



KEPUTUSAN KEPALA DINAS KESEHATAN KOTA BUKITTINGGI

NOMOR : 188.45.440/ 1238/ DKK-BKT/VIII/ 2017

Tanggal 1 Agustus 2017

KATA PENGANTAR

Rencana Strategis (Renstra) adalah suatu dokumen Perencanaan yang berorientasi pada hasil yang ingin dicapai dalam kurun waktu 1-5 tahun sehubungan dengan tugas dan fungsi SKPD serta disusun dengan memperhitungkan perkembangan lingkungan strategis. Renstra Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi disusun berpedoman pada RPJMD Kota Bukittinggi sesuai Tugas dan Fungsi SKPD Dinas Kesehatan.

Sejak diberlakukannya Peraturan Daerah Kota Bukittinggi Nomor 9 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah, Dinas Kesehatan dituntut untuk melakukan perubahan Renstra Dinas Kesehatan yang disesuaikan dengan Tugas Pokok dan Fungsi Dinas Kesehatan. Perubahan Renstra ini akan menjadi acuan dalam penyusunan Rencana Kerja (Renja) Tahunan dan acuan dalam penilaian kinerja Dinas Kesehatan oleh lembaga auditor baik internal ataupun eksternal. Renstra ini juga memuat Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang akan dicapai dalam kurun waktu 5 tahun kedepan.

Dalam RPJMD Kota Bukittinggi tahun 2016 – 2021 Kota Bukittinggi sudah menetapkan visi **Terwujudnya Bukittinggi Kota Tujuan Pariwisata, Pendidikan, Kesehatan, Perdagangan Dan Jasa, Berlandaskan Nilai Agama Dan Budaya**". RPJMD tersebut diterjemahkan dalam Renstra Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi dengan visi yaitu **"Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas Untuk Mewujudkan Masyarakat Kota Bukittinggi Sehat, Mandiri dan Berkeadilan "**.

Pemerintah Kota Bukittinggi memiliki komitmen yang tinggi dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui sasaran dan program yang strategis sebagaimana tertuang dalam Renstra Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi Tahun 2016 – 2021.

Kami mengucapkan terima kasih kepada seluruh pihak yang telah membantu penyusunan Renstra Dinas Kesehatan ini. Semoga seluruh target – target yang sudah ditetapkan dapat dicapai.

Bukittinggi, Agustus 2017
Kepala Dinas Kesehatan

Drg. YANDRA FERRY, MM
Pembina Utama Muda/ IV.c
NIP. 19610118 199301 1001

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
SK PENDUKUNG	
BAB I. PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Landasan Hukum	1
1.3. Maksud dan Tujuan.....	2
1.4. Sistematika Penulisan	3
BAB II. GAMBARAN PELAYANAN DINAS KESEHATAN	4
2.1. Tugas, Fungsi, dan Struktur Organisasi.....	4
2.2. Sumber Daya Dinas Kesehatan.....	5
2.3. Kinerja Pelayanan Dinas Kesehatan	8
BAB III. ISU-ISU STRATEGIS DINAS KESEHATAN.....	74
3.1. Telaahan Visi, Misi, dan Program Walikota dan Wakil Walikota	74
3.2. Telaahan Renstra Kementrian dan Dinas Kesehatan Propinsi.....	76
3.3. Kajian Lingkungan Hidup Strategis	83
BAB IV. VISI, MISI, TUJUAN, DAN SASARAN, STRATEGI DAN KEBIJAKAN.....	89
4.1. Visi dan Misi Dinas Kesehatan	89
4.2. Tujuan dan Sasaran Jangka Menengah Dinas Kesehatan	91
4.3. Strategi dan Kebijakan Dinas Kesehatan	93
BAB V. RENCANA PROGRAM DAN KEGIATAN, INDIKATOR KINERJA, KELOMPOK SASARAN DAN PENDANAAN INDIKATIF	96
BAB VI. INDIKATOR KINERJA DINAS KESEHATAN.....	119
BAB VII. PENUTUP	120

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Mengacu Peraturan Pemerintah Nomor 8 tahun 2008 tentang tahapan, tata cara penyusunan, pengendalian dan evaluasi pelaksanaan rencana pembangunan daerah, perencanaan pembangunan daerah merupakan satu kesatuan dalam sistem perencanaan pembangunan nasional yang dilakukan pemerintah daerah bersama para pemangku kepentingan berdasarkan peran dan kewenangannya, berdasarkan kondisi dan potensi yang dimiliki masing-masing daerah sesuai dinamika pembangunan.

Perencanaan pembangunan daerah merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari sistem perencanaan pembangunan nasional yang diatur dalam Undang-undang Nomor 25 tahun 2005 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional dan Undang-undang Nomor 23 tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah mengamanatkan kepada Satuan Kerja Pemerintahan Daerah (SKPD) untuk menyusun Rencana Strategis (Renstra), dengan berkoordinasi kepada Badan Perencanaan Pembangunan Daerah.

Dokumen Rencana Strategis (Renstra) berpedoman kepada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD), mengacu kepada Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah (RPJPD) serta dengan memperhatikan RPJM Nasional.

Berdasarkan hal tersebut maka Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi bersama-sama dengan para pejabat struktural dan staf Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi menyusun Rencana Strategis Tahun 2016-2021 yang merupakan dokumen perencanaan lima tahunan Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi yang memuat visi, misi, tujuan, sasaran, strategi, kebijakan, program dan kegiatan pembangunan di bidang kesehatan berdasarkan kondisi dan potensi daerah di Kota Bukittinggi.

1.2 Landasan Hukum

Dasar hukum penyusunan Renstra Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi mencakup:

1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara;
2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional;
3. Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-undang Nomor 12 Tahun 2008;

4. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional 2005-2025.
5. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2007 tentang Pemerintahan Provinsi Daerah Khusus Ibukota Kota Bukittinggi Sebagai Ibukota Negara Kesatuan Republik Indonesia;
6. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah;
7. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal;
8. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota;
9. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah;
10. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2008 Tentang Pedoman Evaluasi Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah;
11. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2008 tentang Tahapan, Tata Cara Penyusunan, Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah;
12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah Sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011 tentang perubahan ketiga Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006;
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 54 Tahun 2010 tentang Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2008 Tentang Tahapan, Tata cara Penyusunan, Pengendalian, Dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah;
14. Peraturan Daerah Kota Bukittinggi Nomor 9 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kota Bukittinggi Tahun 2016 Nomor 9, Tambahan Lembaran Daerah Kota Bukittinggi Nomor 9)
15. Peraturan Daerah Nomor 4 Tahun 2016 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Tahun 2016 – 2021.
16. Peraturan Walikota Bukittinggi Nomor 53 Tahun 2016 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja Dinas Kesehatan.
17. Keputusan Walikota Bukittinggi 188.45 - 233 – 2016 tentang Pengesahan Rancangan Rencana Strategis Satuan Kerja Perangkat Daerah di Lingkungan Pemerintah Kota Bukittinggi Tahun 2016 – 2021.

1.3 Maksud dan Tujuan

1.3.1 Maksud

Renstra Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi Tahun 2016-2021 dimaksudkan sebagai pedoman bagi seluruh unsur yang terkait dengan Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi dalam mewujudkan visi dan misi pembangunan dibidang kesehatan.

1.3.2 Tujuan

1. Merumuskan gambaran umum kondisi pelayanan Dinas Kesehatan sebagai dasar perumusan permasalahan dan isu strategis, sebagai dasar prioritas penanganan pembangunan daerah 5 (lima tahun) kedepan ;
2. Menerjemahkan Visi dan Misi Walikota Bukittinggi dan Wakil Walikota Bukittinggi ke dalam tujuan dan sasaran pembangunan bidang kesehatan tahun 2016-2021, yang disertai dengan program prioritas tahun 2016-2021, dengan berpedoman pada RPJMD Kota Bukittinggi Tahun 2016-2021;
3. Menetapkan berbagai program prioritas yang disertai dengan indikasi pagu anggaran dan target indikator kinerja yang akan dilaksanakan pada tahun 2016-2021.
4. Menetapkan indikator kinerja Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi sebagai dasar penilaian keberhasilan Pemerintah Kota Bukittinggi periode 2016-2021.

1.4 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan Renstra Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi 2016-2021 ini terdiri dari 7 (tujuh) bagian sesuai dengan Permendagri No 54 tahun 2010, yaitu:

- BAB I Pendahuluan mencakup : Latar Belakang, Landasan Hukum, Maksud dan Tujuan, Sistematika Penulisan
- Bab II Gambaran Pelayanan SKPD mencakup : Tugas, Fungsi, dan Struktur Organisasi SKPD, Sumber Daya SKPD, Kinerja Pelayanan SKPD, Tantangan dan Peluang Pengembangan Pelayanan SKPD
- Bab III Isu-isu Strategis Berdasarkan Tugas dan Fungsi mencakup : Telaahan Visi, Misi, dan Program Kepala Daerah dan Wakil Kepala Daerah Terpilih, Telaahan Renstra K/L, Telaahan Rencana Tata Ruang Wilayah, Identifikasi Permasalahan berdasarkan Tugas dan Fungsi Pelayanan SKPD dan Penentuan Isu-isu Strategis
- Bab IV Visi, Misi, Tujuan, Sasaran, Strategi dan Kebijakan mencakup: Visi dan Misi SKPD, Tujuan dan Sasaran Jangka Menengah SKPD, Strategi dan Kebijakan SKPD
- Bab V Rencana Program dan Kegiatan, Indikator Kinerja, Kelompok Sasaran, dan Pendanaan Indikatif
- Bab VI Indikator Kinerja SKPD Yang Mengacu Pada Tujuan dan Sasaran RPJMD
- Bab VII Penutup

BAB II

GAMBARAN PELAYANAN DINAS KESEHATAN KOTA BUKITTINGGI

2.1 Tugas, Fungsi, dan Struktur Organisasi

Dinas Kesehatan mempunyai tugas pokok melaksanakan urusan pemerintahan daerah di bidang pelayanan umum kesehatan berdasarkan asas otonomi dan tugas pembantuan serta menyelenggarakan fungsi :

1. Penyelenggaraan perumusan, penetapan, pengaturan dan koordinasi pelaksanaan kebijakan teknis bidang kesehatan;
2. penyelenggaraan fasilitasi dan pengendalian pelaksanaan tugas-tugas bidang kesehatan; pelaksanaan evaluasi dan pelaporan sesuai dengan lingkup tugasnya;
3. pelaksanaan administrasi dinas;
4. Pelaksanaan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh pimpinan.

Struktur organisasi SKPD Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi ditetapkan berdasarkan Peraturan Daerah Nomor 9 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah. Selanjutnya dijelaskan dengan Peraturan Walikota Bukittinggi Nomor 53 Tahun 2016 tanggal 5 Desember 2016 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja Dinas Kesehatan. Susunan Organisasi Dinas Kesehatan terdiri dari :

1. Dinas Kesehatan adalah Tipe C
2. Susunan organisasi Dinas terdiri atas
 - a. Kepala Dinas
 - b. Sekretariat, terdiri atas :
 - 1) Sub bagian umum dan kepegawaian; dan
 - 2) Sub bagian perencanaan dan keuangan
 - c. bidang kesehatan masyarakat dan pencegahan dan pengendalian penyakit, terdiri atas :
 - 1) Seksi kesehatan keluarga dan gizi masyarakat
 - 2) Seksi kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan olahraga;
 - 3) Seksi pencegahan dan pengendalian penyakit
 - d. bidang pelayanan, promosi dan sumber daya kesehatan, terdiri atas :
 - 1) Seksi pelayanan kesehatan seksi
 - 2) Seksi promosi dan pemberdayaan masyarakat; dan
 - 3) Seksi sumber daya kesehatan

- e. kelompok Jabatan Fungsional; dan
- f. unit pelaksana teknis Dinas.

3. Jenis Jabatan dan Eselon

- a. Kepala Dinas merupakan jabatan eselon II.b atau jabatan pimpinan tinggi pratama.
- b. Sekretaris Dinas merupakan jabatan eselon III.a atau jabatan administrator.
- c. Kepala bidang merupakan jabatan eselon III.b atau jabatan administrator.
- d. Kepala sub bagian merupakan jabatan eselon IV.a atau jabatan pengawas
- e. Kepala seksi merupakan jabatan eselon IV.a atau jabatan pengawas.

2.2 Sumber Daya Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi

1. Sumber Daya Manusia

Berdasarkan data kepegawaian Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi 31 Desember 2015 dapat dilihat pada tabel berikut :

a. Berdasarkan Golongan / Status Kepegawaian

No.	GOLONGAN (PNS / NON PNS)	Jumlah (Orang)
1	IV	13
2	III	197
3	II	64
4	I	1
5	Tugas belajar	4
6	Titipan	1
7	Cuti di luar tanggungan negara	1
8	Honor	2
9	Kontrak	14
<i>J U M L A H</i>		<i>297</i>

b. Berdasarkan Pendidikan

No.	PENDIDIKAN	PNS	NON PNS
<i>A</i>	<i>STRATA 2 (S.2)</i>		
1	Magister Kesehatan	7	
2	Magister Non Kesehatan	4	

<i>C</i>	<i>STRATA 1 (S.1)</i>		
	1 Kedokteran Umum	13	
	2 Kedokteran Gigi	10	
	3 Keperawatan (Nurse)	6	
	4 Keperawatan	10	
	5 Farmasi (Apoteker)	7	
	6 Kimia	1	
	7 Biologi	1	
	8 Teknik Kimia	1	
	9 Kesmas Gizi	4	
	10 Kesmas Promkes	8	
	11 Kesmas Adminkes	13	
	12 Kesmas Keselamatan Tenaga Kerja	3	
	13 Kesmas Epidemiologi	4	
	14 Kesmas Statistik	1	
	15 Kesmas Kesling	3	
	16 Kesmas Bidan Komunitas	5	
	17 Sosial	4	
	18 Hukum	4	1
	19 Ekonomi (Akuntansi)	2	
	20 Pendidikan	1	
	21 Pertanian	1	
	22 Komputer	2	
<i>D</i>	<i>DIPLOMA IV (D.4)</i>		
	1 Kebidanan	1	
<i>E</i>	<i>DIPLOMA III (D.3)</i>		
	1 Kebidanan	33	30
	2 Keperawatan	30	
	3 Farmasi	11	
	4 Kimia Analis	4	
	5 Analis Kesehatan	4	
	6 Kesehatan Lingkungan	8	
	7 Gizi	8	
	8 Rekam Medik	7	
	9 Kesehatan Gigi	9	
	10 Teknik Gigi	1	
<i>F</i>	<i>DIPLOMA I (D.1)</i>		

	1	Kebidanan	11	
	2	Kesehatan Lingkungan	1	
<i>G</i>		<i>SLTA</i>		
	1	Keperawatan	14	
	2	Farmasi	6	1
	3	Perawat Gigi	2	
	4	SLTA Non Kesehatan	6	12
<i>H</i>		<i>SLTP</i>	1	
<i>I</i>		<i>SD</i>	1	2
<i>J</i>		TUGAS BELAJAR		
	1	Kedokteran Umum (S.1)	4	
<i>K</i>		Cuti diluar tanggungan negara	1	
<i>L</i>		Pegawai Titipan	1	
<i>J U M L A H</i>			<i>297</i>	

2. Sarana dan Prasarana

Sarana dan prasarana kesehatan menunjang upaya pelayanan kesehatan di Kota Bukittinggi. Sarana dan prasarana kesehatan ada yang milik pemerintah pusat, pemerintah propinsi, pemerintah kota, TNI dan swasta. Total sarana dan prasarana kesehatan sebanyak 373 sarana yang sangat mendukung Kota Bukittinggi sebagai Kota pelayanan kesehatan.

Data sarana dan prasana kesehatan tahun 2015 adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1
Data Sarana Dan Prasarana Kesehatan Kota Bukittinggi Tahun 2015

Fasilitas Kesehatan	Pemilikan/Pengelolaan					
	Pem. Pusat	Pem. Propinsi	Pem. Kota	TNI	Swasta	Jumlah
Rumah Sakit Umum	0	1	0	1	2	4
Rumah Sakit Jiwa	0	0	0	0	0	0
RS. Bersalin	0	0	0	0	0	0
RS. Khusus	1	0	0	0	1	2
Puskesmas	0	0	7	0	0	7
Pusk. Pembantu	0	0	14	0	0	14
Pusk. Keliling	0	0	7	0	0	7
Posyandu	0	0	0	0	131	131
Poskeskel	0	0	0	0	26	26
Rumah Bersalin	0	0	0	0	4	4
Balai Pengobatan/Klinik	0	0	0	0	1	1
Apotek	2	1	0	1	41	45
Toko Obat	0	0	0	0	16	16
IFK	0	0	1	0	0	1
Industri Obat Tradisional	0	0	0	0	0	0
Praktek Dokter Bersama	0	0	0	0	0	0
Praktek Dokter Perorangan	0	0	0	0	115	115
Jumlah	3	2	29	2	337	373

Sumber data : Profil Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi 2015

g. Kinerja Pelayanan Dinas Kesehatan

2.3.1 Kinerja Pelayanan Berdasarkan Tupoksi

Kinerja pelayanan Dinas Kesehatan ini mengacu kepada target kinerja yang sudah ditetapkan pada Rensta 2011 – 2015 dan juga sudah ditetapkan melalui Perjanjian Kinerja antara Kepala Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi dengan Walikota Bukittinggi yang dilaksanakan setiap awal tahun anggaran. Pencapaian kinerja dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 2.2

Pencapaian Kinerja Pelayanan Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi Kesehatan 2011 – 2015

N O	Indikator Kinerja sesuai Tugas dan fungsi SKPD	Target SPM	Targ et IKU	Target Indikator lainnya	Target Renstra SKPD Tahun Ke					Realisasi Renstra SKPD Tahun Ke					Rasio Capaian pada Tahun Ke				
					2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015	1	2	3	4	5
I	Peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan																		
	a.Persentase penduduk yang memanfaatkan pelayanan kesehatan dasar	100	100		100	100	100	100	100	96	100	96	100	100	96%	100 %	96%	100 %	100 %
	b. Persentase sarana kesehatan dengan kemampuan laboratorium kesehatan	100	100		100	100	100	100	100	100	100	83,3 3	100	100	100 %	100 %	83%	100 %	100 %
	c. Persentase obat generik berlogo dalam persediaan obat	100	68,2 2		68	78	85	90	90	100	153	100	100	100	147 %	196 %	118 %	111 %	111 %

II	Peningkatan Pelayanan kesehatan																		
	1. Cakupan kunjungan ibu hamil K4	95	95		95	95	95	96	96	95	98,1 8	95	94,2 2	91,3 2	100 %	103 %	100 %	98%	95%
	2. Cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani	100	100		100	100	100	90	90	100	95,1 6	100	90,4 3	100	100 %	95%	100 %	100 %	111 %
	3. Persentase Persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan	91	91		90,2	90,3	90,5	90,6	91	95	94,5 6	92	94,6 5	89,1 8	105 %	105 %	102 %	104 %	98%
	4. Cakupan pelayanan nifas	73	73		73	73	73	90	90	77,8	86,9 7	77,8	89,6 2	83,5 8	107 %	119 %	107 %	100 %	93%
	5. Cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani	100	100		100	100	100	90	90	100	28,6 5	100	88,4 6	74,2 3	100 %	29%	100 %	98%	82%
	6. Cakupan kunjungan bayi	85	85		85	85	85	90	90	90,6 6	91,8 1	90,6 6	89,0 2	89,2 6	107 %	108 %	107 %	99%	99%

7. Cakupan pelayanan anak balita	80	80		80	80	80	90	90	27,3 2	81,3 6	27,3 2	74,8 1	95,8 3	34%	102 %	34%	83%	106 %
8. Cakupan penjangkaran kesehatan siswa SD dan setingkatnya	87	85		85	90	90	100	100	90	100	100	100	100	106 %	111 %	111 %	100 %	100 %
9. Cakupan pemberian Makanan Pendamping ASI pada usia 6-24 bulan keluarga miskin	100	95		100	100	95	100	100	100	100	100	100	87,1	100 %	100 %	105 %	100 %	87%
10. Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan	100	100		100	100	100	100	100	tidak ada kasu s	tidak ada kasu s	tidak ada kasu s	100	100	Terc apai	Terc apai	Terc apai	Terc apai	100 %
11. Persentase ibu hamil yang mendapat Tablet Fe	95	100		95	96	95	98	97	95	98,1 8	100	95	89	100 %	102 %	105 %	97%	92%
12. Persentase bayi yang mendapat ASI Eksklusif	65	65		65	65	65	70	70	75,9	75,4	75,9	70,4	83	117 %	116 %	117 %	101 %	119 %
13. Persentase Kelurahan yang	83,3	85		83	83	83,3	95,8	90	91,6 7	85	91,6 7	95,8	91	110 %	102 %	110 %	100 %	101 %

	mencapai Universal Child Immunization (UCI)																		
	14.Cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit :																		
	a. Accute Flacit Paralysis (AFP) rate per 100000 penduduk <15 tahun	<1/10 0000	<1/1 0000 0		<1/1 0000 0	<1/1 0000 0	<1/1 0000 0	<1/1 0000 0	0	21,0 8	0	0	0,00 25	Terc apai	Terc apai	Terc apai	Terc apai	Terc apai	
	b. Penemuan penderita pneumonia balita	100	100		100	100	100	70	70	3,7	10,6 5	3,7	55,7 5	57,2	4%	11%	4%	80%	82%
	c. Penemuan pasien baru TB BTA (+)	75	75		75	75	75	80	80	101, 88	89,6 2	101, 9	55,4 4	61	136 %	119 %	136 %	69%	76%
	d. Penderita DBD yang ditangani	100	100		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	e. Penemuan penderita diare	100	100		100	100	100	80	80	49,9 2	50,8 2	49,9 2	55,3 5	95,1 6	50%	51%	50%	69%	119 %

15. Cakupan desa /kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi < 24 jam	100	100		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
16. Persentase Kelurahan Terkena Kejadian Luar Biasa (KLB) yang ditangani <24 jam	100	100		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
17. Persentase murid Sekolah dasar/Madrasah Ibtidaiyah yang mendapat pemeriksaan gigi dan mulut	85	85		85	85	85	85	85	85	100	87	100	100	100	118	102	118	118
18. Persentase keluarga miskin yang mendapat pelayanan kesehatan	100	100		100	100	100	100	100	100	60,3 8	100	100	100	100	60%	100	100	100

III	Peningkatan Sumber Daya kesehatan																		
	a. Rasio dokter per 100.000 penduduk	77	75		77	77	77	77	77	75	81	75	75	77	97%	105 %	97%	97%	100 %
	b. Rasio dokter spesialis per 100.000 penduduk	65	65		65	75	80	90	100	82	81	82	69	70	126 %	108 %	103 %	77%	70%
	c. Rasio dokter keluarga per 1.000 keluarga	17	17		17	30	40	75	100	17	15	17	21	100	100 %	50%	43%	28%	100 %
	d. Rasio dokter gigi per 100.000 penduduk	30	30		30	30	15	25	25	21	25	21	23	25	70%	83%	140 %	92%	100 %
	e. Rasio apoteker per 100.000 penduduk	23	23		23	23	23	23	23	22	31	22	32	23	96%	135 %	96%	139 %	100 %
	f. Rasio bidan per 100.000 penduduk	158	158		158	158	158	158	158	153	170	153	357	158	97%	108 %	97%	226 %	100 %
	g. Rasio perawat per 100.000 penduduk	667	667		667	667	667	667	667	507	506	507	649	667	76%	76%	76%	97%	100 %
	h. Rasio ahli gizi per 100.000 penduduk	23	23		23	23	23	23	23	25	24	25	37	23	109 %	104 %	109 %	161 %	100 %

	i. Rasio ahli sanitasi per 100.000 penduduk	15	15		15	20	20	20	20	15	21	15	17	20	100 %	105 %	75%	85%	100 %
	j. Rasio ahli kesehatan masyarakat per 100.000 penduduk	60	60		60	60	60	60	60	67	84	67	51	60	112 %	140 %	112 %	85%	100 %
IV	Peningkatan Manajemen kesehatan																		
	Ketersediaan Dokumen Profil Kesehatan	ada	ada		ada	ada	ada	Ada	Ada	ada	ada	ada	Ada	Ada	ada	ada	ada	Ada	Ada
	Contingency Plan untuk masalah kesehatan akibat bencana	ada	ada		ada	ada	ada	Ada	Ada	ada	ada	ada	Ada	Ada	ada	ada	ada	Ada	Ada
	Dokumen sistem kesehatan	ada	ada		ada	ada	ada	Ada	Ada	ada	ada	ada	Ada	Ada	ada	ada	ada	Ada	Ada
V	Terciptanya Lingkungan Hidup yang Sehat																		

	Persentase rumah tangga yang berperilaku Buang Air Besar Sembarangan (BABS)	15	15		20	15	10	5	0	5	5	0,37	0,28	0	Tercapai	Tercapai	Tercapai	Tercapai	Tercapai
VI	Terciptanya perilaku hidup bersih dan sehat																		
	a. Persentase rumah tangga yang telah mendapatkan layanan/menggunakan air bersih	60	60		60	65	70	80	85	100	100	100	100	100	167 %	154 %	143 %	125 %	118 %
	b. Jumlah kawasan bebas asap rokok / dilarang merokok	10	10		10	20	30	40	50				40	30				100 %	60%
	b. Cakupan desa siaga aktif	100	100		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
VII	Terciptanya pemukiman yang sehat																		

	Persentase rumah tangga yang melakukan pemberantasan jentik seminggu sekali	86	86		86	96	96	96	80				85	86,5				89%	108 %
--	---	----	----	--	----	----	----	----	----	--	--	--	----	------	--	--	--	-----	-------

Secara keseluruhan hampir seluruh sasaran kinerja tahun 2011 – 2015 sudah dapat dicapai. Dengan penjelasan sebagai berikut :

1. Analisa Indikator kinerja sasaran Peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan

Indikator kinerja sasaran Peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan yang sudah sangat memadai ini menunjukkan bahwa seluruh penduduk sudah memiliki akses yang baik terhadap pelayanan kesehatan. Dengan diberlakukannya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) makin mempermudah akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, baik masyarakat yang mampu secara mandiri menjadi anggota JKN maupun masyarakat miskin yang sudah ditanggung dari APBD Kota Bukittinggi. Sebagai penunjang pelaksanaan JKN, sudah adanya dana kapitasi Puskesmas yang diberikan oleh BPJS sehingga kebutuhan pelayanan mulai dari dana untuk jasa medis, kebutuhan alat dan bahan dan alat kesehatan dapat terpenuhi.

Akses kesehatan yang sudah baik di Kota Bukittinggi ditunjang oleh adanya 7 Puskesmas induk pada setiap Kecamatan di Kota Bukittinggi. Dari 3 Kecamatan yang ada, 1 Puskesmas di Kecamatan Aur Birugo Tigo Baleh, 2 Puskesmas di Kecamatan Guguk Panjang dan 4 Puskesmas di Kecamatan Mandiangan Koto Selayan. Disamping itu, pelayanan kesehatan juga dilengkapi dengan 14 Puskesmas Pembantu dan 26 Pos Kesehatan Kelurahan yang sudah ada pada setiap Kelurahan. Di Kota Bukittinggi terdapat 4 Rumah Sakit Umum, 2 Rumah Sakit Khusus, 115 Praktek dokter perorangan, 45 apotek dan pendukung lainnya. Untuk mobilisasi program kesehatan, pada 7 Puskesmas juga sudah ada Mobil Puskesmas keliling.

Sebagai program unggulan kesehatan di Kota Bukittinggi, juga sudah ada mobil ambulance siaga yang siap 24 jam gratis untuk menjemput dan mengantar masyarakat yang mengalami gawat darurat. Ketersediaan anggaran dan kelengkapan sarana dan prasarana sebagaimana dijelaskan diatas, meningkatkan capaian sasaran untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan. Keberhasilan pencapaian Indikator akses dan mutu pelayanan kesehatan dapat dilihat dari derajat kesehatan masyarakat.

Derajat kesehatan masyarakat dinilai dengan menggunakan beberapa indikator yang mencerminkan kondisi mortalitas (kematian), status gizi dan morbiditas (kesakitan). Pada bagian ini, derajat kesehatan masyarakat di Kota Bukittinggi digambarkan melalui Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Balita (AKABA), Angka Kematian Ibu (AKI), dan angka morbiditas beberapa penyakit.

Selain dipengaruhi oleh faktor kesehatan seperti pelayanan kesehatan dan ketersediaan sumber daya kesehatan, derajat kesehatan masyarakat juga dipengaruhi oleh faktor lain seperti faktor ekonomi, pendidikan, lingkungan sosial, serta faktor lain yang kondisinya telah dijelaskan pada bab sebelumnya.

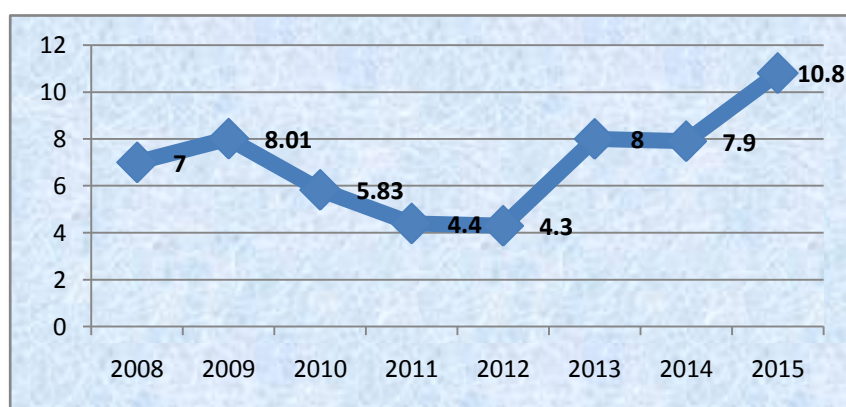
A. MORTALITAS

Mortalitas adalah angka kematian yang terjadi pada kurun waktu dan tempat tertentu yang diakibatkan oleh keadaan tertentu, dapat berupa penyakit maupun sebab lainnya.

1) Angka Kematian Bayi (AKB)

Angka Kematian Bayi (AKB) adalah jumlah yang meninggal sebelum mencapai usia 1 tahun yang dinyatakan dalam 1.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Badan Pusat Statistik berwenang menghitung dan mengeluarkan angka ini dalam periode tertentu melalui survey - survey, seperti SUSEDA, bersama dengan Angka Kematian Ibu (AKI). Angka Kematian Bayi di Kota Bukittinggi berdasarkan gambar 3.1 tahun 2015 sebesar 10.8 / 1.000 kelahiran hidup. Angka ini mengalami peningkatan yang pesat (kematian bayi mengalami kenaikan) dibandingkan tahun 2014 lalu yang sebesar 7.9/1.000 kelahiran hidup. Grafik perkembangan Angka Kematian Bayi di Kota Bukittinggi dalam 6 tahun terakhir dapat di lihat di bawah ini.

