 2
Tahun 2017-2018**

NO	DESA	TAHUN 2017		TAHUN 2018	
		JML BAYI	KEMATIAN	JML BAYI	KEMATIAN
1	LENGKONG	91	2	95	1
2	BADAMITA	76	2	65	0
3	KINCANG	65	2	74	2
4	TANJUNGANOM	47	1	40	0
5	LUWUNG	34	0	27	0
	JUMLAH	313	7	301	3

Sumber : Data Pengelola KIA

Angka Kematian Bayi (AKB) dihitung dari jumlah kematian bayi $0 \leq 12$ bulan per 1000 kelahiran hidup di suatu wilayah dalam satu tahun. Angka Kematian Bayi (AKB) di tahun 2018 adalah 9,97/1000 kelahiran hidup dimana secara absolut

dihitung dari jumlah kematian bayi sebesar 3 dengan kelahiran hidup sebesar 300 Angka Kematian Bayi (AKB) tahun 2018 **Penurunan** dibanding tahun 2017 yang hanya sebesar 22,88/1000 kelahiran hidup dengan jumlah kematian 7 kasus dari 306 kelahiran hidup.

Beberapa kondisi yang memberikan kontribusi terhadap masalah ini antara lain, kurangnya kemampuan keluarga untuk mengenali tanda bahaya pada bayi atau balita yang mengalami masalah kesehatan, masih tingginya kejadian persalinan sebelum waktunya (pre term), dan pola asuh yang kurang maksimal dari orang tua atau keluarga besar terhadap bayi dan balita. Kurangnya kemampuan mengenali tanda bahaya pada kasus kematian bayi dan balita sebagian dipicu oleh masih adanya mitos /kepercayaan yang salah di masyarakat dalam memberikan asuhan antara lain, kurangnya pengetahuan keluarga tentang perawatan bayi baru lahir dan pola asuh antara lain menjaga kehangatan bayi, pemberian makanan yang terlalu dini dan tidak dapat mengenali tanda bahaya ketika bayi mulai lemah, karena dianggap bayi sedang tidur, sehingga menunda untuk mendapat pertolongan selain itu keterbatasan pengetahuan pengasuh tentang cara menghindari anak dari bahaya (contoh anak berisiko tenggelam di kolam sekitar rumah)

Masih tingginya kejadian persalinan sebelum waktunya (preterm) sebanyak 14 kasus, menyebabkan tingginya kematian bayi lahir dengan 1 kasus bayi dengan berat badan rendah (BBLR) dengan ketidaksempurnaan fungsi organ tubuh yang penting (otak, jantung dan paru-paru). Penyebab kematian bayi yang lain adalah kejadian asfiksia / gangguan pernafasan pada bayi yaitu sebanyak 1 kasus. Penyebab tidak langsung dari masalah kematian bayi juga dipicu oleh masih tingginya kasus pernikahan dini di tingkat masyarakat, meningkatnya jumlah kasus abortus sebanyak - kasus, dan kasus KTD (kehamilan tidak diharapkan) sebanyak - kasus. Data mengenai kematian bayi menurut jenis kelamin per puskesmas dapat dilihat pada tabel 5 lampiran profil kesehatan.

1. Pelayanan Kesehatan Neonatal

Neonatus adalah bayi baru lahir yang berusia sampai dengan 28 hari. Pada masa tersebut terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan didalam rahim dan terjadi pematangan organ hampir pada semua sistem. Bayi hingga usia kurang

satu bulan merupakan golongan umur yang memiliki risiko gangguan kesehatan paling tinggi, berbagai masalah kesehatan bisa muncul. Sehingga tanpa penanganan yang tepat, bisa berakibat fatal. Beberapa upaya kesehatan dilakukan untuk mengadakan risiko pada kelompok ini diantaranya dengan mengupayakan agar persalinan dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan serta menjamin tersedianya pelayanan kesehatan sesuai standar pada kunjungan bayi baru lahir.

Cakupan Kunjungan Neonatal Pertama atau KN1 merupakan indikator yang menggambarkan upaya kesehatan yang dilakukan untuk mengurangi risiko kematian pada periode neonatal yaitu 6-48 jam setelah lahir yang meliputi, antara lain kunjungan menggunakan pendekatan Manajemen Terpadu Balita Muda (MTBM) termasuk konseling perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, pemberian vitamin K1 injeksi dan hepatitis BO injeksi bila belum diberikan.

Kunjungan neonatal pertama (KN1) adalah cakupan pelayanan kesehatan bayi baru lahir (umur 6 jam-48 jam) disatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu yang ditangani sesuai standar oleh tenaga kesehatan terlatih di seluruh sarana pelayanan kesehatan. Pelayanan yang diberikan saat kunjungan neonatal yaitu pemeriksaan sesuai standar Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) dan konseling perawatan bayi baru lahir termasuk ASI eksklusif dan perawatan tali pusat. Pada kunjungan neonatal pertama (KN1), bayi baru lahir mendapatkan vitamin K1 injeksi dan imunisasi hepatitis B0 (bila belum diberikan pada saat lahir). Cakupan kunjungan neonatal pertama (KN1) tahun 2018 sebesar 97% sama dengan tahun 2017 yang juga sebesar 100%.

Selain KN1, indikator yang menggambarkan pelayanan kesehatan bagi neonatal adalah KN lengkap yang mengharuskan agar setiap bayi baru lahir memperoleh pelayanan Kunjungan Neonatal minimal 3 kali, yaitu 1 kali pada 6-48 jam, 1 kali pada 3-7 hari, 1 kali pada 8-28 hari sesuai standar di satu wilayah kerja pada satu tahun. Cakupan KN1 dan KN lengkap tahun 2017-2018 dapat dilihat pada Tabel. 4.2.

**Tabel. 4.5 Cakupan KN 1 dan KN Lengkap Per Desa
di UPTD Puskesmas Rakit 2 Tahun 2017-2018**

NO	DESA	TAHUN 2017		TAHUN 2018	
		KN 1 %	KN LENGKAP %	KN 1 %	KN LENGKAP %
1	LENGKONG	100	101,1	100	100
2	BADAMITA	100	89,2	93,8	89,2
3	KINCANG	100	100	95,9	97,3
4	TANJUNGANOM	100	100	95	100
5	LUWUNG	100	97,1	100	96,3
	JUMLAH	100	97,4	97	96,7

Sumber : Data Pengelola KIA

2. Penanganan Komplikasi Neonatal

Neonatal dengan komplikasi adalah neonatal dengan penyakit dan atau kelainan yang dapat menyebabkan kecacatan dan atau kematian, seperti asfiksia, ikterus, hipotermia, tetanus neonatorum, infeksi/sepsis, trauma lahir, BBLR, sindroma gangguan pernafasan, dan kelainan kongenital maupun yang termasuk klasifikasi kuning dan merah pada pemeriksaan dengan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM).

Komplikasi ini sebetulnya dapat dicegah dan di tangani, namun terkendala oleh akses kepelayanan kesehatan, kemampuan tenaga kesehatan, keadaan sosial ekonomi, sistem rujukan yang belum berjalan dengan baik, terlambatnya deteksi dini, dan kesadaran orang tua untuk mencari pertolongan kesehatan.

Penanganan neonatal dengan komplikasi adalah penanganan terhadap neonatal sakit dan atau neonatal dengan kelainan atau komplikasi/kegawatdaruratan yang mendapat pelayanan yang sesuai standar oleh tenaga kesehatan (dokter, bidan, atau perawat) terlatih baik dirumah, sarana pelayanan kesehatan dasar maupun sarana pelayanan kesehatan rujukan. Pelayanan sesuai standar antara lain sesuai dengan standar MTBM, Manajemen

Asfiksia Bayi Baru Lahir, Manajemen Bayi Berat Lahir Rendah, pedoman pelayanan neonatal essensial ditingkat pelayanan kesehatan, PONED, PONEK atau standar operasional pelayanan lainnya. Penanganan komplikasi neonatal tahun 2018 adalah 36,2.% penurunan dibanding tahun 2017 yaitu 39,1%.

Perhitungan sasaran neonatus dengan komplikasi dihitung berdasarkan 15 persen dari jumlah bayi baru lahir. Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara profesional kepada neonatus dengan komplikasi.

Tabel. 4.6 Penanganan Komplikasi Neonatal Per Desa di UPTD Puskesmas Rakit 2 Tahun 2014-2018

NO	DESA	TAHUN 2017		TAHUN 2018	
		PERKIRAAN KASUS	PENANGANAN KASUS	PERKIRAAN KASUS	PENANGANAN KASUS
1	LENGKONG	14	9	17	10
2	BADAMITA	11	2	13	4
3	KINCANG	9	4	14	7
4	TANJUNGANOM	7	2	8	0
5	LUWUNG	5	1	6	0
	JUMLAH	46	18	58	21

Sumber : Data Pengelola KIA

Imunisasi

Setiap tahun lebih dari 1,4 juta anak di dunia meninggal karena berbagai penyakit yang sebenarnya dapat dicegah dengan imunisasi. Imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga bila suatu saat terpapar dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan. Beberapa penyakit menular yang termasuk kedalam Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I) antara lain TBC, Difteri, Tetanus, Hepatitis B, Pertusis, Campak, Polio, radang selaput otak, dan radang paru-paru. Anak yang telah diberi imunisasi akan

terlindungi dari berbagai penyakit berbahaya tersebut, yang dapat menimbulkan kecacatan atau kematian.

Proses perjalanan penyakit diawali ketika virus/bakteri/protozoa/jamur, masuk kedalam tubuh. Setiap makhluk hidup yang masuk kedalam tubuh manusia akan dianggap benda asing oleh tubuh atau yang disebut dengan antigen. Secara alamiah sistem kekebalan tubuh akan membentuk zat anti yang disebut antibodi untuk melumpuhkan antigen. Pada saat pertama kali antibodi berinteraksi dengan antigen, respon yang diberikan tidak terlalu kuat. Hal ini disebabkan antibodi belum mengenali antigen. Pada interaksi antibodi-antigen yang kedua dan seterusnya, sistem kekebalan tubuh sudah mengenali antigen yang masuk kedalam tubuh, sehingga antibodi yang terbentuk lebih banyak dan dalam waktu yang lebih cepat.

