

PROFIL PUSKESMAS PARIT TIMUR TAHUN 2022



**PEMERINTAH KABUPATEN KUBU RAYA
DINAS KESEHATAN**

PUSKESMAS PARIT TIMUR
Jl.Terminal Bengkarek Desa Bengkarek .
Kec.Sui.Ambawang

TIM PENYUSUN

Pengarah

Hasbullah, SKM

Kepala Puskesmas Parit Timur

Ketua

Puryono, A.Md Kes

Kepala Subbag Tata Usaha

Editor

Puryono, A.Md Kes

Rosita, A.md SI

Anggota

Julianti HR. S.Tr Kep

Destian Ardinata, A.Md Gz

Rosmaniah, A.Md Keb

Nursiah, A.Md Keb

Retno Wahyuni, A.Md Keb

KATA SAMBUTAN



Puji Syukur alhamdulillah kepada Allah SWT, atas berkah dan rahmadNya, sehingga Profil Kesehatan TK.Puskesmas ini dapat disusun dan diterbitkan tepat waktu. Profil Kesehatan ini merupakan salah satu media publikasi data dan informasi, yang berisi gambaran situasi dan kesehatan yang cukup komprehensif, yang dapat digunakan sebagai sarana untuk memantau dan mengevaluasi pencapaian pembangunan

kesehatan di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2022 khususnya di wilayah kerja Puskesmas serta dapat digunakan sebagai perencanaan pembangunan di bidang kesehatan pada tahun-tahun kedepannya. Diharapkan adanya Profil Kesehatan ini dapat mendukung pengambilan keputusan dalam setiap proses manajemen kesehatan baik di tingkat Kabupaten maupun tingkat kecamatan.

Akhir kata, saya sampaikan penghargaan dan terima kasih yang setinggi-tingginya atas kerja sama semua pihak yang telah memberikan kontribusi, baik secara langsung maupun tidak langsung dalam penyusunan Profil Kesehatan TK.Puskesmas ini.

Kubu Raya, 2023
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Kubu Raya

H.Marijan,S.Pd.,M.Kes
Pembina Tk.I/IV.B
Nip.19660507 198912 1 002

KATA SAMBUTAN

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga kami bisa menyelesaikan Profil Kesehatan Puskesmas Parit Timur Tahun 2022 sebagai sarana untuk melaporkan hasil kegiatan Puskesmas selama satu tahun.

Profil Kesehatan Puskesmas ini kami buat berdasarkan capaian Program-Program Puskesmas dengan tujuan untuk menyusun hasil kegiatan kami dan untuk mengevaluasi/menilai sejauh mana tingkat keberhasilan kami selama tahun yang telah berjalan, dan kami akan menggunakan sebagai pedoman untuk perencanaan kegiatan di tahun 2023. Dengan harapan di tahun yang akan datang bisa diperoleh hasil yang lebih baik dari tahun 2022.

Secara garis besar Profil Kesehatan Puskesmas Parit Timur kami susun dengan berusaha mengacu pada konsep wilayah, dalam hal ini per desa dengan melibatkan petugas penanggung jawab desa baik bidan desa maupun puskesmas pembantu dan kami mengakses data dari penanggung jawab program sebagai sarana penambahan dan sinkronisasi, sementara untuk data cakupan dari unit pelayanan kesehatan di luar puskesmas berusaha kami himpun dengan segala keterbatasan infrastruktur dan perangkat hukum yang ada..

Tidak lupa kami menyampaikan terima kasih serta rasa hormat atas segala jerih payah seluruh rekan staf Puskesmas Parit Timur, serta atas bimbingan Kepala Bidang, Kepala Seksi dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kubu Raya, dalam penyusunan Profil Puskesmas ini.

Kami menyadari bahwa walaupun sudah kami usahakan semaksimal mungkin memenuhi petunjuk dari Dinas Kesehatan namun Profil ini masih banyak kekurangan serta kelemahan, untuk itu kami berharap adanya saran dan masukan yang bersifat membangun dari semua pihak. Semoga Profil ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Parit Timur, 2023
Kepala Puskesmas
Parit Timur

Mustain Hamsah, SKM
Penata TK I / III d
Nip.19711105 199803 1 011

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. 1. Jumlah Penduduk Menurut Jenis Kelamin di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020	2
Gambar 1. 2. Piramida Penduduk Kubu Raya Tahun 2022.....	3
Gambar 1. 3. Rata-Rata Lama Sekolah Penduduk Berumur 15 Tahun ke Atas di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2015-2020.....	5
Gambar 1. 4. IPM Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020	6
Gambar 1. 5. Perbandingan IPM Nasional, Propinsi Kalimantan Barat serta Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020	6
Gambar 1. 6. Angka Harapan Hidup (AHH) Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020	7
Gambar 2. 1. Jumlah Puskesmas, Pustu dan Poskesdes di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2020	9
Gambar 2. 2. Jumlah Puskesmas Terakreditasi di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2016-2020	10
Gambar 2. 3. Jumlah Puskesmas yang melaksanakan Pelayanan Kesehatan Kerja Dasar di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2018-2020.....	12
Gambar 2. 4. Jumlah Puskesmas yang melaksanakan Upaya Kesehatan Olahraga di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2018-2020.....	13
Gambar 2. 5. Jumlah kelompok masyarakat di wilayah kerjanya Puskemas yang dilakukan pembinaan kesehatan olahraga di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2018-2020.....	13
Gambar 2. 6. Jumlah Puskesmas Yang Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Tradisional di Kabupaten Kubu Raya Pada Tahun 2014-2020.....	15
Gambar 2. 7. Jumlah Klinik Pratama dan Klinik Utama di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020	16
Gambar 2. 8. Jumlah Rumah Sakit Umum (RSU) dan Rumah Sakit Khusus (RSK) di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2015-2020.....	17
Gambar 2. 9. Persentase Posyandu Aktif di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020.....	18
Gambar 2. 10. Jumlah POSBINDU Per Wilayah Kerja Puskesmas di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2020	19

Gambar 3. 1. Jumlah Tenaga Kesehatan di Puskesmas Kabupaten Kubu Raya tahun 2018-2020	21
Gambar 3. 2. Jumlah Sumber Daya Manusia Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah	22
Gambar 3. 3. Jumlah Tenaga Medis dan Rumpun Tenaga Kesehatan di Puskesmas dan RSUD yang memiliki STR per 31 Desember 2020	23
Gambar 4. 1 Alokasi dan Realisasi Anggaran Dinas Kesehatan Tahun 2019-2020	29
Gambar 5. 1. Jumlah Kasus Kematian Ibu di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020	34
Gambar 5. 2. Cakupan K1 dan K4 Ibu Hamil di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020 ..	36
Gambar 5. 3. Cakupan imunisasi Td2+ pada Ibu Hamil di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014- 2020	38
Gambar 5. 4. Cakupan Pemberian Tabelt Tambah Darah (TTD) pada Ibu Hamil di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020	39
Gambar 5. 5. Cakupan Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020	40
Gambar 5. 6. Persentase Persalinan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020	40
Gambar 5 7. Cakupan Kunjungan Nifas (KF3) di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020.	42
Gambar 5. 8. Jumlah Kelas Ibu Hamil di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2018-2020	43
Gambar 5. 9. Cakupan Peserta KB Aktif di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020	44
Gambar 5. 10. Jumlah Kasus Kematian Bayi di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020	45
Gambar 5 11. Cakupan Kunjungan Bayi (KN1) di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020	47
Gambar 5 12. Cakupan Kunjungan Bayi (KN3) di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020	47
Gambar 5. 13. Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) 0-11 Bulan di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020	49
Gambar 5. 14. Cakupan Desa <i>Universal Child Immunization</i> (UCI) di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020.....	49
Gambar 5. 15. Cakupan Imunisasi Lanjutan Camapk dan DPT-HB-HIB (4) pada Anak BADUTA (12-24 bulan) di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020	50
Gambar 5. 16. Cakupan Imunisasi BIAS pada anak Sekolah Dasar di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2019.....	51
Gambar 5. 17. Persentase Setiap Anak pada Usia Pendidikan Dasar mendapatkan Skrining Kesehatan sesuai Standar di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2018-2020	52

Gambar 5. 18. Persentase <i>Underweight</i> (Berat Badan Kurang dan Sangat Kurang) pada Balita 0-59 Bulan di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020	53
Gambar 5. 19 Prevalensi <i>Wasting</i> (Gizi Kurang/kurus dan Gizi Buruk/sangat kurus) pada Balita 0-59 Bulan di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020	54
Gambar 5. 20. Persentase Balita Sangat Pendek dan Pendek (<i>Stunting</i>) Usia 0-59 Bulan di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020	55
Gambar 5. 21. Persentase Bayi Baru Lahir yang mendapatkan IMD di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2016-2020	56
Gambar 5. 22. Persentase Bayi Usia kurang dari 6 bulan mendapatkan ASI Eksklusif di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2016-2020	57
Gambar 5. 23. Persentase rata-rata balita umur 6-59 bulan yang ditimbang di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020	58
Gambar 5. 24. Cakupan pemberian Kapsul Vitamin A pada bayi usia 6–11 bulan di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020	59
Gambar 5. 25. Cakupan pemberian Kapsul Vitamin A pada pada anak balita 12-59 bulan di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020	59
Gambar 5. 26. Cakupan pemberian Kapsul Vitamin A pada Balita (6-59 Bulan) di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020	60
Gambar 5. 27. Cakupan Pemberian Vitamin A Pada Ibu Nifas di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020	60
Gambar 5. 28. Cakupan Pemberian TTD pada Remaja Putri di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2018-2020	61
Gambar 5. 29. Cakupan Ibu Hamil KEK mendapatkan PMT di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2017-2020	62
Gambar 5. 30. Cakupan Balita Kurus mendapatkan PMT di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020	63
 Gambar 6. 1. Jumlah Penemuan Kasus TB+ di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020	65
Gambar 6. 2. <i>Case Detection Rate</i> (CDR) di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020	66
Gambar 6. 3. <i>Case Notification Rate</i> (CNR) TB Per 100.000 Penduduk di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020	67
Gambar 6. 4. Angka Keberhasilan Pengobatan Tuberkulosis+ di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020	67
Gambar 6. 5. Insiden Kasus HIV-AIDS pada Kelompok Umur >15 Tahun di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020	68
Gambar 6. 6. Kasus HIV-AIDS yang dilaporkan di Kabupaten Kubu Ray Tahun 2014-2020	69

Gambar 6. 7. Cakupan Penemuan Kasus Pneumonia pada Anak Balita di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020	70
Gambar 6. 8. Jumlah Penemuan Kasus Pneumonia pada Anak Balita dan Ditangani di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020.....	70
Gambar 6. 9. Cakupan Kasus Diare Semua Umur yang ditemukan dan ditangani di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020.....	71
Gambar 6. 10. Jumlah Kasus Kusta Tipe PB dan MB di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2017-2020	72
Gambar 6. 11. Jumlah Kasus Tetanus Neonatorum di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020	73
Gambar 6. 12. Jumlah Kasus Suspek Campak di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020	74
Gambar 6. 13. Jumlah Kasus Difteri di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020	75
Gambar 6. 14. Cakupan Penemuan Kasus AFP yang ditemukan dan ditangani di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2015-2020.....	75
Gambar 6. 15. Jumlah Kasus Demam Berdarah di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020	77
Gambar 6. 16. Angka Bebas Jentik (ABJ) di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020	78
Gambar 6. 17. Jumlah Kasus Kronis Filariasis di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020.....	79
Gambar 6. 18. Angka Kesakitan Malaria di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020	80
Gambar 6. 19. Jumlah POSBINDU Aktif di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020.....	82
Gambar 6. 20. Persentase Pemeriksaan Deteksi Dini Kanker Leher Rahim di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2018-2020.....	83
Gambar 6. 21. Persentase Pelayanan Skrining Usia Produktif di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2017-2020.....	84
Gambar 6. 22. Persentase Penderita Hipertensi mendapatkan Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2017-2020.....	85
Gambar 6. 23. Persentase Penderita Diabetes Mellitus mendapatkan Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2017-2020	86
Gambar 6. 24. Jumlah orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2016-2020	87
Gambar 6. 25. Jumlah Puskesmas yang menyelenggarakan Upaya Kesehatan Jiwa di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020.....	88
Gambar 6. 26. Jumlah Pemeriksaan Kesehatan Jamaah Haji di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020.....	89

Gambar 7. 1. Jumlah sarana air minum yang diawasi/diperiksa kualitas air minumnya sesuai standar di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020.....	92
Gambar 7. 2. Persentase Rumah Tangga memiliki akses air minum layak dan bersih di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020.....	93
Gambar 7. 3. Jumlah desa/kelurahan yang sudah melaksanakan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020	97
Gambar 7. 4. Jumlah Desa yang sudah menerapkan Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2015-2020	97
Gambar 7. 5. Jumlah Tempat-Tempat Umum (TTU) yang memenuhi syarat kesehatan di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020.....	98
Gambar 7. 6. Jumlah Tempat Pengelolaan Makanan (TPM) yang memenuhi syarat kesehatan di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020	99
Gambar 7. 7. Persentase Rumah Tangga yang melaksanakan kebijakan PHBS di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020.....	102
Gambar 7. 8. Jumlah Desa yang melaksanakan minimal 5 (lima) tema kampanye Gerakan Masyarakat Hidup Sehat di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2020	104

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1. Luas Wilayah dan Jumlah Desa Menurut Kecamatan Kabupaten Kubu Raya	2
Tabel 1. 2. Penduduk Sasaran Program Pembangunan Kesehatan di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2020	4
Tabel 3. 1. Jumlah dokter peserta Internship di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2019-2021...	25
Tabel 3. 2. Jumlah Tenaga dengan Perjanjian Kerja BOK Puskesmas di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2020	26
Tabel 3. 3. Jumlah Kontrak Daerah di Dinas Kesehatan dan Puskesmas Kabupaten Kubu Raya Tahun 2020	27
Tabel 3 4. Jumlah tenaga Kontrak BLUD Puskesmas Kabupaten Kubu Raya Tahun 2020	28
Tabel 4. 1. Alokasi dan Realisasi Anggaran DAK Fisik dan Non Fisik Dinas Kesehatan TA.2019-2020	31
Tabel 4. 2. Perkembangan Cakupan Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020.....	32

DAFTAR ISI

TIM PENYUSUN	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR GAMBAR	iii
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR ISI	ix
BAB I DEMOGRAFI	1
1.1. LUAS WILAYAH	2
1.2. KEADAAN PENDUDUK	2
1.3. KEADAAN PENDIDIKAN	4
1.4. INDEKS PEMBANGUNAN MANUSIA (IPM).....	5
1.5. ANGKA HARAPAN HIDUP	7
BAB II FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN DAN UKBM	8
2.1. PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT	8
2.2. KLINIK.....	16
2.3. LABORATORIUM KESEHATAN.....	16
2.4. RUMAH SAKIT	17
2.5. UPAYA KESEHATAN BERSUMBER DAYA MASYARAKAT (UKBM).....	18
BAB III SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN.....	20
3.1. JUMLAH TENAGA KESEHATAN	20
3.2. REGISTRASI TENAGA KESEHATAN	22
3.3. PENDAYAGUNAAN TENAGA KESEHATAN	24
BAB IV PEMBIAYAAN KESEHATAN.....	29
4.1. ANGGARAN DINAS KESEHATAN	29
4.2. DANA ALOKASI KHUSUS BIDANG KESEHATAN TAHUN ANGGARAN 2020	30
4.3. BELANJA JAMINAN KESEHATAN.....	31
4.4. DANA DESA	32

BAB V KESEHATAN KELUARGA.....	33
5.1. KESEHATAN IBU	33
5.2. KESEHATAN ANAK	45
5.3. GIZI	53
BAB VI PENGENDALIAN PENYAKIT	64
6.1. PENYAKIT MENULAR LANGSUNG.....	64
6.2. PENYAKIT YANG DAPAT DICEGAH DENGAN IMUNISASI (PD3I).....	73
6.3. DAMPAK KESEHATAN AKIBAT BENCANA.....	76
6.4. PENYAKIT TULAR VEKTOR DAN ZONOSIS	77
6.5. PENYAKIT TIDAK MENULAR	80
6.6. KESEHATAN JIWA DAN NAPZA	86
6.7. PELAYANAN KESEHATAN HAJI	88
BAB VII KESEHATAN LINGKUNGAN	90
7.1. PEMENUHAN KUALITAS KESEHATAN LINGKUNGAN.....	91
7.2. AIR MINUM.....	91
7.3. AKSES SANITASI LAYAK.....	94
7.4. SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT (STBM).....	94
7.5. TEMPAT-TEMPAT UMUM (TTU) YANG MEMENUHI SYARAT KESEHATAN	98
7.6. TEMPAT PENGOLAHAN MAKANAN (TPM).....	99
7.7. TATANAN KAWASAN SEHAT.....	100
7.8. PENGELOLAAN LIMBAH MEDIS.....	101
7.9. KEBIJAKAN PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT (PHBS).....	102
7.10. GERAKAN MASYARAKAT HIDUP SEHAT	103
BAB VIII PENUTUP	105
LAMPIRAN.....	106

BAB I

DEMOGRAFI

Puskesmas Parit Timur merupakan salah satu dari tiga puskesmas yang ada di Kecamatan Sungai Ambawang Kabupaten Kubu Raya. Lokasinya bertempat di Desa Bengkarek, Kecamatan Sungai Ambawang Kabupaten Kubu Raya. Dibangun pada Tahun 1986 yang merupakan pengembangan bangunan Pustu menjadi Puskesmas Parit Timur. Berdasarkan SK Bupati Kubu Raya Nomor 73 Tahun 2017, Puskesmas Parit Timur termasuk dalam kategori Wilayah Terpencil.

Wilayah kerja Puskesmas Parit Timur meliputi 5 desa dari 15 desa yang ada di kecamatan Sui.Ambawang yaitu: Desa Bengkarek, Puguk, Simpang Kanan, Pasak Piang dan Pasak. Desa Bengkarek merupakan Tempat berdirinya Puskesmas Parit Timur.

Adapun batas-batas Wilayah Kerja Puskesmas Parit Timur adalah sebagai berikut:

- Sebelah Timur berbatasan dengan Desa Madu Sari, Kecamatan Sungai Raya Kabupaten Kubu Raya
- Sebelah Barat berbatasan dengan Desa Durian, Kecamatan Sungai Ambawang Kabupaten Kubu Raya
- Sebelah Selatan berbatasan Desa Kumpai, Kecamatan Sungai Raya Kabupaten Kubu Raya
- Sebelah Utara berbatasan dengan Desa Korek, Kecamatan Sungai Ambawang Kabupaten Kubu Raya



LUAS WILAYAH

Kabupaten Kubu Raya secara administratif terdiri dari 5 desa dan 23 dusun. Deskripsi mengenai wilayah dan jumlah desa menurut kecamatan dapat dilihat pada Tabel

1.1 berikut di bawah ini:

Tabel 1. 1. Luas Wilayah dan Jumlah Desa Menurut Kecamatan Kabupaten Kubu Raya

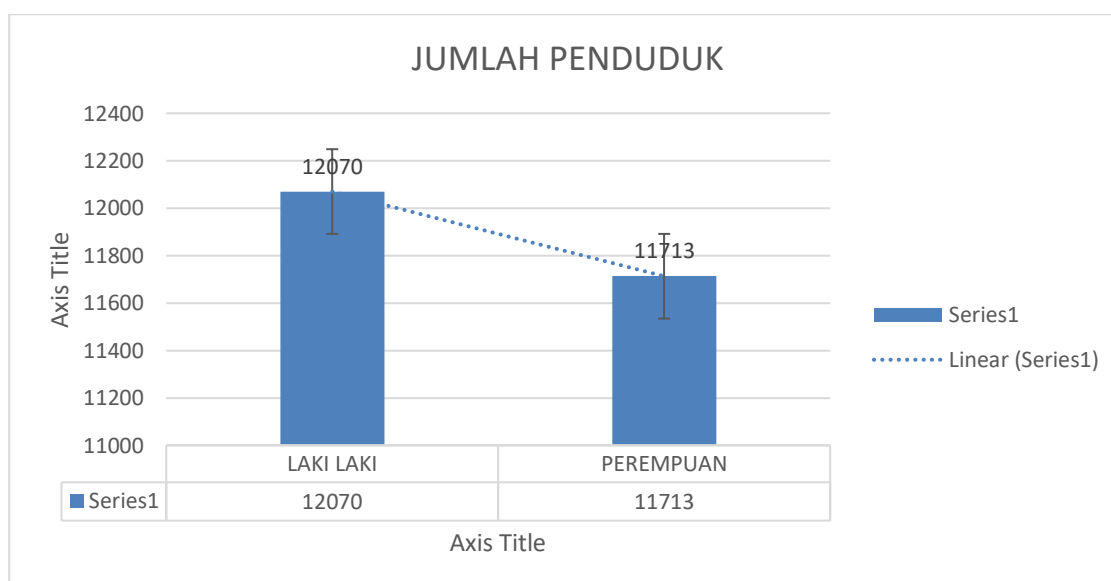
No	Desa	Dusun	Luas (Km ²)
1	Simpang Kanan	5	38,44
2	Puguk	4	47,12
3	Bengkarek	6	63,02
4	Pasak	4	23,44
5	Pasak Piang	4	69,97
5		23	241,99

Sumber : Profil Kesehatan Puskesmas Parit Timu Tahun 2022

KEADAAN PENDUDUK

Berdasarkan hasil estimasi, jumlah penduduk diwilayah kerja puskesmas parit timur pada tahun 2022 sebesar 23.783 jiwa yang terdiri atas 12.070 jiwa penduduk laki-laki dan 11.713 jiwa penduduk perempuan.

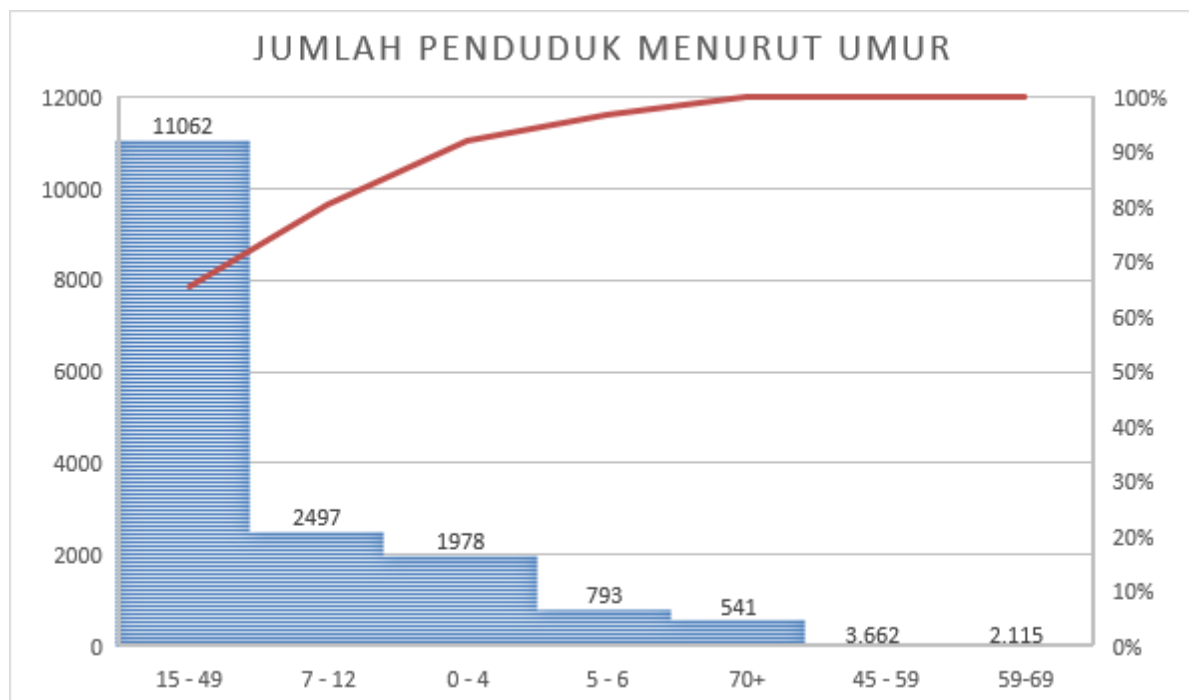
Gambar 1. 1. Jumlah Penduduk Menurut Jenis Kelamin Tahun 2022



Sumber: Profil Kesehatan puskesmas, 2022

Berdasarkan estimasi jumlah penduduk, dapat disusun sebuah piramida penduduk. Piramida penduduk merupakan gambaran yang menyajikan komposisi data kependudukan suatu wilayah atau negara (kelompok umur dan jenis kelamin) dalam bentuk grafik batang yang digambarkan berlawanan arah dengan posisi horizontal. Dalam piramida penduduk, terdapat dua sumbu, yaitu sumbu horizontal dan sumbu vertikal. Sumbu vertikal menggambarkan kelompok umur penduduk dari nol sampai dengan 75 tahun lebih dengan interval lima tahunan dengan jumlah penduduk laki-laki digambarkan di sisi sebelah kiri dan perempuan di sisi sebelah kanan. Sumbu horizontal menggambarkan jumlah penduduk. Piramida tersebut merupakan gambaran struktur penduduk yang terdiri dari struktur penduduk muda, dewasa, dan tua. Struktur penduduk ini menjadi dasar bagi kebijakan kependudukan, sosial, budaya, dan ekonomi.

Gambar 1. 2. Tabel Penduduk Tahun 2022



Tabel penduduk pada Gambar 1.2 berbentuk kerucut dengan alas yang lebar dan puncak yang meruncing. Hal ini menunjukkan bahwa struktur penduduk di Indonesia termasuk struktur penduduk muda. Usia 0-24 tahun (usia muda) lebih banyak jumlahnya dibandingkan usia di atasnya. Grafik pada usia muda lebih lebar dibandingkan bagian di atasnya membuktikan bahwa penduduk Indonesia memiliki struktur muda. Bagian atas pada piramida tersebut yang lebih pendek bahwa menunjukkan angka kematian yang masih tinggi pada penduduk usia tua.

Tabel 1.2 memperlihatkan data penduduk sasaran program pembangunan kesehatan tahun 2022 berdasarkan jenis kelamin. Data penduduk sasaran program pembangunan kesehatan diperlukan untuk penyusunan perencanaan dan evaluasi hasil pencapaian upaya kesehatan yang telah dilaksanakan.

Tabel 1. 2. Penduduk Sasaran Program Pembangunan Kesehatan di Puskesmas Parit Timur Tahun 2022

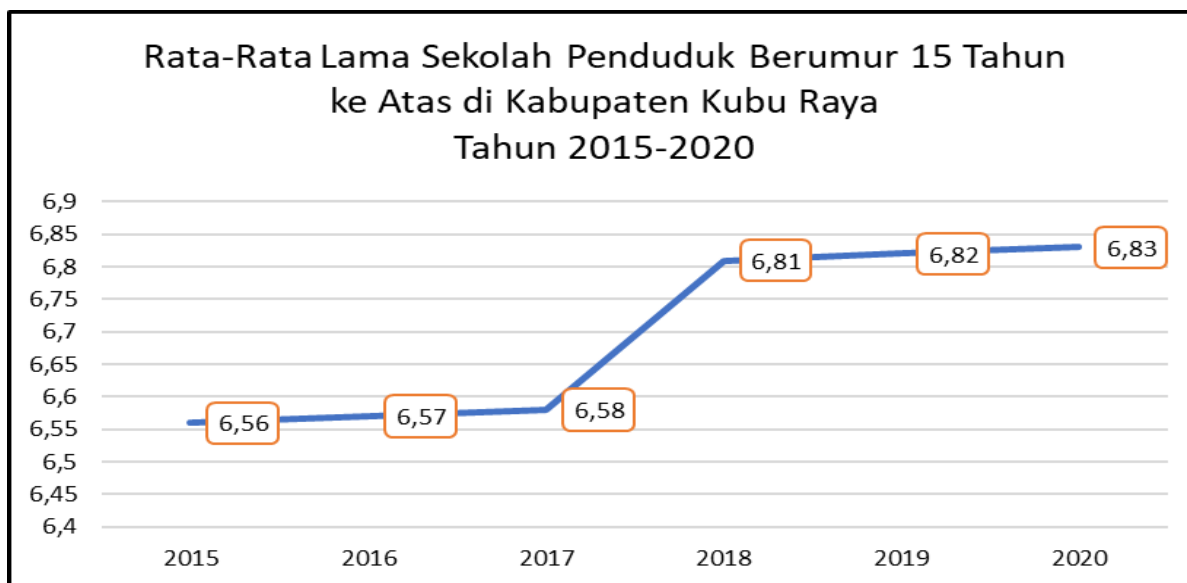
Sasaran Program	Kelompok Umur/Formula	Laki-laki	Perempuan	Jumlah
kelahiran hidup		207	200	407
Bayi	0 tahun	201	194	395
Batita (di bawah Tiga Tahun	0 - 2 tahun	603	582	1185
Anak Balita	1 - 4 tahun	802	774	1576
Balita (di bawah Lima Tahun)	0 - 4 tahun	1110	969	1806
Pra Sekolah	5 - 6 tahun	407	388	795
Kelas I SD	7 tahun	206	196	402
Usia Sekolah	7 - 12 tahun	1392	1229	2621
Wanita Usia Subur	15 - 49 tahun		6533	6533
Ibu Hamil	1,1 X LH		445	445
Ibu Bersalin	1,05 X LH		425	425
Ibu Nifas	≈ Ibu Bersalin		425	425
Ibu Menyusui	≈ Bayi		393	393

Sumber: Pusat Data dan Informasi, Dinas Kesehatan 2022

KEADAAN PENDIDIKAN

Pendidikan merupakan salah satu bentuk investasi yang menentukan masa depan bangsa di masa mendatang. Pendidikan bermutu sebagai hasil upaya tersebut akan menjadi modal menuju Sumber Daya Manusia (SDM) yang berkualitas dan berdaya saing. Pendidikan masyarakat dapat diukur dengan berbagai indikator, salah satu indikator yang secara sensitif dapat mengukur tingkat pendidikan masyarakat yaitu Rata-rata Lama Sekolah (RLS).