GAMBAR 2.1.
ANGKA KEMATIAN BAYI (AKB) PER 1000 KELAHIRAN HIDUP
DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2008-2015

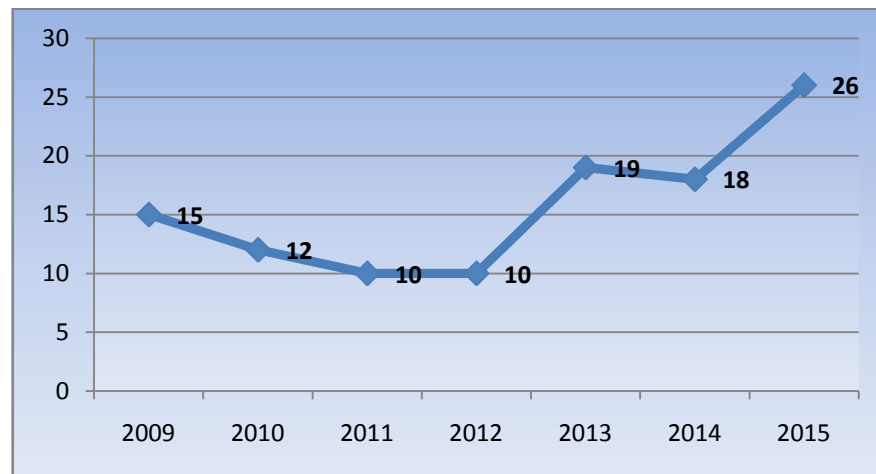


Sumber : Bidang Upaya Kesehatan (BUK)

Berdasarkan gambar 2.1 dapat dilihat bahwa selama 6 tahun terakhir angka kematian bayi mengalami fluktuasi, Jumlah kematian bayi yang terungkap di Kota Bukittinggi pada Tahun 2015 sebesar 26 bayi dari 2.407 kelahiran hidup dan lahir mati sebanyak 16 bayi. Penyebab kematian tertinggi tahun 2015 untuk neonatus adalah Asfiksia dan Prematur.

Bila dibandingkan dengan tahun 2014, jumlah kematian bayi mengalami peningkatan jumlah kasus sebanyak 8 kasus kematian dan lahir mati mengalami peningkatan sebesar 6 kasus kematian. Grafik perkembangan jumlah kematian bayi di Kota Bukittinggi dalam 5 tahun terakhir dapat di lihat di bawah ini.

GAMBAR 2.2.
JUMLAH KEMATIAN BAYI (AKB)
DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2009-2015



Sumber : Bidang Upaya Kesehatan (BUK)

Angka Kematian Bayi berdasarkan target Millennium Development Goals (MDG's) 2015 yaitu sebesar 23 per 1000 kelahiran hidup, yang berarti AKB Kota Bukittinggi (10.8/1000 kelahiran hidup) sudah lebih baik mencapai target MDG's. Penyebab kematian bayi antara lain disebabkan oleh faktor-faktor yang dibawa anak sejak lahir, yang diperoleh dari orang tuanya pada saat konsepsi atau didapat selama kehamilan. Faktor lain penyebab kematian bayi adalah yang bertalian dengan pengaruh lingkungan luar (eksogen), terutama tingkat pelayanan antenatal, tingkat keberhasilan program KIA & KB, kondisi lingkungan, dan sosial Ekonomi.

Beberapa penyebab kematian bayi dapat bermula dari masa kehamilan 28 minggu sampai hari ke-7 setelah persalinan (masa perinatal). Penyebab kematian bayi terbanyak adalah karena pertumbuhan janin yang lambat, kekurangan gizi pada janin, kelahiran prematur dan berat bayi lahir yang rendah. Sedangkan penyebab lainnya yang cukup banyak terjadi adalah kejadian kurangnya oksigen dalam rahim (*hipoksia intra uterus*) dan kegagalan nafas secara spontan dan teratur pada saat lahir atau beberapa setelah lahir (*asfiksia lahir*). Hal ini dapat diartikan bahwa 65,8% kematian bayi pada masa perinatal dipengaruhi pada kondisi ibu saat melahirkan.

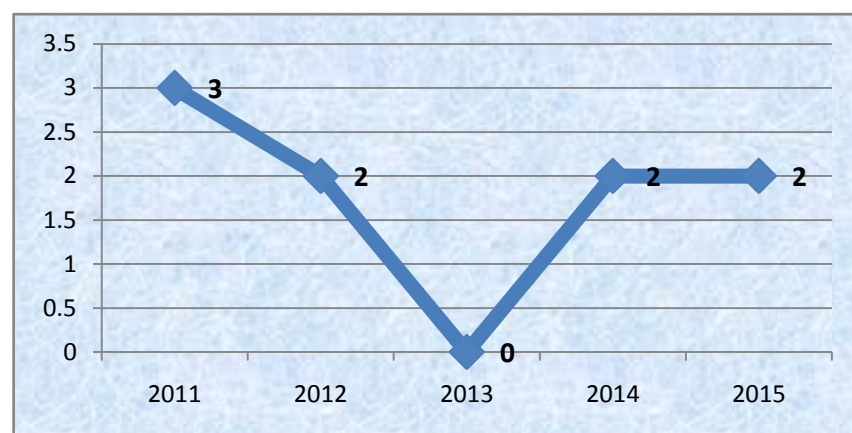
Salah satu upaya percepatan penurunan AKI dan AKB adalah melalui peningkatan cakupan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan di fasilitas dan penanganan kegawatdaruratan maternal neonatal sesuai standar dan tepat waktu yang dapat dikaji melalui Audit Maternal Perinatal (AMP). Penelusuran penyebab setiap kematian bayi dilakukan oleh petugas puskesmas dalam kegiatan AMP.

2) Angka Kematian Anak Balita (AKABA)

Angka Kematian Anak Balita (AKABA) adalah jumlah kematian anak umur 12-59 bulan per 1.000 kelahiran hidup pada periode waktu tertentu. AKABA dapat menggambarkan tingkat permasalahan kesehatan serta faktor lain yang mempengaruhi terhadap kesehatan anak balita seperti gizi, sanitasi lingkungan, tingkat pelayanan KIA / Posyandu, penyakit infeksi, dan kecelakaan.

Kematian anak balita di Kota Bukittinggi pada Tahun 2015 menurut laporan bersumber fasilitas kesehatan sejumlah 2 anak sama dengan angka tahun 2014. Grafik berikut ini menunjukkan jumlah kematian balita di Kota Bukittinggi selama 5 tahun terakhir.

GAMBAR 2.3.
ANGKA KEMATIAN BALITA (AKABA) PER 1000 KELAHIRAN HIDUP
DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2011-2015



Sumber : Bidang Upaya Kesehatan (BUK)

Jumlah kematian balita disini yang dimaksud adalah jumlah kematian seorang anak balita usia 12-59 bulan yang ditemukan di Kota Bukittinggi di Tahun 2015. Angka kematian anak balita di Kota Bukittinggi tahun 2015 adalah 2 dari 2.407 kelahiran hidup sama dengan angka tahun 2015. *Millenium Development Goals* (MDGs) menetapkan nilai normative AKABA, yaitu sangat tinggi dengan nilai > 140, tinggi dengan nilai 71 – 140, sedang dengan nilai 20 – 70 dan rendah dengan nilai < 20. Jadi berdasarkan indikator Milenium Developmnet Goals (MDG'S) 2015, AKABA di Kota Bukittinggi sudah baik sekali atau dengan nilai normative AKABA yang sudah rendah.

Adapun penyebab kematian balita tersebut dikategorikan ke dalam penyebab lain-lain, yang berarti bukan disebabkan oleh penyebab kematian yang dikategorikan penyakit potensi wabah atau penyakit yang rentan terhadap balita, seperti penyakit Diare, Campak, Infeksi Saluran Pernafasan Atas (ISPA), ataupun Demam Berdarah Dengue (DBD).

3) Angka Kematian Ibu Maternal

Angka kematian Ibu (AKI) menjadi salah satu indikator penting dalam menentukan derajat kesehatan masyarakat. AKI menggambarkan jumlah wanita yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya (tidak

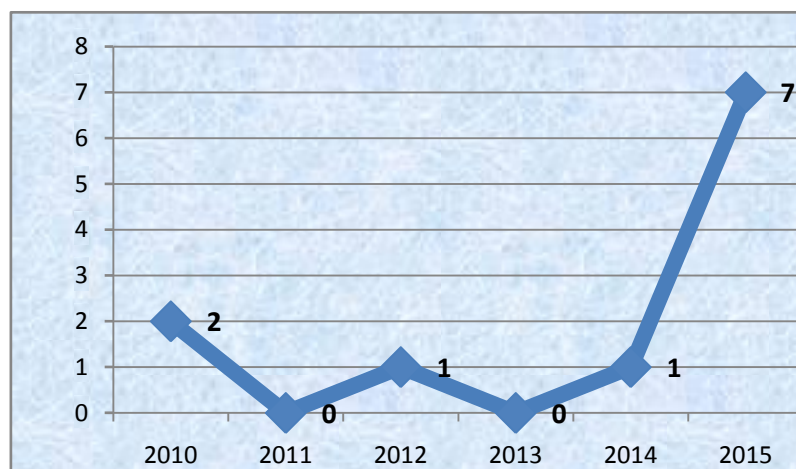
termasuk kecelakaan atau kasus insidentil) selama kehamilan, melahirkan dan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan lama kehamilan per 100.000 kelahiran hidup.

Kematian ibu adalah kematian seorang wanita yang dikarenakan oleh kehamilan, persalinan, dan masa nifasnya. Angka kematian Ibu mencerminkan resiko yang dihadapi ibu selama kehamilan dan melahirkan yang dipengaruhi oleh :

- a. Keadaan sosial ekonomi dan kesehatan yang kurang baik menjelang kehamilan.
- b. Kejadian berbagai komplikasi pada kehamilan dan kelahiran.
- c. Tingkat tersedianya dan penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan termasuk pelayanan perinatal dan obstetri.

AKI juga dapat digunakan dalam pemantauan kematian terkait dengan kehamilan. Indikator ini dipengaruhi status kesehatan secara umum, pendidikan dan pelayanan selama kehamilan dan melahirkan. Sensitifitas AKI terhadap perbaikan pelayanan kesehatan menjadikannya indikator keberhasilan pembangunan sektor kesehatan. Pada Gambar 3.3 berikut terlihat kecenderungan jumlah kematian ibu maternal sejak tahun 2008 sampai dengan tahun 2014 di Kota Bukittinggi.

GAMBAR 2.4.
JUMLAH KEMATIAN IBU
DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2010-2015



Sumber : Bidang Upaya Kesehatan (BUK)

Jumlah kematian ibu maternal di Kota Bukittinggi tahun 2015 adalah 7 jiwa. Angka ini mengalami peningkatan yang dramatis dibandingkan dengan tahun 2014 dari 1 jiwa. Selain menegakkan AMP ditingkat kota, seperti halnya kematian bayi, peran promosi kesehatan melalui program P4K (Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi) serta program Desa Siaga dalam menjalankan fungsinya meningkatkan sistem siaga di masyarakat terhadap kesehatan ibu hamil di wilayahnya menjadi upaya dalam menurunkan kematian ibu. Selain itu, bidang promosi kesehatan sebagai fungsi promotif dan preventif melalui penyuluhan dengan

menggunakan media media yang efektif dan menarik dapat meningkatkan pengetahuan kesehatan ibu dan anak.

Upaya penurunan angka kematian ibu dan angka kematian neonatal melalui program Emas dilakukan dengan cara:

- ✓ Meningkatkan kualitas pelayanan emergensi obstetri dan bayi baru lahir minimal di 300 Puskesmas (PONED).
- ✓ Memperkuat sistem rujukan yang efisien dan efektif antar Puskesmas dan Rumah Sakit.

Selain itu, pemerintah bersama masyarakat juga bertanggung jawab untuk menjamin bahwa setiap ibu memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, mulai dari saat hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih, dan perawatan pasca persalinan bagi ibu dan bayi, perawatan khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi, dan memperoleh cuti hamil dan melahirkan serta akses terhadap keluarga berencana. Di samping itu, pentingnya melakukan intervensi lebih ke hulu yakni kepada kelompok remaja dan dewasa muda dalam upaya percepatan penurunan AKI.

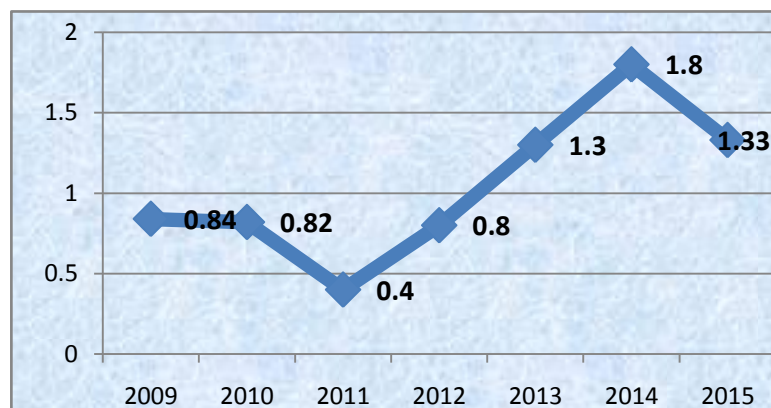
B. STATUS GIZI

Status gizi masyarakat dapat diukur melalui indikator-indikator, antara lain bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dan status gizi balita.

1. Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR < 2500 gram)

Berat Badan Lahir Rendah didefinisikan sebagai bayi lahir yang berat badannya kurang dari 2500 gram. Bayi yang mempunyai berat badan lahir rendah sangat mempengaruhi pertumbuhan dan kecerdasan anak, cenderung mempunyai pertumbuhan fisik yang terhambat. Selain itu mudah terkena infeksi. Persentase bayi dengan berat badan lahir rendah Kota Bukittinggi tahun 2014 adalah 1,41%, dimana ditemukan 34 bayi dengan berat badan lahir < 2500 gram dari 2.407 bayi yang lahir. Angka ini mengalami penurunan jika dibandingkan dengan tahun 2014 yaitu sebesar 1,8%. Gambaran kasus bayi BBLR dari tahun 2009 – 2015 dapat dilihat pada grafik dibawah ini.

GAMBAR 2.5
KASUS BAYI DENGAN BBLR
DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2009-2015



Sumber : Bidang Upaya Kesehatan (BUK)

Berdasarkan laporan, kasus bayi dengan BBLR ini disebabkan faktor rendahnya pengetahuan orang tua bayi akan gizi dan perekonomian yang miskin. Berat Badan Lahir Rendah (kurang dari 2.500 gram) merupakan salah satu faktor utama yang berpengaruh terhadap kematian perinatal dan neonatal. BBLR dibedakan dalam 2 kategori yaitu : BBLR karena prematur (usia kandungan kurang dari 37 minggu) atau BBLR karena *intra uterine growth retardation (IUGR)*, yaitu bayi yang lahir cukup bulan tetapi berat badannya kurang.

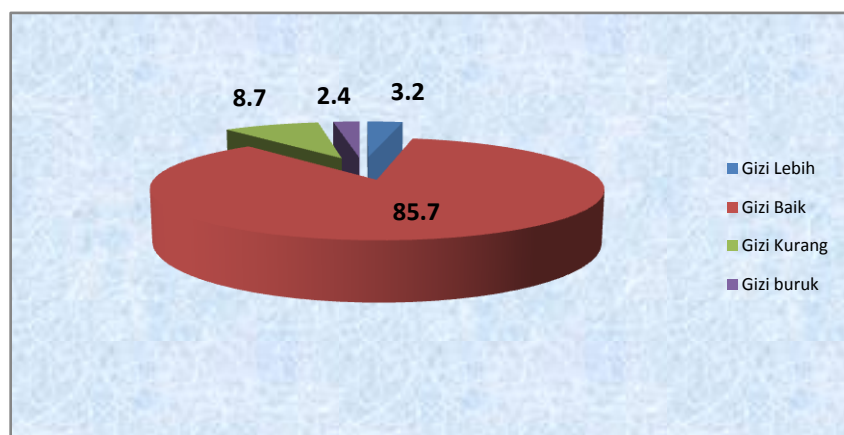
2. Status Gizi Balita

Status gizi balita merupakan salah satu indikator yang menggambarkan tingkat kesejahteraan masyarakat selain juga merupakan indikator yang dinilai keberhasilan pencapaiannya dalam MDG's. Status Gizi balita diukur berdasarkan umur, berat badan (BB) dan tinggi badan (TB). Variabel BB dan TB ini disajikan dalam bentuk tiga indikator antropometri, yaitu : Berat Badan menurut Umur (BB/U), Tinggi Badan menurut Umur (TB/U), dan Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB).

Indikator BB/U memberikan indikasi masalah gizi secara umum. Indikator ini tidak memberikan indikasi tentang masalah gizi yang sifatnya kronis ataupun akut karena berat badan berkorelasi positif dengan umur dan tinggi badan. Dengan kata lain, berat badan yang rendah dapat disebabkan karena tubuh yang pendek (kronis) atau karena diare atau penyakit infeksi lain (akut).

Berdasarkan BB/U jumlah balita dengan gizi sangat kurang pada tahun 2015 di Kota Bukittinggi sebesar 0.8%, dibandingkan dengan tahun 2014 jumlah Balita dengan gizi sangat kurang mengalami penurunan dari 1.8% apalagi jika dibandingkan dengan target Standar Pelayanan Minimal tahun 2015, Jumlah Balita dengan gizi sangat kurang sudah dibawah target yaitu 15%. Berikut ini disajikan grafik status gizi pada Balita berdasarkan indikator antropometri BB/U di Kota Bukittinggi.

GAMBAR 2.6
STATUS GIZI BALITA BERDASARKAN INDIKATOR BB/U
DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2015



Sumber : Bidang Upaya Kesehatan (BUK)

Menurut MDG's, Balita dengan prevalensi BB kurang / gizi kurang < 15%, sedangkan prevalensi Balita gizi buruk < 3,15%, jadi untuk kota Bukittinggi status gizi baik balita sudah mencapai target MDG's. Sedangkan menurut indikator Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) Balita dengan status gizi buruk pada tahun 2015 di Kota Bukittinggi adalah 14 jiwa dari 7.548 Balita yang ditimbang (0.002%).

Pada tahun 2015 balita dengan berat badan di bawah garis merah adalah 0.8%, dimana mengalami penurunan jika dibandingkan dengan tahun 2014 yaitu 1.8%.

C. MORBIDITAS

Morbidity adalah angka kesakitan, baik insiden maupun prevalen dari suatu penyakit. Morbidity menggambarkan kejadian penyakit dalam suatu populasi pada kurun waktu tertentu. Morbidity juga berperan dalam penilaian terhadap derajat kesehatan masyarakat.

Data angka kesakitan penduduk yang berasal dari masyarakat (*community based data*) salah satunya dapat di peroleh dari hasil pengumpulan data dari Dinas Kesehatan kota dan sarana pelayanan kesehatan lainnya (*facility based data*) yang diperoleh melalui sistem pencatatan dan pelaporan.

Gambaran / pola 10 penyakit terbanyak pada pasien rawat jalan di Puskesmas pada tahun 2015 di Kota Bukittinggi dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

TABEL 2.3
10 PENYAKIT TERBANYAK
DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2015

Jenis Penyakit	Jumlah
ISPA	33816
Hipertensi	15.704
Common Cold	11.377
Gastritis	9.960
Diabetes Melitus	7.335
Reumatoid Arthritis	4.982
Penyakit Kulit Alergi	4.982
Cephalgia	3.749
Diare	2791
Faringitis	2.327

Sumber : Bidang PSDK

1. Penyakit Menular

a. Tuberkulosis Paru

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*, TB menjadi salah satu penyakit yang pengendaliannya menjadi komitmen global dalam MDG's.

Beban penyakit yang disebabkan oleh tuberkulosis dapat diukur dengan insiden (didefinisikan sebagai jumlah kasus baru dan kasus kambuh tuberkulosis yang muncul dalam periode waktu tertentu, biasanya dinyatakan dalam satu tahun), prevalensi (didefinisikan sebagai jumlah kasus tuberkulosis pada suatu titik waktu tertentu) dan mortalitas/kematian (didefinisikan sebagai jumlah kematian akibat tuberkulosis dalam jangka waktu tertentu).

a) Kasus baru dan Prevalensi BTA Positif

Jumlah kasus baru BTA+ yang ditemukan Di Kota Bukittinggi pada tahun 2015 sebanyak 113 kasus. Jumlah tersebut lebih banyak bila dibandingkan kasus baru BTA+ yang ditemukan tahun 2014 yang sebesar 111 kasus.

Jumlah kasus tertinggi yang dilaporkan terdapat di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad dan Puskesmas Guguk Panjang. Kasus baru di dua Puskesmas tersebut sekitar 73.45% dari jumlah seluruh kasus baru di Kota Bukittinggi, hal ini disebabkan karena pasien banyak ditemukan di Rumah Sakit Achmad Muchtar dan Rumah Sakit Ibnu Sina Bukittinggi yang termasuk kedalam wilayah kerja puskesmas tersebut dan untuk pengobatannya dikembalikan ke Puskesmas terdekat.

Menurut jenis kelamin, kasus baru BTA+ pada laki-laki hampir 1,35 kali dibandingkan kasus BTA+ pada perempuan. Kasus BTA+ pada kelompok umur 0-14

tahun di Kota Bukittinggi sebanyak 35 kasus atau 15% dari seluruh kasus TB + di Kota Bukittinggi.

b) Proporsi pasien Baru BTA positif diantara semua kasus

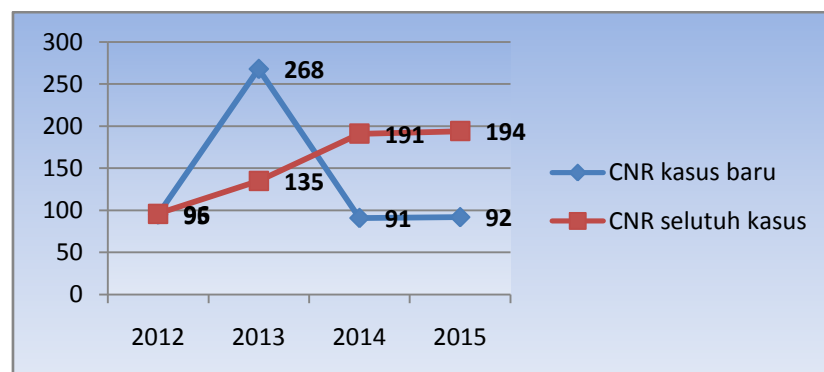
Proporsi pasien baru BTA positif di antara semua kasus adalah persentase pasien baru BTA positif di antara semua pasien TB paru tercatat. Indikator ini menggambarkan prioritas penemuan pasien TB yang menular di antara seluruh pasien TB paru yang diobati. Angka ini diharapkan tidak lebih rendah dari 65%. Apabila proporsi pasien baru BTA positif di bawah 65% maka hal itu menunjukkan mutu diagnosis yang rendah dan kurang memberikan prioritas untuk menemukan pasien yang menular (pasien BTA Positif).

Di Kota Bukittinggi proporsi pasien baru BTA positif diantara seluruh kasus pada tahun 2015 sebesar 47.48% mengalami penurunan jika dibandingkan dengan tahun 2014 sebesar 48.05%, yang berarti belum juga mencapai target minimal. (65%). Hal ini mengindikasikan kurangnya prioritas menemukan kasus BTA positif.

c) Angka Notifikasi Kasus atau Case Notification Rate (CNR)

Angka notifikasi kasus adalah angka yang menunjukkan jumlah pasien baru yang ditemukan dan tercatat diantara 100.000 penduduk di suatu wilayah tertentu. Angka ini apabila dikumpulkan serial akan menggambarkan kecenderungan penemuan kasus dari tahun ke tahun di wilayah tersebut. Angka ini berguna untuk menunjukkan kecenderungan (*trend*) meningkat atau menurunnya penemuan pasien pada wilayah tersebut.

GAMBAR 2.7
ANGKA NOTIFIKASI KASUS BTA + DAN SELURUH KASUS
DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2012 – 2015



Sumber : Bidang PMK

Gambar 3.5 menunjukkan angka notifikasi kasus baru TB paru BTA positif di Kota Bukittinggi dari tahun 2012-2015 mengalami fluktuasi dari 96 menjadi 92 per 100.000 penduduk. Begitu juga dengan angka notifikasi seluruh kasus BTA positif dari tahun 2013 sampai 2015 cenderung fluktuatif dari 268 menjadi 194 per 100.000 penduduk.

b. HIV dan 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. Sebelum memasuki fase AIDS, penderita terlebih dulu dinyatakan sebagai HIV positif.

Pemetaan epidemi HIV di Indonesia dibagi menjadi lima kategori, yaitu <90 kasus, 90-206 kasus, 207-323 kasus, 324-440 kasus, dan > 440 kasus.

Di Kota Bukittinggi pada tahun 2014 kasus positif HIV sebanyak 51 kasus mengalami penurunan dari tahun 2013 sebanyak 77 kasus, dimana penderita tersebut kebanyakan berasal dari luar wilayah Bukittinggi namun melakukan pengobatan di RSAM Bukittinggi.

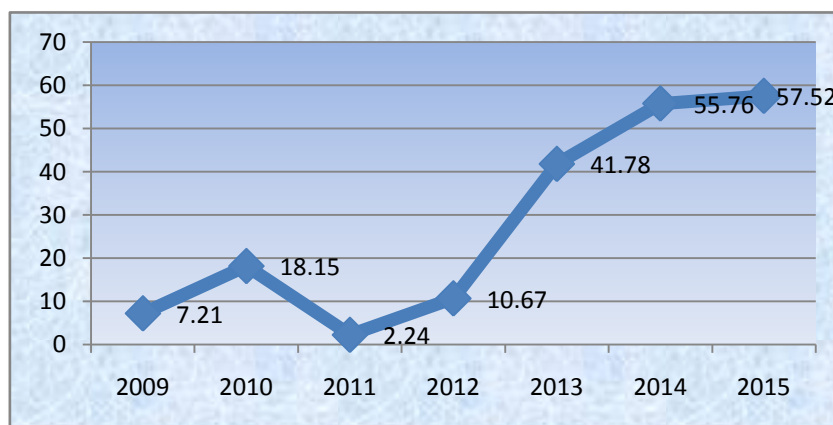
Menurut jenis kelamin, proporsi kasus baru AIDS di Kota Bukittinggi tahun 2015 pada kelompok laki-laki lebih besar dibandingkan persentase pada kelompok perempuan yaitu sebesar 84% berbanding 15%.

c. Pneumonia

Pneumonia adalah infeksi akut yang mengenai jaringan paru (*alveoli*). Infeksi dapat disebabkan oleh bakteri, virus maupun jamur. Pneumonia juga dapat terjadi akibat kecelakaan karena menghirup cairan atau bahan kimia. 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).

Di Kota Bukittinggi angka cakupan penemuan penderita pneumonia pada Balita hingga saat ini masih belum mencapai target sama halnya juga dengan nasional, seperti tampak pada gambar dibawah ini.

GAMBAR 2.8
CAKUPAN PENEMUAN PENDERITA PNEUMONIA PADA BALITA
DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2008-2015



SUMBER : BIDANG PMK

Cakupan penemuan pneumonia pada Balita tahun 2015 sebesar 57.52% mengalami peningkatan sejak tahun 2013, namun walaupun mengalami peningkatan, angka tersebut masih harus lebih ditingkatkan lagi untuk mencapai target nasional yaitu sebesar 60%. Hambatan yang ditemui dalam meningkatkan cakupan penemuan Pneumonia Balita di Puskesmas yaitu :

- ✓ Sebagian besar pengelola Program program ISPA di Puskesmas belum terlatih karena keterbatasan dana dan mutasi petugas yang tinggi.
- ✓ Manajemen data (*Under reported*) karena kerancuan antara diagnosa kerja dan klasifikasi ISPA (Pneumonia, Pneumonia berat, ISPA biasa), sehingga banyak kasus pneumonia dimasukkan ke dalam ISPA biasa.
- ✓ Pengendalian pneumonia balita masih berbasis Puskesmas. Data kasus pneumonia belum mencakup RS, klinik dan praktek

d. Kusta

Kusta adalah penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium leprae*. Penatalaksanaan kasus yang buruk dapat menyebabkan kusta menjadi progresif, menyebabkan kerusakan permanen pada kulit, saraf, anggota gerak, dan mata.

Sejak tercapainya status eliminasi kusta tahun 2000, situasi kusta di Indonesia menunjukkan kondisi yang relatif statis. Hal ini dapat terlihat dari angka penemuan kasus baru kusta yang berkisar antara 7 hingga 8 per 100.000 penduduk per tahunnya dan telah mencapai target < 10.

Begitu pula halnya Di Kota Bukittinggi dimana jumlah penderita Kusta sudah tidak ada lagi. Sejak tahun 2009 sampai Tahun 2011 sudah tidak ada temuan penderita baru, namun sejak tahun 2012-2013 ditemukan jumlah penderita kasus baru 2 orang, dan untuk tahun 2014 hanya ditemukan 1 kasus. Sedangkan untuk tahun 2015 tidak ditemukan lagi penderita kusta di Kota Bukittinggi.

Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan telah menetapkan kelompok beban kusta dalam 2 kelompok, yaitu dengan beban kusta tinggi (*high endemic*) jika NCDR > 10 per 100.000 penduduk atau jumlah kasus baru lebih dari 1.000 dan beban kusta rendah (*low endemic*) jika NCDR < 10 per 100.000 penduduk atau jumlah kasus baru kurang dari 1.000 kasus. Jadi Kota Bukittinggi termasuk dalam kelompok *low endemic*.

e. Diare

Diare adalah penyakit yang terjadi ketika terjadi perubahan konsistensi feses selain dari frekuensi buang air besar. Seseorang dikatakan menderita diare bila feses lebih berair dari biasanya, atau bila buang air besar tiga kali atau lebih, atau buang air besar yang berair tapi tidak berdarah dalam waktu 24 jam.

Penyakit Diare merupakan penyakit endemis di Indonesia dan juga merupakan penyakit potensial KLB yang sering disertai dengan kematian. Laporan Risesdas tahun 2007 menunjukkan bahwa penyakit Diare merupakan penyebab kematian nomor satu pada bayi

(31,4%) dan pada balita (25,2%), sedangkan pada golongan semua umur merupakan penyebab kematian yang ke empat (13,2%).

Jumlah kasus diare tahun 2015 adalah sebesar 2.921 kasus, namun penanganan penderita diare sudah dilaksanakan 100%.

2. Penyakit Bersumber Binatang

a. Demam Berdarah Dengue (DBD)

Di Kota Bukittinggi pada tahun 2015 ditemukan 141 kasus. Keadaan ini mengalami peningkatan jika dibandingkan dengan tahun 2014 dimana terdapat 139 penderita DBD, dan sebagian besar merupakan penderita kiriman dari kota lain. Kota Bukittinggi yang diprediksikan bukan daerah endemis DBD karena secara geografis ketinggiannya lebih dari 900 m diatas permukaan laut, tetapi faktor mobilitas penduduk yang tinggi juga mempengaruhi kasus ini. Gambaran angka kesakitan penderita DBD dari tahun 2008 – 2015 dapat dilihat pada grafik dibawah ini.

