

BAB III

PERMASALAHAN DAN ISU – ISU STRATEGIS PERANGKAT DAERAH

Arah pembangunan Kesehatan di kabupaten tidak akan lepas dari Visi dan misi Kepala Daerah terpilih yang telah ditetapkan menjadi visi dan misi pemerintah Kabupaten Pati. Adapaun Visi Pemerintah Kabupaten Pati adalah **“MENINGKATNYA KESEJAHTERAAN MASYARAKAT DAN PELAYANAN PUBLIK”**.

Perwujudan visi pembangunan ditempuh melalui misi untuk memberikan arah dan batasan proses pencapaian tujuan, maka ditetapkan 8 (delapan) misi Pembangunan Jangka Menengah Daerah. Misi dirumuskan untuk mendukung perwujudan unsur visi. Keterkaitan misi dan visi kabupaten Pati sebagai berikut.

1. Meningkatkan akhlak, budi pekerti sesuai budaya dan kearifan lokal;
2. Meningkatkan kualitas sumber daya manusia melalui peningkatan pelayanan pendidikan dan kesehatan;
3. Meningkatkan pemberdayaan masyarakat sebagai upaya pengentasan kemiskinan;
4. Meningkatkan tata kelola pemerintahan yang akuntabel dan mengutamakan pelayanan publik;
5. Meningkatkan pemberdayaan UMKM dan pengusaha, membuka peluang investasi, dan memperluas lapangan kerja;
6. Meningkatkan daya saing daerah dan pertumbuhan ekonomi daerah berbasis pertanian, perdagangan dan industri.
7. Meningkatkan pembangunan infrastruktur daerah, mendukung pengembangan ekonomi daerah.
8. Meningkatkan kualitas lingkungan hidup guna mendukung pembangunan yang berkelanjutan

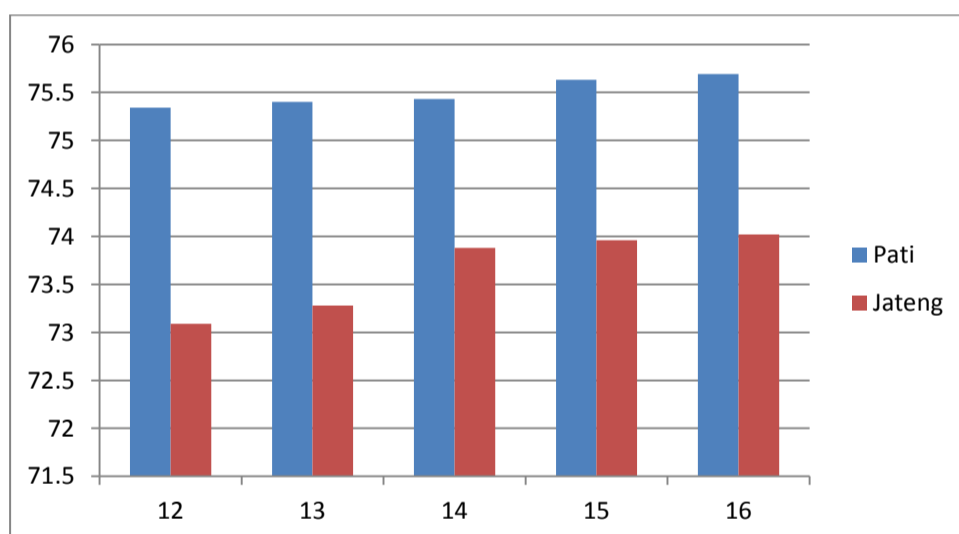
Keberhasilan pembangunan kesehatan dan gizi masyarakat sangat berpengaruh terhadap upaya peningkatan kesejahteraan masyarakat di Kabupaten Pati secara umum. Keberhasilan pembangunan sektor kesehatan dan gizi masyarakat merupakan salah satu indikator yang berpengaruh terhadap Indek Pembangunan Manusia suatu negara, untuk itu pembangunan kesehatan dan Gizi masyarakat perlu mendapat perhatian serius. Beberapa gambaran kondisi status kesehatan masyarakat di suatu daerah dapat dilihat

dari Usia harapan hidup waktu lahir (UHH), banyaknya kematian ibu maternal (AKI), banyaknya kematian bayi (AKB) serta Indeks Keluarga Sehat (IKS).

1. Usia Harapan Hidup waktu lahir (UHH)

Usia harapan hidup waktu lahir (UHH) di kabupaten Pati tahun 2016 sebesar 75,69 persen meningkat dari tahun tahun sebelumnya dimana Pada 2012 usia harapan hidup sebesar 75,34 persen meningkat Pada 2013 sebesar 75,40 persen, kemudian 75,43 persen pada 2014, serta 2015 menjadi 75,63 persen kondisi ini bila dibandingkan dengan dengan Usia harapan hidup waktu lahir (UHH) di Provinsi Jawa Tengah Kabupaten Pati lebih besar dari pada UHH Provinsi Jateng dimana Pada 2012 usia harapan hidup sebesar 73,09 persen, 2013 sebesar 73,28 persen, meningkat 73,88 persen pada 2014, kemudian 2015 menjadi 73,96 persen dan 74,02 persen pada 2016. (sumber :<https://jateng.bps.go.id/linkTableDinamis/view/id/35>)

Gambar III.1
Perkembangan Usia Harapan Hidup (UHH) Kab. Pati dan Prov Jateng
Tahun 2012 s/d 2016