Gambar 1. 3. Rata-Rata Lama Sekolah Penduduk Berumur 15 Tahun ke 2022



Sumber: BPS Kubu Raya, 2020

Dari gambar 1.3 diatas, Rata-rata Lama Sekolah (RLS) penduduk berumur 15 tahun ke atas mengalami peningkatan walaupun belum memenuhi program wajib belajar 9 tahun. Peningkatan terlihat dari gambar yaitu RLS pada tahun 2015 sebesar 6,56 tahun menjadi 6,83 tahun pada tahun 2020.

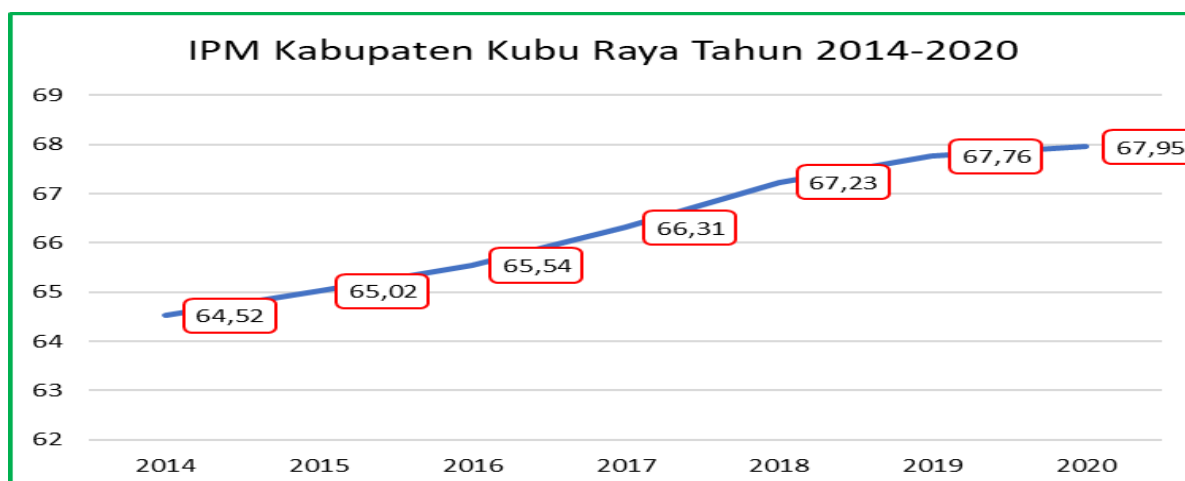
INDEKS PEMBANGUNAN MANUSIA (IPM)

Pencapaian pembangunan manusia diukur dengan memperhatikan tiga aspek esensial yaitu umur panjang dan hidup sehat, pengetahuan, dan standar hidup layak. IPM merupakan indikator yang digunakan untuk melihat perkembangan pembangunan dalam jangka panjang.

Tahun 2014 terjadi perubahan metodologi IPM. Angka Melek Huruf pada metode lama diganti dengan angka harapan lama sekolah. Produk Domestik Bruto (PDB) per kapita diganti dengan Produk Nasional Bruto (PNB) per kapita. Metode agregasi dari rata-rata aritmatik menjadi rata-rata geometrik.

Pembangunan manusia Indonesia terus mengalami peningkatan dari tahun ke tahun baik dengan metode lama dan metode baru. Secara umum, pembangunan manusia Indonesia terus mengalami kemajuan selama periode 2010 hingga 2018. Nilai IPM Indonesia telah meningkat 5,39 poin, yaitu dari 66,53 tahun 2010 menjadi 71,92 pada tahun 2019. Selama periode tersebut, IPM Indonesia rata-rata tumbuh sebesar 0,89% per tahun dan meningkat dari level “sedang” menjadi “tinggi” mulai tahun 2016. Pada Tahun 2019 IPM Indonesia naik sebesar 0,53 dari tahun sebelumnya yaitu 71,39.

Gambar 1. 4. IPM Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020



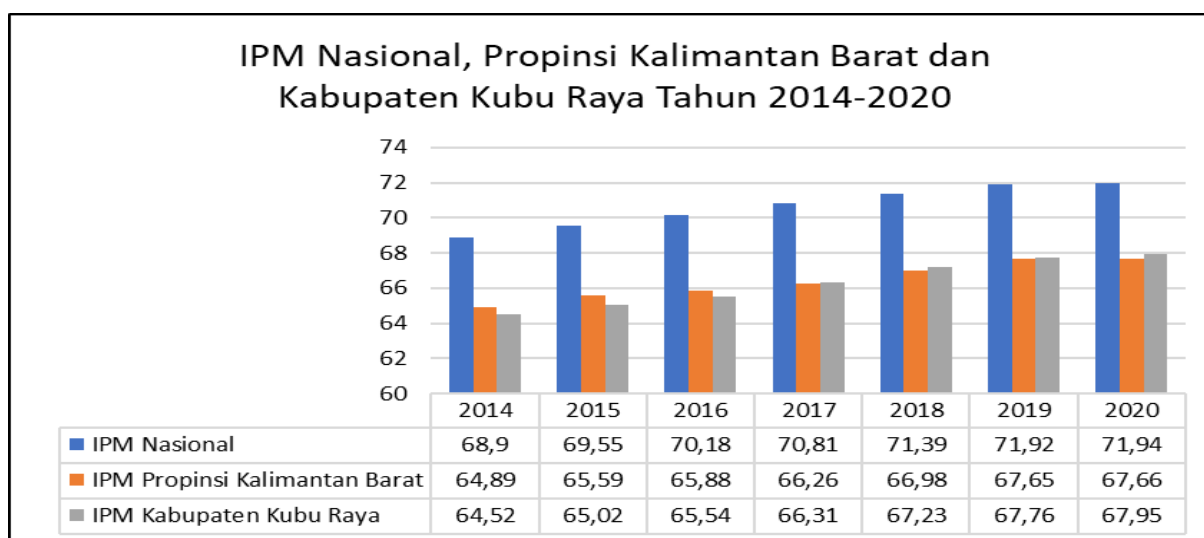
Sumber: BPS Kubu Raya, 2020

Pembangunan manusia di Kabupaten Kubu Raya terus mengalami kemajuan. Pada tahun 2020, Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Kubu Raya mencapai 67,96. Angka ini meningkat sebesar 0,19 poin atau tumbuh sebesar 0,3 persen dibandingkan tahun 2019.

Untuk melihat capaian IPM antar wilayah dapat dilihat melalui pengelompokan IPM ke dalam beberapa kategori, yaitu:

- $IPM < 60$: IPM rendah
- $60 \leq IPM < 70$: IPM sedang
- $70 \leq IPM < 80$: IPM tinggi
- ≥ 80 : IPM sangat tinggi

Gambar 1. 5. Perbandingan IPM Nasional, Propinsi Kalimantan Barat serta Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020



Sumber: BPS Kubu Raya, 2020

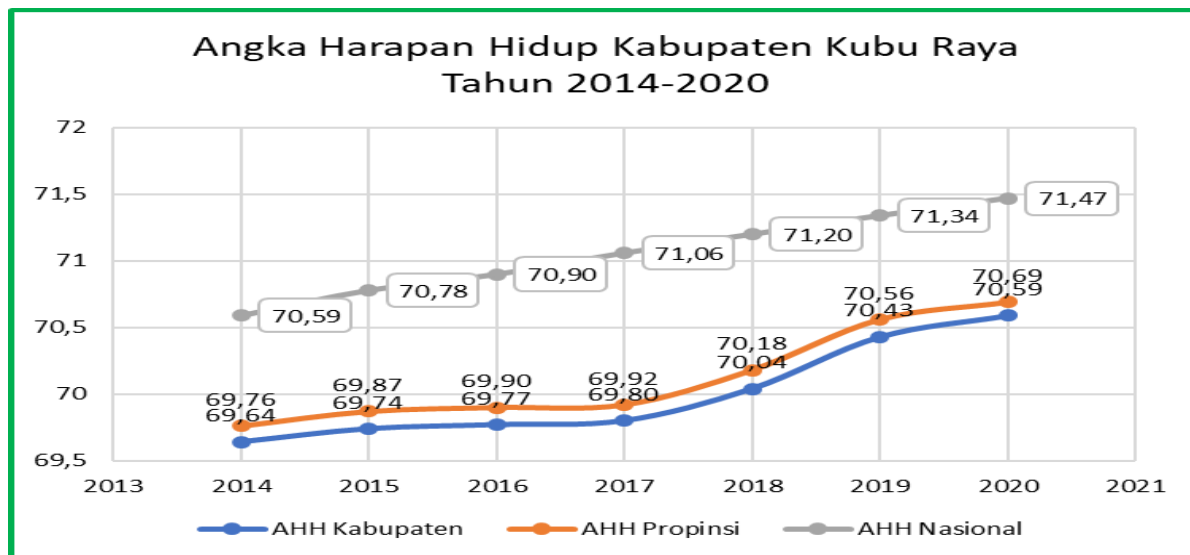
ANGKA HARAPAN HIDUP

Pembangunan kesehatan secara umum bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Derajat kesehatan merupakan salah satu ukuran kesejahteraan dan kualitas sumber daya manusia. Di Indonesia, salah satu indikator penyusun Indeks Pembangunan Manusia (IPM) dari dimensi kesehatan ialah angka harapan hidup (AHH).

Angka Harapan Hidup (AHH) merupakan rata-rata jumlah tahun hidup yang akan dijalani oleh bayi yang baru lahir pada suatu tahun tertentu. Angka Harapan Hidup merupakan alat untuk mengevaluasi kinerja pemerintah dalam meningkatkan kesejahteraan penduduk pada umumnya, dan meningkatkan derajat kesehatan pada khususnya.

AHH merepresentasikan dimensi umur panjang dan hidup sehat. Angka Harapan Hidup mengindikasikan derajat kesehatan masyarakat dan mencerminkan tingkat keberhasilan pembangunan bidang kesehatan. Tinggi rendahnya AHH mencerminkan tinggi rendahnya kualitas kesehatan masyarakat di suatu wilayah. Semakin tinggi Angka Harapan Hidup maka derajat kesehatan masyarakat semakin baik dan hal ini didukung oleh keberhasilan dalam pembangunan bidang kesehatan. Sebaliknya, pembangunan bidang kesehatan yang kurang berhasil berdampak pada rendahnya derajat kesehatan masyarakat sehingga Angka Harapan Hidup rendah.

Gambar 1. 6. Angka Harapan Hidup (AHH) Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020



Sumber: BPS Kubu Raya, 2020

Angka Harapan Hidup (AHH) Kabupaten Kubu Raya terus mengalami kemajuan. Pada tahun 2020, Angka Harapan Hidup (AHH) Kubu Raya mencapai 70,59 Tahun. Angka ini meningkat bila dibandingkan Tahun 2019 sebesar 70,43 Tahun atau tumbuh sebesar 0,2 persen.

BAB II

FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN DAN UKBM

Keberadaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat suatu negara. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menjelaskan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.

Bab ini akan membahas tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang terdiri dari FKTP/Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Puskesmas, klinik pratama, praktik dokter/dokter gigi perseorangan), FKTRL/Fasilitas Kesehatan Tingkat Rujukan Lanjut (rumah sakit umum dan rumah sakit khusus), dan bab ini juga menjelaskan data Fasilitas Kefarmasian dan Alat Kesehatan.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 65 Tahun 2013 dijelaskan bahwa Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) adalah wahana pemberdayaan masyarakat, yang dibentuk atas dasar kebutuhan masyarakat, dikelola oleh, dari, untuk dan bersama masyarakat, dengan bimbingan dari petugas Puskesmas, lintas sektor dan lembaga terkait lainnya. Proses dalam mewujudkan upaya pemberdayaan masyarakat terkait erat dengan faktor internal dan eksternal yang saling berkontribusi dan mempengaruhi secara sinergis dan dinamis. Salah satu faktor eksternal dalam proses pemberdayaan masyarakat adalah pendampingan oleh fasilitator pemberdayaan masyarakat. Peran fasilitator pada awal proses sangat aktif tetapi akan berkurang secara bertahap selama proses berjalan sampai masyarakat sudah mampu menyelenggarakan UKBM secara mandiri dan menerapkan Perilaku Hidup Sehat dan Bersih (PHBS). Salah satu UKBM yang paling aktif dan dikenal masyarakat adalah Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu), selain itu terdapat beberapa jenis UKBM diantaranya Posyandu lansia, Pos UKK (Unit Kesehatan Kerja), Polindes (Pondok Bersalin Desa), Poskestren (Pos Kesehatan Pesantren), dan Posbindu PTM (Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular).

2.1. PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas menyebutkan bahwa Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

Total jumlah Pustu/Polindes di Puskesmas Parit timur sampai dengan Desember 2022 adalah 7 Pustu/Polindes, yang terdiri dari 3 Puskesmas Pembantu (Pustu) dan 4 Polindes. Jumlah ini tidak mengalami perubahan sejak tahun 2017 hingga tahun 2022.

Gambar 2. 1. Jumlah Pustu dan Poskesdes di Puskesmas parit Timur Tahun 2022

No	Jenis Fasyankes	Tersedia
1.	Puskesmas	1
2.	Puskesmas Pembantu	3
3.	Polindes	4

1. Akreditasi Puskesmas

Akreditasi merupakan suatu pengakuan yang diberikan oleh lembaga independent penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan setelah memenuhi standar akreditasi. Akreditasi merupakan salah satu bentuk upaya peningkatan mutu fasilitas pelayanan kesehatan termasuk untuk pelayanan FKTP. Sesuai Permenkes Nomor 46 Tahun 2015, akreditasi FKTP bertujuan untuk 1) meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien, 2) meningkatkan perlindungan bagi sumber daya manusia kesehatan, masyarakat dan lingkungannya, serta Puskesmas, klinik pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi sebagai institusi, dan 3) meningkatkan kinerja Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi dalam pelayanan kesehatan perseorangan dan/atau kesehatan masyarakat. Dengan akreditasi puskesmas diharapkan dapat membangun sistem tata kelola yang lebih baik secara bertahap dan berkesinambungan melalui perbaikan tata kelola: 1) manajemen secara institusi, 2) manajemen program, 3) manajemen risiko, dan 4) manajemen mutu.

Berdasarkan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), Pasal 39 sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), Pasal 57 menyatakan bahwa dalam upaya peningkatan mutu pelayanan Puskesmas wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal tiga tahun sekali. Dan sebagai tindak lanjut, maka diterbitkan dasar hukum yang mengatur teknis pelaksanaan akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) melalui Permenkes Nomor 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.

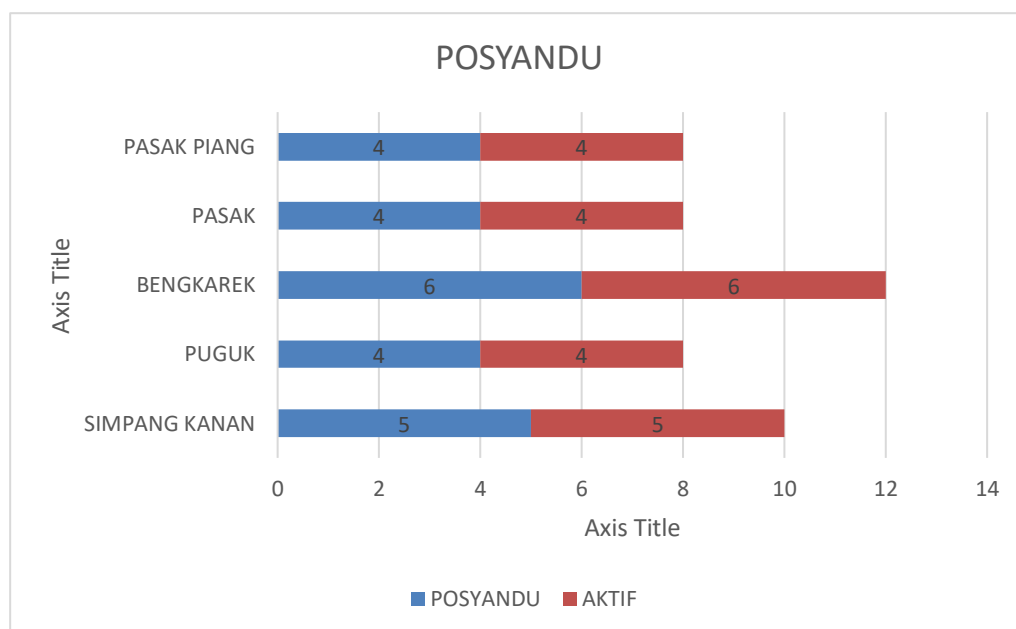
Pada tahun 2018 Puskesmas Parit Timur sudah melaksanakan akreditasi dengan predikat **MADYA**.

2.2. UPAYA KESEHATAN BERSUMBER DAYA MASYARAKAT (UKBM)

Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu) merupakan salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumber daya Masyarakat (UKBM) yang dilaksanakan oleh, dari, dan bersama masyarakat, untuk memberdayakan dan memberikan kemudahan kepada masyarakat guna memperoleh pelayanan kesehatan bagi ibu, bayi, dan anak balita.

Pada tahun 2022, terdapat 23 Posyandu di Puskesmas Parit Timur. Sebanyak 23 atau sekitar 100% posyandu diantaranya merupakan posyandu aktif. Posyandu aktif adalah posyandu yang mampu melaksanakan kegiatan utamanya secara rutin setiap bulan (KIA: ibu hamil, ibu nifas, bayi, balita, KB, imunisasi, gizi, pencegahan, dan penanggulangan diare) dengan cakupan masing-masing minimal 50% dan melakukan kegiatan tambahan.

Gambar 2. 9. Persentase Posyandu Aktif di Puskesmas Parit timur Tahun 2022

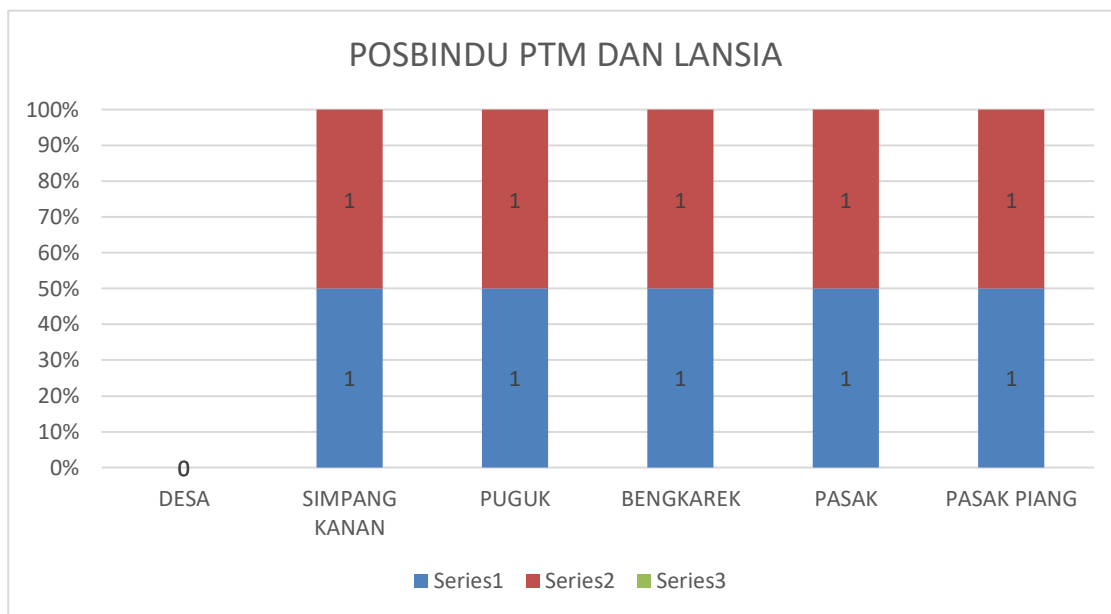


Sumber: Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, 2022

Selain Posyandu, terdapat beberapa jenis UKBM, yaitu Poskesdes (Pos Kesehatan Desa), Poskestren (Pos Kesehatan Pesantren), Posyandu Lanjut Usia (Lansia), dan Posbindu PTM (Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular). Pergeseran tipe penyakit penyebab kematian terbanyak di Indonesia dari penyakit menular menjadi penyakit tidak menular menjadikan peran Posbindu PTM menjadi sangat penting.

Pada tahun 2022 di Puskesmas Parit timur terdapat 5 Posbindu PTM. Sedangkan Posyandu LANSIA berjumlah 5, yang sebarannya dapat dilihat dari table dibawah ini :

Gambar 2. 10. Jumlah POSBINDU PTM dan POSYANDU LANSIA
Per Wilayah Kerja Puskesmas PARIT TIMUR Tahun 2022



Sumber: Program Penyakit Tidak Menular, 2022

BAB III

SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) merupakan salah satu subsistem dalam Sistem Kesehatan Nasional. Komponen ini memainkan peranan penting dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan sebagai pelaksana upaya dan pelayanan kesehatan. SDMK juga diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional yang menyebutkan bahwa sumber daya manusia kesehatan adalah tenaga kesehatan (termasuk tenaga kesehatan strategis) dan tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya dalam upaya dan manajemen kesehatan. Pembahasan mengenai SDMK pada bab ini mencakup jumlah, rasio, registrasi, jumlah lulusan, dan pendayagunaan tenaga kesehatan.

3.1. JUMLAH TENAGA KESEHATAN

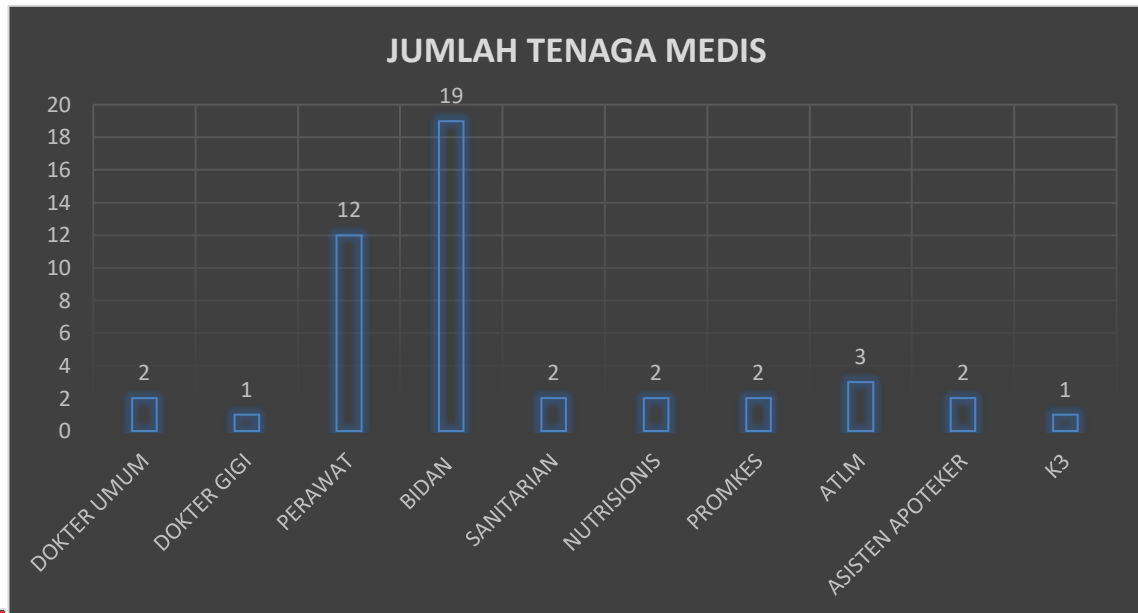
Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan (Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan). Undang-Undang mengelompokkan tenaga kesehatan menjadi beberapa rumpun dan sub rumpun yaitu tenaga medis, tenaga psikologi klinis, tenaga keperawatan, tenaga kebidanan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, tenaga gizi, tenaga keterampilan fisik, tenaga keteknisan medis, tenaga Teknik biomedika, tenaga kesehatan tradisional, dan tenaga kesehatan lain.

Puskesmas adalah fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotive dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Dengan demikian, untuk mendukung fungsi dan tujuan Puskesmas diperlukan sumber daya manusia kesehatan baik tenaga kesehatan maupun tenaga penunjang kesehatan.

Jumlah sumber Daya Manusia Kesehatan yang bertugas di puskesmas Parit timur hingga 31 Desember tahun 2022 sebesar 63 orang. Dilihat dari jumlah tenaga kesehatan terdiri dari orang tenaga medis 56 orang dan 7 orang tenaga non medis.

Gambaran tenaga kesehatan di Puskesmas Parit timur tahun 2022 dapat dilihat pada Gambar 3.1 berikut ini.

Gambar 3. 1. Jumlah Tenaga Kesehatan di Puskesmas Kabupaten Kubu Raya tahun 2022



Sumber: SDMK, 2022

3.2. REGISTRASI TENAGA KESEHATAN

Amanat Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan Pasal 44 mengatur bahwa setiap tenaga kesehatan yang menjalankan praktik wajib memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) yang berlaku selama lima tahun dan dapat diregistrasi ulang. STR diterbitkan oleh Konsil Tenaga Kesehatan setelah tenaga kesehatan yang mengajukan dianggap telah memenuhi persyaratan yang ditentukan.

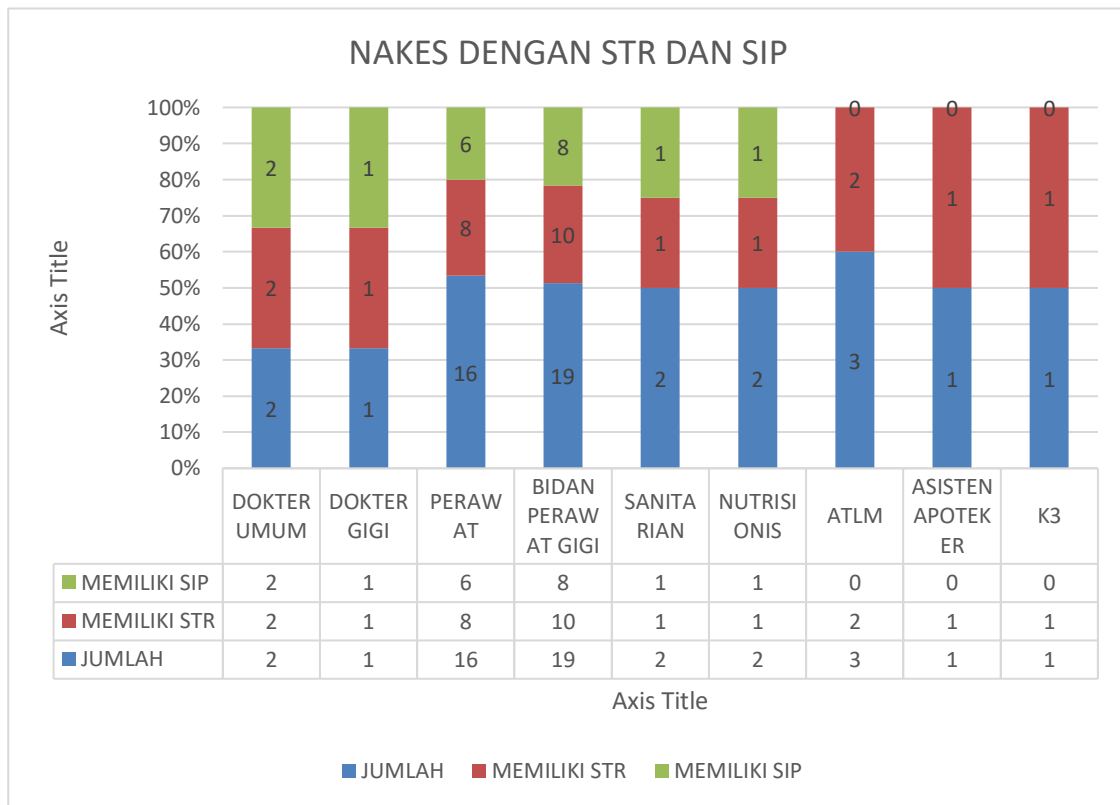
Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) bertanggung jawab terhadap registrasi dokter dan dokter gigi. Hal ini sesuai dengan Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 6 Tahun 2011 tentang Registrasi Dokter dan Dokter Gigi. Registrasi dimaksudkan untuk memberikan perlindungan dan kepastian hukum kepada masyarakat, dokter, dan dokter gigi. Selain itu dengan adanya registrasi, KKI memiliki pencatatan resmi terhadap dokter dan dokter gigi yang telah memiliki Surat Tanda Registrasi dokter/dokter gigi.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2013 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan mengatur kewenangan lembaga Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia (KTKI) untuk mengelola registrasi tenaga kesehatan selain tenaga dokter/dokter spesialis/dokter gigi/dokter gigi spesialis. Dalam pasal 2 peraturan tersebut mengatur agar setiap tenaga kesehatan yang akan menjalankan praktik dan/atau pekerjaan keprofesiannya wajib memiliki izin dari pemerintah. Untuk memperoleh izin dari pemerintah diperlukan Surat Tanda Registrasi (STR) yang diterbitkan oleh Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia (KTKI) dan berlaku secara nasional selama lima tahun. Setelah lima tahun, setiap tenaga Kesehatan harus melakukan registrasi ulang (re-registrasi) setelah memenuhi syarat.