GAMBAR 2.9
ANGKA KESAKITAN DBD DI KOTA BUKITTINGGI
TAHUN 2008-2015



Sumber : Bidang PMK Kota Bukittinggi

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa angka kesakitan DBD yang tertinggi terjadi pada tahun 2009 yaitu 159 dan terendah pada tahun 2011 yaitu 59.88. Namun semua penderita atau 100% penderita telah ditangani.

b. Malaria

Penderita malaria adalah penderita dengan kasus gejala klinis demam tinggi disertai menggigil, dengan atau tanpa pemeriksaan sediaan darah di laboratorium. Sejak tahun 2010 sampai 2012 Di Kota Bukittinggi sudah tidak ditemukan lagi penderita malaria, pada tahun 2013 ditemukan 1 kasus , dan pada tahun 2014 kasus malaria mengalami peningkatan menjadi 8 kasus dan menjadi Kejadian Luar Biasa (KLB) di kota Bukittinggi karena penderita

meninggal dunia. Sedangkan Pada Tahun 2015 kasus malaria sudah tidak ditemukan lagi di Kota Bukittinggi dan angka ini telah mencapai target MDG's yaitu 2 per 1000 penduduk.

c. Filariasis

Di Kota Bukittinggi sejak tahun 2010 sampai tahun 2011 tidak terdapat kasus filariasis dan mengalami penurunan dari tahun 2009 yang terdapat 2 kasus filariasis dan sudah ditangani 100%, namun pada tahun 2012 ditemukan adanya 7 kasus filariasis di 4 kelurahan (Kelurahan Manggis ganting, kubu gulai bancah, ATTS dan Puhun Pintu Kabun) setelah diadakan survey filariasis. Tahun 2013 mengalami penurunan lagi menjadi 2 kasus filariasis, dan sejak tahun 2014 sampai tahun 2015 kasus Filariasis sudah tidak ada lagi di Kota Bukittinggi.

2. Analisa Indikator kinerja sasaran Peningkatan Pelayanan Kesehatan

Pencapaian sasaran 2 yang sebagian besar sangat baik dan baik menunjukkan adanya peningkatan pelayanan kesehatan di Kota Bukittinggi. Pelayanan kesehatan sudah menyentuh seluruh kondisi dan kelompok umur masyarakat mulai dari ibu hamil, ibu menyusui, bayi, balita, anak balita, anak usia sekolah, remaja, dewasa sampai lanjut usia.

Adanya capaian sasaran yang belum mencapai target yaitu :

- a. Cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani tidak tercapai pada tahun ke-2
- b. Cakupan pelayanan anak balita belum tercapai pada tahun ke 1 dan ke 3.
- c. Cakupan Penemuan penderita pneumonia balita belum tercapai pada tahun 1, 2 dan 3.
- d. Penemuan pasien baru TB BTA tidak tercapai pada tahun ke 4 dan 5.
- e. Penemuan penderita diare tidak tercapai pada ke 1, 2, 3 dan 4.
- f. Persentase keluarga miskin yang mendapat pelayanan kesehatan tidak tercapai pada tahun ke – 2.

Kalau dilihat pada tahun akhir (tahun ke-5) permasalahan diatas sudah dapat teratasi, yang masih menjadi permasalahan adalah :

- a. Penemuan pasien baru TB BTA.
- b. Penemuan penderita diare

Untuk indikator Penemuan pasien baru TB BTA positif dan penemuan penderita diare belum mencapai target disebabkan hal sebagai berikut :

- a. Keterbatasan jumlah tenaga untuk melakukan penjangkaran

Penemuan kasus TB dan penemuan penderita diare, menuntut petugas kesehatan untuk melakukan penjangkaran ke Kelurahan sampai ke tingkat rumah tangga. Petugas mengantarkan pot sputum untuk penyimpanan dahak yang akan diperiksa, dan menjemput kembali ke rumah tangga. Puskesmas merupakan sarana layanan kesehatan yang melayani masyarakat untuk program pengobatan, promosi dan preventif. Disamping melayani masyarakat dalam gedung Puskesmas, juga melakukan upaya kesehatan di luar gedung seperti di Posyandu balita, Posyandu Lansia, Posbindu, UKS di sekolah, dan lain-lain. Berlakunya JKN mengakibatkan peningkatan

jumlah kunjungan Puskesmas, sehingga makin sempit waktu bagi petugas untuk pelayanan luar gedung.

b. Koordinasi yang masih kurang dengan sarana kesehatan lainnya

Banyaknya sarana kesehatan yang ada di Bukittinggi, sehingga masyarakat melakukan pengobatan ke praktek mandiri, yang tidak tercatat pada pencatatan Puskesmas. Oleh sebab itu, perlu adanya peningkatan kinerja petugas Puskesmas agar lebih mengintensifkan upaya pencatatan dan pelaporan dan sweeping ke tingkat sasaran, koordinasi dengan praktek kesehatan mandiri.

c. Rendahnya kesadaran masyarakat untuk pemeriksaan BTA positif ke Labor Puskesmas

Untuk penyakit TBC, masyarakat sering menganggap batuk yang diderita adalah batuk biasa sehingga masyarakat tidak melakukan pemeriksaan secara mandiri ke tempat layanan kesehatan. Begitu juga dengan diare yang diderita masyarakat. Masyarakat masih menganggap bahwa diare merupakan penyakit yang akan sembuh dengan sendirinya. Oleh sebab itu, perlu dilakukan upaya promosi yang lebih gencar lagi tentang penyakit TBC dan diare ke masyarakat.

UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mengamanatkan bahwa upaya kesehatan ibu ditujukan untuk menjaga kesehatan ibu sehingga mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas serta mengurangi angka kematian ibu. Upaya kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada Undang-Undang tersebut meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Anak dan ibu merupakan dua anggota keluarga yang perlu mendapatkan prioritas dalam penyelenggaraan upaya kesehatan. Penilaian terhadap status kesehatan dan kinerja upaya kesehatan ibu dan anak penting untuk dilakukan. Hal tersebut disebabkan Angka Kematian Ibu dan Anak merupakan dua indikator yang peka terhadap kualitas fasilitas pelayanan kesehatan. Kualitas fasilitas pelayanan kesehatan yang dimaksud termasuk aksesibilitas terhadap fasilitas pelayanan kesehatan itu sendiri.

Dalam upaya pencapaian MDG's dan tujuan pembangunan kesehatan, peningkatan pelayanan ibu dan anak diprioritaskan yaitu dengan menurunkan Angka kematian Ibu menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 dan menurunkan Angka Kematian Bayi menjadi 23 per 1.000 kelahiran hidup. Untuk menurunkan Angka kematian Ibu dan Bayi diperlukan upaya-upaya yang terkait dengan kehamilan, kelahiran dan nifas

Kelangsungan hidup ibu dan bayi baru lahir erat kaitannya dengan kesehatan bumil yang juga diakumulasi masalah perilaku, mutu pelayanan kesehatan, status gizi, tingkat pendidikan, ekonomi dan sosial budaya. Rawannya derajat kesehatan ibu memberi dampak yang bukan terbatas pada kesehatan ibu saja. Hal ini juga berpengaruh secara langsung terhadap janin atau bayi pada minggu pertama kehidupannya. Capaian pelayanan kesehatan ibu dan anak dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

TABEL 2.4
CAPAIAN PROGRAM UPAYA KESEHATAN IBU DAN ANAK
KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2013 – TAHUN 2015

Program	Target 2015 (%)	Capaian Tahun 2013 (%)	Capaian Tahun 2014 (%)	Capaian Tahun 2015 (%)
1. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi				
✓ Cakupan kunjungan ibu hamil (K4)	95	95.22	94.18	91,34
✓ Cakupan pertolongan persalinan oleh bidan /Nakes yang memiliki kompetensi kebidanan	90	94.11	94.65	89.18
✓ Cakupan kunjungan neonatus	90	81.40	94.92	93,27
✓ Cakupan kujungan bayi	90	55.00	88.36	83,82
1. Pelayanan Keluarga Berencana :				
✓ Cakupan peserta KB aktif	70	69.50	62.87	54,68
3. Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar dan Komprehensif :				
✓ Ibu hamil resiko tinggi/komplikasi yang ditangani	80	100	100	100
✓ Neonatal rsiko tinggi/ komplikasi yang ditangani	100	38.21	88.60	75,89
4. Bayi Yang Mendapat ASI Eksklusif :				
✓ Bayi yang mendapat ASI eksklusif	80	98.73	39.17	45,74

Sumber : Bidang Upaya Kesehatan (BUK)

A. Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil (K1 dan K4)

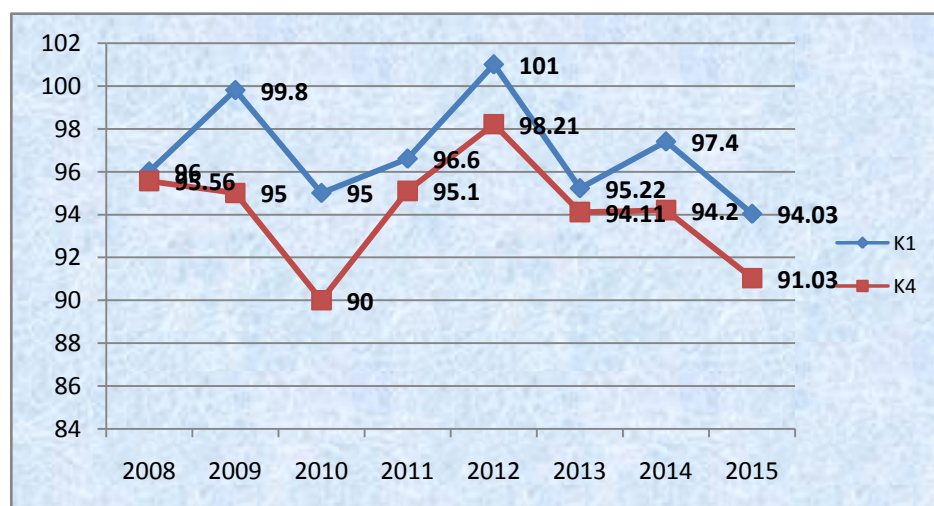
Upaya kesehatan ibu hamil diwujudkan dalam pemberian pelayanan antenatal sekurang-kurangnya 4 kali selama masa kehamilan, dengan distribusi waktu minimal 1 kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan 2 kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 24-36 minggu). 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. Pelayanan antenatal diupayakan agar memenuhi standar kualitas 10 T, yaitu :

1. Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan;
2. Pengukuran tekanan darah;
3. Penilaian Status Gizi (ukur Lingkar lengan atas/LILA)
4. Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri);
5. Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
6. Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus toksoid bila diperlukan;
7. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan;
8. Pelayanan tes laboratorium sederhana, minimal tes hemoglobin darah (Hb) dan pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya) serta pemeriksaan HIV.

9. Tatalaksana/penanganan kasus ; serta.
10. Pelaksanaan temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling, termasuk keluarga berencana).

Hasil pelayanan antenatal dapat dilihat dari cakupan pelayanan Hasil pencapaian upaya kesehatan ibu hamil dapat dinilai dengan menggunakan indikator Cakupan K1 dan K4. Cakupan K1 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal pertama kali, 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 4 kali sesuai jadwal yang dianjurkan, dibandingkan 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 ke tenaga kesehatan. Gambaran kecenderungan cakupan pelayanan antenatal (K1 dan K4) di Kota Bukittinggi sejak tahun 2008 – 2015 dapat dilihat pada gambar dibawah ini.

GAMBAR 2.10.
GAMBARAN PENCAPAIAN PELAYANAN ANTENATAL (K1 DAN K4)
DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2008-2015



Sumber : Bidang Upaya Kesehatan (BUK)

Gambar 2.10 diatas memperlihatkan trend Cakupan K1 dan Cakupan K4 dari tahun 2008 sampai dengan tahun 2015. Terlihat bahwa Cakupan K1 dan K4 mengalami kecenderungan fluktuatif dari tahun ke tahun. Hal ini menunjukkan semakin membaiknya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan ibu hamil yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Dari gambar tersebut juga terlihat bahwa cakupan kunjungan ibu Hamil K4 tahun 2015 adalah 91.03%, mengalami penurunan jika dibandingkan dengan tahun 2014 yaitu 94.2%.

Jika dibandingkan dengan target SPM Kota Bukittinggi atau sebesar 95%, maka pada tahun 2015 cakupan K4 masih perlu lebih ditingkatkan lagi untuk mencapai target tersebut, Sedangkan Puskesmas dengan cakupan K4 tertinggi pada tahun 2015 adalah Puskesmas Mandingin, Tigo Baleh dan Puskesmas Nilam Sari yaitu sebesar 95%, sedangkan yang terendah Puskesmas Rasimah Ahmad

sebesar 77.96%. Namun jika dibandingkan dengan target renstra Kementerian Kesehatan yakni sebesar 93% dan target MDG's 2015 yaitu meningkatkan capaian K4 dari 86%, maka cakupan pelayanan K4 Ibu hamil di Kota Bukittinggi sudah mencapai target.

Upaya meningkatkan cakupan pelayanan antenatal juga makin diperkuat dengan adanya Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) sejak tahun 2010 dan diluncurkannya Jaminan Persalinan (Jampersal) sejak tahun 2011, dimana keduanya saling bersinergi. BOK dapat dimanfaatkan untuk kegiatan luar gedung, seperti pendataan, pelayanan di Posyandu, kunjungan rumah, *sweeping* kasus *drop out*, pelaksanaan kelas ibu hamil serta penguatan kemitraan bidan dan dukun. Sementara itu Jampersal mendukung paket pelayanan antenatal/melahirkan dan PNC, termasuk yang dilakukan pada saat kunjungan rumah atau *sweeping*, baik pada kehamilan normal maupun kehamilan dengan risiko tinggi. Semakin kuatnya kerja sama dan sinergi berbagai program yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat termasuk sektor swasta diharapkan dapat mendorong tercapainya target cakupan pelayanan antenatal.

B. Pelayanan kesehatan Ibu Bersalin

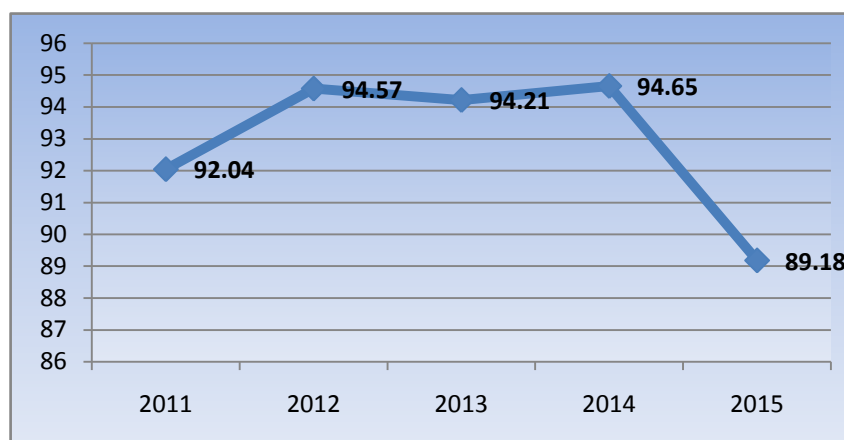
Periode persalinan merupakan salah satu periode yang berkontribusi besar terhadap Angka Kematian Ibu di Indonesia. Komplikasi dan kematian ibu maternal dan bayi baru lahir sebagian besar terjadi pada masa sekitar persalinan, hal ini disebabkan antara lain pertolongan tidak dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi kebidanan (profesional). Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah pelayanan persalinan yang aman yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dengan kompetensi kebidanan yang bertujuan untuk mengamankan proses persalinan oleh tenaga kesehatan.

Upaya kesehatan ibu bersalin diwujudkan dalam upaya mendorong agar setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih dan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Pertolongan persalinan adalah proses pelayanan persalinan dimulai pada kala I sampai dengan kala IV persalinan. Pencapaian upaya kesehatan ibu bersalin diukur melalui indikator persentase persalinan ditolong tenaga kesehatan terlatih (Cakupan Pn). Indikator ini memperlihatkan tingkat kemampuan Pemerintah dalam menyediakan pelayanan persalinan berkualitas yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih.

Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Kota Bukittinggi sejak Tahun 2008 sampai dengan tahun 2010 sudah mencapai 100 %, namun tahun 2011 mengalami penurunan menjadi 92.04% disebabkan karena adanya perbedaan definisi operasional, dimana untuk tahun 2008 – 2010 pembaginya adalah jumlah ibu hamil yang bersalin sedangkan tahun 2011 pembaginya adalah jumlah sasaran ibu hamil. Namun pada tahun 2015 mengalami penurunan menjadi sebesar 89.18 dari 94.64% pada tahun 2014.

Gambaran kecenderungan cakupan Pertolongan Persalinan di Kota Bukittinggi sejak tahun 2011 sampai dengan tahun 2015 dapat dilihat pada gambar 2.11.

GAMBAR 2.11.
CAKUPAN PERTOLONGAN PERSALINAN OLEH TENAGA KESEHATAN
DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2011-2015



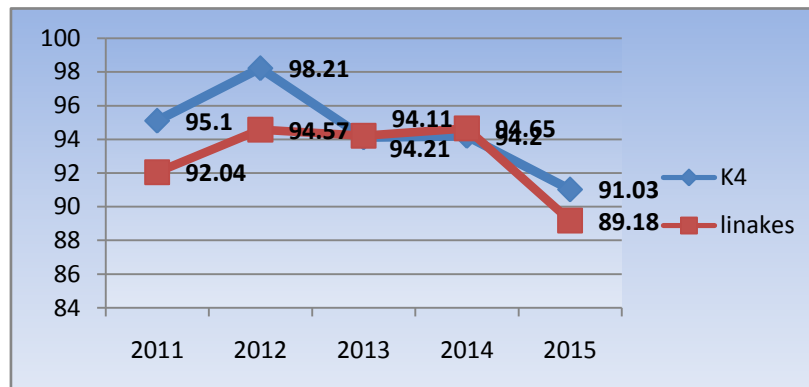
Sumber : Bidang Upaya Kesehatan (BUK)

Gambar 2.11 diatas memperlihatkan bahwa cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Kota Bukittinggi pada tahun 2015 adalah angka yang terendah sekaligus belum mencapai target MDG's (90%) walaupun telah memenuhi target renstra kementerian kesehatan yakni sebesar 89%. Penurunan ini tidak terlepas dari semakin perlunya meningkatkan peran Promosi Kesehatan tentang program kesehatan Ibu dan Anak ke masyarakat.

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 kesehatan, juga akan semakin menekan risiko kematian ibu.

Oleh karena itu, Kementerian Kesehatan tetap konsisten dalam menerapkan kebijakan bahwa seluruh persalinan harus ditolong oleh tenaga kesehatan dan didorong untuk dilakukan di fasilitas kesehatan. Kebijakan Dana Alokasi Khusus (DAK) Bidang Kesehatan menggariskan bahwa pembangunan Puskesmas harus satu paket dengan rumah dinas tenaga kesehatan. Demikian pula dengan pembangunan Poskesdes yang harus bisa sekaligus menjadi rumah tinggal bidan di desa. Dengan disediakan rumah tinggal, maka tenaga kesehatan termasuk bidan akan siaga di tempat tugasnya.

GAMBAR 2.12.
CAKUPAN PERBANDINGAN PERTOLONGAN PERSALINAN OLEH TENAGA KESEHATAN
DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2011-2015



Sumber : Bidang Upaya Kesehatan (BUK)

Dari gambar 2.12 dapat dilihat bahwa persentase cakupan pelayanan ibu hamil K4 lebih rendah daripada cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan. Hal ini menjadi tantangan tersendiri bagi Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi. Pelayanan antenatal memiliki peranan yang sangat penting, diantaranya agar dapat dilakukan deteksi dan tata laksana dini komplikasi yang dapat timbul pada saat persalinan. Apabila seorang ibu datang langsung untuk bersalin di tenaga kesehatan tanpa adanya riwayat pelayanan antenatal sebelumnya, maka faktor risiko dan kemungkinan komplikasi saat persalinan akan lebih sulit diantisipasi.

C. Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas (KF)

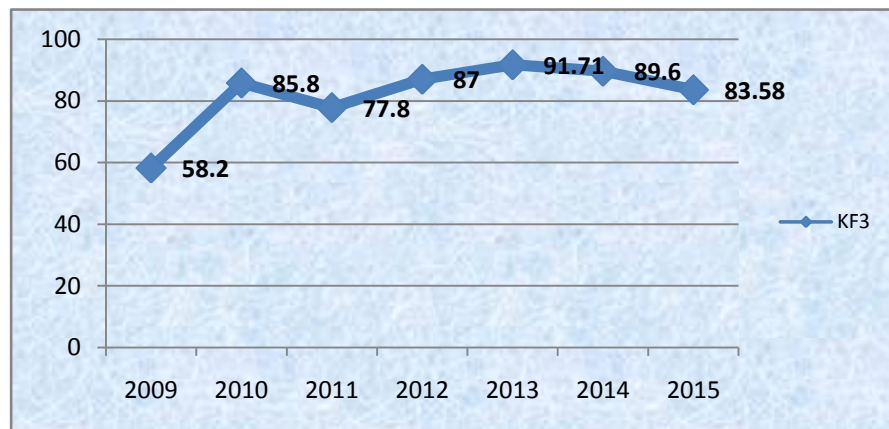
Nifas adalah periode mulai dari 6 jam sampai dengan 42 hari pasca persalinan. Pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan pada ibu nifas sesuai standar, yang dilakukan sekurang-kurangnya 3 (tiga) kali sesuai jadwal yang dianjurkan, yaitu pada 6 jam sampai dengan 3 hari pasca persalinan (KF1), pada hari ke-4 sampai dengan hari ke-28 pasca persalinan (KF2), dan pada hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 pasca persalinan (KF3).

Jenis pelayanan kesehatan ibu nifas yang diberikan meliputi :

- Pemeriksaan tanda vital (tekanan darah, nadi, nafas, dan suhu);
- Pemeriksaan tinggi puncak rahim (fundus uteri);
- Pemeriksaan lochia dan cairan per vaginam lain;
- Pemeriksaan payudara dan pemberian anjuran ASI eksklusif;
- Pemberian komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) kesehatan ibu nifas dan bayi baru lahir, termasuk keluarga berencana;
- Pelayanan keluarga berencana pasca persalinan.

Pencapaian upaya kesehatan ibu nifas diukur melalui indikator cakupan pelayanan kesehatan ibu nifas (Cakupan Kf-3). Indikator ini mengukur kemampuan daerah dalam menyediakan pelayanan kesehatan ibu nifas yang berkualitas sesuai standar. Gambaran capaian indikator Kf-3 di Kota Bukittinggi selama 6 tahun terakhir ini memperlihatkan kecenderungan yang berfluktuasi seperti yang terlihat pada grafik dibawah ini.

GAMBAR 2.13.
GAMBARAN PENCAPAIAN PELAYANAN IBU NIFAS (KF3)
DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2009-2015



Sumber : Bidang Upaya Kesehatan (BUK)

D. Kunjungan Neonatus

Bayi hingga usia kurang satu bulan (masa neonatus) merupakan golongan umur yang memiliki resiko gangguan kesehatan paling tinggi. Komplikasi yang menjadi penyebab kematian terbanyak adalah asfiksia, bayi berat lahir rendah dan infeksi. Beberapa upaya kesehatan dilakukan untuk mengendalikan 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.

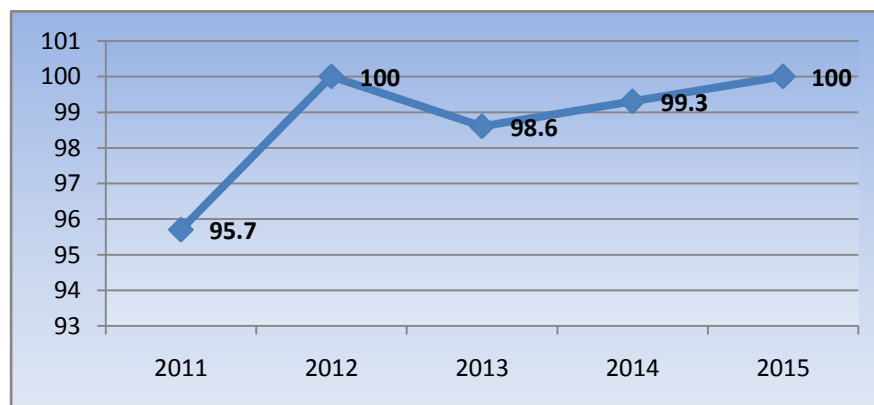
Dengan melihat adanya risiko kematian yang tinggi dan berbagai serangan komplikasi pada minggu pertama, maka setiap bayi baru lahir harus mendapatkan pemeriksaan sesuai standar lebih sering (minimal 2 kali) dalam minggu pertama. Langkah ini dilakukan untuk menemukan secara dini jika terdapat penyakit atau tanda bahaya pada neonatus sehingga pertolongan dapat segera diberikan untuk mencegah penyakit bertambah berat yang dapat menyebabkan kematian. Kunjungan neonatus merupakan salah satu intervensi untuk menurunkan kematian bayi baru lahir.

Terkait hal tersebut, pada tahun 2008 ditetapkan perubahan kebijakan dalam pelaksanaan kunjungan neonatal, dari 2 kali yaitu satu kali pada minggu pertama dan satu kali pada 8-28 hari, menjadi 3 kali yaitu dua kali pada minggu pertama dan satu kali pada 8 – 28 hari. Dengan demikian, jadwal kunjungan neonatal yang dilaksanakan saat ini adalah pada umur 6-48 jam, umur 3-7 hari dan umur 8-28 hari. Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program Kesehatan Ibu Anak (KIA) dalam menyelenggarakan pelayanan neonatal yang komprehensif.

Kunjungan neonatal pertama (KN1) adalah cakupan pelayanan kesehatan bayi baru lahir (umur 6 jam - 48 jam) di satu 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 adalah 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 indikator kunjungan neonatal pertama Di Kota Bukittinggi dari tahun 2010 - 2015 digambarkan pada gambar dibawah ini.

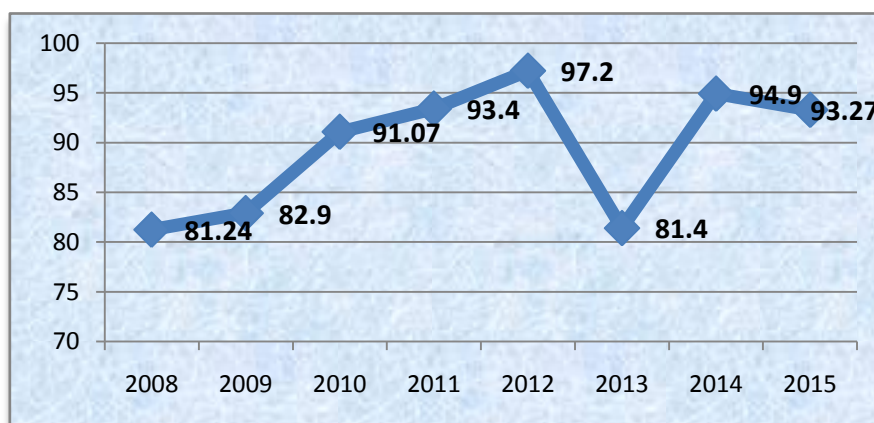
GAMBAR 2.14
CAKUPAN KUNJUNGAN NEONATAL PERTAMA (KN1)
DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2011-2015



Sumber : Bidang Upaya Kesehatan (BUK)

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.

GAMBAR 2.15
GAMBARAN KUNJUNGAN NEONATUS LENGKAP (KN3)
DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2008-2015



Sumber : Bidang Upaya Kesehatan (BUK)

Berdasarkan gambar 2.15 diatas Cakupan kunjungan neonatus lengkap (KN3) pada tahun 2015 sudah mencapai target SPM Kota Bukittinggi yaitu sebesar 93.27% walaupun mengalami penurunan

dibanding tahun 2014 yaitu dari 93.27%. Sedangkan untuk Puskesmas di Kota Bukittinggi seluruhnya telah memenuhi target Renstra kementerian kesehatan sebesar 84%.

E. Pelayanan/Penanganan Komplikasi Kebidanan

Komplikasi kebidanan adalah kesakitan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan atau janin dalam kandungan, baik langsung maupun tidak langsung, termasuk penyakit menular dan tidak menular yang dapat mengancam jiwa ibu dan atau janin, yang tidak disebabkan oleh trauma/kecelakaan. Pencegahan dan penanganan komplikasi kebidanan adalah pelayanan kepada ibu dengan komplikasi kebidanan untuk mendapatkan perlindungan/pencegahan dan penanganan definitif sesuai standar oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan.

Indikator yang digunakan untuk mengukur keberhasilan pencegahan dan penanganan komplikasi kebidanan adalah cakupan penanganan komplikasi kebidanan (Cakupan PK). Indikator ini mengukur kemampuan negara dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara profesional kepada ibu (hamil, bersalin, nifas) dengan komplikasi.

Capaian indikator penanganan komplikasi kebidanan pada tahun 2015 di Kota Bukittinggi sebesar 96.42 % mengalami peningkatan sebesar 6.02% dari tahun 2014 (90.4%). Diperkirakan 20% kehamilan akan mengalami komplikasi. Sebagian komplikasi ini dapat mengancam jiwa, tetapi sebagian besar komplikasi dapat dicegah dan ditangani 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 guna.

Terdapat tiga jenis area intervensi yang 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.

Upaya terobosan dalam penurunan AKI dan AKB di Indonesia salah satunya melalui Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) yang menitikberatkan fokus totalitas monitoring yang menjadi salah satu upaya deteksi dini, menghindari risiko kesehatan pada ibu hamil serta menyediakan akses dan pelayanan kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal dasar di tingkat Puskesmas (PONED) dan pelayanan kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal komprehensif di Rumah Sakit (PONEK).

Dalam implementasinya, P4K merupakan salah satu unsur dari Desa Siaga. P4K mulai diperkenalkan pada tahun 2007. Sampai dengan tahun 2014 Di Kota Bukittinggi, tercatat 24 (100%) kelurahan telah melaksanakannya. Pelaksanaan P4K di kelurahan tersebut perlu dipastikan agar mampu membantu keluarga dalam membuat perencanaan persalinan yang baik dan meningkatkan

kesiap-siagaan keluarga dalam menghadapi tanda bahaya kehamilan, persalinan dan nifas agar dapat mengambil tindakan yang tepat.

