

# DAFTAR ISI

DAFTAR ISI .....	i
DAFTAR TABEL .....	ii
DAFTAR GRAFIK .....	iii
DAFTAR <i>DIAGRAM PIE</i> .....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
BAB 1       PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Profil Kesehatan	2
1.3 Ruang Lingkup	2
BAB 2       GAMBARAN UMUM KABUPATEN TAPANULI TENGAH TAHUN 2014	
2.1 Lokasi dan Keadaan Geografi	4
2.2 Kependudukan	5
2.3 Sosial, Ekonomi dan Budaya	7
2.4 Keadaan Lingkungan	9
BAB 3       SITUASI DERAJAT KESEHATAN	
KABUPATEN TAPANULI TENGAH TAHUN 2009	
3.1 Angka Kematian	11
3.2 Angka Kesakitan	14
3.3 Status Gizi	23

BAB 4	SITUASI UPAYA KESEHATAN	
	4.1 Visi Pembangunan Kesehatan Daerah	24
	4.2 Misi Pembangunan Kesehatan Daerah	25
	4.3 Tujuan Pembangunan Kesehatan Daerah	25
	4.4 Program Pembangunan Kesehatan Daerah	26
BAB 5	SUMBER DAYA KESEHATAN	
	5.1 Sarana Kesehatan	42
	5.2 Tenaga Kesehatan	45
	5.3 Pembiayaan Kesehatan	45
BAB 6	KESIMPULAN DAN SARAN	
	6.1 Kesimpulan	47
	6.2 Saran	48
BAB 7	PENUTUP	49
LAMPIRAN		

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Luas Daerah Menurut Kecamatan di Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015	4
Tabel 2.2	Penduduk Menurut Kelompok Umur di Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015	6
Tabel 2.3	Penduduk Usia 10 Tahun Keatas Menurut Status Pendidikan dan Jenis Kelamin Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015	8
Tabel 2.4	Jenis Pekerjaan Penduduk Berdasarkan Lapangan Usaha Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015	8
Tabel 3.1	Pola 10 Penyakit Terbanyak pada Puskesmas menurut Jenis Kelamin Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015	14
Tabel 5.1	Jumlah Posyandu menurut Strata Kabupaten Tapanuli Tengah tahun 2013 – 2015	44
Tabel 5.2	Jumlah dan Rasio Tenaga Kesehatan Per 100.000 Penduduk Kabupaten Tapanuli Tengah tahun 2015	45

## DAFTAR GRAFIK

Grafik 3.1	Tren Angka Kematian Bayi (AKB) per 1.000 Kelahiran Hidup di Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2011 – 2015	11
Grafik 3.2	Jumlah Kematian Bayi (0-11 Bulan) Menurut Puskesmas Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015	12
Grafik 3.3	Tren Angka Kematian Balita (AKABA) per 1.000 Kelahiran Hidup di Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2009 – 2015	13
Grafik 3.4	Tren Angka Kematian Ibu (AKI) per 100.000 Kelahiran Hidup di Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2011 – 2015	13
Grafik 3.5	Jumlah Kematian Ibu menurut Puskesmas Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015	14
Grafik 3.7	Prevalensi Tb Paru per 100.000 penduduk menurut Puskesmas Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015	16
Grafik 3.8	Kasus diare ditangani menurut puskesmas Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015	18
Grafik 3.9	Jumlah Kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) Menurut Puskesmas Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015	20
Grafik 3.10	Tren Angka Kesakitan Malaria (API) Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2010-2015	22
Grafik 3.11	Tren Persentase Balita dengan Gizi Buruk Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2011-2015	23

Grafik 4.1	Tren Cakupan Pelayanan K1 Ibu Hamil Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2010 – 2015	27
Grafik 4.2	Tren Cakupan Pelayanan K4 Ibu Hamil Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2010 – 2015	28
Grafik 4.3	Tren Cakupan Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2011– 2015	29
Grafik 4.4	Persentase Cakupan Kunjungan ibu nifas Puskesmas se-Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015	30
Grafik 4.5	Persentase Cakupan Kunjungan Neonatal Pertama dan Lengkap Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015	31
Grafik 4.6	Tren Cakupan Kunjungan Neonatal Lengkap di Kab. Tapanuli Tengah Tahun 2011-2015	32
Grafik 4.7	Persentase Cakupan Kunjungan Neonatal Lengkap di Kab. Tapanuli Tengah Tahun 2015	32
Grafik 4.8	Perbandingan Kunjungan Neonatal Pertama dan Lengkap Kab. Tapanuli Tengah Tahun 2015	33
Grafik 4.9	Tren Pencapaian UCI di tingkat Desa/Kelurahan Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2010-2015	36
Grafik 4.10	Tren Bed Occupation Rate (BOR) RSUD Pandan Tahun 2011-2015	37
Grafik 4.11	Tren <i>Length Of Stay (LOS)</i> dan <i>Turn Over Interval (TOI)</i> RSUD Pandan Tahun 2011-2015	38
	Tren <i>Net Death Rate (NDR)</i> dan <i>Gross Death Rate (GDR)</i> RSUD	

Grafik 4.12 Pandan Tahun 2011-2015

38

Grafik 4.13 Persentase Sasaran Jamkesmas, Pasien Rawat Jalan dan Pasien Rawat Inap Kabupaten Tapanuli Tengah tahun 2015

39

## DAFTAR *PIE* DIAGRAM

Pie Diagram 4.1	Proporsi Jenis Alat Kontrasepsi yang Digunakan Peserta KB Aktif Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2014	34
Pie Diagram 4.2	Proporsi Jenis Alat Kontrasepsi yang Digunakan Peserta KB Baru Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2014	34
Pie Diagram 5.1	Proporsi Anggaran Kesehatan Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2014	46

## Kata Pengantar

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga Profil Kesehatan Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015 yang merupakan rangkaian penyajian data/informasi dapat diterbitkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Tapanuli Tengah. Profil Kesehatan Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015 merupakan penyajian data/informasi kesehatan dalam bentuk buku yang disusun setiap tahun, yang diharapkan mampu menyajikan data yang lengkap dan akurat.

Ketersediaan data yang lengkap dan akurat sangat dibutuhkan dewasa ini terutama dalam upaya perencanaan dan evaluasi. Sistem Informasi Kesehatan perlu dimantapkan dan dikembangkan dalam upaya menunjang pelaksanaan pembangunan di bidang kesehatan. Oleh karena itu buku profil ini dapat dijadikan bahan rujukan dalam penyusunan rencana pelaksanaan dan pengendalian serta penilaian pelaksanaan program kesehatan di Kabupaten Tapanuli Tengah.

Profil Kesehatan merupakan gambaran tentang pelaksanaan program kesehatan baik pelaksanaan pokok maupun program penunjang. Disamping itu juga disajikan pula berbagai data pencapaian hasil pelayanan kesehatan beberapa tahun terakhir dalam bentuk grafik dan tabel sehingga lebih memudahkan bagi pembaca dalam memanfaatkan data dan informasi yang disampaikan.

Profil Kesehatan ini diharapkan dapat bermanfaat sebagai masukan untuk proses pengambilan keputusan dan sebagai bahan monitoring dan evaluasi kegiatan dalam rangka peningkatan kualitas program-program kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan sehingga berdampak pada peningkatan status kesehatan masyarakat di Kabupaten Tapanuli Tengah.

“Profil Kesehatan Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2014” ini masih menyimpan banyak kekurangan. Hal ini disebabkan sulitnya memperoleh data yang mutakhir dari laporan puskesmas, pengelola program Dinas Kesehatan Kabupaten maupun dari instansi terkait seperti Badan Pusat Statistik, Dinas Catatan Sipil &



Kependudukan, Badan Keluarga Berencana, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Bappeda), Dinas Pendidikan, dll. Oleh karena itu, kami sangat mengharapkan saran dan masukan guna peningkatan kualitas Profil Kesehatan di masa yang akan datang.

Selanjutnya, kami mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah menyumbangkan pikiran, daya dan tenaga dalam penyusunan buku Profil Kesehatan ini.

**PANDAN, SEPTEMBER 2016  
KEPALA DINAS KESEHATAN  
KABUPATEN TAPANULI TENGAH**

**FREDDY L. SITUMEANG,  
S.Sos.,M.Kes  
NIP. 19640223 198803 1 003**

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Kesehatan adalah salah satu kebutuhan pokok dan juga merupakan faktor penting yang mempengaruhi produktivitas dan kualitas sumber daya manusia. Dalam Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 3 (tiga) menyatakan bahwa upaya kesehatan harus selalu diusahakan peningkatannya secara terus menerus agar masyarakat yang sehat sebagai investasi dalam pembangunan dapat hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Oleh karena itu, mewujudkan derajat kesehatan masyarakat adalah upaya untuk meningkatkan keadaan kesehatan yang lebih baik dari sebelumnya.

Untuk mewujudkan pembangunan kesehatan bagi masyarakat maka diselenggarakan upaya kesehatan dengan pendekatan peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan.

Dalam tatanan desentralisasi atau otonomi daerah di bidang kesehatan, kualitas dari Sistem Informasi Kesehatan Regional dan Nasional sangat ditentukan oleh kualitas dari Sistem-Sistem Informasi Kesehatan Kabupaten/Kota. Sistem Informasi Kesehatan adalah tulang punggung bagi pelaksanaan pembangunan daerah berwawasan kesehatan di Kabupaten atau dengan kata lain Sistem Informasi Kesehatan Kabupaten dapat memberikan arah dalam penentuan kebijakan dan pengambilan keputusan di Kabupaten berdasarkan fakta (*Evidence Based Decision Making*). Salah satu produk dari Sistem Informasi Kesehatan Kabupaten adalah "Profil Kesehatan Tahunan" yang diharapkan akan terbit secara berkala guna menyediakan data, informasi yang bermanfaat bagi para pengambil keputusan dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi hasil kegiatan secara transparan, efisien dan efektif.

Salah satu upaya untuk mengembangkan Sistem Informasi Kesehatan Kabupaten adalah mengembangkan pengemasan data dan informasi dalam bentuk Profil Kesehatan, baik ditingkat Nasional (Pusat, Provinsi maupun Kabupaten/Kota). Profil Kesehatan bertujuan mendeskripsikan keadaan pembangunan kesehatan suatu wilayah kerja dengan menyajikan data dan informasi kesehatan yang akurat dalam kurun waktu tertentu serta mengevaluasinya berdasarkan ketentuan teknis yang berlaku.

Diharapkan dengan adanya dokumen Profil Kesehatan maka didapatkan gambaran tentang pencapaian hasil-hasil kegiatan selama satu tahun. Tentunya diharapkan data yang terkumpul adalah data yang cukup akurat sehingga dengan demikian keputusan yang diambil berdasarkan data tersebut, adalah keputusan yang terbaik bagi pelaksanaan pembangunan kesehatan. Selain itu diharapkan pula dengan tersusunnya Profil Kesehatan ini maka Indikator Standar Pelayanan Minimal dan Indikator Indonesia Sehat 2010 dapat terukur secara kuantitatif. Berdasarkan data tersebut maka dapat dilakukan beberapa analisa seperti analisa deskriptif, komparatif, kecenderungan serta analisa sebab akibat. Beberapa faktor determinannya adalah faktor pemberi pelayanan kesehatan, perilaku masyarakat dan lingkungan.\

## **1.2 Tujuan Profil Kesehatan**

### **1.2.1 Tujuan Umum**

Untuk Mengetahui Gambaran Kondisi Pembangunan Kesehatan di Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015.

### **1.2.2 Tujuan Khusus**

- a. Diperolehnya data tentang kondisi umum Kabupaten, demografi, lingkungan, perilaku masyarakat, serta sosial ekonomi.
- b. Diperolehnya data dan gambaran tentang situasi derajat kesehatan Kabupaten Tapanuli Tengah.
- c. Diketuainya analisa dari faktor-faktor determinan yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat.
- d. Dapat dilakukan pengambilan keputusan dan kebijakan bidang kesehatan berdasar data dan fakta (*evidence based decision making*).

## **1.3 Ruang Lingkup**

### **1.3.1 Jenis Data/Informasi**

Data yang dikumpulkan untuk penyusunan Profil Kesehatan Kabupaten Tapanuli Tengah adalah :

- a. Data Umum meliputi data geografis, dan sosio-demografi.
- b. Data derajat kesehatan meliputi data kematian, data kesakitan, dan data status gizi.
- c. Data Kesehatan Lingkungan, meliputi data air bersih, rumah sehat, dan data tempat-tempat umum.
- d. Data pelayanan kesehatan, antara lain pemanfaatan Rumah Sakit, pemanfaatan Puskesmas, data pelayanan kesehatan ibu dan anak, data pemberantasan penyakit, data pelayanan kesehatan masyarakat miskin, dan data pelayanan kesehatan lainnya.
- e. Data sumber daya kesehatan yaitu meliputi data sarana kesehatan, data tenaga kesehatan, data obat dan perbekalan kesehatan, serta data pembiayaan kesehatan.
- f. Data lainnya.

### **1.3.2 Sumber Data**

Penyusunan Profil Kesehatan Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015 ini telah didukung oleh berbagai sumber data data antara lain :

- a. Laporan bulanan/SP2TP Puskesmas se-kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015
- b. Laporan Tahunan Kegiatan Puskesmas Tahun 2015
- c. Produk Badan Pusat Statistik Kabupaten Tapanuli Tengah berjudul "Tapanuli Tengah Dalam Angka Tahun 2015"
- d. Data dari berbagai sektor/Instansi terkait di Kabupaten Tapanuli Tengah, seperti RSUD Pandan, Dinas Kependudukan Catatan Sipil, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, Dinas Pendidikan, dll.

### 1.3.3 Periode Data

Periode data yang disajikan dalam Profil Kesehatan Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015 adalah periode Januari sampai dengan Desember tahun 2015. Dengan demikian Profil Kesehatan Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015 berisi data/informasi tahun 2015.

Untuk lebih memudahkan dalam memahami Profil Kesehatan Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015 ini, maka sistematika penyajiannya adalah sebagai berikut :

**BAB I : PENDAHULUAN**

Bab ini berisi penjelasan tentang maksud dan tujuan disusunnya Profil Kesehatan Kabupaten Tapanuli Tengah. Dalam bab ini juga diuraikan secara ringkas isi dari Profil dan Sistematika Penyajian (berupa uraian ringkas bab demi bab secara berurutan).

**BAB II : GAMBARAN UMUM**

Bab ini menyajikan tentang gambaran umum Kabupaten Tapanuli Tengah yang meliputi lokasi dan kondisi geografis, administratif, kependudukan, pendidikan, ekonomi dan sosial budaya.

**BAB III: DERAJAT KESEHATAN**

Bab ini berisi uraian tentang indikator mengenai angka kematian, angka kesakitan dan angka status gizi masyarakat.

**BAB IV : UPAYA KESEHATAN**

Bab ini menguraikan tentang pelayanan kesehatan dasar, pelayanan kesehatan rujukan dan penunjang, pemberantasan penyakit menular, pembinaan kesehatan lingkungan dan sanitasi dasar, perbaikan gizi masyarakat, pelayanan kefarmasian dan alat kesehatan.

**BAB V : SUMBER DAYA KESEHATAN**

Bab ini menguraikan tentang sarana kesehatan, tenaga kesehatan, pembiayaan kesehatan dan sumber daya kesehatan lainnya.

**BAB VI : KESIMPULAN DAN SARAN**

Kesimpulan yang disajikan dalam bab ini mencakup kesimpulan tentang pencapaian status kesehatan di Kabupaten Tapanuli Tengah dan hal-hal yang dianggap masih kurang dalam rangka penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

**LAMPIRAN :** Lampiran ini berisi *resume*/angka pencapaian Kabupaten dan 81 tabel data yang merupakan gabungan tabel Indikator Kabupaten Sehat dan Indikator Pencapaian Kinerja Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan.

**BAB II**  
**GAMABARAN UMUM KABUPATEN TAPANULI TENGAH**

**2.1 Lokasi dan Keadaan Geografis**

Kabupaten Tapanuli Tengah merupakan salah satu kabupaten yang berada di Provinsi Sumatera Utara, terletak di bagian selatan dari Kota Medan (Ibukota Propinsi) dan berlokasi di pantai barat wilayah Provinsi Sumatera Utara. Secara Geografis terletak pada 1°11'00" - 2°22'00" Lintang Utara dan 98°07' - 98°12' Bujur Timur. Wilayahnya berada pada 0-1.266 m di atas permukaan laut, dengan batas wilayah sebagai berikut :

- Sebelah Utara berbatasan dengan Kabupaten Aceh Singkil, Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam (NAD)
- Sebelah Selatan berbatasan dengan Kabupaten Tapanuli Selatan
- Sebelah Timur berbatasan dengan Kabupaten Tapanuli Utara dan Kabupaten Humbang Hasundutan
- Sebelah Barat berbatasan dengan Kabupaten Nias dan secara fisik dengan Samudera Indonesia.

Luas wilayah Kabupaten Tapanuli Tengah adalah 6.194,98 km<sup>2</sup> dengan perincian luas daratan sebesar 2.230,62km<sup>2</sup> dan luas lautan sebesar 4.049,37 km<sup>2</sup>. Secara administratif, Kabupaten Tapanuli Tengah pada tahun 2015 terdiri dari 20 Kecamatan, yang terdiri dari 215 desa/kelurahan. Berdasarkan luas daerah menurut Kecamatan, luas daerah terbesar adalah Kecamatan Kolang dengan luas 436,29 km<sup>2</sup> (19,60%), diikuti Kecamatan Sibabangun dengan luas 284,64 km<sup>2</sup> (12,76 %) kemudian diikuti Kecamatan Tukka dengan luas 150,92 km<sup>2</sup> (6,76%). Sedangkan luas daerah terkecil adalah Kecamatan Barus dengan luas 21,81 km<sup>2</sup> (0,97%) dari total luas wilayah Kabupaten Tapanuli Tengah. Berdasarkan kondisi letak dan kondisi alam, Kabupaten Tapanuli Tengah terdiri dari daerah pegunungan dan pesisir laut.

**Tabel 2.1**  
**Luas Daerah Menurut Kecamatan di Kabupaten Tapanuli Tengah**

No	Kecamatan	Luas Wilayah (Km2)	% Terhadap Luas Total
1	2	3	4
1	Sukabangun	49,37	2,21
2	Sibabangun	284,64	12,76
3	Pinangsori	78,32	3,51
4	Badiri	129,49	5,81
5	Pandan	34,31	1,54
6	Tukka	150,92	6,77
7	Sarudik	25,92	1,16
8	Tapian Nauli	83,01	3,72
9	Sitahuis	50,52	2,26
10	Kolang	436,29	19,56

### Luas Daerah Menurut Kecamatan di Kabupaten Tapanuli Tengah

No	Kecamatan	Luas Wilayah (Km2)	% Terhadap Luas Total
11	Sorkam	116,25	5,21
12	Sorkam Barat	44,58	2,00
13	Pasaribu Tobing	103,36	4,63
14	Sosorgadong	143,14	6,42
15	Barus	21,81	0,98
16	Andam Dewi	122,42	5,49
17	Sirandorung	87,72	3,93
18	Manduamas	99,55	4,46
19	Lumut	105,98	4,75
20	Barus Utara	63,02	2,83
JUMLAH (KAB/KOTA)		2.230,62	100,00

*Sumber : Kantor Statistik Kabupaten Tapanuli Tengah*

## 2.2 Kependudukan

Berdasarkan hasil Sensus Penduduk pada tahun 2015 Jumlah penduduk Kabupaten Tapanuli Tengah adalah 350.017 jiwa yang sebagian besar tinggal di daerah tertinggal dan penyebarannya tidak merata di setiap Kecamatan. Komposisi penduduk yaitu terdiri dari jumlah penduduk laki-laki sebanyak 175.690 jiwa (50,19%) dan jumlah penduduk perempuan yaitu 174.327 jiwa (49,81%). Sedangkan bila ditinjau dari tingkat kepadatannya, maka kepadatan penduduk Kabupaten Tapanuli Tengah pada tahun 2015 adalah 157jiwa/Km2. Kepadatan penduduk terbesar yaitu 1463 jiwa/Km2 terdapat di Kecamatan Pandan dan kepadatan terkecil yaitu 43 jiwa/Km2 terdapat di Kecamatan Kolang.

### 2.2.1. Komposisi Kependudukan

Dari data penduduk Kabupaten Tapanuli Tengah tahun 2015 menurut kelompok umur, terlihat bahwa kelompok umur 15 - 44 (Dewasa) merupakan komposisi tertinggi yaitu 150.836 jiwa (43,1%) dan yang terkecil adalah kelompok umur  $\geq 65$  tahun sebanyak 12.645 jiwa (3,61%). Lebih jelas mengenai komposisi kelompok umur penduduk Kabupaten Tapanuli Tengah dapat dilihat pada Tabel berikut. Dengan demikian maka Angka Beban Tanggungan (*Dependency Ratio*) yaitu sebesar 70%. Daftar komposisi penduduk Kabupaten Tapanuli Tengah menurut usia dapat dilihat pada daftar lampiran tabel 2.

**Tabel 2.2**  
**Penduduk Menurut Kelompok Umur Tahun 2015**

No	Kelompok Umur	Laki-Laki	Perempuan	Laki-Laki + Perempuan	Rasio Jenis Kelamin
1	2	3	4	5	6
1	0 - 4	23,010	22,046	45,056	104.37
2	5 - 9	23,336	21,974	45,310	106.20
3	10 - 14	20,834	20,368	41,202	102.29
4	15 - 19	18,690	16,940	35,630	110.33
5	20 - 24	14,115	12,390	26,505	113.92
6	25 - 29	12,325	11,881	24,206	103.74
7	30 - 34	11,827	11,382	23,209	103.91
8	35 - 39	10,999	10,721	21,720	102.59
9	40 - 44	9,575	9,991	19,566	95.84
10	45 - 49	8,688	9,077	17,765	95.71
11	50 - 54	7,327	8,151	15,478	89.89
12	55 - 59	5,850	6,596	12,446	88.69
13	60 - 64	4,267	5,012	9,279	85.14
14	65 - 69	2,333	3,165	5,498	73.71
15	70 - 74	1,345	2,182	3,527	61.64
16	75+	1,169	2,451	3,620	47.69
JUMLAH		175,690	174,327	350,017	100.78
ANGKA BEBAN TANGGUNGAN (DEPENDENCY RATIO)				70	

Sumber : Badan Pusat Statistik

### 2.2.2. Sex Ratio

*Sex ratio* adalah suatu angka yang menunjukkan perbandingan jenis kelamin. Ratio ini merupakan perbandingan antara banyaknya penduduk laki-laki dan perempuan di suatu daerah dalam kurun waktu tertentu. Pada Tahun 2014 berdasarkan tabel diatas *sex ratio* penduduk Kabupaten Tapanuli Tengah yaitu 1,01 yang artinya pada setiap 10.000 penduduk perempuan terdapat 10.100 penduduk laki-laki. Pada tahun 2015 berdasarkan tabel di atas *sex ratio* penduduk Kabupaten Tapanuli Tengah yaitu 1,008. Hal ini dapat disimpulkan bahwa perbandingan *sex ratio* data tahun 2014 lebih besar dibandingkan *sex ratio* tahun 2015.