KTKI menerbitkan STR bagi 47 jenis profesi kesehatan yang terdiri dari 27 Tenaga Keperawatan, Tenaga Kebidanan, Ahli Kesehatan Masyarakat, Promotor Kesehatan, Epidemiolog Kesehatan, Pembimbing Kesehatan Kerja, Tenaga Kesehatan Lingkungan, Tenaga Gizi, Fisioterapi, Okupasi Terapis, Terapis Wicara, Akupunktur Terapis, Perekam Medis dan Informasi Kesehatan, Teknisi Kardiovaskuler, Teknisi Pelayanan Darah, Refraksionis Optisien, Teknisi Gigi, Penata Anastesi, Terapis Gigi dan Mulut, Audiologis, Radiografer, Elektromedis, Ahli Teknologi Laboratorium Medik, Fisikawan Medis, Ortotis Prostetik, Tradisional Komplementer, dan Tenaga Psikolog Klinis.

Gambaran Tenaga Kesehatan di Puskesmas Parit timur tahun 2022 yang sudah memiliki STR dan SIP dapat dilihat pada Gambar 3.3 berikut dibawah ini.

Gambar 3. 3. Jumlah Tenaga Kesehatan di Puskesmas Parit timur yang memiliki STR per 31 Desember 2022



Sumber: Kepegawaian, 2022

3.3. PENDAYAGUNAAN TENAGA KESEHATAN

1. Tenaga Kesehatan dengan Status Penugasan Khusus

Pada tahun 2015, Kementerian Kesehatan meluncurkan program penugasan khusus tenaga kesehatan Nusantara Sehat. Penugasan khusus ini meliputi penugasan khusus tenaga kesehatan berbasis tim (team based) dan individu. Landasan hukum program ini adalah Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 33 Tahun 2018 tentang Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan dalam Mendukung Program Nusantara Sehat. Program Nusantara Sehat dilaksanakan untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan di daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan, daerah bermasalah kesehatan maupun daerah lain untuk memenuhi pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Program penugasan khusus ini bertujuan untuk: menjaga keberlangsungan pelayanan kesehatan, menangani masalah kesehatan sesuai dengan kebutuhan daerah, meningkatkan retensi tenaga kesehatan yang bertugas, memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan, menggerakkan pemberdayaan masyarakat, mewujudkan pelayanan kesehatan terintegrasi, serta meningkatkan dan melakukan pemerataan pelayanan kesehatan.

a. Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan Berbasis Individu (Nusantara Sehat Individu)

Penugasan Tenaga kesehatan Nusantara Sehat Individu (NS Individu) adalah penugasan khusus yang penempatannya berbentuk individu yang disesuaikan dengan pemetaan ketenagaan yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan untuk mendukung Nusantara Sehat. Penugasan ini terdiri atas dokter, dokter gigi, perawat, bidan, tenaga gizi, tenaga kesehatan lingkungan, ahli teknologi laboratorium medik, tenaga kefarmasian, dan tenaga kesehatan masyarakat. NS Individu akan ditempatkan di daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan, daerah bermasalah kesehatan. maupun daerah lain untuk memenuhi pelayanan kesehatan kepada masyarakat selama 2 tahun dengan evaluasi pada 1 tahun pertama penugasan.

Pada tahun 2022 Puskesmas Parit timur mendapatkan tenaga NS sebanyak 7 orang sebagai Tenaga Kesehatan Masyarakat 1 Orang, Dokter Gigi 1 orang, Apoteker 1 orang, Bidan 1 orang, Perawat Sebanyak 3 orang.

2. Program Tenaga Dengan Perjanjian Kerja (BOK Puskesmas)

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 86 Tahun 2019 tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Non Fisik Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2020, BOK Puskesmas dapat digunakan untuk mendukung operasional Puskesmas melalui penyediaan tenaga dengan perjanjian kerja maksimal 4 orang tenaga per Puskesmas dengan sistem perjanjian kerja.

Penetapan maksimal 4 orang tenaga tersebut berdasarkan prioritas kebutuhan tenaga dengan kualifikasi persyaratan yang telah ditentukan. Proses penerimaan dan seleksi tenaga dilaksanakan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota, sedangkan jumlah Tenaga dengan Perjanjian Kerja BOK Puskesmas Tahun 2021 ikatan perjanjian kerja ditandatangani oleh kepala Puskesmas dan tenaga yang bersangkutan. Persyaratan kualifikasi tenaga tersebut meliputi: tenaga nutrisisionis, tenaga kesehatan masyarakat lainnya (K3), analis laboratorium dan tenaga pembantu pengelola keuangan di Puskesmas.

Adapun jumlah tenaga dengan perjanjian kerja BOK di Puskesmas Parit timur sebanyak 4 orang, yang dapat dilihat pada table 3.2 dibawah ini :

Tabel 3. 2. Jumlah Tenaga dengan Perjanjian Kerja BOK Puskesmas Parit timur Tahun 2022

No	Tenaga dengan Perjanjian Kerja BOK	Pendidikan	Jumlah
1	Tenaga Pengelola Keuangan	S1 Akutansi	1
2	Tenaga Nutrisisionis	D4 Gizi	1
3	Tenaga ATLM	D4 Analis	1
4	Tenaga Kesehatan Masyarakat (K3)	S1	1
Jumlah			4

Sumber: Subbag Tata Usaha dan Kepegawaian Puskesmas, 2022

3. Tenaga Kontrak Daerah di Dinas Kesehatan dan Puskesmas

Tenaga Kontrak Daerah adalah tenaga yang direkrut oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Kubu Raya dalam rangka membantu melaksanakan roda pemeritahan di organisasi perangkat daerah (OPD) dengan sumber pendanaan dari APBD.

Pada tahun 2022, jumlah tenaga kontrak daerah yang menandatangani kontrak tahunan di Puskesmas Parit timur sebanyak 14 orang dengan berbagai kualifikasi Pendidikan baik Paramedis, maupun rumpun Tenaga Kesehatan seperti tabel 3.3 berikut dibawah ini.

Tabel 3. 3. Jumlah Kontrak Daerah di Puskesmas Parit timur tahun 2022

No	Tenaga Kontrak Daerah	Pendidikan	Jumlah
1	Dokter	S1 Kedokteran	1
2	Perawat	D3 / S1 Perawat	5
3	Bidan	D3 Bidan	7
4	Sanitarian	S1 Kesehatan Lingkung	1
5	Gizi	D3 Gizi	1
6	Promosi Kesahatan	S1 Promkes	1
Jumlah			16

Sumber: Subbag Tata Usaha dan Kepegawaian Puskesmas, 2022

4. Kontrak BLUD Puskesmas

Sumber Daya Manusia Kesehatan dengan status kontrak BLUD adalah pegawai Badan Layanan Umum Daerah yang telah memenuhi persyaratan yang ditentukan, diangkat oleh pejabat yang berwenang dan digaji berdasarkan ketentuan yang berlaku guna memenuhi kebutuhan ketenagaan Badan Layanan Umum Daerah Puskesmas sesuai kebutuhan. Tenaga kontrak BLUD tersebut ditetapkan dengan keputusan Pimpinan BLUD Puskesmas dengan sistem kontrak baik tahunan, kontrak harian lepas dan kontrak paruh waktu.

Pada tahun 2022, Puskesmas Parit timur menerima tenaga kontrak BLUD sebanyak 8 orang tenaga yang terdiri dari beberapa rumpun tenaga kesehatan seperti tabel 3.4 berikut dibawah ini.

Tabel 3. 4. Jumlah tenaga Kontrak BLUD Puskesmas Parit timur Tahun 2022

No	Tenaga Kontrak Daerah	Pendidikan	Jumlah
1	Perawat Gigi	D3 Kesehatan Gigi	1
2	Pengadministrasi Umum	S1 Komputer	1
3	Pengadministrasikan umum	D3 Kearsipan	1
4	Cleaning service	SMP	2
5	Security	SMA	1
6	Driver	SMP	1
7	Bidan	D3 Kebidanan	1
Jumlah			8

Sumber: Subbag Tata Usaha dan Kepegawaian Puskesmas, 2022

BAB IV

PEMBIAYAAN KESEHATAN

Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa pembiayaan kesehatan bertujuan untuk penyediaan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan. Pembiayaan kesehatan merupakan besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Secara umum, sumber biaya kesehatan dapat dibedakan menjadi pembiayaan yang bersumber dari anggaran pemerintah dan pembiayaan yang bersumber dari anggaran masyarakat. Di dalam bab ini akan dibahas mengenai alokasi dan realisasi anggaran kesehatan baik di pusat maupun di daerah, anggaran kesehatan adalah anggaran kesehatan yang pembiayaannya bersumber dari anggaran pemerintah. Selain itu, juga dijelaskan lebih lanjut mengenai Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), serta Dana Desa.

4.1. ANGGARAN KESEHATAN PUSKESMAS

Alokasi anggaran kesehatan yang dikelola oleh Puskesmas pada tahun 2022 yaitu sebesar 2.760.625.561.85 (Dua Milyar Tujuh Ratus Enam Puluh Juta Enam ratus Dua Puluh Lima Ribu Lima Ratus Enam Puluh Satu Delapan Lima Rupiah) Dengan Realisasi Sebesar 2.641.202.394,00 (Dua Milyar Enam Ratus Empat Puluh Satu Juta Dua Ratus Dua Ribu Tiga Ratus Sembilan Puluh Empat Koma Rupiah). Atau Sebesar 85,7%.

4.2. DANA ALOKASI KHUSUS BIDANG KESEHATAN TAHUN ANGGARAN 2022

Dana Alokasi Khusus (DAK) merupakan dana yang bersumber dari pendapatan APBN yang dialokasikan kepada Daerah tertentu dengan tujuan untuk membantu mendanai kegiatan khusus yang merupakan urusan Daerah dan sesuai dengan prioritas nasional. DAK dibagi kedalam DAK Fisik dan DAK Nonfisik.

DAK fisik untuk membiayai kegiatan bersifat fisik, sedangkan DAK nonfisik khusus untuk membiayai kegiatan yang bersifat operasional. DAK bidang kesehatan tahun 2020 diatur dalam Permenkes Nomor 85 Tahun 2019 tentang Petunjuk Operasional Penggunaan Dana Alokasi Khusus Fisik Bidang Kesehatan TA 2020 dan Permenkes Nomor 86 Tahun 2019 tentang Petunjuk Teknis Dana Alokasi Khusus Non Fisik Bidang Kesehatan TA 2020.

Dana ini diberikan kepada daerah untuk membantu mendanai kegiatan bidang kesehatan yang merupakan urusan daerah sesuai dengan prioritas pembangunan kesehatan nasional tahun 2020. DAK Bidang Kesehatan Tahun 2020 terdiri atas:

- a. DAK Fisik bidang kesehatan meliputi:
 - DAK Fisik Regular Bidang Kesehatan
 - DAK Fisik Penugasan Bidang Kesehatan
 - DAK Fisik Afirmasi Bidang Kesehatan
- b. DAK Non Fisik bidang kesehatan meliputi
 - Bantuan Operasional Kesehatan
 - Jampersal
 - Akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan

Pelaporan DAK bidang kesehatan disampaikan oleh Kepala Daerah kepada Menteri Kesehatan, Menteri Keuangan, dan Menteri Dalam Negeri secara berkala (triwulan) serta laporan tahunan. Sedangkan untuk data realisasi penggunaan anggaran dilaporkan melalui mekanisme yang berbeda yaitu DAK Fisik menggunakan aplikasi OMSPAN dan DAK Non Fisik menggunakan aplikasi e-renggar.

Pada tahun 2020, realisasi Dana Alokasi Khusus (DAK) Fisik 2020 sebesar 0 % dan DAK NonFisik sebesar 82,66 % seperti tampak pada Tabel 4.1 berikut dibawah ini.

Tabel 4. 1. Alokasi dan Realisasi Anggaran DAK Fisik dan Non Fisik Puskesmas Parit
Timur TA.2022

TAHUN 2021	DAK FISIK	DAK NON FISIK	TOTAL DAK FISIK DAN NON FISIK
Anggaran	0	2.401.813.696,00	2.401.813.696,00
Realisasi	0	2.149.372.396,76	2.149.372.396,76
Persentase	0	90,11%	90,11%

Sumber: Subbag Rencana Kerja dan Keuangan, 2021

BAB V

KESEHATAN KELUARGA

Pembangunan keluarga dilakukan dalam upaya untuk mewujudkan keluarga berkualitas yang hidup dalam lingkungan yang sehat. Selain lingkungan yang sehat, kondisi kesehatan dari tiap anggota keluarga sendiri juga merupakan salah satu syarat dari keluarga yang berkualitas. Keluarga berperan terhadap optimalisasi pertumbuhan, perkembangan, dan produktivitas seluruh anggotanya melalui pemenuhan kebutuhan gizi dan menjamin kesehatan anggota keluarga. Di dalam komponen keluarga, ibu dan anak merupakan kelompok rentan. Hal ini terkait dengan fase kehamilan, persalinan dan nifas pada ibu dan fase tumbuh kembang pada anak. Hal ini yang menjadi alasan pentingnya upaya kesehatan ibu dan anak menjadi salah satu prioritas pembangunan kesehatan di Indonesia.

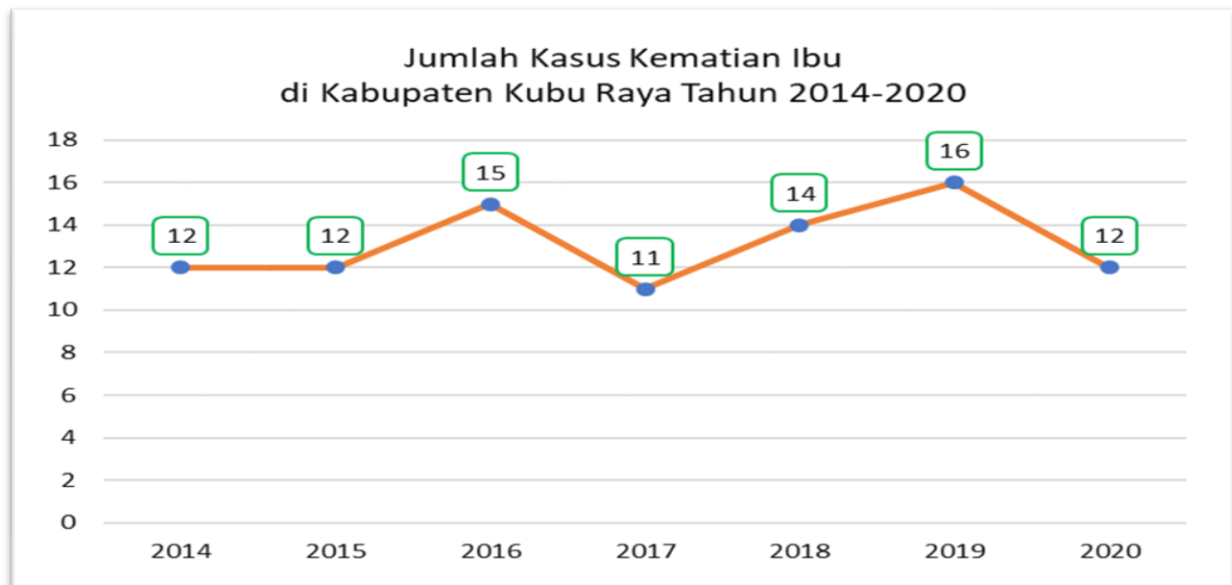
Ibu dan anak merupakan anggota keluarga yang perlu mendapatkan prioritas dalam penyelenggaraan upaya kesehatan, karena ibu dan anak merupakan kelompok rentan terhadap keadaan keluarga dan sekitarnya secara umum. Sehingga penilaian terhadap status kesehatan dan kinerja upaya kesehatan ibu dan anak penting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

5.1. KESEHATAN IBU

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk melihat keberhasilan upaya kesehatan ibu. AKI adalah rasio kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolaannya tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan atau insidental di setiap 100.000 kelahiran hidup. Selain untuk menilai program kesehatan ibu, indikator ini juga mampu menilai derajat kesehatan masyarakat, karena sensitifitasnya terhadap perbaikan pelayanan kesehatan, baik dari sisi aksesibilitas maupun kualitas.

Indonesia, secara umum terjadi penurunan kematian ibu selama periode 1991-2015 dari 390 menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup. Walaupun terjadi kecenderungan penurunan angka kematian ibu, namun tidak berhasil mencapai target MDGs yang harus dicapai yaitu sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Hasil supas tahun 2015 memperlihatkan angka kematian ibu tiga kali lipat dibandingkan target MDGs.

Di Kabupaten Kubu Raya, Jumlah Kasus Kematian Ibu dari tahun 2014 hingga tahun 2020 dapat dilihat pada Gambar 5.1 berikut ini.



Gambar 5. 1. Jumlah Kasus Kematian Ibu di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014-2020
Sumber Data: Seksi Kesehatan Keluarga, 2020

Adapun jumlah kematian di Puskesmas Parit timur tahun 2021, dapat sebanyak 1 orang.

Upaya percepatan penurunan AKI dilakukan dengan menjamin agar setiap ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, seperti pelayanan kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas pelayanan kesehatan, perawatan pasca persalinan bagi ibu dan bayi, perawatan khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi, dan pelayanan keluarga berencana termasuk KB pasca persalinan.

Pada bagian berikut, gambaran upaya kesehatan ibu yang disajikan terdiri dari:

- 1) pelayanan kesehatan ibu hamil;
- 2) pelayanan imunisasi Tetanus bagi wanita usia subur dan ibu hamil;
- 3) pemberian tablet tambah darah;
- 4) pelayanan kesehatan ibu bersalin;
- 5) pelayanan kesehatan ibu nifas;
- 6) Puskesmas melaksanakan kelas ibu hamil dan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K);
- 7) pelayanan kontrasepsi/KB; dan
- 8) pemeriksaan HIV dan Hepatitis B.

1. Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil

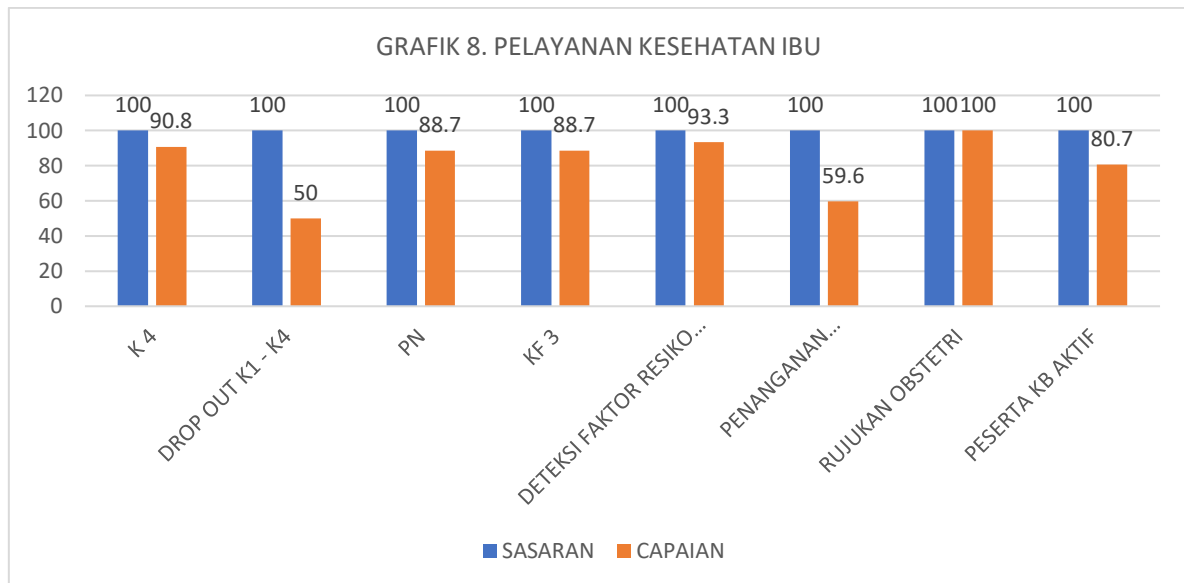
Ibu hamil mendapat pelayanan oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Pelayanan ini dilakukan selama rentang usia kehamilan ibu yang jenis pelayanannya dikelompokkan sesuai usia kehamilan menjadi trimester pertama, trimester kedua, dan trimester ketiga. Pelayanan kesehatan ibu hamil yang diberikan harus memenuhi jenis pelayanan sebagai berikut.

- 1) Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan.
- 2) Pengukuran tekanan darah.
- 3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA).
- 4) Pengukuran tinggi puncak rahim (*fundus uteri*).
- 5) Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus sesuai status imunisasi.
- 6) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan.
- 7) Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ).
- 8) Pelaksanaan temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling, termasuk KB pasca persalinan).
- 9) Pelayanan tes laboratorium sederhana, minimal tes hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan protein urin dan pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya).
- 10) Tatalaksana kasus sesuai indikasi.

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

Penilaian terhadap pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu hamil dapat dilakukan dengan melihat cakupan K1 dan K4. Cakupan K1 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal pertama kali oleh tenaga kesehatan, dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Sedangkan cakupan K4 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar paling sedikit empat kali sesuai jadwal yang dianjurkan di tiap trimester, dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Indikator tersebut memperlihatkan akses pelayanan kesehatan terhadap ibu hamil dan tingkat kepatuhan ibu hamil dalam memeriksakan kehamilannya ke tenaga kesehatan. Capaian K1 dan K4 tahun 2018 sampai dengan tahun 2020 disajikan pada gambar 5.3. berikut ini.

Gambar 5. 3. Cakupan K1 dan K4 Ibu Hamil di Puskesmas Parit timur Tahun 2022



Sumber Data: Program KIA, 2022

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

Infeksi tetanus merupakan salah satu penyebab kematian ibu dan kematian bayi. Kematian karena infeksi tetanus ini merupakan akibat dari proses persalinan yang tidak aman/steril atau berasal dari luka yang diperoleh ibu hamil sebelum melahirkan. Sebagai upaya mengendalikan infeksi tetanus yang merupakan salah satu faktor risiko kematian ibu dan kematian bayi, maka dilaksanakan program imunisasi Tetanus Toksoid Difteri (Td) bagi Wanita Usia Subur (WUS) dan ibu hamil.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi mengamanatkan bahwa wanita usia subur dan ibu hamil merupakan salah satu kelompok populasi yang menjadi sasaran imunisasi lanjutan. Imunisasi lanjutan merupakan ulangan imunisasi dasar untuk mempertahankan tingkat kekebalan dan untuk memperpanjang usia perlindungan.

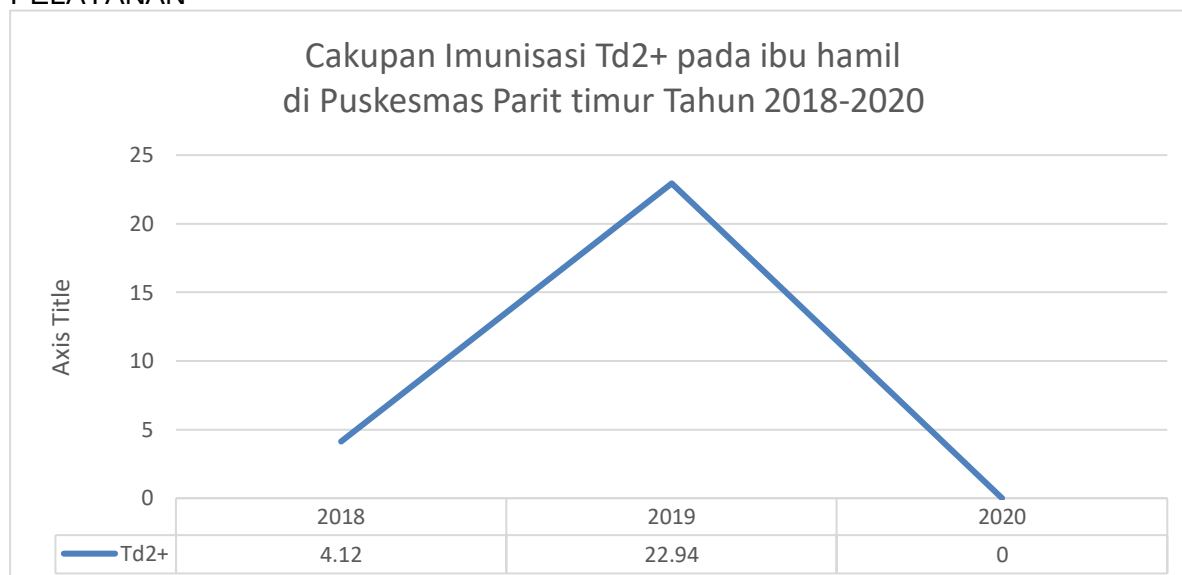
Wanita usia subur yang menjadi sasaran imunisasi Td berada pada kelompok usia 15-39 tahun yang terdiri dari WUS hamil (ibu hamil) dan tidak hamil. Imunisasi lanjutan pada WUS salah satunya dilaksanakan pada waktu melakukan pelayanan antenatal. Imunisasi Td pada WUS diberikan sebanyak 5 dosis dengan interval tertentu, berdasarkan hasil *screening* mulai saat imunisasi dasar bayi, lanjutan baduta, lanjutan BIAS serta calon pengantin atau pemberian vaksin mengandung "T" pada kegiatan imunisasi lainnya. Pemberian dapat dimulai sebelum dan atau saat hamil yang berguna bagi kekebalan seumur hidup.

Screening status imunisasi Td harus dilakukan sebelum pemberian vaksin. Pemberian imunisasi Td tidak perlu dilakukan bila hasil screening menunjukkan wanita usia subur telah mendapatkan imunisasi Td5 yang harus dibuktikan dengan buku KIA, rekam medis, dan atau kohort. Kelompok ibu hamil yang sudah mendapatkan Td2 sampai dengan Td5 dikatakan mendapatkan imunisasi Td2+.

Cakupan imunisasi Td2+ pada ibu hamil di Puskesmas Parit timur pada tahun 2021 sebesar 272,0%, lebih tinggi jika dibandingkan dengan tahun 2020 yang sebesar 22,94% seperti pada gambar 5.3. berikut ini.