Selain itu dilakukan pula kegiatan Audit Maternal Perinatal (AMP), yang merupakan upaya dalam penilaian pelaksanaan serta peningkatan mutu pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir melalui pembahasan kasus kematian ibu atau bayi baru lahir sejak di level masyarakat sampai di level fasilitas pelayanan kesehatan. Kendala yang timbul dalam upaya penyelamatan ibu pada saat terjadi kegawatdaruratan maternal dan bayi baru lahir akan dapat menghasilkan suatu rekomendasi intervensi dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan ibu dan bayi di masa mendatang.

F. Pelayanan/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 (berat lahir < 2.500 gram), sindroma gangguan pernafasan, dan kelainan kongenital maupun yang termasuk klasifikasi kuning dan merah pada pemeriksaan dengan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM).

Penanganan neonatal dengan komplikasi adalah penanganan terhadap neonatal sakit dan atau neonatal dengan kelainan atau komplikasi/kegawatdaruratan yang mendapat pelayanan sesuai standar oleh tenaga kesehatan (dokter, bidan atau perawat) terlatih baik di rumah, 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 esensial di tingkat pelayanan kesehatan dasar, PONEK, PONEK atau standar operasional pelayanan lainnya.

Cakupan penanganan Neonatal komplikasi pada tahun 2014 sebesar 88.6% mengalami peningkatan sebesar 50.4% dari tahun 2013. Dalam memberikan pelayanan khususnya oleh tenaga bidan di kelurahan dan Puskesmas, beberapa ibu hamil yang memiliki resiko tinggi (Risti) dan memerlukan pelayanan kesehatan karena terbatasnya kemampuan dalam memberikan pelayanan, maka kasus tersebut perlu dilakukan upaya rujukan ke unit pelayanan kesehatan tingkat II.

Selain itu dilakukan pula kegiatan Audit Maternal Perinatal (AMP), yang merupakan upaya dalam penilaian pelaksanaan serta peningkatan mutu pelayanan kesehatan bayi baru lahir dan ibu maternal melalui pembahasan kasus kematian bayi baru lahir dan kematian ibu maternal sejak di level masyarakat sampai di level fasilitas pelayanan kesehatan. Kendala yang timbul dalam upaya penyelamatan bayi baru lahir dan ibu melahirkan akan dapat menghasilkan suatu rekomendasi dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan ibu dan bayi di masa mendatang.

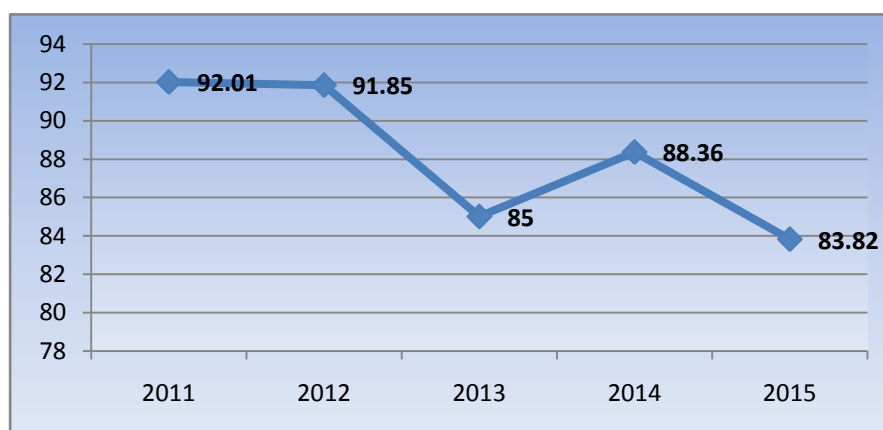
G. Pelayanan kesehatan pada Bayi

Bayi juga merupakan salah satu kelompok yang rentan terhadap gangguan kesehatan maupun serangan penyakit. Oleh karena itu dilakukan upaya pelayanan kesehatan yang ditujukan pada bayi usia 29 hari sampai dengan 11 bulan dengan memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis kesehatan (dokter, bidan, dan perawat) minimal 4 kali. Program ini terdiri dari pemberian imunisasi dasar (BCG, DPT/ HB1-3, Polio 1-4, dan Campak), Stimulasi Deteksi Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) bayi, 2 kali pemberian vitamin

A pada bayi, dan penyuluhan perawatan kesehatan bayi serta penyuluhan ASI Eksklusif, MP ASI, pertumbuhan dan perkembangan bayi dan balita dan lain-lain.

Cakupan pelayanan kesehatan bayi dapat menggambarkan upaya pemerintah dalam meningkatkan akses bayi untuk memperoleh pelayanan kesehatan dasar, mengetahui sedini mungkin adanya kelainan atau penyakit, pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit serta peningkatan kualitas hidup bayi. Gambaran capaian indikator Pelayanan kesehatan bayi di Kota Bukittinggi dari tahun 2011 – 2014 dapat disajikan pada gambar berikut ini :

GAMBAR 2.16
CAKUPAN KUNJUNGAN BAYI
DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2011-2015



Sumber : Bidang Upaya Kesehatan (BUK)

Pada gambar 2.16 diatas dapat dilihat bahwa cakupan kunjungan bayi di Kota Bukittinggi berfluktuasi dari tahun 2011 – 2015, namun dibandingkan dari tahun 2014, cakupan kunjungan bayi mengalami penurunan menjadi 83.82% dan belum mencapai target Renstra Kementerian kesehatan sebesar 87% walaupun harus lebih ditingkatkan lagi karena jika dibandingkan dengan tahun 2011 dan tahun 2012 mengalami penurunan.

H. Pelayanan Kesehatan Pada Anak Balita

Salah satu indikator yang ditetapkan pada Rencana Strategis Kementerian Kesehatan terkait dengan upaya kesehatan anak adalah pelayanan kesehatan pada anak balita. Adapun batasan anak balita adalah setiap anak yang berada pada kisaran umur 12 sampai dengan 59 bulan.; Pelayanan kesehatan pada anak balita dilakukan oleh tenaga kesehatan dan memperoleh :

1. Pelayanan Pemantauan pertumbuhan minimal 8 kali setahun (Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan minimal 8 kali dalam setahun).
2. Pemberian vitamin A dua kali dalam setahun yakni setiap bulan Februari dan Agustus.
3. Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang balita minimal 2 kali dalam setahun.
4. Pelayanan Anak Balita Sakit sesuai standar menggunakan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS).

Capaian indikator ini Di Kota Bukittinggi pada tahun 2014 sebesar 74.86% yang mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2013 sebesar 71.98%. Namun walaupun mengalami peningkatan dari tahun 2013, pelayanan anak Balita harus lebih ditingkatkan lagi karena indikator ini juga belum memenuhi target Renstra Kementrian kesehatan sebesar 81%.

I. Pelayanan Kesehatan Pada Siswa SD dan Setingkat

Mulai masuk sekolah merupakan hal penting bagi tahap perkembangan anak. Banyak masalah kesehatan terjadi pada anak usia sekolah, seperti misalnya pelaksanaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) seperti menggosok gigi dengan baik dan benar, mencuci tangan menggunakan sabun, karies gigi, kecacingan, kelainan refraksi/ketajaman penglihatan dan masalah gizi. Pelayanan kesehatan pada anak termasuk pula intervensi pada anak usia sekolah. Dengan adanya penjangkaran kesehatan terhadap murid SD/MI kelas I diharapkan dapat meningkatkan kualitas kesehatan 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 murid SD/ sederajat kelas 1. Pemeriksaan kesehatan dilaksanakan oleh tenaga kesehatan bersama tenaga lainnya yang terlatih (guru UKS/UKGS dan dokter kecil). Tenaga kesehatan disini adalah 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 di sekolah 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.

Penjangkaran kesehatan merupakan serangkaian kegiatan pemeriksaan kesehatan yang dilakukan terhadap murid kelas 1 Sekolah Dasar atau yang setingkat untuk memilah siswa yang mempunyai masalah kesehatan agar segera mendapatkan penanganan sedini mungkin. Kegiatan tersebut meliputi pemeriksaan kesehatan dalam penjangkaran kesehatan siswa yang terdiri dari pemeriksaan kebersihan perorangan (rambut, kulit dan kuku), pemeriksaan status gizi melalui pengukuran antropometri, pemeriksaan ketajaman indera (penglihatan dan pendengaran), pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut, pemeriksaan laboratorium untuk anemia dan kecacingan, pengukuran kebugaran jasmani dan deteksi dini masalah mental emosional.

Cakupan SD atau sederajat yang melaksanakan penjangkaran kesehatan untuk siswa kelas 1 sejak tahun 2011 sampai Tahun 2015 di Kota Bukittinggi sudah mencapai 100%. Sekaligus sudah mencapai target Renstra Kemenkes sebesar 90%. Pelayanan kesehatan pada kelompok ini dilakukan dengan pelaksanaan pemantauan dini terhadap tumbuh kembang dan pemantauan kesehatan anak pra sekolah, pemeriksaan anak Sekolah Dasar/ sederajat, serta pelayanan kesehatan pada remaja, baik yang dilakukan oleh tenaga kesehatan maupun peran serta tenaga terlatih lainnya seperti kader kesehatan, guru UKS dan Dokter Kecil.

J. Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)

Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas telah dikembangkan Kementerian Kesehatan RI sejak tahun 2003, dengan tujuan khusus untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan remaja tentang kesehatan reproduksi dan perilaku hidup sehat serta memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada remaja.

Puskesmas PKPR memberikan layanan di dalam dan di luar gedung pada kelompok remaja berbasis sekolah ataupun masyarakat sehingga dapat menjangkau semua kelompok remaja (10-19 tahun). Suatu puskesmas dikatakan mampu laksana PKPR apabila telah memenuhi kriteria sebagai berikut :

- 1) Melakukan pembinaan pada minimal 1 sekolah (sekolah umum, sekolah berbasis agama) dengan melaksanakan kegiatan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) di sekolah binaan minimal 2 kali dalam setahun;
- 2) Melatih Kader Kesehatan Remaja di sekolah minimal sebanyak 10% dari jumlah murid di sekolah binaan; dan
- 3) Memberikan pelayanan konseling pada semua remaja yang memerlukan konseling yang kontak dengan petugas PKPR.

Di Kota Bukittinggi semua Puskesmas (7 puskesmas) sudah melaksanakan Layanan PKPR. Layanan kesehatan diberikan secara komprehensif, dengan penekanan pada langkah promotif/preventif berupa pembekalan kesehatan dan peningkatan keterampilan psikososial dengan pendidikan keterampilan hidup sehat (PKHS). Sesuai dengan permasalahan remaja yang tidak hanya terkait fisik tetapi juga psikososial maka konseling merupakan layanan yang menjadi ciri khas PKPR.

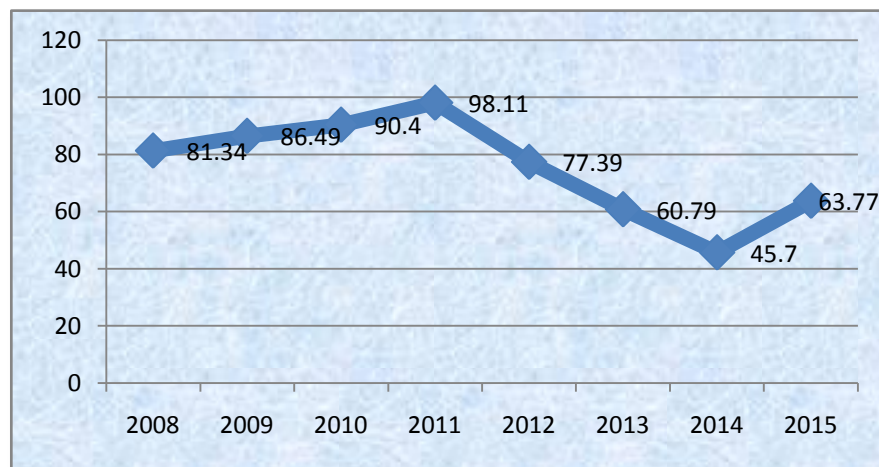
Konseling diberikan oleh tenaga kesehatan yang terampil, 'ramah' remaja dan berwawasan. Tenaga kesehatan puskesmas juga melaksanakan kegiatan KIE ke sekolah dan kelompok-kelompok remaja lainnya melalui penyuluhan, atau *Focus Group Discussion* (FGD). Selain itu, agar pelayanan kepada remaja lebih efektif maka remaja juga dilibatkan, khususnya menjadi konselor sebaya yang berperan sebagai agen pengubah di kelompok sebayanya. Konselor sebaya sebagai kader memiliki peran yang besar mengingat remaja lebih memilih teman sebayanya sebagai tempat curahan hati dibandingkan orang tua bahkan tenaga kesehatan.

K. Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut

Pelayanan kesehatan juga dilakukan secara khusus kepada kelompok Pra Usia Lanjut, dimana pada kelompok ini biasanya banyak mengalami gangguan kesehatan degeneratif dan fungsi tubuh lainnya.

Pelayanan pengembangan program kesehatan usia lanjut di puskesmas melalui Posyandu Lansia dengan kegiatan rutin setiap bulan diantaranya senam lansia, pengajian dan pemeriksaan kesehatan. Jumlah Usila di Kota Bukittinggi yang mendapatkan pelayanan kesehatan pada tahun 2015 sebesar 63.77 % mengalami peningkatan dibanding tahun 2014 (45.71%). Gambaran persentase pelayanan kesehatan usia lanjut dari tahun 2008 – 2015 di Kota Bukittinggi adalah sebagai berikut.

GAMBAR 2.17
GAMBARAN PELAYANAN USIA LANJUT
DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2008-2015



Sumber : Bidang Upaya Kesehatan (BUK)

Berdasarkan grafik diatas dapat dilihat bahwa persentase pelayanan kesehatan pada kelompok Lansia tertinggi pada tahun 2011. Dari tahun 2012 sampai dengan Tahun 2014 pelayanan usia lanjut terus mengalami penurunan, namun pada tahun 2015 mengalami peningkatan menjadi 63.77 walaupun perlu lebih ditingkatkan lagi sehingga perlu peran serta semua pihak untuk mencapai target SPM sebesar 70%.

L. Pelayanan Keluarga Berencana (KB)

Menurut hasil penelitian, usia subur seorang wanita biasanya antara 15 – 49 tahun. Oleh karena itu untuk mengatur jumlah kelahiran atau menjarangkan kelahiran, wanita/pasangan ini lebih diprioritaskan untuk menggunakan alat/metode KB.

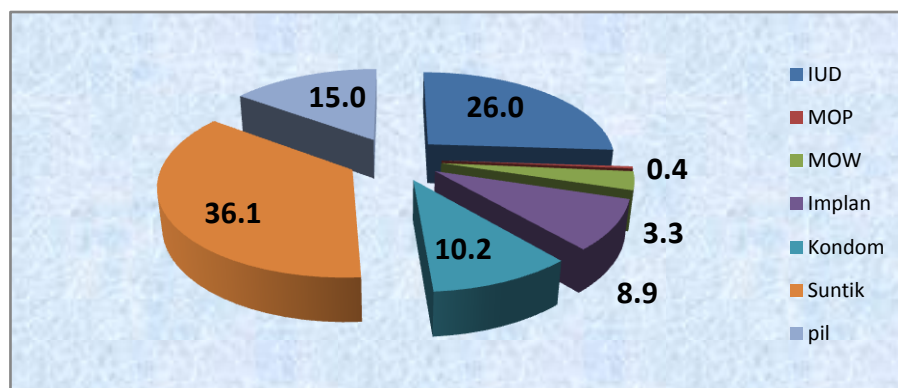
Tingkat pencapaian pelayanan Keluarga Berencana dapat dilihat dari cakupan Pasangan Usia Subur (PUS) yang sedang menggunakan alat/metode kontrasepsi (KB aktif), cakupan peserta KB yang baru menggunakan alat/metode kontrasepsi, tempat pelayanan KB, dan jenis kontrasepsi yang digunakan akseptor.

Cakupan peserta KB aktif Tahun 2015 di Kota Bukittinggi menurun jika dibandingkan dengan tahun 2014 sebesar 62.87% menjadi 51.98% dan belum mencapai target MDGs yaitu meningkat dari 61,4%. Cakupan peserta KB aktif juga dapat digambarkan menurut metode kontrasepsi yang sedang digunakan.

Metode kontrasepsi yang paling banyak digunakan pada tahun 2015 adalah alat kontrasepsi jangka pendek berupa suntikan sebesar 36% dan IUD sebesar 26%. Sedangkan metode kontrasepsi yang paling sedikit digunakan adalah metode jangka panjang yaitu MOP (Metode Operasi Pria) sebesar 0.4%.

Gambaran penggunaan metode kontrasepsi yang sedang digunakan di Kota Bukittinggi tahun 2015 dapat dilihat pada grafik dibawah ini.

GAMBAR 2.18
GAMBARAN PENGGUNAAN METODE KONTRASEPSI
DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2015



SUMBER : KANTOR PEMBERDAYAAN PEREMPUAN DAN KB KOTA BUKITTINGGI

M. Perbaikan Gizi Masyarakat

Upaya perbaikan gizi masyarakat pada hakikatnya dimaksudkan untuk menangani permasalahan gizi yang dihadapi masyarakat. Berdasarkan pemantauan yang telah dilakukan ditemukan beberapa permasalahan gizi yang sering dijumpai pada kelompok masyarakat antara lain anemia gizi besi dan kekurangan Vitamin A.

Berikut ini hasil capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang kesehatan program peningkatan gizi masyarakat sejak tahun 2011 sampai tahun 2015 di Kota Bukittinggi.

TABEL 2.5
CAPAIAN PROGRAM BIDANG KESEHATAN
PROGRAM PENINGKATAN GIZI MASYARAKAT

Indikator	Capaian Tahun 2011 (%)	Capaian Tahun 2013 (%)	Capaian Tahun 2014 (%)	Capaian Tahun 2015 (%)
1. Pemantauan Pertumbuhan Balita :				
✓ Cakupan bayi berat lahir rendah/BBLR yang ditangani	100	100	100	100
✓ Balita yang naik berat badannya	81.6	86	86	85
✓ Balita bawah garis merah	0.7	0.3	1.8	1.3
2. Pelayanan Gizi :				
✓ Cakupan anak balita mendapat kapsul Vit. A 2x/tahun	75.2	98.31	79.08	83.32
✓ Cakupan ibu hamil mendapat 90 tablet Fe	94.73	98.0	95.23	91.08
✓ Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada bayi bawah garis merah dari keluarga miskin	100	100	100	100
✓ Balita gizi buruk mendapat perawatan	100	100	100	100
3. Penyuluhan Perilaku Sehat :				
✓ Desa dengan garam beryodium	100	100	100	100
2. Pelayanan Gizi :				
✓ Cakupan wanita usia subur yang mendapatkan kapsul yodium	Tidak ada kapsul Iodium karena Bkt wilayah endemis ringan			

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1457/MenKes/SK/X/2003

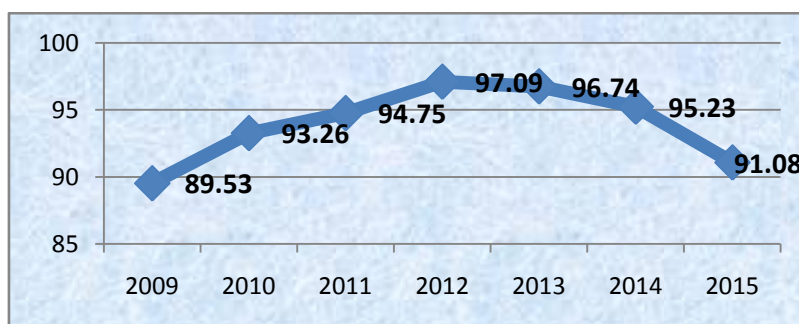
a) Pemberian Tablet Tambah Darah pada Ibu Hamil (Fe)

Anemia gizi adalah kekurangan kadar haemoglobin (Hb) dalam darah yang disebabkan karena kekurangan zat gizi yang diperlukan untuk pembentukan Hb tersebut. Di Indonesia sebagian besar anemia ini disebabkan karena kekurangan zat besi (Fe) hingga disebut anemia kekurangan zat besi atau anemia gizi besi.

Pelayanan pemberian tablet Fe dimaksudkan untuk mengatasi kasus anemia serta meminimalisasi dampak buruk akibat kekurangan Fe khususnya yang dialami ibu hamil. Persentase ibu hamil yang mendapatkan Tablet Fe 3 pada tahun 2015 adalah sebesar 91,08% mengalami penurunan jika dibandingkan dengan tahun 2014 (95,23 %). Namun sudah mencapai target capaian Standar pelayanan Minimal (SPM) ibu hamil yang mendapatkan Tablet Besi sebesar 80%.

Cakupan persentase ibu hamil yang mendapatkan tablet Fe3 selama 5 tahun terakhir berfluktuasi dari tahun 2009 sampai dengan tahun 2015 sebagaimana dapat dilihat pada grafik dibawah ini .

GAMBAR 2.19
JUMLAH IBU HAMIL YANG MENDAPATKAN PELAYANAN FE 3
KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2009-2015



Sumber :Bidang Upaya Kesehatan

Peningkatan persentase ibu hamil yang mengkonsumsi Tablet Fe ini disebabkan karena selain meningkatnya upaya penyuluhan kepada masyarakat juga tingginya partisipasi masyarakat khususnya ibu hamil untuk mengkonsumsi tablet Fe selama kehamilan.

b) Pemberian Kapsul Vitamin A

Selain anemia gizi besi, kekurangan vitamin A juga menjadi perhatian dalam upaya perbaikan gizi masyarakat. Oleh karena itu dilakukan pemberian kapsul Vitamin A dalam rangka mencegah dan menurunkan prevalensi kekurangan vitamin A (KVA) pada balita. Cakupan yang tinggi dari pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi terbukti efektif untuk mengatasi masalah KVA pada masyarakat. Vitamin A berperan terhadap penurunan angka kematian, pencegahan kebutaan, serta pertumbuhan dan kelangsungan hidup anak.

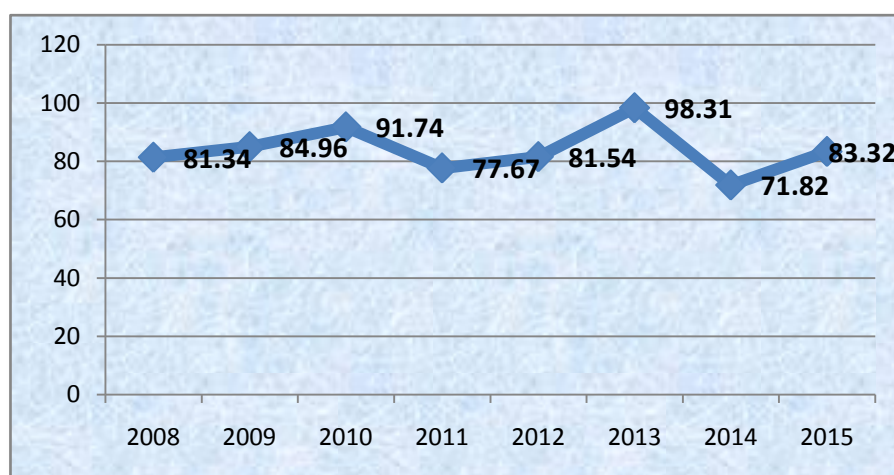
Pemberian kapsul vitamin A dilakukan terhadap bayi (6-11 bulan) dengan dosis 100.000 SI, anak balita (12-59 bulan) dengan dosis 200.000 SI, dan ibu nifas diberikan kapsul vitamin A 200.000 SI,

sehingga bayinya akan memperoleh vitamin A yang cukup melalui ASI. Pemberian Kapsul Vitamin A diberikan secara serentak setiap bulan Februari dan Agustus pada balita usia 6-59 bulan.

KVA subklinis, yaitu tingkat yang belum menampilkan gejala nyata, masih ada pada kelompok balita. KVA tingkat subklinis ini hanya dapat diketahui dengan memeriksa kadar vitamin A dalam darah di laboratorium. Selain itu, sebaran cakupan pemberian vitamin A pada balita menurut provinsi masih ada yang dibawah 75%. Dengan demikian kegiatan pemberian vitamin A pada balita masih perlu dilanjutkan, karena bukan hanya untuk kesehatan mata dan mencegah kebutaan, namun lebih penting lagi, vitamin A meningkatkan kelangsungan hidup, kesehatan dan pertumbuhan anak.

Persentase cakupan pemberian Vitamin A 2 kali pada Balita sejak tahun 2008 sampai dengan tahun 2015 di Kota Bukittinggi dapat dilihat pada grafik dibawah ini.

GAMBAR 2.20
CAKUPAN PEMBERIAN VIT A PADA BALITA
TAHUN 2008-2015 DI KOTA BUKITTINGGI



SUMBER : BIDANG UPAYA KESEHATAN (BUK)

Pada gambar diatas dapat dilihat bahwa cakupan pemberian vitamin A pada bayi dan Balita sejak tahun 2008 berfluktuasi, dimana capaian tertinggi pada tahun 2013 yaitu sebesar 98,31% sedangkan yang terendah pada tahun 2014 sebesar 71,82% namun mengalami peningkatan lagi pada tahun 2015 menjadi 83,82%. Walaupun sudah menunjukkan angka diatas 80% namun masih diperlukan upaya-upaya untuk meningkatkan cakupan tersebut, antara lain melalui peningkatan integrasi pelayanan kesehatan ibu nifas, sweeping pada daerah yang cakupannya masih rendah dan kampanye pemberian kapsul vitamin A.

Berdasarkan Puskesmas memperlihatkan bahwa distribusi Vitamin A untuk anak Balita di Kota Bukittinggi pada Bulan Februari maupun Agustus hanya Puskesmas Rasimah Ahmad (84,86%), Puskesmas Mandiangin (108,41%) dan Puskesmas Nilam Sari (93,66%) yang sudah mencapai target (78%), sedangkan yang terendah Puskesmas Guguk Panjang (72,11%) .

Pencapaian cakupan vitamin A 2x yang sudah mencapai target di Kota Bukittinggi tidak terlepas dari peran promosi kesehatan yang telah dilakukan tentang pentingnya Vitamin A pada Balita.

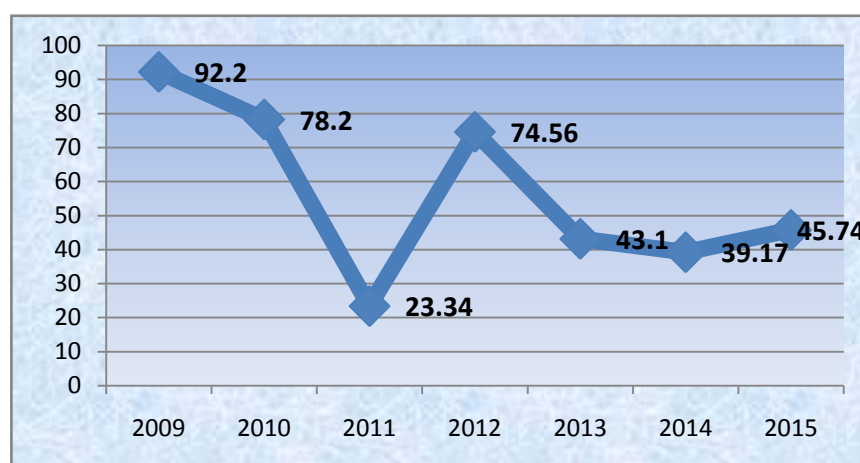
c) Pemberian Air Susu Ibu (ASI) Eksklusif

Cara Pemberian makanan pada bayi yang baik dan benar adalah menyusui bayi secara eksklusif sejak lahir sampai dengan umur 6 bulan dan meneruskan menyusui anak sampai umur 24 bulan. Mulai umur 6 bulan, bayi mendapat makanan pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) yang bergizi sesuai dengan kebutuhan tumbuh kembangnya. (*Profil kesehatan Indonesia 2010*).

ASI merupakan makanan terbaik untuk bayi yang mengandung sel darah putih, protein dan zat kekebalan yang cocok untuk bayi. ASI membantu pertumbuhan dan perkembangan anak secara optimal serta melindungi terhadap penyakit.

Gambar 4.5 berikut ini menyajikan persentase kecenderungan cakupan anak usia 0 – 6 bulan yang mendapat Air Susu Ibu (ASI) Eksklusif sejak tahun 2009 sampai tahun 2015 di Kota Bukittinggi.

GAMBAR 2.21
CAKUPAN PEMBERIAN ASI EKSLUSIF
TAHUN 2009-2015 DI KOTA BUKITTINGGI



Sumber : Bidang Upaya Kesehatan (BUK)

Dari grafik diatas dapat dilihat ada pola kecenderungan pemberian ASI eksklusif mengalami penurunan, terutama ditahun 2011 yaitu sebesar 23.34%, ini disebabkan karena faktor pembagi dari ASI eksklusifnya adalah semua bayi bukan bayi umur 0 – 6 bulan saja sesuai dengan petunjuk teknis penyusunan Profil kesehatan Tahun 2011. Pada tahun 2012 pemberian ASI eksklusif mengalami peningkatan, Namun pada tahun 2013 sampai tahun 2014 mengalami penurunan lagi menjadi 39.17% namun pada tahun 2015 mengalami peningkatan menjadi 45,74%. Namun masih tetap harus ditingkatkan lagi pencapaiannya. Pemberian ASI eksklusif pada bayi dipengaruhi oleh beberapa hal diantaranya :

- ✓ Pemasaran susu formula masih gencar dilakukan untuk bayi 0-6 bulan yg tidak ada masalah medis

- ✓ Masih banyak tenaga kesehatan ditingkat layanan yang belum peduli atau belum berpihak pada pemenuhan hak bayi untuk mendapatkan ASI Eksklusif, yaitu masih mendorong untuk memberi susu formula pada bayi 0-6 bulan.
- ✓ Pemasaran susu formula masih banyak yang ditujukan pada bayi yang tidak punya masalah kesehatan.
- ✓ Masih sangat terbatasnya tenaga konselor ASI
- ✓ Belum maksimalnya kegiatan edukasi, sosialisasi, advokasi, dan kampanye terkait pemberian ASI, dan belum semua rumah sakit melaksanakan 10 Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui (LMKM),
Beberapa Upaya yang dilakukan dalam memecahkan masalah tersebut yaitu dengan melaksanakan 10 Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui (LMKM), yaitu:
 - ❖ Membuat kebijakan tertulis tentang menyusui dan dikomunikasikan kepada semua staf pelayanan kesehatan;
 - ❖ Melatih semua staf pelayanan dalam keterampilan menerapkan kebijakan menyusui tersebut;
 - ❖ Menginformasikan kepada semua ibu hamil tentang manfaat dan manajemen menyusui;
 - ❖ Membantu ibu menyusui dini dalam 30 menit pertama persalinan;
 - ❖ Membantu ibu cara menyusui dan mempertahankan menyusui meskipun ibu dipisah dari bayinya;
 - ❖ Memberikan ASI saja kepada bayi baru lahir kecuali ada indikasi medis;
 - ❖ Menerapkan rawat gabung ibu dengan bayinya sepanjang waktu (24 jam);
 - ❖ Menganjurkan menyusui sesuai permintaan bayi;
 - ❖ Tidak memberi dot kepada bayi;
 - ❖ Mendorong pembentukan kelompok pendukung menyusui dan merujuk ibu kepada kelompok tersebut setelah keluar dari sarana pelayanan;

d) Cakupan Penimbangan Balita Di Posyandu (D/S)

Kegiatan penimbangan balita di Posyandu (D/S) menjadi salah satu indikator yang ditetapkan pada Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014. Indikator ini berkaitan dengan cakupan pelayanan gizi pada balita, cakupan pelayanan kesehatan dasar khususnya imunisasi serta penanganan prevalensi gizi kurang pada balita. Dengan cakupan cakupan D/S yang tinggi, diharapkan semakin tinggi pula cakupan vitamin A, cakupan imunisasi dan semakin rendah prevalensi gizi kurang.