### **2.2.3. Rata-rata Anggota Rumah Tangga**

Rata-rata anggota rumah tangga merupakan indikator untuk menunjukkan rata-rata muatan suatu rumah tangga. Angka ini dapat dijadikan sebagai acuan untuk pengklasifikasian keluarga berdasarkan besar kecilnya jumlah anggota keluarga. Angka ini diperoleh dengan membandingkan jumlah penduduk dengan banyaknya rumah tangga.

Pada tahun 2015, rata-rata banyaknya anggota keluarga di Kabupaten Tapanuli Tengah adalah 4,67 (relative sama dengan tahun dengan tahun 2014 sebesar 4,66 dan tidak berbeda secara signifikan dari tahun 2013 sebesar 4,55). Pada tahun ini rata-rata banyaknya anggota rumah tangga di setiap kecamatan homogen/sama. Tidak terdapat perbedaan di tiap kecamatan.

Angka tersebut dapat menunjukkan bahwa kesadaran masyarakat untuk membentuk sebuah keluarga sesuai dengan program pembangunan yaitu keluarga kecil, bahagia dan sejahtera masih ada, dan diharapkan dapat meningkat pada tahun-tahun yang akan datang. Selain itu arus mobilitas yang semakin tinggi menyebabkan banyak penduduk yang bermigrasi ke luar daerah.

## **2.3. SOSIAL, EKONOMI DAN BUDAYA**

### **2.3.1. Agama dan Suku Bangsa**

Masyarakat Kabupaten Tapanuli Tengah merupakan masyarakat yang terdiri dari berbagai etnis antara lain etnis Batak, Melayu, Minangkabau, Jawa, Bugis, Aceh dan pembauran dari suku-suku bangsa lain sebagai pendatang. Kehidupan etnis yang ada berjalan cukup baik dan harmonis serta memiliki rasa kekeluargaan yang cukup tinggi. Hal ini didukung kegiatan sosial dan adat istiadat di kalangan masyarakat serta didorong rasa kebersamaan.

Kegiatan sosial budaya masyarakat (adat istiadat) di Kabupaten Tapanuli Tengah dipengaruhi oleh jumlah etnis yang ada dan agama. Dalam menjalankan kehidupan antar suku dan agama di Kabupaten Tapanuli Tengah cukup baik, bertoleransi, kebersamaan, kekeluargaan dan kegotongroyongan masyarakat yang sudah sangat membudaya. Kegiatan tersebut dilaksanakan penduduk sehari-hari baik untuk dipertahankan dan dilestarikan maupun dikembangkan.

Dari Data BPS Kabupaten Tapanuli Tengah, terlihat bahwa sensus tahun 2010, komposisi penduduk tertinggi menurut Agama yang dianut di Kabupaten Tapanuli Tengah adalah agama Kristen 45,39%, diikuti oleh agama Islam sebesar 42,79% dan agama Katolik sebesar 11,64%. Sedangkan agama lainnya (Hindu, Budha dan lainnya) hanya sebesar kecil dari 0,19%.

### **2.3.2. Pendidikan**

Kondisi pendidikan merupakan salah satu indikator yang sering ditelaah dalam mengukur tingkat pembangunan manusia suatu negara. Melalui pengetahuan, pendidikan berkontribusi terhadap perubahan perilaku kesehatan. Pengetahuan yang dipengaruhi tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor pencetus (*predisposing factor*) yang berperan dalam mempengaruhi keputusan seseorang untuk berperilaku sehat.

Persentase penduduk yang tidak/belum menamatkan sekolah dasar (SD/MI) tiap kecamatan menunjukkan angka 2,78%. Sedangkan persentase penduduk dengan jenjang pendidikan tertinggi adalah master/doktor sebanyak 4,04%.



**Tabel 2.3**  
**Penduduk Usia 10 Tahun Keatas Menurut Status Pendidikan dan Jenis Kelamin**  
**Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015**

No.	Kelompok	Laki-laki	Perempuan	Jumlah
1	Penduduk berumur 10 tahun ke atas	129,343	130,307	259,650
2	Penduduk berumur 10 tahun ke atas yang melek huruf	128,774	126,789	255,563
3	Persentase pendidikan tertinggi yang ditamatkan:			
	a. Tidak memiliki ijazah SD	1,785	5,434	7,219
	b. SD/MI	29,775	34,805	64,580
	c. SMP/ MTS	34,418	29,775	64,193
	d. SMA/ MA	31,702	24,797	56,499
	e. Sekolah Menengah Kejuruan	20,527	21,657	42,184
	f. Diploma I/Diploma II	5,109	4,274	9,383
	g. Akademi/Diploma III	129	782	911
	h. Universitas/Diploma IV	1,630	2,541	4,171
	i. S2/S3 (MASTER/DOKTOR)	4,255	6,229	10,484

*Sumber : Kamtor Statistik Kab. Tapanuli Tengah*

### 2.3.3. Ketenagakerjaan

Secara umum lapangan pekerjaan yang ditekuni oleh penduduk dari total angkatan kerja adalah pada sektor listrik, gas dan air minum sebesar 1.976 jiwa, Industri 1.953 jiwa, Pertanian 1.872 jiwa, Perdagangan sebesar 176 jiwa dan pengangkutan sebesar 145 jiwa.

**Tabel 2.4**  
**Jenis Pekerjaan Penduduk 15 Tahun ke Atas Berdasarkan Lapangan Usaha**  
**Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015**

No	Lapangan Usaha/Sektor	Laki-Laki	Perempuan	Jumlah
1	Pertanian	49.913	43.555	93.468
2	Industri	2.520	1.736	4.256
3	Perdagangan/ Rumah Makan dan Jasa Akomodasi	7.526	12.923	20.449
4	Jasa Kemasyarakatan, Sosial dan Perorangan	16.369	4.837	21.206
5	Lainnya	7.074	1.175	8.249
<b>J U M L A H</b>		<b>83.402</b>	<b>64.226</b>	<b>147.628</b>

*Sumber : BPS Kab Tapanuli Tengah*

Berdasarkan sektor lapangan pekerjaan utama penduduk Kabupaten Tapanuli Tengah yang terbanyak adalah di sektor pertanian yaitu sebesar 63,31 berdasarkan data yang diperoleh dari BPS Kabupaten Tapanuli Tengah.

## **2.4. KEADAAN LINGKUNGAN**

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 merupakan salah satu variabel yang sering mendapat perhatian khusus dalam menilai kondisi kesehatan masyarakat, variabel lainnya adalah faktor perilaku, pelayanan kesehatan dan genetik. Keempat variabel tersebut dapat menentukan baik buruknya status derajat kesehatan masyarakat. Untuk menggambarkan keadaan lingkungan, berikut disajikan indikator-indikator yaitu persentase rumah sehat, persentase penduduk memiliki akses terhadap air minum, persentase penduduk yang memiliki sarana sanitasi dasar (jamban, tempat sampah dan pengelolaan air limbah) dan persentase tempat-tempat umum sehat.

### **2.4.1. Rumah Sehat**

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

Berdasarkan data di Kabupaten Tapanuli Tengah pada tahun 2015, dari seluruh rumah yang ada yaitu 74.947 unit, yang diperiksa adalah 74.947 unit (100%), dari jumlah rumah yang diperiksa diketahui bahwa 46.105 rumah yang memenuhi syarat kesehatan. Dengan demikian persentase rumah yang memenuhi syarat kesehatan di Kabupaten Tapanuli Tengah hanya 61,52%. Angka ini sudah mendekati target nasional yaitu 80% (Depkes RI, 2012). Hal ini perlu diupayakan melalui program terkait untuk meningkatkan jumlah rumah sehat, sehingga akan terjadi peningkatan setiap tahunnya.

### **2.4.2. Persentase Penduduk yang Memiliki Akses terhadap Air Minum**

Sumber air minum di masyarakat terdiri dari bukan jaringan perpipaan antara lain sumur gali terlindung sebanyak 70.003 pengguna (20%) dan yang memenuhi syarat kesehatan hanya 35.002 pengguna (50%), sumur gali dengan pompa sebanyak 35.002 pengguna (10%) dan yang memenuhi syarat kesehatan hanya 17.501 pengguna (50%), sumur BOR dengan pompa sebanyak 35.002 pengguna (10%) dan yang memenuhi syarat kesehatan sebanyak 17.501 pengguna (50%), tidak ada penduduk pengguna sumber air minum dari terminal air, mata air terlindung sebanyak 35.002 pengguna (10%) dan yang memenuhi syarat kesehatan hanya 17.501 pengguna (50%) dan tidak ada pengguna penampungan air hujan.

Sumber air minum dengan jaringan perpipaan antara lain PDAM dan BPSPAM sebanyak 175.009 pengguna (50%) dan yang memenuhi syarat kesehatan sebanyak 87.504 pengguna (50%).

#### **2.4.3. Persentase Penduduk yang Memiliki Sarana Sanitasi Dasar (jamban, tempat sampah dan pengelolaan air limbah)**

Sampai akhir tahun 2015, dari jumlah penduduk sebanyak 350.017 jiwa, sebanyak 70.003 penduduk pengguna jenis jamban komunal dengan 14.001 jumlah sarana dan sebanyak 7.000 (50%) sarana yang memenuhi syarat,

#### **2.4.4. Tempat Umum dan Pengelolaan Makanan (TUPM) Sehat**

Yang termasuk TUPM adalah hotel, restoran, bioskop, pasar, terminal dll. TUPM sehat adalah tempat umum dan pengelolaan makanan yang memenuhi syarat kesehatan yaitu yang memiliki sarana air bersih, tempat pembuangan sampah, sarana pembuangan air limbah, ventilasi yang baik, luas lantai yang sesuai dengan banyaknya pengunjung dan memiliki pencahayaan ruang yang sesuai.

Pada tahun 2015, dari 480 tempat umum terdapat 163 tempat umum yang memenuhi syarat kesehatan dan 196 Tempat Pengelolaan Makanan (TPM) yang ada di Kabupaten Tapanuli Tengah. Persentase TPM sehat menurut kecamatan dapat dilihat pada lampiran tabel 65.

Sedangkan berdasarkan jumlah TPM yang dibina kesehatan lingkungannya sampai akhir tahun 2015 terdapat 196 yang merupakan total seluruh TPM dan 88 yang memenuhi syarat higiene sanitasi.

### BAB III

#### SITUASI DERAJAT KESEHATAN

Keberhasilan Pembangunan Kesehatan dapat dilihat dari berbagai indikator yang digunakan untuk memantau derajat kesehatan sekaligus sebagai evaluasi keberhasilan pelaksanaan program. Pembangunan kesehatan di Indonesia adalah penyelenggaraan upaya kesehatan untuk mencapai kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk, dalam mewujudkan derajat kesehatan yang optimal sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum dari tujuan nasional. Dalam Sistem Kesehatan Nasional disebutkan bahwa tiap warga negara berhak memperoleh derajat kesehatan yang optimal, agar dapat bekerja serta hidup layak sesuai dengan martabat manusia, tidak terkecuali warga negara yang telah berusia lanjut.

Derajat kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh banyak faktor. Faktor-faktor tersebut tidak hanya berasal dari sektor kesehatan seperti pelayanan kesehatan dan ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan, melainkan juga dipengaruhi faktor ekonomi, pendidikan, lingkungan sosial, keturunan, dan faktor lainnya.

Pada prinsipnya pembangunan kesehatan telah menunjukkan suatu keberhasilan dengan meningkatnya derajat kesehatan masyarakat, walaupun masih dijumpai berbagai masalah dan hambatan yang akan mempengaruhi pelaksanaan pembangunan kesehatan. Untuk mengidentifikasi masalah dan hambatan tersebut perlu dilakukan analisis situasi dan kecenderungan di masa mendatang.

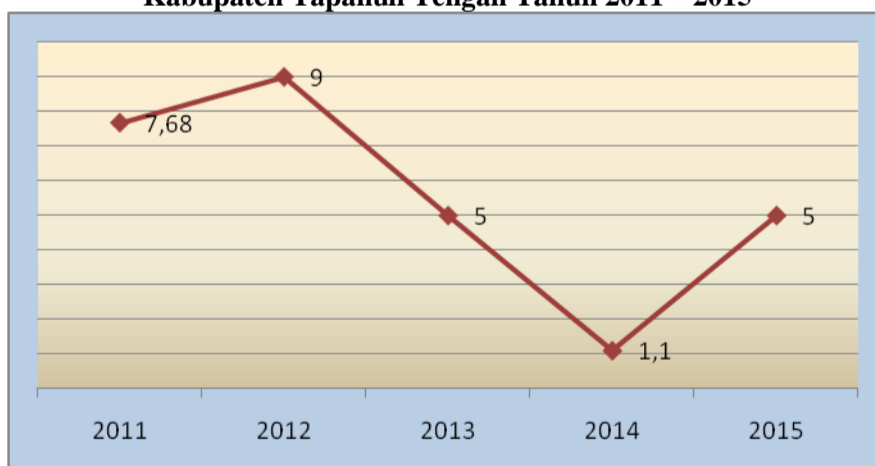
#### 3.1. Angka kematian

##### 3.1.1. Kasus Kematian Bayi Kab. Tapanuli Tengah Tahun 2015

Kematian bayi adalah kematian bayi yang terjadi antara saat setelah bayi lahir sampai bayi belum berusia tepat satu tahun yang dinyatakan dalam 1.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama.

Kematian Bayi merupakan indikator yang biasanya digunakan untuk menentukan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu banyak upaya kesehatan yang dilakukan dalam rangka menurunkan kejadian kematian bayi.

**Grafik 3.1**  
**Tren Angka Kematian Bayi (AKB) Per 1.000 Kelahiran Hidup**  
**Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2011 – 2015**



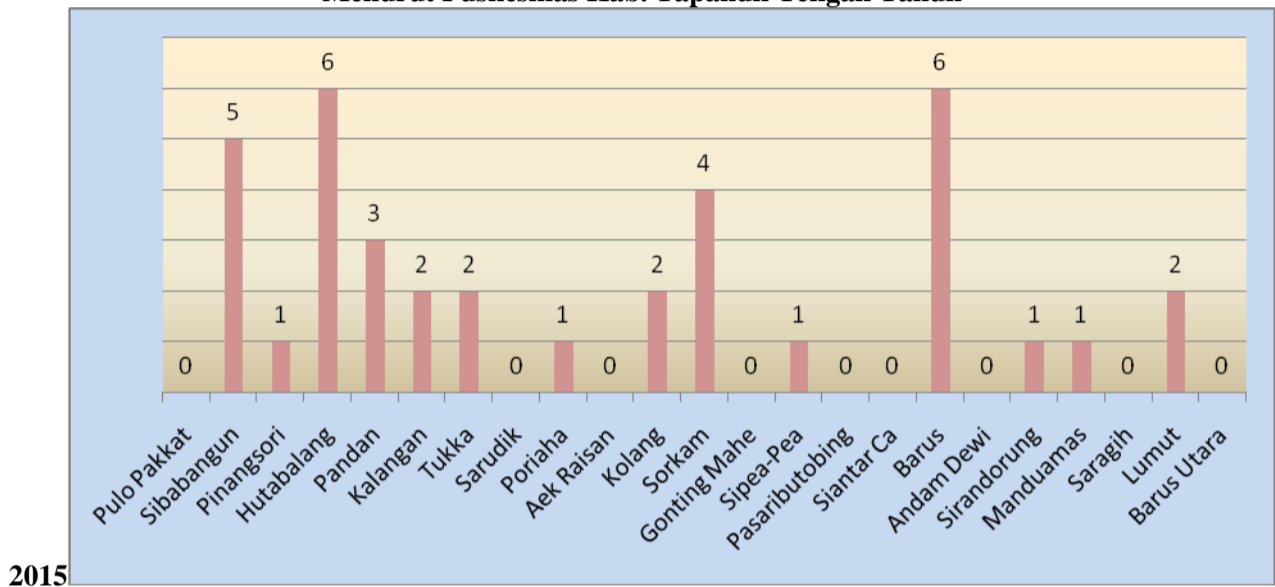
*Sumber :Seksi Kesehatan Ibu &Anak Dinas Kesehatan Kab. Tapanuli Tengah Tahun 2015*

Tren AKB dari tahun 2011-2015 mengalami fluktuasi. Pada tahun 2012, AKB Kabupaten Tapanuli Tengah mencapai 9 per 1.000 Kelahiran Hidup(sedikit meningkat dari tahun 2011), pada tahun 2013 menurun menjadi 5 per 1.000 kelahiran hidup, dan pada tahun 2014 menurun kembali menjadi 1,1 per 1.000kelahiran hidup, dan pada tahun 2015 terjadi peningkatan menjadi 5 per 1.000 kelahiran hidup.Target MDGs tahun 2015 yaitu 23 per1.000 kelahiran hidup.Walaupun AKB tahun

2015 masih dibawah target MDGs, tetapi perlu menjadi catatan bagi dinas kesehatan untuk tetap menekan AKB sekecil mungkin.

Banyak faktor yang dapat menyebabkan kematian bayi seperti ; tingkat ekonomi, pengetahuan keluarga, pemerataan pelayanan kesehatan berikut fasilitasnya. Hal ini disebabkan AKB sangat sensitif terhadap perbaikan pelayanan kesehatan. Selain itu, perbaikan kondisi ekonomi yang tercermin dengan pendapatan masyarakat yang meningkat juga dapat berkontribusi melalui perbaikan gizi yang berdampak pada daya tahan terhadap infeksi penyakit.

**Grafik 3.2**  
**Jumlah Kematian Bayi (0-11 Bulan)**  
**Menurut Puskesmas Kab. Tapanuli Tengah Tahun**



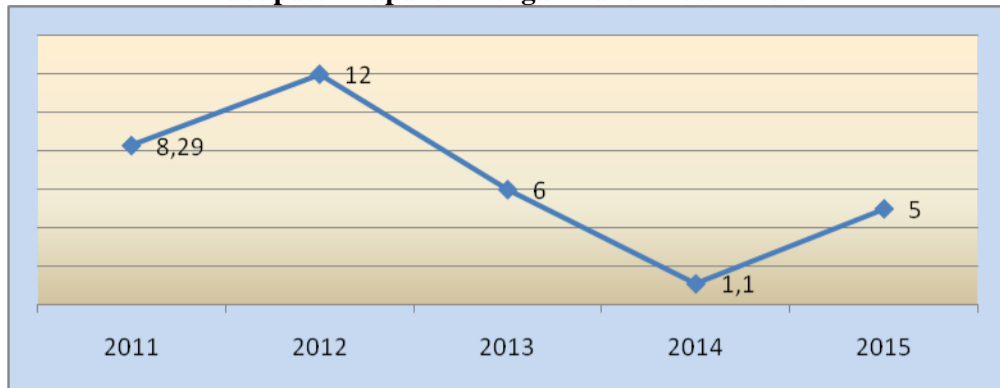
Sumber :Seksi Kesehatan Ibu & Anak  
Dinas Kesehatan Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa jumlah kematian bayi paling tinggi ditemukan pada wilayah kerja Puskesmas Hutabalang Kecamatan Badiridan Puskesmas Barus Kecamatan Barus sebanyak 6 orang, sementara itu sebanyak 9(sembilan) wilayah kerja puskesmas tidak ditemukan kematian bayi. Hal ini menunjukkan menurunnya jumlah wilayah kerja puskesmas dengan jumlah kematian bayi 0 (nol) dibandingkan tahun 2014 yang berjumlah 20 wilayah kerja Puskesmas.

### 3.1.2 ANGKA KEMATIAN BALITA (AKABA)

Angka Kematian Balita (AKABA) merupakan jumlah anak yang meninggal sebelum mencapai usia 5 tahun yang dinyatakan sebagai angka per 1.000 kelahiran hidup. AKABA merepresentasikan peluang terjadinya kematian pada fase antara kelahiran dan sebelum umur 5 tahun.

**Grafik 3.3**  
**Tren Angka Kematian Balita (AKABA) Per 100.000 Kelahiran Hidup**  
**Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2009 – 2015**



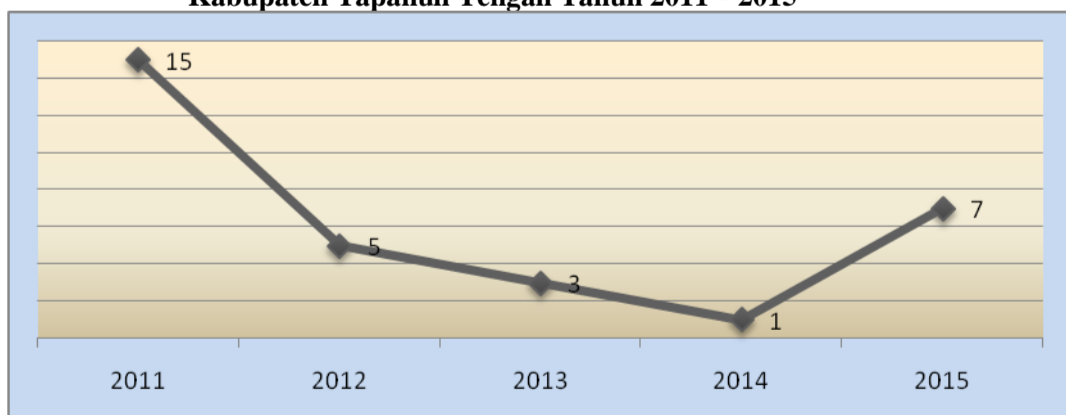
Secara umum AKABA di Indonesia dari tahun ke tahun cenderung mengalami penurunan yang cukup signifikan, hal ini tentu saja perlu ditingkatkan karena merupakan salah satu indikator keberhasilan pembangunan kesehatan. Namun pada tahun 2015, AKABA Kabupaten Tapanuli Tengah mencapai **5 per 1000 Kelahiran Hidup**, dimana mengalami peningkatan dari tahun sebelumnya, sedang target MDGs tahun 2015 AKABA **32 per 1000 kelahiran hidup**. AKABA di Kabupaten Tapanuli Tengah diperoleh berdasarkan pengolahan data laporan dari puskesmas, hal ini sangat dipengaruhi oleh kualitas sistem pelaporan itu sendiri. Masih terdapat kemungkinan data yang kurang valid akibat ketidak lengkapan data atau laporan puskesmas.