Gambar 5. 3. **Cakupan imunisasi Td2+ pada Ibu Hamil di Puskesmas Parit timur Tahun 2019- 2021**

PELAYANAN



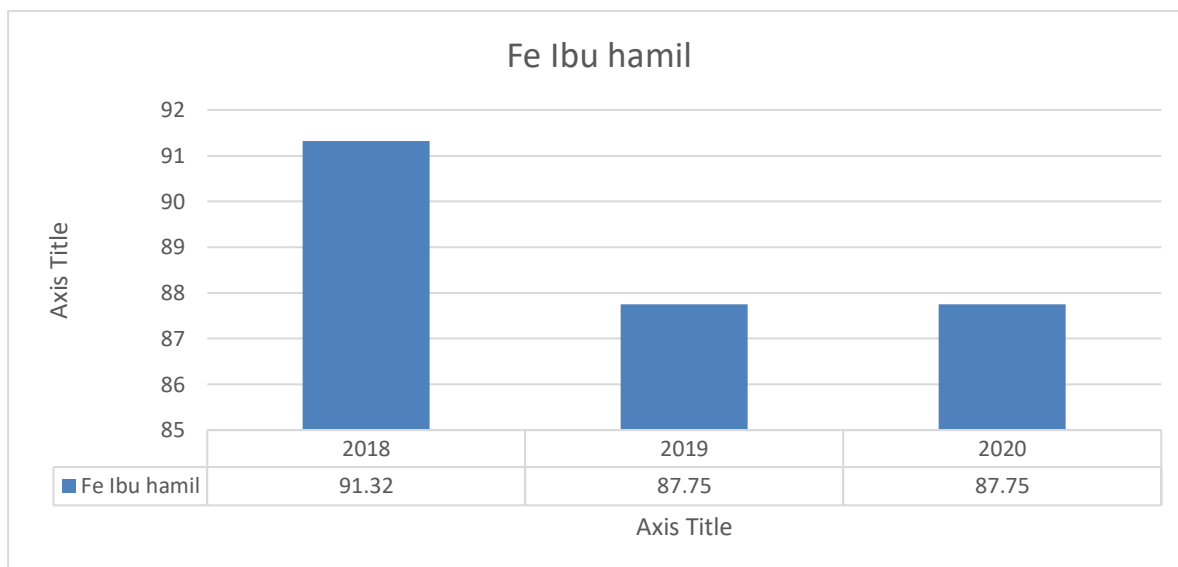
Sumber Data: Program Imunisasi, 2022

3. Pemberian Tablet Tambah Darah pada Ibu Hamil

Anemia pada ibu hamil dapat meningkatkan risiko kelahiran prematur, kematian ibu dan anak, serta penyakit infeksi. Anemia defisiensi besi pada ibu dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin/bayi saat kehamilan maupun setelahnya. Hasil Riskesdas 2018 menyatakan bahwa di Indonesia sebesar 48,9% ibu hamil mengalami anemia. Sebanyak 84,6% anemia pada ibu hamil terjadi pada kelompok umur 15-24 tahun. Untuk mencegah anemia setiap ibu hamil diharapkan mendapatkan tablet tambah darah (TTD) minimal 90 tablet selama kehamilan.

Pada tahun 2021, cakupan pemberian TTD pada ibu hamil di Puskesmas Parit timur tahun 2022 sebesar 100,0% (Gambar 5.4).

Gambar 5. 4. Cakupan Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) pada Ibu Hamil di Puskesmas Parit timur Tahun 2018-2020



Sumber Data: Program Gizi, 2022

4. Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin

Selain pada masa kehamilan, upaya lain yang dilakukan untuk menurunkan kematian ibu dan kematian bayi yaitu dengan mendorong agar setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih yaitu dokter spesialis kebidanan dan kandungan (SPOG), dokter umum, dan bidan, dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Keberhasilan program ini diukur melalui indikator persentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Dalam rangka menjamin ibu bersalin mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar, sejak tahun 2015 setiap ibu bersalin diharapkan melakukan persalinan dengan ditolong oleh tenaga kesehatan yang kompeten di fasilitas pelayanan kesehatan. Oleh sebab itu, Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2019-2024 menetapkan persalinan ditolong tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan (PF) sebagai salah satu indikator upaya kesehatan keluarga, menggantikan indikator pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan (PN).

Gambar 5.5 menyajikan cakupan persalinan ditolong tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Parit timur tahun sejak tahun 2018-2020.

Gambar 5. 5. Cakupan Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan di Puskesmas Parit timur Tahun 2022



Sumber Data: Program KIA, 2022

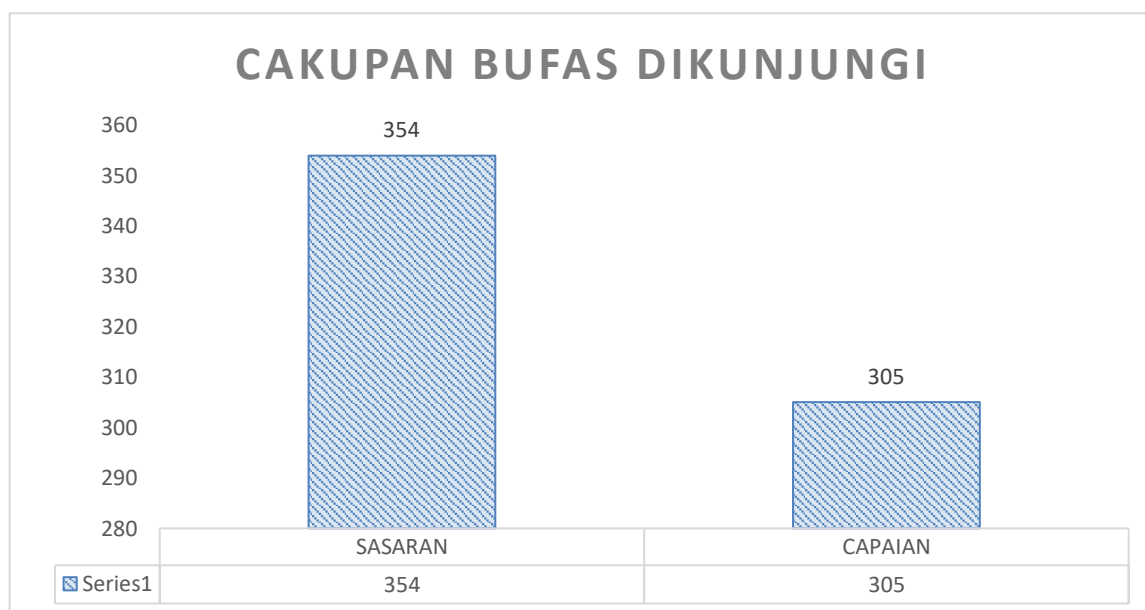
Pada tahun 2022 terdapat 88,7% persalinan yang ditolong tenaga kesehatan.

5. Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas

Pelayanan kesehatan ibu nifas harus dilakukan minimal tiga kali sesuai jadwal yang dianjurkan, yaitu pada enam jam sampai dengan tiga hari pasca persalinan, pada hari ke empat sampai dengan hari ke-28 pasca persalinan, dan pada hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 pasca persalinan. Jenis pelayanan kesehatan ibu nifas yang diberikan terdiri dari:

- pemeriksaan tanda vital (tekanan darah, nadi, nafas, dan suhu);
- pemeriksaan tinggi puncak rahim (*fundus uteri*);
- pemeriksaan lokhia 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 pasca persalinan;
- pelayanan keluarga berencana pasca persalinan.

Gambar 5. 7. Cakupan Kunjungan Nifas (KF3) di Puskesmas Parit timur Tahun 2022.



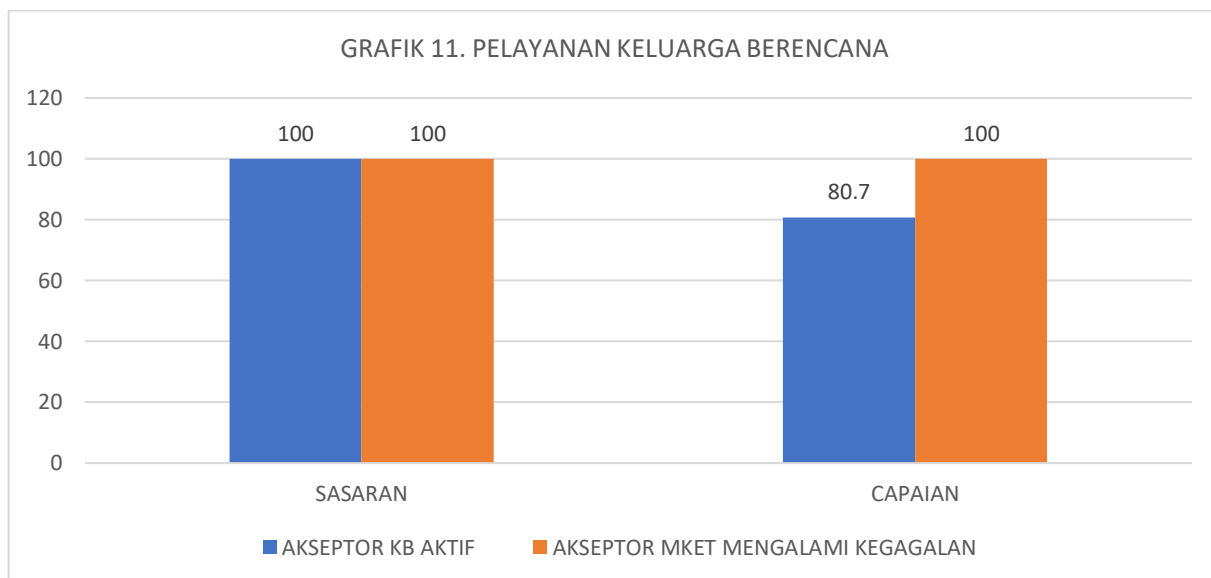
Sumber Data: Program KIA, 2022

6. Pelayanan Kontrasepsi

Pelayanan Kontrasepsi adalah serangkaian kegiatan meliputi pemberian KIE, konseling, penapisan kelayakan medis, pemberian kontrasepsi, pemasangan atau pencabutan, dan penanganan efek samping atau komplikasi dalam upaya mencegah kehamilan. Pelayanan kontrasepsi yang diberikan meliputi kondom, pil, suntik, pemasangan atau pencabutan implan, pemasangan atau pencabutan alat kontrasepsi dalam rahim, pelayanan tubektomi, dan pelayanan vasektomi. KB Pascapersalinan (KBPP) adalah pelayanan KB yang diberikan kepada PUS setelah persalinan sampai kurun waktu 42 hari, dengan tujuan untuk menjarangkan kehamilan, atau mengakhiri kesuburan.

Beberapa studi menunjukkan pelayanan KB (termasuk KBPP) yang efektif dapat mengurangi kematian ibu dengan cara mengurangi kehamilan dan mengurangi kelahiran risiko tinggi. Salah satu faktor memberikan dampak pada peningkatan Angka Kematian Ibu adalah risiko 4 Terlalu (Terlalu muda melahirkan dibawah usia 21 tahun, Terlalu tua melahirkan diatas 35 tahun, Terlalu dekat jarak kelahiran kurang dari 2 tahun dan Terlalu banyak jumlah anak lebih dari 4. Persentase ibu meninggal yang melahirkan berusia dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun adalah 33% dari seluruh kematian ibu, sehingga apabila program KB dapat dilaksanakan dengan baik lagi, kemungkinan 33% kematian ibu dapat dicegah melalui pemakaian kontrasepsi.

Gambar 5. 9. Cakupan Peserta KB Aktif di Puskesmas Parit timur Tahun 2022



Sumber Data: Program KIA, 2022

Pada tahun 2022, cakupan Peserta KB Aktif di Puskesmas Parit timur sebesar 80.7% (Gambar 5.9). Angka ini mengalami peningkatan bila dibandingkan tahun 2021 sebesar 42,5%.

5.2. KESEHATAN ANAK

Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak menyatakan bahwa setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh, dan berkembang serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi sehingga perlu dilakukan upaya kesehatan anak secara terpadu, menyeluruh, dan berkesinambungan. Upaya kesehatan anak dilakukan sejak janin dalam kandungan hingga anak berusia 18 (delapan belas) tahun. Salah satu tujuan upaya kesehatan anak adalah menjamin kelangsungan hidup anak melalui upaya menurunkan angka kematian bayi baru lahir, bayi dan balita. Tren jumlah kasus kematian anak dari tahun 2016 hingga tahun 2020 sudah menunjukkan penurunan.

Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 menunjukkan AKN sebesar 15 per 1.000 kelahiran hidup, AKB 24 per 1.000 kelahiran hidup, dan AKABA 32 per 1.000 kelahiran hidup. Meskipun demikian, angka kematian neonatus, bayi, dan balita diharapkan akan terus mengalami penurunan. Intervensi-intervensi yang dapat mendukung kelangsungan hidup anak ditujukan untuk dapat menurunkan AKN menjadi 10 per 1000 kelahiran hidup dan AKB menjadi 16 per 1000 kelahiran hidup di tahun 2024. Sementara, sesuai dengan Target Pembangunan Berkelanjutan, AKABA diharapkan dapat mencapai angka 18,8 per 1000 kelahiran hidup di tahun 2030.

Adapun jumlah kasus kematian bayi di wilayah kerja Puskesmas Parit timur dari tahun 2018-2020 tidak adanya kasus, yang dapat dilihat pada gambar 5.10 dibawah ini :

Gambar 5.10 Cakupan Kematian Bayi di Puskesmas Parit timur tahun 2018-2022



Sumber Data : Program KIA, 2020

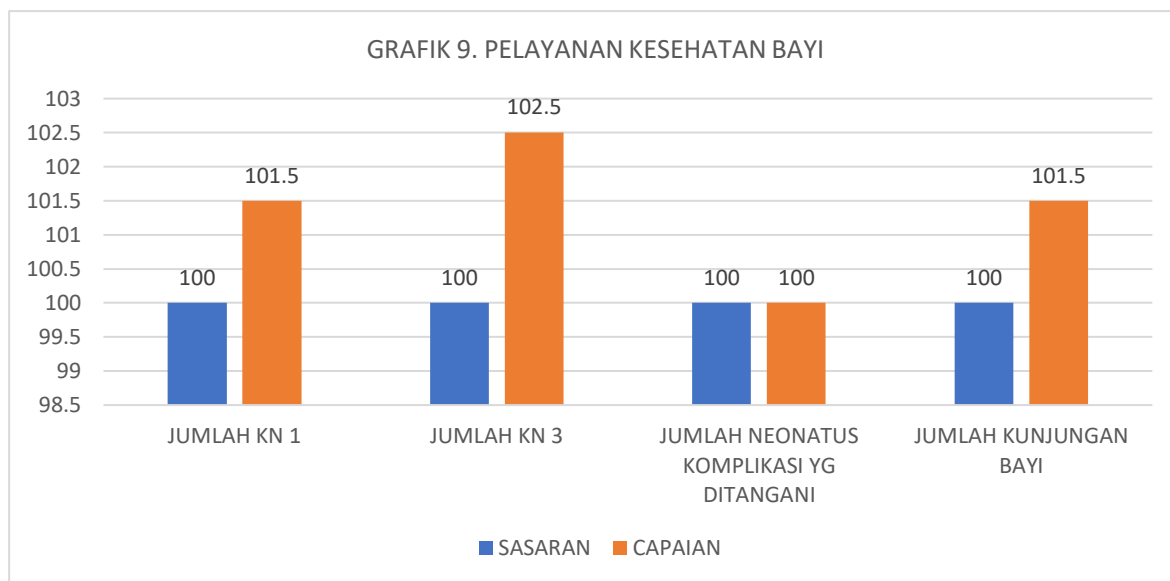
1. Pelayanan Kesehatan Neonatal

Pada masa neonatal (0-28 hari) terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim dan terjadi pematangan organ hampir pada semua sistem. Bayi hingga usia kurang satu bulan merupakan golongan umur yang memiliki risiko gangguan kesehatan paling tinggi dan berbagai masalah kesehatan bisa muncul, sehingga tanpa penanganan yang tepat, bisa berakibat fatal. Beberapa upaya kesehatan dilakukan untuk mengendalikan risiko pada kelompok ini di antaranya dengan mengupayakan agar persalinan dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan serta menjamin tersedianya pelayanan kesehatan sesuai standar pada kunjungan bayi baru lahir. Kunjungan neonatal idealnya dilakukan 3 kali yaitu pada umur 6-48 jam, umur 3-7 hari, dan umur 8 hari s.d 28 hari.

Salah satu pelayanan yang dilakukan pada bayi baru lahir adalah penimbangan. Berdasarkan data yang dilaporkan oleh 25 provinsi kepada Direktorat Gizi Masyarakat, dari tahun 2019 bayi baru lahir yang dilaporkan ditimbang berat badannya, didapatkan sebanyak 111.827 bayi (3,4%) memiliki berat badan lahir rendah (BBLR). Sedangkan menurut hasil Riskesdas tahun 2018, dari 56,6% balita yang memiliki catatan berat lahir, sebanyak 6,2% lahir dengan kondisi BBLR. Kondisi bayi BBLR diantara disebabkan karena kondisi ibu saat hamil (kehamilan remaja, malnutrisi, dan komplikasi kehamilan), bayi kembar, janin memiliki kelainan atau kondisi bawaan, dan gangguan pada plasenta yang menghambat pertumbuhan bayi (*intrauterine growth restriction*). Bayi BBLR tanpa komplikasi dapat mengejar ketertinggalan berat badan seiring dengan penambahan usian. Namun, bayi BBLR memiliki risiko lebih besar untuk stunting dan mengidap penyakit tidak menular seperti diabetes, hipertensi, dan penyakit jantung saat dewasa.

Indikator yang menggambarkan upaya kesehatan yang dilakukan untuk mengurangi risiko kematian pada periode neonatal yaitu 6-48 jam setelah lahir adalah cakupan Kunjungan Neonatal Pertama atau KN1. Pelayanan dalam kunjungan ini (Manajemen Terpadu Balita Muda) antara lain meliputi termasuk konseling perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, pemberian vitamin K1 injeksi dan Hepatitis B0 injeksi (bila belum diberikan).

Gambar 5. 11. Cakupan Kunjungan Bayi (KN1) di Puskesmas Parit timur Tahun 2022



Sumber Data: Program KIA, 2022

2. Imunisasi

Undang - Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 menyatakan bahwa setiap anak berhak memperoleh imunisasi dasar sesuai dengan ketentuan. Imunisasi dilakukan untuk mencegah terjadinya penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Pemerintah wajib memberikan imunisasi lengkap kepada setiap bayi dan anak. Penyelenggaraan imunisasi ini tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017 yang diundangkan tanggal 11 April 2017.

Beberapa penyakit menular yang termasuk ke dalam Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I) antara lain TBC, difteri, tetanus, hepatitis B, pertusis, campak, rubella, polio, radang selaput otak, dan radang paru-paru. Anak yang telah diberi imunisasi akan terlindungi dari berbagai penyakit berbahaya tersebut, yang dapat menimbulkan kecacatan atau kematian. Imunisasi merupakan salah satu intervensi kesehatan yang terbukti paling *cost-effective* (murah), karena dapat mencegah dan mengurangi kejadian kesakitan, kecacatan, dan kematian akibat PD3I yang diperkirakan 2 hingga 3 juta kematian tiap tahunnya.

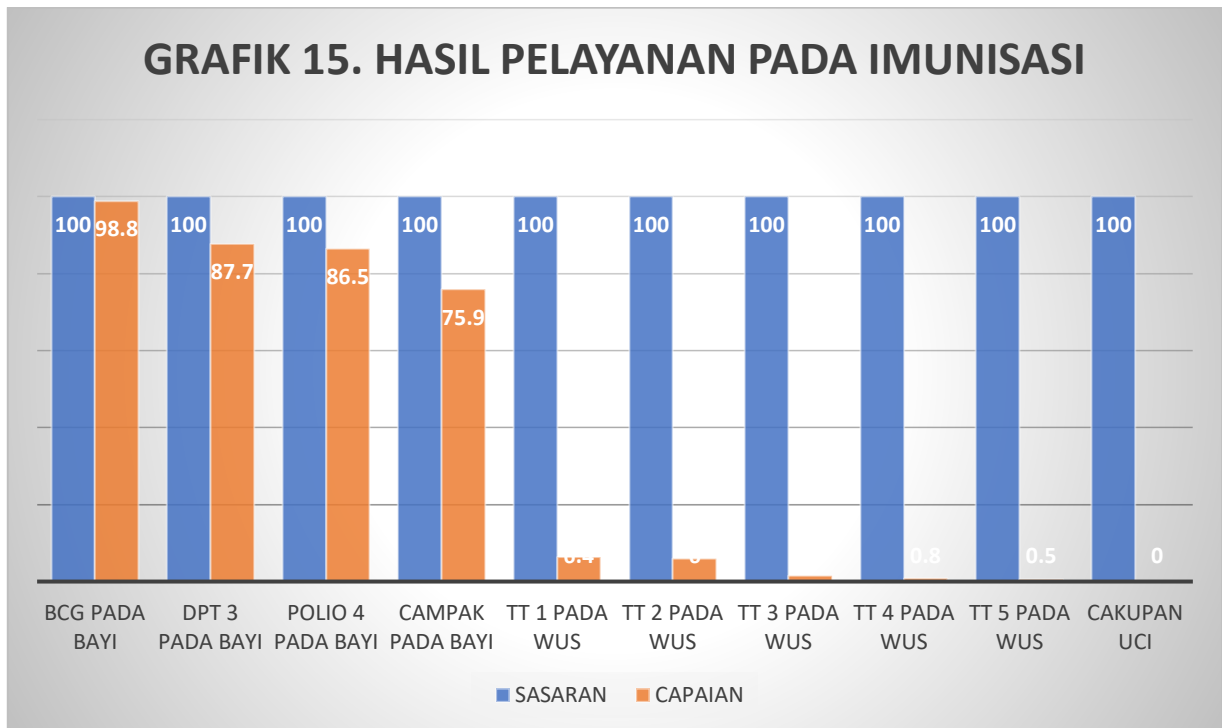
Imunisasi dikelompokkan menjadi imunisasi program dan imunisasi pilihan. Imunisasi program adalah imunisasi yang diwajibkan kepada seseorang sebagai bagian dari masyarakat dalam rangka melindungi yang bersangkutan dan masyarakat sekitarnya dari penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Sedangkan imunisasi pilihan adalah imunisasi yang dapat diberikan kepada seseorang sesuai dengan kebutuhannya dalam rangka melindungi yang bersangkutan dari penyakit tertentu.

Imunisasi program terdiri atas imunisasi rutin, imunisasi tambahan, dan imunisasi khusus. Imunisasi rutin terdiri atas imunisasi dasar dan imunisasi lanjutan. Imunisasi dasar diberikan pada bayi sebelum berusia satu tahun, sedangkan imunisasi lanjutan diberikan pada anak usia bawah dua tahun (*baduta*), anak usia sekolah dasar dan wanita usia subur (WUS). Imunisasi tambahan merupakan jenis Imunisasi tertentu yang diberikan pada kelompok umur tertentu yang paling berisiko terkena penyakit sesuai dengan kajian epidemiologis pada periode waktu tertentu. Imunisasi khusus dilaksanakan untuk melindungi seseorang dan masyarakat terhadap penyakit tertentu pada situasi tertentu seperti persiapan keberangkatan calon jemaah haji/umroh, persiapan perjalanan menuju atau dari negara endemis penyakit tertentu, dan kondisi kejadian luar biasa/wabah penyakit tertentu.

a. Imunisasi Dasar pada Bayi

Di Indonesia, setiap bayi (usia 0-11 bulan) diwajibkan mendapatkan imunisasi dasar lengkap yang terdiri dari 1 dosis Hepatitis B, 1 dosis BCG, 3 dosis DPT-HB-HiB, 4 dosis polio tetes, dan 1 dosis campak/MR. Penentuan jenis imunisasi didasarkan atas kajian ahli dan analisis epidemiologi atas penyakit-penyakit yang timbul.

Gambar 5. 13. Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) 0-11 Bulan di Puskesmas Parit timur Tahun 2022



Sumber: Program Imunisasi, 2022

Pada tahun 2022, imunisasi dasar lengkap di Puskesmas Parit timur sebesar 66,6% (Gambar 5.13). Angka ini mengalami peningkatan sedikit bila dibandingkan tahun 2020 sebesar 62,13%.

b. Desa/Kelurahan UCI (*Universal Child Immunization*)

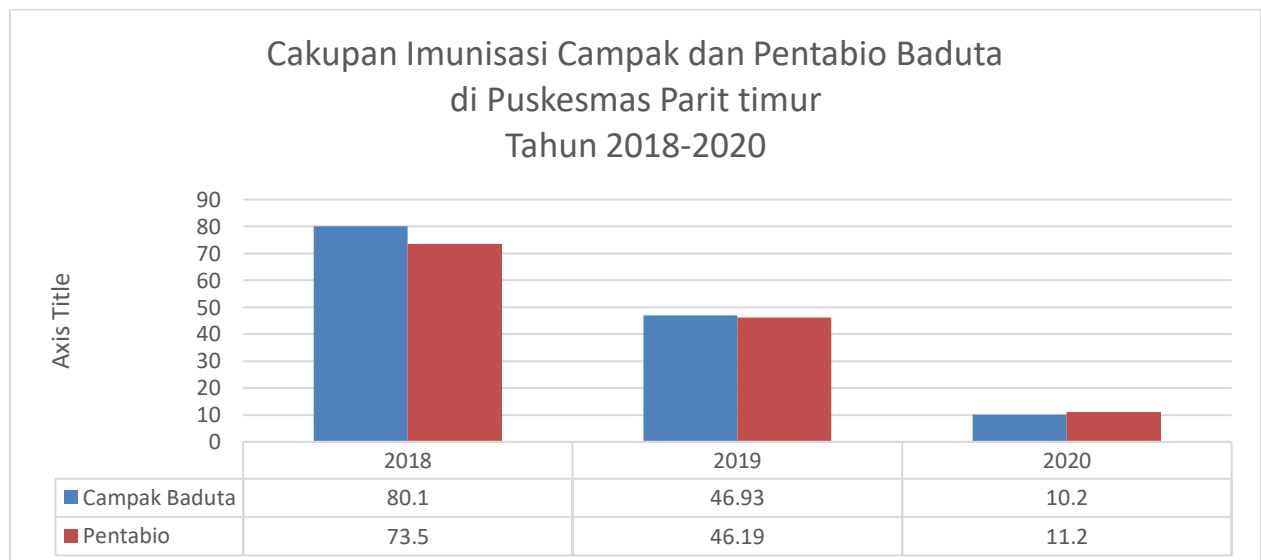
Pada tahun 2022 tidak ada cakupan desa UCI di Puskesmas Parit timur (Gambar 5.14).

Gambar 5. 14. Cakupan Desa *Universal Child Immunization* (UCI) di Puskesmas Parit timur Tahun 2018-2020

c. Imunisasi Lanjutan pada Anak Baduta

Imunisasi lanjutan pada anak baduta diperlukan untuk mempertahankan tingkat kekebalan agar tetap tinggi sehingga dapat memberikan perlindungan dengan optimal. Pemberian imunisasi pada anak perlu ditambah dengan dosis lanjutan (*booster*) untuk meningkatkan kekebalannya yang diberikan pada usia 18 bulan. Perlindungan optimal dari pemberian imunisasi lanjutan ini hanya didapat apabila anak tersebut telah mendapat imunisasi dasar secara lengkap. Karena itu, sejak tahun 2014, secara nasional program imunisasi lanjutan masuk ke dalam program imunisasi rutin dengan memberikan 1 dosis DPT-HB-HiB (4) dan campak/MR (2) kepada anak usia 18-24 bulan.

Gambar 5. 15. Cakupan Imunisasi Lanjutan Campak dan DPT-HB-HiB (4) pada Anak BADUTA (12-24 bulan) di Puskesmas Parit timur Tahun 2018-2020



Sumber: Program Imunisasi, 2020

Pada tahun 2020, cakupan anak usia 12-24 bulan yang mendapatkan imunisasi Campak sebesar 10,02% (Gambar 5.15). Angka ini menurun bila dibandingkan tahun 2019 sebesar 46,93%. Sedangkan Cakupan DPT-HB-Hib (4) pada tahun 2020 sebesar 11,2%. Angka ini menurun bila dibandingkan tahun 2019 sebesar 46,19%

d. Imunisasi Anak Sekolah

Pada kegiatan Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS), imunisasi lanjutan diberikan pada anak usia sekolah dasar dan diberikan secara terintegrasi dengan kegiatan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS). Imunisasi yang diberikan adalah imunisasi campak, tetanus dan difteri. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017 tentang

Penyelenggaraan Imunisasi, pemberian imunisasi pada BIAS yang sebelumnya diberikan pada anak kelas 1, 2 dan 3 SD berubah menjadi diberikan pada kelas 1 (campak dan DT), 2 (Td) dan 5 SD (Td). Pada tahun 2017-2018, pemberian imunisasi pada BIAS hanya dilakukan pada kelas 1 dan 2 saja, sedangkan kelas 5 SD mulai dilakukan sejak tahun 2019.