Proses pembentukan antibodi untuk melawan antigen secara alamiah disebut imunisasi alamiah. Sedangkan program imunisasi melalui pemberian vaksin adalah upaya stimulasi terhadap sistem kekebalan tubuh untuk menghasilkan antibodi dalam upaya melawan penyakit dengan melumpuhkan antigen yang telah dilemahkan yang berasal dari vaksin.

Program imunisasi merupakan salah satu upaya untuk melindungi penduduk terhadap penyakit tertentu. Program imunisasi diberikan kepada populasi yang dianggap rentan terjangkit penyakit menular, yaitu bayi, balita, anak-anak, wanita usia subur, dan ibu hamil.

a) Imunisasi Dasar pada Bayi

Imunisasi melindungi anak terhadap beberapa penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I). Seorang anak diimunisasi dengan vaksin yang disuntikan pada lokasi tertentu atau diteteskan melalui mulut.

Sebagai salah satu kelompok yang menjadi sasaran program imunisasi, setiap bayi wajib mendapatkan imunisasi dasar lengkap yang terdiri dari 1 dosis BCG, 3 dosis DPT-HB dan atau DPT-HB-Hib, 4 dosis polio dan 1 dosis campak. Dari imunisasi dasar lengkap yang diwajibkan tersebut, campak merupakan imunisasi yang mendapat perhatian lebih, hal ini sesuai komitmen Indonesia pada global untuk mempertahankan cakupan imunisasi campak sebesar 90% secara tinggi dan merata. Hal ini terkait dengan realita bahwa

campak adalah salah satu penyebab utama kematian pada balita. Dengan demikian pencegahan campak memiliki peran signifikan dalam penurunan angka kematian balita. Cakupan masing-masing jenis imunisasi uptd Puskesmas Rakit 2 Tahun 2018 adalah sebagai berikut: Hepatitis B neonatus (100%), (BCG (102%), DPT-HB-Hib 3 (101,7%), HB 1/DPTHB 1 (91%), Polio 4 (100%), dan Campak (100%).

Gambar 4.7 Cakupan Imunisasi Bayi Per Desa di UPTD Puskesmas Rakit 2 Tahun 2017-2018

NO	DESA	TAHUN 2017					TAHUN 2018				
		HB 0	BCG	HB1/ DPT1	HB3/ DPT3	CAM PAK	HB 0	BCG	HB1/ DPT1	HB3/ DPT3	CAM PAK
1	LENGK	100	94	94,4	94,4	84,4	100	101	83	98,9	97,9
2	BDT	100	93	104,1	100	93,2	100	112	112,3	133,8	112,3
3	KINCANG	100	100	100	101,6	100	100	84	77	77	75,7
4	TJA	100	93	89,1	82,6	87	100	125	102,5	102,5	125
5	LUWUNG	100	106	91,2	82,4	82	100	100	88,9	100	107,4
6	PUSK	100	96	96,7	94,1	89,9	100	102	91	101,7	100

Sumber : Data Pengelola Surveillance dan Imunisasi

b) Angka *Drop Out* Cakupan Imunisasi DPT/HB1-Campak

Imunisasi dasar pada bayi seharusnya diberikan pada anak sesuai dengan umurnya. Pada kondisi ini diharapkan sistem kekebalan tubuh dapat bekerja secara optimal. Namun demikian, pada kondisi tertentu beberapa bayi tidak mendapatkan imunisasi dasar secara lengkap. Kelompok inilah yang disebut dengan *drop out* (DO) imunisasi. Bayi yang mendapatkan imunisasi DPT/HB1 pada awal pemberian imunisasi, namun tidak mendapatkan imunisasi campak, disebut angka *drop out* DPT/HB1-Campak. Indikator ini diperoleh dengan menghitung selisih penurunan cakupan imunisasi campak terhadap cakupan imunisasi DPT/HB1. Angka *drop out* imunisasi DPT/HB1-

Campak pada tahun 2018 adalah -9,89% menurun dibanding tahun 2017 sebesar 7,09%. DO rate DPT/HB1-Campak diharapkan agar tidak melebihi 5%.

c) **Desa/Kelurahan UCI (*Universal Child Immunization*)**

Indikator lain yang diukur untuk menilai keberhasilan pelaksanaan imunisasi yaitu *Universal Child Immunization* (UCI) desa/kelurahan. Desa/kelurahan UCI adalah gambaran suatu desa/kelurahan dimana lebih dari 80% dari jumlah bayi (0-11 bulan) yang ada di desa/kelurahan tersebut sudah mendapat imunisasi dasar lengkap. Pada tahun 2018 seluruh desa di UPTD Puskesmas Rakit 2 telah mencapai UCI (persentase desa/kelurahan UCI adalah 100%)

3. Pelayanan Kesehatan Anak Usia Sekolah

Mulai masuk sekolah merupakan hal penting bagi tahap perkembangan anak. Banyak masalah kesehatan terjadi pada anak usia sekolah, misalnya pelaksanaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) seperti menggosok gigi dengan baik dan benar, mencuci tangan menggunakan sabun, karies gigi, kecacingan, kelainan refraksi atau ketajaman penglihatan dan masalah gizi. Pelayanan kesehatan pada anak termasuk pula intervensi pada anak usia sekolah.

Anak usia sekolah merupakan sasaran yang strategis untuk pelaksanaan program kesehatan, karena selain jumlahnya yang besar, mereka juga merupakan sasaran yang mudah dijangkau karena terorganisir dengan baik. Sasaran dari pelaksanaan kegiatan ini diutamakan untuk siswa SD/ sederajat kelas satu. Pemeriksaan kesehatan dilakukan oleh tenaga kesehatan bersama tenaga lainnya yang terlatih (guru UKS/UKGS dan dokter kecil). Tenaga kesehatan yang dimaksud yaitu tenaga medis, tenaga keperawatan atau petugas puskesmas lainnya yang telah dilatih sebagai tenaga pelaksana UKS/UKGS. Guru UKS/UKGS adalah guru kelas atau guru yang ditunjuk sebagai pembina UKS/UKGS disekolah dan telah dilatih tentang UKS/UKGS. Dokter kecil adalah kader kesehatan sekolah yang biasanya berasal dari murid kelas 4 dan 5 SD dan setingkat yang telah mendapatkan pelatihan dokter kecil. Hal ini dimaksudkan agar pembelajaran tentang kebersihan dan kesehatan gigi bisa dilaksanakan sedini mungkin. Kegiatan ini dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan siswa tentang

pentingnya menjaga kesehatan gigi dan mulut pada khususnya dan kesehatan tubuh serta lingkungan pada umumnya.

Upaya kesehatan pada kelompok ini yang dilakukan melalui penjangkaran kesehatan terhadap murid SD/MI kelas satu juga menjadi salah satu indikator yang dievaluasi keberhasilannya. Kegiatan penjangkaran kesehatan selain untuk mengetahui secara dini masalah-masalah kesehatan anak sekolah sehingga dapat dilakukan tindakan secepatnya untuk mencegah keadaan yang lebih buruk, juga untuk memperoleh data atau informasi dalam menilai perkembangan kesehatan anak sekolah umum maupun untuk dijadikan pertimbangan dalam menyusun perencanaan, pemantauan dan evaluasi kegiatan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS).

Melalui penjangkaran kesehatan siswa SD dan setingkat diharapkan dapat menapis atau menjaring anak yang sakit dan melakukan tindakan intervensi secara dini, sehingga anak yang sakit menjadi sembuh dan anak yang sehat tidak tertular menjadi sakit. Capaian penjangkaran murid kelas 1 SD/setingkat pada tahun 2018 adalah 99,4 meningkat/menurun dibanding tahun 2017 sebesar 95%. Data penjangkaran kesehatan peserta didik kelas I secara rinci dapat dilihat pada tabel 49 lampiran profil kesehatan.

4. Pelayanan Kesehatan pada Kasus Kekerasan terhadap Anak (KIA)

Menurut Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, yang dimaksud dengan anak adalah seseorang yang belum berusia delapan belas tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan. Semua anak mempunyai hak untuk mendapatkan perlindungan. Perlindungan anak adalah segala kegiatan untuk menjamin dan melindungi anak dan hak-haknya agar dapat hidup, tumbuh, berkembang dan berpartisipasi, serta mendapat perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi.

Organisasi Kesehatan Dunia/WHO mendefinisikan kekerasan terhadap anak sebagai semua bentuk tindakan/perlakuan menyakitkan secara fisik ataupun emosional, penyalahgunaan seksual, penelantaran, eksploitasi, komersial atau lainnya yang mengakibatkan cedera/kerugian nyata ataupun potensial terhadap kesehatan anak, kelangsungan hidup anak, tumbuh kembang anak atau martabat anak, yang dilakukan dalam konteks hubungan tanggungjawab.

Menurut KOMNAS Perlindungan Anak (2006), pemicu kekerasan terhadap anak diantaranya yaitu 1) Kekerasan dalam rumah tangga, yaitu dalam keluarga terjadi kekerasan yang melibatkan baik pihak ayah, ibu dan saudara yang lainnya. Anak sering kali menjadi sasaran kemarahan orang tua, 2) Disfungsi keluarga, yaitu peran orang tua tidak berjalan sebagaimana seharusnya. Adanya disfungsi peran ayah sebagai pemimpin keluarga dan peran ibu sebagai sosok yang membimbing dan menyayangi, 3) Faktor ekonomi, yaitu kekerasan timbul karena tekanan ekonomi. 4) Pandangan keliru tentang posisi anak dalam keluarga. Orang tua menganggap bahwa anak adalah seseorang yang tidak tahu apa-apa. Dengan demikian pola asuh apapun berhak dilakukan oleh orang tua. Disamping itu, kekerasan pada anak terinspirasi dari tayangan televisi maupun media-media lainnya yang tersebar di lingkungan masyarakat.