### 3.1.3 ANGKA KEMATIAN IBU (AKI)

Angka Kematian Ibu (AKI) juga menjadi salah satu indikator penting dalam menentukan derajat kesehatan masyarakat. AKI menggambarkan jumlah wanita yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk kecelakaan atau kasus insidental) selama kehamilan, melahirkan dan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan lama kehamilan per 100.000 kelahiran hidup.

AKI juga dapat digunakan dalam pemantauan kematian terkait dengan kehamilan. Indikator ini dipengaruhi status kesehatan secara umum, pendidikan dan pelayanan selama kehamilan dan melahirkan. Sensitifitas AKI terhadap perbaikan pelayanan kesehatan menjadikannya indikator keberhasilan pembangunan sektor kesehatan.

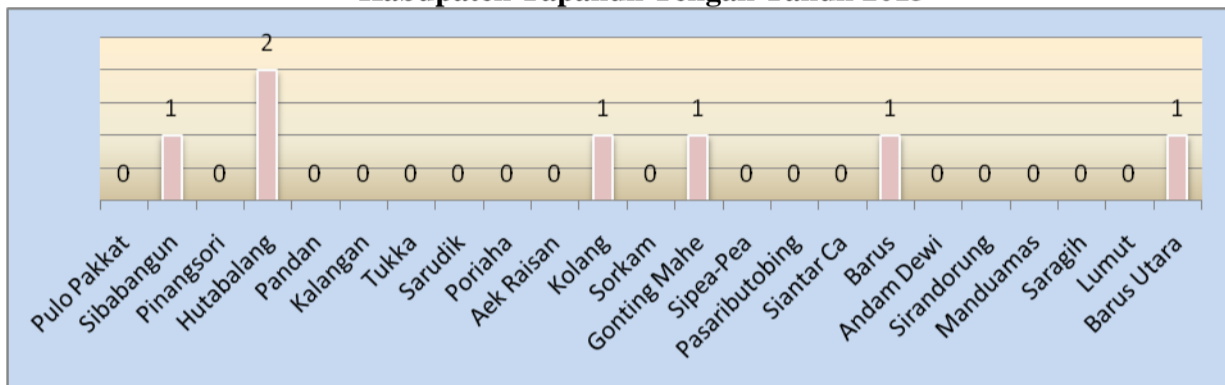
**Grafik 3.4**  
**Tren Jumlah Kematian Ibu**  
**Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2011 – 2015**



*Sumber :Seksi Kesehatan Ibu & Anak  
 Dinas Kesehatan Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015*

Dari tren jumlah kematian ibu diatas terlihat penurunan yangcukup signifikan pada tahun 2011 yaitu 15 kasus menjadi 1 kasus pada tahun 2014. Namun pada tahun 2015 kembali mengalami peningkatan menjadi 7 kasus. Walaupun angkanya masih dibawah target MDGs, namun upaya penurunan tidak boleh berhenti disini, kematian ibu harus diturunkan sampai tidak ditemukan lagi kematian ibu karena penyakit atau gangguan kehamilan, persalinan dan masa 40 hari nifas, hanya mungkin karena kecelakaan. Selain itu, dalam rangka percepatan pencapaian komitmen Internasional seperti *Millenium Development Goals* (MDGs), yaitu sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015, maka upaya-upaya pelayanan KIA harus terus ditingkatkan.

**Grafik 3.5**  
**Jumlah Kematian Ibu menurut Puskesmas**  
**Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015**



Sumber :Seksi Kesehatan Ibu & Anak

Dinas Kesehatan Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa jumlah kematian ibu terdapat di wilayah kerja Puskesmas Sibabangun sebanyak 1 orang, Puskesmas Hutabalang sebanyak 2 orang, Puskesmas Kolang sebanyak 1 orang, Puskesmas Gonting mahe sebanyak 1 orang, Puskesmas Barus sebanyak 1 orang dan Puskesmas Barus Utara sebanyak 1 orang. sementara itu sebanyak 16 wilayah kerja puskesmas tidak ditemukan kematian ibu.

### 3.2 MORBIDITAS (ANGKA KESAKITAN)

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

#### 3.2.1 Pola 10 Penyakit Terbanyak Puskesmas

Adapun gambaran 10 penyakit terbanyak di puskesmas Kabupaten Tapanuli Tengah tahun 2015 disajikan sebagai berikut :

**Tabel 3.1**  
**Pola 10 Penyakit Terbanyak Pada Puskesmas menurut Jenis Kelamin**  
**Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015**

No.	Daftar Tabulasi	Kasus		Total Kunjungan	
		Dasar Penyakit	Laki-laki		Perempuan
1.	Infeksi Akut Lain pada Saluran Nafas Bagian Atas		8.400	5.600	14.000

2.	Penyakit Tekanan Darah Tinggi	6.191	4127	10.318
3.	Penyakit pada Sistem Otot & Jaringan Pengikat (Tubel, Radang Sendi-Reumatik)	5.026	3.351	8.377
4.	Penyakit Diare	3.229	2.152	5.381
5.	Penyakit Kulit Alergi	2.274	1.530	3.825
6.	Penyakit Lain pada Saluran Pernafasan Bagian Atas	2.132	1.422	3.554
7.	Penyakit Kulit Karena Jamur	1.570	1.046	2.616
8.	Infeksi Penyakit Usus yang Lain	1.472	981	2.453
9.	Penyakit Asma	1.347	898	2.245
10.	Penyakit Kecacangan	1.301	868	2.169

Sumber : SP2TP Dinas Kesehatan Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015

Dari tabel 10 pola penyakit terbanyak pada puskesmas tahun 2015, penyakit Infeksi Akut Lain pada Saluran Nafas Bagian Atas menduduki posisi pertama yaitu sebanyak 14.000 kunjungan, diikuti Penyakit Tekanan Darah Tinggi sebanyak 10.318 kunjungan dan Penyakit kecacangan sebanyak 2.169 kunjungan pada urutan terakhir. Dari tabel diatas juga dapat dilihat bahwa insidens penyakit tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan berdasarkan jenis kelamin.

**A. Cakupan Penemuan dan Penanganan Penderita Penyakit “Acute Flaccid Paralysis” (AFP) per 100.000 Penduduk < 15 tahun (MDGs)**

Polio merupakan salah satu penyakit menular yang termasuk ke dalam PD3I yang disebabkan oleh virus yang menyerang sistem syaraf hingga penderita mengalami kelumpuhan. Penyakit yang pada umumnya menyerang anak berumur 0-3 tahun ini ditandai dengan munculnya demam, lelah, sakit kepala, mual, kaku di leher dan sakit di tungkai dan lengan.

Sedangkan AFP merupakan kondisi abnormal ketika seseorang mengalami penurunan kekuatan otot tanpa penyebab yang jelas kemudian berakibat pada kelumpuhan. Ditjen PP & PL Kementerian Kesehatan telah menetapkan indikator surveilans AFP yaitu ditemukannya Non Polio AFP Rate minimal sebesar 2/100.000 anak usia <15 tahun.

Kejadian AFP diproyeksikan sebagai indikator untuk menilai keberhasilan program Eradikasi Polio (Erapo). Erapo dilaksanakan melalui gerakan Pekan Imunisasi Nasional (PIN) dan untuk memantau keberhasilan Erapo ini dilaksanakan surveilans secara aktif untuk menemukan kasus AFP. Upaya ini dimaksudkan untuk mendeteksi secara dini munculnya virus polio liar yang mungkin ada di masyarakat sehingga segera dilakukan penanggulangannya. Tahun 2011 telah ditemukan 1 kasus AFP (non Polio) dengan AFP Rate(non Polio) sebanyak 0,82 sedangkan tahun 2012 tidak ditemukan kasus AFP (non Polio) namun di tahun 2013 meningkat kembali menjadi 2,44, pada tahun 2014 tidak ditemukan kasus AFP (non Polio) begitu juga dengan tahun 2015 tidak ditemukan kasus AFP. Walaupun sudah tidak ditemukan lagi pada tahun 2015 namun tetap perlu untuk diperhatikan sehingga pemerintah dapat mempertahankan angka tersebut tetap menjadi 0 (nol).

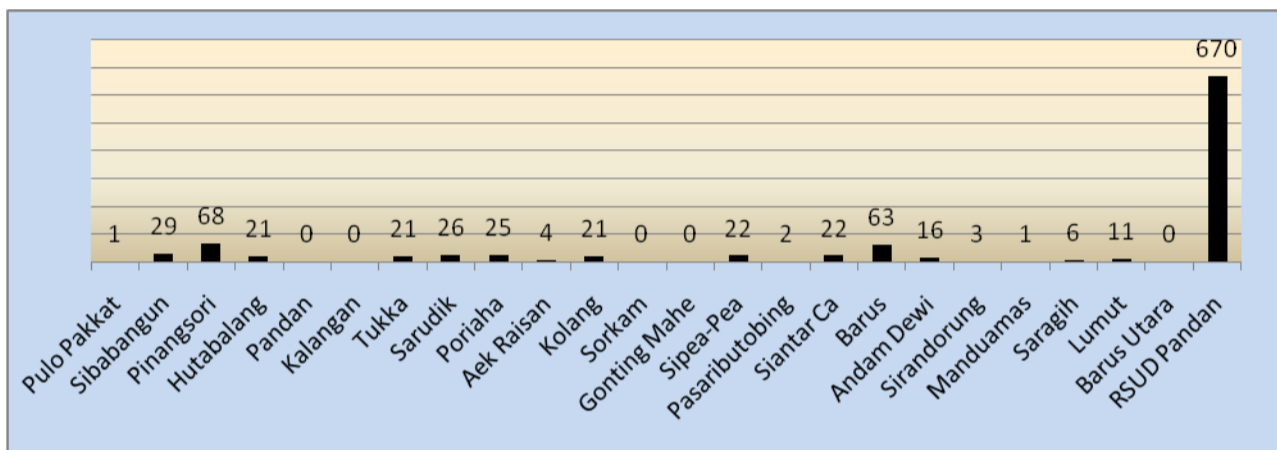


**B. Prevalensi Tb Paru per 100.000 Penduduk (MDGs)**

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

Penyakit Tb Paru saat ini menduduki peringkat ke-3 terbesar di dunia setelah India Dan Cina. Penyakit ini juga merupakan penyebab kematian pertama di Indonesia untuk penyakit golongan infeksi. Berdasarkan Hasil rekapitulasi laporan program di puskesmas Kabupaten Tapanuli Tengah pada tahun 2015 tercatat Prevalensi sebesar 294,84 kasus per 100.000 penduduk. Dengan perincian di setiap puskesmas adalah sebagai berikut.

**Grafik 3.7**  
**Prevalensi Tb Paru Per 100.000 Penduduk**  
**Menurut Puskesmas Kab. Tapanuli Tengah Tahun 2015**



Sumber : Seksi Pengendalian dan Pemberantasan Penyakit  
 Dinas Kesehatan Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015

**C. Angka Penemuan Kasus Tb Paru BTA+**

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

Berdasarkan data yang diperoleh dapat dilihat bahwa Angka Penemuan Kasus (CDR) untuk Laki-laki senilai 325 per 100000 penduduk sedangkan untuk perempuan senilai 215,69 per 100.000 penduduk. Dan Angka Penemuan Kasus TB Paru BTA+ (laki-laki dan perempuan) senilai 270,56 per 100.000 penduduk.

**D. Angka Kesembuhan Penderita TB Paru BTA+**

Dalam mengukur keberhasilan pengobatan TB digunakan Angka Keberhasilan Pengobatan (SR=*Success Rate*) yang mengindikasikan persentase pasien baru TB paru BTA positif yang menyelesaikan pengobatan, baik yang sembuh maupun yang menjalani pengobatan lengkap diantara pasien baru TB paru BTA positif yang tercatat. *Success Rate* dapat membantu dalam mengetahui kecenderungan meningkat atau menurunnya penemuan pasien pada wilayah tersebut.

Berdasarkan tabel diketahui BTA+ yang diobati sebanyak 957 orang dengan perincian laki-laki sebanyak 579 orang dan perempuan sebanyak 378 orang. Angka kesembuhan senilai 65,24 % (626 orang)

dengan perincian 68,4% (396 orang) laki-laki dan 60,8 % (230 orang) perempuan. Dan Angka Kesuksesan (SR) senilai 70,3 % dengan perincian 73,9 % laki-laki dan 64,8 % perempuan.

#### **E. Persentase Balita dengan Pneumonia Ditangani**

Pneumonia merupakan infeksi akut yang mengenai jaringan paru (alveoli). Infeksi dapat disebabkan oleh bakteri, virus maupun jamur. Pneumonia juga dapat terjadi akibat kecelakaan karena menghirup cairan atau bahan kimia. Populasi yang rentan terserang Pneumonia adalah anak-anak usia kurang dari 2 tahun, usia lanjut lebih dari 65 tahun, atau orang yang memiliki masalah kesehatan (malnutrisi, gangguan imunologi).

Diketahui jumlah balita sebanyak 38.152 orang dengan perincian laki-laki sebanyak 19.150 orang dan perempuan sebanyak 19.002 orang. Dengan jumlah perkiraan penderita yaitu laki-laki sebanyak 1.915 balita dan perempuan sebanyak 1.900 balita. Sedangkan pada tahun 2015 ditemukan penderita Pneumonia dan ditangani sebanyak 0 orang (0,0 %).

#### **F. Persentase HIV/AIDS Ditangani**

HIV AIDS disebabkan oleh infeksi virus *Human Immunodeficiency Virus* yang menyerang sistem kekebalan tubuh yang menyebabkan penderita mengalami penurunan ketahanan tubuh sehingga sangat mudah untuk terinfeksi berbagai macam penyakit lain. Penyakit ini ditularkan melalui cairan tubuh penderita yang terjadi melalui proses hubungan seksual, transfusi darah, penggunaan jarum suntik yang terkontaminasi secara bergantian, dan penularan dari ibu ke anak dalam kandungan melalui plasenta dan kegiatan menyusui. Pada tahun 2013 ditemukan sebanyak 28 kasus HIV dan 4 kasus AIDS, dengan kasus kematian akibat AIDS sebanyak 2 orang. Pada tahun 2014 ditemukan sebanyak 27 kasus HIV dan 0 (nol) kasus AIDS, serta tidak ada kasus kematian akibat AIDS. Pada tahun 2015 ditemukan 8 kasus HIV dan 0 kasus AIDS, serta tidak ada kasus kematian akibat AIDS.

#### **G. Infeksi Menular Seksual (IMS) Ditangani**

Infeksi Menular Seksual adalah infeksi yang sebagian menular lewat hubungan seksual dengan pasangan yang sudah tertular. Hubungan seksual ini termasuk hubungan seksual lewat liang senggama, lewat mulut (oral) atau lewat dubur (anal). Pada tahun 2014 ditemukan 13 kasus IMS, sedangkan pada tahun 2015 tidak ditemukan kasus IMS (lihat tabel 11).

#### **H. Darah Donor Diskrining terhadap HIV**

Upaya penanggulangan kesehatan dalam rangka penanggulangan penyakit HIV/AIDS di samping ditujukan pada penanganan penderita yang ditemukan juga diarahkan pada upaya pencegahan melalui penemuan penderita secara dini yang dilanjutkan dengan kegiatan konseling. Upaya penemuan penderita dilakukan melalui skrining HIV/AIDS terhadap darah donor, pemantauan pada kelompok berisiko penderita Penyakit Menular Seksual (PMS) seperti Wanita Penjaja Seks (WPS), penyalahguna obat dengan suntikan (IDUs), penghuni Lapas (Lembaga Perasyarakatan) atau sesekali dilakukan penelitian pada kelompok berisiko rendah seperti ibu rumah tangga dan sebagainya. Pada tahun 2015 dicatat sebanyak 6450 orang melakukan screening darah terhadap HIV-AIDS di RSUD Pandan, Pada tahun 2014 dicatat sebanyak 600 orang melakukan screening darah terhadap HIV-AIDS di RSUD Pandan, hal ini menunjukkan adanya peningkatan partisipasi masyarakat untuk melakukan skrining tes terhadap HIV/AIDS pada tahun 2015.

## I. Kasus Diare Ditangani

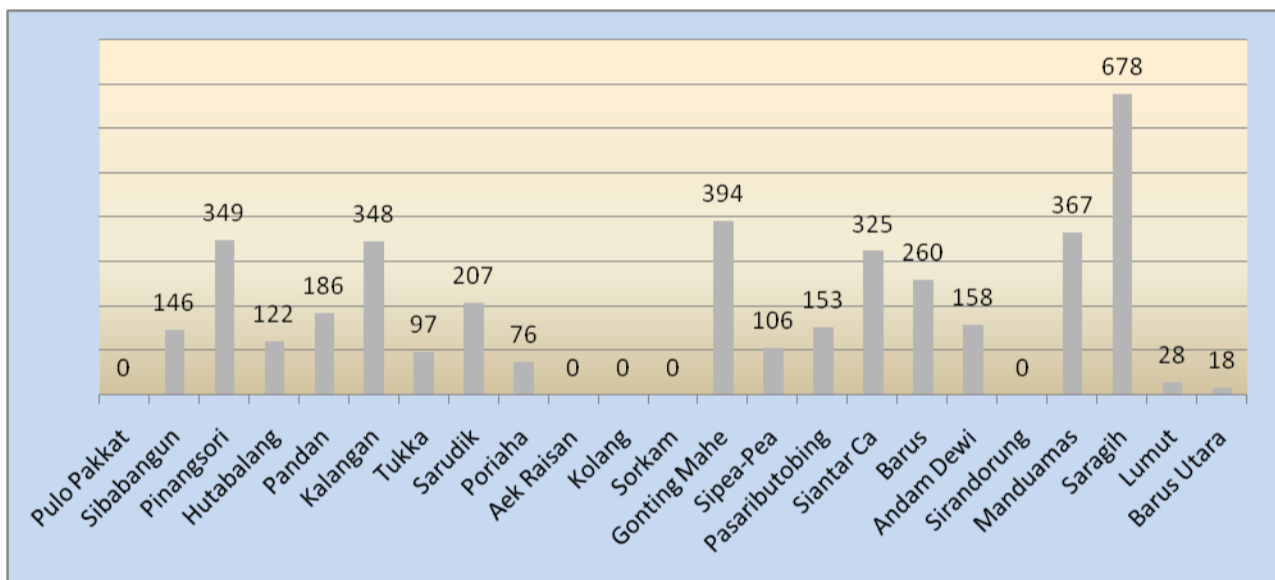
Diare merupakan penyakit yang terjadi ketika terdapat perubahan konsistensi feces selain dari frekuensi buang air besar. Seseorang dikatakan menderita diare bila feces lebih berair dari biasanya, atau bila buang air besar tiga kali atau lebih, atau buang air besar yang berair tapi tidak berdarah dalam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

Jumlah kasus diare ditangani yang melebihi perkiraan kasus diare adalah nihil. Hal ini dapat disebabkan oleh perilaku masyarakat yang telah memahami Pola Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) seperti kebiasaan cuci tangan sehabis BAB dan mau/setelah makan, BAB serta lingkungan yang bersih sehingga tidak berisiko terhadap penularan penyakit diare.

Jumlah kasus diare yang ditangani sebanyak 4.018 kasus (53,6%) dari jumlah perkiraan kasus sebanyak 7.490 kasus. Dengan perincian laki-laki yang ditangani sebanyak 2.012 (21,2%) dan perempuan sebanyak 2.006 kasus diare (21,3%).

Kegiatan yang telah dilakukan dalam mencegah kasus Diare antara lain Penyuluhan tentang PHBS kepada masyarakat dan gotong royong membersihkan lingkungan rumah masing-masing serta pengadaan sarana air bersih untuk konsumsi masyarakat.

**Grafik 3.8**  
**Jumlah Kasus Diare Ditangani**  
**Menurut Puskesmas Kab. Tapanuli Tengah Tahun 2015**



Sumber : Seksi Pemberantasan dan Pengendalian Penyakit Menular  
Dinas Kesehatan Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015

## J. Prevalensi Kusta

Kusta merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium leprae*. Penatalaksanaan kasus yang buruk dapat menyebabkan Kusta menjadi progresif, menyebabkan kerusakan permanen pada kulit, saraf, anggota gerak, dan mata. Diagnosis kusta dapat ditegakkan dengan adanya kondisi sebagai berikut :

- Kelainan pada kulit (bercak) putih atau kemerahan disertai mati rasa
- Penebalan saraf tepi yang disertai gangguan fungsi saraf berupa mati rasa dan kelemahan/kelumpuhan otot.
- Adanya kuman tahan asam di dalam kerokan jaringan kulit (BTA Positif)

Kusta (Basiler) terbagi atas 2 (dua) kategori yaitu Pausi Basiler/PB (Kusta Kering) dan Multi Basiler/MB (Kusta Basah). Berdasarkan tabel diketahui tidak ada kasus PB/Kusta Kering sedangkan untuk MB

ditemukan 5 kasus yaitu 3 pada laki-laki dan 2 kasus pada perempuan. Dengan demikian angka prevalensi per 100.000 penduduk senilai 1,5.

#### **K. Persentase Penderita Kusta Selesai Berobat**

Keberhasilan dalam mendeteksi kasus baru dapat diukur dari tinggi rendahnya proporsi cacat tingkat II, sedangkan untuk mengetahui tingkat penularan di masyarakat digunakan indikator proporsi anak (0-14 tahun) di antara penderita baru.

. Pada tahun 2012 ditemukan sebanyak 2 kasus kusta dan tidak ditemukan kasus pada anak dalam kelompok umur 0-14 tahun. Pada tahun 2013 ditemukan sebanyak 4 kasus kusta dan tidak ditemukan kasus pada anak dalam kelompok umur 0-14 tahun. Pada tahun 2014 ditemukan 5 kasus kusta dan tidak ada kasus pada anak dalam kelompok umur 0-14 tahun. Pada tahun 2015 ditemukan 5 kasus kusta dan tidak ada kasus pada anak dalam kelompok umur 0-14 tahun

#### **L. Jumlah Kasus Penyakit Menular yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I)**

##### **a. Tetanus Neonatorum (TN)**

Tetanus Neonatorum (TN) disebabkan oleh basil *Clostridium tetani*, yang masuk ke tubuh melalui luka. Penyakit ini menginfeksi bayi baru lahir yang salah satunya disebabkan oleh pemotongan tali pusat dengan alat tidak steril. Kasus TN banyak ditemukan di negara berkembang khususnya dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan yang rendah. Pada tahun 2011 dilaporkan sebanyak 1 kasus Tetanus Neonatorum, pada tahun 2012 sampai tahun 2015 tidak ada ditemukan kasus Tetanus Neonatorum.

##### **b. Campak**

Penyakit ini disebabkan oleh virus campak. Sebagian besar kasus campak menyerang anak-anak. Penularan dapat terjadi melalui udara yang telah terkontaminasi oleh sekret orang yang telah terinfeksi.