Sehubungan dengan Pandemi COvid-19 dan tidak adanya aktivitas tatap muka siswa siswi Sekolah Dasar memberi dampak pada terkendalanya pelaksanaan BIAS tahun 2020, sehingga pelaksanaan BIAS di wilayah kerja Puskesmas Parit timur ditiadakan

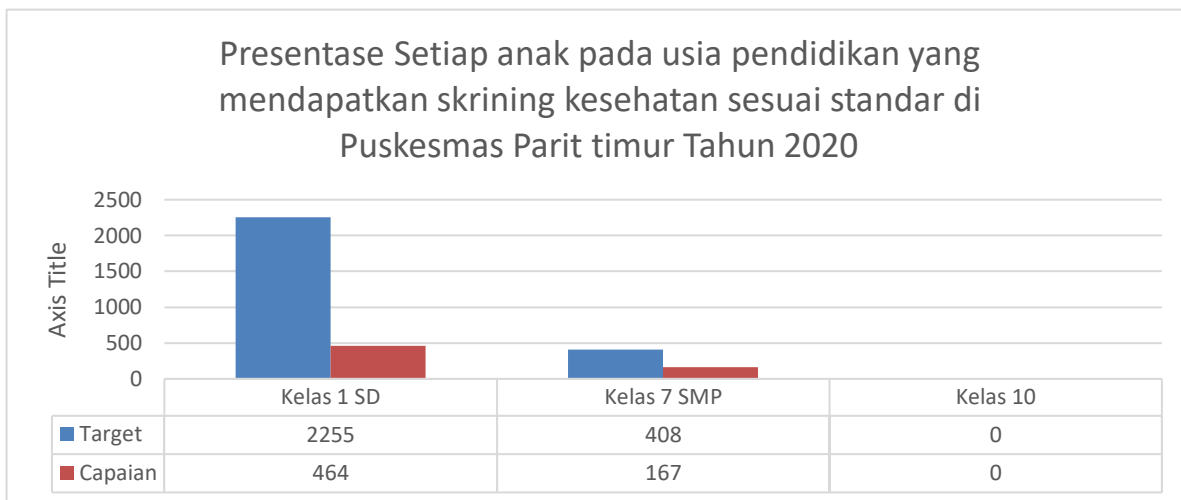
3. Pelayanan Kesehatan Anak Usia Sekolah

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak pasal 28, pelayanan kesehatan anak usia sekolah dan remaja dilakukan melalui usaha kesehatan sekolah dan pelayanan kesehatan peduli remaja. Kegiatan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) merupakan kegiatan lintas sektor, yang meliputi berbagai upaya antara lain penjangkaran kesehatan dan pemeriksaan berkala, pemberian tablet tambah darah bagi remaja putri, pembinaan kantin sekolah sehat, imunisasi, dan pembinaan kader kesehatan sekolah.

Kegiatan pelayanan kesehatan yang dilakukan di sekolah dilaksanakan oleh tenaga kesehatan bersama dengan kader kesehatan sekolah dengan minimal dilakukan pemeriksaan status gizi (tinggi badan dan berat badan), pemeriksaan gigi, tajam penglihatan, dan tajam pendengaran.

Pelayanan kesehatan anak usia sekolah bertujuan untuk mendeteksi dini risiko penyakit pada anak sekolah agar dapat ditindaklanjuti secara dini, meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan anak yang optimal, sehingga dapat menunjang proses belajar mereka dan pada akhirnya menciptakan anak usia sekolah yang sehat dan berprestasi. Hasil dari pelayanan kesehatan di sekolah juga dapat dipergunakan sebagai bahan perencanaan dan evaluasi UKS bagi puskesmas, sekolah dan Tim Pembina UKS (TP UKS) agar pelaksanaan peningkatan kesehatan anak sekolah dapat lebih tepat sasaran dan tujuan.

Gambar 5. 17. Persentase Setiap Anak pada Usia Pendidikan Dasar mendapatkan Skrining Kesehatan sesuai Standar di Puskesmas Parit timur Tahun 2018-2020



Sumber: Program UKS, 2020

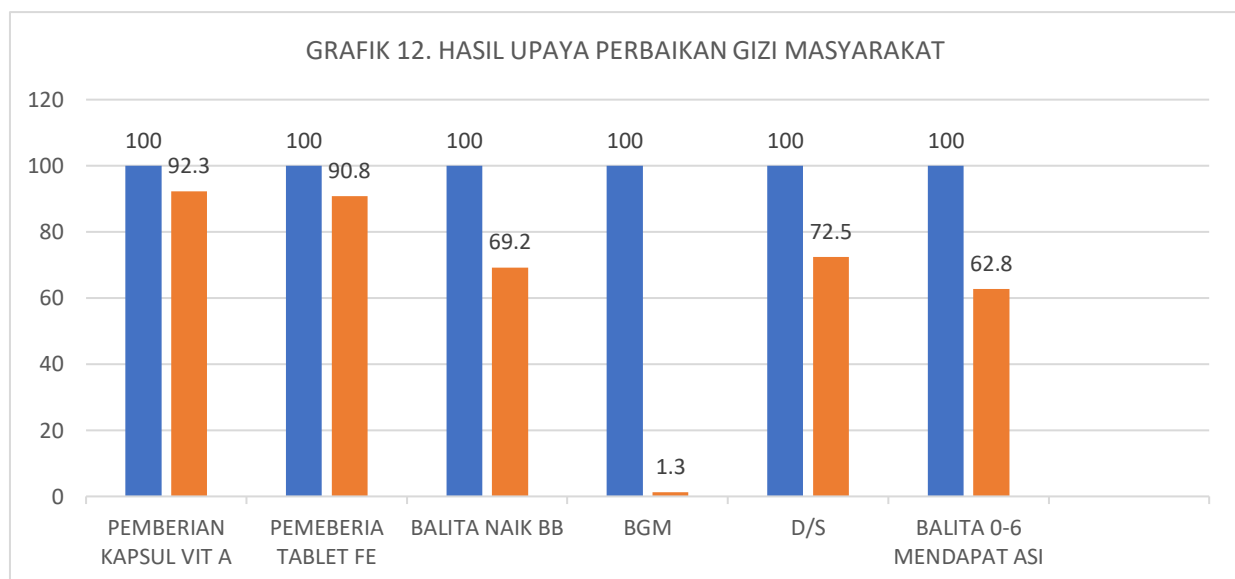
5.3. GIZI

Pada sub bab gizi ini akan dibahas terkait status gizi balita dan upaya pencegahan serta penanganan masalah gizi yaitu pemberian ASI eksklusif pada bayi usia sampai dengan 6 bulan, pemberian kapsul vitamin A pada balita 6-59 bulan, pemberian tablet tambah darah (TTD) pada remaja putri, serta pemberian makanan tambahan pada ibu hamil KEK dan balita kurus.

1. Status Gizi Balita

Pengukuran status gizi didasarkan atas Standar *World Health Organization* (WHO, 2005) yang telah ditetapkan pada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1995/Menkes/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak. Menurut standar tersebut, status gizi balita dapat diukur berdasarkan tiga indeks, yaitu berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB).

Gambar 5.18 Persentase BB/U, TB/U dan TB/BB pada balita 0-59 bulan di Puskesmas Parit timur tahun 2022



Sumber Data : Program Gizi Puskesmas, 2022

2. Upaya Pencegahan dan Penanganan Masalah Gizi

Dalam rangka menerapkan upaya gizi seimbang, setiap keluarga harus mampu mengenal, mencegah, dan mengatasi masalah gizi setiap anggota keluarganya. Hal ini sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2014 tentang Upaya Perbaikan Gizi. Adapun upaya yang dilakukan untuk mengenal, mencegah, dan mengatasi masalah gizi yaitu dengan cara menimbang berat badan secara teratur, memberikan ASI saja kepada bayi sejak lahir sampai umur 6 bulan, menu makanan yang bervariasi, menggunakan garam beryodium, dan pemberian suplemen gizi sesuai anjuran petugas kesehatan. Suplemen gizi yang diberikan menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51

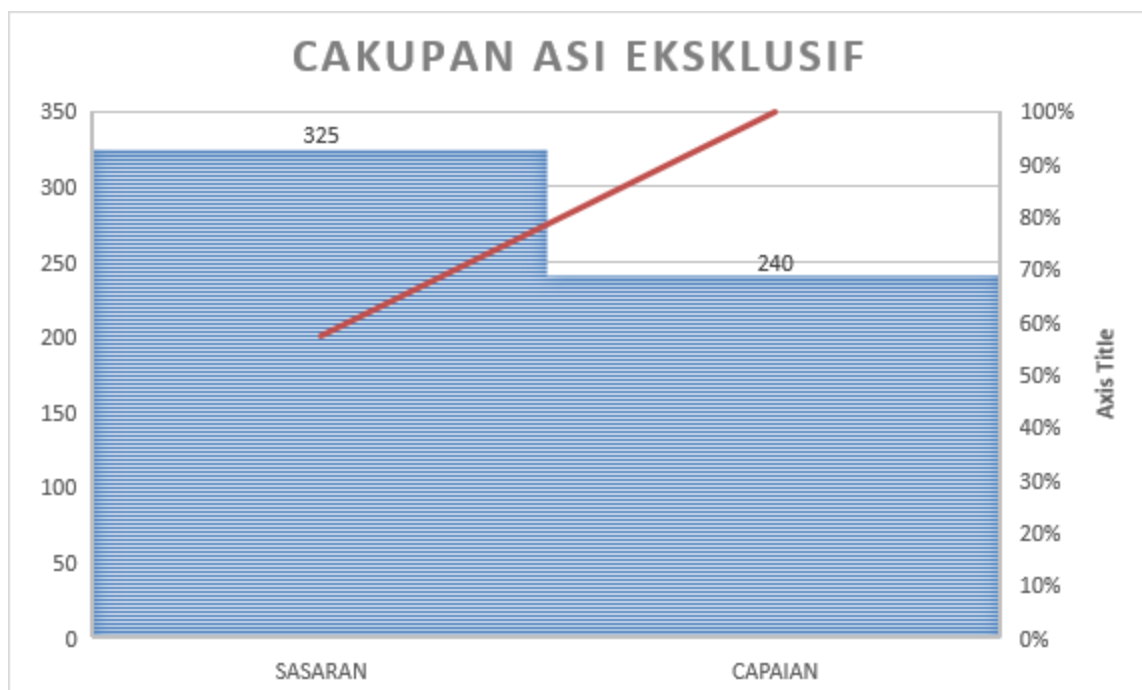
tahun 2016 tentang Standar Produk Suplementasi Gizi, meliputi kapsul vitamin A, tablet tambah darah (TTD), makanan tambahan untuk ibu hamil, anak balita, dan anak usia sekolah, makanan pendamping ASI, dan bubuk multi vitamin dan mineral.

a. Pemberian ASI Eksklusif

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

ASI mengandung kolostrum yang kaya akan antibodi karena mengandung protein untuk daya tahan tubuh dan bermanfaat untuk mematikan kuman dalam jumlah tinggi sehingga pemberian ASI eksklusif dapat mengurangi risiko kematian pada bayi. Kolostrum berwarna kekuningan yang dihasilkan pada hari pertama sampai dengan hari ketiga. Hari keempat sampai hari kesepuluh ASI mengandung *immunoglobulin*, protein, dan laktosa lebih sedikit dibandingkan kolostrum tetapi lemak dan kalornya lebih tinggi dengan warna susu yang lebih putih. Selain mengandung zat makanan, ASI juga mengandung enzim tertentu yang berfungsi sebagai zat penyerap yang tidak akan mengganggu enzim lain di usus. Susu formula tidak mengandung enzim tersebut sehingga penyerapan makanan sepenuhnya bergantung pada enzim yang terdapat di usus bayi.

Gambar 5. 19. Persentase Bayi Usia kurang dari 6 bulan mendapatkan ASI Eksklusif di Puskesmas Parit timur Tahun 2022



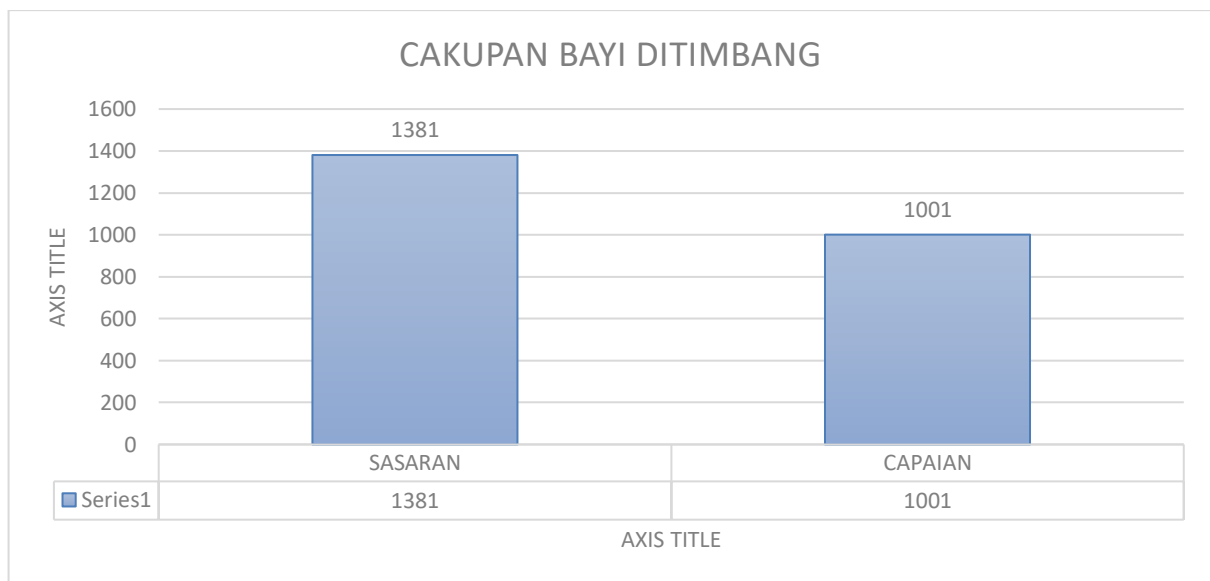
Sumber: Program Gizi, Puskesmas, 2020

Pada tahun 2021, persentase Bayi Usia kurang dari 6 bulan mendapatkan ASI Eksklusif sebesar 62,8% (Gambar 5.19),

b. Penimbangan Balita

Penimbangan balita merupakan salah satu kegiatan yang dilakukan dalam pemantauan pertumbuhan. Pemantauan pertumbuhan setiap bulan bertujuan sebagai deteksi dini untuk mencegah terjadinya gagal tumbuh kembang pada balita. Dengan rutin menimbang balita, maka pertumbuhan balita dapat dipantau secara intensif. Jika diketahui berat badan anak tidak naik atau jika ditemukan anak menderita suatu penyakit, dapat segera dilakukan upaya pemulihan dan pencegahan, agar tidak menjadi gizi kurang atau gizi buruk. Semakin cepat ditemukan, kasus gizi kurang atau gizi buruk akan semakin cepat ditangani. Penanganan yang cepat dan tepat sesuai tata laksana kasus anak gizi kurang atau gizi buruk akan mengurangi risiko kematian sehingga angka kematian akibat gizi buruk dapat ditekan.

Gambar 5. 20. Persentase rata-rata balita umur 6-59 bulan yang ditimbang di Puskesmas Parit timur Tahun 2022



Sumber: Program Gizi, Puskesmas, 2022

Pada tahun 2021, persentase rata-rata balita umur 6-59 bulan yang ditimbang di desa sebesar 72,5% (Gambar 5.20)

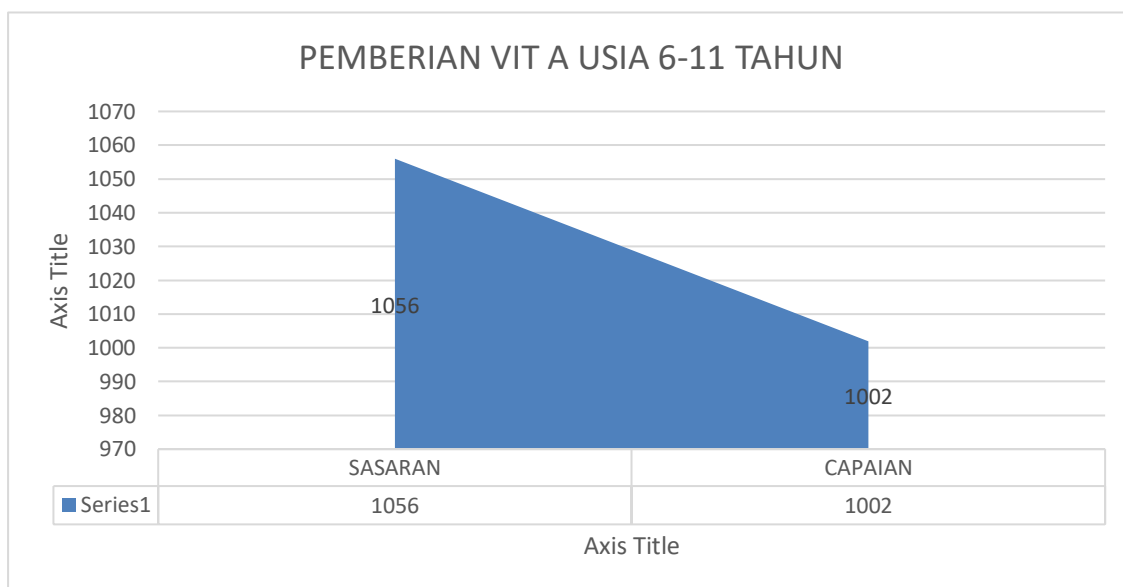
c. Cakupan Pemberian Kapsul Vitamin A Balita Usia 6-59 Bulan

Vitamin A merupakan zat gizi penting yang sangat diperlukan tubuh untuk pertumbuhan dan daya tahan tubuh terhadap penyakit. Kekurangan vitamin A dapat menyebabkan kebutaan pada anak serta meningkatkan risiko kesakitan dan kematian. Asupan vitamin A dari makanan sehari-hari masih cukup rendah sehingga diperlukan asupan gizi tambahan berupa kapsul vitamin A.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2015 tentang Standar Kapsul Vitamin A bagi Bayi, anak Balita, dan Ibu Nifas, kapsul vitamin A merupakan kapsul lunak dengan ujung (*nipple*) yang dapat digunting, tidak transparan (*opaque*), dan mudah untuk dikonsumsi, termasuk dapat masuk ke dalam mulut balita. Kapsul vitamin A diberikan kepada bayi, anak balita, dan ibu nifas. Kapsul vitamin A bagi bayi usia 6–11 bulan berwarna biru dan mengandung retinol (palmitat/asetat) 100.000 IU, sedangkan kapsul vitamin A untuk anak balita usia 12-59 bulan dan ibu nifas berwarna merah dan mengandung retinol (palmitat/asetat) 200.000 IU.

Sesuai dengan Panduan Manajemen Suplementasi Vitamin A waktu pemberian kapsul vitamin A pada bayi dan anak balita dilaksanakan serentak setiap bulan Februari dan Agustus. Frekuensi pemberian vitamin A pada bayi 6-11 bulan adalah 1 kali sedangkan pada anak balita 12-59 bulan sebanyak 2 kali. Pemberian kapsul vitamin A pada ibu nifas dilakukan sebanyak 2 kali yaitu satu kapsul segera setelah saat persalinan dan satu kapsul lagi pada 24 jam setelah pemberian kapsul pertama.

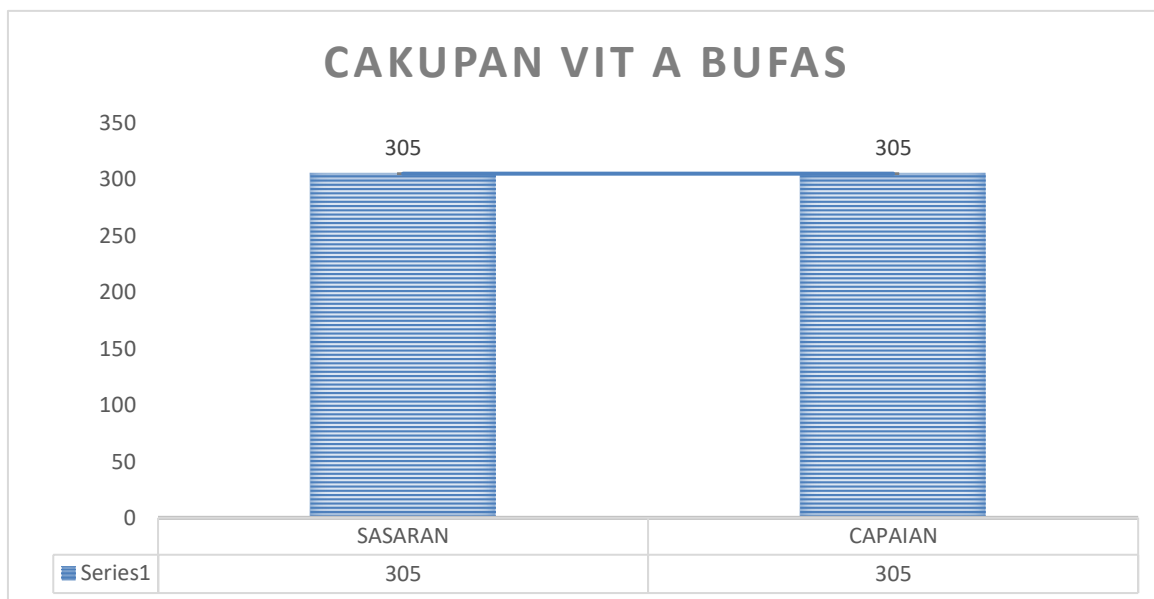
Gambar 5. 21. Cakupan pemberian Kapsul Vitamin A pada bayi usia 6–11 bulan di Puskesmas Parit timur Tahun 2022



Sumber: Program Gizi Puskesmas, 2022

Pada tahun 2021, cakupan pemberian Kapsul Vitamin A pada Bayi 6-11 Bulan dipuskesmas Parit Timur adalah 92,3%. (Gambar 5.21)

Gambar 5. 24. Cakupan Pemberian Vitamin A Pada Ibu Nifas di Puskesmas Parit timur
Tahun 2022



Sumber: Program Gizi Puskesmas, 2022

Pada tahun 2021, cakupan pemberian Kapsul Vitamin A pada Ibu Nifas sebesar 88,7% (Gambar 5.24)

BAB VI

PENGENDALIAN PENYAKIT

Pengendalian penyakit yang akan dibahas pada bab ini yaitu pengendalian penyakit menular dan tidak menular. Pengendalian penyakit sebagai upaya penurunan insiden, prevalensi, morbiditas atau mortalitas dari suatu penyakit mempunyai peranan penting untuk mengukur derajat kesehatan masyarakat.

Penyakit menular meliputi penyakit menular langsung, penyakit yang dapat dikendalikan dengan imunisasi dan penyakit yang ditularkan melalui binatang. Sedangkan penyakit tidak menular meliputi upaya pencegahan dan deteksi dini penyakit tidak menular tertentu.

6.1. PENYAKIT MENULAR LANGSUNG

1. Tuberkulosis

Tuberkulosis (TBC) saat ini masih merupakan masalah kesehatan masyarakat baik di Indonesia maupun internasional sehingga menjadi salah satu tujuan pembangunan kesehatan berkelanjutan (SDGs). Tuberkulosis adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis*. Indonesia merupakan negara ke-2 tertinggi penderita tuberkulosis. Hal tersebut mendorong pengendalian tuberkulosis nasional terus dilakukan dengan intensifikasi, akselerasi, ekstensifikasi dan inovasi program.

Menurut *Global Tuberculosis Report 2019* yang dirilis oleh WHO pada 17 Oktober 2019, dunia tidak berada di jalur yang tepat untuk mencapai tujuan Strategi END TB tahun 2020 yaitu mengurangi TB sebesar 20 persen dari jumlah kasus tahun 2015-2018. Namun, antara 2015 dan 2018, kenaikan kumulatif kasus TB sebesar 7 %.

Begitu juga dengan penurunan jumlah total kematian akibat TB antara tahun 2015 dan 2018 secara global sebesar 11%, yang berarti kurang dari sepertiga target yang sebesar 35 persen pada tahun 2020. Kasus baru tuberkulosis secara global sebesar 6,4 juta, setara dengan 64% dari insiden tuberkulosis (10 juta). Tuberkulosis tetap menjadi 10 penyebab kematian tertinggi di dunia yang menyebabkan kematian sekitar 1,3 juta pasien (*WHO, Global Tuberculosis Report, 2018*).

Beban penyakit yang disebabkan oleh tuberkulosis dapat diukur dengan insiden, prevalensi, dan mortalitas/kematian.

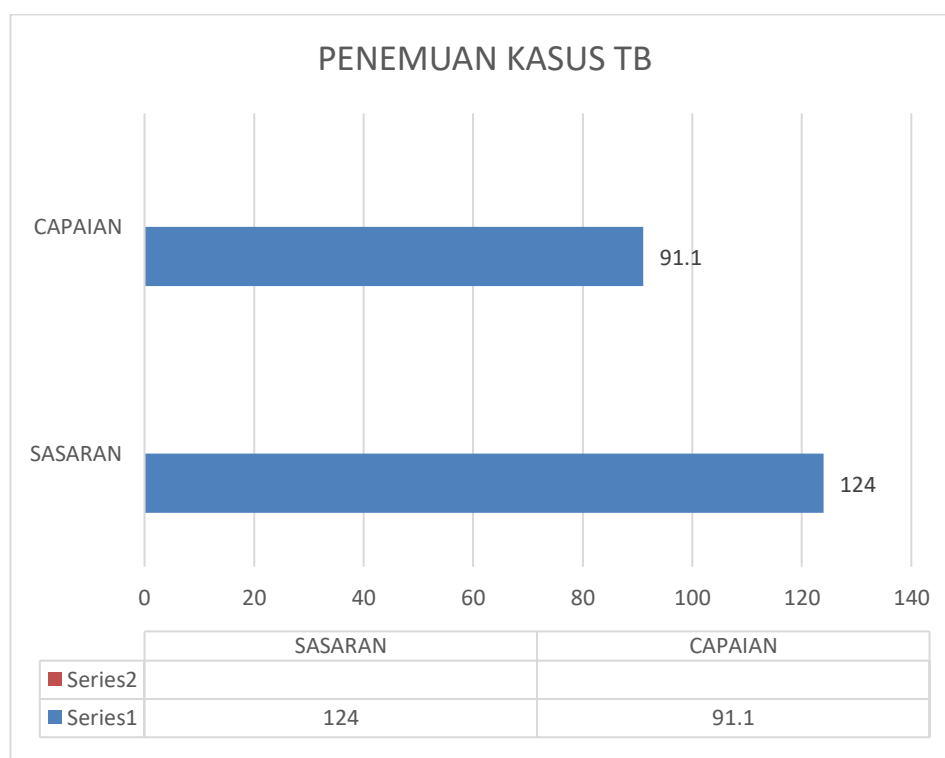
a. Insiden Tuberkulosis

Angka insiden tuberkulosis Indonesia pada tahun 2018 sebesar 316 per 100.000 penduduk dan angka kematian penderita tuberkulosis sebesar 40 per 100.000 penduduk. (*Global Tuberculosis Report WHO, 2018*). Pada Tahun 2022, Jumlah kasus Tuberkulosis di Kabupaten Kubu Raya yang dilaporkan sebanyak 526.3 Kasus dari total jumlah penduduk sebanyak 23.783 Jiwa (CDR 26,1%). Angka ini menurun bila dibandingkan tahun 2019 sebesar 639 Kasus dari 579.331 Jiwa (CDR 34,9%).

b. Kasus Tuberkulosis Ditemukan

Pada tahun 2022 jumlah kasus tuberkulosis yang ditemukan sebanyak 8 kasus, naik bila dibandingkan semua kasus tuberkulosis yang ditemukan pada tahun 2020 .

Gambar 6. 1. Jumlah Penemuan Kasus TB+ di Puskesmas Parit timur Tahun 2022



Sumber: Program TB Puskesmas, 2022

c. Cakupan Pengobatan Semua Kasus Tuberkulosis (*Care Detection Rate/CDR*) yang Diobati

Case Detection Rate (CDR) adalah jumlah semua kasus tuberkulosis yang diobati dan dilaporkan di antara perkiraan jumlah semua kasus baru tuberkulosis. *CDR* menggambarkan seberapa banyak kasus tuberkulosis yang terjangkau oleh program.

Gambar 6.2. menunjukkan bahwa *Case Detection Rate* kasus tuberkulosis pada tahun 2021 sebesar 3 kasus yang relatif tetap jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya.

d. Angka Keberhasilan Pengobatan

Angka keberhasilan pengobatan (*Success Rate*) merupakan indikator yang digunakan untuk mengevaluasi pengobatan tuberkulosis. Angka keberhasilan pengobatan yaitu jumlah semua kasus tuberkulosis yang sembuh dan yang mendapat pengobatan lengkap di antara semua kasus tuberkulosis yang diobati dan dilaporkan.