Dalam bidang kesehatan, pemerintah melakukan intervensi dalam bentuk penyediaan akses pelayanan kesehatan bagi korban kekerasan pada anak yang terdiri dari pelayanan ditingkat dasar melalui puskesmas. Pendekatan pelayanan kesehatan KtA di puskesmas dilakukan melalui tiga aspek yaitu melalui tiga aspek yaitu meliputi aspek medis (pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang), mediko legal (*visum et repertum*) dan psikososial (rumah aman). Penatalaksanaan kasus merupakan multidisiplin dengan melibatkan lembaga pelayanan kesehatan, lembaga perlindungan anak, lembaga bantuan hukum, aparat penegak hukum dan lembaga sosial lainnya yang terbentuk dalam mekanisme kerja jejaring.

Pelayanan kesehatan lebih difokuskan pada upaya promotif dan preventif seperti penyuluhan mengenai dampak KtA terhadap tumbuh kembang anak baik secara fisik maupun psikologis di sekolah melalui program UKS dan di tingkat masyarakat memberikan penyuluhan kepada ibu-ibu PKK dan lain-lain. Selain itu, puskesmas juga memberikan pelayanan kuratif yaitu penanganan darurat medis, pelayanan rehabilitatif dengan memberikan konseling. Pelayanan rujukan mediko legal dan psikososial.

Program KtA diarahkan untuk menyediakan akses pelayanan kesehatan secara komprehensif di pelayanan tingkat dasar dan rujukan. Target puskesmas mampu tata laksana KtA adalah setiap Kabupaten/kota memiliki minimal dua puskesmas mampu tata laksana KtA. Kriterianya adalah memiliki tenaga terlatih

tata laksana kasus KtA (dokter atau dokter gigi dan perawat atau bidan) dan melakukan pelayanan rujukan kasus KtA.

Pada tahun 2015 target program perlindungan kesehatan anak yaitu puskesmas mampu tata laksana KtA dengan indikator tiap Kabupaten/kota memiliki minimal empat puskesmas yang mampu tata laksana kasus KtA. Pada tahun 2018 semua Puskesmas di Kabupaten Banjarnegara mampu tata laksana kasus KtA.

Pada Pasal 108 KUHAP ayat (3) dinyatakan bahwa setiap pegawai negeri dalam rangka melaksanakan tugasnya yang mengetahui tentang terjadinya peristiwa yang merupakan tindak pidana wajib segera melaporkan hal itu kepada penyidik atau penidik. Untuk itu, telah dibuat Permenkes Nomor 68 Tahun 2013 tentang Kewajiban Pemberi Layanan Kesehatan untuk memberikan informasi atas adanya dugaan kekerasan terhadap anak. Diharapkan dengan Permenkes ini, tenaga kesehatan dapat bekerja lebih profesional.

5. Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)

Salah satu upaya kesehatan anak yang ditetapkan melalui Instruksi Presiden yaitu Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas. Program ini mulai dikembangkan pada tahun 2003 yang bertujuan khusus untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan remaja tentang kesehatan reproduksi dan perilaku hidup sehat serta memberikan pelayanan kesehatan berkualitas kepada remaja.

Setiap Kabupaten/kota minimal memiliki empat puskesmas mampu tata laksana PKPR. Pada tahun 2018 semua Puskesmas di Kabupaten Banjarnegara merupakan Puskesmas mampu tatalaksana PKPR.

Puskesmas yang memiliki program PKPR memberikan layanan baik di dalam maupun di luar gedung yang ditujukan bagi kelompok remaja berbasis sekolah ataupun masyarakat. Hal ini dilakukan agar layanan yang diberikan dapat menjangkau semua kelompok remaja (usia 10-18 tahun). Kriteria yang ditetapkan bagi Puskesmas yang mampu laksana PKPR yaitu :

1. Melakukan pembinaan pada minimal satu sekolah (sekolah umum, sekolah berbasis agama) dengan melaksanakan kegiatan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) di sekolah binaan minimal dua kali dalam setahun;

2. Melatih kader kesehatan remaja di sekolah minimal sebanyak 100% dari jumlah murid di sekolah binaan; dan
3. Memberikan pelayanan konseling pada semua remaja yang memerlukan konseling yang kontak dengan petugas PKPR.

Layanan PKPR merupakan pendekatan yang komprehensif dan menekankan pada upaya promotif/preventif berupa pembekalan kesehatan dan peningkatan keterampilan psikososial dengan Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat (PKHS). Layanan konseling menjadi ciri dari PKPR mengingat permasalahan remaja yang tidak hanya berhubungan dengan fisik tetapi juga psikososial. Upaya penjangkauan terhadap kelompok remaja juga dilakukan melalui kegiatan Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE), *Focus Group Discussion* (FGD), dan penyuluhan di sekolah-sekolah dan kelompok remaja lainnya.

Fenomena *peer groups* (kelompok sebaya) juga menjadi perhatian pada program PKPR. Oleh karena itu, program ini juga memberdayakan remaja sebagai konselor sebaya yang diharapkan mampu menjadi agen pengubah (*agent of change*) di kelompoknya. Konselor sebaya ini sangat potensial karena adanya kecenderungan pada remaja untuk memilih teman sebaya sebagai tempat berdiskusi dan rujukan informasi.

Selain pemberian informasi, edukasi, dan kegiatan seperti disebutkan diatas, pelayanan kesehatan sekolah ini meliputi pemeriksaan kesehatan, pemeriksaan perkembangan kecerdasan, pemberian imunisasi, penemuan kasus-kasus dini yang mungkin terjadi, pengobatan sederhana, pertolongan pertama serta rujukan bila menemukan kasus yang tidak dapat ditanggulangi di sekolah.

C. GIZI

Pada subbab gizi ini akan dibahas upaya peningkatan gizi balita yaitu pemberian ASI eksklusif, cakupan pemberian kapsul vitamin A pada balita 6-59 tahun bulan, cakupan penimbangan balita di posyandu serta penemuan dan penanganan gizi buruk. Selain itu pada subbab ini juga dibahas tingkat kecukupan energi dan protein pada balita, lansia juga pada penduduk serta keseluruhan.

1. Pemberian ASI Eksklusif

Air Susu Ibu (ASI) eksklusif berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012 adalah ASI yang diberikan kepada bayi sejak dilahirkan selama enam bulan, tanpa menambahkan dan/atau mengganti dengan makanan atau minuman lain (kecuali obat, vitamin, dan mineral).

ASI mengandung kolostrum yang kaya akan antibodi karena mengandung protein untuk daya tahan tubuh dan pembunuh kuman dalam jumlah tinggi sehingga pemberian ASI eksklusif dapat mengurangi risiko kematian pada bayi. Kolostrum berwarna kekuningan dihasilkan pada hari pertama sampai hari ketiga. Hari keempat sampai hari kesepuluh ASI mengandung immunoglobulin, protein, dan laktosa lebih sedikit dibandingkan kolostrum tetapi lemak dan kalori lebih tinggi dengan warna susu lebih putih. Selain mengandung zat-zat makanan, ASI juga mengandung zat penyerap berupa enzim tersendiri yang tidak akan mengganggu enzim di usus. Susu formula tidak mengandung enzim sehingga penyerapan makanan tergantung pada enzim yang terdapat di usus bayi.

Tabel 4.8 Cakupan pemberian ASI eksklusif Per Desa di UPTD Puskesmas Rakit 2 Tahun 2017-2018

NO	DESA	TAHUN 2017		TAHUN 2018	
		JML BAYI	ASI EKSKLUSIF %	JML BAYI	ASI EKSKLUSIF %
1	LENGKONG	89	34,8	94	44,7
2	BADAMITA	74	39,2	65	55,4
3	KINCANG	63	41,3	74	47,3
4	TANJUNGANOM	46	37	40	60
5	LUWUNG	34	41,2	27	59,3
	PUSKESMAS	306	38,2	300	51

Sumber : Data Pengelola KIA

Cakupan pemberian ASI eksklusif pada bayi usia 0-6 bulan tahun 2018 sebesar 51% meningkat dibanding tahun 2017 yaitu sebesar 38,2%. Dengan meningkatnya jumlah kelas ibu menyusui yang didukung dana APBD Kabupaten dan Bantuan Operasional Kesehatan cakupan pemberian ASI eksklusif juga semakin meningkat. Permasalahan terkait pencapaian cakupan ASI Eksklusif antara lain :

- a. Pemasaran susu formula masih gencar dilakukan untuk bayi 0-6 bulan yg tidak ada masalah medis
- b. Masih banyaknya perusahaan yang mempekerjakan perempuan tidak memberi kesempatan bagi ibu yang memiliki bayi 0-6 bulan untuk melaksanakan pemberian ASI secara eksklusif. Hal ini terbukti dengan belum tersedianya ruang laktasi dan perangkat pendukungnya.
- c. Sikap dan perilaku ibu menyusui untuk memberikan ASI eksklusif masih rendah
- d. Belum semua desa ada kelas ibu menyusui.

Data mengenai cakupan pemberian ASI eksklusif dapat dilihat pada tabel 39 lampiran profil kesehatan.

2. Cakupan Pemberian Kapsul Vitamin A Balita Usia 6-59 Bulan

Vitamin A adalah salah satu zat gizi penting yang larut dalam lemak, disimpan dalam hati, dan tidak dapat diproduksi oleh tubuh sehingga harus dipenuhi dari luar tubuh.

Kekurangan Vitamin A (KVA) dapat menurunkan sistem kekebalan tubuh balita serta meningkatkan risiko kesakitan dan kematian. Kekurangan Vitamin A juga merupakan penyebab utama kebutaan pada anak yang dapat dicegah.

Dalam lampiran Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2015 dinyatakan bahwa untuk mengurangi risiko kesakitan dan kematian pada balita dengan kekurangan vitamin A, pemerintah menyelenggarakan kegiatan pemberian Vitamin A dalam bentuk kapsul vitamin A biru 100.000 IU bagi bayi usia enam sampai dengan sebelas bulan, kapsul vitamin A merah 200.000 IU untuk anak balita usia dua belas sampai dengan lima puluh sembilan bulan, dan ibu nifas.