2. Kematian Ibu, Kematian Bayi dan Kematian Balita

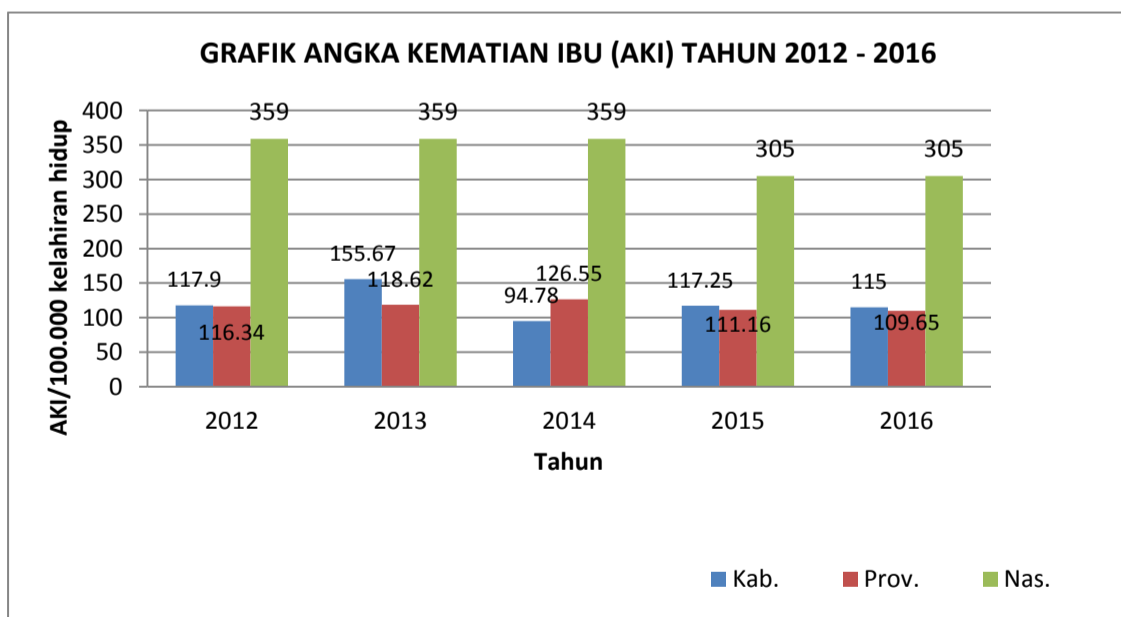
a. Kematian Ibu

Angka Kematian Ibu (AKI) adalah jumlah kematian ibu karena sebab-sebab yang berhubungan dengan kehamilan per 100.000 kelahiran hidup di wilayah tertentu. Kematian ibu biasanya terjadi karena tidak mempunyai akses pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, terutama pelayanan kegawatdaruratan tepat waktu yang dilatarbelakangi oleh terlambatnya mengenal tanda bahaya dan

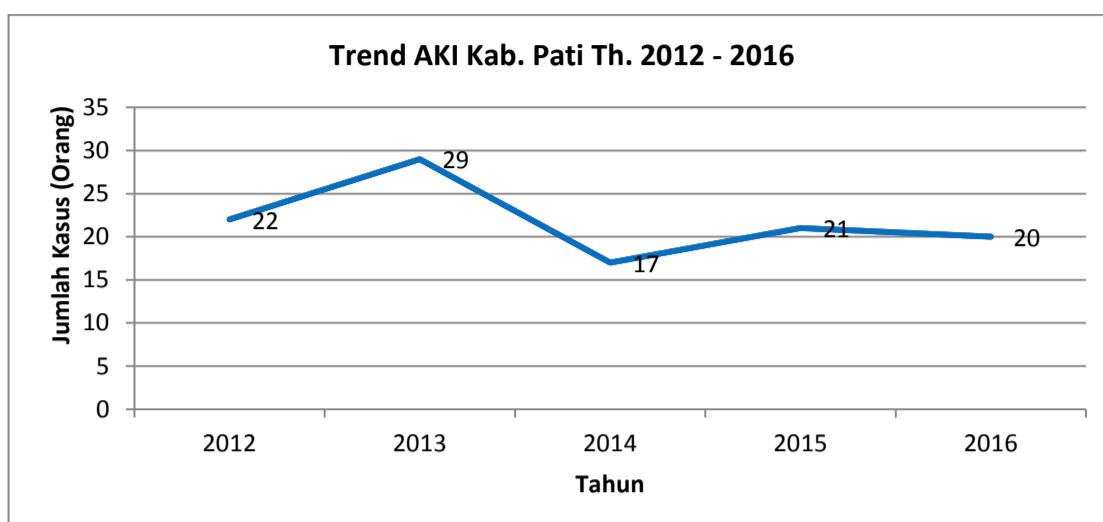
pengambilan keputusan, terlambat mencapai fasilitas kesehatan, dan terlambat mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan.

Beberapa karakteristik keadaan yang dapat menyebabkan kondisi ibu hamil beresiko antara lain usia ibu hamil yang terlalu muda yaitu < 20 tahun, terlalu tua > 35 tahun, dan tingkat pendidikan yang rendah. Selama tahun 2012-2016 data Angka Kematian Ibu di Kab. Pati menunjukkan bahwa kematian yang terjadi pada ibu yang terlalu muda yaitu < 20 tahun ada beberapa kasus, dengan rentang antara 1-3 orang. Sedangkan kematian yang terjadi pada ibu yang terlalu tua > 35 tahun cukup banyak kasusnya, karena termasuk dalam kategori ibu hamil risiko tinggi, dengan rentang sebesar 4-7 orang. Karakteristik pendidikan dari ibu hamil yang mengalami kematian terbanyak adalah SMP, dengan rentang 2-10 orang. Sedangkan karakteristik tempat dimana ibu hamil mendapatkan pertolongan persalinan yang menyebabkan kematian ibu terbanyak adalah Rumah Sakit, dengan rentang 13-18 orang. Dari kasus tersebut ibu hamil yang meninggal < 48 jam adalah sebagai berikut : tahun 2013 sebanyak 9 kasus dari 29 kasus, tahun 2014 sebanyak 6 kasus dari 17 kasus, tahun 2015 sebanyak 12 kasus dari 21 kasus, dan tahun 2016 sebanyak 15 kasus dari 20 kasus. Hal tersebut menunjukkan adanya indikasi keterlambatan dalam merujuk ibu hamil yang hendak bersalin.