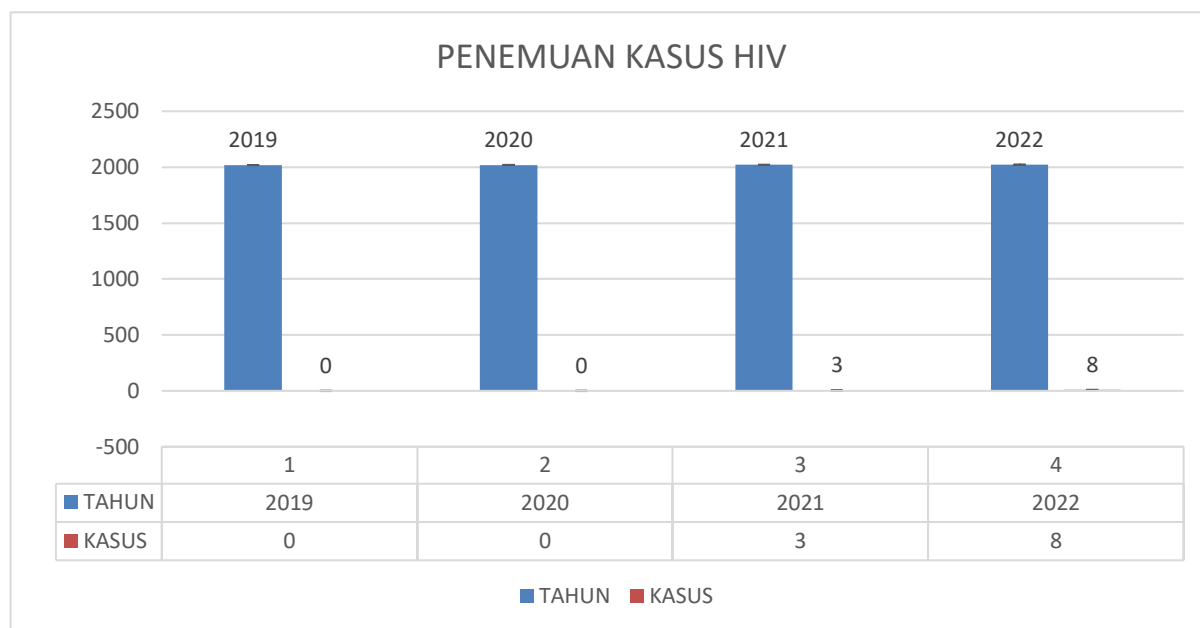
2. HIV dan AIDS

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh. Infeksi tersebut menyebabkan penderita mengalami penurunan kekebalan sehingga sangat mudah untuk terinfeksi berbagai macam penyakit lain. Sedangkan AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*) yaitu sekumpulan gejala berkurangnya kemampuan pertahanan diri yang disebabkan oleh masuknya virus HIV.

Program pengendalian HIV di Indonesia bertujuan untuk: 1) Menurunkan hingga meniadakan infeksi baru; 2) Menurunkan hingga meniadakan kematian terkait AIDS; dan 3) Menurunkan stigma dan diskriminasi.

Pada Tahun 2020, Insiden Kasus HIV-AIDS pada kelompok 5-14 di Puskesmas Parit timur sebesar 0 kasus, dan pada kelompok umur 25-49 tahun sebesar 3 kasus.

Gambar 6. 5. Insiden Kasus HIV-AIDS pada Kelompok Umur ≤ 4 Tahun di Puskesmas Parit timur Tahun 2019-2022



Sumber: Program HIV Puskesmas, 2022

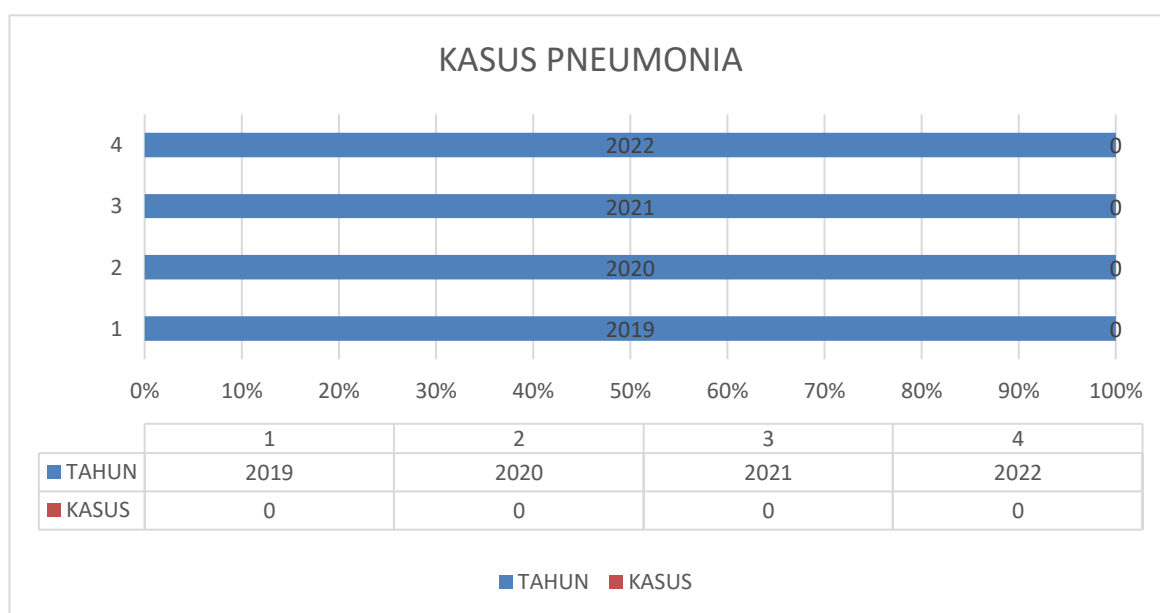
3. Pneumonia

Pneumonia adalah infeksi akut yang mengenai jaringan paru-paru (alveoli) yang dapat disebabkan oleh berbagai mikroorganisme seperti virus, jamur dan bakteri. Sampai saat ini program dalam pengendalian pneumonia lebih diprioritaskan pada pengendalian pneumonia balita. Pneumonia pada balita ditandai dengan batuk dan atau tanda kesulitan bernapas yaitu adanya nafas cepat, kadang disertai tarikan dinding dada bagian bawah kedalam (TDDK), dengan frekuensi nafas berdasarkan usia penderita:

- < 2 bulan: ≤ 60 /menit,
- 2 - < 12 bulan: ≤ 50 /menit,
- 1 - < 5 tahun: ≤ 40 /menit.

Salah satu upaya yang dilakukan untuk mengendalikan penyakit ini yaitu dengan meningkatkan penemuan pneumonia pada balita. Berikut cakupan penemuan kasus pneumonia pada balita di Kabupaten Kubu Raya pada tahun 2014-2020 dapat dilihat pada gambar 6.7 di bawah ini.

Gambar 6. 6. Cakupan Penemuan Kasus Pneumonia pada Anak Balita di Puskesmas Parit timur Tahun 2019-2022



Sumber: Program Pneumonia Puskesmas, 202

Selama kurun waktu 2019-2022, tidak ditemukan kasus pneumonia pada anak balita di Puskesmas Parit timur (Gambar 6.6)

4. Diare

Penyakit Diare merupakan penyakit endemis potensial Kejadian Luar Biasa (KLB) yang sering disertai dengan kematian di Indonesia.

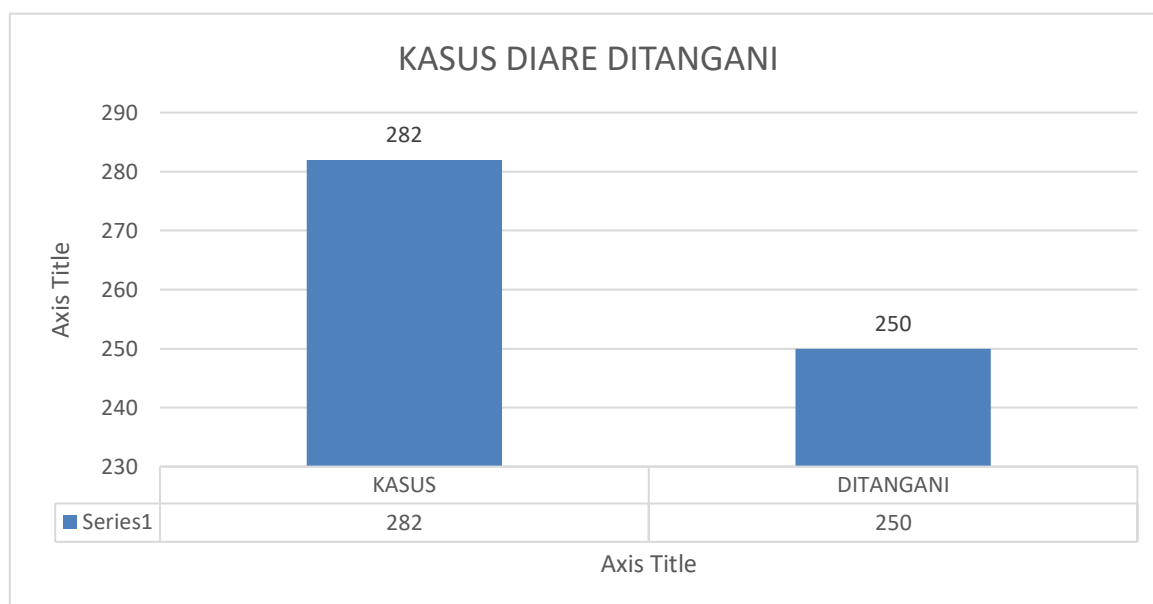
a. Prevalensi Diare

Menurut Riskesdas 2018, prevalensi diare berdasarkan diagnosis tenaga Kesehatan sebesar 6,8% dan berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan atau gejala yang pernah dialami sebesar 8%. Kelompok umur dengan prevalensi diare (berdasarkan diagnosis tenaga Kesehatan) tertinggi yaitu pada kelompok umur 1-4 tahun sebesar 11,5% dan pada bayi sebesar 9%. Kelompok umur 75 tahun ke atas juga merupakan kelompok umur dengan prevalensi tinggi (7,2%). Prevalensi pada perempuan, daerah perdesaan, pendidikan rendah, dan nelayan relatif lebih tinggi dibandingkan pada kelompok lainnya.

b. Cakupan Pelayanan Penderita Diare

Sasaran pelayanan penderita diare pada balita yang datang ke sarana kesehatan ditargetkan oleh program sebesar 20% dari perkiraan jumlah penderita diare pada balita. Sedangkan sasaran pelayanan penderita diare semua umur sebesar 10% dari perkiraan jumlah penderita diare semua umur.

Gambar 6. 7. Cakupan Kasus Diare Semua Umur yang ditemukan dan ditangani di Puskesmas Parit timur 2022



Sumber: Program Diare Puskesmas, 2022

Pada tahun 2022, desa Parit timur paling tinggi kasus diare sebesar 204 kasus dibandingkan dengan desa lainnya, angka ini menurun dibandingkan dengan tahun 2020 dimana desa Parit timur tidak ada kasus.

5. Kusta

Mycobacterium leprae merupakan bakteri penyebab penyakit kusta. Penyakit infeksi kronis ini menyerang kulit, saraf tepi, mukosa saluran pernafasan atas dan mata. Penatalaksanaan kasus kusta yang buruk dapat menyebabkan kusta menjadi progresif, menyebabkan kerusakan permanen pada kulit, saraf, anggota gerak, dan mata.

a. Angka Prevalensi dan Angka Penemuan Kasus Baru

Pada tahun 2000 Indonesia telah mencapai status eliminasi kusta (prevalensi kusta <1 per 10.000 penduduk). Angka prevalensi kusta di Indonesia pada tahun 2019 sebesar 0,74 kasus/10.000 penduduk dan angka penemuan kasus baru sebesar 6,51 kasus per 100.000 penduduk. Tren Angka kejadian dapat dilihat pada Gambar 6.10. Selama satu tahun terakhir terlihat tren penurunan baik pada angka prevalensi maupun angka penemuan kasus baru kusta.

Gambar 6. 8. Jumlah Kasus Kusta Tipe PB dan MB di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2022



Sumber: Program Kusta Puskesmas 2022

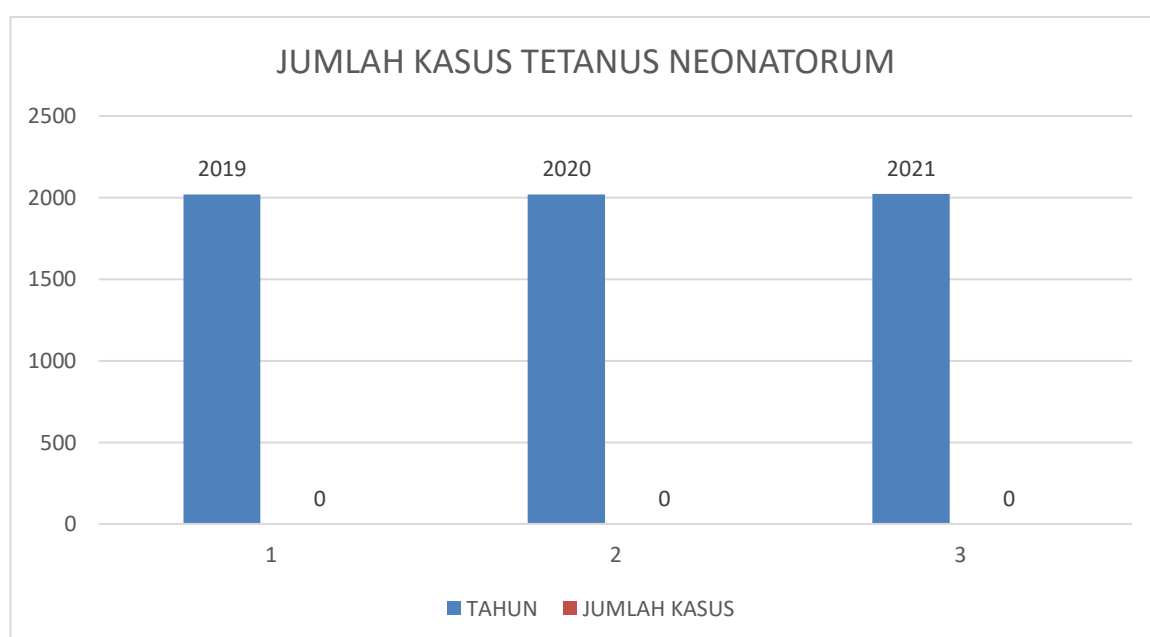
Pada rentang tahun 2018-2020 dilaporkan 2 kasus baru kusta yang ada di desa Parit timur dan Ambawang di antaranya merupakan kusta tipe *Multi Basiler* (MB).

6.2. PENYAKIT YANG DAPAT DICEGAH DENGAN IMUNISASI (PD3I)

1. Tetanus Neonatorum

Tetanus neonatorum merupakan penyakit tetanus yang menyerang bayi yang baru lahir. Bayi baru lahir dapat terkena penyakit tetanus apabila Basil *Clostridium tetani* masuk ke dalam tubuhnya melalui luka. Infeksi ini dapat terjadi akibat pemotongan tali pusat dilakukan dengan alat yang tidak steril. Pada negara berkembang masih banyak ditemukan kasus tetanus neonatorum (TN), khususnya negara dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan yang rendah.

Gambar 6.9. Jumlah Kasus Tetanus Neonatorum di Puskesmas Parit timur Tahun 2022



Sumber: Program Imunisasi Puskesmas 2022

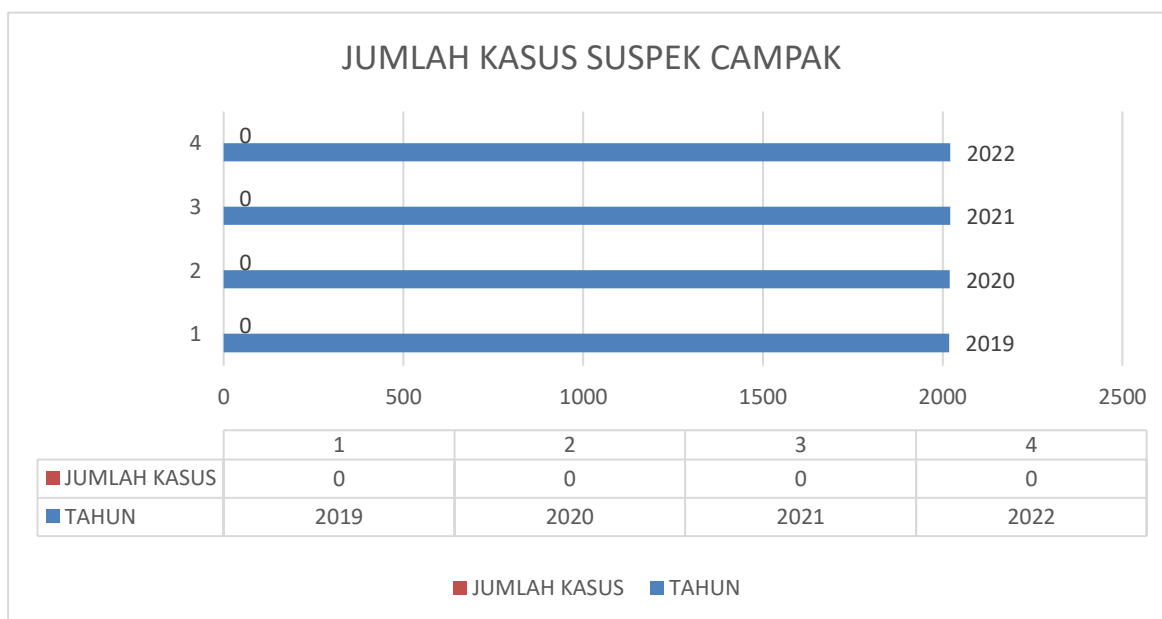
Pada rentang tahun 2019-2022, jumlah kasus Tetanus Neonatorum di Puskesmas Parit timur yaitu sebesar 0 Kasus.

2. Campak

Penyakit campak merupakan penyakit yang sangat menular. Campak menjadi penyebab penting kematian anak-anak di seluruh dunia. Kelompok anak usia pra sekolah dan usia SD merupakan kelompok rentan tertular penyakit campak. Penyakit campak disebabkan oleh virus dari genus Morbillivirus dan termasuk golongan *Paramyxovirus*. Campak disebut juga *morbili* atau *measles*. Campak ditularkan melalui udara yang terkontaminasi droplet dari hidung, mulut, atau tenggorokan orang yang terinfeksi. Gejala awal biasanya muncul 10-12 hari setelah infeksi, termasuk demam tinggi, pilek, mata merah, dan bintik-bintik putih kecil di bagian dalam mulut. Beberapa hari kemudian, ruam berkembang, mulai pada wajah dan leher bagian atas dan secara bertahap menyebar ke bawah. Campak berat mungkin terjadi pada anak-anak yang menderita kurang gizi,

terutama pada mereka yang kekurangan vitamin A, atau yang sistem kekebalan tubuhnya telah dilemahkan oleh penyakit lain. Komplikasi yang paling serius termasuk kebutaan, ensefalitis (infeksi yang menyebabkan pembengkakan otak), diare berat dan dehidrasi, serta infeksi pernafasan berat seperti pneumonia. Seseorang yang pernah menderita campak akan mendapatkan kekebalan terhadap penyakit tersebut seumur hidupnya.

Gambar 6. 10. Jumlah Kasus Suspek Campak di Puskesmas Parit timur Tahun 2018-2020



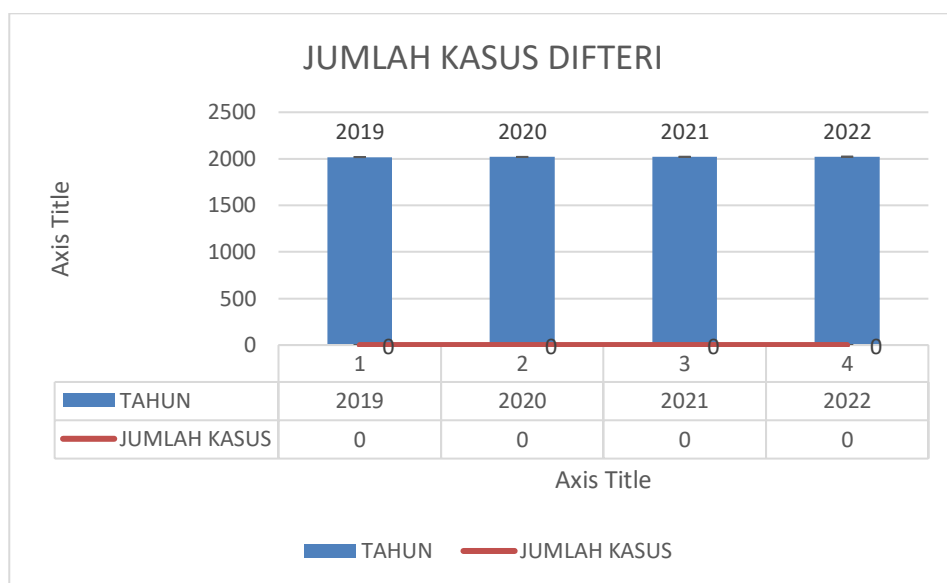
Sumber: Program Imunisasi Puskesmas 2022

Pada rentang tahun 2019-2022, jumlah kasus suspek Campak di Puskesmas Parit timur yaitu sebesar 0 Kasus.

3. Difteri

Penyakit difteri merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri *Corynebacterium diphtheriae* yang terutama menginfeksi tenggorokan dan saluran udara bagian atas, dan menghasilkan racun yang mempengaruhi organ lain. Penyakit ini menyebar melalui kontak fisik langsung, atau melalui pernafasan di udara yang mengandung sekresi dari penderita yang batuk atau bersin. Penyakit difteri dapat menyerang orang yang tidak mempunyai kekebalan, terutama pada anak-anak (1-10 tahun).

Gambar 6. 11. Jumlah Kasus Difteri di Puskesmas Parit timur Tahun 2019-2022



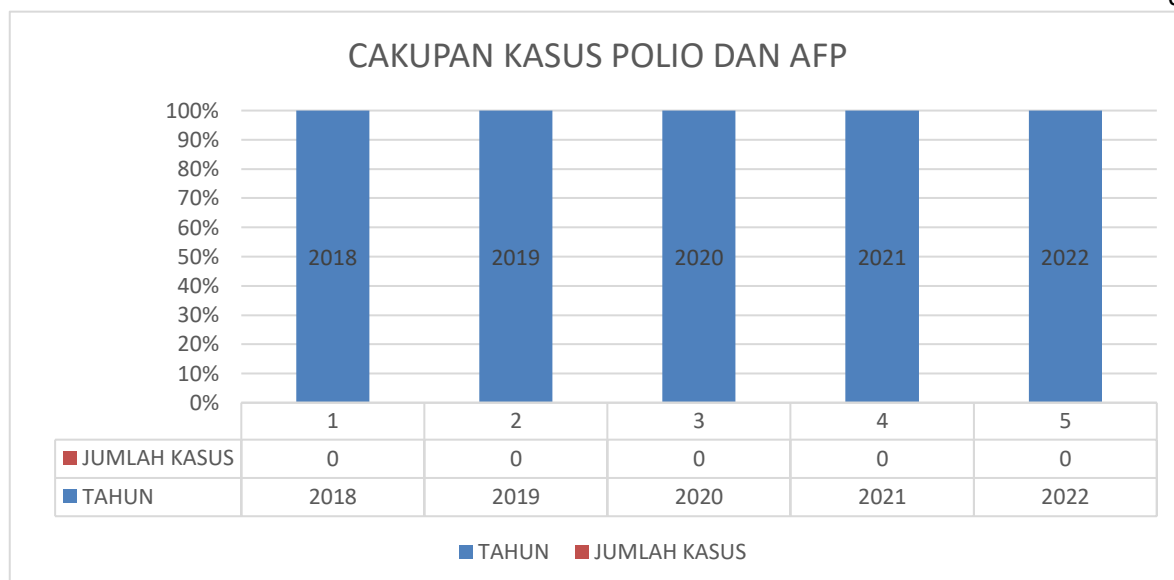
Sumber: Program Imunisasi Puskesmas, 2022

Pada rentang tahun 2019-2022, jumlah kasus Difteri di Puskesmas Parit timur yaitu sebesar 0 Kasus.

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

Polio merupakan penyakit yang sangat menular dan disebabkan oleh virus. Penyakit ini menyerang sistem syaraf, dan dapat menyebabkan kelumpuhan total hanya dalam hitungan jam. Virus ini terutama ditularkan dari orang ke orang melalui fekal-oral. Gejala awal yang terjadi adalah demam, kelelahan, sakit kepala, muntah, kekakuan pada leher, dan nyeri pada tungkai. 1 dari 200 infeksi menyebabkan kelumpuhan permanen (biasanya di bagian tungkai). Diantara mereka yang lumpuh, 5% hingga 10% akan berakhir pada kematian karena kelumpuhan terjadi pada otot-otot pernapasan mereka.

Gambar 6. 12. Cakupan Penemuan Kasus AFP yang ditemukan dan ditangani di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2018-2022



Sumber: Seksi Imunisasi, Surveilans dan Penanggulangan Bencana 2022

Pada rentang tahun 2018-2022, jumlah penemuan kasus AFP di Puskesmas Parit timur yaitu sebesar 0 Kasus.

Pada tahun 2019 pemerintah melalui Kementerian Kesehatan telah melakukan berbagai upaya dalam mencegah dan mengendalikan penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I). upaya-upaya tersebut yaitu sebagai berikut.

- 1) Meningkatkan cakupan imunisasi dasar dan lanjutan, karena imunisasi merupakan pencegahan spesifik dari PD3I;
- 2) Melakukan bimbingan teknis dan supervisi program surveilans dan Imunisasi;
- 3) Melaksanakan peningkatan kapasitas PD3I dalam rangka meningkatkan cakupan surveilans AFP dan Campak-Rubella serta pengendalian Difteri;
- 4) Menyusun, menyediakan, dan mendistribusikan norma, standar, prosedur, dan kriteria (NSPK) untuk program surveilans PD3I;
- 5) Menyediakan dan mendistribusikan media komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) program surveilans PD3I;
- 6) Melaksanakan pertemuan rutin dengan Komisi Ahli (Komli) Difteri, Komli Campak-Rubella/CRS, Komli surveilans AFP dan Komli Eradikasi Polio (ERAPO), untuk membahas hal-hal penting dan mendesak dalam rangka pengendalian PD3I;
- 7) Melaksanakan pertemuan jejaring laboratorium Difteri, Campak-Rubella/CRS, dan Polio; dan
- 8) Melakukan pendampingan Penyelidikan Epidemiologi penyakit potensial KLB termasuk PD3I ke daerah-daerah.

6.3. PENYAKIT TULAR VEKTOR DAN ZOONOSIS

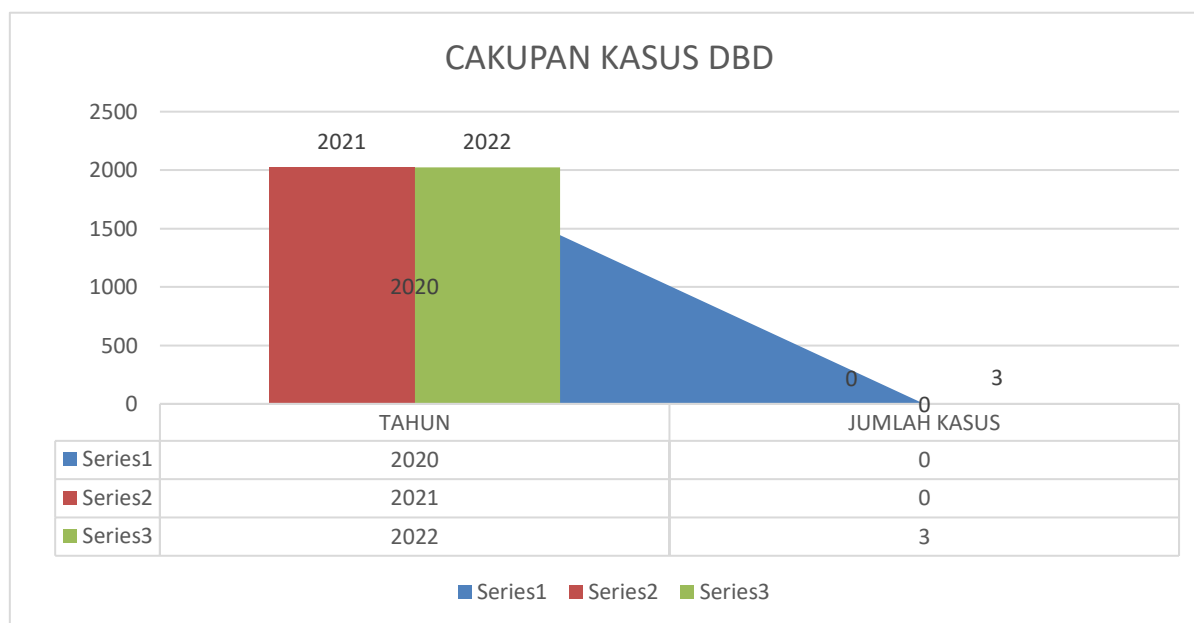
1. Demam Berdarah Dengue (DBD)

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh virus *Dengue* dan ditularkan melalui vektor nyamuk dari spesie *Aedes aegypti* atau *Aedes albopictus*. Peran vektor dalam penyebaran penyakit menyebabkan kasus banyak ditemukan pada musim hujan ketika munculnya banyak genangan air yang menjadi tempat perindukan nyamuk. Selain iklim dan kondisi lingkungan, beberapa studi menunjukkan bahwa DBD berhubungan dengan mobilitas dan kepadatan penduduk, dan perilaku masyarakat. Faktor-faktor yang mempengaruhi tersebut menjadi landasan dalam upaya pencegahan dan pengendalian DBD.

a. Kesakitan dan Kematian Akibat DBD

Kasus DBD ditegakkan dengan diagnosa yang terdiri dari gejala klinis dan hasil laboratorium yang megindikasikan penurunan trombosit $< 100.000/\text{mm}^3$ dan adanya kebocoran plasma yang ditandai dengan peningkatan hematokrit $> 20\%$.