**Tabel. 4.9 Cakupan Pemberian Kapsul Vitamin A Pada Balita
Per Desa di UPTD Puskesmas Rakit 2 Tahun 2017-2018**

NO	DESA	TAHUN 2017		TAHUN 2018	
		BAYI 6-11 BLN	BALITA 12-59 BLN	BAYI 6-11 BLN	BALITA 12-59 BLN
1	LENGKONG	100 %	100 %	100 %	100 %
2	BADAMITA	100 %	100 %	100 %	100 %
3	KINCANG	100 %	100 %	100 %	100 %
4	TANJUNGANOM	100 %	96,55 %	100 %	95 %
5	LUWUNG	100 %	100 %	100 %	98%
	PUSKESMAS	100 %	99,48 %	100 %	99 %

Sumber : Data Pengelola GIZI

Sumber : Data Pengelola Kesehatan Keluarga dan Gizi

Pada tahun 2018 cakupan pemberian Vitamin A pada balita 6-59 bulan di sebesar 99% menurun dibanding tahun 2017 sebesar 99,48% dari target SPM tahun 2018 sebesar 100%. Besarnya cakupan Vitamin A antara lain disebabkan kondisi geografis dan keterjangkauan akses menuju lokasi posyandu dalam pendistribusian Vitamin A.

Menurut Panduan Manajemen Suplementasi Vitamin A, pemberian suplementasi Vitamin A diberikan kepada seluruh balita umur 6-59 bulan secara serentak melalui posyandu yaitu; bulan Februari atau Agustus pada bayi umur 6-11 bulan serta bulan Februari dan Agustus pada anak balita 12-59 bulan.

Tidak semua kegiatan di wilayah tersebut dilaporkan, termasuk kegiatan *sweeping* pemberian kapsul Vitamin A oleh tenaga kesehatan. Capaian pemberian Vitamin A pada bayi, anak balita, dan balita secara rinci dapat dilihat pada tabel 44 lampiran profil kesehatan.

3. Cakupan Penimbangan Balita di Posyandu (D/S)

Cakupan penimbangan balita di posyandu (D/S) adalah jumlah balita yang ditimbang di seluruh posyandu yang melapor disatu wilayah kerja pada kurun

waktu tertentu dibagi jumlah seluruh balita yang ada di seluruh posyandu yang melapor disatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

Peran serta masyarakat dalam penimbangan balita menjadi sangat penting dalam deteksi dini kasus gizi kurang dan gizi buruk. Dengan rajin menimbang balita, maka pertumbuhan balita dapat dipantau secara intensif. Sehingga bila berat badan anak tidak naik ataupun jika ditemukan penyakit akan dapat segera dilakukan upaya pemulihan dan pencegahan supaya tidak menjadi gizi kurang atau gizi buruk. Penanganan yang cepat dan tepat sesuai tata laksana kasus anak gizi buruk akan mengurangi risiko kematian sehingga angka kematian akibat gizi buruk dapat ditekan. Tindak lanjut dari hasil penimbangan selain penyuluhan juga pemberian makanan tambahan dan pemberian suplemen gizi.

Gizi buruk dapat terjadi pada semua kelompok umur, tetapi yang perlu lebih diperhatikan yaitu pada kelompok bayi dan balita. Pada usia 0-2 tahun merupakan masa tumbuh kembang yang optimal (*golden period*) terutama untuk pertumbuhan janin sehingga bila terjadi gangguan pada masa ini tidak dapat dicukupi pada masa berikutnya dan akan berpengaruh negatif pada kualitas generasi penerus.

Gambar 4.10 Cakupan Penimbangan Balita Per Desa di UPTD Puskesmas Rakit 2 Tahun 2017-2018

NO	DESA	TAHUN 2017		TAHUN 2018	
		JML BALITA	D / S %	JML BALITA	D / S %
1	LENGKONG	375	86	458	87,8
2	BADAMITA	279	80,5	332	86,6
3	KINCANG	200	88,5	326	88,9
4	TANJUNGANOM	307	87,8	199	86,1
5	LUWUNG	124	84,8	143	90,4
	PUSKESMAS	1.285	85,5	1.458	87,7

Sumber : Data Pengelola GIZI

Cakupan penimbangan balita menunjukkan peningkatan dari tahun ke tahun. Hal ini membuktikan posyandu semakin dimanfaatkan oleh masyarakat untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan balitanya serta meningkatnya kesadaran dan peran serta masyarakat untuk aktif dalam kegiatan posyandu. Peningkatan kualitas posyandu harus didukung oleh sarana prasarana dan tenaga kesehatan sebagai pendamping.

Diperlukan upaya untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam menimbang balitanya karena cakupan penimbangan balita belum mencapai 90% dari jumlah balita yang terdaftar di posyandu yang melapor. Sedangkan balita yang tidak dapat ditimbang di Posyandu dapat dicapai melalui penjarangan (*sweeping*) oleh tenaga kesehatan kerumah balita. Selain itu peningkatan keterampilan petugas (kader) posyandu untuk mendeteksi status gizi balita juga perlu ditingkatkan.

4. Penemuan dan Penanganan Gizi Buruk

Pendataan gizi buruk di Banjarnegara didasarkan pada 2 kategori yaitu dengan indikator membandingkan berat badan dengan umur (BB/U) dan kategori kedua adalah membandingkan berat badan dengan tinggi badan (BB/TB). Skrining pertama dilakukan di posyandu dengan membandingkan berat badan dengan umur melalui kegiatan penimbangan, jika ditemukan balita yang berada di bawah garis merah (BGM) atau dua kali tidak naik (2T), maka dilakukan konfirmasi status gizi dengan menggunakan indikator berat badan menurut tinggi badan. Jika ternyata balita tersebut merupakan kasus buruk, maka segera dilakukan perawatan gizi buruk sesuai pedoman di posyandu dan puskesmas. Jika ternyata terdapat penyakit penyerta yang berat dan tidak dapat ditangani di Puskesmas maka segera dirujuk ke rumah sakit.

Berdasarkan penimbangan balita di posyandu dengan metode BB/TB pada tahun 2018 ditemukan 3 kasus gizi buruk meningkat/menurun jika dibandingkan tahun 2017 dimana terdapat 5 balita gizi buruk. Kasus gizi buruk yang dimaksud ditentukan berdasarkan perhitungan berat badan menurut tinggi badan balita $Zscore < -3$ standar deviasi (balita sangat kurus).

**Tabel 4. 11 Prevalensi Gizi Buruk Per Desa
di UPTD Puskesmas Rakit 2 Tahun 2017-2018**

NO	DESA	TAHUN 2017		TAHUN 2018	
		JML BALITA	GIZI BURUK	JML BALITA	GIZI BURUK
1	LENGKONG	375	2	458	3
2	BADAMITA	279	2	332	1
3	KINCANG	200	5	326	3
4	TANJUNGANOM	307	0	199	0
5	LUWUNG	124	0	143	0
	PUSKESMAS	1.285	9	1.458	7

Sumber : Data Pengelola GIZI

Data mengenai gizi buruk dapat dilihat pada tabel 48 lampiran profil kesehatan.

BAB V

KESEHATAN LINGKUNGAN

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

Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan menyatakan bahwa kesehatan lingkungan adalah upaya pencegahan penyakit dan 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 berpotensi untuk mempengaruhi kesehatan.

Lingkungan merupakan faktor yang sangat berpengaruh terhadap derajat kesehatan masyarakat, disamping perilaku dan pelayanan kesehatan. Program Lingkungan Sehat bertujuan untuk mewujudkan mutu lingkungan hidup yang lebih sehat melalui pengembangan sistem kesehatan kewilayahan untuk menggerakkan pembangunan lintas sektor berwawasan kesehatan. Adapun kegiatan pokok untuk mencapai tujuan tersebut adalah melaksanakan : (1) Pengawasan kualitas air dan sanitasi dasar; (2) Pengawasan Hygiene dan Sanitasi Tempat Tempat Umum (TTU); (3) Pengawasan Hygiene dan Sanitasi Tempat Pengolahan Makanan (TPM).

Indikator sasaran kegiatan pengawasan kualitas air dan sanitasi dasar meliputi : (1) Desa yang melaksanakan STBM; (2) Proporsi Penduduk Akses Air Minum; (3) Proporsi Penduduk Akses Jamban Sehat. Sedangkan indikator sasaran kegiatan Pengawasan Hygiene dan Sanitasi TTU dan TPM meliputi : (1) Proporsi TTU memenuhi syarat; (2) Proporsi TPM memenuhi syarat; (3) Proporsi Puskesmas yang

ramah lingkungan; (4) Proporsi Rumah Sakit yang ramah lingkungan; (5) Proporsi Pengelolaan Sampah Rumah Tangga memenuhi syarat; (6) Proporsi Pengelolaan Limbah Cair Rumah Tangga memenuhi syarat. Pencapaian dari masing-masing indikator sasaran adalah sebagai berikut :

A. STBM

Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) adalah Pendekatan untuk mengubah perilaku higiene dan sanitasi meliputi 5 pilar yaitu tidak buang air besar (BAB) sembarangan, mencuci tangan pakai sabun, mengelola air minum dan makanan yang aman, mengelola sampah rumah tangga dengan benar, mengelola limbah cair rumah tangga dengan aman melalui pemberdayaan masyarakat dengan metode pemicuan.

Indikator bahwa suatu Desa/Kelurahan dikatakan sebagai Desa/Kelurahan STBM adalah Desa/Kelurahan tersebut telah mencapai 5 (lima) Pilar STBM.

Indikator bahwa suatu desa/kelurahan dikatakan telah melaksanakan STBM adalah : (1) Minimal telah ada intervensi melalui Pemicuan di salah satu dusun dalam desa/kelurahan tersebut; (2) Ada masyarakat yang bertanggung jawab untuk melanjutkan aksi intervensi STBM seperti disebutkan pada poin pertama, baik individu (natural leader) ataupun bentuk kelompok masyarakat; (3) Sebagai respon dari aksi intervensi STBM, kelompok masyarakat menyusun suatu rencana aksi kegiatan dalam rangka mencapai komitmen perubahan perilaku pilar STBM, yang telah disepakati bersama.