Gambar III.2



Gambar III.3



Trend perkembangan kasus Angka Kematian Ibu (AKI) dapat dilihat pada gambar diatas. Secara umum Angka Kematian Ibu (AKI) di Kabupaten Pati selama kurun waktu 2012-2016 cenderung tidak stabil. Pada tahun 2012 AKI sebesar 22 kasus (117.9/100.000 kelahiran hidup) dan di tahun berikutnya yaitu tahun 2013 mengalami peningkatan jumlah kasus yang cukup banyak yaitu 7 kasus sehingga jumlahnya menjadi 29 kasus (155.67/100.000 kelahiran hidup). Pada tahun 2014 jumlah kasus menurun secara signifikan sebanyak 12 kasus, sehingga jumlahnya menjadi 17 kasus (94.78/100.000 kelahiran hidup). Namun pada tahun 2015 naik lagi walaupun terpaut sedikit, jumlah total 21 kasus (117.25/100.000 kelahiran hidup), dan pada tahun 2016 terjadi penurunan walaupun tidak signifikan, turun 1 kasus sehingga jumlah totalnya 20 kasus (115/100.000 kelahiran hidup). Dengan jumlah kasus AKI selama kurun waktu tahun 2012 - 2016, maka secara umum jika dibandingkan dengan jumlah kasus AKI provinsi dan nasional, maka AKI Kabupaten Pati masih lebih tinggi dibandingkan capaian dari provinsi, namun lebih rendah dari capaian nasional.

Berbagai upaya telah banyak dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pati dalam rangka menurunkan AKI dan AKB baik melalui anggaran APBN, APBD I, APBD II, JAMPERSAL maupun melalui BOK. baik yang melalui program Kegiatan, Perbaikan dan Pengadaan Sarpras maupun kebijakan. Bentuk-bentuk dari kegiatan yang telah dilaksanakan antara lain : Semua pertolongan persalinan dilakukan oleh tenaga kesehatan yg kompeten dan di fasilitas kesehatan, Audit Maternal Neonatal (AMP), Pembelajaran hasil rekomendasi AMP, Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dalam pelayanan ANC dan PNC sesuai

standar, FGD penurunan AKI dan AKB, penguatan koordinasi lintas program dan sektoral, konsultasi ahli bumil risti, klas ibu hamil dan klas balita, pembinaan bidan, pemberian FE 90 pada bumil, pemeriksaan HB dan Gol darah pada ibu hamil, PMT KEK pada bumil, Monitoring tim kabupaten ke Puskesmas (Tim PONEK RS ke Puskesmas PONEK) dalam rangka penurunan AKI, Adanya kelas ibu hamil dan balita, Adanya Surat Edaran ke Puskesmas, semua bidan desa harus bertempat tinggal di desa tempat tugas, Pendampingan KIA dalam rangka percepatan penurunan AKI tingkat kabupaten, Pelacakan kasus kematian ibu dan bayi, Penemuan kasus risti dan tindak lanjutnya, ANC ke IV dilaksanakan di puskesmas dan harus diperiksa oleh dokter puskesmas, sistematisa jejaring rujukan, pengembangan puskesmas PONEK, Penguatan program P4K, pembinaan bidan, dan Pelayanan KB berkualitas, serta pelatihan peningkatan kompetensi dokter, bidan dan tenaga kesehatan lainnya (APN, CTU, manajemen Asfiksia, manajemen BBLR, Puskesmas PONEK).

Penyebab Kasus Kematian Ibu

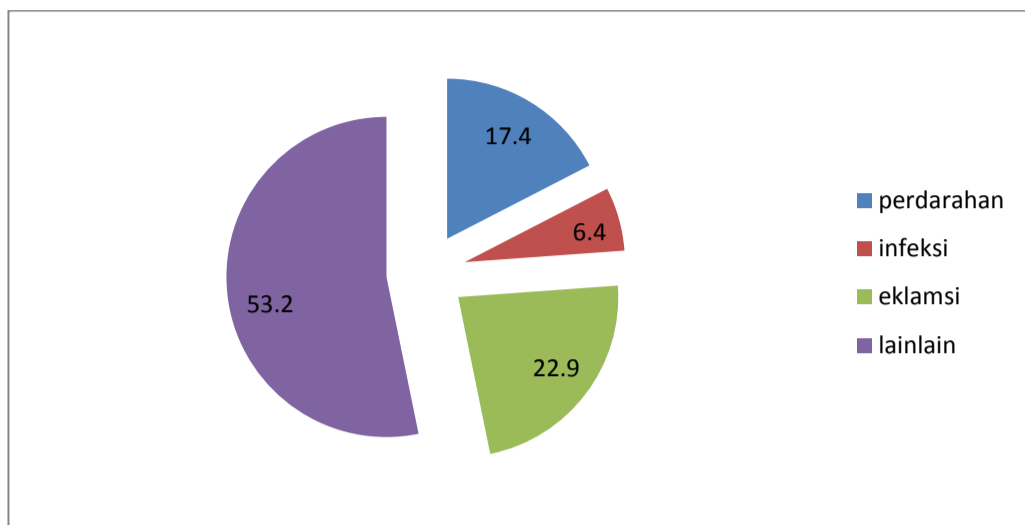
Penyebab tingginya kasus kematian ibu yang ada di Kabupaten Pati mayoritas karena perdarahan, eklampsia, infeksi dan faktor lain-lain seperti jantung, paru-paru, HIV/AIDS, thalasemia, anemia, perdarahan lambung, help syndrome, broncho pneumonia, gagal nafas, emboli air ketuban, obstruksi jalan nafas akibat haemoptoe, Hyper Emesis Gravidarum, kista, hamil tidak diinginkan, suspect leukemia, meningo ensefalitis, asma, PJI

Adapun penyebab kasus kematian ibu selama kurun waktu 2012 - 2016 tersaji dalam tabel sebagai berikut :

**Tabel III.1
Penyebab Kematian Ibu
Di Kabupaten Pati Tahun 2012-2016**

NO	PENYEBAB	2012	2013	2014	2015	2016
1	Perdarahan	4	4	4	5	2
2	Infeksi	1	4	1	0	1
3	Eklamsi	5	5	5	3	7
4	Lain-lain	12	16	7	13	10
	Jumlah	22	29	17	21	20