Pada tahun 2012 ditemukan jumlah kasus campak sebanyak 10 orang dengan perincian laki-laki sebanyak 3 kasus dan perempuan sebanyak 7 kasus, serta tidak ada kasus yang meninggal. Pada tahun 2013 ditemukan jumlah kasus campak sebanyak 28 orang dengan perincian laki-laki sebanyak 14 kasus dan perempuan sebanyak 14 kasus, serta tidak ada kasus yang meninggal. Pada tahun 2014 ditemukan 12 kasus campak dengan rincian laki-laki sebanyak 7 kasus dan perempuan sebanyak 5 kasus, serta tidak ada kasus yang meninggal. Sedangkan pada tahun 2015 tidak ditemukan kasus campak.

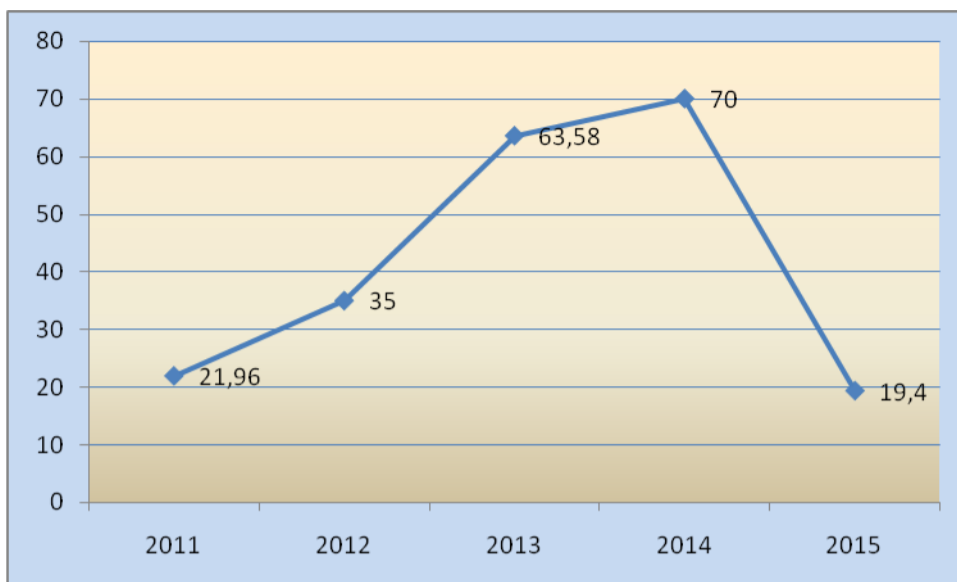
##### **c. Difteri**

Penyakit difteri disebabkan oleh infeksi *Corynebacterium diphteriae* yang menyerang sistem pernafasan bagian atas. Penyakit ini memiliki gejala sakit leher, demam ringan, sakit tekak. Difteri juga kerap ditandai dengan tumbuhnya membran kelabu yang menutupi tonsil serta bagian saluran pernafasan. Dari tahun 2013 sampai tahun 2015 tidak ditemukan kasus Difteri di wilayah Kab. Tapanuli Tengah.

#### **M. Angka Kesakitan Demam Berdarah Dengue (DBD) per 100.000 penduduk**

Demam Berdarah Dengue merupakan penyakit yang disebabkan oleh *Virus Dengue* dan ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti*. Penyakit ini sebagian besar menyerang anak berumur <15 tahun, namun dapat juga menyerang orang dewasa.

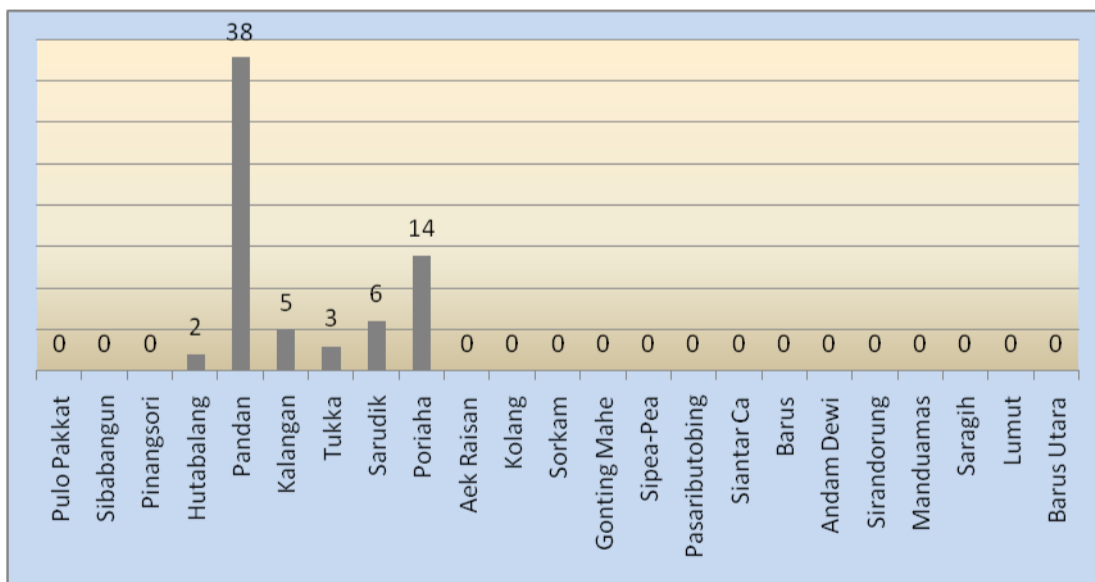
**Grafik 3.9**  
**Tren Angka Kesakitan Demam Berdarah Dengue (DBD)**  
**Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2011 – 2015**



*Sumber :Seksi Pemberantasan dan Pengendalian Penyakit Menular  
Dinas Kesehatan Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015*

Tren angka kesakitan/*Incidence Rate* (IR) DBD dari tahun 2011-2015 mengalami fluktuatif atau naik turun. Pada tahun 2015 terjadi penurunan kasus dengan *Incidence Rate* (IR) Penyakit DBD di Kabupaten Tapanuli Tengah mencapai 19,4 per 100.000 penduduk. Dengan perincian laki-laki sebanyak 39 kasus dengan *Incidence Rate* 22,2 per 100.000 penduduk dan perempuan 29 kasus dengan *Incidence Rate* 16,6 per 100.000 penduduk.

**Grafik 3.9**  
**Jumlah Kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) Menurut Puskesmas**  
**Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015**



Berdasarkan gambar di atas dapat diketahui gambaran persebaran Kasus DBD di wilayah Tapanuli Tengah paling banyak terdapat di daerah wilayah kerja Puskesmas Pandan yaitu sebanyak 38 kasus. Ini dapat dipengaruhi oleh tingkat kepadatan penduduk Pandan yang cukup tinggi dan sanitasi lingkungan yang kurang bersih.

Program Pemberantasan dan Penanggulangan Penyakit Menular Dinas Kesehatan cukup proaktif menangani kasus DBD yang merebak. Tindakan preventif dilakukan pada tingkat masyarakat dengan memberikan bentuk promosi kesehatan (tenaga penyuluh Puskesmas) dan pemberian bubuk abate pada rumah tangga di wilayah kerja Puskesmas. Selain itu upaya pengendalian vector DBD dengan penyemprotan (fogging) Malathion untuk membunuh nyamuk dewasa. Upaya pengendalian dan Pencegahan Penyakit Menular perlu mendapat respon aktif dari masyarakat juga, hal ini dapat ditunjukkan dengan aktif melaksanakan 3M+1T.

#### **N. Angka Kematian Demam Berdarah Dengue (DBD)**

Kasus kematian akibat DBD pada tahun 2015 tidak ditemukan. Meskipun demikian upaya penanganan penderita DBD di unit pelayanan kesehatan tetap perlu ditingkatkan. Upaya pemberantasan demam berdarah dapat dilakukan dengan 3 hal, antara lain: 1). Peningkatan kegiatan surveilans; 2). Diagnosis dini dan pengobatan dini; dan 3).

Peningkatan upaya pemberantasan vector penyakit DBD, yaitu dengan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dan Pemeriksaan Jentik Berkala. Keberhasilan kegiatan PSN antara lain dapat diukur dengan Angka Bebas Jentik (ABJ). Apabila ABJ lebih atau sama dengan 95% diharapkan penularan DBD dapat dicegah atau dikurangi.

Metode yang tepat guna untuk mencegah DBD adalah Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) melalui 3M plus (Menguras, Menutup, dan Mengubur) plus menabur larvasida, penyebaran ikan pada tempat penampungan air serta kegiatan-kegiatan lainnya yang dapat mencegah/memberantas nyamuk Aedes berkembang biak. Angka Bebas Jentik (ABJ) sebagai tolak ukur pemberantasan vector melalui PSN-3M menunjukkan tingkat partisipasi masyarakat dalam mencegah DBD. Oleh karena itu pendekatan pemberantasan DBD yang berwawasan kepedulian masyarakat merupakan salah satu alternatif pendekatan baru.

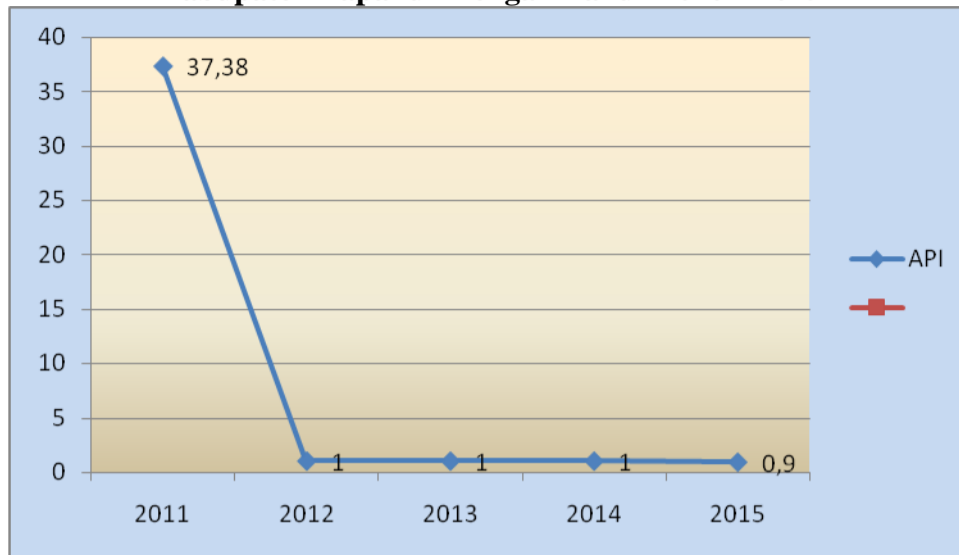
#### **O. Angka Kesakitan Malaria per 1000 Penduduk**

Malaria merupakan salah satu penyakit menular yang upaya pengendaliannya menjadi komitmen global dalam *Millenium Development Goals* (MDGs). Malaria disebabkan oleh hewan bersel satu (protozoa) Plasmodium yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Anopheles*. Wilayah endemis malaria pada umumnya adalah desa-desa terpencil dengan kondisi lingkungan yang tidak baik, sarana transportasi dan komunikasi yang sulit, akses pelayanan kesehatan kurang, tingkat pendidikan dan sosial ekonomi masyarakat yang rendah, serta buruknya perilaku masyarakat terhadap kebiasaan hidup sehat.

Ditjen PP & PL Kementerian Kesehatan telah menetapkan stratifikasi endemisitas malaria suatu wilayah di Indonesia menjadi 4 strata, yaitu :

1. Endemis Tinggi bila API > 5 per 1.000 penduduk
2. Endemis Sedang bila API berkisar antara 1-<5 per 1.000 penduduk
3. Endemis Rendah bila API 0-1 per 1.000 penduduk
4. Non Endemis adalah daerah yang tidak terdapat penularan malaria (Daerah pembebasan malaria) atau API = 0

**Grafik 3.10**  
**Angka Kesakitan (API) Per-1000 Penduduk**  
**Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2010 – 2015**



*Sumber :Seksi Pemberantasan dan Pengendalian Penyakit Menular  
Dinas Kesehatan Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015*

Dari grafik dapat dilihat bahwa terjadi angka kesakitan (API) pada tahun 2010 sebanyak 1,54 per 1.000 penduduk. Namun terjadi peningkatan yang melejit pada tahun 2011 menjadi **37,38 per 1.000 penduduk**, dengan perincian 5891 orang laki-laki (API=37,31) dan 5851 orang perempuan (API = 37,44). Maka berdasarkan stratifikasi endemisitas malaria suatu wilayah di Indonesia yang dibagi menjadi 4 strata, maka Kabupaten Tapanuli Tengah tergolong **Endemis Tinggi** karena API berkisar antara <5 per 1.000 penduduk. Namun terjadi penurunan yang sangat signifikan pada tahun 2012 menjadi 1 per 1.000 penduduk, dengan perincian 226 orang laki-laki (API=1) dan 98 orang perempuan (API=1). Begitu pun pada tahun 2013 tetap 1 per 1.000 penduduk, dengan perincian 158 orang laki-laki (API=1) dan 56 orang perempuan (API=1).

**P. Angka Kematian Malaria**

Pemberantasan Malaria digalakkan melalui gerakan masyarakat yang dikenal dengan Gerakan Berantas Kembali Malari atau “Gebrak Malaria” telah dicetuskan pada tahun 2000. Gerakan ini merupakan embrio pengendalian malaria yang berbasis kemitraan berbagai sektor dengan slogan “Ayo Berantas Malaria”.

Pengendalian Malaria di Indonesia yang tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 293/MENKES/SK/IV/2009 tanggal 28 April 2009 tentang Eliminasi Malaria di Indonesia, yang bertujuan mewujudkan Masyarakat yang hidup sehat, yang terbebas dari penularan malaria secara bertahap sampai tahun 2030.

Pada tahun 2015 tidak terdapat kasus kematian pada kasus malaria, dengan nilai CFR adalah 0 %. Angka Kesakitan dan Kematian Malaria dapat dilihat pada lampiran tabel 22.

**Q. Kasus Penyakit Filariasis Ditangani**

Filariasis adalah penyakit yang disebabkan oleh parasit berupa cacing filaria, yang terdiri dari *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malay* 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 lengan dan organ genital.

Pada tahun 2013 ditemukan 2 kasus filariasis baru yang dilaporkan. Yaitu pada wilayah kerja Puskesmas Aek Raisan dan Puskesmas Sipea-pea. Kedua kasus tersebut diderita oleh penduduk laki-laki. Sehingga Angka Kesakitan Filariasis per 100.000 penduduk adalah 1. Pada tahun 2014 tidak ditemukan kasus filariasis baru. Dan pada tahun 2015 ditemukan 11 kasus filariasis baru, pada laki-laki sebanyak 6 orang dan pada perempuan sebanyak 5 orang.

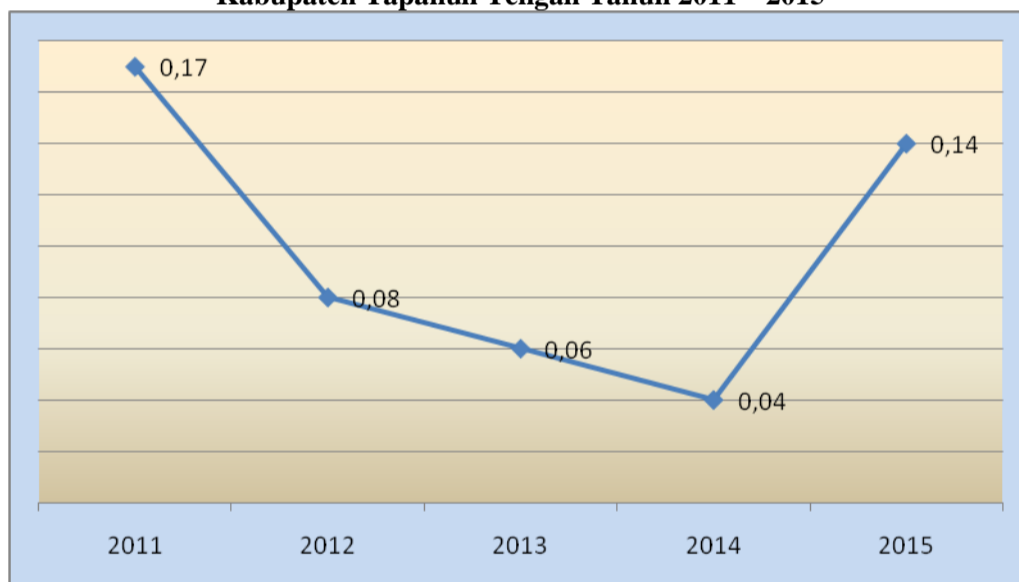
### 3.3 STATUS GIZI

#### A. Persentase Berat Bayi Lahir Rendah

Pada tahun 2015 jumlah bayi lahir hidup sebanyak 7.315 orang dengan perincian laki-laki sebanyak 3.672 orang dan perempuan 3.643 orang. Dan persentase bayi lahir yang ditimbang sebesar 100%. Dari jumlah bayi yang ditimbang terdapat 15 bayi (0,2%) yang dikategorikan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR). Dengan perincian, pada laki-laki sebanyak 9 orang (0,2%), dan pada perempuan sebanyak 6 orang (0,2%). Hal ini dapat dilihat pada tabel 37.

#### B. Persentase Balita dengan Gizi Buruk

**Grafik 3.11**  
**Tren Persentase Balita dengan Gizi Buruk**  
**Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2011 – 2015**



*Sumber :Seksi GiziDinas Kesehatan Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015*

Persentase balita dengan gizi buruk dari tahun 2010-2015 mengalami penurunan yang signifikan. Pada tahun 2015 mengalami peningkatan dari tahun 2014, sebanyak 45 orang balita (0,14%) menderita status gizi buruk dengan perincian laki-laki sebanyak 24 orang balita (0,16%) orang dan perempuan sebanyak 21 orang balita (0,13%).

Hal ini mencerminkan bahwa kondisi pelayanan kesehatan di Kabupaten Tapanuli Tengah dari tahun ke tahun relatif bertambah baik dan sudah mencapai target Indonesia Sehat 2010, walaupun angka ini belum dapat menggambarkan keadaan yang sesungguhnya pada populasi.



## **BAB IV**

### **SITUASI UPAYA KESEHATAN**

Secara umum upaya kesehatan terdiri atas dua unsur utama, yaitu upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan. Upaya kesehatan masyarakat adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat serta swasta, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan di masyarakat. Upaya kesehatan masyarakat mencakup upaya-upaya promosi kesehatan, pemeliharaan kesehatan, pemberantasan penyakit menular, pengendalian penyakit tidak menular, penyehatan lingkungan dan penyediaan sanitasi dasar, perbaikan gizi masyarakat, kesehatan jiwa, pengamanan sediaan farmasi dan alat kesehatan, pengamanan penggunaan zat aditif dalam makanan dan minuman, pengamanan narkotika, psikotropika, zat aditif dan bahan berbahaya, serta penanggulangan bencana dan bantuan kemanusiaan.

Upaya kesehatan perorangan adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat serta swasta untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan. Upaya kesehatan perorangan mencakup upaya-upaya promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan rawat jalan, pengobatan rawat inap, pembatasan dan pemulihan kecacatan yang ditujukan terhadap perorangan.

Pelaksanaan upaya kesehatan diarahkan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan yaitu mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya melalui keterjangkauan (*accessibility*), kemampuan (*affordability*), kualitas (*quality*) pelayanan kesehatan sehingga mampu mengantisipasi perubahan, perkembangan, masalah dan tantangan dalam pembangunan kesehatan.

#### **4.1 VISI PEMBANGUNAN KESEHATAN DAERAH**

Pembangunan kesehatan yang dilaksanakan tanpa pemahaman mengenai tujuan, akan membuat pelaksanaannya tidak terarah. Tanpa visi, para pegawai dan organisasi tidak dapat menjalankan tugasnya dengan baik. Dengan perkataan lain bahwa visi merupakan tujuan yang akan dicapai oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Tapanuli Tengah pada masa yang telah ditentukan.

Dengan mempertimbangkan perkembangan, masalah serta berbagai kecenderungan pembangunan kesehatan ke depan serta dalam mencapai sasaran pembangunan kesehatan yang tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Kabupaten Tapanuli Tengah, maka telah ditetapkan visi Dinas Kesehatan Kabupaten Tapanuli Tengah yaitu : *“Mewujudkan Masyarakat Tapanuli Tengah yang Maju, Sejahtera dan Bermartabat”*.

Masyarakat Tapanuli Tengah yang sehat adalah suatu kondisi dimana masyarakat Tapanuli Tengah bebas dari gangguan kesehatan, baik yang disebabkan karena penyakit termasuk gangguan kesehatan akibat bencana, maupun lingkungan dan perilaku yang tidak mendukung untuk hidup sehat.

Masyarakat yang maju yaitu suatu kondisi dimana masyarakat memiliki pengetahuan akan pemenuhan kebutuhan kesehatan baik secara individu dan kelompok serta mampu mengikuti dan menyesuaikan diri dengan perkembangan pembangunan dengan tetap mempertahankan ciri dan identitas masyarakat Tapanuli Tengah yang majemuk.

Masyarakat yang sejahtera yaitu suatu kondisi dimana masyarakat memiliki keutuhan, sentosa, keselarasan, kebahagiaan, keselamatan, berkat, dan ketertiban. Masyarakat yang bermartabat yaitu suatu kondisi dimana masyarakat memiliki harkat dan derajat serta mampu mengamalkan nilai serta norma yang berlaku di masyarakat.

Dalam rangka mewujudkan visi tersebut Kabupaten Tapanuli Tengah, lingkungan yang diharapkan adalah yang kondusif bagi terwujudnya keadaan sehat yaitu lingkungan yang kondusif dalam bebas polusi, tersedianya air bersih, sanitasi lingkungan yang memadai, perumahan dan pemukiman yang sehat, perencanaan kawasan yang berwawasan kesehatan, serta terwujudnya kehidupan masyarakat yang saling tolong menolong dengan memelihara nilai-nilai budaya bangsa.

Perilaku masyarakat Kabupaten Tapanuli Tengah yang diharapkan adalah yang bersifat proaktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah resiko terjadinya penyakit serta berpartisipasi aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat. Selanjutnya kemampuan masyarakat yang diharapkan pada masa depan adalah yang mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu tanpa adanya hambatan, baik yang bersifat ekonomi maupun non ekonomi. Pelayanan kesehatan bermutu yang dimaksud adalah pelayanan kesehatan yang memuaskan pemakai jasa pelayanan serta yang diselenggarakan sesuai dengan standard dan etika pelayanan profesi.