Adanya dukungan yang besar dari pemerintah bersinergi dengan keberhasilan program ini. Kecukupan alokasi anggaran yang cukup, koordinasi dan kerjasama dengan lintas sektor, lembaga swadaya masyarakat, sosialisasi yang intensif tentang STBM termasuk jamban murah melalui kegiatan wirausaha sanitasi serta melakukan monitoring dan evaluasi secara ketat dan terus menerus akan meningkatkan pencapaian program ini. Diwilayah kerja UPTD Puskesmas Rakit 2 belum ada desa yang mencapai pilar STBM , tetapi untuk kegiatan kegiatan yang dilakukan untuk mencapai 5 pilar STBM sudah dilakukan, seperti Pemicuan disetiap Dusun, menggalang kerja sama lintas Program dan lintas sector, termasuk dukungan anggaran dari desa untuk mencapai desa STBM, hal tersebut karena kondisi

geografis dan lahan pekarangan yang telah digunakan sebagai kolam ikan sehingga sulit untuk membuat septik tank.

B. AIR MINUM

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 492/MENKES/PER/IV/2010 tentang Persyaratan Kualitas Air Minum, air minum adalah air yang melalui proses pengolahan atau tanpa proses pengolahan yang memenuhi syarat kesehatan dan dapat langsung diminum. Pada Permenkes tersebut juga disebutkan bahwa penyelenggara air minum wajib menjamin air minum yang diproduksinya aman bagi kesehatan. Dalam hal ini penyelenggara air minum diantaranya adalah Badan Usaha Milik Negara (BUMN)/Badan Usaha Milik Daerah (BUMD), koperasi, badan usaha swasta, usaha perorangan, kelompok masyarakat dan individual yang menyelenggarakan penyediaan air minum.

Air minum yang aman bagi kesehatan adalah air minum yang memenuhi persyaratan secara fisik, mikrobiologis, kimia dan radioaktif. Secara fisik air minum yang sehat tidak berbau, tidak berasa, tidak berwarna serta memiliki total zat padat terlarut, kekeruhan dan suhu sesuai ambang batas yang ditetapkan. Secara mikrobiologis air minum yang sehat harus bebas dari bakteri *E. Coli* dan total bakteri koliform. Secara kimiawi, zat kimia yang terkandung dalam air minum seperti besi, aluminium, klor, arsen dan lainnya harus di bawah ambang batas yang ditentukan. Secara radioaktif, kadar *gross alpha activity* tidak boleh melebihi 0,1 becquerel per liter (Bq/l) dan kadar *gross beta activity* tidak boleh melebihi 1 Bq/l.

Jenis sarana akses air minum yang dipantau meliputi: Sumur Gali (SGL) Terlindung, SGL dengan Pompa, Sumur Bor dengan Pompa, Terminal Air (TA), Mata Air Terlindung, Penampungan Air Hujan (PAH), Perpipaan BPSPAM (PP.BPSPAM).

Untuk menjaga kualitas air minum yang dikonsumsi masyarakat dilakukan pengawasan kualitas air minum secara eksternal dan secara internal. Pengawasan kualitas air minum secara eksternal merupakan pengawasan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten. Pengawasan kualitas air minum secara internal merupakan pengawasan yang dilaksanakan oleh penyelenggara air minum untuk menjamin kualitas air minum yang diproduksi memenuhi syarat. Kegiatan pengawasan kualitas air minum meliputi inspeksi sanitasi, pengambilan sampel air,

pengujian kualitas air, analisis hasil pemeriksaan laboratorium, rekomendasi dan tindak lanjut.

Penduduk yang memiliki akses air bersih tahun 2018 sebesar 90,3% meningkat/menurun dibanding tahun 2017 yaitu sebesar 64%. Data mengenai penduduk dengan akses berkelanjutan terhadap air minum berkualitas dapat dilihat pada tabel 59 lampiran profil kesehatan.

C. AKSES SANITASI LAYAK

Sanitasi yang baik merupakan elemen penting yang menunjang kesehatan manusia. Sanitasi berhubungan dengan kesehatan lingkungan yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Buruknya kondisi sanitasi akan berdampak negatif di banyak aspek kehidupan, mulai dari turunnya kualitas lingkungan hidup masyarakat, tercemarnya sumber air minum bagi masyarakat, meningkatnya jumlah kejadian diare dan munculnya beberapa penyakit.

Berdasarkan konsep dan definisi MDGs rumah tangga memiliki akses sanitasi layak apabila fasilitas sanitasi yang digunakan memenuhi syarat kesehatan antara lain dilengkapi dengan leher angsa, tanki septic (septic tank), Sistem Pengelolaan Air Limbah (SPAL) yang digunakan sendiri atau bersama.

**Tabel. 5.1 Persentase Akses Jamban Sehat Per Desa
UPTD Puskesmas Rakit 2 Tahun 2017-2018**

NO	DESA	TAHUN 2017		TAHUN 2018	
		JML PDDK	JAMBAN SEHAT %	JML PDDK	JAMBAN SEHAT %
1	LENGKONG	7.022	35,4	7.090	50,83
2	BADAMITA	4.929	58,6	5.277	53,86
3	KINCANG	4.141	9,4	4.166	16,13
4	TANJUNGANOM	3.803	12,4	3.810	14,07
5	LUWUNG	2.212	20,8	2.238	26,27
	PUSKESMAS	22.107	30,3	22.581	36,57

Sumber : Data Pengelola P2PL

Jumlah penduduk dengan akses sanitasi layak atau jamban sehat tahun 2018 adalah sebesar 8,288 (36,57%) meningkat dibanding tahun 2017 yaitu 6.693 (30,3%). Jenis sanitasi dasar yang dipantau sebagai akses jamban sehat meliputi jamban komunal, leher angsa, plengsengan dan cemplung.

Metode pembuangan tinja yang baik yaitu dengan menggunakan jamban dengan syarat sebagai berikut :

1. Tidak mencemari sumber air minum. Letak lubang penampungan kotoran paling sedikit berjarak 10 meter dari sumur air minum (sumur pompa tangan, sumur gali, dan lain-lain). Tetapi kalau keadaan tanahnya berkapur atau tanah liat yang retak-retak pada musim kemarau, demikian juga bila letak jamban di sebelah atas dari sumber air minum pada tanah yang miring, maka jarak tersebut hendaknya lebih dari 15 meter;
2. Tidak berbau dan tinja tidak dapat dijamah oleh serangga maupun tikus. Untuk itu tinja harus tertutup rapat misalnya dengan menggunakan leher angsa atau penutup lubang yang rapat;
3. Air seni, air pembersih dan air penggelontor tidak mencemari tanah di sekitarnya, untuk itu lantai jamban harus cukup luas paling sedikit berukuran 1×1 meter, dan dibuat cukup landai/miring ke arah lubang jongkok;
4. Mudah dibersihkan, aman digunakan, untuk itu harus dibuat dari bahan-bahan yang kuat dan tahan lama dan agar tidak mahal hendaknya dipergunakan bahan-bahan yang ada setempat;
5. Dilengkapi dinding dan atap pelindung, dinding kedap air dan berwarna terang;
6. Cukup penerangan;
7. Lantai kedap air;
8. Luas ruangan cukup, atau tidak terlalu rendah;
9. Ventilasi cukup baik;
10. Tersedia air dan alat pembersih.

D. TEMPAT-TEMPAT UMUM (TTU)

Tempat-Tempat Umum (TTU) adalah tempat atau sarana umum yang digunakan untuk kegiatan masyarakat dan diselenggarakan oleh pemerintah/swasta atau perorangan, antara lain pasar, sekolah, fasyankes, terminal, stasiun, bandara, pelabuhan, bioskop, hotel dan tempat umum lainnya

**Gambar 5.2 Persentase TTU Yang Memenuhi Syarat Kesehatan
Per Desa Di UPTD Puskesmas Rakit 2 Tahun 2017-2018**

NO	DESA	TAHUN 2017		TAHUN 2018	
		JML TTU	MEMENUHI SYARAT KES	JML TTU	MEMENUHI SYARAT KES
1	LENGKONG	10	70 %	10	70 %
2	BADAMITA	6	83,3 %	6	83,3 %
3	KINCANG	5	40 %	4	75 %
4	TANJUNGANOM	4	75 %	4	75 %
5	LUWUNG	3	66,7 %	3	66,7 %
	PUSKESMAS	28	67,9 %	27	74,1 %

Sumber : Data Pengelola P2PL

Persentase tempat tempat umum yang memenuhi syarat pada tahun 2018 yaitu 74,1 % cenderung meningkat dibanding tahun 2017 yaitu 67,9 % tetapi masih perlu upaya pembinaan dan pengawasan yang lebih intensif agar kenaikan menjadi signifikan. Pengawasan Tempat Tempat Umum meliputi sarana pendidikan, kesehatan dan perkantoran.

TTU yang memenuhi syarat kesehatan adalah tempat dan fasilitas umum minimal sarana pendidikan dan pasar rakyat yang memenuhi syarat kesehatan. TTU dinyatakan sehat apabila memenuhi persyaratan fisiologis, psikologis dan dapat mencegah penularan penyakit antar pengguna, penghuni dan masyarakat sekitarnya. Tahun 2018 dari 27 tempat-tempat umum yang ada yang memenuhi syarat kesehatan ada 20 (74,1%) meningkat dari tahun 2017 yaitu sebesar 19 (67,9%). Data mengenai tempat-tempat umum yang memenuhi syarat kesehatan dapat dilihat pada tabel 63 lampiran profil kesehatan.

E. TEMPAT PENGOLAHAN MAKANAN (TPM)

Tempat pengelolaan makanan (TPM) adalah usaha pengelolaan makanan yang meliputi jasaboga atau katering, rumah makan dan restoran, depot air minum, kantin, dan makanan jajanan. Persentase TPM memenuhi syarat dapat dilihat pada tabel 5.4.