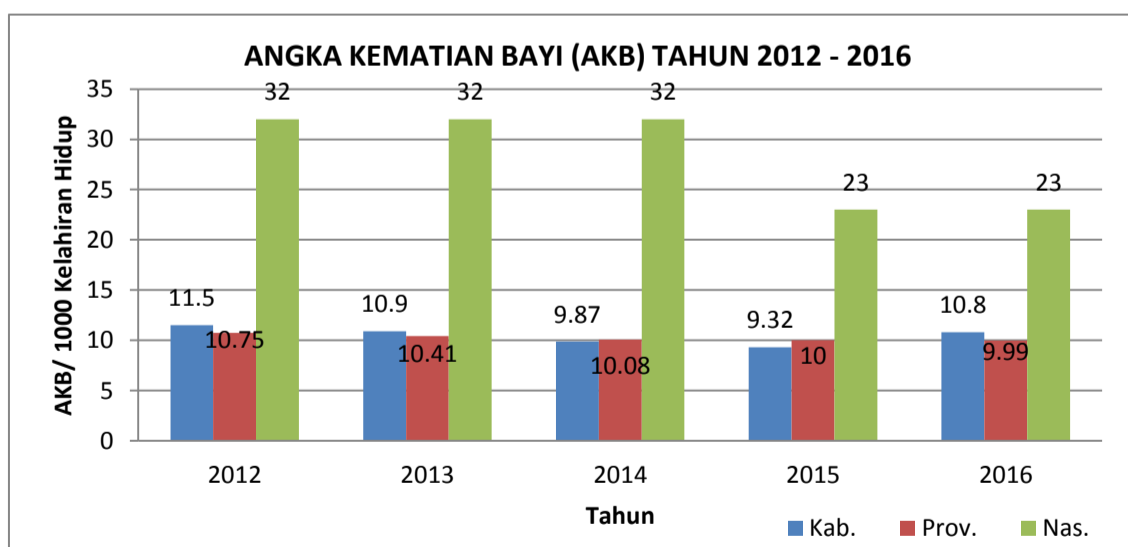
Gambar III.4
Penyebab Kematian Ibu



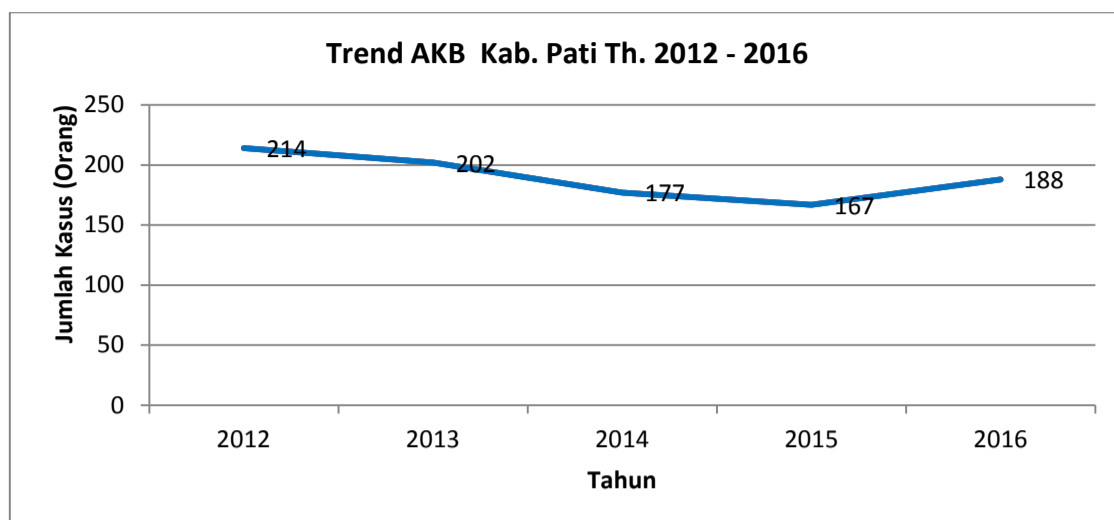
b. Kematian Bayi

Angka Kematian Bayi adalah banyaknya kematian bayi umur < 1 tahun per 1000 kelahiran hidup dalam kurun waktu satu tahun. Indikator angka kematian yang berhubungan dengan ibu dan anak adalah Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Neonatal (AKN), Angka kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Balita (AKABA). Sedangkan SDKI 2012 menyebutkan bahwa AKN sebesar 19 per 1000 kelahiran hidup, AKB sebesar 32 per 1000 kelahiran hidup dan AKABA sebesar 40 per 1000 kelahiran hidup. Komitmen global dalam MDGs menetapkan target terkait kematian anak yaitu menurunkan angka kematian anak hingga dua per tiga dalam kurun waktu 1990 – 2015.

Gambar III.5



Gambar III.6



Angka Kematian Bayi (AKB) di Kabupaten Pati selama kurun waktu 2012-2016 secara umum cenderung menurun, namun pada tahun 2016 kembali meningkat. Trend perkembangan kasus AKB dapat dilihat pada gambar diatas. Pada tahun 2012 AKB Kab. Pati sebesar 214 kasus (11,5/1000 kelahiran hidup) dan di tahun berikutnya berturut-turut menurun yaitu tahun 2013 sebesar 202 kasus (10,9/1000 kelahiran hidup), tahun 2014 sebesar 177 kasus (9,87/1000 kelahiran hidup), tahun 2015 sebesar 167 kasus (9,32/1000 kelahiran hidup). Akan tetapi pada tahun 2016 jumlahnya kembali meningkat menjadi 188 kasus (10,8/1000 kelahiran hidup). Melihat jumlah kasus AKB selama kurun waktu tahun 2012 - 2016, maka secara umum jika dibandingkan dengan jumlah kasus AKB provinsi dan nasional, maka AKB di Kabupaten Pati masih lebih tinggi dibandingkan capaian dari provinsi, kecuali pada tahun 2014 dan tahun 2015, namun lebih rendah dari capaian nasional.