#### 4.2 MISI PEMBANGUNAN KESEHATAN DAERAH

Untuk mewujudkan visi “Mewujudkan Masyarakat Tapanuli Tengah yang Maju, Sejahtera dan Bermartabat” maka Dinas Kesehatan Kabupaten Tapanuli Tengah mempunyai misi :

1. Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui partisipasi dan kemandirian masyarakat dalam pembangunan bidang kesehatan.
2. Mewujudkan pelayanan kesehatan yang lebih berkualitas, adil, merata dan terjangkau
3. Mewujudkan pembangunan yang berwawasan kesehatan
4. Meningkatkan Upaya pengendalian penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan

#### 4.3 TUJUAN PEMBANGUNAN KESEHATAN DAERAH

Tujuan ditetapkan dengan mengacu kepada pernyataan visi dan misi sehingga rumusannya harus dapat menunjukkan suatu kondisi yang ingin dicapai di masa mendatang. Untuk itu tujuan disusun guna memperjelas pencapaian sasaran yang ingin diraih dari masing-masing misi.

#### Tujuan yang ditetapkan untuk mencapai Visi dan Misi:

No	Misi	Tujuan
1.	Meningkatkan derajat kesehatan masyarakatn melalui partisipasi dan kemandirian masyarakat dalam pembangunan kesehatan	Memberdayakan individu, keluarga dan masyarakat agar mampu menunmbuhkan perilaku hidup berdih dan sehata (PHBS) serta mengembangkan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM).
2.	Mewujudkan Pelayanan Kesehatan yang lebih Berkualitas, Adil, Merata, dan Terjangkau	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan akses pemerataan dan kualitas pelayanan kesehatan melalui rumah sakit, puskesmas dan jaringannya</li> <li>2. Meningkatkan kesadaran gizi keluarga dalam upaya meningkatkan status gizi masyarakat</li> <li>3. Meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan ibu, anak, remaja dan lanjut usia</li> </ol>

		serta kesehatan reproduksi 4. Menjamin ketersediaan, pemerataan, pemanfaatan, mutu keterjangkauan obat dan perbekalan kesehatan serta pembinaan mutu makanan 5. Mengembangkan kebijakan, system pembiayaan dan manajemen pembangunan kesehatan
3.	Mewujudkan Pembangunan yang Berwawasan Kesehatan	Mengembangkan kebijakan, system pembiayaan dan manajemen pembangunan kesehatan
4.	Meningkatkan upaya pengendalian penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan	Mewujudkan mutu lingkungan yang lebih sehat, pengembangan system kesehatan lingkungan kewilayahan, serta menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan
		Mencegah, menurunkan dan mengendalikan penyakit menular dan tidak menular serta masalah kesehatan lainnya

Dalam melaksanakan pembangunan kesehatan di daerah, kebijakan pemerintah turut pula dalam mendukung dan mempercepat pencapaian 8 (delapan) tujuan Pembangunan *Millenium Development Goals (MDGs)* yang sejalan dengan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Republik Indonesia sehingga dikeluarkannya Instruksi Presiden (Inpres) No. 1 Tahun 2010 Tentang Percepatan Pelaksanaan Prioritas Pembangunan Nasional dan Instruksi Presiden No.3 Tahun 2010 Tentang Program Pembangunan yang berkeadilan yang berpedoman dari Rencana Jangka Panjang Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2010-2015. 8 Tujuan MDGS tersebut ialah antara lain:

1. Menanggulangi kemiskinan dan kelaparan
2. Memenuhi pendidikan dasar untuk semua
3. Mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan
4. Menurunkan Angka Kematian Balita 2/3nya antara tahun 1990-2015
5. Meningkatkan kualitas kesehatan ibu
6. Memerangi HIV/AIDS, malaria dan penyakit menular lain
7. Menjamin kelestarian lingkungan hidup
8. Mengembangkan kemitraan global untuk pembangunan

#### **4.4 PROGRAM PEMBANGUNAN KESEHATAN DAERAH**

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

#### 4.4.1 Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

Kebijakan tentang kesehatan ibu dan bayi baru lahir secara khusus bergubungan dengan pelayanan antenatal, persalinan, nifas dan perawatan bayi baru lahir yang diberikan di semua jenis fasilitas kesehatan, dari posyandu sampai rumah sakit pemerintah maupun fasilitas pelayanan kesehatan swasta.

Dalam upaya pencapaian MDGs dan tujuan pembangunan kesehatan, peningkatan pelayanan kesehatan ibu diprioritaskan yaitu dengan menurunkan Angka Kematian Ibu menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 dari 425 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1992 (SKRT). Target Cakupan kesehatan ibu yang harus dicapai pada tahun 2009 masing-masing sebesar 94% untuk Akses Pelayanan Antenatal (Cakupan ibu hamil K1), 84% untuk cakupan pelayanan ibu hamil sesuai standar (k4), dan 82% untuk cakupan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan (Pn).

Upaya untuk mempercepat penurunan AKI telah dimulai sejak akhir tahun 1980-an melalui program *Safe Motherhood Initiative* yang mendapat perhatian besar dan dukungan dari berbagai pihak baik dalam maupun luar negeri.

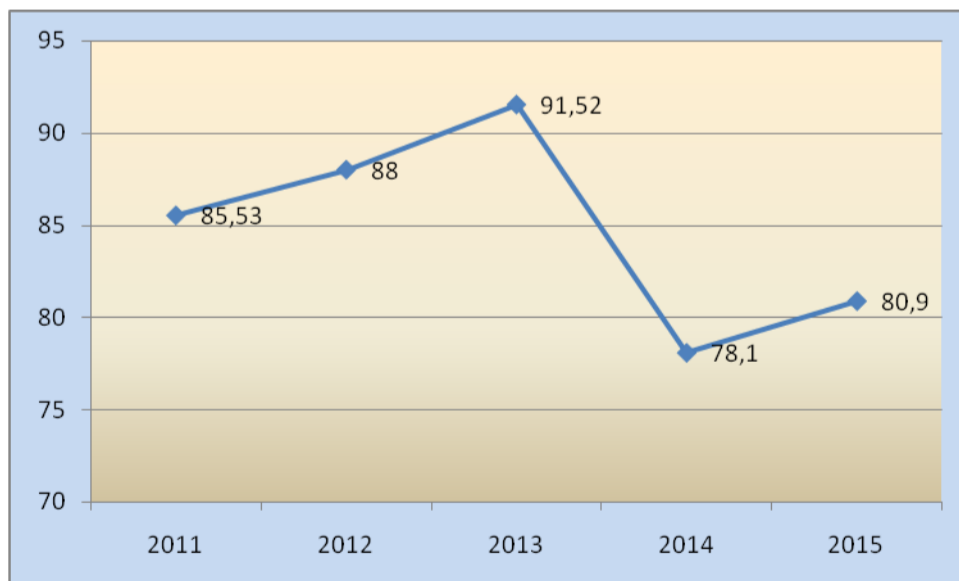
##### a. Pelayanan Antenatal (K1 dan K4)

Pelayanan antenatal merupakan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan profesional (dokter spesialis obgyn, dokter umum, bidan dan perawat) seperti pengukuran berat badan dan tekanan darah, pemeriksaan tinggi fundus uteri, imunisasi tetanus toxoid (TT) serta pemberian tablet besi kepada ibu hamil selama masa kehamilannya sesuai pedoman pelayanan antenatal yang ada dengan titik berat pada kegiatan promotif dan preventif. Hasil pelayanan antenatal dapat dilihat dari cakupan pelayanan K1 dan K4.

Cakupan K1 merupakan gambaran besaran ibu hamil yang telah melakukan kunjungan pertama ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan antenatal. Sedangkan cakupan K4 ibu hamil adalah gambaran besaran ibu hamil yang telah mendapatkan pelayanan ibu hamil sesuai dengan standard serta paling sedikit empat kali kunjungan dengan distribusi, sekali pada triwulan pertama, sekali pada triwulan kedua dan dua kali pada triwulan ketiga umur kehamilan. Angka ini dimanfaatkan untuk melihat kualitas pelayanan kesehatan kepada ibu hamil.

Berikut grafik garis tren cakupan kunjungan K1 ibu hamil dari tahun 2010-2015.

**Grafik 4.1**  
**Tren Cakupan Pelayanan K1 Ibu Hamil**  
**Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2010 – 2015**

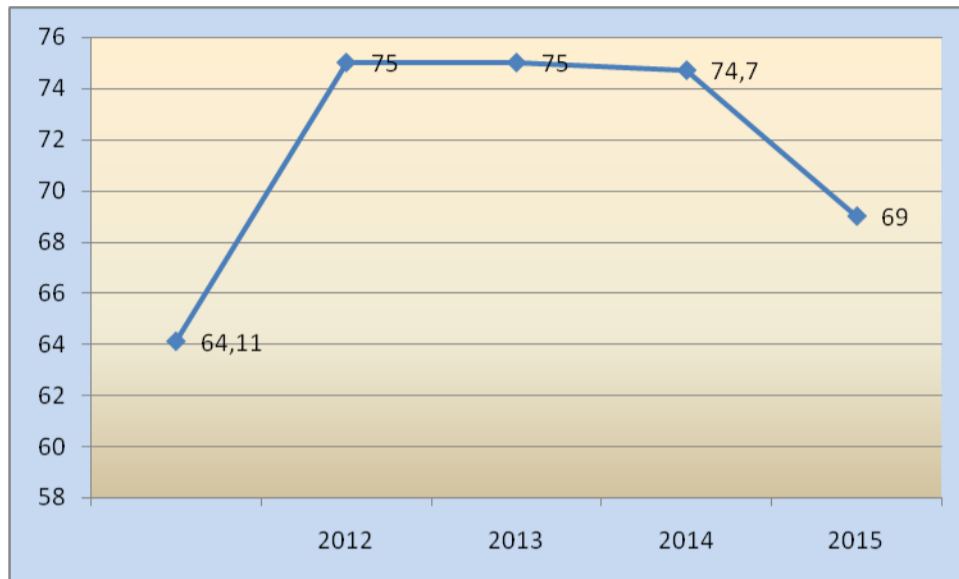


Sumber : Seksi Kesehatan Ibu dan Anak  
Dinas Kesehatan Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015

Dari grafik garis diatas memperlihatkan tren kunjungan K1 ibu hamil tahun 2011-2015 yang fluktuatif. Cakupan kunjungan K1 ibu hamil pada tahun 2011-2013 mengalami peningkatan namun pada tahun 2014 mengalami penurunan menjadi 78,1%. Dan pada tahun 2015 meningkat kembali menjadi 80,9%.

Cakupan Kunjungan ibu hamil K4 dalam 5 (lima) tahun terakhir di Kabupaten Tapanuli Tengah dapat dilihat pada grafik berikut.

**Grafik 4.2**  
**Tren Cakupan Pelayanan K4 Ibu Hamil**  
**Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2010 – 2015**



*Sumber : Seksi Kesehatan Ibu dan Anak  
Dinas Kesehatan Kabupaten Tapanuli Tengah*

Dari tren grafik garis dapat terlihat bahwa cakupan kunjungan K4 ibu hamil di Kabupaten Tapanuli Tengah bersifat fluktuatif. Pada tahun 2011 cakupan kunjungan K4 adalah 64,11%., meningkat pada tahun 2012 menjadi 75%. Pada tahun 2013 cakupan tidak berubah dari tahun sebelumnya yaitu 75%, pada tahun 2014 cakupan kunjungan K4 menurun menjadi 74,7%, dan pada tahun 2015 kembali mengalami penurunan menjadi 69%. Mengacu pada target Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan (95%), ini menunjukkan masih rendahnya cakupan pelayanan Antenatal (ANC) ibu hamil di Tapanuli Tengah, padahal indikator ini merupakan salah satu acuan dasar daripada percepatan *Millenium Development Goals* ke-5 yaitu mengurangi  $\frac{3}{4}$  AKI (MMR) dalam kurun waktu 1990-2015.

Pada tahun 2011 kesenjangan antara K1 dan K4 yang cukup signifikan sebesar 21,42%. Pada tahun 2012 terjadi penurunan cakupan keduanya dan kesenjangan yang cukup signifikan sebesar 13%. Pada tahun 2013 terjadi peningkatan kesenjangan dari tahun sebelumnya dengan cakupan sebesar 16,52%, Pada tahun 2014 kesenjangan cakupan menurun menjadi 3,4%. Dan pada tahun 2015 kesenjangan antara K1 dan K4 kembali meningkat menjadi 11,9%. Kesenjangan antara cakupan K1 dan K4 menunjukkan angka *drop out* K1-K4; dengan kata lain jika kesenjangan kecil maka hampir semua ibu hamil yang melakukan kunjungan pertama pelayanan antenatal meneruskan hingga kunjungan yang keempat pada triwulan 3, sehingga kehamilannya dapat terus dipantau oleh petugas kesehatan.

Bila memperhatikan tabel cakupan kunjungan K1 dan K4 ibu hamil tahun 2015 berdasarkan Puskesmas di Kabupaten Tapanuli Tengah (lampiran tabel 29), cakupan-cakupan kunjungan K1 dengan cakupan tertinggi adalah Puskesmas Pulo Pakkat (110,3%), dan cakupan terendah yaitu Puskesmas Sorkam (40,5%). Kunjungan keempat (K4) tertinggi pada Puskesmas lumut (103,7%) dan terendah pada

Puskesmas Sorkam (32,5%). Data cakupan pertolongan kunjungan K1 dan K4 ibu hamil tahun 2015 disajikan pada lampiran tabel 29.

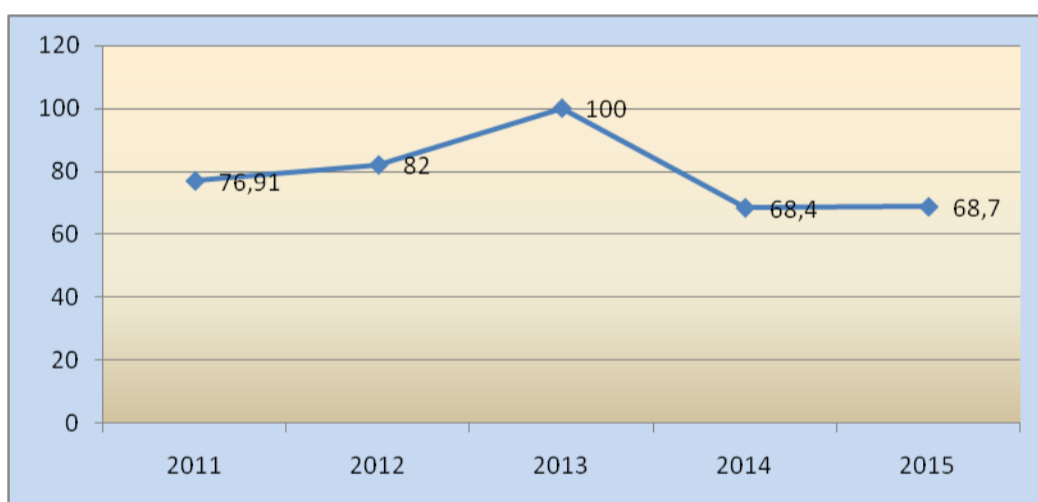
Hal ini harus dievaluasi oleh semua pihak yang terkait dalam rangka memperbaiki pencapaian indikator ini. Disamping itu evaluasi perlu ada peningkatan kinerja dengan upaya-upaya yang lebih komprehensif dan tepat guna untuk meningkatkan cakupan K4 seperti *case finding*, upaya *home visit* oleh bides, peningkatan dan evaluasi distribusi serta penggunaan buku KIA oleh sasaran ibu hamil, dsb.

#### b. Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan dengan Kompetensi Kebidanan (Pn)

Periode persalinan merupakan salah satu periode yang berkontribusi besar terhadap Angka Kematian Ibu di Indonesia. Kematian saat bersalin dan 1 minggu pertama diperkirakan 60% dari seluruh kematian ibu (*Maternal Mortality: who, when, where, and why; Lancet 2006*). Sedangkan dalam target MDGs, salah satu upaya yang harus dilakukan untuk meningkatkan kesehatan ibu adalah menurunkan AKI menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 dari 425 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1992 (SKRT) serta meningkatkan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan menjadi 90% pada tahun 2015 dari 40,7% pada tahun 1992 (BPS). Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah pelayanan persalinan yang aman yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dengan kompetensi kebidanan.

Cakupan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan tahun 2009 – 2013 dapat dilihat dari grafik berikut.

**Grafik 4.3**  
**Tren Cakupan Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan**  
**Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2011 – 2015**



Sumber : Seksi KIA Dinas Kesehatan Kabupaten Tapanuli Tengah

Bila dilihat dari grafik tersebut di atas, tren cakupan pertolongan persalinan ditolong tenaga kesehatan menunjukkan perkembangan yang fluktuatif setiap tahunnya.

Pada tahun 2011 cakupan meningkat cukup signifikan dari tahun 2010 sebesar 76,91%. Dan kembali naik pada tahun 2012 menjadi 82%. Dan menjadi 100% pada tahun 2013. Pada tahun 2015 menurun menjadi 68,4%, pada tahun 2015 meningkat menjadi 68,7%. Dari grafik tren di atas, cakupan pertolongan persalinan ibu hamil belum mencapai target SPM bidang kesehatan sebesar 90% pada tahun 2015. Hal ini, menunjukkan perlunya komitmen pemerintah daerah untuk lebih berupaya meningkatkan pelayanan ANC dalam hal ini menunjang, menyediakan dan melatih tenaga kesehatan berkemampuan kebidanan di berbagai wilayah kabupaten Tapanuli Tengah. Cakupan persalinan ditolong tenaga kesehatan berpengaruh besar terhadap peningkatan kesehatan ibu hamil sehingga dapat menurunkan jumlah kematian

ibu (AKI).Data cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan menurut kecamatan tahun 2015 disajikan pada lampiran tabel 29.

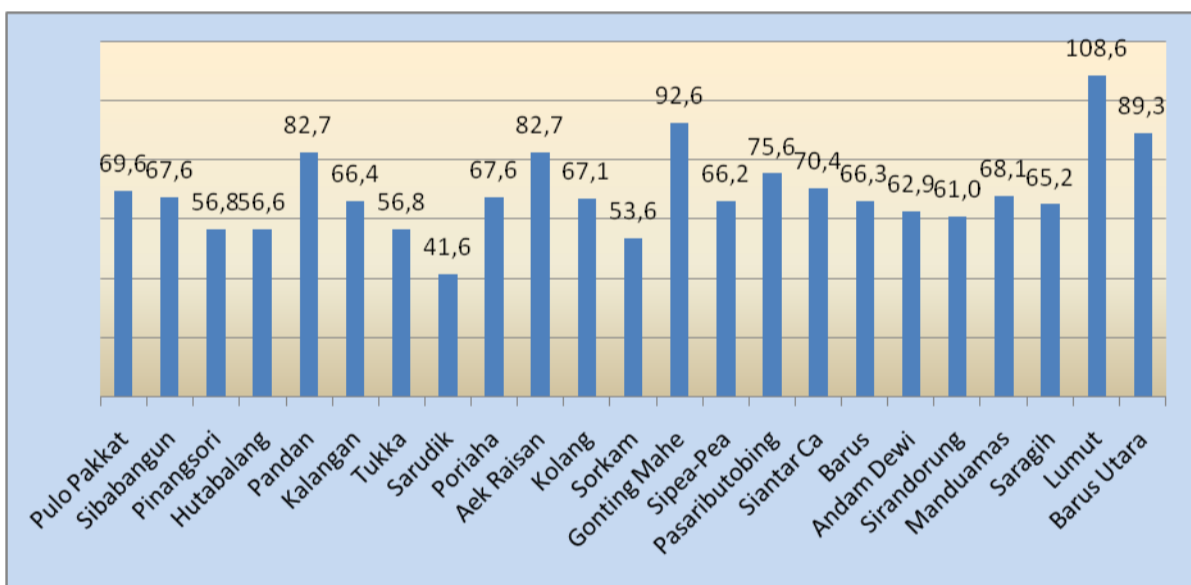
**c. Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas (KF3)**

Pelayanan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan sesuai standar pada ibu mulai 6 jam sampai 42 hari pasca persalinan oleh tenaga kesehatan. Untuk deteksi dini komplikasi pada ibu nifas diperlukan pemantauan pemeriksaan pada ibu nifas dengan melakukan kunjungan nifas minimal sebanyak 3 kali dengan distribusi waktu: 1) kunjungan nifas pertama (KF1) pada 6 jam setelah persalinan sampai 3 hari; 2) kunjungan nifas ke-2 (KF2) dilakukan pada minggu ke-2 setelah persalinan; dan 3) kunjungan nifas ke-3 (KF3) dilakukan minggu ke-6 setelah persalinan. Diupayakan kunjungan nifas ini dilakukan pada saat dilaksanakannya kegiatan di posyandu dan dilakukan bersamaan pada kunjungan bayi.

Pelayanan kesehatan nifas yang diberikan meliputi: 1) pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi, dan suhu; 2) pemeriksaan lochia dan pengeluaran per vaginam lainnya; 3) pemeriksaan payudara dan anjuran ASI Eksklusif 6 bulan; 4) pemberian kapsul Vitamin A 200.000 IU sebanyak dua kali (2x24 jam); dan 5) pelayanan KB pasca persalinan.

Grafik berikut menyajikan persentase pelayanan ibu nifas menurut Puskesmas di Kabupaten Tapanuli Tengah.

**Grafik 4.4**  
**Persentase Cakupan Kunjungan ibu nifas**  
**Puskesmas se-Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015**



Sumber : Seksi Kesehatan Ibu dan Anak  
 Dinas Kesehatan Kabupaten Tapanuli Tengah

Cakupan kunjungan ibu nifas rata-rata pada tahun 2015 adalah 66,6%. Sementara target Standar Pelayanan Minimal Kabupaten/Kota cakupan kunjungan ibu nifas pada tahun 2015 adalah 90%. Dari grafik diatas terlihat bahwa cakupan tertinggi adalah pada Puskesmas Lumut(108,6%) dan cakupan terendah pada Puskesmas Sarudik (41,6%).