Di Kota Bukittinggi Cakupan penimbangan balita di posyandu (D/S) pada tahun 2015 sebesar 59,72%. Cakupan ini lebih rendah dibandingkan tahun 2014 sebesar 60,70%. Capaian pada tahun 2015 belum memenuhi target Renstra sebesar 75%.

Kunjungan balita ke posyandu sangat berkaitan dengan indikator D/S. Namun demikian terdapat beberapa kendala yang dihadapi terkait dengan kunjungan balita ke posyandu. Permasalahan tersebut antara lain : dana operasional dan sarana prasarana untuk menggerakkan kegiatan Posyandu, tingkat pengetahuan kader dan kemampuan petugas dalam pemantauan pertumbuhan dan konseling,

tingkat pemahaman keluarga dan masyarakat terhadap manfaat Posyandu, serta pelaksanaan pembinaan kader, peran serta stake holder terkait serta kesibukan orang tua pada pagi hari.

N. Pelayanan Imunisasi

Program imunisasi merupakan salah satu upaya untuk melindungi penduduk terhadap penyakit tertentu. Beberapa penyakit menular yang termasuk ke dalam Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I) antara lain : Difteri, Tetanus, Hepatitis B, radang selaput otak, radang paru-paru, pertusis, dan polio.

Proses perjalanan penyakit diawali ketika virus/ bakteri/ protozoa/ jamur, masuk ke dalam tubuh. Setiap makhluk hidup yang masuk ke dalam 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 ke-2 dan seterusnya, sistem kekebalan tubuh sudah memiliki “memori” untuk mengenali antigen yang masuk ke dalam 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” dilemahkan yang berasal dari vaksin. Program imunisasi diberikan kepada populasi yang dianggap rentan terjangkit penyakit menular, yaitu bayi, anak usia sekolah, wanita usia subur, dan ibu hamil.

- Imunisasi Dasar Pada Bayi

Sebagai salah satu kelompok yang menjadi sasaran program imunisasi, setiap bayi wajib mendapatkan lima imunisasi dasar lengkap (LIL) yang terdiri dari : 1 dosis BCG, 3 dosis DPT-Hb/HiB, 4 dosis polio, 2 dosis hepatitis B, dan 1 dosis campak. Dari kelima imunisasi dasar lengkap yang diwajibkan tersebut, campak merupakan imunisasi yang mendapat perhatian lebih yang dibuktikan dengan komitmen Indonesia pada lingkup ASEAN dan SEARO untuk mempertahankan cakupan imunisasi campak sebesar 90%. Hal ini terkait dengan realita bahwa campak adalah penyebab utama kematian pada balita. Dengan demikian pencegahan campak memiliki peran signifikan dalam penurunan angka kematian balita.

Program imunisasi pada bayi mengharapkan agar setiap bayi mendapatkan kelima jenis imunisasi dasar lengkap. Keberhasilan seorang bayi dalam mendapatkan 5 jenis imunisasi dasar tersebut diukur melalui indikator imunisasi dasar lengkap.

Pencapaian Universal Child Immunization (UCI) pada dasarnya merupakan cakupan atas imunisasi secara lengkap pada sekelompok bayi. Bila cakupan UCI dikaitkan dengan batasan suatu wilayah tertentu, berarti dalam wilayah tersebut tergambarkan besarnya tingkat kekebalan masyarakat atau bayi (*Herd Immunity*) terhadap penularan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I). Dalam hal ini pemerintah menargetkan pencapaian UCI pada wilayah administrasi desa/kelurahan.

Kota Bukittinggi tahun 2015 mencapai 91.67% kelurahan yang mencapai *Universal Child Immunization* mengalami penurunan dari tahun 2014 yaitu sebesar 95.83%Kelurahan.

Program imunisasi di Kota Bukittinggi merupakan bentuk pencegahan penyakit dan perlindungan terhadap penyakit dengan memberikan vaksin pada sasaran imunisasi. Program imunisasi ini dilakukan oleh petugas puskesmas, tidak hanya menunggu di puskesmas akan tetapi mencari dan melaksanakan imunisasi di luar puskesmas seperti posyandu dan pos-pos pelayanan kelurahan lainnya, serta dengan pengembangan program pada bidan-bidan praktek swasta. Hal ini dimaksudkan untuk memberikan pelayanan yang menyeluruh terhadap masyarakat.

Sasaran dari pemberian vaksin imunisasi ini adalah pada bayi, balita, anak sekolah, ibu hamil dan WUS. Untuk klasifikasi pemberian vaksin pada bayi, BCG diberikan 1 kali pada bayi baru lahir untuk mencegah TBC, DPT diberikan pada bayi sebanyak 3 kali dengan interval satu bulan yang berfungsi mencegah terjadinya penyakit difteri, pertusis dan tetanus. Polio diberikan 4 kali dengan interval 1 bulan ditambah booster dengan antigen untuk perlindungan penyakit polio. Kemudian pemberian vaksin campak 1 kali pada usia 9 bulan berguna untuk mencegah penyakit campak. Vaksin hepatitis B diberikan 2 kali untuk mencegah penyakit hepatitis atau memberikan kekebalan terhadap penyakit hepatitis.

Suatu kelurahan telah mencapai target UCI apabila > 80% bayi di kelurahan tersebut mencapai imunisasi lengkap. Hasil program imunisasi bayi tahun 2014 di Kota Bukittinggi dapat dilihat pada tabel berikut.

TABEL 2.6
CAKUPAN IMUNISASI BAYI
DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2015

Jenis Imunisasi	Jumlah Bayi Di Imunisasi	%
BCG	2495	103.66
DPT-HB3/DPT-HB-Hib3	2417	88.0
Polio 4	2423	87.92
Campak	2409	87.41
Imunisasi dasar lengkap	2385	86.54

Sumber :Bidang PMK

Sesuai dengan tabel diatas dapat dilihat bahwa persentase campak di Kota Bukittinggi tahun 2015 sebesar 87,41% mengalami penurunan dari tahun 2014 yang sebesar 89,2%, Namun sejak tahun 2014 persentase campak di Kota Bukittinggi sudah sesuai dengan target MDG's 2015 yaitu proporsi anak-anak berusia 1 tahun diimunisasi campak meningkat dari 67%.

- Imunisasi Pada Ibu Hamil

Ibu hamil juga merupakan populasi yang rentan terhadap infeksi penyakit menular, oleh karena itu program imunisasi juga ditujukan bagi kelompok ini. Salah satu penyakit menular yang dapat berakibat fatal dan berkontribusi terhadap kematian ibu dan kematian anak adalah Tetanus Maternal dan Neonatal. Pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan berkomitmen terhadap program Eliminasi Tetanus Maternal dan Neonatal (*Maternal and Neonatal Tetanus Elimination* atau

MNTE). Badan Kesehatan Dunia (WHO) menetapkan status eliminasi Tetanus Maternal dan Neonatal jika terdapat kurang dari satu kasus tetanus neonatal per 1.000 kelahiran hidup di setiap kabupaten di suatu negara.

Maternal and Neonatal Tetanus Elimination (MNTE) merupakan program eliminasi tetanus pada neonatal dan wanita usia subur termasuk ibu hamil. Strategi yang dilakukan untuk mengeliminasi tetanus neonatorum dan maternal adalah :

- Pertolongan persalinan yang aman dan bersih;
- Cakupan imunisasi rutin TT yang tinggi dan merata; dan
- Penyelenggaraan surveilans Tetanus Neonatorum.

Di Kota Bukittinggi Cakupan imunisasi TT2+ (ibu hamil yang telah mendapat imunisasi TT minimal 2 dosis) pada ibu hamil pada tahun 2015 sebesar 23,04%.

O. UPAYA PENGENDALIAN PENYAKIT

Perubahan pola hidup dan mobilitas masyarakat yang tinggi akan mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat di Kota Bukittinggi. Perubahan cuaca dan *global warning* juga ikut mempengaruhi kesehatan masyarakat. Hal ini menyebabkan penyakit menular tetap ada. Terdapat beberapa penyakit menular yang sering terjadi Di Kota Bukittinggi diantaranya penyakit TB-Paru dan Demam Berdarah.

1. Pengendalian penyakit TB Paru

Millenium Development Goals menetapkan pengendalian penyakit TB paru sebagai bagian dari tujuan di bidang kesehatan yang terdiri dari :

- 1) Menurunkan insidens TB Paru pada tahun 2015;
- 2) Menurunkan prevalensi TB Paru dan angka kematian akibat TB Paru menjadi setengahnya pada tahun 2015 dibandingkan tahun 1990;
- 3) Sedikitnya 70% kasus TB Paru BTA+ terdeteksi dan diobati melalui program DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) atau pengobatan TB Paru dengan pengawasan langsung oleh Pengawas Menelan Obat (PMO); dan
- 4) Sedikitnya 85% tercapai *Success Rate (SR)*.

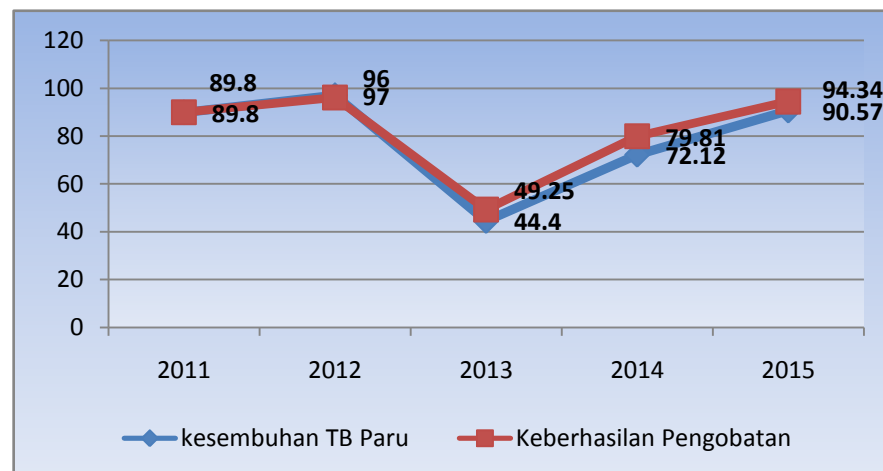
Jumlah kasus baru penyakit TB Paru yang terdeteksi tahun 2015 di Kota Bukittinggi, BTA (+) adalah 113 kasus mengalami peningkatan jika dibandingkan dengan tahun 2014 sebanyak 111kasus. Salah satu upaya untuk mengendalikan TB yaitu dengan pengobatan. Indikator yang digunakan sebagai evaluasi pengobatan yaitu angka keberhasilan pengobatan (*success rate*). Angka keberhasilan pengobatan ini dibentuk dari angka kesembuhan dan angka pengobatan lengkap. Angka kesembuhan Penderita TB Paru BTA (+) adalah setelah penderita menerima pengobatan anti TB Paru dinyatakan sembuh, dimana hasil pemeriksaan dahak menunjukkan 2 kali negatif

Di Kota Bukittinggi pada tahun 2015 terdapat 96 orang penderita yang sembuh dari keseluruhan penderita TB BTA(+). Angka kesembuhan kasus BTA (+) pada tahun 2015 mencapai 90,57% mengalami peningkatan dari 72,12% pada tahun 2014 dan sudah melebihi target MDG's untuk angka kesembuhan penderita TB paru yaitu 85%. Sedangkan Angka keberhasilan pengobatan

penderita TB Paru tahun 2015 sebesar 94,34% mengalami peningkatan dari tahun 2014 yaitu sebesar 79,81%.

Persentase fluktuasi kecenderungan angka kesembuhan penderita TB Paru BTA (+) dan Keberhasilan Pengobatan sejak tahun 2011 sampai dengan tahun 2015 di Kota Bukittinggi dapat dilihat pada grafik dibawah ini.

GAMBAR 2.22
ANGKA KESEMBUHAN TB PARU DAN KEBERHASILAN PENGOBATAN
TB PARU DI KOTA BUKITTINGGI
TAHUN 2008-2015



Sumber : Bidang PMK

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa angka kesembuhan Penderita TB Paru BTA (+) paling tinggi terjadi pada tahun 2012 dan mengalami penurunan pada tahun 2013 menjadi 44.4% namun sejak tahun 2014 sampai tahun 2015 terus mengalami peningkatan lagi menjadi sebesar 90,57%.

Pada Gambar 6.6 terlihat perkembangan angka keberhasilan pengobatan tahun 2011-2015 pada tahun 2015 angka keberhasilan pengobatan sebesar 94,34%. WHO menetapkan standar angka keberhasilan pengobatan sebesar 85%. Dengan demikian pada tahun 2015, Kota Bukittinggi sudah mencapai standar tersebut.

Upaya Pencegahan dan pemberantasan TB-Paru dilakukan dengan pendekatan DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) atau pengobatan TB-Paru dengan pengawasan langsung oleh Pengawasan Menelan Obat (PMO) Kegiatan ini meliputi upaya penemuan penderita dengan pemeriksaan dahak di sarana pelayanan kesehatan yang ditindak lanjuti oleh paket pengobatan.

Dalam penanganan program, semua penderita TB yang ditemukan ditindaklanjuti dengan paket-paket pengobatan intensif. Melalui paket pengobatan yang diminum secara teratur dan lengkap, diharapkan penderita akan dapat disembuhkan dari penyakit TB yang dideritanya. Namun demikian dalam proses selanjutnya tidak tertutup kemungkinan terjadinya kegagalan pengobatan akibat dari paket pengobatan yang tidak terselesaikan atau Drop Out (DO). Terjadinya resistensi obat atau kegagalan dalam penegakan diagnosa di akhir pengobatan.

2. Pengendalian Penyakit Kusta

Kusta adalah penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium Leprae*. Penatalaksanaan kasus yang buruk dapat menyebabkan kusta menjadi progresif, menyebabkan kerusakan permanen pada kulit, saraf, anggota gerak, dan mata. Perkembangan penyakit Kusta yang diindikasikan dengan prevalensi dan penemuan penderita baru.

3. Pengendalian penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut

ISPA (Infeksi Saluran Pernafasan Akut) merupakan penyebab kematian terbesar baik pada bayi maupun pada anak Balita. Program pengendalian ISPA menetapkan bahwa kasus yang ditemukan harus ditatalaksana sesuai standar, dengan demikian angka kasus pneumonia juga menggambarkan penatalaksanaan kasus ISPA.

Upaya dalam rangka pemberantasan penyakit ISPA lebih difokuskan pada upaya penemuan secara dini dan tatalaksana kasus yang cepat dan tepat terhadap penderita Pneumonia balita yang ditemukan. Upaya ini dikembangkan melalui suatu manajemen terpadu dalam penanganan balita sakit yang datang ke unit pelayanan kesehatan atau lebih dikenal dengan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). Dengan pendekatan MTBS semua penderita ISPA langsung ditangani di unit yang menemukan, namun bila kondisi Balita sudah berada dalam pneumonia berat sedangkan peralatan tidak mencukupi maka penderita langsung dirujuk ke fasilitas pelayanan yang lebih lengkap.

4. Pengendalian Penyakit HIV/AIDS

HIV/AIDS merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi virus *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.

Upaya pelayanan kesehatan dalam rangka penanggulangan penyakit HIV dan AIDS di samping ditujukan pada penanganan penderita yang ditemukan juga diarahkan pada upaya pencegahan melalui penemuan penderita secara dini yang dilanjutkan dengan kegiatan konseling. Upaya penemuan penderita dilakukan melalui skrining HIV dan AIDS terhadap darah donor dan pemantauan pada kelompok berisiko penderita Penyakit Menular Seksual (PMS).

Pelayanan kesehatan dalam upaya penanggulangan HIV-AIDS perlu dilakukan secara komprehensif. Layanan komprehensif adalah upaya yang meliputi upaya preventif, promotif, kuratif, rehabilitatif bagi masyarakat yang membutuhkan (yang belum terinfeksi agar tidak tertular, yang sudah terinfeksi agar kualitas hidup meningkat). Melibatkan seluruh sektor terkait, masyarakat termasuk swasta, kader, LSM, kelompok dampingan sebaya, ODHA, PKK, tokoh adat, tokoh agama dan tokoh masyarakat serta organisasi kelompok masyarakat. Layanan komprehensif HIV atau paripurna sejak dari rumah atau komunitas hingga ke fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas, klinik dan rumah sakit).

Layanan berkesinambungan adalah untuk memberikan dukungan dari aspek manajerial, medis, psikologis dan sosial untuk ODHA selama perawatan dan pengobatan untuk mengurangi dan menyelesaikan permasalahan yang dihadapinya. Orang yang HIV positif perlu mendapatkan dukungan psikologis dan sosial di masyarakat. Jangan sampai ada stigma sehingga mereka justru mendapatkan

intimidasi yang dapat menyebabkan mereka bunuh diri atau frustrasi menghadapi keadannya. Dukungan dari keluarga juga sangat dibutuhkan selain proses medis yang dijalankan.

Program promosi kesehatan di keluarga, sekolah dan masyarakat mengenai pencegahan HIV perlu terus diberikan. Penjangkauan aktif pada populasi kunci yang berisiko perlu terus dilaksanakan dengan pendataan dan pemetaan. Penyediaan outlet kondom di lokasi serta edukasi pada pelanggan serta pekerja seks. Fasilitas kesehatan perlu menyediakan ruangan khusus untuk konseling dan test HIV yang nyaman sehingga mudah diakses. Pengobatan dan pendampingan minum obat perlu diberikan agar jangan sampai putus obat. Masyarakat perlu mendapatkan edukasi untuk menghindari stigma pada ODHA.

Adanya jaringan antar unit kesehatan lintas daerah sangat diperlukan segera. Mobilitas pekerja seks sangat tinggi mereka dapat saja berpindah-pindah padahal harus rutin konsumsi obat. Oleh sebab itu mereka harus bisa mengakses obat dimana saja. Membuat kartu yang dapat teregistrasi di seluruh Indonesia bagi ODHA perlu dilakukan untuk mengatasi keadaan ini.

Pemberdayaan tenaga promosi kesehatan dalam mengembangkan program kegiatan, memotivasi masyarakat serta membangun kemitraan diperlukan. Setiap kantor desa perlu ada tenaga khusus untuk memberikan edukasi positif ke masyarakatnya. Sehingga beban puskesmas dalam menangani tsunami HIV-AIDS mendatang dapat kita tanggulangi dengan segera.

Tantangan yang dihadapi masa mendatang sangatlah kompleks. Kasus HIV-AIDS semakin tinggi jumlahnya apabila tidak dari sekarang dilakukan upaya pencegahan yang serius. HIV-AIDS akan menjadi beban Negara, masyarakat dan keluarga tersebut. Sekarang ini penyebaran HIV-AIDS sudah mulai mengarah ke populasi umum dimana penyebarannya bukan saja pada pekerja seks maupun yang berperilaku berisiko. Melainkan juga ada indikasi sudah menular pada ibu hamil, bayi dan anaknya.

Secara nasional perkembangan penyakit HIV/AIDS terus menunjukkan peningkatan, meskipun berbagai upaya pencegahan dan penanggulangan terus dilakukan. Semakin tingginya mobilitas penduduk antar wilayah, meningkatnya perilaku seksual yang tidak aman dan meningkatnya penyalahgunaan NAPZA (Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya) melalui suntikan, secara simultan telah memperbesar risiko penyebaran HIV/AIDS.

Saat ini Indonesia telah digolongkan sebagai negara dengan tingkat epidemi yang terkonsentrasi (*concentrated level epidemic*), yaitu adanya prevalensi lebih dari 5% pada sub populasi tertentu, misalnya pada kelompok penaja seks dan pada para penyalahguna NAPZA. Tingkat epidemi ini menunjukkan tingkat perilaku berisiko yang cukup aktif menularkan, di dalam suatu sub populasi tertentu. Selanjutnya perjalanan epidemi ini akan ditentukan oleh jumlah dan sifat hubungan antara kelompok berisiko tinggi dengan masyarakat umum..

MDG's menargetkan pengendalian penyebaran HIV/AIDS sampai dengan tahun 2015, begitu juga di Kota Bukittinggi walaupun penderitanya tidak terlalu banyak, tapi diharapkan penderita HIV/AIDS di Kota Bukittinggi bisa berkurang.

5. Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue

Demam Berdarah Dengue adalah penyakit yang disebabkan oleh *virus Dengue* dan ditularkan oleh vektor nyamuk *Aedes Aegypti*. Gejala klinis penderita DBD adalah demam tinggi mendadak selama 2-7 hari, tanda-tanda pendarahan dari atau pembesaran hati, serta pemeriksaan labor positif DBD. Penyakit DBD merupakan salah satu penyakit yang perjalanan penyakitnya cepat dan dapat menyebabkan kematian dalam waktu yang singkat.

Upaya Pemberantasan DBD dititikberatkan pada penggerakan potensi masyarakat untuk dapat berperan serta dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) melalui 3 M plus (Menguras, Menutup dan Mengubur) plus menabur larvasida serta Juru Pemantau Jentik (Jumantik) untuk memantau Angka bebas Jentik (ABJ)

Angka Bebas Jentik (ABJ) sebagai tolok ukur upaya pemberantasan vektor melalui PSN-3M menunjukkan tingkat partisipasi masyarakat dalam mencegah DBD. Berikut ini pencapaian persentase Angka Bebas Jentik (ABJ) di Kota Bukittinggi sejak tahun 2008 – 2015 di Kota Bukittinggi.

GAMBAR 2.23
ANGKA BEBAS JENTIK DI KOTA BUKITTINGGI
TAHUN 2008-2015



SUMBER : BIDANG PMK DKK BUKITTINGGI

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa adanya fluktuasi angka bebas jentik di Kota Bukittinggi tahun 2008 – 2015. Angka ini juga menunjukkan tingkat partisipasi masyarakat dalam menanggulangi DBD di Kota Bukittinggi. Oleh karena itu pendekatan pemberantasan DBD yang berwawasan kepedulian masyarakat merupakan salah satu alternatif pemberantasan DBD.

6. Pengendalian penyakit AFP (Acut Flaccid Paralysis)

AFP (Acut Flaccid Paralysis) adalah penderita dengan gejala lumpuh layu mendadak (akut), ditemukan pada anak usia <15 tahun dan diduga kuat poliomyelitis. Pada Tahun 2014 di Kota Bukittinggi sudah tidak ditemukan lagi penderita AFP (Acut Flaccid Paralysis).

7. Pengendalian penyakit Filariasis

Filariasis adalah penyakit menular yang dapat menimbulkan cacat seumur hidup, yang disebabkan oleh cacing filarial yang hidup dan berkembang biak dalam kelenjer limfe. Pada waktu

malam, anak-anak cacing tersebut masuk kedalam pembuluh darah tepi. Penyakit ini ditularkan melalui gigitan nyamuk yang mengandung mikrofilaria.

Bila sebuah kota sudah endemis filiaris, maka sasaran pengobatan massal adalah semua penduduk di kota tersebut. Semua penduduk harus minum obat, tetapi pengobatan untuk sementara ditunda bagi anak berumur < 2 tahun, ibu hamil, orang yang sedang sakit berat, penderita kronis filariasis yang dalam serangan akut dan Balita dengan marasmus/kwashiorkor.

Tabel 4.6 dibawah ini memberikan gambaran capaian bidang kesehatan program pencegahan dan pemberantasan penyakit menular sejak tahun 2011– 2015 di Kota Bukittinggi.

TABEL 2.6
CAPAIAN PROGRAM BIDANG KESEHATAN
PROGRAM PENCEGAHAN DAN PEMBERANTASAN PENYAKIT MENULAR

Indikator	Capaian Tahun 2011 (%)	Capaian Tahun 2013 (%)	Capaian Tahun 2014 (%)	Capaian Tahun 2015 (%)
1. Pelayanan Imunisasi ✓ Desa/kelurahan (UCI)	100	92.16	95.8	91.67
2. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Polio ✓ AFP rate per 100.000 penduduk <15 th	0	20387	0	0
3. Pencegahan dan Pemberantasan TB Paru ✓ Kesembuhan penderita TBC BTA (+)	96,74	44.40	72.12	89.62
4. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit ISPA ✓ Cakupan Balita dengan Pneumonia Yang ditangani	100	100	100	100
5. Pencegahan dan Pemberantasan HIV/AIDS ✓ Klien yang mendapatkan penanganan HIV/AIDS infeksi menular seksual yang diobati ✓ Darah donor diskriming terhadap HIV/AIDS	100 100	100 100	100 100	100 100
6. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit DBD ✓ Penderita DBD yang ditangani	100	100	100	100
7. Pencegahan dan Pemberantasan Diare ✓ Balita dengan diare yang ditangani	100	100	100	100
8. Pelayanan Pengendalian Vektor ✓ Rumah/bangunan bebas jentik nyamuk Aedes	85.29	87.88	87.88	86.9
9. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Malaria ✓ Penderita Malaria yang diobati	100	100	100	100
11. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Kusta ✓ Penderita kusta yang selesai berobat (RFT rate)	100	100	100	100

Sumber : Bidang PMK DKK Bukittinggi

P. UPAYA PROMOSI DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Berikut ini disajikan capaian bidang kesehatan program promosi dan pemberdayaan masyarakat sejak tahun 2012 sampai dengan tahun 2015 di Kota Bukittinggi.

TABEL 2.7
CAPAIAN PROGRAM BIDANG KESEHATAN
PROGRAM PROMOSI DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Program	Target 2015 (%)	Capaian Tahun 2013 (%)	Capaian Tahun 2014 (%)	Capaian Tahun 2015 (%)
1. Penyuluhan Perilaku Sehat : ✓ Rumah tangga sehat ✓ Posyandu Aktif	65 40	19.25 80.77	19.25 80.77	19.25 80.77
2. Penyelenggaraan Pembiayaan Untuk Pelayanan Kesehatan Perorangan : ✓ Cakupan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan	80	100	100	100
3. Penyelenggaraan Pembiayaan Untuk Keluarga Miskin dan Masyarakat Rentan ✓ Cakupan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan keluarga miskin dan masyarakat rentan	100	100	100	100
4. Pelayanan Kesehatan Kerja ✓ Cakupan pelayanan kesehatan kerja pada pekerja formal	80	0	0	0

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1457/Menkes/SK/X/2003

1. Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM)

Pembangunan Kesehatan dilaksanakan secara bersama-sama oleh pemerintah dan masyarakat. Dalam rangka meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan kepada masyarakat berbagai upaya dilakukan dengan memanfaatkan potensi dan sumber daya yang ada di masyarakat.

Upaya yang dilakukan dalam meningkatkan kegiatan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM), berkoordinasi dengan lintas sektoral serta melibatkan masyarakat dalam kegiatan kesehatan dalam rangka menggalang kemandirian masyarakat dibidang kesehatan. Di Kota Bukittinggi berkembang bentuk UKBM seperti posyandu, Dana Sehat, Pos UKK, Toga, Poskeskel, Posbindu, Kelurahan Siaga dan Saka Bhakti Husada. Saka Bhakti Husada (SBH) merupakan bentuk partisipasi generasi muda khususnya pramuka dalam bidang kesehatan.

2. Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat dan mengembangkan upaya kesehatan yang bersumber daya masyarakat. Penyebarluasan informasi kesehatan melalui siaran radio, pembuatan dan penyiaran TV spot, dialog interaktif, penyebaran informasi mobil unit penyuluhan dan penyuluhan kelompok masing-masing Puskesmas, serta pemutaran film kesehatan.

3. Kegiatan Institusi Penerima Wajib Lapori (IPWL)

Di Kota Bukittinggi sejak tahun 2011 sudah dilaksanakan wajib lapor Pencandu Narkotika ke Institusi Penerima Wajib Lapori (IPWL) dalam hal ini adalah Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad dan Puskesmas Guguk Panjang. Puskesmas yang telah ditunjuk sebagai institusi Penerima Wajib Lapori wajib mempersiapkan diri untuk menjalankan proses penerimaan wajib lapor.

Sesuai dengan Pasal 2 Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2011 tentang Pelaksanaan Wajib Lapori Pecandu Narkotika, pengaturan wajib lapor pecandu narkotika bertujuan untuk :

- Memenuhi hak pecandu narkotika dalam mendapatkan pengobatan dan atau perawatan melalui rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial:
- Mengikutsertakan orangtua, wali, keluarga dan masyarakat dalam meningkatkan tanggungjawab terhadap pecandu narkotika yang ada dibawah pengawasan dan bimbingannya;serta
- Memberikan bahan informasi bagi pemerintah dalam menetapkan kebijakan di bidang pencegahan dan pemberantasan penyalahgunaan dan peredaran gelap narkotika.

Sedangkan Puskesmas non IPWL yaitu Puskesmas Tigo Baleh dan Puskesmas Mandiangin mendapat anggaran dana dari BNNP untuk Assesment IPWL.

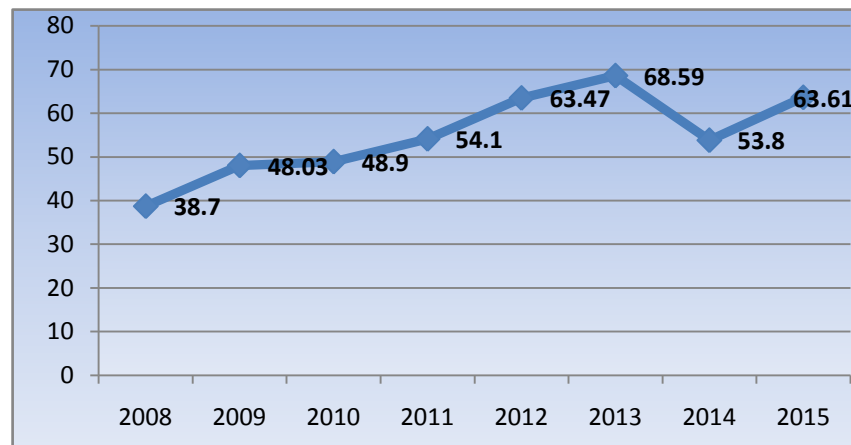
Q. UPAYA PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN

Kegiatan pokok upaya kesehatan perorangan yang diuraikan pada pelayanan kesehatan rujukan ini diantaranya adalah pelayanan kesehatan di Rumah Sakit.