**Tabel. 5.3 Persentase TPM Yang Memenuhi Syarat Kesehatan
Di UPTD Puskesmas Rakit 2 Tahun 2017-2018**

NO	DESA	TAHUN 2017		TAHUN 2018	
		JML TTM	MEMENUHI SYARAT KES	JML TTM	MEMENUHI SYARAT KES
1	LENGKONG	6	50 %	10	30 %
2	BADAMITA	5	40 %	5	20 %
3	KINCANG	5	60 %	5	60 %
4	TANJUNGANOM	3	33,33 %	3	33,33 %
5	LUWUNG	7	42,86 %	7	14,29 %
	PUSKESMAS	26	46,15	30	30 %

Sumber : Data Pengelola P2PL

TPM dinyatakan sehat sesuai dengan 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 (TPM) yang memenuhi syarat kesehatan. Dari 30 tempat pengelolaan makanan tahun 2018 yang memenuhi higiene sanitasi adalah 9 tempat (30%) menurun dibanding tahun 2017 sebesar 46,15%. Data

mengenai tempat pengolahan makanan (TPM) dapat dilihat pada tabel 64 lampiran profil kesehatan.

BAB VI PENGENDALIAN PENYAKIT

Pengendalian penyakit adalah upaya penurunan insiden, prevalens, morbiditas atau mortalitas dari suatu penyakit hingga level yang dapat diterima secara lokal. Angka kesakitan dan kematian penyakit merupakan indikator dalam menilai derajat kesehatan suatu masyarakat.

Pengendalian penyakit yang akan di bahas Bab ini yaitu pengendalian penyakit menular, meliputi penyakit menular langsung, penyakit yang dapat dikendalikan dengan imunisasi, penyakit yang di tularkan melalui vektor dan zoonosis, dan dampak kesehatan akibat bencana.

A. PENYAKIT MENULAR LANGSUNG

1. Tuberkulosis

Tuberkulosis merupakan penyakit yang menjadi perhatian global. Dengan berbagai upaya pengendalian yang dilakukan, insidens dan kematian akibat tuberkulosis telah menurun, namun tuberkulosis diperkirakan masih menyerang 9,6 juta orang dan menyebabkan 1,2 juta kematian pada tahun 2014. India, Indonesia, dan China merupakan negara dengan penderita tuberkulosis terbanyak. (WHO, Global Tuberculosis Report, 2015).

Tuberculosis (TB) merupakan penyakit menular yang di sebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Sumber penularan yaitu pasien TB BTA (Bakteri Tahan Asam) positif melalui percik relik dahak yang di keluarkannya. TB dengan BTA negatif juga masih memiliki kemungkinan menularkan penyakit TB meskipun dengan tingkat penularan yang kecil.

Beban penyakit yang di sebabkan oleh tuberkulosis dapat diukur dengan Case Notifikation Rate (CNR), prevalensi, dan mortalitas/kematian. Penemuan pasien merupakan langkah pertama dalam kegiatan tatalaksana pasien TB. Penemuan dan penyembuhan pasien TB menular, secara bermakna dapat menurunkan kesakitan dan kematian akibat TB, penularan TB di masyarakat dan sekaligus merupakan kegiatan pencegahan penularan TB yang paling efektif di masyarakat.

Angka Notifikasi Kasus (*Case Notification Rate = CNR*) adalah angka yang menunjukkan jumlah pasien baru yang ditemukan dan tercatat diantara 100.000 penduduk di suatu wilayah tertentu.

a. Seluruh Kasus TB

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium Tuberculosis*). Sebagian besar kuman TB menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya. Sumber penularan adalah pasien TB BTA positif. Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (*droplet nuclei*). Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak.

Pada tahun 2018 jumlah seluruh kasus TB yang ditemukan sebanyak 12 kasus meningkat dibanding tahun 2017 sebesar 11 kasus. Rincian lengkap mengenai CNR puskesmas dapat dilihat di Lampiran 7 tabel profil kesehatan.

b. Kasus TB Paru BTA+

Jumlah kasus TB Paru BTA+ tahun 2018 sebesar 8 kasus meningkat/menurun dibanding tahun 2017 sebesar 6 kasus. Angka notifikasi TB paru BTA + tahun 2018 adalah 53,14 meningkat dibanding tahun 2017 sebesar 49,76.

Kasus TB Paru BTA + sangat dipengaruhi oleh pemeriksaan awal terduga TB secara standar program, terduga TB harus diperiksa secara bakteriologi sehingga penegakan diagnosanya jelas yaitu TB paru BTA + atau TB paru BTA - terdiagnosa klinis.

Kasus TB Paru BTA + menunjukkan adanya keparahan kasus TB, dengan adanya diagnosa TB Paru BTA + maka pengobatan TB menjadi lebih jelas dan lebih terarah. Pengendalian dan pencegahan penyakit TB Paru juga menjadi lebih mudah ketika diagnosa TB ditegakan dengan pemeriksaan BTA.

**Tabel. 6.1 Penemuan kasus TB BTA+ Per Desa
di UPTD Puskesmas Rakit 2 Tahun 2017-2018**

NO	DESA	TAHUN 2017		TAHUN 2018	
		JML PDDK	JML KASUS	JML PDDK	JML KASUS
1	LENGKONG	7.022	1	7.090	2
2	BADAMITA	4.929	2	5.277	3
3	KINCANG	4.141	2	4.166	2
4	TANJUNGANOM	3.803	0	3.810	1
5	LUWUNG	2.212	1	2.238	0
	PUSKESMAS	22.107	6	22.581	8

Sumber : Data Pengelola P2M

c. Angka Keberhasilan Pengobatan

Salah satu upaya untuk mengendalikan tuberkulosis yaitu dengan pengobatan. Indikator yang digunakan sebagai evaluasi pengobatan yaitu angka keberhasilan pengobatan (*success rate*). Angka keberhasilan pengobatan ini didapatkan dari penjumlahan angka kesembuhan (*Cure Rate*) dan angka pengobatan lengkap.

Pengobatan TB di anggap berhasil ketika pasien TB mendapatkan pengobatan sampai sembuh dan mendapatkan pengobatan lengkap. Pasien TB dikatakan sembuh apabila pemeriksaan dahak pada bulan ke 2 pengobatan, bulan ke 5 pengobatan dan akhir pengobatan BTA nya negatif. Pasien TB dikatakan mendapatkan pengobatan lengkap apabila pasien melakukan pengobatan sesuai program yaitu 6 bulan untuk kategori 1 dan 8 bulan untuk kategori 2. Angka keberhasilan pengobatan TB pada tahun 2018 adalah 100% dan tahun 2017 yaitu 100%. Angka keberhasilan pengobatan sangat dipengaruhi oleh kepatuhan pasien dalam meakukan pengobatan sampai selsai. Edukasi dan pendampingan dari petugas kesehatan dan pendamping minum obat yang ditunjuk juga sangat berperan dalam capaian angka keberhasilan pengobatan.

**Tabel. 6.2 Angka Keberhasilan Pengobatan TB Per Desa
di UPTD Puskesmas Rakit 2 Tahun 2017-2018**

NO	DESA	TAHUN 2017		TAHUN 2018	
		JML KASUS	SEMBUH	JML KASUS	SEMBUH
1	LENGKONG	1	1	2	2
2	BADAMITA	2	2	3	3
3	KINCANG	2	2	2	2
4	TANJUNGANOM	0	0	1	1
5	LUWUNG	1	1	0	0
	PUSKESMAS	6	6	8	8

Sumber : Data Pengelola P2M.

Data mengenai tuberkulosis menurut indikator, jenis kelamin dan angka pengobatan dapat dilihat pada tabel 7,8,9 lampiran profil kesehatan.

2. HIV/AIDS

HIV/AIDS merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi Human Immunodeficiency Virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh. Infeksi tersebut menyebabkan penderita mengalami penurunan ketahanan tubuh sehingga sangat mudah untuk terinfeksi berbagai macam penyakit lain.

a. Jumlah Kasus HIV positif dan AIDS

Sebelum memasuki fase AIDS, penderita terlebih dahulu dinyatakan sebagai HIV positif. HIV dapat ditularkan melalui hubungan seks, transfusi darah, penggunaan jarum suntik bergantian dan penularan dari ibu ke anak (perinatal). Jumlah HIV positif yang ada di masyarakat dapat diketahui melalui 3 metode, yaitu pada layanan Voluntary, Counseling, and Testing (VCT), sero survey, dan Survey Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP)

Jumlah kasus baru HIV positif yang dilaporkan pada tahun 2018 sebanyak 3 kasus, meningkat dibandingkan tahun sebelumnya sebesar 2 kasus. Sedangkan jumlah kasus AIDS yang dilaporkan tahun 2018 sebanyak 0 kasus meningkat/menurun dibanding tahun 2017 sebesar 0 kasus. Data mengenai

HIV dan AIDS menurut jenis kelamin dapat dilihat pada tabel 11 lampiran profil kesehatan.

Pada tahun 2018 menunjukkan kecenderungan/tren kasus HIV mengalami peningkatan setiap tahunnya. Menurut jenis kelamin, Presentase kasus baru HIV tahun 2018 pada kelompok perempuan lebih besar dibandingkan pada kelompok laki-laki sedangkan kasus AIDS kelompok laki-laki lebih mendominasi dibanding perempuan.

b. Kematian akibat AIDS

Peningkatan kasus AIDS ini dikarenakan upaya penemuan atau pencarian kasus yang semakin intensif melalui VCT di rumah sakit dan upaya penjangkauan oleh LSM peduli AIDS di kelompok risiko tinggi. Kasus HIV/AIDS merupakan fenomena gunung es, artinya kasus yang dilaporkan hanya sebagian kecil yang ada di masyarakat.

Jumlah kasus penyakit yang disebabkan oleh virus HIV pada tahun 2018 adalah 3 kasus yang terdiri dari laki-laki 1 kasus dan perempuan 2 kasus. Kasus penyakit HIV dan AIDS didominasi golongan umur 30-49 tahun dimana pada tahun 2017 didominasi golongan umur 40-49 tahun. Kematian akibat penyakit AIDS pada tahun 2018 ada 3 kasus terdiri dari 1 laki-laki dan 2 perempuan meningkat/menurun dibanding tahun 2017 yaitu 2 kasus terdiri dari 1 laki-laki dan 1 perempuan.