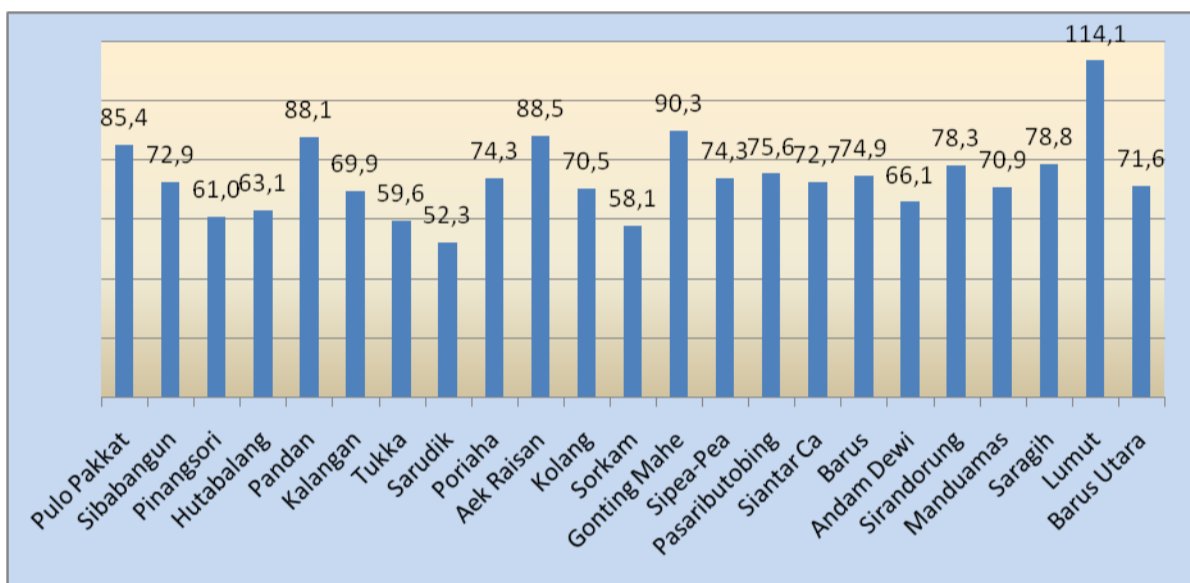
**d. Kunjungan Neonatus (KN1, KN2 dan KN3)**

Neonatus atau bayi baru lahir (0-28 hari) merupakan golongan umur yang memiliki resiko gangguan kesehatan paling tinggi. Upaya kesehatan yang dilakukan untuk mengurangi risiko tersebut antara lain dengan melakukan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan dan memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar pada kunjungan bayi baru lahir.

Dalam melaksanakan pelayanan neonatal, petugas kesehatan disamping melakukan pemeriksaan kesehatan bayi juga melakukan konseling perawatan bayi kepada ibu. Pelayanan tersebut meliputi pelayanan kesehatan neonatal dasar (tindakan resusitasi, pencegahan hipotermia, pemberian ASI dini dan Eksklusif, pencegahan infeksi berupa perawatan mata, tali pusat, kulit dan pemberian imunisasi; pemberian vitamin K; Manajemen Terpadu Balita Muda (MTBM); dan penyuluhan perawatan neonatus di rumah menggunakan buku KIA.

Pelayanan kesehatan neonatal merupakan upaya strategis dan penting dalam rangka percepatan penurunan AKB dan AKABA (termasuk juga dalam tujuan MDG's target 4 pada tahun 2015). Mengingat pentingnya keberhasilan indikator ini, program kesehatan berbasis KIA hendaknya perlu dievaluasi kembali, dengan mendahulukan dan mengintensifkan kegiatan pelayanan kesehatan bayi dan balita seperti *case finding*, asuhan persalinan normal, MTBS, serta pengembangan upaya promotif dan preventif di tingkat masyarakat dan posyandu sehingga setiap bayi dan balita memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkan (*Equity and Universal Coverage*).

**Grafik 4.5**  
**Persentase Cakupan Kunjungan Neonatal Pertama dan Lengkap**  
**Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015**

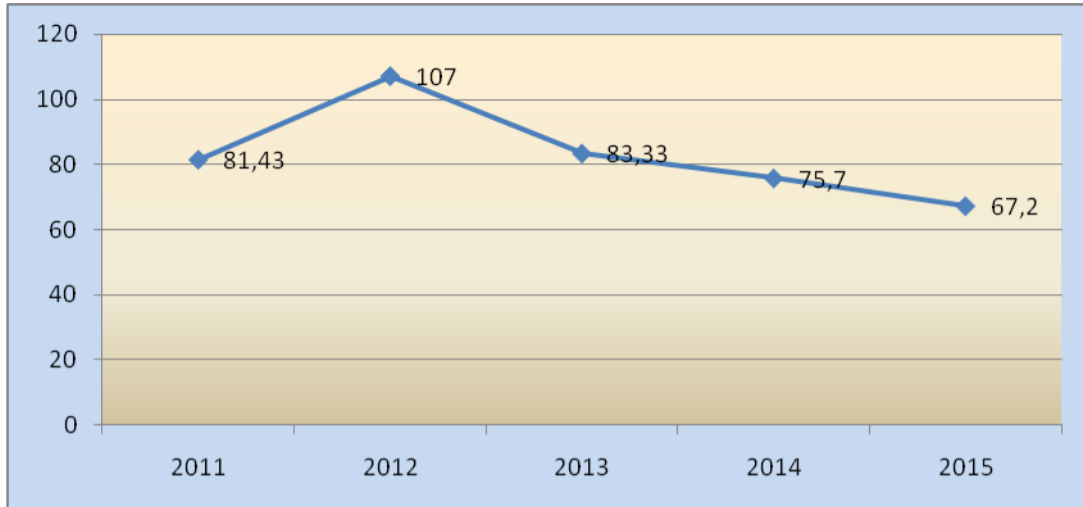


Dari grafik diatas, diperlihatkan cakupan kunjungan Neonatal (KN1) di wilayah kerja Puskesmas yang sudah semakin baik. Puskesmas yang mencatat KN1 tertinggi yaitu Puskesmas Lumut sebesar 114,1%.

Kecenderungan (tren) kunjungan neonatal lengkap (KN Lengkap) tahun 2011-2015 dapat dilihat pada gambar berikut. Dari tahun 2010 hingga 2012 cakupan KN lengkap meningkat. Namun menurun pada tahun 2013 dan tahun 2015.



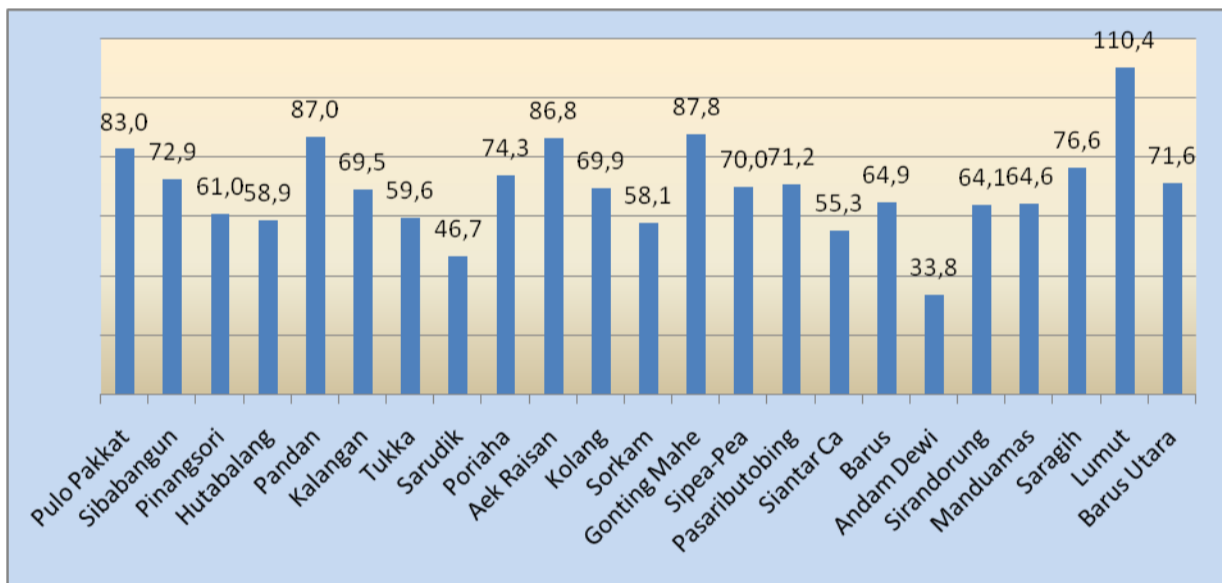
**Grafik 4.6**  
**Tren Cakupan Kunjungan Neonatal Lengkap di Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2011-2015**



Sumber: Seksi KIA

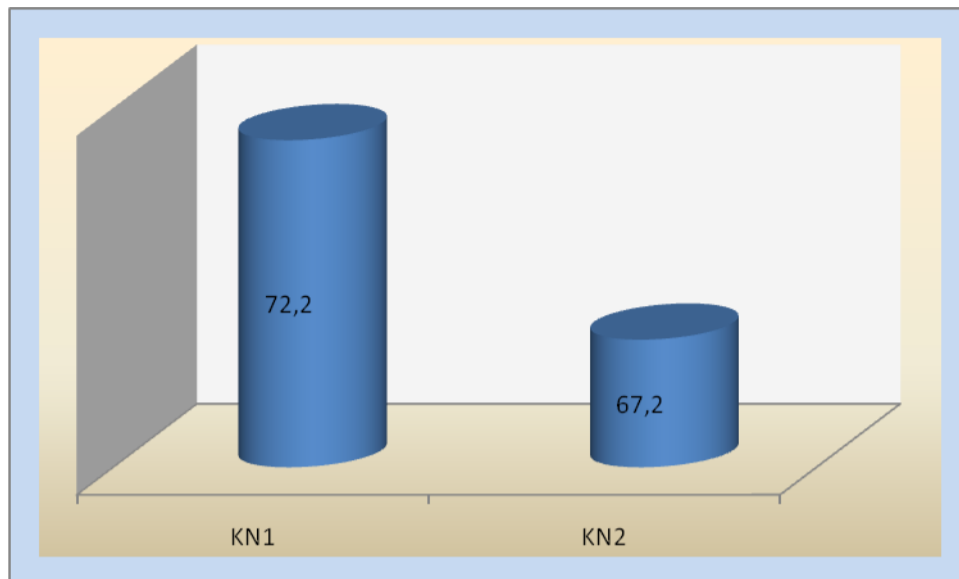
Sejak tahun 2008 terjadi perubahan kebijakan waktu pelaksanaan kunjungan dari semula minimal 2 kali kunjungan menjadi 3 kali kunjungan, yang mulai disosialisasikan pada tahun 2008. Berikut ini ialah cakupan kunjungan neonatal lengkap menurut puskesmas tahun 2015.

**Grafik 4.7**  
**Persentase Cakupan Kunjungan Neonatal Lengkap di Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015**



Puskesmas yang telah mencakup Kunjungan Neonatal Lengkap dengan cakupan KN Lengkap tertinggi adalah Puskesmas Lumut sebesar 110,4%, sedangkan cakupan terendah adalah puskesmas Andam Dewi sebesar 33,8%.

**Grafik 4.8**  
**Perbandingan Kunjungan Neonatal Pertama dan Lengkap**  
**Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015**



Sumber : Seksi KIA Dinas Kesehatan Kabupaten Tapanuli Tengah

Dari grafik KN1 dan KN3 diatas terlihat kesenjangan yang cukup signifikan sebesar 5%. Kesenjangan antara cakupan KN1 dan KN3 menunjukkan angka *drop out* KN1-KN3; dengan kata lain jika kesenjangan nya kecil maka hampir semua neonatus yang menerima pelayanan kesehatan neonatal dasar hingga usia ke-28 hari sehingga kemungkinan neonatus mengalami gangguan kesehatan semakin kecil.

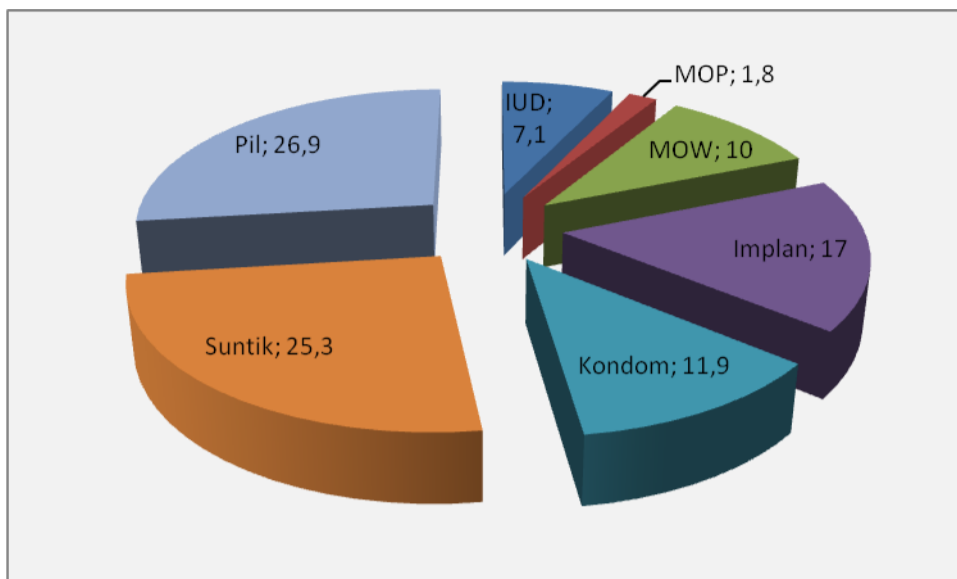
#### 4.4.2 Pelayanan Keluarga Berencana (KB)

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

Tingkat pencapaian pelayanan KB dapat dilihat dari cakupan peserta KB yang sedang/pernah menggunakan alat kontrasepsi (alkon), tempat pelayanan KB, dan jenis kontrasepsi yang digunakan akseptor. Keberhasilan program KB biasanya diukur dengan beberapa indikator, diantaranya proporsi peserta KB Baru menurut metode kontrasepsi, persentase KB Aktif terhadap jumlah pasangan usia subur (PUS) dan persentase baru metode kontrasepsi jangka panjang.

Cakupan secara lengkap menurut kecamatan di Kabupaten Tapanuli Tengah dari pelayanan KB dapat dilihat pada lampiran tabel 36. Berdasarkan data dari laporan program di Dinas Kependudukan, Keluarga Berencana (KB) dan Catatan Sipil Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015, jumlah peserta KB aktif adalah 37.616 PUS (67,2%), menurun dari tahun 2014 yaitu 72,3%. Berdasarkan jenis alat kontrasepsi (alkon) yang digunakan peserta KB aktif tahun 2015 dapat dilihat pada diagram *pie* berikut.

**Pie Diagram 4.1**  
**Proporsi Jenis Alat Kontrasepsi yang Digunakan Peserta KB Aktif**  
**Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015**

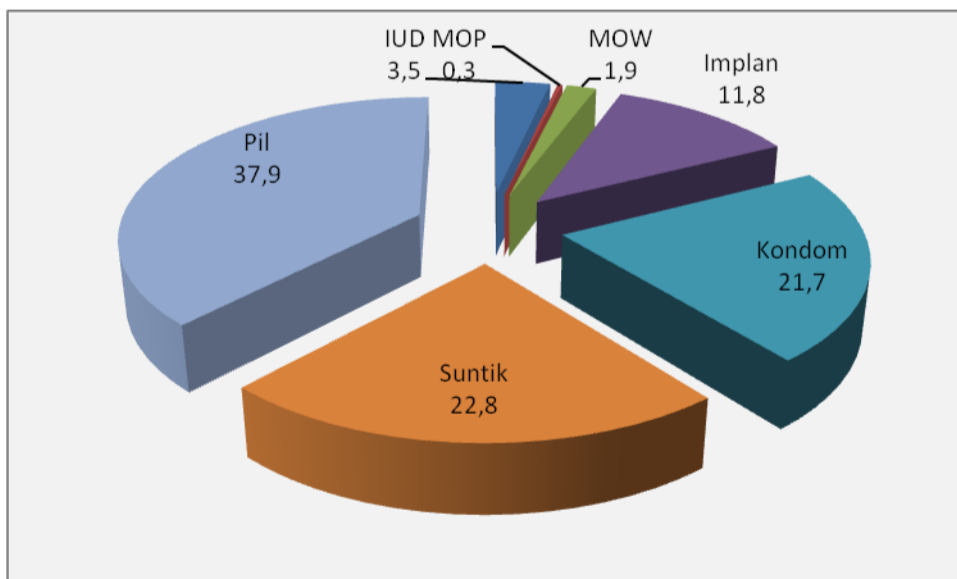


*Sumber : Dinas Kependudukan, Keluarga Berencana, dan Catatan Sipil*  
*Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015*

Dari diagram pie diatas, dapat dilihat bahwa jenis alkon yang paling diminati masyarakat yaitu Pil (26,9%) yang diikuti pil (25,3%), dan alkon yang paling sedikit diminati yaitu pemakaian kontrasepsi MOP (1,8%).

Sedangkan dari sumber data laporan yang sama, jumlah peserta KB baru adalah 10.829 PUS (19,3%), dimana persentasenya mengalami penurunan dari tahun 2014 (24,2%). Berdasarkan jenis alat kontrasepsi yang digunakan peserta KB baru selama tahun 2015 dapat dilihat pada diagram *pie* berikut.

**Pie Diagram 4.2**  
**Proporsi Jenis Alat Kontrasepsi yang Digunakan Peserta KB Baru**  
**Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015**



*Sumber : Dinas Kependudukan, Keluarga Berencana, dan Catatan Sipil*  
*Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015*

Dari diagram pie diatas, dapat dilihat bahwa jenis alkon yang paling diminati masyarakat hampir sama dengan peserta KB Aktif yaitu Pil (37,9%) yang diikuti suntik (22,8%), dan alkon yang paling sedikit diminati yaitu pemakaian kontrasepsi MOP (0,3%).

#### 4.4.3 Pelayanan Imunisasi

Bayi dan anak-anak memiliki resiko yang lebih tinggi terserang penyakit menular yang dapat mematikan, seperti: Difteri, Tetanus, Hepatitis B, Thypus, radang selaput otak, radang paru-paru, dan masih banyak penyakit lainnya. Untuk itu salah satu pencegahan yang terbaik dan sangat vital agar kelompok beresiko ini terlindungi adalah melalui imunisasi.

Program imunisasi dasar lengkap (LIL/Lima Imunisasi Dasar Lengkap) pada bayi meliputi: 1 dosis BCG, 3 dosis DPT, 4 dosis Polio, 4 dosis Hepatitis B, dan 1 dosis Campak. Diantara penyakit pada balita yang dapat dicegah dengan imunisasi, campak adalah penyebab utama pada balita. Oleh karena itu pencegahan campak merupakan faktor penting dalam mengurangi angka kematian balita. Dari beberapa tujuan yang telah disepakati dalam pertemuan dunia mengenai anak, salah satunya adalah mempertahankan cakupan dalam imunisasi campak sebesar 90% pada tahun 2015. Diseluruh Negara ASEAN dan SEARO, imunisasi Campak diberikan pada bayi umur 9-11 bulan dan merupakan imunisasi terakhir yang diberikan kepada bayi di antara imunisasi wajib lainnya.

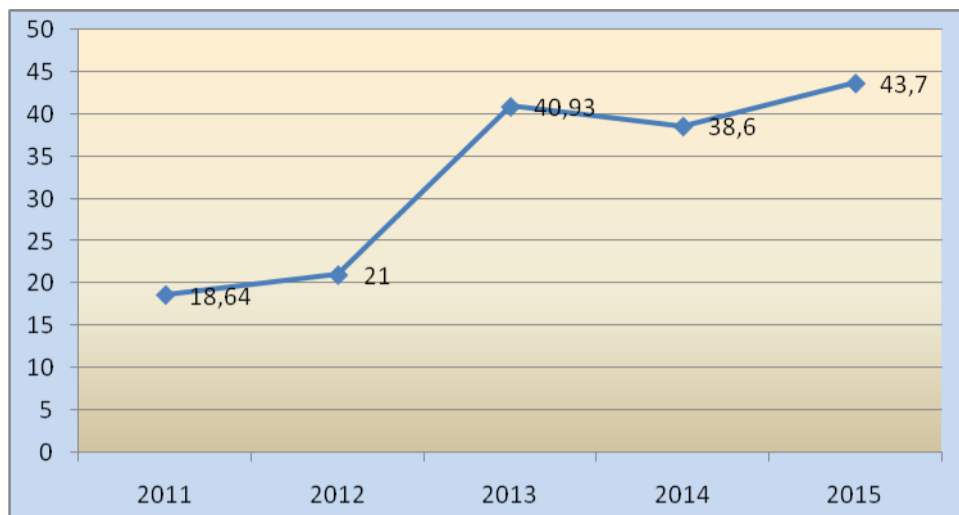
Kegiatan imunisasi rutin meliputi pemberian imunisasi kepada bayi umur 0-1 tahun (BCG, DPT, Polio, Campak, HB), imunisasi untuk wanita usia subur (WUS)/ibu hamil (TT) dan imunisasi untuk anak SD (DT dan TT), sedangkan kegiatan imunisasi tambahan dilakukan atas dasar ditemukan masalah seperti desa non UCI, potensial/risti KLB, ditemukan/diduga adanya virus polio liar atau kegiatan lainnya berdasarkan kebijakan teknis.

Pencapaian UCI (*Universal Child Immunization*) merupakan proksi terhadap cakupan atas imunisasi secara lengkap pada bayi (0-11 bulan). Desa UCI merupakan gambaran desa/kelurahan dengan  $\geq 80\%$  jumlah bayi yang ada di desa tersebut adalah sudah mendapatkan imunisasi dasar lengkap dalam waktu satu tahun. Bila cakupan UCI dikaitkan dengan batasan suatu wilayah tertentu, berarti dalam wilayah tersebut tergambar besarnya tingkat kekebalan masyarakat atau bayi (*herd immunity*) terhadap penularan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I). Dalam hal ini pemerintah menargetkan pencapaian UCI pada wilayah administrasi desa/kelurahan.

Pencapaian UCI tingkat desa/kelurahan selama lima tahun terakhir mengalami fluktuatif sejak tahun 2011 sebesar 18,64%, tahun 2012 meningkat menjadi 21%, pada tahun 2013 kembali meningkat menjadi 40,93%, pada tahun 2014 mengalami penurunan menjadi 38,6%, pada tahun 2015 meningkat kembali menjadi 43,7%.

Angka ini masih jauh di bawah target yang telah ditetapkan Provinsi Sumatera Utara yaitu sebesar 80% sedangkan SPM menetapkan target 100% desa/kelurahan UCI pada tahun 2011 untuk setiap kabupaten/kota. Perlu upaya proaktif dan komitmen dari berbagai pihak dalam mensukseskan pencapaian desa UCI di Kabupaten Tapanuli Tengah. Cakupan desa/kelurahan UCI di Kabupaten Tapanuli Tengah selama 5 (lima) tahun terakhir dapat dilihat pada grafik garis berikut.

**Grafik 4.9**  
**Tren Pencapaian UCI di tingkat Desa/Kelurahan**  
**Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2010-2015**



*Sumber : Bidang Pengendalian Masalah Kesehatan  
Dinas Kesehatan Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015*

Bila memperhatikan cakupan Desa UCI tahun 2015 berdasarkan Kecamatan di Kabupaten Tapanuli Tengah, cakupan Desa/Kelurahan UCI dengan cakupan tertinggi adalah Desa/Kelurahan Kalangan, Siraqndorong, dan Saragih yaitu sebesar (100%), dan cakupan terendah yaitu Desa/kelurahan Tukka, Pasaribu Tobing, dan Siantar CA(11,1%). Data cakupan Desa/Kelurahan UCI tahun 2015 disajikan pada lampiran tabel 41.