Gambar 6. 15. Jumlah Kasus Demam Berdarah di Puskesmas Parit timur Tahun 2020-2022



Sumber: Program DBD Puskesmas, 2022

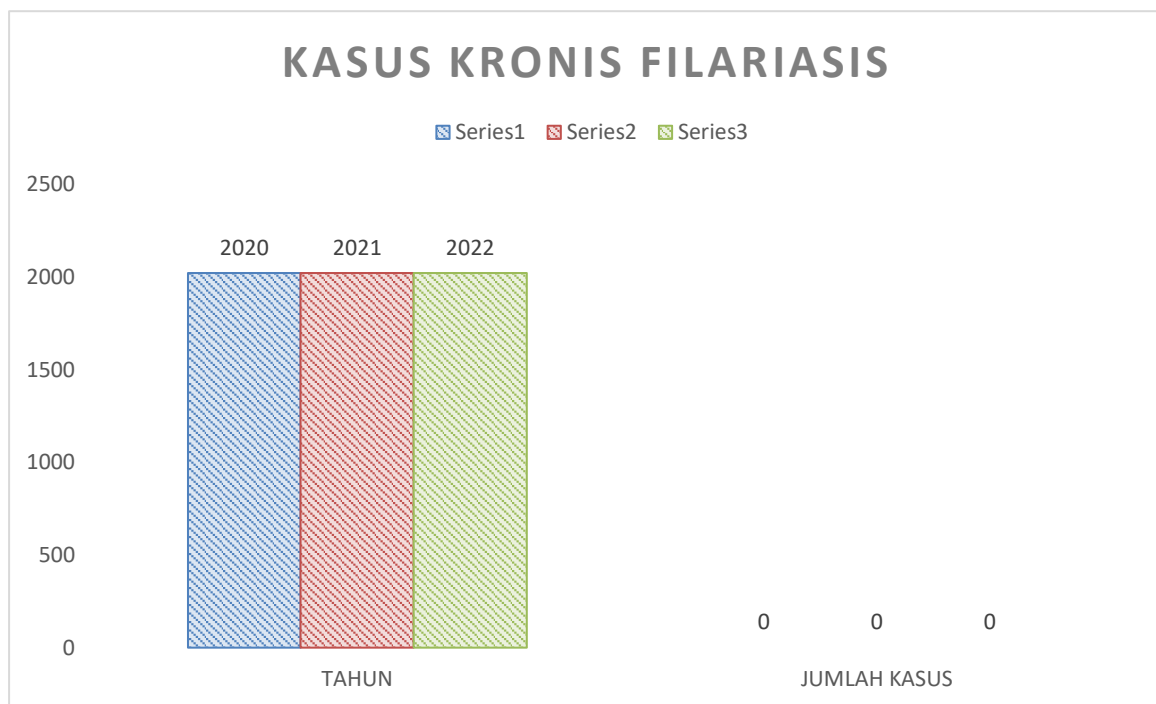
Pada tahun 2022 tidak ada kasus DBD di wilayah kerja Puskesmas Parit timur (Gambar 6.15)

2. Filariasis

Filariasis adalah penyakit menular menahun yang disebabkan oleh cacing filaria dan ditularkan melalui nyamuk. Di Indonesia, cacing filaria terdiri dari tiga spesies yaitu *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* dan *Brugia timori*. Penyakit ini menginfeksi jaringan limfe (getah bening). Filariasis menular melalui gigitan nyamuk yang mengandung cacing filaria dalam tubuhnya. Dalam tubuh manusia, cacing tersebut tumbuh menjadi cacing dewasa dan menetap di jaringan limfe sehingga menyebabkan pembengkakan di kaki, tungkai, payudara, lengan dan organ genital.

WHO menetapkan kesepakatan global sebagai upaya untuk mengeliminasi filariasis pada tahun 2020 (*The Global Goal of Elimination of Lymphatic Filariasis as a Public Health problem by The Year 2020*). Saat ini di dunia terdapat 1,3 miliar penduduk yang berisiko tertular penyakit filariasis atau yang dikenal juga dengan penyakit kaki gajah yang berada pada lebih dari 83 negara dan 60% kasus berada di Asia Tenggara.

Gambar 6. 16. Jumlah Kasus Kronis Filariasis di Puskesmas Parit timur Tahun 2018-2022



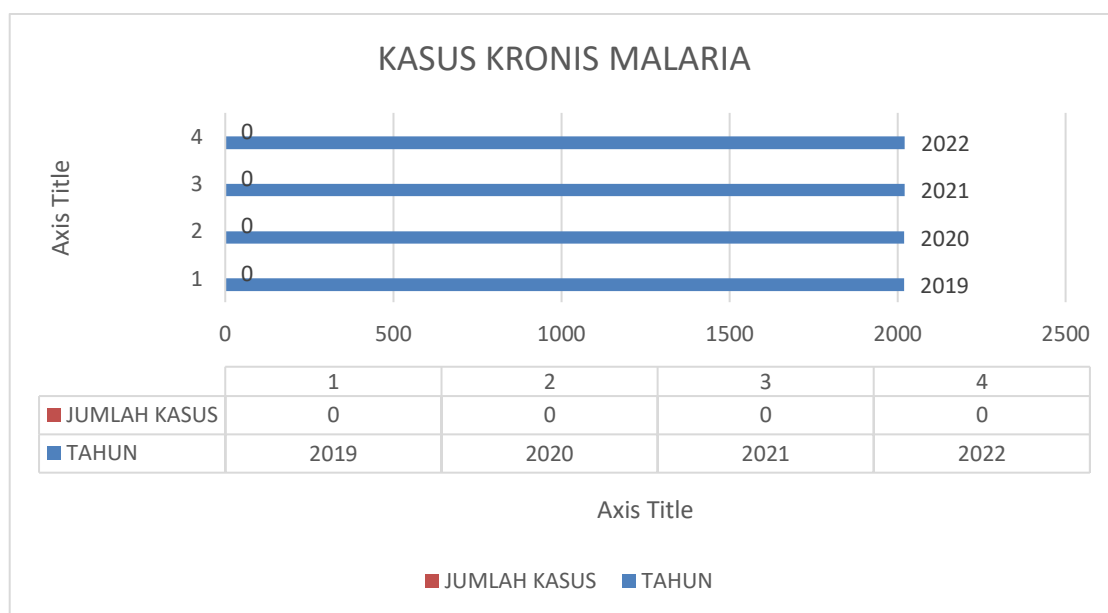
Sumber: Program Filariasis Puskesmas 2022

Pada tahun 2018-2020 di Puskesmas Parit timur tidak ada kasus kronis Filariasis ini dapat dilihat pada gambar 6.16

3. Malaria

Malaria merupakan penyakit menular yang disebabkan Plasmodium yang terdiri dari banyak spesies, namun yang pada umumnya menyebabkan malaria adalah *Plasmodium vivax*, *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium malariae*, dan *Plasmodium ovale*. Penyakit malaria ditularkan oleh nyamuk *Anopheles* yang di dalam tubuhnya mengandung *Plasmodium*. Penyebaran dan endemisitas Malaria sangat dipengaruhi oleh keberadaan tempat perindukan nyamuk *Anopheles* sebagai vektor penular. Malaria menjadi salah satu penyakit menular selain HIV AIDS dan Tuberkulosis yang pengendaliannya menjadi bagian dari tujuan Sustainable Development Goals (SDGs) sebagai komitmen global yang harus dicapai pada akhir tahun 2030. Pada tingkat nasional program eliminasi malaria ditetapkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 293/Menkes/SK/IV/2009 tanggal 28 April 2009 tentang “Eliminasi Malaria di Indonesia”. Target program eliminasi malaria adalah seluruh wilayah di Indonesia bebas dari malaria selambat-lambatnya tahun 2030.

Gambar 6. 18. Angka Kesakitan Malaria di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2018-2022



Sumber: Program Malaria Puskesmas, 2022

Penilaian eliminasi malaria diawali dari tingkat kabupaten/kota. Sejak tahun 2014 terdapat sembilan kecamatan di Kabupaten Kubu Raya telah dinyatakan bebas malaria. Dan dari tahun 2019-2021 Puskesmas Parit timur tidak memiliki kasus kesakitan malaria.

6.4. PENYAKIT TIDAK MENULAR

Penyakit tidak menular (PTM) merupakan penyakit yang tidak disebabkan oleh infeksi mikroorganisme seperti protozoa, bakteri, jamur, maupun virus. Penyakit jenis ini bertanggungjawab terhadap sedikitnya 70% kematian di dunia. Meskipun tidak dapat ditularkan dari orang ke orang maupun dari binatang ke orang, lemahnya pengendalian faktor risiko dapat berpengaruh terhadap peningkatan kasus setiap tahun. Hal ini sejalan dengan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, 2013, dan 2018 yang menunjukkan kecenderungan peningkatan prevalensi PTM seperti diabetes, hipertensi, *stroke*, dan penyakit sendi/rematik/encok.

Secara nasional hasil Riskesdas 2018 menunjukkan bahwa prevalensi penduduk dengan tekanan darah tinggi sebesar 34,11%. Prevalensi tekanan darah tinggi pada perempuan (36,85%) lebih tinggi dibanding dengan laki-laki (31,34%). Prevalensi di perkotaan sedikit lebih tinggi (34,43%) dibandingkan dengan perdesaan (33,72%). Prevalensi semakin meningkat seiring dengan pertambahan umur.

Prevalensi obesitas (Indeks Massa Tubuh atau IMT ≥ 25 – 27 dan IMT ≥ 27) pada penduduk usia ≥ 15 tahun sebesar 35,4%, sedangkan penduduk *obese* dengan IMT ≥ 27 saja sebesar 21,8%. Pada penduduk usia ≥ 15 tahun yang obesitas, prevalensi lebih tinggi pada perempuan (29,3%) dibandingkan pada laki-laki (14,5%). Prevelansi lebih tinggi di perkotaan (25,1%) daripada perdesaan (17,8%). Sedangkan menurut kelompok umur, obesitas tertinggi pada kelompok umur 40-44 tahun (29,6%).

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

Upaya pengendalian PTM juga dilakukan melalui implementasi Kawasan Tanpa Rokok di sekolah-sekolah, hal ini sebagai upaya penurunan prevalensi perokok ≤ 18 tahun. Upaya pengendalian PTM tidak akan berhasil jika hanya dilakukan oleh Dinas Kesehatan tanpa dukungan seluruh jajaran lintas sektor, baik pemerintah, swasta, organisasi profesi, organisasi kemasyarakatan, bahkan seluruh lapisan masyarakat.

Untuk menurunkan kecenderungan peningkatan kasus PTM tersebut, tentu saja dibutuhkan program pengendalian yang dalam hal ini telah dan terus dilakukan oleh Dinas Kesehatan.

1. Meningkatnya Upaya Pengendalian PTM di Puskesmas

Puskesmas berada di garda terdepan dalam penyediaan upaya pelayanan kesehatan masyarakat yang di dalamnya mencakup pengendalian PTM. Upaya Pengendalian PTM di Puskesmas dilakukan dengan membentuk Puskesmas Pandu PTM. Puskesmas Pandu PTM adalah Puskesmas yang melaksanakan pencegahan dan pengendalian PTM secara komprehensif dan terintegrasi melalui Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP).

Sampai dengan tahun 2020, terdapat 20 puskesmas yang ada di Kabupaten Kubu Raya melaksanakan PTM secara terpadu melalui program Puskesmas Pandu PTM. Terdapat 1 Puskesmas yang telah melaksanakan Pandu PTM, yaitu Puskesmas Sungai Durian. Sedangkan 19 Puskesmas lainnya belum melaksanakan Pandu PTM.

2. Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM)

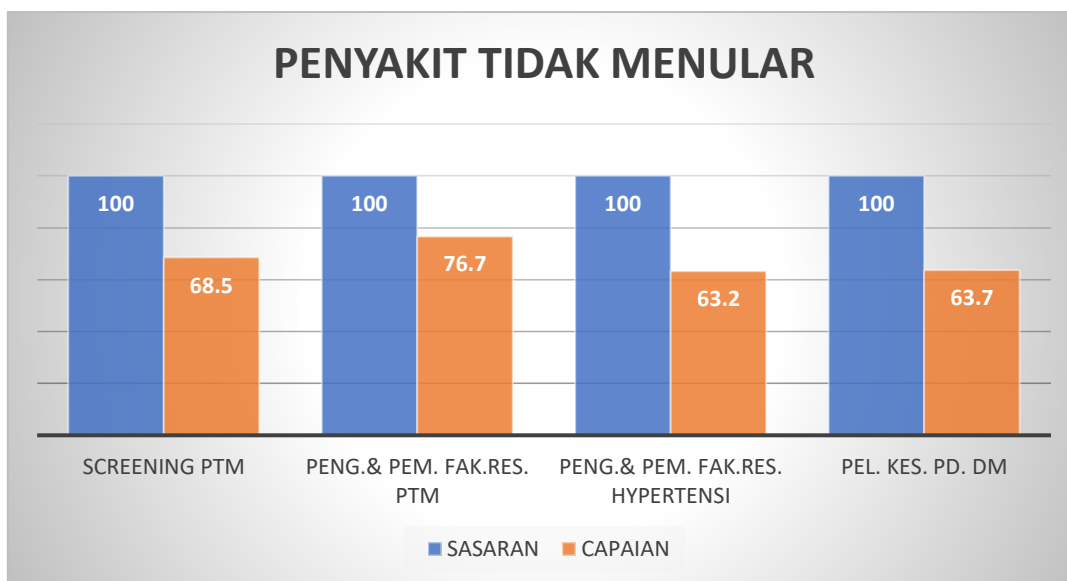
Salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) adalah Pos Pembinaan Terpadu PTM (Posbindu PTM). Posbindu PTM memberdayakan masyarakat aktif melakukan upaya deteksi dini dan pemantauan faktor risiko PTM. Ini berarti kegiatan posbindu merupakan kegiatan dari, oleh dan untuk masyarakat. Utamanya kegiatan ini dilaksanakan secara terpadu, rutin, dan periodik. Kegiatan Posbindu PTM menasar kelompok masyarakat sehat, berisiko dan penyandang PTM berusia 15 tahun ke atas. Keterlibatan masyarakat pada Posbindu PTM dilakukan secara terintegrasi dan rutin di lingkungan tempat tinggal dalam wadah desa/kelurahan siaga aktif, di lingkungan tempat kerja ataupun di organisasi/ lembaga lainnya.

Puskesmas Parit timur mempunyai 7 Posbindu Aktif yang tersebar di 7 Desa yaitu : Desa Pinang Luar, Desa Pinang Dalam, Desa Parit timur, Desa Pelita Jaya, Desa Ambawang, Desa Kampung Baru dan Desa Sepakat Baru

3. Pelayanan Skrining Usia Produktif

Pelayanan skrining usia produktif merupakan Pelayanan Skrining faktor risiko pada usia produktif yang dilakukan minimal 1 kali dalam setahun untuk penyakit menular dan penyakit tidak menular meliputi pengukuran tinggi badan, berat badan dan lingkar perut, pengukuran tekanan darah, pemeriksaan gula darah, dan anamnesa perilaku berisiko. Pelayanan edukasi pada usia produktif adalah Edukasi yang dilaksanakan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan/atau UKBM. Penetapan sasaran usia produktif (berusia 15-59 tahun) di wilayah kabupaten/kota dalam satu tahun menggunakan data proyeksi BPS atau data riil yang diyakini benar, dengan mempertimbangkan estimasi dari hasil survei/ riset yang terjamin validitasnya, yang ditetapkan oleh Kepala Daerah.

Gambar 6. 19. Persentase Pelayanan Skrining Usia Produktif di Puskesmas Parit timur Tahun 2022



Sumber: Program PTM Puskesmas, 2022

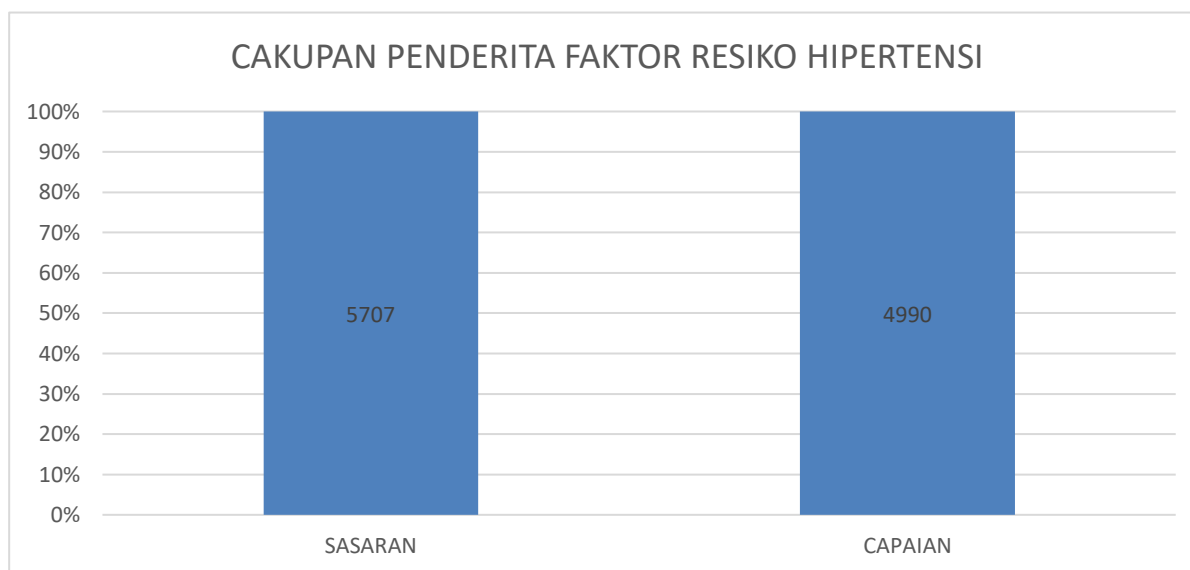
Gambar 6.19 menunjukkan jumlah penduduk usia produktif di Puskesmas Parit timur yang telah diberikan pelayanan skrining usia produktif pada Tahun 2022 paling banyak dilakukan di desa Parit timur sebanyak 10.453 orang

4. Pelayanan Kesehatan Penderita Hipertensi

Setiap penderita Hipertensi mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar. Pemerintah Kabupaten/Kota mempunyai kewajiban untuk memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar kepada seluruh penderita Hiperetensi usia 15 tahun keatas sebagai upaya pencegahan sekunder di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun. Pelayanan kesehatan penderita Hipertensi sesuai standar meliputi: 1) Pengukuran tekanan darah dilakukan minimal satu kali sebulan di fasilitas pelayanan kesehatan; 2) Tekanan Darah Sewaktu (TDS) lebih dari 140 mmHg ditambahkan pelayanan terapi farmakologi 3) Edukasi perubahan gaya hidup dan/atau kepatuhan minum obat; dan 4) Melakukan rujukan jika diperlukan.

Perhitungan capaian pelayanan kesehatan penderita Hipertensi yaitu Jumlah penderita Hipertensi usia ≥ 15 tahun di dalam wilayah kerjanya yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun dibagi dengan Jumlah estimasi penderita hipertensi usia ≥ 15 tahun yang berada di dalam wilayah kerjanya berdasarkan angka prevalensi kab/kota dalam kurun waktu satu tahun yang sama dikalikan dengan 100%.

Gambar 6. 20. Jumlah Penderita Hipertensi mendapatkan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Parit timur Tahun 2022



Sumber: Program PTM Puskesmas 2022

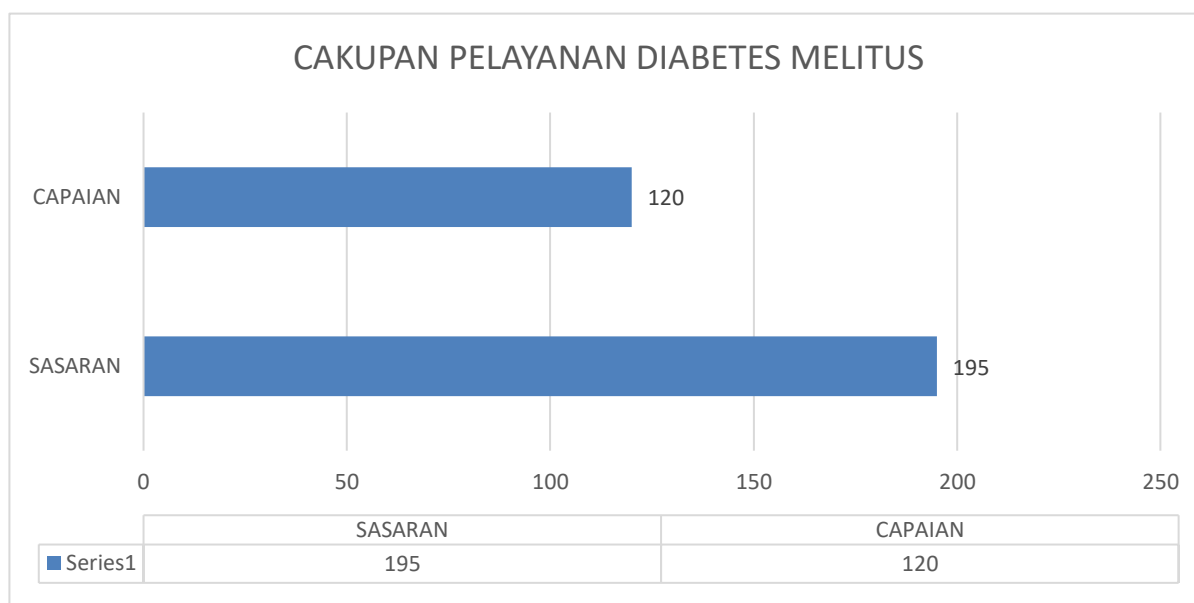
Gambar 6.20 menunjukkan jumlah penderita Hipertensi mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar di Puskesmas Parit timur pada Tahun 2022, dan yang paling banyak mendapatkan pelayanan Kesehatan hipertensi sesuai standar adalah di desa Parit timur sebanyak 134 orang.

5. Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Melitus

Setiap penderita diabetes melitus mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar. Pemerintah Kabupaten/Kota mempunyai kewajiban untuk memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar kepada seluruh penderita Diabetes Melitus (DM) usia 15 tahun ke atas sebagai upaya pencegahan sekunder di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun. Pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus sesuai standar meliputi: 1) Pengukuran gula darah; 2) Edukasi 3) Terapi farmakologi.

Perhitungan capaian pelayanan kesehatan penderita Diabetes Melitus yaitu Jumlah penderita diabetes mellitus usia ≥ 15 tahun di dalam wilayah kerjanya yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun dibagi dengan Jumlah estimasi penderita diabetes mellitus usia ≥ 15 tahun yang berada di dalam wilayah kerjanya berdasarkan angka prevalensi kab/kota dalam kurun waktu satu tahun yang sama dikalikan dengan 100%.

Gambar 6. 21. Jumlah Penderita Diabetes Mellitus mendapatkan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Parit timur Tahun 2022



Sumber: Program PTM Puskesmas 2022

Gambar 6.21 menunjukkan jumlah penderita diabetes melitus mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar di Puskesmas Parit timur pada Tahun 2022, 135 orang.

6.5. KESEHATAN JIWA DAN NAPZA

1. Jumlah Puskesmas yang menyelenggarakan Upaya Kesehatan Jiwa

Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama akan menjadi unit terdepan dalam upaya pencapaian target-target PIS-PK dan SPM, sehingga diharapkan tenaga kesehatan di puskesmas dapat melakukan deteksi dini terkait masalah kejiwaan, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Kab/kota yang memiliki puskesmas yang menyelenggarakan upaya kesehatan jiwa, adalah kabupaten/kota yang memiliki minimal 1 puskesmas di wilayahnya dengan kriteria:

- 1) Memiliki minimal 2 (dua) tenaga kesehatan terlatih kesehatan jiwa (dokter dan perawat),
- 2) Melaksanakan upaya promotif kesehatan jiwa dan preventif terkait kesehatan jiwa yang terintegrasi dengan program kesehatan puskesmas lainnya,

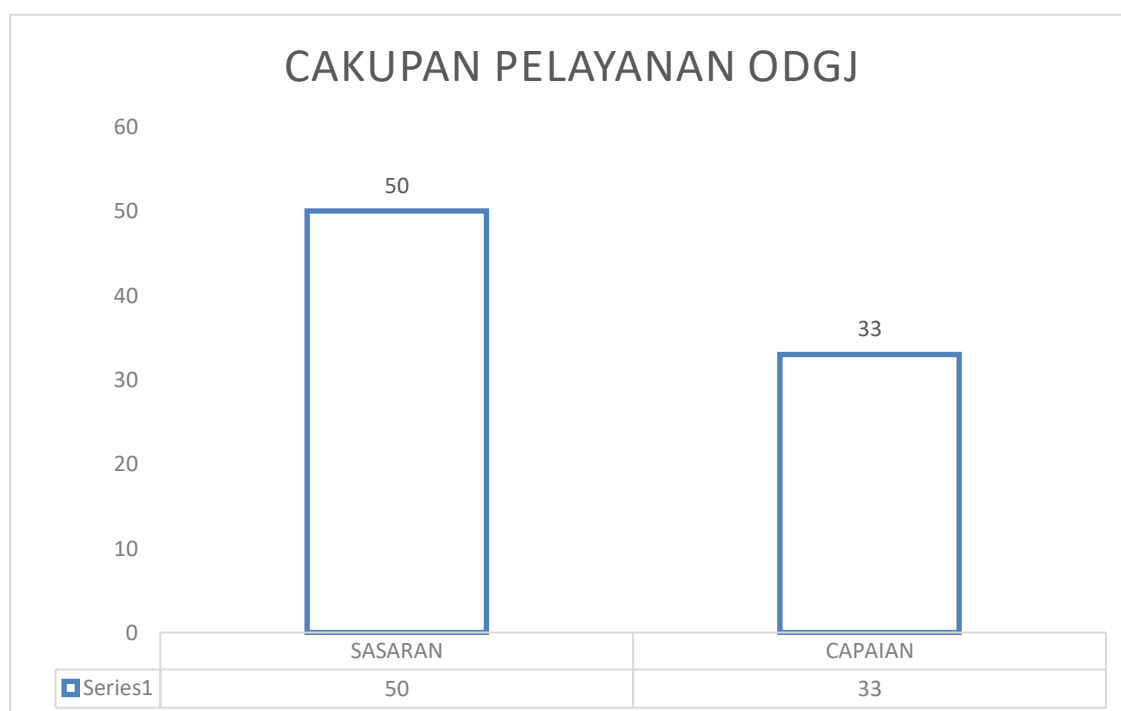
- 3) Melaksanakan deteksi dini, penegakkan diagnosis, penatalaksanaan awal dan pengelolaan rujukan balik kasus gangguan jiwa.

Dalam sistem informasi puskesmas ada beberapa penyakit terkait gangguan jiwa seperti demensia, gangguan anxiety, gangguan depresi, gangguan psikotik, gangguan penggunaan napza, gangguan perkembangan dan perilaku pada anak dan remaja, insomnia. Selain itu dalam PIS-PK dan SPM terdapat indikator “Gangguan jiwa berat di obati dan tidak ditelantarkan”, dan “Pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat”.

Data WHO pada tahun 2016, secara global, terdapat sekitar 35 juta orang yang mengalami depresi, 60 juta orang dengan gangguan bipolar, 21 juta orang dengan Skizofrenia, dan 47,5 juta orang dengan demensia.

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 menyebutkan bahwa di Indonesia terdapat 66,00 ‰ rumah tangga yang memiliki penderita gangguan jiwa. Angka ini mengindikasikan terdapat 7 rumah tangga dengan penderita ODGJ di tiap 1.000 rumah tangga, sehingga jumlahnya diperkirakan sekitar 450 ribu ODGJ berat. Dampak dari gangguan jiwa akan menimbulkan disabilitas dan bisa menurunkan produktivitas masyarakat dan beban biaya cukup besar. Secara nasional terdapat 5.218 ODGJ berat yang di pasung pada tahun 2019.

Gambar 6. 22. Jumlah orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar di Puskesmas Parit timur 2022



Sumber: Program Keswa Puskesmas, 2022

Gambar 6.22 menunjukkan jumlah orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar pada Tahun 2021 sebanyak 49 orang. Dan yang dapata dilayanni sesuai standar sejumlah 27 orang.