Penilaian tingkat keberhasilan pelayanan di rumah sakit biasanya dilihat dari berbagai segi yaitu tingkat pemanfaatan sarana, mutu dan tingkat efisiensi pelayanan. Beberapa indikator standar terkait dengan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit yang dipantau antara lain pemanfaatan tempat tidur (*Bed Occupancy Rate/BOR*), rata-rata lama hari perawatan (*Length of stay/LOS*), Rata-rata selang waktu pemakaian tempat tidur (*Turn of interval/TOI*), persentase pasien keluar yang meninggal (*Gross Death Rate/GDR*) dan persentase pasien keluar yang meninggal \geq 48 jam perawatan (*Net death Rate/NDR*).

Berdasarkan data yang didapat dari semua rumah sakit yang ada di Kota Bukittinggi baik yang dikelola pemerintah maupun swasta tingkat pemanfaatan tempat tidur (BOR) tahun 2015 mencapai 63.61%, jadi mencapai angka ideal yang diharapkan yaitu 60 – 85%. Gambaran tingkat pemanfaatan tempat tidur di rumah sakit sejak tahun 2009 – 2015 dapat dilihat pada gambar 4.16 dibawah ini.

GAMBAR 2.24
PENCAPAIAN BOR RS SEKOTA BUKITTINGGI
DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2008-2015



Sumber : Rumah Sakit Sekota Bukittinggi

Indikator Pelayanan rumah sakit yang lain adalah Turn Over Interval (TOI). TOI adalah rata-rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati dari telah digunakan sampai saat digunakan kembali. Idealnya tempat tidur kosong tidak terisi pada kisaran 1 – 3 hari, selama tahun 2009 – 2015 berkisar antara 1.7 – 5.1 hari. Tahun 2015 TOI RS di Kota Bukittinggi sudah mempunyai angka ideal yaitu 2.55.

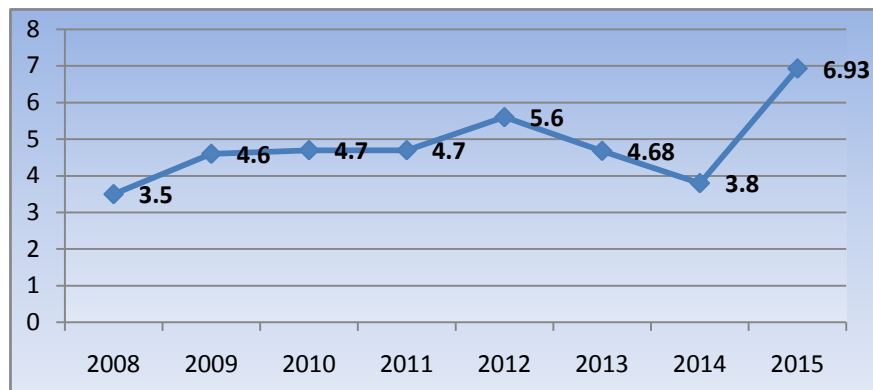
GAMBAR 2.25
PENCAPAIAN TOI RS SEKOTA BUKITTINGGI
DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2008-2015



Sumber : Rumah Sakit Se-Kota Bukittinggi

LOS adalah rata-rata lama rawat (hari) seorang pasien. Indikator ini disamping memberikan gambaran tingkat efisiensi juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan, Secara umum nilai LOS yang ideal antara 6 – 9 hari. LOS Rumah sakit di Kota Bukittinggi sejak tahun 2008 – 2015 berkisar antara 3,5 – 6.93 hari dan sudah mencapai angka ideal pada tahun 2015. Pencapaian LOS Rumah sakit se Kota Bukittinggi sejak tahun 2008 – 2015 bisa dilihat pada gambar dibawah ini :

GAMBAR 2.26
PENCAPAIAN LOS RS SEKOTA BUKITTINGGI
DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2008-2015



Sumber : Rumah Sakit Sekota Bukittinggi

Indikator pelayanan rumah sakit yang lain yaitu GDR dan NDR. GDR adalah angka kematian umum untuk setiap 1.000 penderita keluar dari Rumah sakit. Nilai ideal GDR adalah < 45 per 1.000 pasien keluar. Pada tahun 2014 GDR rumah sakit se kota Bukittinggi sudah mencapai angka ideal yaitu dengan nilai rentang 6.1 kematian per 1.000 kematian.

NDR adalah angka kematian pasien setelah dirawat ≥ 48 jam per 1.000 pasien keluar. Indikator ini memberikan gambaran mutu pelayanan di rumah sakit. Asumsinya jika pasien meninggal setelah mendapat perawatan 48 jam berarti ada faktor pelayanan rumah sakit yang terlibat dengan kondisi meninggalnya pasien. Nilai ideal NDR adalah < 25 per 1.000 pasien keluar. NDR Pada tahun 2014 yaitu 3.1 per 1.000 pasien keluar. Dengan demikian NDR Rumah Sakit (RS) di Kota Bukittinggi telah mencapai angka ideal yaitu < 25 per 1.000 pasien keluar.

3. Analisa Pencapaian Indikator Sasaran Peningkatan Sumber Daya Kesehatan

Pencapaian indikator diatas menunjukkan bahwa secara umum di Kota Bukittinggi sudah memiliki sumber daya kesehatan yang memadai, terutama ketersediaan tenaga medis dan para medis rasionya sudah mencapai target. Keberadaan tenaga kesehatan tersebar di Rumah Sakit Pemerintah dan swasta, Puskesmas dan sarana kesehatan lainnya.

Sesuai dengan standar pelayanan kesehatan, jumlah tenaga kesehatan yang ada saat ini di Puskesmas sudah mencukupi seluruh kebutuhan pelayanan kesehatan dari seluruh profesi kesehatan yang harus ada, baik medis, paramedis maupun tenaga administrasi. Untuk aspek jumlah sumber daya kesehatan khususnya untuk pelayanan kesehatan sudah sangat memadai, Kondisi ini sangat mendukung terlaksananya pelayanan kesehatan di Kota Bukittinggi.

Jumlah tenaga kesehatan di lingkungan Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi sampai akhir tahun 2013 adalah 327 orang dengan status kepegawaian PNS, CPNS, PTT, Honor dan kontrak. Untuk data yang lebih lengkap dapat dilihat dari tabel dibawah ini :

TABEL 2.8.
SEBARAN TENAGA KESEHATAN DI DINAS KESEHATAN KOTA BUKITTINGGI MENURUT GOLONGAN TAHUN 2015

Golongan (Pegawai Negeri/Honor)	Keadaan 1 Januari 2015 (Orang)	Keadaan 31 Desember 2015 (Orang)
IV	12	12
III	177	177
II	81	81
I	1	1
Honor	2	2
Kontrak	15	15
PTT	30	30
Jumlah	318	318

Sumber : Bagian Kepegawaian

TABEL 2.9.
SEBARAN TENAGA KESEHATAN DI DINAS KESEHATAN KOTA BUKITTINGGI MENURUT LATAR BELAKANG PENDIDIKAN TAHUN 2015

Pendidikan	Keadaan 1 Januari 2015 (Orang)	Keadaan 31 Desember 2015(Orang)
S3	-	-
S2	11	11
S1	101	101
D IV	1	1
D III	149	149
D II	-	-
D I	12	12
SLTA	40	40
SLTP	1	1
SD	3	3
Jumlah	318	318

Sumber : Bagian Kepegawaian

1. Tenaga kesehatan di Puskesmas

Puskesmas yang merupakan ujung tombak dalam pelayanan kesehatan masyarakat, kinerjanya sangat dipengaruhi ketersediaan sumber daya manusia yang dimiliki, terutama ketersediaan tenaga kesehatan. Gambaran jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas Kota Bukittinggi Tahun 2015 dapat dilihat pada gambar 5.1 dibawah ini:

Profesi	Persentase
Bidan	34%
Perawat	28%
Keteknisian medis	7%
Drg	4%
Dokter umum	6%
kesmas	6%
Sanitarian	4%
Gizi	4%
tenaga kefarmasian	7%

sudah ada petunjuk teknis yang jelas dari Kementerian Kesehatan, dan merupakan kewajiban dari Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi untuk melaporkan setiap tahunnya ke Dinas Kesehatan Propinsi Sumatera Barat dan Kementerian Kesehatan. Untuk menunjang penyusunan dokumen tersebut, Dinas Kesehatan sudah memiliki sistem informasi kesehatan yang telah terintegrasi pada masing-masing Puskesmas, sehingga mampu menyediakan data secara lengkap dan up to date. Tahun 2015, Dinas Kesehatan mendapat penghargaan dari Kementerian Kesehatan yaitu Peringkat I Tingkat Nasional dalam Pengelolaan Komunikasi data kesehatan.

Demikian juga dengan ketersediaan Kontingency Plan untuk masalah kesehatan akibat bencana. Hal ini karena didukung oleh lintas program dan lintas sektor bahkan dari institusi vertikal dan Propinsi Sangat mendukung upaya pencegahan masalah kesehatan akibat bencana. Hal ini terkait dengan kondisi Sumatera Barat umumnya dan Bukittinggi khususnya yang merupakan wilayah rawan bencana.

5. Analisa Capaian Sasaran Terciptanya Sanitasi Lingkungan yang layak

Capaian indikator diatas yang jauh melebihi target yaitu maksimal 5 % penduduk berperilaku buang air besar sembarangan. Hal ini menunjukkan bahwa sudah hampir seluruh masyarakat Kota Bukittinggi memiliki perilaku hidup yang bersih dan sehat, dan sudah memiliki jamban yang memenuhi syarat sanitasi.

Lingkungan merupakan salah satu variabel yang perlu mendapat perhatian khusus dalam menilai kondisi kesehatan masyarakat. Bersama dengan faktor perilaku, pelayanan kesehatan dan genetik, lingkungan mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat.

Menurut Himpunan Ahli Kesehatan Lingkungan Indonesia (HAKLI) kesehatan lingkungan adalah suatu kondisi lingkungan yang mampu menopang keseimbangan ekologi yang dinamis antara manusia dan lingkungannya untuk mendukung tercapainya kualitas hidup manusia yang sehat dan bahagia.

Untuk menggambarkan keadaan lingkungan, akan disajikan indikator-indikator seperti: Rumah sehat, akses terhadap air bersih dan air minum berkualitas dan akses terhadap sanitasi layak.

1. Rumah Sehat

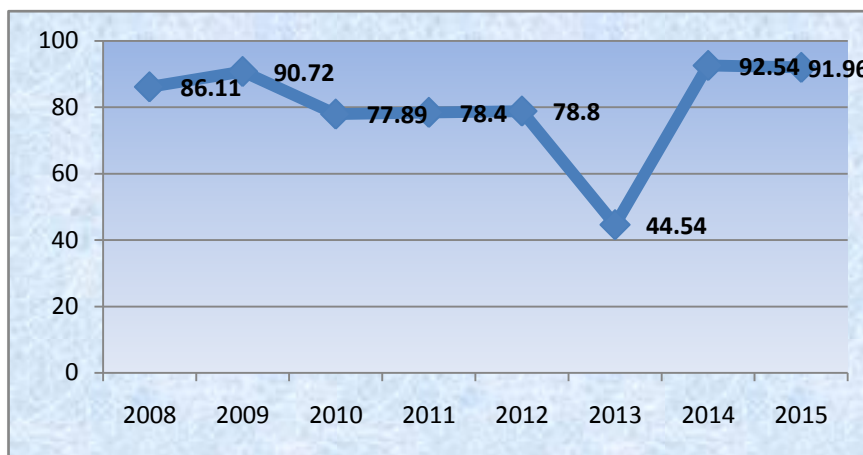
Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan pasal 162 dan 163 mengamanatkan bahwa upaya kesehatan lingkungan ditujukan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat, baik fisik, kimia, biologi maupun sosial yang memungkinkan setiap orang mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Untuk menjalankan amanat tersebut, maka untuk penyelenggaraan penyehatan permukiman difokuskan pada peningkatan rumah sehat .

Rumah Sehat adalah bangunan rumah tinggal yang memenuhi syarat kesehatan, yaitu rumah yang memiliki jamban yang sehat, sarana air bersih, tempat pembuangan sampah, sarana pembuangan air limbah, ventilasi rumah yang baik, kepadatan hunian rumah yang sesuai dan lantai rumah tidak terbuat dari tanah.

Perkembangan kondisi perumahan penduduk Kota Bukittinggi yang memenuhi syarat kesehatan pada tahun 2015 sebesar 91,96% mengalami sedikit penurunan jika dibandingkan dengan

tahun 2014 (92,54%). Gambaran persentase rumah sehat di Kota Bukittinggi dari tahun 2008 -2015 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

GAMBAR 2.30
PERSENTASE RUMAH SEHAT
DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2008-2015



Sumber : Bidang PMK

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa persentase rumah sehat tertinggi terjadi pada tahun 2014, dan yang terendah tahun 2013. Peningkatan persentase rumah sehat ini dikarenakan adanya penyuluhan yang dilakukan terhadap masyarakat tentang pentingnya rumah seha serta pembinaan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi yang didukung oleh lintas sektor yang terkait lainnya.

2. Akses Terhadap Sanitasi Dasar

Salah satu tujuan pembangunan prasarana penyediaan air baku untuk memastikan komitmen pemerintah terhadap *Millenium Development Goals (MDGs)* yaitu memastikan kelestarian lingkungan dan mengurangi hingga setengahnya proporsi rumah tangga tanpa akses berkelanjutan terhadap air minum layak dan sanitasi dasar hingga 2015.

Penduduk dengan akses berkelanjutan terhadap air minum layak yang digunakan rumah tangga di Kota Bukittinggi pada tahun 2015 sebesar 34,54% mengalami peningkatan dibandingkan dengan tahun 2014 yaitu dari 28.36%, namun harus terus ditingkatkan lagi menjadi 90% sesuai dengan target Inpres Nomor 14 tahun 2011 prioritas pembangunan nasional tentang persentase kualitas air minum yang didistribusikan oleh PDAM yang memenuhi syarat kesehatan. Hal tersebut di atas merupakan salah satu upaya pencegahan terjadinya kemungkinan munculnya penyakit berbasis air (*waterborne disease*) karena air merupakan salah satu media lingkungan yang berperan dalam penyebaran penyakit melalui media pertumbuhan mikrobiologi serta adanya kemungkinan terlarutnya unsur kimia yang dapat mengganggu kesehatan manusia.

Akses terhadap air bersih dan sanitasi merupakan salah satu pondasi inti dari masyarakat yang sehat. Air bersih dan 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 penyakit.

Di Kota Bukittinggi persentase rumah tangga yang telah mempunyai akses terhadap pembuangan tinja layak atau telah memiliki jamban sehat pada tahun 2015 sebesar 78,60% meningkat jika dibandingkan dengan tahun 2014 yaitu dari 63,5% dan sekaligus juga telah melampaui target MDGs sebesar 55,5% walaupun perlu lebih ditingkatkan lagi untuk mencegah terjadinya berbagai macam penyakit akibat lingkungan yang tidak sehat.

Kotoran manusia adalah semua benda atau zat yang tidak dipakai lagi oleh tubuh yang harus dikeluarkan dari dalam tubuh. Zat-zat yang harus dikeluarkan dari dalam tubuh ini berbentuk tinja dan air seni. Untuk mencegah atau mengurangi kontaminasi tinja terhadap lingkungan maka pembuangan kotoran manusia harus dikelola dengan baik, pembuangan kotoran harus di suatu tempat tertentu atau jamban yang sehat.

Pembuangan tinja layak sesuai MDGs adalah penggunaan jamban sendiri/bersama, jenis kloset leher angsa/latrine dan pembuangan akhir tinjanya adalah tangki septik atau Saluran Pembuangan Air Limbah (SPAL). Metode pembuangan tinja yang baik yaitu dengan jamban dengan syarat sebagai berikut :

- a. Tanah permukaan tidak boleh terjadi kontaminasi
- b. Tidak boleh terjadi kontaminasi pada air tanah yang mungkin memasuki mata air atau sumur
- c. Tidak boleh terkontaminasi air permukaan
- d. Tinja tidak boleh terjangkau oleh lalat dan hewan lain
- e. Tidak boleh terjadi penanganan tinja segar, atau bila memang benar-benar diperlukan, harus dibatasi seminimal mungkin
- f. Jamban harus bebas dari bau atau kondisi yang tidak sedap dipandang
- g. Metode pembuatan dan pengoperasian harus sederhana dan tidak mahal.

Secara umum salah satu kendala yang dihadapi dalam upaya pencapaian target yaitu Proses peningkatan perubahan perilaku tidak dapat dilakukan secara instan, cenderung membutuhkan waktu yang relatif lama agar masyarakat dapat mengadopsi perilaku yang lebih sehat dalam kehidupan sehari-hari. Meskipun demikian, kondisi sosial budaya yang sangat bervariasi dapat mempengaruhi cepat lambatnya perubahan perilaku.

3. Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)

STBM menjadi ujung tombak keberhasilan pembangunan air minum dan penyehatan lingkungan secara keseluruhan. Sanitasi total berbasis masyarakat sebagai pilihan pendekatan, strategi dan program untuk mengubah perilaku higiene dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat dengan menggunakan metode pemecutan dalam rangka mencapai target MDGs. Dalam pelaksanaan STBM mencakup 5 (lima) pilar yaitu:

- a. Stop buang air besar sembarangan,
- b. Cuci tangan pakai sabun,

- c. Pengelolaan air minum dan makanan yang aman di rumah tangga,
- d. Pengelolaan sampah dengan benar, dan
- e. Pengelolaan limbah cair rumah tangga dengan aman

Pemerintah memberikan prioritas dan komitmen yang tinggi terhadap kegiatan STBM, hal ini tercantum pada Instruksi Presiden Nomor 3 Tahun 2010 yang mempertegas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 852/MENKES/SK/IX/2008 dan Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor 132 Tahun 2012 terkait dengan STBM. Tujuan dari STBM adalah untuk mencapai kondisi sanitasi total dengan mengubah perilaku higienis dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat dengan 3 komponen strategi yaitu:

1. Menciptakan lingkungan yang mendukung terlaksananya kegiatan STBM melalui:
 - a. Advokasi dan sosialisasi kepada pemerintah dan pemangku kepentingan secara berjenjang;
 - b. Peningkatan kapasitas institusi pelaksana di daerah; dan
 - c. Meningkatkan kemitraan multi pihak.
2. Peningkatan kebutuhan akan sarana sanitasi melalui peningkatan kesadaran masyarakat tentang konsekuensi dari kebiasaan buruk sanitasi (buang air besar) dan dilanjutkan pemicuan perubahan perilaku komunitas:
3. Peningkatan penyediaan melalui peningkatan kapasitas produksi swasta lokal dalam penyediaan sarana sanitasi, yaitu melalui pengembangan kemitraan dengan kelompok masyarakat, koperasi, pengusaha lokal dalam penyediaan sarana sanitasi..

Suatu kelurahan dikatakan telah melaksanakan STBM didasarkan pada kondisi:

- Minimal telah ada intervensi melalui pemicuan di salah satu dusun dalam desa/kelurahan tersebut,
- Adanya masyarakat yang bertanggung jawab untuk melanjutkan aksi intervensi STBM baik individu atau dalam bentuk komite dan sebagai respon dari aksi intervensi STBM, dan
- Masyarakat menyusun suatu rencana aksi kegiatan dalam rangka mencapai komitmen-komitmen perubahan perilaku pilar-pilar STBM yang telah disepakati bersama.

Pelaksanaan STBM dilakukan secara bertahap dengan prioritas pada pilar ke-1 yaitu Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) dan adopsi perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS), dan secara bertahap mengembangkan pilar-pilar lain dari STBM. Di Kota Bukittinggi sejak tahun 2013-2015 semua kelurahan (100%) telah melaksanakan STBM.

Kendala dan hambatan dalam pelaksanaan STBM khususnya di daerah perkotaan adalah masih belum optimalnya investasi bidang air minum dan sanitasi seperti investasi untuk PDAM serta disparitas capaian antar provinsi untuk pelayanan air minum. Untuk mengatasi kendala tersebut, maka dilakukan upaya peningkatan advokasi untuk meningkatkan investasi bidang air minum dan sanitasi terutama untuk masyarakat miskin, perluasan penyediaan air minum dan sanitasi berbasis masyarakat melalui program Air Bersih untuk Rakyat serta meningkatkan edukasi perilaku sehat dengan akselerasi STBM.

6. Capaian Sasaran Terciptanya perilaku hidup bersih dan sehat

Data diatas menunjukkan bahwa capaian indikator sasaran diatas sudah sangat baik. Hal ini menunjukkan bahwa seluruh masyarakat sudah memiliki akses yang baik untuk memperoleh air bersih. Disamping itu, jumlah kawasan bebas asap rokok sebagaimana dijelaskan dalam Peraturan Daerah Nomor 1 tahun 2012 sudah diberlakukan. Setiap Puskesmas, rumah sakit, Kantor Instansi Pemerintah, sekolah dan beberapa tempat umum sudah dipasangkan label bertuliskan kawasan bebas asap rokok baik dalam bentuk spanduk, standing baner, running text, stiker dan lain-lain. Sebagai dana penunjang, sejak tahun 2012, Kota Bukittinggi sudah mendapatkan alokasi dana dari cukai rokok untuk penanggulangan masalah kesehatan akibat asap rokok. Sampai tahun 2015, Dinas Kesehatan sudah membangun 4 unit Tempat Khusus Merokok di Kantor – Kantor Strategis diantaranya Kantor Dinas Kesehatan, Kantor Camat Tigo Baleh, Kantor Camat Mandiangin, Kantor Balai Kota dan Kantor Dinas Catatan Sipil.

4. Perilaku Hidup Bersih dan sehat (PHBS)

Keluarga mempunyai peran penting dalam meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat, karena dalam keluarga terjadi komunikasi dan interaksi antara anggota keluarga yang menjadi awal penting dari suatu proses pendidikan perilaku.

Pelaksanaan perilaku hidup bersih dan sehat sejak dini dalam keluarga dapat menciptakan keluarga yang sehat dan aktif dalam setiap upaya kesehatan di masyarakat. Dalam upaya meningkatkan kesehatan anggota keluarga, Pusat Promosi Kesehatan Kemenkes berupaya meningkatkan persentase rumah tangga ber-PHBS.

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di rumah tangga adalah upaya untuk memberdayakan anggota rumah tangga agar tahu, mau dan mampu mempraktikkan perilaku hidup bersih dan sehat serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan di masyarakat. Untuk mencapai rumah tangga ber-PHBS, terdapat 10 perilaku hidup bersih dan sehat yang dipantau, yaitu: (1) persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan, (2) memberi ASI eksklusif, (3) menimbang balita setiap bulan, (4) menggunakan air bersih, (5) mencuci tangan dengan air bersih dan sabun, (6) menggunakan jamban sehat, (7) memberantas jentik di rumah sekali seminggu, (8) makan buah dan sayur setiap hari, (9) melakukan aktivitas fisik setiap hari, dan (10) tidak merokok di dalam rumah.

Masalah yang dihadapi dalam pelaksanaan program PHBS adalah kemitraan/dukungan lintas program/lintas sektor yang rendah dan alokasi dana terbatas. Alternatif pemecahan adalah melalui kegiatan advokasi kebijakan, koordinasi dan keterpaduan manajemen. Berdasarkan hasil survey PHBS Kota Bukittinggi pada tahun 2014 persentase Rumah Tangga yang berperilaku Hidup bersih dan Sehat mengalami sedikit kenaikan dari 19,7% pada tahun 2013 menjadi 37.94 %, namun angka tersebut masih jauh dibawah target nasional yaitu 60%. Tentunya ini perlu usaha keras dari semua baik lintas program maupun lintas sektor untuk memberikan penyuluhan kepada masyarakat tentang pentingnya pelaksanaan PHBS khususnya di rumah tangga. Sedangkan pada tahun 2015 tidak diadakan survey PHBS.

5. Kawasan Tanpa Rokok (KTR)

Kawasan Tanpa Rokok (KTR) adalah ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk melakukan kegiatan produksi, penjualan, iklan, promosi dan atau penggunaan rokok. Penetapan KTR merupakan upaya perlindungan untuk masyarakat terhadap risiko ancaman gangguan kesehatan karena lingkungan tercemar asap rokok. KTR merupakan tanggung jawab seluruh komponen bangsa baik individu, masyarakat, parlemen, maupun pemerintah, untuk melindungi generasi sekarang maupun yang akan datang. Komitmen bersama dari lintas sektor dan berbagai elemen akan sangat berpengaruh terhadap keberhasilan KTR.

Rokok adalah zat adiktif yang sangat berbahaya bagi kesehatan dan menimbulkan berbagai penyakit seperti penyakit jantung dan pembuluh darah, stroke, penyakit paru obstruktif kronis, kanker paru, kanker mulut, impotensi, kelainan kehamilan dan janin. Zat adiktif jika dikonsumsi manusia akan menimbulkan adiksi atau ketagihan. Asap rokok sangat membahayakan kesehatan si perokok maupun orang lain yang ada di sekitarnya.

Pemerintah Kota Bukittinggi telah menetapkan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok untuk melindungi seluruh masyarakat dari bahaya asap rokok yaitu Peraturan Daerah Kota Bukittinggi Nomor 1 Tahun 2012. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 115 Pemerintah Daerah wajib menetapkan dan menerapkan KTR di wilayahnya. Untuk menindaklanjuti kebijakan tersebut telah diterbitkan Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri Nomor 188/Menkes/PB/I/2011 dan Nomor 7 Tahun 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok.

7. Analisa Sasaran terciptanya pemukiman yang sehat

Data diatas menunjukkan bahwa capaian indikator sasaran diatas sudah sangat baik. Hal ini menunjukkan bahwa rumah tangga sudah melakukan upaya Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) secara rutin. Hal ini juga didukung oleh kegiatan Pemantauan Jentik Berkala (PJB) yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan pada setiap rumah tangga. Hasil pemantauan jentik berkala diperoleh bahwa Kota Bukittinggi bebas dari jentik.

Namun ironisnya, PSN yang dilakukan seharusnya berbanding lurus dengan penurunan kasus Demam Berdarah (DBD). Kenyataannya, setiap tahun selalu terjadi peningkatan kasus DBD di Kota Bukittinggi. Hal ini perlu menjadi perhatian khusus, untuk melakukan pengkajian lebih lanjut tentang efektifitas upaya PSN yang dilakukan.

2.3.2 Anggaran dan Realisasi Pendanaan Pelayanan Dinas Kesehatan

Untuk mengidentifikasi potensi dan permasalahan khusus pada aspek pendanaan pelayanan SKPD pada level program, selanjutnya, kinerja Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi akan di analisis pengelolaan pendanaan pelayanan SKPD melalui pelaksanaan Renstra SKPD periode perencanaan sebelumnya yang dituangkan dalam tabel 2.2.

Tabel 2.10

Anggaran dan Realisasi Pendanaan Pelayanan Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi

Uraian	Anggaran pada Tahun ke-					Realisasi Anggaran pada Tahun ke-				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
-1	-2	-3	-4	-5	-6	-7	-8	-9	-10	-11
Belanja Langsung	8.711.970.650	9.601.330.200	9.975.550.434	15.480.875.602	16.404.694.559	7.101.574.840	8.372.839.524	7.663.989.803	12.951.361.357	13.339.307.452
Belanja Tidak Langsung	11.613.615.375	13.631.828.000	18.902.681.082	18.093.544.101	19.160.227.651	11.607.946.728	12.645.713.879	16.523.565.987	17.574.977.656	18.782.002.208
Total	20.325.586.025	23.233.158.200	28.878.231.516	33.574.419.703	35.564.922.210	18.709.521.568	21.018.553.403	24.187.555.790	30.526.339.013	32.121.309.660

Rasio antara Realisasi Anggaran dan Anggaran Tahun ke-					Rata-Rata Pertumbuhan	
1	2	3	4	5	Anggaran	Realisasi
-12	-13	-14	-15	-16	-17	-18
81,52%	87,20%	76,83%	83,66%	81,31%	82,10%	82,22%
99,95%	92,77%	87,41%	97,13%	98,03%	95,06%	94,08%
92,05%	90,47%	83,76%	90,92%	90,32%	89,50%	88,99%

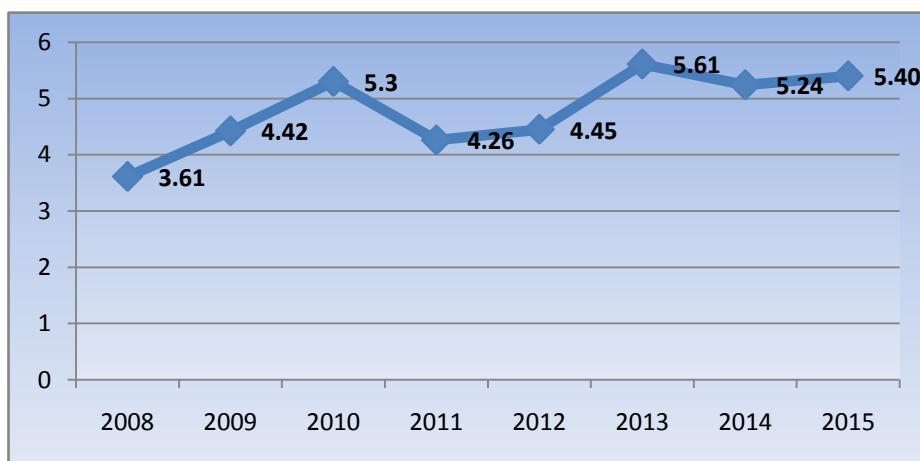
Total anggaran Belanja langsung Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi terus meningkat dari tahun ke tahun. Pada tahun 2011 anggaran sebesar adalah Rp.8.711.970.650,- meningkat pada tahun terakhir yaitu tahun 2015 menjadi Rp.16.404.694.559,-. Belanja secara total (langsung dan tidak langsung) juga begitu, tahun 2011 sebesar Rp.20.325.586.025,-. meningkat menjadi Rp.35.564.922.210,-. Capaian kinerja belanja langsung sudah bisa dicapai > 75 %, artinya kinerja keuangan selama periode Renstra 2011 – 2015 sudah baik.

Sesuai Undang-Undang Kesehatan No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, anggaran kesehatan pemerintah daerah provinsi, kabupaten/kota memiliki alokasi **minimal sepuluh persen** dari total Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) di luar gaji (belanja pegawai)

Distribusi anggaran Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi terdiri dari Belanja Langsung dan belanja tidak langsung, Belanja tidak langsung sebesar Rp 19.160.227.651.- dan belanja langsung sebesar 16.40.694.559 serta Dana Alokasi Khusus (DAK) sebesar Rp 3.154.510.000.-

Gambaran fluktuasi persentase anggaran kesehatan terhadap APBD Kab/Kota Bukittinggi sejak tahun 2008-2015 dapat dilihat pada gambar 5.4 dibawah ini:

GAMBAR 2.31
PERSENTASE ANGGARAN KESEHATAN TERHADAP APBD
KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2008-2015



Sumber : Bagian Keuangan dan bagian perencanaan DKK Bukittinggi

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa persentase Anggaran kesehatan terhadap APBD kab/kota tahun 2015 sebesar 5.40% mengalami sedikit peningkatan jika dibandingkan dengan tahun 2014 (5,241%), namun masih jauh dibawah target nasional yaitu 10%.