Upaya yang telah dilakukan dalam mencegah dan mengendalikan penularan virus HIV di Kabupaten Banjarnegara antara lain :

- a. Screening pada ibu hamil, pasien TB, pasien IMS (Infeksi Menular Seksual) dan Populasi Kunci (LSL, Waria, WPS dan Pengguna Napza Suntik)
- b. Mobile Clinic VCT (Voluntary Counseling and Testing) di Rutan, Tempat Karaoke dan Kelompok Populasi Kunci
- c. Pengobatan ARV (Anti Retroviral Virus) bagi penderita HIV-AIDS dengan pemeriksaan laboratorium CD4 secara berkala.

3. Pneumonia

Pneumonia merupakan penyebab dari 15% kematian balita, Pneumonia menyerang semua umur di semua wilayah, namun banyak terjadi di Asia Selatan

dan Afrika sub-Sahara. Populasi yang rentan terserang pneumonia adalah anak-anak usia kurang dari 2 tahun, usia lanjut lebih dari 65 tahun dan orang yang memiliki masalah kesehatan (malnutrisi, gangguan imunologi).

Pneumonia adalah infeksi akut yang mengenai jaringan paru-paru (alveoli) yang dapat disebabkan oleh berbagai mikroorganisme seperti virus, jamur, dan bakteri. Gejala penyakit pneumonia yaitu menggigil, demam, sakit kepala, batuk, mengeluarkan dahak, dan sesak napas.

Perkiraan penderita pneumonia pada balita tahun 2018 adalah 119 dengan jumlah yang ditemukan dan ditangani sebesar 91 (76,5%). Kasus Pneumonia tertinggi pada tahun 2018 di desa Badamita yaitu sebesar 36 kasus menurun dibanding tahun 2017 sebesar 55 kasus dari jumlah perkiraan kasus sebesar 36 kasus, sedangkan terendah ada di desa Tanjunganom yaitu 8 kasus dari jumlah perkiraan kasus 16 kasus.

Tabel. 6.3 Penemuan dan Penanganan Penderita Pneumonia Per Desa di UPTD Puskesmas Rakit 2 Tahun 2017-2018

NO	DESA	TAHUN 2017		TAHUN 2018	
		PERKIRAAN KASUS	JML KASUS	PERKIRAAN KASUS	JML KASUS
1	LENGKONG	47	58	38	23
2	BADAMITA	36	55	26	36
3	KINCANG	26	21	28	13
4	TANJUNGANOM	31	14	16	8
5	LUWUNG	18	18	11	11
	PUSKESMAS	158	166	119	91

Sumber : Data Pengelola P2M.

Salah satu upaya yang dilakukan untuk mengendalikan penyakit ini yaitu dengan meningkatkan penemuan pneumonia pada balita. Data mengenai Pneumonia menurut jenis kelamin, kecamatan dan puskesmas dapat dilihat pada tabel 10 lampiran profil kesehatan.

4. Kusta

Penyakit kusta disebut juga sebagai penyakit Lepra atau penyakit Hansen disebabkan oleh bakteri *Mycrobacterium leprae*. Bakteri ini mengalami proses pembelahan cukup lama antara 2-3 minggu. Daya tahan hidup kuman kusta mencapai 9 hari di luar tubuh manusia. Kuman kusta memiliki masa inkubasi 2-5 tahun bahkan juga dapat memakan waktu lebih dari 5 tahun. Penatalaksanaan kasus kusta yang buruk dapat menyebabkan kusta menjadi progresif, menyebabkan kerusakan permanen pada kulit, saraf, anggota gerak, dan mata.

a. Angka Prevalensi dan Angka Penemuan Kasus Baru

Sejak tercapainya status eliminasi kusta pada tahun 2000, situasi kusta di Indonesia menunjukkan kondisi yang relatif statis. Hal tersebut dapat terlihat dari angka penemuan kasus baru kusta selama lebih dari dua belas tahun yang menunjukkan kisaran angka antara enam hingga delapan per 100.000 penduduk dan angka prevalensi yang berkisar antara delapan hingga sepuluh per 100.000 penduduk per tahunnya. Namun, sejak tahun 2012 hingga tahun 2015 angka tersebut menunjukkan penurunan.

Target prevalensi kusta sebesar <1 per 10.000 penduduk (<10 per 100.000 penduduk). Prevalensi kusta di Banjarnegara pada tahun 2018 sebesar 1,76 % atau menurun dibanding tahun 2017 yaitu 2,25 per 100.000 penduduk dan telah mencapai target program.

Pada tahun 2018 terdapat 0 kasus kusta dengan 0 kasus MB dan 0 kasus PB dan tahun 2017 yaitu 0 kasus dengan 0 kasus MB dan 0 kasus PB.

b. Angka cacat tingkat 2

Pengendalian kasus kusta antara lain dengan meningkatkan deteksi kasus sejak dini. Indikator yang digunakan untuk menunjukkan keberhasilan dalam mendeteksi kasus baru kusta yaitu angka cacat tingkat 2. Angka cacat tingkat 2 pada tahun 2018 menunjukkan angka 0.

c. Proporsi kusta MB dan proporsi penderita kusta pada anak

Indikator lain yang digunakan pada penyakit kusta yaitu proporsi penderita kusta pada anak (0-14 tahun) di antara penderita baru yang memperlihatkan sumber utama dan tingkat penularan di masyarakat. Di UPTD Puskesmas Rakit 2 tahun 2018 tidak ada kasus kusta pada anak usia 0-14

tahun. Data mengenai kusta dapat dilihat pada tabel 14,15,16,17 lampiran profil kesehatan.

5. Diare

Penyakit diare merupakan penyakit endemis di Indonesia dan juga merupakan penyakit potensial KLB yang sering disertai dengan kematian. Diare merupakan penyakit berbasis lingkungan, dengan kondisi sanitasi yang kurang layak merupakan faktor risiko terjadinya diare, buang air besar sembarangan, ketersediaan air bersih serta perilaku hidup bersih dan sehat masyarakat yang belum sesuai dengan syarat kesehatan turut berpengaruh terhadap terjadinya penyakit diare.

Perkiraan jumlah penderita diare yang datang ke sarana kesehatan dan kader kesehatan sebesar 10% dari angka kesakitan dikali jumlah penduduk di satu wilayah kerja dalam waktu satu tahun. Angka kesakitan nasional hasil Survei Morbiditas Diare tahun 2012 yaitu sebesar 214/1.000 penduduk. Pada tahun 2019 perkiraan jumlah penderita diare sebanyak 449 orang, sedangkan jumlah penderita diare yang di tangani sebanyak 555 orang atau 123,6 % dari target 100%. Data mengenai diare dapat dilihat pada tabel 13 lampiran profil kesehatan.

B. PENYAKIT YANG DICEGAH DENGAN IMUNISASI (PD3I)

1. Tetanus Neonatorum

Tetanus neonatorum disebabkan oleh hasil *Clostridium tetani*, yang masuk ketubuh melalui luka. Penyakit ini menginfeksi bayi baru lahir yang salah satunya disebabkan oleh pemotongan tali pusat dengan alat yang tidak steril. Kasus tetanus neonatorum banyak di temukan di negara berkembang khususnya negara dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan yang rendah.

2. Campak

Penyakit campak disebabkan oleh virus campak golongan *Paramyxovirus*. Penularan dapat terjadi melalui udara yang telah terkontaminasi oleh *droplet* (ludah) orang yang telah terinfeksi. Gejala-gejalanya adalah demam, batuk, pilek, dan bercak-bercak merah pada permukaan kulit 3-5 hari setelah anak menderita demam. Bercak mula-mula timbul dipipi bawah telinga yang kemudian menjalar ke muka, tubuh dan anggota tubuh lainnya. Komplikasi dari penyakit Campak ini adalah radang paru-paru, infeksi pada telinga, radang pada saraf, radang pada

sendi, dan radang pada otak yang dapat menyebabkan kerusakan otak yang permanen (menetap).

Sebagian besar kasus campak menyerang anak-anak usia pra sekolah dan usia SD. Jika seseorang pernah menderita campak, maka dia akan mendapatkan kekebalan terhadap penyakit tersebut seumur hidupnya.

Campak dinyatakan sebagai KLB apabila terdapat 5 atau lebih kasus klinis dalam waktu 4 minggu berturut-turut yang terjadi secara mengelompok dan dibuktikan adanya hubungan epidemiologis.

3. Difteri

Penyakit difteri disebabkan oleh bakteri *Corynebacterium diphtheriae* yang menyerang sistem pernapasan bagian atas. Penyakit difteri pada umumnya menyerang anak-anak usia 1-10 tahun.

4. Polio dan AFP (Acute Flaccid Paralysis/Lumpuh Layu Akut)

Polio disebabkan oleh infeksi virus yang menyerang sistem syaraf, utamanya menyerang anak balita dan menular terutama melalui fekal-oral. Polio ditandai dengan gejala awal demam, lelah, sakit kepala, mual, kaku dileher, serta sakit ditungkai dan lengan. Pada 1 dari 200 infeksi menyebabkan kelumpuhan permanen (biasanya pada tungkai), dan 5-10% dari yang menderita kelumpuhan meninggal karena kelumpuhan pada otot-otot pernafasan.

Indonesia telah berhasil mendapatkan sertifikasi bebas polio bersama negara-negara *South East Asia Region* pada tanggal 27 Maret 2014. Saat ini tinggal 2 negara, yaitu Afghanistan dan Pakistan yang masih endemik polio. Setelah Indonesia dinyatakan bebas polio, bukan berarti Indonesia menurunkan upaya imunisasi dan surveilans AFP, upaya pencegahan harus terus ditingkatkan hingga seluruh dunia benar-benar terbebas dari polio.

Surveilans AFP adalah pengamatan yang dilakukan terhadap semua kasus lumpuh layu akut (AFP) pada anak usia < 15 tahun, yang merupakan kelompok yang rentan terhadap penyakit polio, dalam upaya untuk menemukan adanya transmisi virus polio liar. Surveilans AFP juga penting untuk dokumentasi tidak adanya virus polio liar untuk sertifikasi bebas polio.

Setiap kasus AFP yang ditemukan dalam kegiatan intensifikasi surveilans, akan dilakukan pemeriksaan spesimen tinja untuk mengetahui ada tidaknya virus polio liar. Untuk itu diperlukan spesimen adekuat yang sesuai dengan persyaratan,

yaitu diambil ≤ 14 hari setelah kelumpuhan dan suhu spesimen $0^{\circ}\text{C} - 8^{\circ}\text{C}$ sampai di laboratorium.