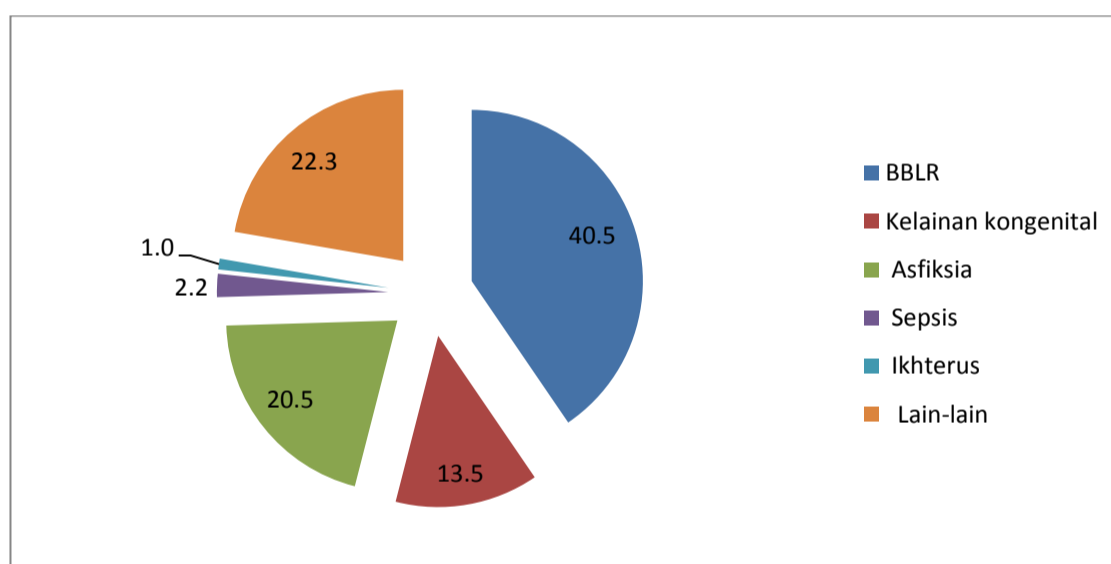
Penyebab Kasus Kematian Bayi

Penyebab tingginya kasus kematian bayi yang ada di Kabupaten Pati mayoritas karena BBLR, Asfiksia dan kelainan kongenital. Sedangkan untuk penyebab lain adalah lilitan tali pusat, aspirasi ASI, peritonitis, usus berpilin, oesofagus, kelainan jantung, susp. Meconium aspiration, tersedak, hipotermia. Adapun rincian penyebab kasus kematian bayi neonatal selama kurun waktu 2012-2016 adalah sebagai berikut:

Tabel III.2
Penyebab Kematian Neonatal

No.	Penyebab	2012	2013	2014	2015	2016
1	BBLR	64	49	55	53	57
2	Kelainan kongenital	14	19	15	25	20
3	Asfiksia	35	31	36	15	24
4	Sepsis	4	3	3	4	1
5	Ikhterus	2	1	1	1	2
6	Lain-lain	22	46	27	26	32
	JUMLAH	141	149	137	124	136

Gambar III.7
Penyebab Kematian Neonatal Tahun 2012 s/d 2016



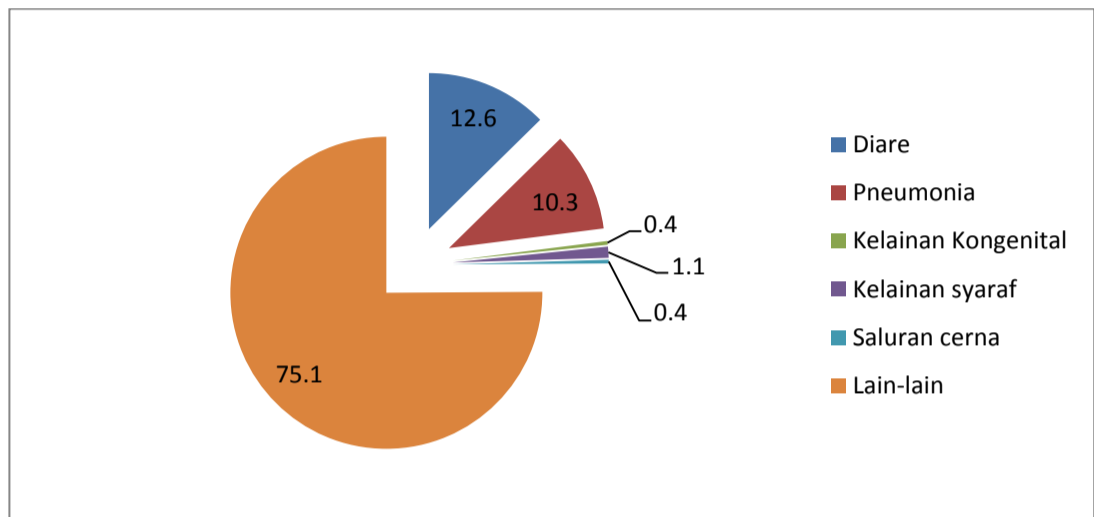
Adapun rincian penyebab kasus kematian bayi usia 28 hari s/d 11 bulan selama kurun waktu 2012-2016 adalah sebagai berikut:

Tabel III.3
Penyebab Kematian Bayi
Usia 28 hari s/d 11 bulan Tahun 2012-2016

No	Penyebab	2012	2013	2014	2015	2016
1	Diare	13	5	3	6	6
2	Pneumonia	10	4	3		10

3	Kelainan Kongenital	1				
4	Kelainan syaraf		1			2
5	Saluran cerna		1			
	JUMLAH	24	11	6	6	18

Gambar III.8
Penyebab Kematian Bayi 28 hari s/d 11 bulan

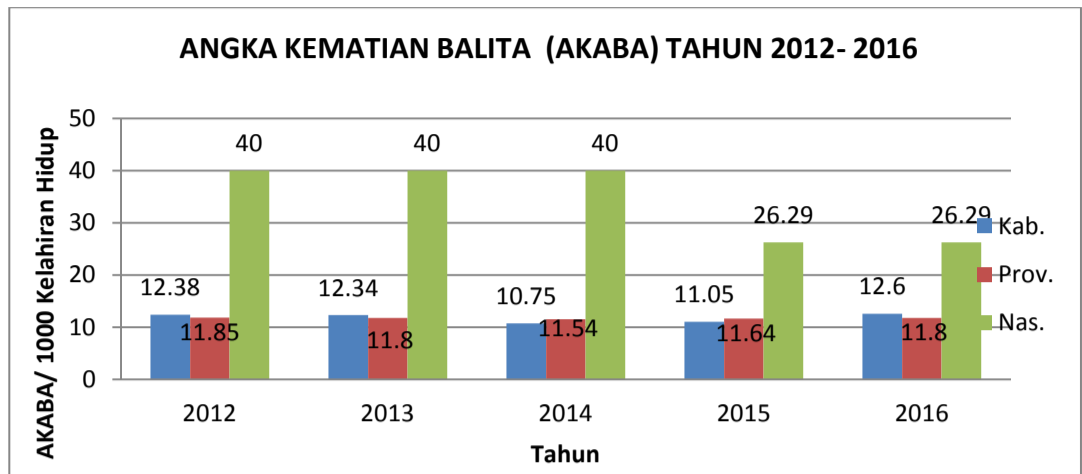


Penyebab kematian bayi usia 28 hari s/d 11 bulan yang paling dominan adalah karena penyakit diare dan pneumonia, sedang penyebab lain berupa kelainan jantung, febris, sesak nafas, DBD/ DHF, meningitis, tersedak, infeksi paru, aspirasi, anemia, dehidrasi, kanker limpa, kerusakan hati, kelainan kongenital, perdarahan otak, dan gangguan otak.

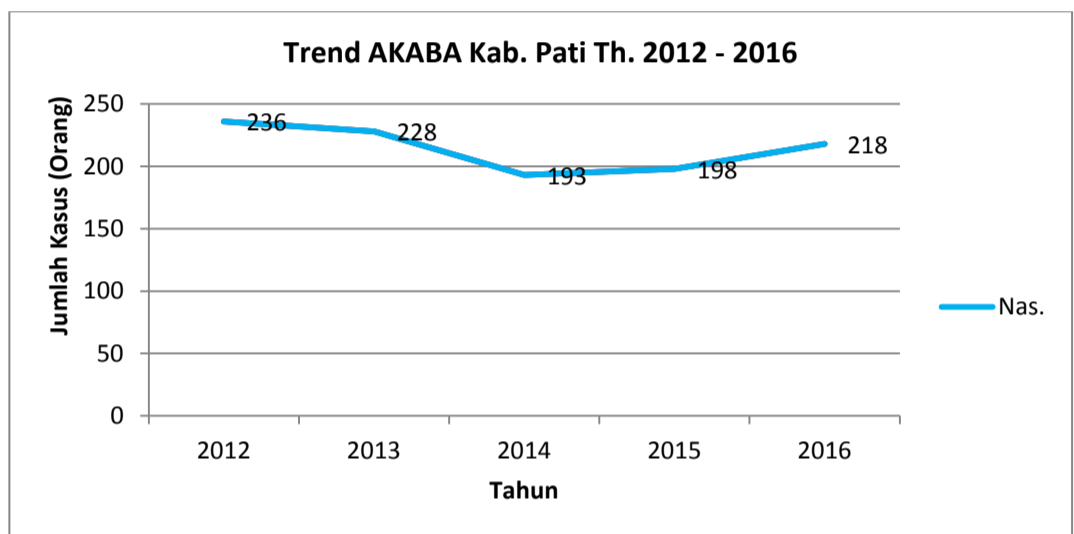
c. Kematian Balita

Angka Kematian Balita (AKABA) adalah kematian yang terjadi pada balita usia 0 bulan – 59 bulan per 1000 kelahiran dalam kurun waktu satu tahun. Angka Kematian Balita menggambarkan tingkat permasalahan kesehatan anak balita, tingkat pelayanan dan tingkat keberhasilan program KIA/posyandu serta kondisi sanitasi lingkungan.

Gambar III.9



Gambar III.10



Trend perkembangan kasus Angka Kematian Balita (AKABA) di Kabupaten Pati selama kurun waktu 2012-2016 dapat dilihat pada gambar diatas. Pada tahun 2012 Angka Kematian Balita Kabupaten Pati sebesar 236 kasus (12,38/1000 kelahiran hidup), tahun 2013 turun sebanyak 8 kasus yaitu menjadi 228 kasus (12,34/1000 kelahiran hidup), tahun 2014 turun 35 kasus yaitu sebesar 193 kasus (10,75/1000 kelahiran hidup). Namun pada tahun 2015 jumlahnya kembali meningkat menjadi 198 kasus (11,05/1000 kelahiran hidup), dan pada tahun 2016 naik lagi 20 kasus sehingga menjadi 218 kasus (12,6/1000 kelahiran hidup). Jumlah kasus AKABA di Kabupaten Pati selama kurun waktu tahun 2012-2016, secara umum jika dibandingkan dengan jumlah kasus AKABA provinsi dan nasional, maka AKABA di Kabupaten Pati masih lebih tinggi dibandingkan capaian dari provinsi, kecuali pada tahun 2014 dan tahun 2015 lebih rendah dari capaian nasional.