2.4 Tantangan dan Peluang Pengembangan Pelayanan SKPD

2.4.1 Tantangan

1. Masyarakat Kota Bukittinggi memiliki tingkat pendidikan dan tingkat ekonomi yang sudah baik akan menuntut pelayanan kesehatan yang lebih baik.
2. Pola hidup masyarakat perkotaan yang meningkatkan resiko penyakit kardiovaskuler.
3. Kota Bukittinggi sebagai Kota wisata meningkatkan mobilitas penduduk dapat meningkatkan resiko penularan penyakit menular seperti DBD, TBC, HIV AIDS.

4. Keterbatasan lahan untuk pengembangan dan Pembangunan Puskesmas, menjadi penghalang dalam mewujudkan akreditasi Puskesmas.
5. Kota Bukittinggi belum memiliki Rumah Sakit Umum Daerah

2.4.2 Peluang

1. Jumlah sarana pelayanan kesehatan yang sudah lengkap, baik milik pemerintah maupun swasta.
2. Jumlah tenaga medis dan paramedis sudah memenuhi kebutuhan standar pelayanan.
3. Adanya dukungan anggaran kesehatan dari Dana Alokasi Khusus, dana kapitasi JKN dan dana APBD.
4. Sarana dan prasarana penunjang pelayanan yang sudah terpenuhi.
5. Masyarakat Kota Bukittinggi yang sudah memiliki kesadaran untuk memiliki jaminan kesehatan secara mandiri.
6. Adanya dukungan dari Lembaga Legislatif untuk pembangunan RSUD.
7. Adanya regulasi tentang program kesehatan

BAB III

ISU-ISU STRATEGIS DINAS KESEHATAN

3.1 Telaahan Visi, Misi, dan Program Walikota dan Wakil Walikota Bukittinggi

Dengan telah dilantikannya Walikota Bukittinggi dan Wakil Walikota Bukittinggi periode 2016-2021, pada tanggal 17 Februari 2016, berdasarkan Keputusan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 131.13-616 Tahun 2016 tanggal 12 Februari 2016, Tentang Pengangkatan Walikota Bukittinggi Provinsi Sumatera Barat maka Visi Misi kepala Daerah terpilih tersebut selanjutnya dijabarkan dalam dokumen perencanaan lima tahun daerah dengan mempertimbangkan potensi, kondisi, dan memperhatikan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah (RPJPD) Kota Bukittinggi tahun 2006-2025. Adapun visi dan Misi tersebut adalah :

**“TERWUJUDNYA BUKITTINGGI KOTA TUJUAN PARIWISATA,
PENDIDIKAN, KESEHATAN, PERDAGANGAN DAN JASA, BERLANDASKAN
NILAI AGAMA DAN BUDAYA”.**

Makna yang terkandung dalam Visi tersebut dapat dijabarkan sebagai berikut :

1. Bukittinggi kota tujuan pariwisata mempunyai makna bahwa Bukittinggi merupakan salah satu sentral wisata di wilayah Indonesia bagian barat yang disemangati dengan budaya yang bermartabat, masyarakat yang religius, kegiatan perdagangan yang maju, alam yang indah, kuliner yang berkelas, tertata, bersih dan sehat.
2. Bukittinggi kota pendidikan mengandung makna bahwa Bukittinggi mempunyai sumber daya manusia yang berkualitas dan mempunyai daya saing yang tinggi.
3. Bukittinggi kota kesehatan mengandung makna bahwa masyarakat kota Bukittinggi mempunyai lingkungan yang sehat dengan derajat kesehatan yang tinggi dan sentra pelayanan kesehatan daerah sekitarnya
4. Bukittinggi kota perdagangan dan jasa mengandung makna bahwa semua pelaku ekonomi mempunyai jiwa kewirausahaan yang berdaya saing tinggi
5. Bukittinggi sebagai kota yang berlandaskan nilai-nilai agama mengandung makna bahwa masyarakat Bukittinggi menjadikan agama sebagai landasan dalam tata-tatanan kehidupan bermasyarakat dan berusaha.
6. Bukittinggi sebagai kota yang beradab dan berbudaya mengandung makna dalam menjalankan kehidupan sehari-hari berdasarkan filosofi Adat Basandi Syarak, Syarak Basandi Kitabullah.

Secara umum , maka untuk mencapai Visi dimaksud ditetapkan beberapa langkah dan strategi yaitu :

- a. Menjadikan nilai-nilai agama dan budaya yang telah hidup dan berkembang selama ini sebagai modal dasar guna mendorong peningkatan kegiatan pembangunan dengan segala aspeknya
- b. Mengembangkan pola partisipatif dalam perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi pembangunan.
- c. Menumbuh kembangkan kesadaran dan kepedulian para pelaku pembangunan (pemerintah, masyarakat, dan stakeholder lainnya termasuk perantau) dalam merencanakan, melaksanakan dan mengawasi serta memelihara pembangunan Kota Bukittinggi pada masa-masa selanjutnya.
- d. Memperkuat dan memberdayakan masing-masing sektor pendukung dan sumber daya pembangunan sehingga lebih bisa menyatu dalam satu tujuan pembangunan Kota Bukittinggi ke depan.
- e. Membangun sinergitas kuat antar sektor, pelaku pembangunan.
- f. Membangun karakter sumber daya manusia aparat pengelola pembangunan yang lebih terintegrasi kedalam sistem birokrasi yang tertata rapi sesuai dengan azas tata kelola pemerintahan yang baik dan bersih (*good governance and clean goverment*)
- g. Membangun regulasi dan sistem informasi pendukung pelaksanaan dan penataan pembangunan Kota Bukittinggi.
- h. Membangun kemitraan antar pelaku pembangunan untuk menciptakan iklim yang kondusif dalam berbagai aspek pembangunan

Misi disusun dalam rangka mengimplementasikan langkah-langkah yang akan dilakukan dalam mewujudkan visi pembangunan daerah. Misi pembangunan jangka menengah daerah tahun 2016-2021 ditetapkan sejalan dengan RPJPD Kota Bukittinggi . Ada 5 Misi yang telah ditetapkan sebagai perwujudan dan penjabaran dari Visi. Adapun Misi dimaksud adalah sebagai berikut:

1. Mengembangkan dan memberdayakan partisipasi berbagai potensi pemangku kepentingan (Pemerintah, Dunia usaha dan Masyarakat).
2. Meningkatkan kinerja Pemerintahan secara professional, transparan, akuntabel dan mempunyai jiwa kewirausahaan.
3. Meningkatkan pembangunan, penataan dan pengelolaan Sarana dan Prasarana secara terpadu dan berwawasan lingkungan.
4. Mengembangkan system ekonomi perkotaan secara lebih berdaya guna
5. Meningkatkan kualitas pelayanan pariwisata, pendidikan, kesehatan, perdagangan dan jasa serta kesejahteraan sosial masyarakat

Berdasarkan pada visi dan misi Walikota dan Wakil Walikota dalam RPJMD Kota Bukittinggi 2016-2021, maka beberapa keterkaitan RPJMD dengan Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi yaitu :

1. Dari aspek visi terlihat bahwa kesehatan merupakan program prioritas bagi Pemerintah Kota Bukittinggi 5 tahun kedepan yang bermakna bahwa Pemerintah kota Bukittinggi bercita-cita mewujudkan lingkungan yang sehat dengan derajat kesehatan yang tinggi dan sentra pelayanan kesehatan daerah sekitarnya.
2. Pada kalimat misi terlihat pada misi ke – 5 yaitu meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat.
3. Pada sasaran dan tujuan dijelaskan bahwa Pemerintah Kota memiliki tujuan pembangunan yaitu untuk Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan sasaran Meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan.

3.2 Telaahan Renstra Kementerian dan Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat

3.2.1 Renstra Kementerian Kesehatan

Dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2015- 2019 tidak ada visi dan misi, namun mengikuti visi dan misi Presiden Republik Indonesia yaitu “Terwujudnya Indonesia yang Berdaulat, Mandiri dan Berkepribadian Berlandaskan Gotong-royong”. Upaya untuk mewujudkan visi ini adalah melalui 7 misi pembangunan yaitu:

1. Terwujudnya keamanan nasional yang mampu menjaga kedaulatan wilayah, menopang kemandirian ekonomi dengan mengamankan sumber daya maritim dan mencerminkan kepribadian Indonesia sebagai negara kepulauan.
2. Mewujudkan masyarakat maju, berkesinambungan dan demokratis berlandaskan negara hukum.
3. Mewujudkan politik luar negeri bebas dan aktif serta memperkuat jati diri sebagai negara maritim.
4. Mewujudkan kualitas hidup manusia Indonesia yang tinggi, maju dan sejahtera.
5. Mewujudkan bangsa yang berdaya saing.
6. Mewujudkan Indonesia menjadi negara maritim yang mandiri, maju, kuat dan berbasiskan kepentingan nasional, serta
7. Mewujudkan masyarakat yang berkepribadian dalam kebudayaan.

Selanjutnya terdapat 9 agenda prioritas yang dikenal dengan NAWA CITA yang ingin diwujudkan pada Kabinet Kerja, yakni:

1. Menghadirkan kembali negara untuk melindungi segenap bangsa dan memberikan rasa aman pada seluruh warga Negara.
2. Membuat pemerintah tidak absen dengan membangun tata kelola pemerintahan yang bersih, efektif, demokratis dan terpercaya.
3. Membangun Indonesia dari pinggiran dengan memperkuat daerah-daerah dan desa dalam kerangka negara kesatuan.
4. Menolak negara lemah dengan melakukan reformasi sistem dan penegakan hukum yang bebas korupsi, bermartabat dan terpercaya.
5. Meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia.
6. Meningkatkan produktifitas rakyat dan daya saing di pasar Internasional.
7. Mewujudkan kemandirian ekonomi dengan menggerakkan sektor-sektor strategis ekonomi domestik.
8. Melakukan revolusi karakter bangsa.
9. Memperteguh ke-Bhineka-an dan memperkuat restorasi sosial Indonesia.

Kementerian Kesehatan mempunyai peran dan berkontribusi dalam tercapainya seluruh Nawa Cita terutama terutama dalam meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia.

A. TUJUAN

Terdapat dua tujuan Kementerian Kesehatan pada tahun 2015-2019, yaitu: 1) meningkatnya status kesehatan masyarakat dan; 2) meningkatnya daya tanggap (*responsiveness*) dan perlindungan masyarakat terhadap risiko sosial dan finansial di bidang kesehatan.

Peningkatan status kesehatan masyarakat dilakukan pada semua kontinum siklus kehidupan (*life cycle*), yaitu bayi, balita, anak usia sekolah, remaja, kelompok usia kerja, maternal, dan kelompok lansia.

Tujuan indikator Kementerian Kesehatan bersifat dampak (*impact* atau *outcome*). dalam peningkatan status kesehatan masyarakat, indikator yang akan dicapai adalah:

1. Menurunnya angka kematian ibu dari 359 per 100.00 kelahiran hidup (SP 2010), 346 menjadi 306 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI 2012).
2. Menurunnya angka kematian bayi dari 32 menjadi 24 per 1.000 kelahiran hidup.
3. Menurunnya persentase BBLR dari 10,2% menjadi 8%.
4. Meningkatnya upaya peningkatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, serta pembiayaan kegiatan promotif dan preventif.
5. Meningkatnya upaya peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat.

Sedangkan dalam rangka meningkatkan daya tanggap (responsiveness) dan perlindungan masyarakat terhadap risiko sosial dan finansial di bidang kesehatan, maka ukuran yang akan dicapai adalah :

1. Menurunnya beban rumah tangga untuk membiayai pelayanan kesehatan setelah memiliki jaminan kesehatan, dari 37% menjadi 10%
2. Meningkatnya indeks responsiveness terhadap pelayanan kesehatan dari 6,80 menjadi 8,00.

B. SASARAN STRATEGIS

Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan adalah:

1. Meningkatnya Kesehatan Masyarakat, dengan sasaran yang akan dicapai adalah :
 - a. Meningkatnya persentase persalinan di fasilitas kesehatan sebesar 85%.
 - b. Menurunnya persentase ibu hamil kurang energi kronik sebesar 18,2%.
 - c. Meningkatnya persentase kabupaten dan kota yang memiliki kebijakan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) sebesar 80%.
2. Meningkatnya Pengendalian Penyakit, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
 - a. Persentase kab/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan sebesar 40%.
 - b. Penurunan kasus Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) tertentu sebesar 40%.
 - c. Kab/Kota yang mampu melaksanakan kesiapsiagaan dalam penanggulangan kedaruratan kesehatan masyarakat yang berpotensi wabah sebesar 100%.
 - d. Menurunnya prevalensi merokok pada pada usia ≤ 18 tahun sebesar 5,4%.
3. Meningkatnya Akses dan Mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
 - a. Jumlah kecamatan yang memiliki minimal 1 Puskesmas yang terakreditasi sebanyak 5.600.
 - b. Jumlah kab/kota yang memiliki minimal 1 RSUD yang terakreditasi sebanyak 481 kab/kota.
4. Meningkatnya akses, kemandirian, dan mutu sediaan farmasi dan alat kesehatan, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
 - a. Persentase ketersediaan obat dan vaksin di Puskesmas sebesar 90%.
 - b. Jumlah bahan baku obat, obat tradisional serta alat kesehatan yang diproduksi di dalam negeri sebanyak 35 jenis.
 - c. Persentase produk alat kesehatan dan PKRT di peredaran yang memenuhi syarat sebesar 83%.
5. Meningkatnya Jumlah, Jenis, Kualitas dan Pemerataan Tenaga Kesehatan, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:

- a. Jumlah Puskesmas yang minimal memiliki 5 jenis tenaga kesehatan sebanyak 5.600 Puskesmas.
 - b. Persentase RS kab/kota kelas C yang memiliki 4 dokter spesialis dasar dan 3 dokter spesialis penunjang sebesar 60%.
 - c. Jumlah SDM Kesehatan yang ditingkatkan kompetensinya sebanyak 56,910 orang.
6. Meningkatnya sinergitas antar Kementerian/Lembaga, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
 - a. Meningkatnya jumlah kementerian lain yang mendukung pembangunan kesehatan.
 - b. Meningkatnya persentase kab/kota yang mendapat predikat baik dalam pelaksanaan SPM sebesar 80%.
7. Meningkatnya daya guna kemitraan dalam dan luar negeri, dengan sasaran yang akan dicapai adalah :
 - a. Jumlah dunia usaha yang memanfaatkan CSR untuk program kesehatan sebesar 20%.
 - b. Jumlah organisasi kemasyarakatan yang memanfaatkan sumber dayanya untuk mendukung kesehatan sebanyak 15.
 - c. Jumlah kesepakatan kerja sama luar negeri di bidang kesehatan yang diimplementasikan sebanyak 40.
8. Meningkatnya integrasi perencanaan, bimbingan teknis dan pemantauan-evaluasi, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
 - a. Jumlah provinsi yang memiliki rencana lima tahun dan anggaran kesehatan terintegrasi dari berbagai sumber sebanyak 34 provinsi.
 - b. Jumlah rekomendasi monitoring evaluasi terpadu sebanyak 100 rekomendasi.
9. Meningkatnya efektivitas penelitian dan pengembangan kesehatan, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
 - a. Jumlah hasil penelitian yang didaftarkan HKI sebanyak 35 buah.
 - b. Jumlah rekomendasi kebijakan berbasis penelitian dan pengembangan kesehatan yang diadvokasikan ke pengelola program kesehatan dan atau pemangku kepentingan sebanyak 120 rekomendasi.
 - c. Jumlah laporan Riset Kesehatan Nasional (Riskesnas) bidang kesehatan dan gizi masyarakat sebanyak 5 laporan.
10. Meningkatnya tata kelola pemerintahan yang baik dan bersih, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
 - a. Persentase satuan kerja yang dilakukan audit memiliki temuan kerugian negara $\leq 1\%$ sebesar 100%.

11. Meningkatnya kompetensi dan kinerja aparatur Kementerian Kesehatan, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
 - a. Meningkatnya persentase pejabat struktural di lingkungan Kementerian Kesehatan yang kompetensinya sesuai persyaratan jabatan sebesar 90%.
 - b. Meningkatnya persentase pegawai Kementerian Kesehatan dengan nilai kinerja minimal baik sebesar 94%.
12. Meningkatkan sistem informasi kesehatan integrasi, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
 - a. Meningkatnya persentase Kab/Kota yang melaporkan data kesehatan prioritas secara lengkap dan tepat waktu sebesar 80%.
 - b. Persentase tersedianya jaringan komunikasi data yang diperuntukkan untuk akses pelayanan *e-health* sebesar 50%

3.2.2 Renstra Dinas Kesehatan Propinsi Sumatera Barat

Dalam Renstra Dinas Kesehatan Propinsi Sumatera Barat, beberapa isu strategis yang ditetapkan adalah:

1. Masih tingginya Angka Kematian Bayi.
2. Masih tingginya Angka Kematian Ibu.
3. Masih tingginya prevalensi balita gizi kurang dan stunting.
4. Masih tingginya penyakit menular dan tidak menular
5. Masih tingginya permasalahan kesehatan akibat bencana
6. Masih rendahnya akses sanitasi dasar.
7. Belum optimalnya pemenuhan Sumber Daya Kesehatan.
8. Masih rendahnya Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
9. Masih tingginya kasus gangguan jiwa.
10. Kurang tersedianya data dan informasi yang memadai sesuai kebutuhan dan tepat waktu.
11. Belum optimalnya dukungan manajemen
12. Masih belum optimalnya mutu Unit Pelayanan Teknis Dinas UPTD).

Visi Dinas kesehatan Propinsi Sumatera Barat merujuk pada visi Gubernur dan RPJMD 2016-2021 dan visi dalam Renstra Kementerian Kesehatan. Rumusan Visi Renstra Dinas kesehatan Propinsi Sumatera Barat 2016-2021 adalah sebagai berikut:

" Menjadikan Masyarakat Sumbar Peduli Sehat, mandiri, Berkualitas dan Berkeadilan."

Misi Dinas Kesehatan Propinsi Sumatera Barat secara jelas menggambarkan visi Dinas Kesehatan yang menjadi cita-cita upaya kesehatan dan menguraikan upaya-upaya yang akan dilakukan Dinas kesehatan Propinsi Sumatera Barat. Dalam perencanaan Misi ini penting untuk memberikan kerangka dalam mencapai tujuan dan sasaran yang akan dicapai. Misi tersebut adalah :

1. Meningkatkan sumberdaya manusia yang sehat, kuat, dan bermartabat serta sadar akan arti pentingnya kesehatan.
2. Meningkatkan upaya kesehatan yang paripurna.
3. Mewujudkan Jaminan kesehatan untuk seluruh masyarakat.

Tujuan dan Sasaran

1. Tujuan

Dalam upaya mencapai visi dan misi Dinas kesehatan, dirumuskan suatu bentuk yang lebih terarah berupa tujuan dan sasaran yang strategis organisasi. Tujuan dan sasaran adalah perumusan sasaran yang selanjutnya yang akan menjadi dasar penyusunan kinerja selama lima tahun. Tujuan yang akan dicapai Dinas kesehatan adalah sebagai berikut:

- 1) Dalam mewujudkan misi ke satu yaitu “ Meningkatkan sumberdaya manusia yang sehat, kuat, dan bermartabat serta sadar akan arti pentingnya kesehatan”, maka tujuan yang ingin dicapai adalah:
 - a. Meningkatkan ketersediaan dan mutu SDM kesehatan sesuai standar
 - b. Meningkatkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di masyarakat.
- 2) Dalam mewujudkan misi kedua yaitu “Meningkatkan upaya kesehatan yang paripurna”, maka tujuan yang ingin dicapai adalah:
 - a. Meningkatkan derajat kesehatan Ibu dan Anak.
 - b. Menurunkan Prevalensi kekurangan gizi masyarakat.
 - c. Meningkatkan akses pada lingkungan yang sehat
 - d. Meningkatkan ketersediaan obat dan vaksin
 - e. Meningkatkan mutu dan pelayanan kesehatan sesuai standar.
 - f. Optimalisasi upaya pengendalian penyakit menular dan tidak menular
- 3) Dalam mewujudkan misi ketiga yaitu “Mewujudkan Jaminan kesehatan untuk seluruh masyarakat”, maka tujuan yang ingin dicapai adalah:
Meningkatkan perlindungan sosial dan jaminan kesehatan masyarakat peserta program Jaminan kesehatan Sumbar Sakato.

2. Sasaran

Sasaran adalah hasil yang diharapkan dari suatu tujuan dan menggambarkan hal-hal yang ingin dicapai, diformulasikan secara terukur, spesifik, mudah dicapai melalui tindakan-tindakan yang akan dilakukan secara operasional. Berdasarkan hal tersebut maka Dinas Kesehatan menetapkan sasaran sebagai berikut:

- 1) Dalam mewujudkan tujuan "Meningkatkan ketersediaan dan mutu SDM kesehatan sesuai standar", maka ditetapkan sasaran :
 - a. Meningkatnya jumlah, jenis, mutu dan pemerataan SDM kesehatan dengan indikator sasaran:
 - a) Jumlah tenaga kesehatan yang mendapat sertifikat pelatihan terakreditasi.
- 2) Dalam mewujudkan tujuan "Meningkatkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di masyarakat", maka ditetapkan sasaran Meningkatnya Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di masyarakat dengan indikator sasaran:
 - a. Jumlah Kebijakan Publik yang berwawasan kesehatan.
- 3) Dalam mewujudkan tujuan "Meningkatkan derajat kesehatan Ibu dan Anak", maka ditetapkan sasaran "*Meningkatnya Kesehatan Ibi dan Anak*" dengan indikator sasaran :
 - a. Persentase pe rsalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan.
 - b. Persentase kunjungan Neonatal Pertama (KN1)
- 4) Dalam mewujudkan tujuan "Meningkatkan status gizi masyarakat" maka ditetapkan sasaran " *Menurunkan prevalensi kekurangan gizi pada aanak Balita* "dengan indikator sasaran:
 - a. Prevalensi Gizi Kurang (Berat Badan/Umur)
- 5) Dalam mewujudkan tujuan "Meningkatkan akses pada lingkungan yang sehat", maka ditetapkan sasaran " *Meningkatnya pengawassan dan penyehatkan kualitas lingkungan*" dengan indikator sasaran :
 - a. Persentase sarana air minum yang dilakukan pengawasan.
 - b. Persentase R umah Sakit Propinsi yang melakukan pengelolaan limbah medis sesuai standar
 - c. Persentase Kabupaten/Kota yang menyelenggarakan tatanan kawasan sehat.
- 6) Dalam mewujudkan tujuan "Meningkatkan ketersediaan obat dan vaksin", maka ditetapkan sasaran " *Meningkatnya ketersediaan, keterjangkauan dan mutu obat dan vaksin*" dengan indikator sasaran:
 - a. Persentase ketersediaan obat dan vaksin di Puskesmas
- 7) Dalam mewujudkan tujuan "Meningkatkan mutu dan pelayanan kesehatan sesuai standar", maka ditetapkan sasaran "Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan sesuai standar dengan indikator sasaran:
 - a. Persentase Puskesmas yang terakreditasi minimal 1 per Kecamatan.
 - b. Persentase rumah Sakityang terakreditasi minimal 1 per Kabupaten/Kota
- 8) Dalam mewujudkan tujuan "Optimalisasi upaya pengendalian penyakit menular dan tidak menular", maka ditetapkan sasaran Meningkatnya Upaya Pengendalian penyakit menular dan tidak menular dengan indikator sasaran:
 - a. Persentase anak usia 0-18 bulan yang mendapat imunisasi lengkap
 - b. Jumlah Kab / Kota API $\leq 1/100.000$ penduduk
 - c. Junlah Kab/Kota dengan IR DBD < 49 per 100.000 penduduk

- d. Persentase Kab/Kota dengan angka keberhasilan pengobatan TB Paru BTA (+) (Success Rate)
 - e. Persentase angka kasus HIV yang diobati
 - f. Persentase Puskesmas menyelenggarakan pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM) terpadu.
 - g. Persentase RSUD Rujukan Regional yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Jiwa/ Psikiatri.
- 9) Dalam mewujudkan tujuan " *Meningkatkan perlindungan sosial dan jaminan kesehatan masyarakat peserta Program Jaminan Kesehatan Sumbar Sakato*", maka ditetapkan sasaran " *Meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan peserta Program Jaminan Kesehatan Sumbar Sakato*" dengan indikator :
- a. Persentase Pembiayaan *Total Coverage*

3.3 Kajian Lingkungan Hidup Strategis

Proses pembangunan berpotensi menimbulkan dampak dan/ atau risiko terhadap lingkungan hidup. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2014 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan, Pembangunan Nasional diselenggarakan berdasarkan demokrasi dengan prinsip-prinsip kebersamaan, berkeadilan, berkelanjutan, berwawasan lingkungan, serta kemandirian dengan menjaga keseimbangan kemajuan dan kesatuan Nasional. Kajian Lingkungan Hidup Strategis (KLHS) merupakan upaya untuk menjamin perencanaan pembangunan memenuhi prinsip-prinsip pembangunan keberlanjutan yang berwawasan lingkungan.

Berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri (Permendagri) Nomor 67 Tahun 2012 tentang Pedoman Pelaksanaan Kajian Lingkungan Hidup Strategis dalam Penyusunan atau Evaluasi Rencana Pembangunan Daerah, KLHS adalah serangkaian analisis yang sistematis, menyeluruh dan partisipatif. KLHS berfungsi untuk memastikan bahwa kaidah pembangunan berkelanjutan telah menjadi dasar dan terintegrasi dalam pembangunan suatu wilayah dan/atau kebijakan, rencana, dan/atau program.

KLHS menganalisis prediksi dampak rencana pembangunan terhadap lingkungan hidup untuk menyusun mitigasi dari kebijakan atau memberikan alternatif kebijakan sehingga dampak lingkungan atau risiko yang diperkirakan akan terjadi dapat diminimalisir atau dihindari sehingga pelaksanaan pembangunan tidak menimbulkan persoalan baru di masa yang akan datang dan dapat mengurangi potensi kerugian serta kehilangan manfaat pada saat kebijakan tersebut sudah diimplementasikan.

KLHS pada Renstra Dinas Kesehatan mengacu pada KLHS pada RPJMD Kota Bukittinggi Tahun 2016 – 2021. Pada KLHS tingkat Kota sudah dilakukan penyusunan daftar panjang isu-isu lingkungan, isu sosial budaya dan isu-isu ekonomi di Kota Bukittinggi, dilakukan diskusi dan Focus Group Discussion (FGD) dengan SKPD dan Pemangku Kepentingan (Stakeholders) yang dilaksanakan pada Kamis 10 Maret 2016.

Berdasarkan hasil FGD tersebut, terdapat 14 daftar panjang isu lingkungan hidup strategis yang dikelompokkan dalam 6 tema :

1. Sumber Daya Air
2. Persampahan
3. Alih Fungsi Lahan
4. Sarana dan Prasanara Transportasi
5. Sosial Kemasyarakatan
6. Kesehatan Masyarakat

Kesehatan masyarakat termasuk dalam 6 tema isu lingkungan hidup strategis yaitu berkaitan dengan peningkatan kasus penyakit. Adapun isu untuk tema kesehatan masyarakat adalah :

1. Peningkatan kejadian DBD
2. Peningkatan Angka kematian bayi
3. Pelayanan kesehatan, praktek dokter misalnya, menumpuk pada satu titik.

Isu Pembangunan Berkelanjutan Tema Kesehatan Masyarakat

Isu pembangunan berkelanjutan tema kesehatan masyarakat adalah :

NO	URAIAN	PENJELASAN
1	Tema Isu-isu Pembangunan Berkelanjutan	Kesehatan masyarakat
2	Gambaran Singkat	Pada tahun 2015 berdasarkan SLHD Provinsi Sumatera Barat, sekitar 51.216 orang penderita penyakit berbasis lingkungan (ISPA, Diare dan Penyakit Kulit) di Kota Bukittinggi. Peningkatan jumlah penderita penyakit berbasis lingkungan tersebut diantaranya disebabkan oleh polusi kabut asap akibat kebakaran hutan dan lahan yang menyebabkan penyakit ISPA dan pencemaran badan air penerima sehingga air minum dan air bersih masyarakat menjadi tercemar yang menyebabkan penyakit diare dan penyakit kulit.
3	Tujuan (Target dan Indikator)	Terlaksananya lima pilar Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM). STBM adalah pendekatan untuk mengubah perilaku higienis dan saniter melalui pemberdayaan masyarakat dengan cara pemucuan yang bertujuan untuk memutus mata rantai penularan penyakit dan keracunan. Berdasarkan Permenkes No. 3 tahun 2014 tentang STBM, 5 Pilar STBM yaitu: <ol style="list-style-type: none"> 1. Stop Buang Air Besar Sembarangan 2. Cuci Tangan Pakai Sabun 3. Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga 4. Pengamanan Sampah Rumah Tangga 5. Pengamanan Limbah Cair Rumah Tangga
4	Isu-Isu Penting Terkait yang Perlu Didiskusikan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penurunan kualitas air 2. Peningkatan penderita penyakit berbasis lingkungan
5	Data dan Informasi yang Diperlukan untuk Analisis Baseline	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data sumber air bersih 2. Data penderita penyakit berbasis lingkungan
6	Pemangku Kepentingan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kantor Lingkungan Hidup 2. Dinas Kesehatan

Tahap Identifikasi dan Analisis Data

IPM Kota Bukittinggi pada tahun 2014 menduduki peringkat 2 di Provinsi Sumatera Barat. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa capaian pembangunan manusia berbasis sejumlah komponen dasar kualitas hidup telah cukup baik dan berhasil.

Perkembangan kasus baru HIV/AIDS sejak tahun 2012 sampai dengan 2014 (Agustus 2014) meningkat yang cukup tajam, yaitu dari 33 kasus baru tahun 2012 meningkat menjadi 40 kasus baru pada tahun 2013. Semakin meningkat pada Agustus 2014 (72 kasus). Perkembangan kasus yang loss kontak juga menunjukkan peningkatan, yaitu dari tahun 2012 sebanyak 3 kasus meningkat menjadi 5 kasus (tahun 2013), dan mengalami peningkatan yang cukup tajam pada tahun 2014. Persentase kumulatif HIV/AIDS (2007-2013) yang berasal dari kelompok umur 25-49 tahun cenderung lebih besar yaitu sebesar 58,15% laki-laki dan 55,93% perempuan. Dari data ini tergambar kecenderungan penularan terjadi pada kelompok usia produktif, bahkan dari kelompok usia remaja persentasenya cukup besar (Media, 2014).

Latar belakang peningkatan kasus HIV/AIDS di Kota Bukittinggi adalah perilaku, lingkungan dan akses negatif dari internet. Ditinjau faktor perilaku, perilaku seks bebas khususnya pada kelompok homoseksual merupakan faktor risiko terbanyak, yaitu 32,43% dan diikuti risiko penularan dari heteroseksual sebanyak 25,6%.