Rendahnya cakupan ini dapat menjadi faktor predisposisi timbulnya KLB PD3I di Kabupaten Tapanuli Tengah sehingga upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya KLB PD3I ini adalah dengan meningkatkan cakupan imunisasi sampai dengan diatas 95%.

#### **4.4.4 Pelayanan Kesehatan Anak Pra Sekolah dan Usia Sekolah**

Berbagai data kesehatan menunjukkan bahwa masalah kesehatan anak usia sekolah semakin kompleks. Pada anak usia sekolah dasar biasanya berkaitan dengan Perilaku Hidup Bersih Sehat (PHBS) seperti menggosok gigi dengan baik dan benar, mencuci tangan menggunakan sabun. Beberapa masalah kesehatan yang sering dialami anak usia sekolah adalah karies gigi, kecacingan, kelainan refraksi/ketajaman penglihatan dan masalah gizi.

Kegiatan Penjaringan Kesehatan siswa kelas 1 Sekolah Dasar (SD) dan setingkat merupakan salah satu upaya kesehatan penunjang puskesmas yang rutin dilakukan setiap tahun pada tahun ajaran baru sekolah. Pada tahun 2015 dari 8.527 siswa kelas 1 SD/setingkat 84,8% dijaring kesehatannya. Data ini mengalami peningkatan dari tahun 2014 yaitu dari 7.651 siswa kelas 1 SD/setingkat hanya 81,4% dijaring kesehatannya. Angka ini menunjukkan adanya peningkatan kegiatan penjaringan siswa kelas 1 SD dan setingkat dilakukan oleh petugas puskesmas. Namun tetap perlu dilaksanakan koordinasi yang baik antara pihak sekolah dengan petugas kesehatan di puskesmas sehingga pelaksanaannya berjalan efektif (Tabel 49).

Kegiatan UKGS (Usaha Kesehatan Gigi Sekolah) berupa upaya promotif dan preventif dilakukan di beberapa SD/MI di Kabupaten Tapanuli Tengah, pada tahun 2015 tidak ada SD/MI dari 333 SD/MI di Kabupaten Tapanuli Tengah melaksanakan kegiatan sikat gigi massal dan hanya 62 yang mendapat pelayanan kesehatan gigi (UKGS) di sekolah (Tabel 51).

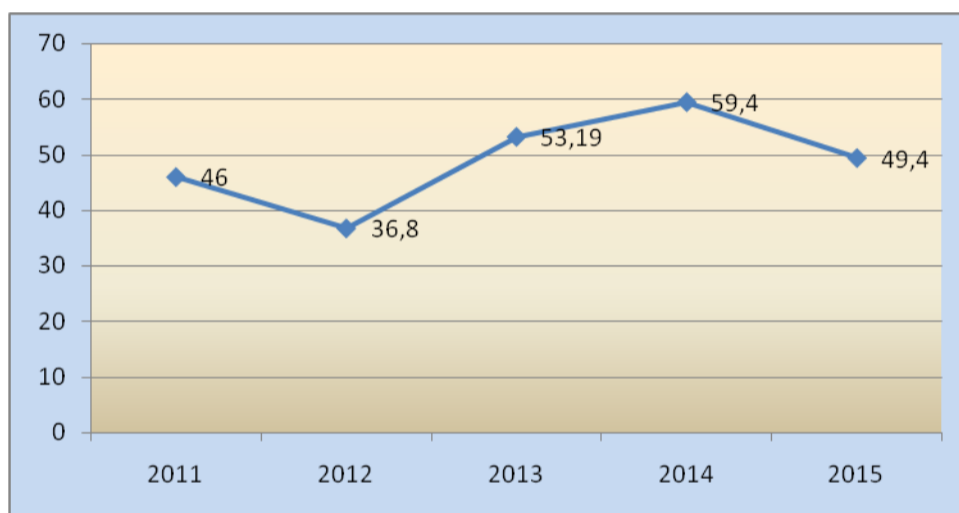
## B. Pelayanan Kesehatan Rujukan

Beberapa kegiatan pokok upaya kesehatan perorangan adalah peningkatan pelayanan kesehatan rujukan, pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin di kelas III di rumah sakit, cakupan pelayanan gawat darurat dan lain-lain.

### 4.5.1 Indikator Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Pandan

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

**Grafik 4.10**  
**Tren Bed Occupation Rate (BOR) RSUD Pandan**  
**Tahun 2011-2015**



Sumber : Rumah Sakit Umum Daerah Pandan

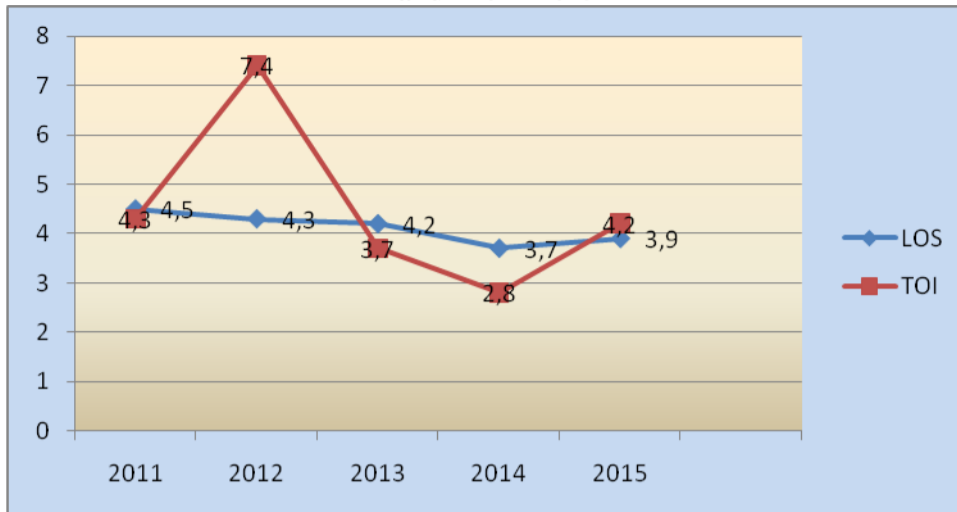
Keterangan :

BOR = *Bed Occupation Rate* / Persentase pemanfaatan tempat tidur

Dari grafik tren diatas terlihat bahwa tingkat pemanfaatan tempat tidur (BOR) di RSUD Pandan mengalami fluktuatif. Pada tahun 2011 sebesar 46%, di tahun 2012 menurun sekitar 9,2% menjadi 36,8%, pada tahun 2013 meningkat kembali menjadi 53,19%. Pada tahun 2014 juga terjadi peningkatan menjadi 59,4%. Dan pada tahun 2015 menurun kembali menjadi 49,4%

Los adalah rata-rata lama rawat (hari) seorang pasien. Indikator ini di samping memberikan gambaran tingkat efisiensi, juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan, apabila diterapkan pada diagnosis tertentu dapat dijadikan hal yang perlu pengamatan lebih lanjut. Secara umum nilai LOS yang ideal antara 6-9 hari. Gambar grafik berikut memperlihatkan tren LOS dan TOI selama 5 tahun terakhir (Tahun 2011- Tahun 2015) yang berkisar antara 3-6 hari dan belum mencapai angka ideal.

**Grafik 4.11**  
**Tren Length Of Stay (LOS) dan Turn Over Interval (TOI) RSUD Pandan**  
**Tahun 2011-2015**



Sumber : Rumah Sakit Umum Daerah Pandan

Keterangan :

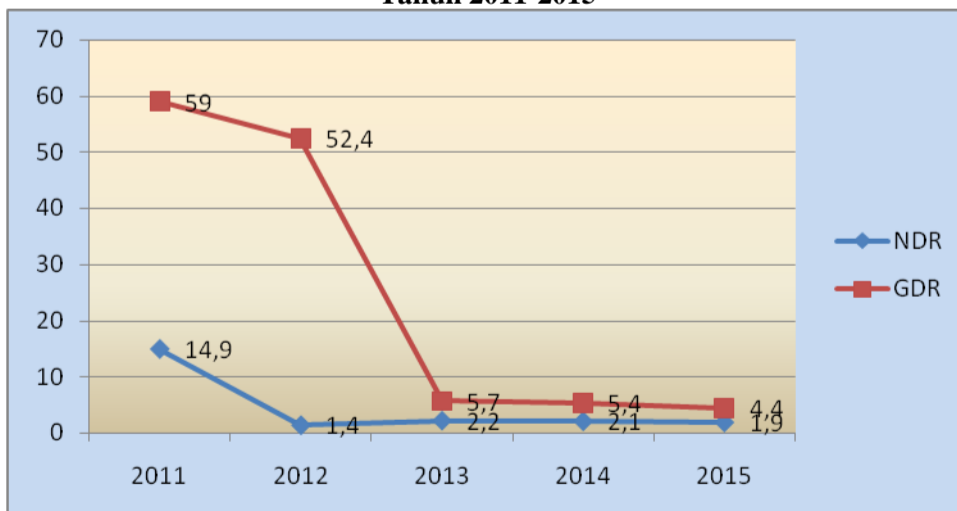
LOS = Length of Stay/rata-rata rawat seorang pasien

TOI= Turn Over Interval/rata-rata tempat tidur tidak dipakai antar dua episode pemakaian

Indikator pelayanan rumah sakit yang lain adalah TOI. TOI adalah rata-rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati dari telah digunakan sampai saat digunakan kembali (rata-rata lama tempat tidur kosong antar pasien satu dengan pasien berikutnya). Idealnya tempat tidur kosong tidak terisi pada kisaran 1-3 hari. Tahun 2011 indikator TOI sebesar 4,3 hari. Pada tahun 2012 indikator TOI sebesar 7,4 hari, tahun 2013 indikator TOI sebesar 3,7 hari, pada tahun 2014 indikator TOI sebesar 2,84 hari, dan pada tahun 2015 indikator TOI sebesar 3,9 hari.

GDR adalah angka kematian umum untuk setiap 1.000 penderita keluar dari rumah sakit. Pada GDR, tidak melihat berapa lama pasien berada di rumah sakit dari masuk sampai meninggal. Nilai ideal GDR adalah < 45 per 1.000 pasien keluar. Pada tahun 2011 GDR RSUD Pandan berada pada kondisi yang terbilang tinggi yaitu 59 per 1.000 pasien keluar, namun pada tahun 2012 angka ini mengalami penurunan menjadi 5,7 per 1.000 pasien keluar, pada tahun 2013 menurun kembali menjadi 5,7 per 1.000 pasien keluar, pada tahun 2014 juga menurun menjadi 5,4 per 1.000 pasien keluar, dan pada tahun 2015 kembali menurun menjadi 4,4 per 1.000 pasien keluar.

**Grafik 4.12**  
**Tren Net Death Rate (NDR) dan Gross Death Rate (GDR) RSUD Pandan**  
**Tahun 2011-2015**



Sumber : Rumah Sakit Umum Daerah Pandan

Keterangan :

NDR = *Net Death Rate* (per 1.000 pasien keluar)

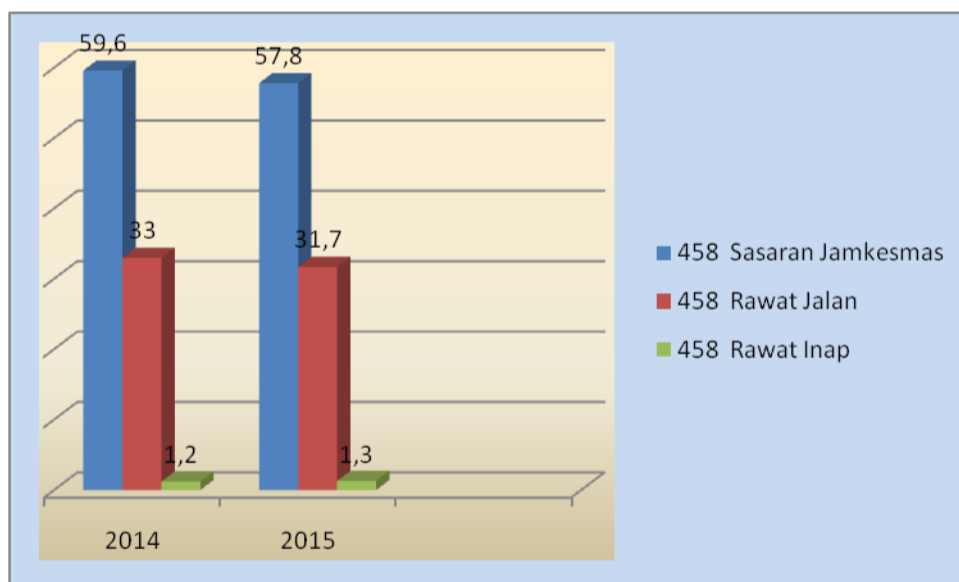
GDR= *Gross Death Rate* (per 1.000 pasien keluar)

NDR adalah angka kematian pasien setelah dirawat  $\geq 48$  jam per 1.000 pasien keluar. Indikator ini memberikan gambaran mutu pelayanan di rumah sakit. Asumsinya jika pasien meninggal setelah mendapatkan perawatan 48 jam berarti ada faktor pelayanan rumah sakit yang terlibat dengan kondisi meninggalnya pasien. Namun jika pasien meninggal kurang dari 48 jam masa perawatan, dianggap faktor keterlambatan pasien datang kerumah sakit yang menjadi penyebab utama pasien meninggal. Nilai NDR ideal adalah  $< 25$  per 1.000 pasien keluar. NDR pada tahun 2011 adalah sebesar 14,9, pada tahun 2012 menjadi 1,4 kemudian meningkat kembali pada tahun 2013 menjadi 2,15 per 1.000 pasien keluar. Pada tahun 2014 NDR sebesar 2,1 per 1.000 pasien keluar, dan pada tahun 2015 NDR menjadi 1,9 per 1000 pasien keluar.

#### 4.5.2 Pelayanan Keluarga Miskin

Tujuan penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yaitu untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin dan hampir miskin agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien. Pemeliharaan kesehatan masyarakat diharapkan dapat menurunkan AKI, AKB dan AKABA serta menurunkan angka kelahiran disamping dapat terlayannya kasus-kasus kesehatan bagi masyarakat miskin umumnya. Program ini telah berjalan  $> 5$  tahun, dan telah memberikan banyak manfaat bagi peningkatan akses pelayanan kesehatan masyarakat miskin dan hampir miskin di Puskesmas dan jaringannya serta pelayanan kesehatan dirumah sakit.

**Grafik 4.13**  
**Persentase Sasaran Jamkesmas, Pasien Rawat Jalan dan Pasien Rawat Inap**  
**Kabupaten Tapanuli Tengah tahun 2015**



Sumber : BPJS

Pada tahun 2014, dari jumlah penduduk yang ada di Kabupaten Tapanuli Tengah sebanyak 342.902 jiwa, jumlah peserta jaminan kesehatan sebanyak 204.404 jiwa (59,6%). Jumlah masyarakat yang mendapat pelayanan kesehatan yaitu rawat jalan di unit pelayanan kesehatan sebanyak 113.128 jiwa (33%). Pelayanan kesehatan rawat inap di unit pelayanan dasar sebanyak 4.082 jiwa (1,2%).



Pada tahun 2015, dari jumlah penduduk yang ada di Kabupaten Tapanuli Tengah sebanyak 350.017, jumlah peserta jaminan kesehatan sebanyak 202.577 jiwa (57,8%). Jumlah masyarakat yang mendapat pelayanan kesehatan yaitu rawat jalan di unit pelayanan kesehatan sebanyak 110.892 jiwa (31,7%). Pelayanan kesehatan rawat inap di unit pelayanan dasar sebanyak 4.476 jiwa (1,3%).

#### **4.4.5 Pelayanan Kesehatan Pra Usia Lanjut dan Usia Lanjut**

Dari jumlah pra usila dan usila yang ada tahun 2015 sebanyak 20.923 jiwa, cakupan pelayanan kesehatan pra usila dan usila yang dilayani kesehatan sebanyak 7.357 jiwa (33,56%).

#### **4.4.6 Penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB)**

Terdapat 5kasus KLB selama tahun 2015 yaitu 1kasus di Kecamatan Pinang Sori, 3 kasus Di Kecamatan Pandan dan 1 kasus di Kecamatan Barus Utara. Jenis KLB yang ditemukan yaitu KLB Keracunan pangan sebanyak 2 kasus dan KLB rubella sebanyak 3kasus. Pada kedua kasus KLB tersebut terdapat 2 kasus yang meninggal dunia. Persentase desa terkena KLB yang ditangani < 24 jam di Kabupaten Tapanuli Tengah tahun 2015 sebesar 100%.

#### **4.4.7 Program Pemberian ASI Eksklusif**

Cara pemberian makanan pada bayi yang baik dan benar adalah menyusui bayi secara eksklusif sejak lahir sampai dengan umur 6 bulan dan meneruskan menyusui anak sampai umur 24 bulan. Mulai umur 6 bulan, bayi mendapat makanan pendamping ASI yang bergizi sesuai dengan kebutuhan tumbuh kembangnya.

ASI Eksklusif adalah ASI yang diberikan kepada seorang bayi secara terus menerus selama 6 (enam) bulan, tanpa pemberian makanan pendamping ASI. Pada tahun 2015, dari 6.963 bayi usia 0-6 bulan di Kabupaten Tapanuli Tengah hanya 2.192 (31,5%) yang mendapat ASI Eksklusif. Berdasarkan target IS 2010 yaitu 80%, angka ini masih dibawah angka nasional sehingga dalam tahun berikutnya diharapkan ada peningkatan agar target yang sudah ditetapkan dapat tercapai.

Cakupan pemberian ASI Eksklusif dipengaruhi beberapa hal, terutama masih sangat terbatasnya tenaga konselor ASI, belum adanya peraturan perundangan tentang pemberian ASI serta belum maksimalnya kegiatan edukasi, sosialisasi, advokasi, dan kampanye terkait pemberian ASI maupun MP-ASI, masih kurangnya ketersediaan sarana dan prasarana KIE ASI dan MP-ASI dan belum optimalnya membina kelompok pendukung ASI dan MP-ASI.

Upaya terobosan yang perlu dilakukan untuk meningkatkan pemberian ASI Eksklusif antara lain melalui upaya peningkatan pengetahuan petugas tentang manfaat ASI Eksklusif, penyediaan fasilitas menyusui di tempat kerja, peningkatan pengetahuan dan keterampilan ibu, peningkatan dukungan keluarga dan masyarakat serta upaya untuk mengendalikan pemasaran susu formula. Selain itu perlu juga penerapan 10 (sepuluh) langkah menuju keberhasilan menyusui (LMKM) di RS dan pelayanan kesehatan lainnya yang melakukan kegiatan persalinan.

Sepuluh langkah tersebut antara lain meliputi : 1) membuat kebijakan tentang menyusui; 2) melatih staf pelayanan kesehatan; 3) KIE terhadap ibu hamil tentang manfaat dan manajemen cara menyusui; 4) membantu ibu untuk IMD dalam 60 menit pertama persalinan; 5) membantu ibu cara menyusui dan mempertahankan menyusui meskipun ibu dipisah dari bayinya; 6) memberikan ASI saja kepada bayi baru lahir kecuali ada indikasi medis; 7) menerapkan rawat gabung ibu dengan bayinya sepanjang waktu (24 jam); 8) menganjurkan menyusui sesuai permintaan bayi; 9) Tidak member dot kepada bayi; 10)

mendorong pembentukan kelompok pendukung menyusui dan merujuk kepada kelompok tersebut setelah keluar dari sarana pelayanan kesehatan.

#### **4.4.8 Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan**

##### **A. Cakupan Rawat Jalan dan Rawat Inap**

Jumlah kunjungan pelayanan kesehatan di sarana kesehatan (Rumah Sakit, Puskesmas dan satelit) selama tahun 2015 sebanyak 115.961 kunjungan (33% dari total populasi penduduk) dengan rincian 110.892 kunjungan rawat jalan dan 4.476 kunjungan rawat inap. Sedangkan kunjungan gangguan jiwa di sarana kesehatan selama tahun 2015 adalah sebesar 593 kunjungan (77% berjenis kelamin laki-laki; 23% berjenis kelamin perempuan). Angka ini menunjukkan bahwa pemanfaatan Puskesmas dan Rumah Sakit sebagai sarana pelayanan kesehatan masih menjadi prioritas bagi masyarakat.

##### **B. Sarana kesehatan dengan kemampuan laboratorium kesehatan**

Pemeriksaan laboratorium merupakan pelayanan kesehatan penunjang dalam menegakkan diagnosa suatu penyakit. Belum ada puskesmas atau UPT dinas kesehatan lainnya yang sesuai standar kemampuan laboratorium kesehatan di Kabupaten Tapanuli Tengah, sedangkan RSUD Pandan sudah memiliki kemampuan laboratorium yang sesuai standar. Pengadaan dan peningkatan laboratorium kesehatan yang terstandarisasi di puskesmas dan Rumah Sakit merupakan upaya yang menjadi prioritas pada tahun 2015 mengingat kebutuhan pemanfaatannya sebagai sarana penunjang diagnosa kesehatan yang cukup strategis dan penting.

#### **4.4.9 Perilaku Hidup Masyarakat**

Upaya sosialisasi PHBS perlu untuk ditingkatkan melalui kegiatan penyuluhan kesehatan kepada masyarakat. Peningkatan pembinaan PHBS dan lingkungan sehat oleh Dinas Kesehatan belum dapat dilakukan secara optimal, hal ini berkaitan dengan dana yang tersedia sangat terbatas.

Laporan Puskesmas tentang kegiatan promosi kesehatan telah dilakukan pada tahun 2015. Promosi kesehatan yang telah dilakukan meliputi: penyuluhan kesehatan yang dilakukan pada 23 wilayah kerja puskesmas. Dari 74.947 rumah tangga yang ada yang terpantau ada 29.979 rumah tangga (40%), dan yang sudah ber PHBS adalah 14.989 rumah tangga (50% dari rumah tangga yang terpantau).

Dengan adanya kegiatan promosi kesehatan tersebut, diharapkan PHBS masyarakat Kabupaten Tapanuli Tengah dapat ditingkatkan dan untuk ke depannya petugas kesehatan juga semakin meningkatkan kegiatan ini secara terarah dan terpadu.

## **BAB V**

### **SUMBER DAYA KESEHATAN**

Sumber daya kesehatan merupakan salah satu faktor pendukung dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang berkualitas, yang diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pada bab ini, sumber daya kesehatan diulas dengan menyajikan gambaran keadaan sarana kesehatan, tenaga kesehatan, dan pembiayaan kesehatan.