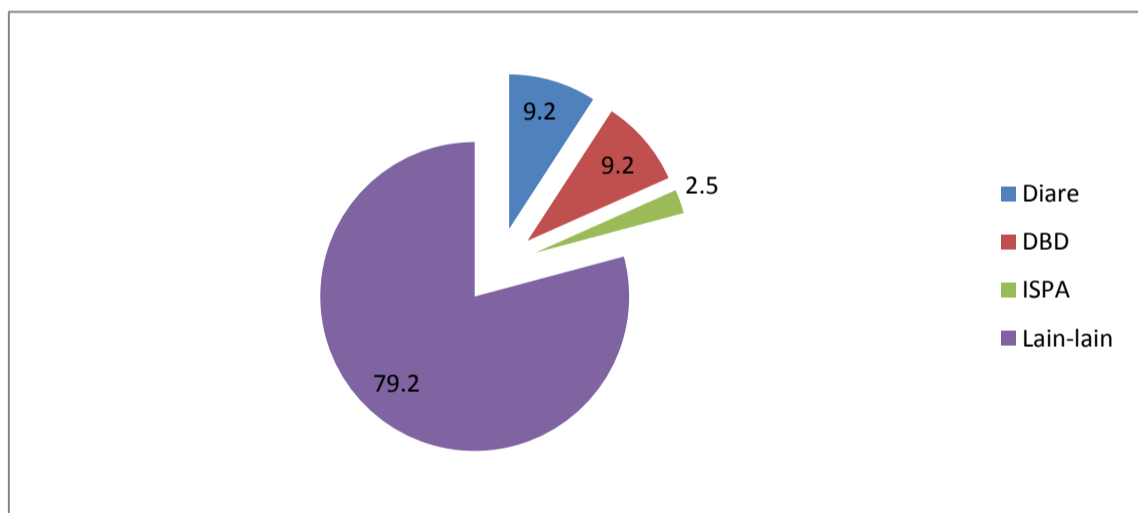
Penyebab Kasus Kematian Balita

Penyebab tingginya kasus kematian balita (umur 12 bulan – 59 bulan) yang ada di Kabupaten Pati mayoritas karena diare dan demam berdarah dengue. Adapun penyebab kasus kematian balita per tahun selama kurun waktu 2012-2016 adalah sebagai berikut :

Tabel III.5
Penyebab Kematian Balita
Di Kabupaten Pati Tahun 2012-2016

No.	Penyebab	2012	2013	2014	2015	2016
1	Diare	5	1	1	3	1
2	DBD	1	2		1	7
3	ISPA				2	1
4	Lain-lain	11	23	15	25	21
	Jumlah	16	26	16	31	30

Gambar III.11
Penyebab Kematian Balita



Selain penyebab diatas penyebab lain kematian balita diantaranya adalah kanker mata, suspek encephalitis, syok hipovolemik, gastroenteritis, microcephal, kelainan jantung, radang usus, melena, febris, bronchopneumonia, sengatan listrik, kecelakaan dan suspek cholitis.

3. Indeks Keluarga Sehat

Pada akhir tahun 2017 ini di Kabupaten Pati telah terdata sebesar 146.636 KK yang tersebar di 21 kecamatan pada 210 Desa. Hasil

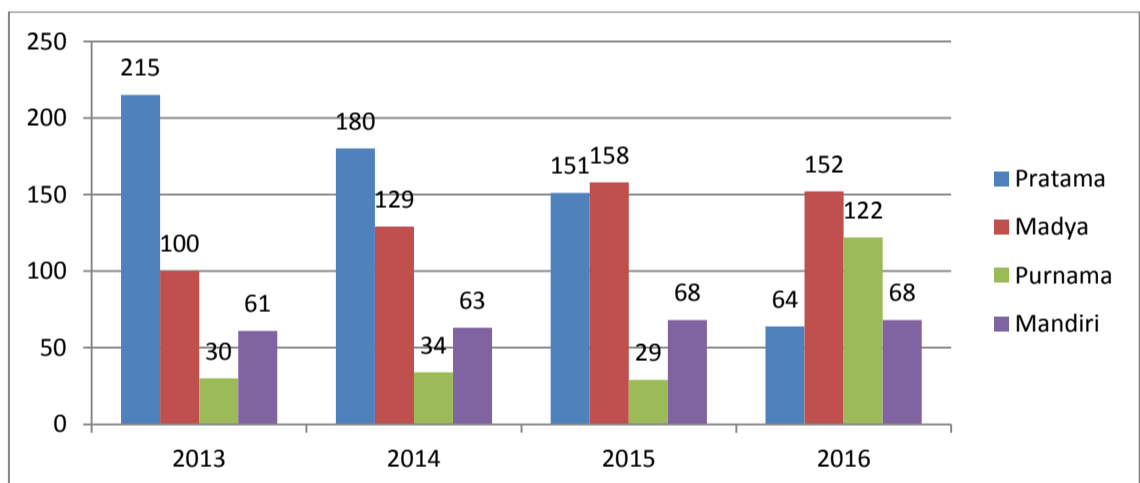
pendataan PIS-PK di Kabupaten Pati menunjukkan kalau Kondisi IKS Kabupaten sebesar 0,192 (tidak sehat). Kondisi indeks keluarga sehat yang rendah ini adalah cermin kalau anggota keluarga belum mampu mewujudkan perilaku yang sehat maupun kondisi kesehatan yang kurang baik. lima masalah kesehatan yang terjadi di keluarga di kabupaten Pati adalah kebiasaan merokok, gangguan jiwa,

Masalah kematian ibu maternal, kematian bayi dan balita serta indeks keluarga sehat yang masih rendah tidak lepas dari masih rendahnya kondisi lingkungan sanitasi, pelayanan kesehatan, serta perilaku masyarakat. Adapun akar masalah dari hal tersebut diatas akan diuraikan menurut faktor faktor dibawah ini :

a. Jumlah Desa Siaga Aktif Masih Rendah

Jumlah desa dan kelurahan di Kabupaten Pati sebanyak 401 Desa dan 5 Kelurahan. Jumlah desa dan kelurahan siaga 406. Sampai dengan tahun 2016 Strata desa siaga aktif pratama sebanyak 64, Madya 152, Purnama 122, mandiri 68.