Rekomendasi Kegiatan untuk Program kemitraan peningkatan pelayanan

Kesehatan

1. Strategi pemanfaatan ruang yang berpedoman pada RTRW
2. Penetapan dan sosialisasi RTRW
3. Penataan untuk pengelola
4. Mengajukan pengawasan dan pengendalian bangunan
5. Menyusun perda RTRW
6. Pengawasan yang ketat pada pengembangan
7. Keseimbangan dalam pemanfaatan ruang kawasan pertanian , perkantoran , dll.

3.4 Identifikasi Permasalahan Pelayanan Dinas Kesehatan

Berdasarkan gambaran pelayanan Dinas Kesehatan pada Bab II, Kajian terhadap Visi Misi Walikota terpilih, Kajian terhadap Renstra Kementerian, maka berikut adalah permasalahan-permasalahan pelayanan beserta faktor-faktor yang mempengaruhinya. Identifikasi permasalahan didasarkan pada hasil analisa kondisi internal maupun eksternal dan disajikan pada tabel 3.4

Tabel 3.4
Identifikasi Permasalahan Berdasarkan Tugas dan Fungsi SKPD

Aspek Kajian	Capaian/Kondisi Saat ini	Standar yang Digunakan	Faktor yang Mempengaruhi		Permasalahan Pelayanan SKPD
			INTERNAL (KEWENANGAN SKPD)	EKSTERNAL (DILUAR KEWENANGAN SKPD)	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Analisis pelayanan Dinas Kesehatan	1. Masih tingginya angka kematian ibu 2. Masih tingginya angka kematian bayi dan anak	MDGs	1. Kompetensi tenaga kesehatan yang belum memadai 2. Koordinasi antara Puskesmas dengan Rumah Sakit yang belum maksimal 3. Koordinasi lintas program yang belum optimal	1. Rendahnya kesadaran masyarakat untuk pemeriksaan kehamilan K1 dan K4, kesehatan ibu dan anak. 2. Dukungan lintas sektor yang masih kurang	1. Mutu pelayanan kesehatan yang belum sesuai standar 2. Adanya penyakit penyerta 3. Kurangnya upaya promosi tentang kesehatan ibu dan anak 4. Kota Bukittinggi belum memiliki Rumah Sakit milik Pemerintah Kota
	3. Masih tingginya angka anak sekolah dengan status gizi pendek	Target Nasional (Kemenkes)	1. Kompetensi tenaga gizi yang belum memadai 2. Pembiayaan gizi yang belum maksimal 3. Belum adanya regulasi tentang kesehatan anak	1. Rendahnya kesadaran masyarakat untuk memberikan ASI eksklusif 2. Rendahnya pengetahuan masyarakat tentang pemberian makanan pada anak. 3. Rendahnya status ekonomi masyarakat 4. Ketersediaan pangan tingkat rumah tangga yang terbatas	1. Mutu pelayanan kesehatan yang belum sesuai standar 2. Peningkatan kasus Penyakit infeksi 3. Kurangnya promosi gizi kepada keluarga
	4. Masih tingginya penyakit menular dan tidak	MDGs	1. Kompetensi SDM pengelola program yang belum	1. Mobilisasi penduduk dan kunjungan wisata dalam dan luar negeri	1. Mutu pelayanan kesehatan yang belum sesuai

Aspek Kajian	Capaian/Kondisi Saat ini	Standar yang Digunakan	Faktor yang Mempengaruhi		Permasalahan Pelayanan SKPD
			INTERNAL (KEWENANGAN SKPD)	EKSTERNAL (DILUAR KEWENANGAN SKPD)	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	menular (Tuberkulosis, HIV AIDS, DBD)		memadai 2. Sistem rujukan yang belum optimal 3. Sarana dan prasarana program yang masih kurang 4. Belum didukung oleh Regulasi	2. Perubahan iklim 3. Resistensi agen penyakit 4. Perubahan pola hidup masyarakat 5. Sanitasi Lingkungan yang tidak sehat 6. Rendahnya dukungan lintas sektor 7. Tingkat pengetahuan masyarakat yang masih rendah tentang penyakit 8. Rendahnya kesadaran masyarakat untuk imunisasi	standar 2. Upaya promosi kesehatan yang belum optimal tentang penyakit menular, tidak menular dan imunisasi 3. Distribusi petugas yang belum merata 4. Program penanggulangan penyakit yang belum terintegrasi dengan lintas program
	5. Masih rendahnya akses sanitasi dasar	Renstra 2010 - 2015	1. SDM Kesehatan lingkungan yang belum memadai 2. Fasilitas / sarana air bersih Kota yang belum memadai 3. Koordinasi lintas program yang belum terpadu 4. Belum didukung oleh Regulasi	1. Rendahnya kesadaran masyarakat untuk upaya penyehatan lingkungan 2. Sarana pengelolaan sampah dan limbah yang memadai 3. Koordinasi pengelolaan lingkungan belum terpadu 4. Pemberdayaan masyarakat yang masih kurang	1. Kekurangan tenaga kesehatan lingkungan 2. Koordinasi lintas program dan lintas sektor yang belum optimal 3. Regulasi pendukung belum tersedia
	6. Masih rendahnya Perilaku Hidup Bersih dan Sehat	Renstra 2010 - 2015	1. Kompetensi SDM belum memadai 2. Sarana dan prasarana	1. Belum adanya kebijakan berwawasan kesehatan 2. Upaya promosi	1. Mutu pelayanan kesehatan yang belum sesuai

Aspek Kajian	Capaian/Kondisi Saat ini	Standar yang Digunakan	Faktor yang Mempengaruhi		Permasalahan Pelayanan SKPD
			INTERNAL (KEWENANGAN SKPD)	EKSTERNAL (DILUAR KEWENANGAN SKPD)	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	(PHBS) dan masih rendahnya peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan		<p>belum memadai</p> <p>3. Regulasi masih kurang</p> <p>4. Penggalangan kemitraan dan advokasi belum maksimal</p>	<p>yang belum maksimal</p> <p>3. Rendahnya kesadaran masyarakat</p> <p>4. Rendahnya dukungan lintas sektor</p> <p>5. Belum adanya dukungan dari lembaga lain</p>	<p>standar</p> <p>2. Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat belum optimal</p>

3.5 Penentuan Isu-isu Strategis

Berdasarkan pada gambaran pelayanan Dinas Kesehatan ; visi, misi, dan program Walikota dan Wakil Walikota Terpilih, sasaran jangka menengah pada Renstra Dinas Kesehatan Propinsi Sumatera Barat, implikasi RTRW bagi pelayanan SKPD ; dan identifikasi masalah tersebut diatas, selanjutnya diidentifikasi isu strategis sebagai berikut:

1. Peningkatan Angka Kematian ibu, Angka Kematian Bayi dan Anak
2. Tingginya angka anak sekolah dengan status gizi pendek (stunting)
3. Peningkatan kasus penyakit menular yaitu Tuberculosis, HIV AIDS, Demam Berdarah Dengue (DBD).
4. Peningkatan kasus Penyakit Tidak Menular (PTM)
5. Rendahnya akses sanitasi dasar
6. Mutu pelayanan kesehatan yang belum sesuai standar
7. Masih rendahnya peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan
8. Masih rendahnya Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dan masih rendahnya peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan
9. Ketersediaan Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bukittinggi

BAB IV

VISI, MISI, TUJUAN, DAN SASARAN, STRATEGI DAN KEBIJAKAN

4.1 Visi dan Misi Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi

Sebagaimana telah dijelaskan sebelumnya, Dinas Kesehatan harus memberikan kontribusi yang signifikan bagi keberhasilan pelaksanaan RPJMD Kota Bukittinggi 2016-2021 dan RKPD, melalui penyusunan rencana pembangunan daerah (RPJMD, RKPD) yang berkualitas dan pelaksanaan tugas-tugas lainnya dari Walikota. Kualitas rencana pembangunan tersebut dilihat dari: 1) adanya tujuan, target, dan sasaran yang jelas dan terukur; 2) adanya integrasi, sinkronisasi dan sinergi antar-daerah, antar-ruang, antar-waktu, dan antar-fungsi pemerintah, maupun antara pusat dan daerah; 3) adanya keterkaitan dan konsistensi antara perencanaan, penganggaran, pelaksanaan dan pengawasan; serta 4) integrasi (keterkaitan) dan konsistensi antara pencapaian tujuan pembangunan daerah (RPJMD dan RKPD) dengan tujuan pembangunan yang dilaksanakan oleh masing-masing fungsi pemerintahan baik di tingkat pusat (Renstra/Renja Kementerian/Lembaga) maupun daerah (RPJMD/RKPD/ Renstra SKPD). Sedangkan keberhasilan pelaksanaan tugas-tugas lainnya dari Walikota dilihat dari sejauh mana tugas-tugas tersebut dimanfaatkan oleh Walikota. Apabila keseluruhan hal tersebut dapat terpenuhi, maka berarti Dinas Kesehatan telah mampu berperan dalam mendukung pencapaian, target, sasaran, misi dan visi RPJMD 2016-2021.

Apabila keseluruhan hal tersebut dapat terpenuhi, maka Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi telah mampu berperan dalam mendukung pencapaian, target, sasaran, misi dan visi RPJMD 2016-2021 dimana secara tidak langsung juga turut mendukung pencapaian Visi dan Misi Walikota dan Wakil Walikota Kota Bukittinggi. Oleh karena itu, dirumuskan Visi Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi yaitu :

“ Mewujudkan Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas Untuk Menciptakan Masyarakat Kota Bukittinggi Sehat, Mandiri dan Berkeadilan ”

Penjelasan Visi:

Pembangunan kesehatan harus melibatkan seluruh sektor terkait yang dilaksanakan secara akuntabel serta diarahkan untuk menyelesaikan permasalahan kesehatan. Sejalan dengan itu, maka pengertian kata sehat, mandiri, berkualitas dan berkeadilan adalah:

1. **Berkualitas** adalah pelayanan kesehatan yang diperoleh masyarakat diberikan secara profesional sesuai dengan standar akreditasi pelayanan kesehatan.
2. **Sehat** adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

3. **Mandiri** adalah potensi yang dimiliki masyarakat untuk mampu memecahkan masalah-masalah kesehatan yang dihadapi, dan sanggup memenuhi kebutuhannya dengan tidak menggantungkan hidup mereka pada bantuan pihak luar, baik pemerintah maupun organisasi-organisasi non-pemerintah.
4. **Berkeadilan** adalah seluruh masyarakat dapat memperoleh akses pelayanan kesehatan tanpa membedakan status sosial dan ekonomi.

Untuk mewujudkan visi tersebut di atas, diperlukan tindakan nyata dalam bentuk 3 (tiga) misi sesuai dengan peran-peran Dinas Kesehatan, adalah sebagai berikut:

1. Mewujudkan pelayanan kesehatan yang paripurna, merata, bermutu dan terjangkau
2. Mewujudkan penurunan angka kesakitan penyakit menular, penyakit tidak menular dan penyehatan lingkungan.

Penjelasan Misi:

Misi merupakan langkah utama sesuai dengan tugas pokok dan fungsi Dinas Kesehatan. Karena itu, ada 2 (dua) Misi atau langkah utama yang kesemuanya dimaksudkan untuk mencapai Visi Dinas Kesehatan. Sebagai sebuah lembaga pemerintahan yang memegang fungsi dan peran penting dalam pembangunan kesehatan di Kota Bukittinggi, Dinas Kesehatan harus mampu memberikan pelayanan kesehatan yang paripurna, merata, bermutu dan terjangkau, menyediakan pembiayaan kesehatan yang menyeluruh dan menjadi sebuah SKPD yang terkelola dengan baik. Baik dari sisi pemberdayaan sumber daya internal dan pemanfaatan fasilitas dan kewenangan untuk mencapai tujuan yang diinginkan.

Oleh karena itu misi pertama dan kedua menggambarkan pewujudan pelaksanaan masing-masing bidang di Dinas Kesehatan. Selain pewujudan pelayanan kesehatan yang paripurna, Dinas Kesehatan juga harus mampu melakukan program dan kegiatan yang tepat sasaran sehingga tujuan pembangunan dalam RPJMD dapat tercapai.

4.2 Tujuan dan Sasaran Jangka Menengah Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi

4.2.1 Tujuan

Untuk mewujudkan Visi dan melaksanakan Misi di atas, Dinas Kesehatan menetapkan tujuan yang akan dicapai dalam 5 (lima) tahun ke depan yaitu Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat.

4.2.2 Sasaran

Untuk memastikan pencapaian tujuan yang diharapkan seperti diatas berkualitas, maka sasaran Jangka Menengah Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi dijabarkan sebagai berikut:

1. Meningkatnya kualitas layanan kesehatan, status kesehatan dan gizi masyarakat
Diukur dengan indikator :
 - 1) Angka Harapan Hidup
 - 2) Angka Kematian Bayi
 - 3) Angka Kematian Ibu
 - 4) Prevalensi Stunting pada balita
2. Meningkatnya pemerataan dan mutu pelayanan kesehatan serta sumber daya kesehatan
Diukur dengan indikator :
 - 1) Persentase masyarakat yang memiliki jaminan Kesehatan
 - 2) Persentase Puskesmas yang terakreditasi
3. Meningkatnya pengendalian penyakit menular dan tidak menular serta penyehatan lingkungan
Diukur dengan indikator :
 - 1) Cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit DBD
 - 2) Cakupan Kelurahan Universal Child Immunization (UCI)
 - 3) Cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit TBC BTA
 - 4) Persentase kasus baru HIV (Persen)
4. Meningkatnya kualitas pengelolaan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP)
Diukur dengan indikator : Nilai SAKIP Dinas Kesehatan

Berikut rumusan rangkaian pernyataan tujuan dan sasaran jangka menengah SKPD sebagaimana dihasilkan pada tahapan Perumusan Tujuan dan Sasaran Pelayanan Jangka Menengah Dinas Kesehatan, disajikan dalam tabel 4.1.

Tabel 4.1
Tujuan dan Sasaran Jangka Menengah Pelayanan Dinas Kesehatan

NO.	TUJUAN	SASARAN	INDIKATOR KINERJA	TARGET KINERJA PADA TAHUN KE-				
				1	2	3	4	5
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
1	Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat	1. Meningkatnya kualitas layanan kesehatan, status kesehatan dan gizi masyarakat	1. Angka Harapan Hidup 2. Angka Kematian Bayi 3. Angka Kematian Ibu 4. Prevalensi Stunting pada balita	72,36 22 4 32	72,56 20 3 30	72,76 18 2 28	72,96 16 1 25	73,14 14 0 20
		2. Meningkatnya pemerataan	1. Persentase masyarakat yang memiliki Jaminan	81	87	93	94	100

NO.	TUJUAN	SASARAN	INDIKATOR KINERJA	TARGET KINERJA PADA TAHUN KE-				
				1	2	3	4	5
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
		dan mutu pelayanan kesehatan serta sumber daya kesehatan	2. Kesehatan Puskesmas yang terakreditasi	30	70	100	100	100
		3. Meningkatnya pengendalian penyakit menular dan penyakit tidak menular serta penyehatan lingkungan	1) Cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit DBD	97	95	90	80	75
			2) Cakupan Kelurahan Universal Child Immunization (UCI)	91	91,0	95,0	95,0	100
			3) Cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit TBC BTA	80	81	81	87	90
			4) Persentase kasus baru HIV	1	1	1	1	1
2	Meningkatkan kualitas manajemen penyelenggaraan reformasi birokrasi Dinas Kesehatan	Meningkatnya kualitas pengelolaan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP)	Nilai SAKIP Dinas Kesehatan	C	CC	B	BB	A

4.3 Indikator Kinerja Utama (IKU)

Dalam rangka pengukuran dan peningkatan kinerja Dinas Kesehatan serta lebih meningkatkan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, maka ditetapkan Indikator Kinerja Utama (IKU). IKU adalah ukuran keberhasilan dari suatu tujuan dan sasaran strategis organisasi. Dari beberapa indikator yang ada pada sasaran, ditetapkan 5 (lima) Indikator Kinerja Utama Dinas Kesehatan yaitu :

NO.	INDIKATOR KINERJA	TARGET KINERJA PADA TAHUN KE-				
		1	2	3	4	5
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	Angka Harapan Hidup	72,36	72,56	72,76	72,96	73,14
2	Angka Kematian Bayi	22	20	18	16	14
3	Angka Kematian Ibu	4	3	2	1	0
4	Persentase masyarakat yang memiliki Jaminan Kesehatan	81	87	93	94	95
5	Persentase Puskesmas yang terakreditasi	30	70	100	100	100

4.4 Strategi dan Kebijakan Dinas Kesehatan

Setelah visi, misi dan sasaran disusun, langkah selanjutnya adalah merumuskan strategi dan kebijakan program pembangunan kesehatan. Sasaran dan kebijakan disusun mengacu kepada RPJMD Kota Bukittinggi. Sasaran dan kebijakan ini menjadi dasar dalam menyusun perencanaan program dan kegiatan.

4.3.1 Strategi

Strategi yang difokuskan dalam pembangunan kesehatan adalah :

1. Akselerasi penenuhan akses pelayanan kesehatan ibu, anak, remaja dan lanjut usia yang berkualitas
2. Mempercepat perbaikan gizi masyarakat
3. Meningkatkan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat
4. Meningkatkan Ketersediaan, Keterjangkauan, Pemerataan, dan Kualitas Farmasi dan Alat Kesehatan
5. Meningkatkan Akses Pelayanan Kesehatan Dasar dan rujukan yang Berkualitas
6. Pembangunan Rumah Sakit Milik Daerah
7. Meningkatkan pengendalian penyakit menular
8. Meningkatkan pengendalian penyakit tidak menular
9. Meningkatkan upaya penyehatan lingkungan
10. Meningkatkan kepesertaan Jaminan Kesehatan
11. Meningkatkan tata kelola pemerintahan yang baik dan bersih

4.3.2 Kebijakan

Kebijakan Dinas Kesehatan dalam lima tahun mendatang, sebagaimana dihasilkan pada tahapan perumusan Strategi disajikan dalam tabel 4.2.

Tabel 4.2.

Tujuan, Sasaran, Strategi, dan Kebijakan

VISI : Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas Untuk Mewujudkan Masyarakat Kota Bukittinggi Sehat, Mandiri dan Berkeadilan			
MISI I : (1). Mewujudkan pelayanan kesehatan yang paripurna, merata, bermutu dan terjangkau (2). Mewujudkan penurunan angka kesakitan penyakit menular dan penyakit tidak menular (3). Mewujudkan tersedianya pembiayaan jaminan kesehatan yang menyeluruh			
Tujuan	Sasaran	Strategi	Kebijakan
Tujuan 1 Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat	1. Meningkatnya kualitas layanan kesehatan, status kesehatan dan gizi masyarakat	1. Akselerasi pemenuhan akses pelayanan kesehatan ibu, anak, remaja dan lanjut usia yang berkualitas 2. Mempercepat perbaikan gizi masyarakat	1. Mengupayakan keselamatan ibu dari proses kehamilan sampai persalinan. 2. Meningkatkan derajat kesehatan bayi, Anak Balita, remaja dan lanjut usia. 3. Menurunkan permasalahan gizi kurang dan gizi lebih.
	2. Meningkatnya pemerataan dan mutu pelayanan kesehatan serta sumber daya kesehatan	1. Meningkatkan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat 2. Meningkatkan Ketersediaan, Keterjangkauan, Pemerataan, dan Kualitas Farmasi dan Alat Kesehatan 3. Meningkatkan Akses Pelayanan Kesehatan Dasar dan rujukan yang Berkualitas 4. Meningkatkan kepesertaan Jaminan Kesehatan 5. Pembangunan Rumah Sakit Milik Daerah	1. Meningkatkan kemandirian masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat 2. Memenuhi kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan. 3. Memenuhi kebutuhan sarana dan prasarana Puskesmas 4. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan 5. Meningkatkan kompetensi SDM kesehatan. 6. Meningkatkan anggaran untuk kepesertaan Jaminan Kesehatan 7. Pengelolaan data kesehatan menggunakan sistem elektronik berbasis internet 8. Merencanakan pembangunan RSUD milik daerah
	3. Meningkatnya pengendalian penyakit menular dan penyakit tidak menular serta penyehatan lingkungan	1. Meningkatkan pengendalian penyakit menular 2. Meningkatkan pengendalian penyakit tidak menular 3. Meningkatkan upaya penyehatan lingkungan	1. Mengendalikan penularan penyakit menular 2. Menurunkan resiko penyakit tidak menular 3. Meningkatkan keamanan pangan terhadap resiko penyakit 4. Meningkatkan higien dan sanitasi lingkungan

BAB V

RENCANA PROGRAM DAN KEGIATAN, INDIKATOR KINERJA, KELOMPOK SASARAN, DAN PENDANAAN INDIKATIF

Pada bagian ini akan dikemukakan rencana program dan kegiatan, indikator kinerja, kelompok sasaran, dan pendanaan indikatif. Secara umum ada 21 program yang akan dilaksanakan 5 (lima) tahun kedepan, yaitu :

1. Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan masyarakat
2. Program Upaya Kesehatan Masyarakat
3. Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Lansia
4. Program Perbaikan Gizi Masyarakat
5. Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak
6. Program Pengadaan, Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit/Rumah Sakit Jiwa/Rumah Sakit Paru-Paru/Rumah Sakit Mata
7. Program Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan BLUD
8. Program Standarisasi Pelayanan Kesehatan
9. Program Obat dan Perbekalan Kesehatan
10. Program Pengawasan Obat dan Makanan
11. Program Pengawasan dan Pengendalian Kesehatan Makanan
12. Program Pengembangan Lingkungan Sehat
13. Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular
14. Program pelayanan kesehatan penduduk miskin
15. Program Kemitraan Peningkatan Pelayanan Kesehatan
16. Program Pengadaan, Peningkatan dan Perbaikan Sarana dan Prasarana Puskesmas/Puskesmas Pembantu dan Jaringannya
17. Program Pelayanan Kesehatan Rujukan
18. Program Peningkatan Sumber Daya Kesehatan
19. Program Pelayanan Administrasi Perkantoran
20. Program Peningkatan Kapasitas dan Sumber Daya Aparatur
21. Program Peningkatan Pengembangan Sistem Pelaporan Capaian Kinerja dan Keuangan
22. Program Kebijakan dan Manajemen Kesehatan
23. Program Peningkatan Sarana dan Prasarana Aparatur
24. Program Peningkatan Disiplin Aparatur

Adapun penyajiannya menggunakan tabel 5.1 berikut ini :

BAB VI

INDIKATOR KINERJA DINAS KESEHATAN YANG MENGACU PADA RPJMD

Untuk mengetahui tingkat pencapaian kinerja pelaksanaan RPJMD Tahun 2016-2021 secara terukur diperlukan penetapan indikator kinerja daerah. Penetapan indikator kinerja ini bertujuan untuk memberi gambaran tentang ukuran keberhasilan pencapaian visi dan misi kepala daerah dan wakil kepala daerah pada akhir periode masa jabatan. Hal ini ditunjukkan dari akumulasi pencapaian indikator outcome program pembangunan daerah setiap tahun atau indikator capaian yang bersifat mandiri setiap tahun sehingga kondisi kinerja yang diinginkan pada akhir periode RPJMD dapat dicapai.

Indikator kinerja adalah alat ukur spesifik secara kuantitatif dan/atau kualitatif untuk masukan, proses, keluaran, hasil, dan/atau dampak yang menggambarkan tingkat capaian kinerja suatu sasaran, program atau kegiatan. Pada bagian ini akan dikemukakan indikator kinerja SKPD yang secara langsung menunjukkan kinerja yang akan dicapai SKPD dalam lima tahun mendatang sebagai komitmen untuk mendukung pencapaian tujuan dan sasaran RPJMD

Indikator kinerja Dinas Kesehatan yang sudah terdapat dalam RPJMD Kota Bukittinggi tahun 2016 – 2021 yaitu :

1. Cakupan masyarakat yang mendapatkan pelayanan kesehatan dasar .
2. Cakupan Pelayanan Ibu Hamil sesuai standar (Antenatal)
3. Cakupan Pelayanan Ibu bersalin sesuai standar
4. Cakupan pelayanan kesehatan bayi baru lahir sesuai standar
5. Cakupan pelayanan kesehatan balita sesuai standar
6. Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan
7. Cakupan pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar (skrining)
8. Cakupan PHBS Tingkat Kota .
9. Cakupan pelayanan kesehatan pada usia lanjut sesuai standar
10. Persentase pemenuhan kebutuhan tenaga medis dan para medis di puskesmas sesuai Analisa Beban Kerja
11. Persentase bangunan Puskesmas. Pustu dan Jaringannya sesuai standar pelayanan
12. Ketersediaan RSUD Milik Pemerintah Kota Bukittinggi
13. Persentase ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan di puskesmas
14. Persentase apotek yang melaksanakan pelayanan kefarmasian sesuai standar .
15. Cakupan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan masyarakat miskin .
16. Persentase masyarakat mendapat pelayanan kesehatan rujukan pada rumah sakit .
17. Jumlah Puskesmas yang terakreditasi
18. Persentase Puskesmas yang melaksanakan pengelolaan keuangan BLUD sesuai ketentuan
19. Persentase ketersediaan data pelayanan kesehatan

20. Persentase pangan yang memenuhi syarat kesehatan
21. Persentase tempat umum yang memenuhi syarat kesehatan
22. Persentase orang dengan TB mendapatkan pelayanan TB sesuai standar
23. Persentase orang beresiko terinfeksi HIV (Ibu hamil, pasien TB, pasien IMS, Waria/ Transgender, pengguna NAPZA dan warga Binaan LP) mendapatkan pemeriksaan sesuai standar

Rincian Indikator kinerja dan target kinerja, disajikan pada tabel berikut :

N O.	ASPEK/FOKUS/BIDANG URUSAN/ INDIKATOR KINERJA PEMBANGUNAN DAERAH	KONDISI KINERJA PADA AWAL PERIODE RPJMD	TARGET CAPAIAN TAHUNAN					KONDISI KINERJA PADA AKHIR PERIODE RPJMD
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1	Cakupan masyarakat yang mendapatkan pelayanan kesehatan dasar	100	100	100	100	100	100	100
2	Cakupan Pelayanan Ibu Hamil sesuai standar (Antenatal)	91	91	100	100	100	100	100
3	Cakupan Pelayanan Ibu bersalin sesuai standar	967	97	100	100	100	100	100
4	Cakupan pelayanan kesehatan bayi baru lahir sesuai standar	89,2	90	100	100	100	100	100
5	Cakupan pelayanan kesehatan balita sesuai standar	83,6	84	100	100	100	100	100
6	Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan .	100	100	100	100	100	100	100
7	Cakupan pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar (skrining)	70,6	74	100	100	100	100	100
8	Cakupan PHBS Tingkat Kota	70	20	30	77	80	82	82
9	Cakupan pelayanan kesehatan pada usia lanjut sesuai standar	0	60	100	100	100	100	100
10	Persentase pemenuhan kebutuhan tenaga medis dan para medis di puskesmas sesuai Analisa Beban Kerja	90	100	100	100	100	100	100
11	Persentase bangunan Puskesmas. Pustu dan Jaringannya sesuai standar pelayanan	75	80	85	90	95	100	100
12	Ketersediaan RSUD Milik Pemerintah Kota Bukittinggi .	0	0	0	0	0	1	1
13	Persentase ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan di puskesmas	90	95	95	95	95	95	95
14	Persentase apotek yang melaksanakan pelayanan kefarmasian sesuai standar .	100	100	100	100	100	100	100
15	Cakupan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan masyarakat miskin .	75	80	80	90	90	90	100
16	Persentase masyarakat mendapat pelayanan kesehatan rujukan pada rumah sakit .	25	25	25	25	25	25	25
17	Jumlah Puskesmas yang terakreditasi		2	5	7	7	7	7
17	Persentase Puskesmas yang melaksanakan pengelolaan keuangan BLUD sesuai ketentuan	60	60%	60%	100	100	100	100

N O.	ASPEK/FOKUS/BIDANG URUSAN/ INDIKATOR KINERJA PEMBANGUNAN DAERAH	KONDISI KINERJA PADA AWAL PERIODE RPJMD	TARGET CAPAIAN TAHUNAN					KONDISI KINERJA PADA AKHIR PERIODE RPJMD
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
18	Persentase pangan yang memenuhi syarat kesehatan	90	90	100	100	100	100	100
19	Persentase ketersediaan data pelayanan kesehatan	90	100	100	100	100	100	100
20	Persentase tempat umum yang memenuhi syarat kesehatan	50	50	54	56	58	60	62
21	Persentase orang dengan TB mendapatkan pelayanan TB sesuai standar	100	100	100%	100%	100%	100%	100
22	Persentase orang beresiko terinfeksi HIV (Ibu hamil, pasien TB, pasien IMS, Waria/ Transgender, pengguna NAPZA dan warga Binaan LP) mendapatkan pemeriksaan sesuai standar	100	100	100%	100%	100%	100%	100

BAB VII

PENUTUP

Sebagai suatu bagian dari dokumen perencanaan yang dimiliki oleh Pemerintah Daerah, Rencana Strategis (Renstra) Dinas Kesehatan ini merupakan dokumen yang dijadikan acuan dasar bagi pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Dinas Kesehatan selama periode 2016-2021, mengikuti periode berlakunya RPJMD Kota Bukittinggi 2016-2021.

Renstra SKPD ini, memiliki kedudukan yang sangat vital dan urgen dalam pembangunan Kesehatan selama 5 (lima) tahun ke depan, memberikan arah, tujuan sasaran, strategi, kebijakan, program dan kegiatan penyelenggaraan pemerintahan sesuai dengan tugas pokok dan fungsi Dinas Kesehatan.

Renstra Dinas Kesehatan merupakan penjabaran dokumen RPJMD, selanjutnya Renstra Dinas Kesehatan dijabarkan ke dalam Rencana Kerja (Renja) Dinas Kesehatan yang merupakan rencana tahunan Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi selama periode lima tahun, 2016 - 2021 dan akan dilaksanakan secara sungguh-sungguh dan bertanggung jawab.

Renstra Dinas Kesehatan diterbitkan melalui surat keputusan Kepala Dinas Kesehatan, dan didalam pelaksanaannya, senantiasa dilakukan pengawasan dan evaluasi, sebagai wujud penyelenggaraan pemerintahan yang akuntabel, transparan dan bercirikan penyelenggaraan pemerintahan yang baik (*good governance*). Pencapaian kinerja pelayanan sebagaimana tugas pokok dan fungsi yang berkaitan dengan Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi merupakan bagian pencapaian kinerja dan pertanggungjawaban kepada Walikota dan Wakil Walikota, serta secara moral dipertanggung-jawabkan kepada seluruh masyarakat Kota Bukittinggi.

Kepala Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi

Drg. YANDRA FERRY, MM
Pembina Utama Muda/ IV.c
NIP. 19610118 199301 1001