BAB VII

KESEHATAN LINGKUNGAN

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

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

Program Lingkungan Sehat bertujuan untuk mewujudkan mutu lingkungan hidup yang lebih sehat melalui pengembangan sistem kesehatan kewilayahan dalam menggerakkan pembangunan lintas sektor berwawasan kesehatan. Standar Baku Mutu Kesehatan Lingkungan dan Persyaratan Kesehatan ditetapkan pada media lingkungan yang meliputi air, udara, tanah, pangan, sarana dan bangunan, serta vektor dan binatang pembawa penyakit. Pencapaian tujuan penyehatan lingkungan merupakan akumulasi berbagai pelaksanaan kegiatan dari berbagai lintas sektor, peran swasta dan masyarakat dimana pengelolaan kesehatan lingkungan merupakan penanganan yang paling kompleks, kegiatan tersebut sangat berkaitan antara satu dengan yang lainnya yaitu dari hulu yang berasal dari kebijakan dan pembangunan fisik dari berbagai lintas sektor ikut serta berperan (Perindustrian, Lingkungan Hidup, Pertanian, Pekerjaan Umum-Perumahan Rakyat dan lainnya) hingga ke hilir yaitu dampak kesehatan. Kementerian Kesehatan sendiri fokus kepada pengelolaan dampak kesehatan.

7.1. PEMENUHAN KUALITAS KESEHATAN LINGKUNGAN

Pengertian kesehatan lingkungan yang adalah upaya pencegahan penyakit dan/atau gangguan kesehatan dari faktor risiko lingkungan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat baik dari aspek fisik, kimia, biologi, maupun sosial. Indikator kualitas kesehatan lingkungan menjadi indikator utama di Direktorat Kesehatan Lingkungan. Indikator kualitas kesehatan lingkungan merupakan komposit dari 6 indikator pelaksana kesehatan lingkungan lainnya. Peningkatan kualitas kesehatan lingkungan pada kabupaten/kota tercapai dengan terpenuhinya minimal 4 dari 6 kriteria yang meliputi:

1. memiliki desa/kelurahan melaksanakan STBM minimal 20%;
2. menyelenggarakan tatanan kabupaten/kota sehat;
3. melakukan pengawasan kualitas air minum minimal 30%;
4. Tempat Pengelolaan Makanan (TPM) memenuhi syarat kesehatan minimal 8 %;
5. Tempat Tempat Umum (TTU) memenuhi syarat kesehatan minimal 30%;
6. rumah sakit melaksanakan pengelolaan limbah medis minimal 10%.

7.2. AIR MINUM

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 492 Tahun 2010 tentang Persyaratan Kualitas Air Minum, air minum adalah air yang melalui proses pengolahan atau tanpa proses pengolahan yang memenuhi syarat kesehatan dan dapat langsung diminum. Air minum yang dikonsumsi masyarakat perlu ditetapkan persyaratan kualitas air minum sehingga tidak menimbulkan gangguan kesehatan.

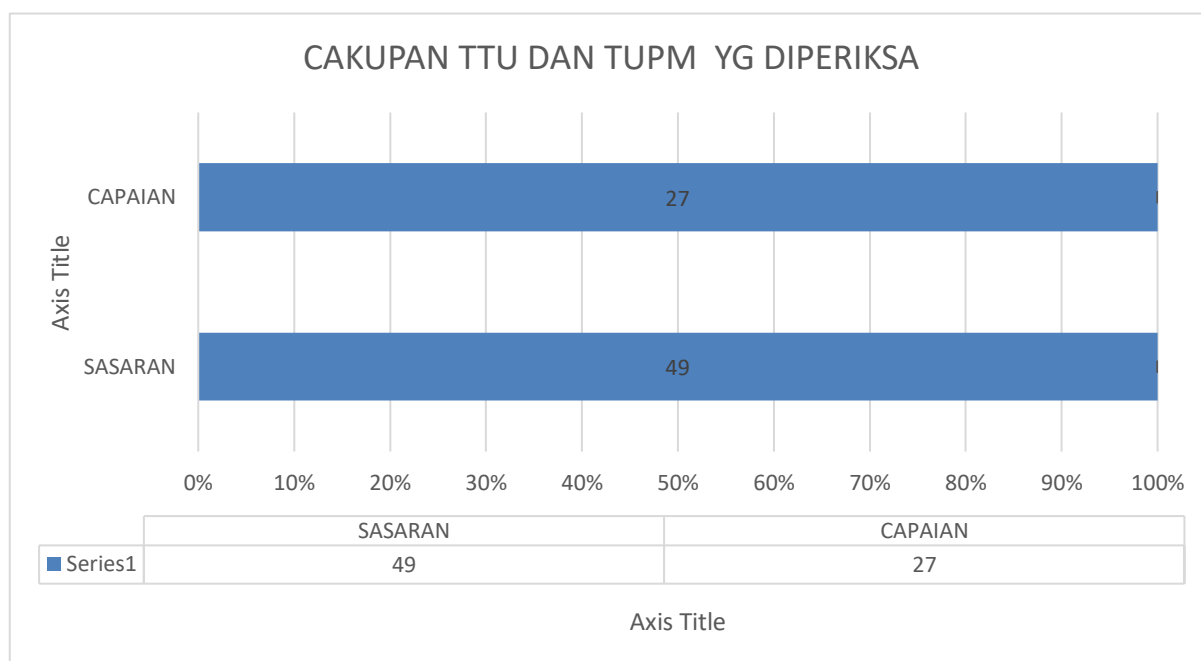
Air minum yang aman (layak) bagi kesehatan menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 492 Tahun 2010 adalah air minum yang memenuhi persyaratan secara fisik, mikrobiologis, kimia, dan radioaktif. Secara fisik, air minum yang sehat adalah tidak berbau, tidak berasa, tidak berwarna serta memiliki total zat padat terlarut, kekeruhan, dan suhu sesuai ambang batas yang ditetapkan. Secara mikrobiologis, air minum yang sehat harus bebas dari bakteri *E.Coli* dan total bakteri koliform. Secara kimiawi, zat kimia yang terkandung dalam air minum seperti besi, aluminium, klor, arsen, dan lainnya harus di bawah ambang batas yang ditentukan. Secara radioaktif, kadar *gross alpha activity* tidak boleh melebihi 0,1 becquerel per liter (Bq/l) dan kadar *gross beta activity* tidak boleh melebihi 1 Bq/l.

Untuk menjaga kualitas air minum yang dikonsumsi masyarakat, diperlukan pengawasan kualitas air minum baik secara eksternal maupun internal. Pengawasan kualitas air minum secara eksternal dilakukan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota atau kantor kesehatan pelabuhan (KKP) khusus untuk wilayah kerja KKP. Pengawasan secara internal dilakukan oleh penyedia air minum yaitu badan usaha milik Negara/badan usaha

milik daerah, koperasi, badan usaha swasta, usaha perorangan, kelompok masyarakat, dan/atau individual yang melakukan kegiatan penyediaan air minum.

Kegiatan pengawasan kualitas air minum menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 492 Tahun 2010 pasal 4 ayat 4 meliputi inspeksi sanitasi, pengambilan sampel air, pengujian kualitas air, analisis hasil pemeriksaan laboratorium, rekomendasi, dan tindak lanjut. Kegiatan yang sudah dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan dalam pengawasan kualitas air minum adalah Inspeksi Kesehatan Lingkungan atau IKL. Pelaksanaan IKL dilakukan oleh tenaga sanitarian puskesmas, kader kesehatan lingkungan, atau kader lain di desa yang telah mendapatkan pelatihan praktis pemantauan kualitas sarana air minum.

Gambar 7. 1. Jumlah sarana air minum yang diawasi/diperiksa kualitas air minumnya sesuai standar di Puskesmas Parit timur Tahun 2022



Sumber: Program Kesling Puskesmas 2022

Pada tahun 2022, Sebanyak 27 TTU dan TUPM yang diperiksa dan di awasi, dari jumlah sasaran sebanyak 49 TTU dan TUPM.

Rumah tangga harus memiliki akses air minum layak dan bersih dalam mendukung kesehatan lingkungan dan kesehatan masyarakat. Kebutuhan air minum, tidak hanya dilihat dari kuantitasnya tetapi juga dari kualitas air minum. Pemenuhan kebutuhan air minum di rumah tangga dapat diukur dari akses air minum layak.

Beberapa faktor yang berpengaruh terhadap akses air minum layak diantaranya adalah:

1. jenis sumber air utama yang digunakan untuk diminum;
2. jenis sumber air utama yang digunakan untuk memasak, mandi, dan mencuci;
3. jarak sumber air ke penampungan limbah/kotoran/tinja terdekat minimal 10 meter.

Akses air minum yang layak dan bersih diperoleh dari sumber air minum yang terlindungi meliputi air ledeng (keran), hydrant umum, keran umum, terminal air, penampungan air hujan atau mata air dan sumur terlindung, sumur bor/pompa yang memiliki jarak minimal 10 meter dari sarana pembuangan kotoran, penampungan limbah, dan tempat penampungan atau pembuangan sampah. Air kemasan, air yang diperoleh dari penjual keliling, serta air dari sumur atau mata air tak terlindung bukan termasuk dalam kriteria akses air minum layak dan bersih.

7.3. AKSES SANITASI LAYAK

Sanitasi yang baik merupakan elemen penting yang menunjang kesehatan manusia. Definisi sanitasi dari WHO merujuk kepada penyediaan sarana dan pelayanan pembuangan limbah kotoran manusia seperti *urine* dan *faeces*. Istilah sanitasi juga mengacu kepada pemeliharaan kondisi higienis melalui upaya pengelolaan sampah dan pengolahan limbah cair. Sanitasi berhubungan dengan kesehatan lingkungan yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Buruknya kondisi sanitasi akan berdampak negatif di banyak aspek kehidupan, mulai dari turunnya kualitas lingkungan hidup masyarakat, tercemarnya sumber air minum bagi masyarakat, meningkatnya jumlah kejadian diare dan munculnya beberapa penyakit.

Menurut Panduan 5 Pilar STBM untuk Masyarakat, jamban sehat adalah jamban yang memenuhi kriteria bangunan dan persyaratan kesehatan. Persyaratan kesehatan yang dimaksud adalah tidak mengakibatkan terjadinya penyebaran bahan-bahan yang berbahaya bagi manusia akibat pembuangan kotoran manusia dan dapat mencegah vektor pembawa untuk menyebarkan penyakit pada pemakai dan lingkungan sekitarnya.

Bangunan jamban disebut sehat apabila memenuhi kriteria bangunan jamban sehat yang terdiri dari:

a. Bangunan atas jamban (dinding dan/atau atap)

Bangunan atas jamban berfungsi untuk melindungi pengguna dari gangguan cuaca dan gangguan lainnya.

b. Bangunan tengah jamban

Lubang pembuangan kotoran berbentuk leher angsa. Pada daerah sulit air, lubang dapat dibuat tanpa kontruksi leher angsa tetapi harus diberi tutup. Lantai jamban terbuat dari bahan kedap air, tidak licin, dan memiliki saluran pembuangan air bekas ke system pembuangan air limbah (SPAL).

c. Bangunan bawah

Bangunan bawah sebagai penampung, pengolah, dan pengurai kotoran/tinja. Bangunan bawah dapat berupa tangki septik dan cubluk. Cubluk hanya boleh digunakan di pedesaan dengan kepadatan penduduk rendah dan sulit air.

7.4. SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT (STBM)

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

Sejak tahun 2006, pemerintah Indonesia melakukan upaya-upaya peningkatan akses sanitasi. Salah satu upaya Kementerian Kesehatan adalah melakukan perubahan arah kebijakan pendekatan sanitasi dari yang sebelumnya memberikan subsidi (*project driven*) menjadipemberdayaan masyarakat yang fokus pada perubahan perilaku Stop Buang Air Besar Sembarangan menggunakan metode *CLTS* (*Community Led Total Sanitation*). Belajar dari pengalaman implementasi *CLTS* melalui berbagai program yang dilakukan oleh pemerintah bersama NGO (*NonGovernmental Organization*), maka pendekatan *CLTS* selanjutnya dikembangkan dengan menambahkan 4 (empat) pilar perubahan perilaku lainnya yang dinamakan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM), selanjutnya Pemerintah menetapkan STBM menjadi kebijakan nasional pada tahun 2008, yang kemudian diperbarui dan diperkuat dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 3 Tahun 2014 tentang STBM. Pendekatan ini telah berkontribusi pada percepatan perubahan perilaku masyarakat dan penyediaan layanan sanitasi yang memenuhi standar kesehatan.

Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2013, peningkatan rata-rata akses sanitasi dari tahun 1993-2006 mencapai 0,78% per tahun. Sejak penerapan *CLTS* (*Community Lead Total Sanitation*) pada tahun 2006 yang kemudian menjadi kebijakan nasional STBM pada tahun 2008 rata-rata peningkatan akses sanitasi per tahun mencapai 3,53%, dan berdasarkan penghitungan Pusat Data dan Informasi dari data BPS 2009-2017 rata-rata peningkatan rumah tangga yang memiliki akses sanitasi layak adalah 2,23% per tahun. STBM diharapkan mampu untuk berkontribusi secara nyata dalam pencapaian akses universal sanitasi di Indonesia pada tahun 2019 yang tercantum dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJMN 2015-2019). Masyarakat menyelenggarakan STBM secara mandiri dengan berpedoman pada Pilar STBM yang bertujuan untuk memutus mata rantai penularan penyakit dan keracunan. Pilar STBM terdiri atas perilaku:

- a. Stop Buang Air Besar Sembarangan;
- b. Cuci Tangan Pakai Sabun;
- c. Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga;
- d. Pengamanan Sampah Rumah Tangga; dan
- e. Pengamanan Limbah Cair Rumah Tangga.

Masyarakat yang didukung oleh pemerintah dan berbagai pihak seperti LSM, swasta, perguruan tinggi, media, dan organisasi sosial lainnya merupakan pelaku utama STBM. Dukungan yang diberikan meliputi pengembangan kapasitas, pengembangan pilihan teknologi, memfasilitasi pengembangan mekanisme jejaring pemasaran, pengembangan media, fasilitasi pemicuan, dan pertemuan-pertemuan pembelajaran antar pihak. Berbagai dukungan tersebut telah terbukti mampu meningkatkan kemandirian masyarakat dalam membangun sarana sanitasi sesuai kemampuan. STBM digunakan sebagai sarana

pemerintah dalam pencapaian akses sanitasi menuju *universal access* pada akhir tahun 2019.

Mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2014, strategi penyelenggaraan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) meliputi 3 (tiga) komponen yang saling mendukung satu dengan yang lain, yang disebut dengan 3 Komponen Sanitasi Total adalah sebagai berikut.

1. Penciptaan lingkungan yang kondusif (*enabling environment*)

Tujuan: menciptakan lingkungan yang mendukung melalui sinergi lintas sektor dan lintas program, penguatan-penguatan melalui regulasi yang mendukung pelaksanaan STBM, dan membangun mekanisme pembelajaran antar daerah.

2. Peningkatan kebutuhan sanitasi (*demand creation*)

Tujuan: meningkatkan kebutuhan masyarakat terhadap sarana sanitasi yang dilakukan melalui kegiatan pemicuan, monitoring, dan penggunaan media komunikasi perubahan perilaku.

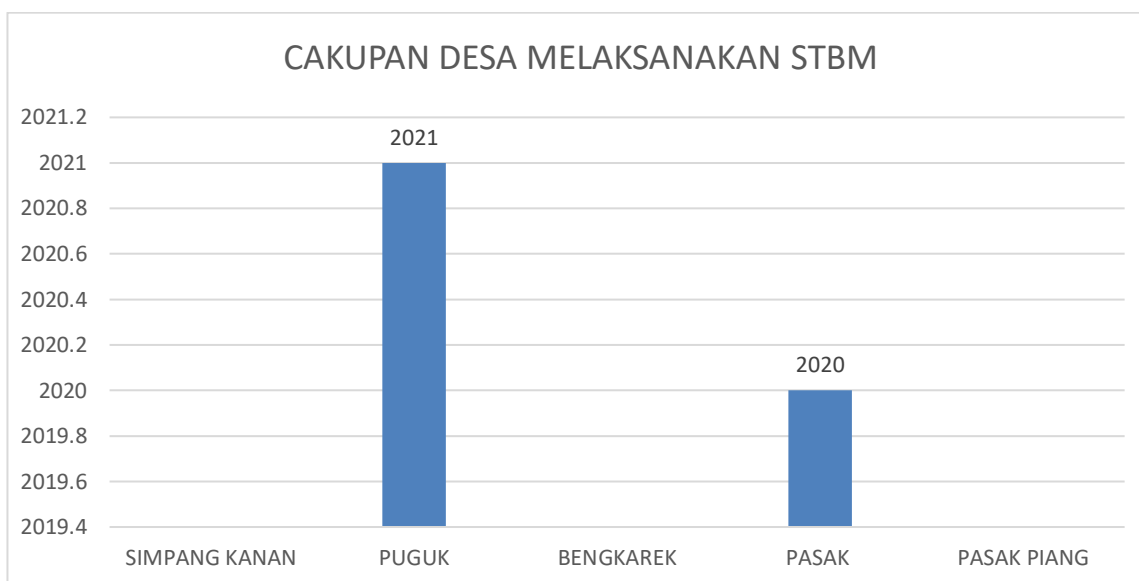
3. Peningkatan penyediaan akses sanitasi (*supply improvement*)

Tujuan: meningkatkan penyediaan sarana sanitasi dengan pilihan yang bervariasi dan terjangkau masyarakat secara luas.

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

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

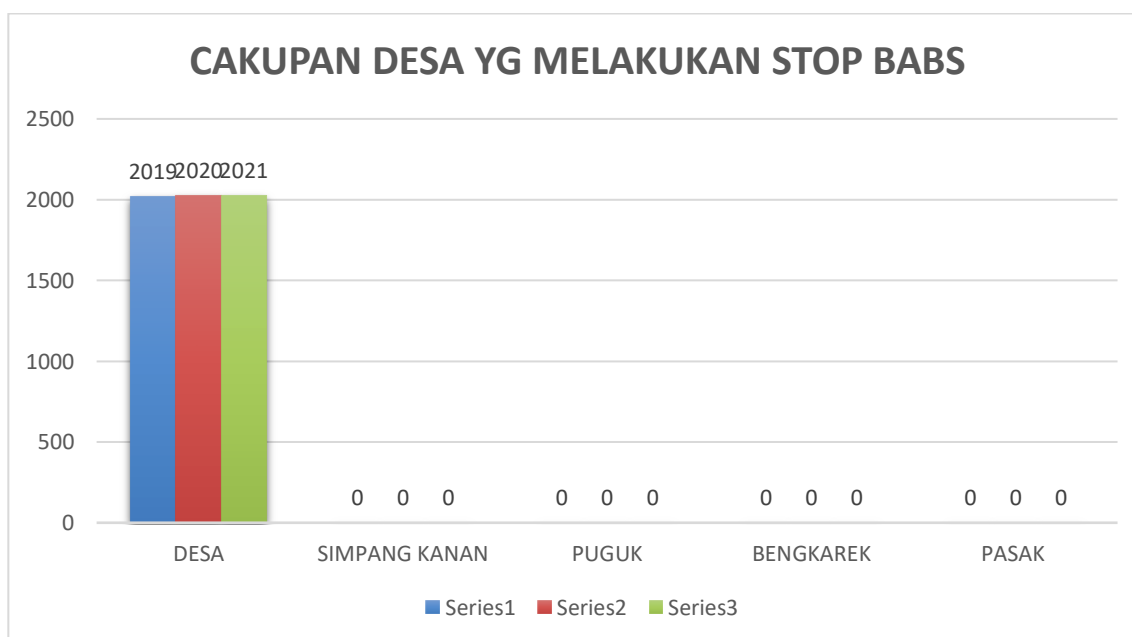
Gambar 7.2. Jumlah desa/kelurahan yang sudah melaksanakan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) di Puskesmas Parit timur Tahun 2020-2022



Sumber: Program Kesehatan Lingkungan Puskesmas, 2021

Pada tahun 2022 jumlah Desa yang telah melaksanakan STBM di Puskesmas Parit timur sebanyak 0 Desa (Gambar 7.2).

Gambar 7. 3. Jumlah Desa yang sudah menerapkan Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) di Puskesmas Parit timur Tahun 2018-2022



Sumber: Program Kesehatan Lingkungan Puskesmas, 2022

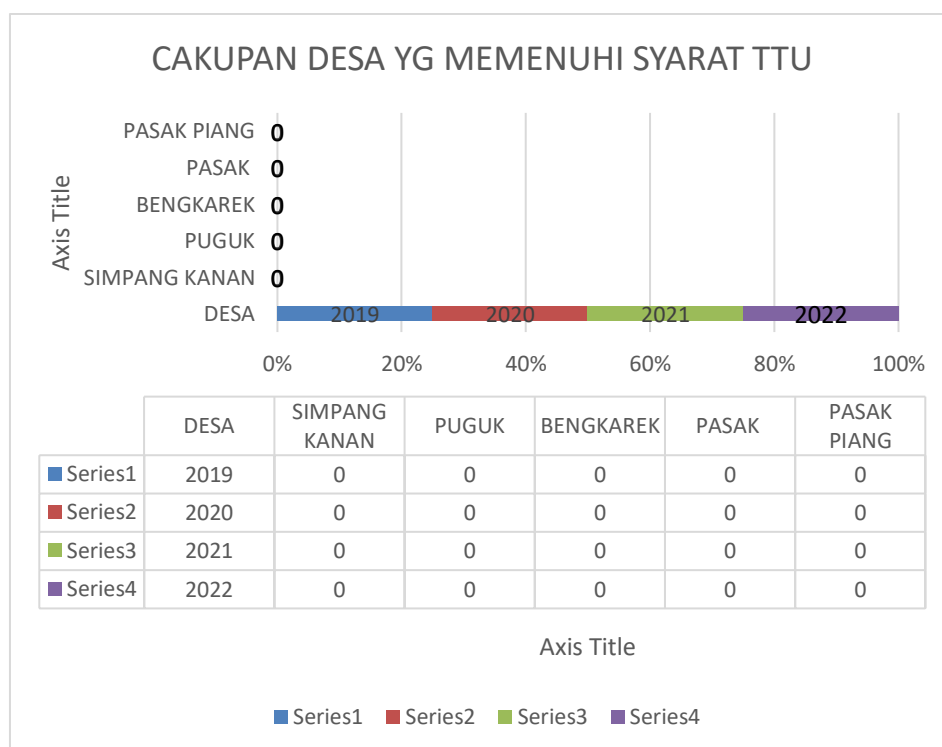
Pada tahun 2019-2022, tidak ada jumlah Desa yang menerapkan Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) di Puskesmas Parit timur (Gambar 7.3).

7.5. TEMPAT-TEMPAT UMUM (TTU) YANG MEMENUHI SYARAT KESEHATAN

Tempat-Tempat Umum (TTU) adalah tempat atau sarana umum yang digunakan untuk kegiatan masyarakat dan diselenggarakan oleh pemerintah/swasta atau perorangan, antara lain pasar rakyat, sekolah, fasyankes, terminal, bandara, stasiun, pelabuhan, bioskop, hotel dan tempat umum lainnya. TTU yang memenuhi syarat kesehatan adalah tempat dan fasilitas umum minimal sarana pendidikan dan pasar rakyat yang memenuhi syarat kesehatan. TTU dinyatakan sehat apabila memenuhi persyaratan fisiologis, psikologis, dan dapat mencegah penularan penyakit antar pengguna, penghuni, dan masyarakat sekitarnya serta memenuhi persyaratan dalam pencegahan terjadinya masalah kesehatan. Pemerintah Daerah minimal wajib mengelola 2 tempat-tempat umum, yaitu:

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

Gambar 7.4. Jumlah Tempat-Tempat Umum (TTU) yang memenuhi syarat kesehatan di Puskesmas Parit timur Tahun 2018-2020



Sumber: Program Kesehatan Lingkungan Puskesmas, 2022

Pada tahun 2022, tidak ada jumlah Tempat-Tempat Umum (TTU) yang memenuhi syarat kesehatan di Puskesmas Parit timur. (Gambar 7.4).

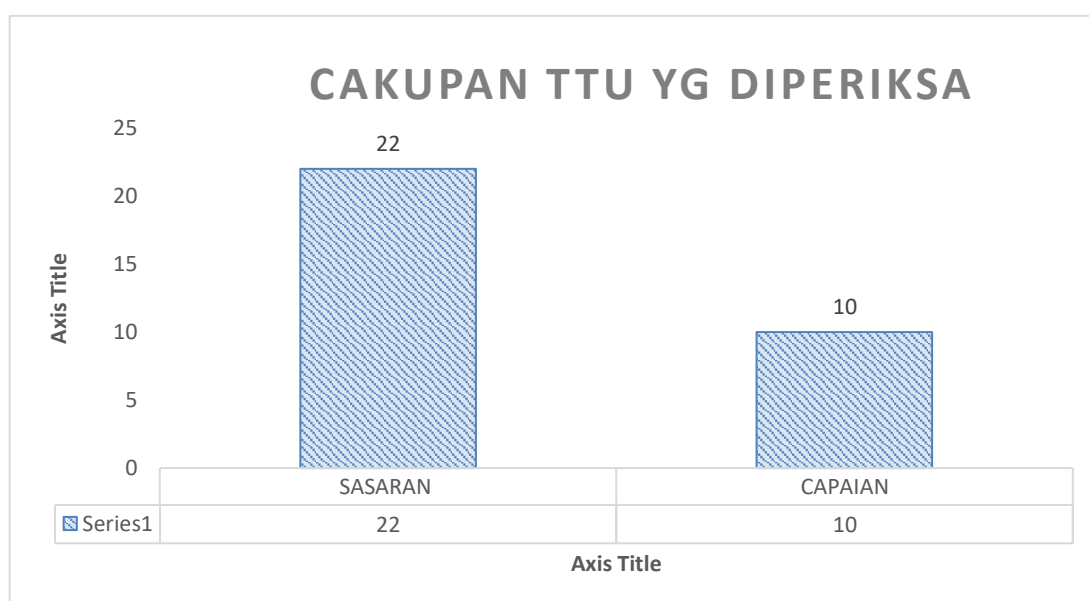
7.6. TEMPAT PENGOLAHAN MAKANAN (TPM)

Tempat Pengelolaan Makanan (TPM) memiliki potensi yang cukup besar untuk menimbulkan gangguan kesehatan atau penyakit bahkan keracunan akibat dari makanan yang dihasilkannya. TPM adalah usaha pengelolaan makanan yang meliputi jasaboga atau catering, rumah makan dan restoran, depot air minum, kantin, dan makanan jajanan. Berdasarkan Kepmenkes Nomor 1098 Tahun 2003 tentang Persyaratan Higiene Sanitasi Rumah Makan dan Restoran. Persyaratan hygiene sanitasi yang harus dipenuhi meliputi:

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

TPM yang dilakukan penilaian untuk memenuhi syarat kesehatan adalah TPM siap saji di antaranya Jasa Boga, Rumah Makan/Restoran, Depot Air Minum, dan Makanan Jajanan/Kantin/Sentra Makanan Jajanan yang dibuktikan dengan sertifikat layak hygiene sanitasi.

Gambar 7.5. Jumlah Tempat Pengelolaan Makanan (TPM) yang memenuhi syarat kesehatan di Puskesmas Parit timur Tahun 2022



Sumber: Program Kesehatan Lingkungan Puskesmas , 2022

Pada tahun 2022, Jumlah Tempat Pengolahan Makanan (TPM) yang memenuhi syarat kesehatan di Puskesmas Parit timur sebanyak 10 TPM dari jumlah sampel sebanyak 22 TPM (Gambar 7.5).

BAB VIII

PENUTUP

Data dan informasi merupakan sumber daya yang strategis bagi pimpinan dan organisasi dalam pelaksanaan manajemen, maka penyediaan data dan informasi yang berkualitas sangat diperlukan sebagai masukan dalam proses pengambilan keputusan. Selain itu penyajian data dan informasi yang berkualitas sangat dibutuhkan baik oleh jajaran kesehatan, lintas sektor maupun masyarakat.

Dibidang kesehatan, data dan informasi ini diperoleh melalui penyelenggaraan sistem informasi kesehatan. Namun sangat disadari, sistem informasi kesehatan yang ada masih belum dapat memenuhi kebutuhan data dan informasi kesehatan secara optimal, apalagi dalam era desentralisasi pengumpulan informasi dari puskesmas menjadi relatif lebih sulit. Hal ini berimplikasi pada kualitas data dan informasi yang disajikan dalam Profil Kesehatan Kabupaten yang diterbitkan saat ini belum sesuai dengan harapan. Walaupun demikian, diharapkan Profil Kesehatan Kabupaten Kubu Raya Tahun 2022 dapat memberikan gambaran secara garis besar dan menyeluruh tentang seberapa jauh keadaan kesehatan masyarakat yang telah dicapai.

LAMPIRAN