Non polio AFP adalah kasus lumpuh layuh akut yang diduga kasus polio sampai dibuktikan dengan pemeriksaan laboratorium bukan kasus polio. Kementerian Kesehatan menetapkan *non polio AFP rate* minimal 2/100.000 populasi anak usia <15 tahun.

C. PENYAKIT DITULARKAN VEKTOR DAN ZOONOSIS

1. Demam Berdarah Dengue (DBD)

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue yang tergolong *Arthropod-Borne Virus*, genus *Flavivirus*, dan famili *Flaviviridae*. DBD ditularkan melalui gigitan nyamuk dari genus *Aedes*, terutama *Aedes aegypti* atau *Aedes albopictus*. Penyakit DBD dapat muncul sepanjang tahun dan dapat menyerang seluruh kelompok umur. Penyakit ini berkaitan dengan kondisi lingkungan dan perilaku masyarakat.

Pada tahun 2018 jumlah penderita DBD yang dilaporkan sebanyak 3 kasus dan tidak ada kematian akibat DBD menurun dibanding tahun 2017 dimana terdapat 9 kasus. IR tahun 2018 sebesar 13,3/100.000 penduduk menurun dibanding 2017 yaitu 40,7/100.000 penduduk dan telah mencapai target nasional yang ditetapkan yaitu <51/100.000 penduduk. Kasus tahun 2018 menyebar di 3 desa yaitu Lengkong, Badamita dan Luwung.

Tabel 6.4 Angka Kesakitan (IR/Insiden Rate) DBD per 100.000 penduduk Per Desa di UPTD Puskesmas Rakit 2 Tahun 2017-2018

NO	DESA	TAHUN 2017		TAHUN 2018	
		L	P	L	P
1	LENGKONG	1	1	1	0
2	BADAMITA	1	2	1	0
3	KINCANG	0	0	0	0
4	TANJUNGANOM	3	1	0	0
5	LUWUNG	0	0	0	1
	PUSKESMAS	5	4	2	1

Sumber : Data Pengelola P2M.

Pendampingan Pemantauan jentik di wilayah kota oleh tim fogger diharapkan dapat menurunkan potensi penularan DBD. Bila kawasan perkotaan dapat dikendalikan maka kemungkinan kasus akan dapat diturunkan. Karena selama ini kasus terbanyak di wilayah kota. Selain itu kota juga menjadi tempat aktifitas masyarakat terbanyak, seperti sekolah, perkantoran dan perdagangan. Bila ada orang tertular di kantor, pasar atau sekolah maka akan menjadi sumber penular di wilayahnya.

Bila ada kasus, segera dapat direspon dengan memverifikasi kasus kemudian bila memenuhi kriteria fogging (pengasapan), akan segera dilakukan tindakan tersebut. Peran lainnya yang di jalankan oleh Tim Fogger adalah melakukan pendampingan pemantauan jentik ketika tidak ada kasus atau paska adanya kasus. Pendampingan tersebut dilakukan baik di masyarakat, di sekolah maupun di instansi terutama untuk wilayah kota. Kegiatan wajib lainnya pada setiap wilayah kasus, yaitu dengan penyuluhan masyarakat tentang pengendalian demam berdarah serta pembentukan kader Jumantik (Juru Pemantau Jentik).

2. Malaria

Malaria adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh parasit Plasmodium yang hidup dan berkembang biak dalam sel darah merah manusia, ditularkan oleh nyamuk malaria (*Anopheles Sp*) betina, dapat menyerang semua orang, jenis kelamin dan semua golongan umur.

Penyakit malaria hingga saat ini masih menjadi masalah di Kabupaten Banjarnegara, dimana ada 5 Kecamatan yang memiliki kasus positif Malaria yaitu Purwonegoro, Bawang, Banjarmangu, Pagedongan dan kecamatan Punggelan. Jumlah penderita Malaria pada tahun 2018 yang ditemukan dan dinyatakan sebagai malaria (+) sebanyak 2 penderita menurun jumlahnya jika dibandingkan tahun 2017 yaitu sebanyak penderita, atau dengan angka kesakitan Malaria setahun (*Annual Parasite Incidence, API*) 0,09 per 1000 penduduk tetap dibanding tahun 2017 yang sebesar 0,9 per 1000 penduduk. Jumlah penderita Malaria tahun 2018 tertinggi ada desa Tanjunganom sebanyak 2 penderita menurun dibanding tahun 2017 yaitu sebesar 1 penderita. Keberhasilan penanganan malaria di desa-desa endemik antara lain dengan kegiatan

pengambilan sediaan darah penderita panas di masyarakat (MFS/ Mass Fever Survey), pelacakan kasus malaria, monitoring pengobatan, dan kegiatan pengambilan darah seluruh warga (MBS/ Mass Blood Survey).

Tabel. 6.5 Angka Kesakitan (*Annual Parasite Incidence*) Malaria per 1000 penduduk Per Desa di UPTD Puskesmas Rakit 2 Tahun 2017-2018

NO	DESA	TAHUN 2017		TAHUN 2018	
		SUSPEK	POSITIF MALARIA	SUSPEK	POSITIF MALARIA
1	LENGKONG	7	1	0	0
2	BADAMITA	6	0	0	0
3	KINCANG	7	0	0	0
4	TANJUNGANOM	4	1	2	2
5	LUWUNG	3	0	0	0
	PUSKESMAS	27	2	2	2

Sumber : Data Pengelola P2M.

Untuk menjamin kasus malaria tetap rendah diperlukan upaya-upaya untuk mempertahankan kasus supaya tidak meningkat kembali seperti penemuan dini dan tatalaksana kasus yang tepat. Kasus malaria import di daerah reseptif yang terlambat ditangani sangat potensial untuk terjadinya penularan lokal (*indigenous*) bahkan peningkatan kasus atau KLB. Penanganan kasus malaria yang terlambat juga bisa menyebabkan kasus kematian.

Pengobatan malaria harus dilakukan secara efektif. Pemberian jenis obat harus benar dan cara meminumnya harus tepat waktu yang sesuai dengan acuan program pengendalian malaria. Pengobatan efektif adalah pemberian ACT (Artemicin-based Combination Therapy) pada 24 jam pertama pasien panas dan obat harus diminum habis dalam tiga hari. Data mengenai malaria dapat dilihat pada tabel 22 lampiran profil kesehatan.

D. PENYAKIT TIDAK MENULAR

Penyakit tidak menular (PTM) seperti penyakit jantung, stroke, kanker, diabetes melitus, cedera dan penyakit paru obstruktif kronik serta penyakit kronik lainnya merupakan 63 persen penyebab kematian di seluruh dunia dengan membunuh 36 juta jiwa per tahun (WHO, 2010). Di Indonesia sendiri, penyakit menular masih merupakan masalah kesehatan penting dan dalam waktu bersamaan morbiditas dan mortalitas PTM semakin meningkat. Hal tersebut menjadi beban ganda dalam pelayanan kesehatan, sekaligus tantangan yang harus dihadapi dalam pembangunan bidang kesehatan di Indonesia.

Berbagai faktor risiko PTM antara lain yaitu merokok dan keterpaparan terhadap asap rokok, minum minuman beralkohol, diet/pola makan, gaya hidup yang tidak sehat, kegemukan, obat-obatan, dan riwayat keluarga (keturunan). Prinsip upaya pencegahan tetap lebih baik dari pengobatan. Upaya pencegahan penyakit tidak menular lebih ditujukan kepada faktor risiko yang telah diidentifikasi.

Upaya pengendalian faktor risiko PTM yang telah dilakukan berupa promosi Perilaku Bersih dan Sehat, deteksi dini, serta pengendalian masalah tembakau. Beberapa Kabupaten/kota telah menerbitkan peraturan terkait Kawasan Tanpa Rokok (KTR). Upaya pengendalian PTM tidak akan berhasil jika hanya dilakukan oleh Dinas Kesehatan tanpa dukungan seluruh jajaran lintas sektor, baik pemerintah, swasta, organisasi profesi, organisasi kemasyarakatan, bahkan seluruh lapisan masyarakat.

Dalam rangka pengendalian PTM dilakukan surveilans epidemiologi PTM. Ruang lingkup surveilans epidemiologi PTM mencakup pengamatan penyakit jantung dan pembuluh darah, penyakit kanker, penyakit Diabetes Melitus dan penyakit metabolisme lainnya, penyakit kronis, serta pengendalian gangguan akibat kecelakaan dan tindak kekerasan.

Berdasar hasil rekapitulasi data kasus baru PTM, jumlah kasus baru PTM yang dilaporkan secara keseluruhan pada tahun 2018 adalah 4.455 kasus menurun dibanding tahun 2017 sebanyak 4.727 kasus. Adapun kasus PTM tahun 2018 adalah sebagai berikut:

**Tabel. 6.6 Kasus Penyakit Tidak Menular
Di UPTD Puskesmas Rakit 2 Tahun 2018**

NO	PENYAKIT	JUMLAH
1	Hypertensi	916
2	Myalgia	779
3	Febris	769
4	Gastritis	619
5	Osteoarthritis	547
6	Ulcer	394
7	Asma	207
8	DM	200
9	Decompensatio Cordis	12
10	Stroke	12

Sumber : Data Pengelola Pengendalian PTM

Penyakit Hipertensi masih menempati jumlah kasus terbesar dari seluruh PTM yang dilaporkan, sedangkan urutan kedua terbanyak adalah Obesitas. Dua penyakit tersebut menjadi prioritas utama pengendalian PTM di Banjarnegara. Jika Hipertensi dan Obesitas tidak dikelola dengan baik maka akan menimbulkan PTM lanjutan seperti Diabetes Melitus, Jantung, Stroke, Gagal Ginjal, dsb. Pengendalian PTM dapat dilakukan dengan intervensi yang tepat pada setiap sasaran/kelompok populasi tertentu sehingga peningkatan kasus baru PTM dapat ditekan.