#### **5.1. SARANA KESEHATAN**

Sarana kesehatan yang disajikan pada dalam bab ini meliputi: puskesmas, rumah sakit (rumah sakit umum dan rumah sakit khusus), sarana Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat (UKBM), sarana produksi dan distribusi kefarmasian dan alat kesehatan, serta institusi pendidikan tenaga kesehatan.

##### **5.1.1 Pelayanan Kesehatan di Puskesmas**

Pusat Kesehatan Masyarakat atau yang biasa disebut Puskesmas merupakan salah satu unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Puskesmas sebagai unit pelayanan kesehatan tingkat pertama dan terdepan dalam sistem pelayanan kesehatan, harus melakukan kesehatan wajib (basic six) dan beberapa upaya kesehatan pilihan yang disesuaikan dengan kondisi, kebutuhan, tuntutan, kemampuan dan inovasi serta kebijakan pemerintah daerah setempat. Puskesmas memiliki fungsi sebagai: 1) pusat pembangunan berwawasan kesehatan; 2) pusat pemberdayaan kesehatan; 3) pusat pelayanan kesehatan masyarakat primer; dan 4) pusat pelayanan kesehatan perorangan primer.

Perkembangan puskesmas dari tahun ke tahun diupayakan terus meningkat sehingga diharapkan pelayanan kesehatan dapat lebih terjangkau oleh masyarakat dan merata sampai ke daerah-daerah terpencil. Pada tahun 2015 jumlah puskesmas Kabupaten Tapanuli Tengah sebanyak 23 buah. Salah satu indikator yang digunakan untuk mengetahui ketergantungan penduduk terhadap puskesmas adalah rasio per puskesmas per 100.000 penduduk. Rasio puskesmas per 100.000 penduduk pada tahun 2015 sebesar 6,6. Bila dibandingkan dengan jumlah penduduk Kabupaten Tapanuli Tengah (350.017 jiwa), maka 1 (satu) puskesmas melayani 15.218 jiwa, bila dibandingkan lagi dengan standard nasional 1 (satu) puskesmas melayani 30.000 jiwa, maka Pemerintah Kabupaten Tapanuli Tengah dalam penyediaan sarana kesehatan khususnya puskesmas telah mampu mencapai standard nasional tersebut.

Jumlah kunjungan rawat jalan dan rawat inap di puskesmas Kabupaten Tapanuli Tengah pada tahun 2015 adalah 78.703 kunjungan, maka diperkirakan persentase penduduk yang memanfaatkan puskesmas adalah 23 % dari total populasi penduduk. Bila dibandingkan dengan IS 2010 yaitu 15%, maka Kabupaten Tapanuli Tengah sudah melampaui target.

Sampai akhir tahun 2015, jumlah puskesmas perawatan di Kabupaten Tapanuli Tengah adalah 6 unit (26,08%) dari total 23 buah puskesmas yang ada. Sementara jumlah puskesmas keliling sebanyak 24 unit.

Untuk meningkatkan jangkauan pelayanan kesehatan puskesmas terhadap masyarakat di wilayah kerjanya, puskesmas didukung oleh sarana pelayanan kesehatan berupa puskesmas pembantu (pustu). Jumlah Puskesmas Pembantu di Kabupaten Tapanuli Tengah ada sebanyak 86 buah.

### **5.1.2 Rumah Sakit**

Ruang lingkup pembangunan kesehatan selain upaya promotif dan preventif, di dalamnya juga terdapat pembangunan kesehatan bersifat kuratif dan rehabilitatif. Rumah sakit merupakan pelayanan pada masyarakat yang bergerak dalam kegiatan kuratif dan rehabilitatif. Rumah sakit juga berfungsi sebagai sarana kesehatan rujukan.

Rumah sakit adalah sarana pelayanan kesehatan rujukan (tingkat pertama kedua dan ketiga). Indikator yang digunakan untuk menilai perkembangan sarana rumah sakit antara lain dengan angka pemanfaatan tempat tidur (BOR), lama pasien dirawat (LOS), dan interval pemukiman tempat tidur (TOI). Sampai akhir tahun 2015, rumah sakit umum daerah di Kabupaten Tapanuli Tengah sebanyak 1 buah dengan nama RSUD Pandan dengan tipe kelas C.

Jumlah tempat tidur RSUD Pandan sebanyak 100 buah tempat tidur. Indikator BOR RSUD Pandan tahun 2015 sebesar 49,4%, indikator TOI sebesar 4 hari, indikator LOS sebesar 4 hari dengan lama hari perawatan pasien sebesar 18.019 hari. Rasio dokter umum dan spesialis terhadap penduduk sebesar 11/100.000 penduduk sedangkan rasio dokter gigi terhadap penduduk sebesar 4/100.000 penduduk. Rumah sakit ini memiliki 2 orang tenaga dokter spesialis dasar.

Pada tahun 2010, RSUD Pandan sudah dilengkapi dengan 2 (dua) penambahan fasilitas yaitu fasilitas penunjang diagnosa penyakit berupa sebuah CT Scan dan alat/mesin Haemodialysis, diharapkan dengan penambahan ini pelayanan kesehatan kepada masyarakat dapat semakin optimal. Ditahun yang sama, RSUD Pandan memperoleh penghargaan dari Gubernur Sumatera Utara sebagai peringkat pertama berpredikat Rumah Sakit Sayang Ibu Tingkat Provinsi.

### **5.1.3 Sarana Kesehatan Berbasis Kesehatan (UKBM)**

Upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat dilakukan dengan menerapkan berbagai pendekatan, termasuk di dalamnya dengan melibatkan potensi masyarakat. Hal ini sejalan dengan konsep pemberdayaan masyarakat. Langkah tersebut tercermin dalam pengembangan sarana Upaya Kesehatan Bersumber daya Masyarakat (UKBM). UKBM diantaranya adalah Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) di Desa Siaga, Tanaman Obat Keluarga (Toga) dan Pos Obat Desa (POD).

Posyandu merupakan salah satu bentuk upaya kesehatan berbasis masyarakat. Posyandu menyelenggarakan minimal 5 (lima) program prioritas yaitu Kesehatan ibu dan anak (KIA), keluarga berencana (KB), perbaikan gizi, imunisasi dan penanggulangan diare.

Untuk memantau perkembangannya, posyandu dikelompokkan ke dalam 4 (empat) strata yaitu Pratama, Madya, Purnama dan Mandiri. Ada 4 (empat) kriteria penggolongan posyandu tersebut; yaitu jumlah kader, frekuensi kegiatan selama setahun, pencapaian kegiatan, dan adanya program tambahan selain program dasar.

Disebut posyandu Mandiri (strata tertinggi) adalah apabila jumlah kadernya 5 orang dan efektif, frekuensi kegiatan 12 kali/tahun (ada kegiatan setiap bulannya), cakupan program dasar >50%, ada program tambahan dan ada dana sehat/dana bersumber dari swadaya masyarakat. Berdasarkan tabel lampiran profil kesehatan (tabel 70).

**Tabel 5.1**  
**Jumlah Posyandu menurut Strata**  
**Kabupaten Tapanuli Tengah tahun 2013 – 2015**

Strata	2013		2014		2015	
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Posyandu Pratama	8	2,04	8	2,04	8	2,02
Posyandu Madya	327	83,21	337	85,97	341	85,89
Posyandu Purnama	55	13,99	45	11,48	46	11,59
Posyandu Mandiri	3	0,76	2	0,51	2	0,50
Jumlah	398	100	392	100	397	100

*Sumber : Seksi Gizi Dinas Kesehatan Kab. Tapanuli Tengah Tahun 2015*

Strata posyandu berada pada tingkatan Pratama (2,02%), Madya (85,89%), Purnama (11,59%) dan Mandiri (0,50%) dari jumlah posyandu yang ada yaitu sebanyak 397 unit. Posyandu Pratama tidak mengalami perubahan dari Tahun 2013 sampai tahun 2015 yaitu 8 unit. Namun terjadi peningkatan yang pada tingkatan Madya dari 83,21% (Tahun 2013) menjadi 85,97% (Tahun 2013) dan menjadi 85,89% (Tahun 2015). Namun terjadi penurunan pada tingkatan posyandu Purnama dan Mandiri. Hal ini menunjukkan masih perlunya keterlibatan sektor terkait dalam meningkatkan strata posyandu. Dengan demikian posyandu diharapkan mampu membawa perubahan positif bagi perbaikan gizi balita. Dengan terlibatnya berbagai sektor terkait, juga diharapkan peningkatan strata posyandu sesuai dengan target IS 2010 yaitu posyandu Purnama dan Mandiri mencapai 40%.

Bila dilihat rasio posyandu terhadap desa/kelurahan di Kabupaten Tapanuli Tengah adalah 1 maka rata-rata pada tiap desa/kelurahan terdapat 1 buah posyandu.

Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) merupakan sarana kesehatan lain yang ada di tengah-tengah masyarakat Kabupaten Tapanuli Tengah. UKBM terdiri dari Poskesdes, Polindes, Posbindu, Posmaldes, dan Pos TB Desa. Namun pada tahun 2015, hanya terdapat Poskesdes sebanyak 55 unit dan Polindes sebanyak 129 unit. Polindes merupakan salah satu bentuk peran serta masyarakat dalam rangka mendekatkan pelayanan kebidanan, melalui penyediaan tempat pertolongan persalinan dan pelayanan kesehatan ibu dan anak termasuk Keluarga Berencana.

#### **5.1.4 Pos Kesehatan Desa (POSKESDES)**

Poskesdes merupakan upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat yang dibentuk di desa dalam rangka mendekatkan penyediaan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat desa, dengan kata lain salah satu wujud upaya untuk mempermudah akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Kegiatan utama poskesdes yaitu pengamatan dan kewaspadaan dini (surveilans perilaku beresiko, lingkungan dan masalah kesehatan lainnya), penanganan kegawatdaruratan kesehatan dan kesiapsiagaan terhadap bencana serta pelayanan kesehatan. Pelayanan yang diberikan Poskesdes juga mencakup tempat pertolongan persalinan dan pelayanan KIA. Poskesdes juga merupakan salah satu indikator sebuah desa disebut desa siaga.

Salah satu kriteria desa siaga aktif adalah memiliki satu pos kesehatan desa dengan tenaga kesehatan pada Poskesdes minimal 1 (satu) bidan dan 2 (dua) orang kader masyarakat yang dilatih. Pada tahun 2015, di Kabupaten Tapanuli Tengah jumlah Poskesdes sebanyak 55 buah (25,6%). Untuk mencapai target Standar Pelayanan Minimal Kabupaten/Kota yaitu Cakupan desa siaga aktif sebesar 80%, maka perlu

diadakan pembangunan Pos Kesehatan Desa di setiap desa sebagai upaya prasarana penunjang kegiatan aktif dari Desa Siaga.

## 5.2 TENAGA KESEHATAN

Salah satu unsur yang berperan dalam percepatan pembangunan kesehatan adalah tenaga kesehatan yang bertugas di sarana pelayanan kesehatan di masyarakat. Indikator tenaga kesehatan adalah rasio tenaga kesehatan dengan jumlah penduduk. Masalah yang serius dalam tenaga kesehatan adalah mengenai jumlah, distribusi, mutu dan ketidakseimbangan produksi dan penyerapan serta inefektivitas dan inefisiensi dalam menanggulangi masalah kesehatan. Walaupun rasio tenaga kesehatan terhadap penduduk mengalami kenaikan setiap tahunnya, namun belum memenuhi target yang telah ditetapkan. Sampai akhir tahun 2015, di Kabupaten Tapanuli Tengah, tenaga kesehatan yang bekerja di institusi pelayanan kesehatan pemerintah (Dinas Kesehatan, RSUD, Puskesmas, dan Institusi pendidikan) adalah sebanyak 1026 orang dengan proporsi terbesar adalah Bidan 48,1% (494 orang), diikuti dengan perawat 33,6% (345 orang). Berikut gambaran jumlah tenaga kesehatan menurut masing-masing disiplin ilmu dan profesi di Kabupaten Tapanuli Tengah sampai akhir tahun 2015.

**Tabel 5.2**  
**Jumlah dan Rasio Tenaga Kesehatan Per 100.000 Penduduk**  
**Kabupaten Tapanuli Tengah tahun 2015**

No.	Jenis Tenaga	Jumlah Tenaga	Rasio per 100.000 Penduduk
1.	Dokter Umum	35	10
2.	Dokter Spesialis	2	1
3.	Dokter Gigi	15	4
4.	Bidan	476	141
5.	Perawat	317	91
6.	Perawat Gigi	11	3
7.	Tenaga Kefarmasian	19	6
8.	Tenaga Gizi	23	7
9.	Tenaga Kesmas	52	15
11	Teknisi Medis	23	7
12	Fisioterapi	5	1
<b>Jumlah</b>		<b>942</b>	

*Sumber : Subbag Umum dan Kepegawian Dinkes Kab. Tap.Tengah 2015*

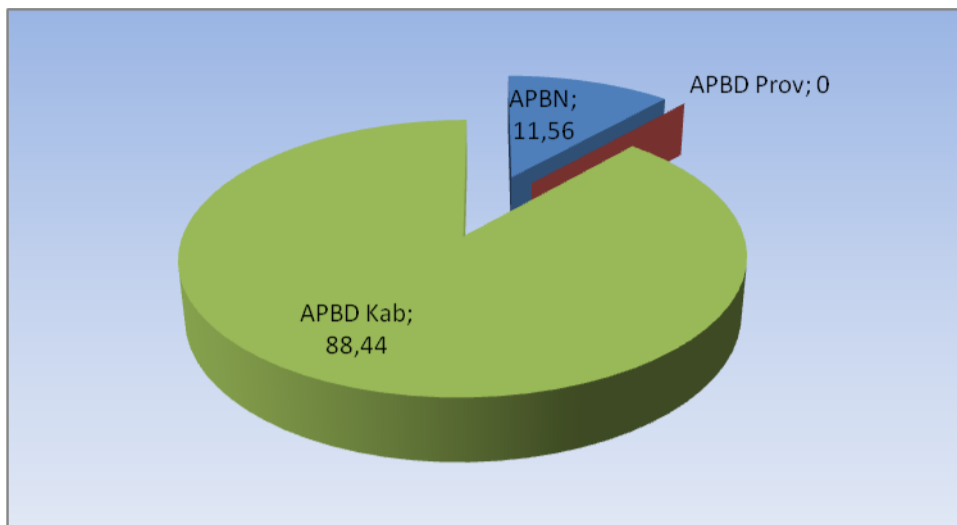
## 5.3 PEMBIAYAAN KESEHATAN

Salah satu komponen sumber daya yang diperlukan dalam menjalankan pembangunan kesehatan adalah pembiayaan kesehatan. Pembiayaan bersumber dari pemerintah dan pembiayaan yang bersumber dari masyarakat.

### 5.3.1 Pembiayaan Kesehatan oleh Pemerintah

Alokasi anggaran untuk sektor kesehatan setiap tahunnya mengalami peningkatan baik yang bersumber dari pemerintah pusat, provinsi maupun daerah. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada grafik berikut.

**Pie Diagram 5.1**  
**Proporsi Anggaran Kesehatan**  
**Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015**



*Sumber : Subbag Keuangan dan Perlengkapan  
Dinas Kesehatan Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2015*

Dari diagram *pie* diatas memperlihatkan anggaran kesehatan bersumber APBD Kabupaten menempati proporsi tertinggi (88,44%), selanjutnya anggaran bersumber dari APBN sebesar 11,56%.

Pembiayaan kesehatan bersumber pemerintah mengalami peningkatan yang cukup signifikan setiap tahunnya sampai tahun 2012 yaitu mencapai Rp.133.741/kapita. Pada tahun 2013 mencapai Rp 249.902,94/kapita, pada tahun 2014 mencapai 210.286,08/kapita. Pada tahun 2015 mencapai 226.303,61/kapita. Sebenarnya angka ini sudah mencapai target nasional yaitu Rp. 100.000/kapita. Alokasi anggaran kesehatan bersumber APBD Kabupaten hanya mencapai 4,48%

### **5.3.2 Pembiayaan Kesehatan oleh Masyarakat**

Pada saat ini berkembang berbagai cara pembiayaan kesehatan pra-upaya antara lain : Jaminan Kesehatan Nasional, Penerima Bantuan Iuran (PBI) APBD, PBI APBD, Pekerja Penerima Upah (PPU), Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) /Mandiri, Bukan Pekerja (BP), Jamkesda, Asuransi Swasta, Asuransi Perusahaan.

Cakupan atau kepersertaan masyarakat Kabupaten Tapanuli Tengah terhadap berbagai jaminan pembiayaan kesehatan sampai akhir 2015 mencapai 57,88%. Angka ini masih di bawah target dari target IS 2010, dimana cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan pra bayar 80%

## BAB VI

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 6.1. KESIMPULAN

Berdasarkan pemaparan yang disajikan dalam Profil Kesehatan Kabupaten Tapanuli Tengah tahun 2015, maka diambil beberapa kesimpulan sebagai berikut :

1. Derajat kesehatan masyarakat di Kabupaten Tapanuli Tengah dapat dilihat dari indikator sebagai berikut :
  - a. Angka Kematian Bayi (AKB) di Kabupaten Tapanuli Tengah tahun 2015 diperkirakan 5 per 1.000 Kelahiran Hidup.
  - b. Angka Kematian Balita (AKABA) di Kabupaten Tapanuli Tengah tahun 2015 diperkirakan 5 per 1.000 Kelahiran Hidup.
  - c. Jumlah Kematian Ibu di Kabupaten Tapanuli Tengah tahun 2015 yaitu 7 kasus.
2. Pelaksanaan upaya kesehatan yang dilakukan di Kabupaten Tapanuli Tengah dapat digambarkan sebagai berikut :
  - a. Cakupan K1 sebesar 80,9%
  - b. Cakupan K4 sebesar 69,0%
  - c. Cakupan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan sebesar 68,7%
  - d. Cakupan Kunjungan Neonatus Lengkap (KN3) sebesar 67,2%
3. Situasi sumber daya kesehatan di Kabupaten Tapanuli Tengah dapat digambarkan sebagai berikut:
  - a. Jumlah Rumah Sakit di Kabupaten Tapanuli Tengah sebanyak 1 buah dengan Tempat Tidur sebanyak 100 buah
  - b. Jumlah puskesmas sampai akhir tahun 2015 sebanyak 23 buah dengan rincian puskesmas perawatan sebanyak 6 buah dan puskesmas biasa sebanyak 17 buah
  - c. Jumlah Dokter Spesialis sebanyak 2 orang.
  - d. Jumlah Dokter Umum sebanyak 35 orang dan rasio dokter spesialis + umum terhadap penduduk Kabupaten Tapanuli Tengah adalah 11 per 100.000 penduduk
  - e. Jumlah Dokter Gigi sebanyak 15 orang dan rasionya terhadap penduduk Kabupaten Tapanuli Tengah adalah 4 per 100.000 penduduk
  - f. Jumlah Perawat sebanyak 317 orang dan rasionya terhadap penduduk Kabupaten Tapanuli Tengah adalah 91 per 100.000 penduduk
  - g. Jumlah Bidan sebanyak 476 orang dan rasionya terhadap penduduk Kabupaten Tapanuli Tengah adalah 141 per 100.000 penduduk
  - h. Jumlah Tenaga Kesehatan Masyarakat sebanyak 52 orang dan rasionya terhadap penduduk Kabupaten Tapanuli Tengah adalah 15 per 100.000 penduduk
  - i. Jumlah Kefarmasian sebanyak 19 orang dan rasionya terhadap penduduk Kabupaten Tapanuli Tengah adalah 5 per 100.000 penduduk
  - j. Jumlah Tenaga Gizi sebanyak 23 orang dan rasionya terhadap penduduk Kabupaten Tapanuli Tengah adalah 6 per 100.000 penduduk
  - k. Jumlah Poskesdes sebanyak 55 buah
  - l. Jumlah Polindes sebanyak 129 buah



4. Pembiayaan kesehatan bersumber pemerintah mengalami penurunan.

## **6.2. SARAN**

1. Perlu peningkatan alokasi anggaran kesehatan terutama dari APBD guna mendukung pembangunan sektor kesehatan.
2. Perlu peningkatan pengetahuan tenaga kesehatan khususnya dalam pengolahan dan analisa data-data kesehatan, sehingga profil yang disusun akan lebih baik.
3. Diharapkan Profil ini dapat mendukung kebutuhan data dan informasi di dalam penyusunan program kesehatan di Kabupaten Tapanuli Tengah demi mencapai target MDGs (*Millenium Development Goals*) 2015.

## **BAB VII**

### **PENUTUP**

*Data dan Informasi* merupakan sumber daya strategis bagi pimpinan dan organisasi dalam pelaksanaan manajemen, maka penyediaan data dan informasi yang berkualitas sangat diperlukan sebagai masukan dalam proses pengambilan keputusan juga sebagai alat monitoring dan evaluasi berjalannya kegiatan sehingga menjadi lebih efisien dan efektif. Data dalam pembuatan Profil Kesehatan Kabupaten Tapanuli Tengah ini diperoleh melalui penyelenggaraan sistem informasi kesehatan berdasarkan data dari masing-masing pemegang program.

Namun sangat disadari, sistem informasi kesehatan yang ada saat ini belum berjalan sebagaimana yang diharapkan sehingga tidak dapat memenuhi data dan informasi yang dibutuhkan, apalagi dalam era desentralisasi pengumpulan data menjadi relatif lebih sulit didapatkan dari puskesmas yang berimplikasi terhadap ketepatan, kelengkapan maupun keakuratan data yang dihasilkan. Hal ini menyebabkan data dan informasi yang disajikan pada profil kesehatan kabupaten saat ini belum sesuai dengan harapan.

Namun demikian, diharapkan profil kesehatan kabupaten dapat memberikan gambaran secara garis besar tentang seberapa jauh keadaan kesehatan masyarakat yang telah dicapai.

Walaupun profil kesehatan kabupaten sering kali belum mendapatkan apresiasi yang memadai, karena belum dapat menyajikan data dan informasi yang sesuai dengan harapan, namun profil ini merupakan salah satu publikasi data dan informasi yang meliputi data pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kabupaten/Kota dan Indikator Indonesia sehat 2010. Oleh karena itu dalam rangka meningkatkan kualitas Profil Kesehatan Kabupaten Tapanuli Tengah, perlu dicari terobosan dalam mekanisme pengumpulan data dan informasi secara cepat agar dapat dihasilkan informasi yang cepat, lengkap dan akurat, khususnya data dan informasi yang bersumber dari puskesmas.

**PANDAN, OKTOBER 2015**  
**KEPALA DINAS KESEHATAN**  
**KABUPATEN TAPANULI TENGAH**

**FREDDY L. SITUMEANG, S.Sos.,M.Kes**  
**NIP. 19640223 198803 1 003**