**Gambar III.12
Strata Desa Siaga di Kabupaten Pati Tahun 2013-2016**

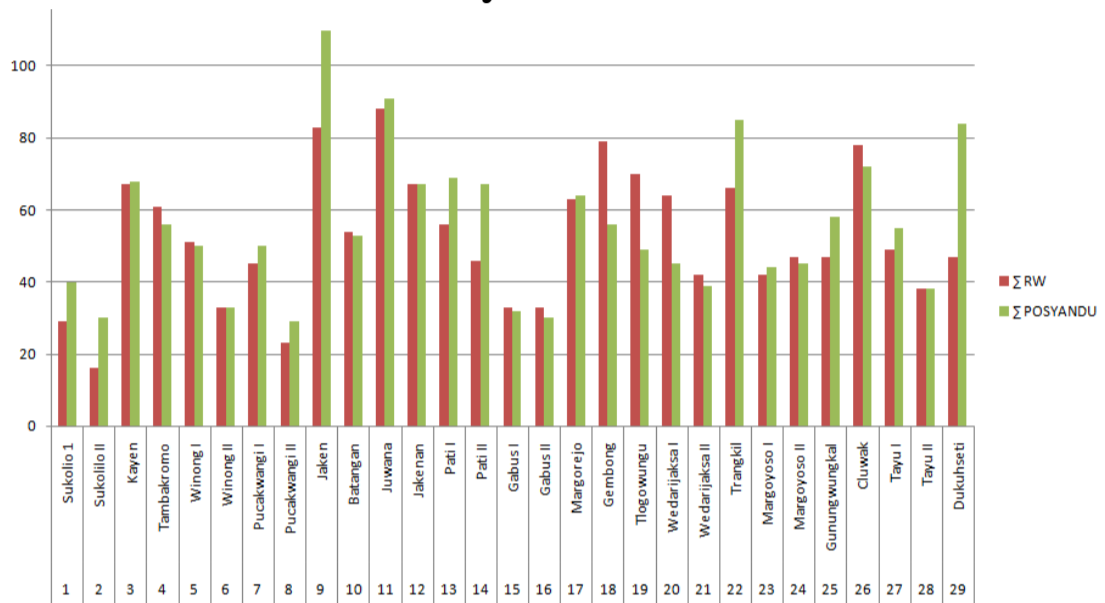


Jumlah desa siaga di Kabupaten Pati sebanyak 406. Dari jumlah 406 tersebut, pada tahun 2016 strata desa siaga aktif mandiri baru mencapai 68 desa atau 16,7% dari target 42,8%. Rendahnya capaian strata desa siaga mandiri di Kabupaten Pati karena masih rendahnya pemahaman masyarakat, dukungan dari pemangku kepentingan, dukungan lintas sektor dan lintas program. Diharapkan pada tahun 2022 strata desa siaga aktif mandiri bisa meningkat menjadi 44%. Meningkatnya strata desa siaga aktif mandiri dapat meningkatkan layanan kesehatan di desa dan diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

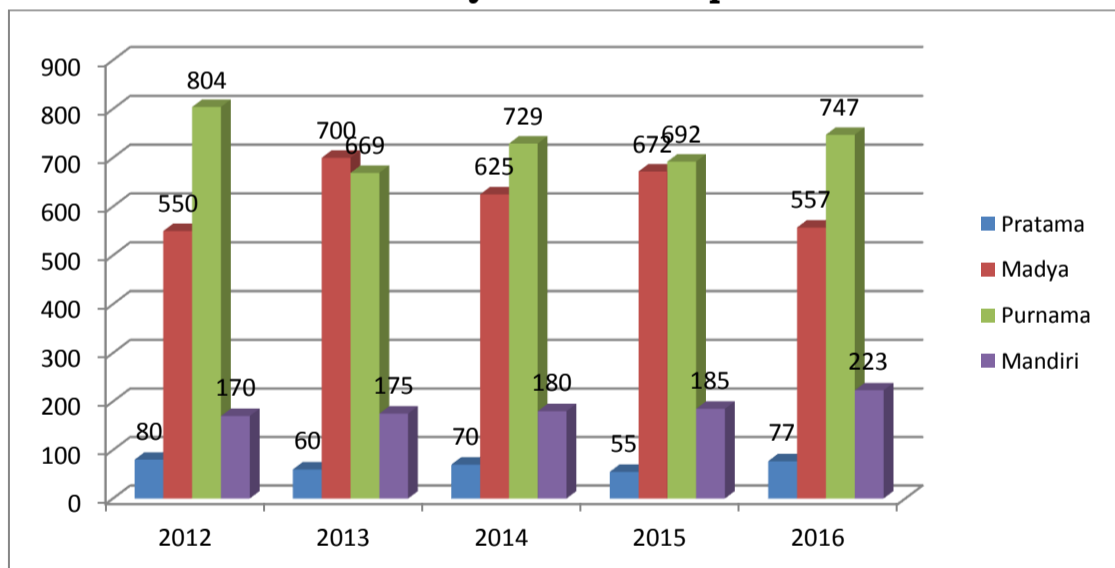
b. Kualitas Pelayanan di Posyandu Belum Maksimal

Jumlah posyandu di Kabupaten Pati tahun 2016 sebanyak 1604 Posyandu dengan pembagian strata sebagai berikut : strata pratama 45, madya 559, purnama 827 dan mandiri 174. Jumlah Posyandu 1604 yang berada di 401 Desa dan 5 kelurahan sudah merata di setiap RW. Hanya sebagian kecil RW yang belum ada posyandu.

Gambar III.13
Jumlah Posyandu dan Jumlah RW



Gambar III.14
Strata Posyandu di Kabupaten Pati



Posyandu adalah salah satu bentuk upaya kesehatan bersumber daya masyarakat yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu

dan bayi. Meja (1) Pendaftaran; (2) Penimbangan; (3) Pencatatan; (4) Penyuluhan kesehatan; (5) Pelayanan kesehatan.

Pelayanan kesehatan di meja ke 5 belum berjalan dengan maksimal dikarenakan intergrasi lintas program dan lintas sektor belum berjalan dengan baik, diharapkan dengan berjalan pelayanan posyandu di lima meja dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

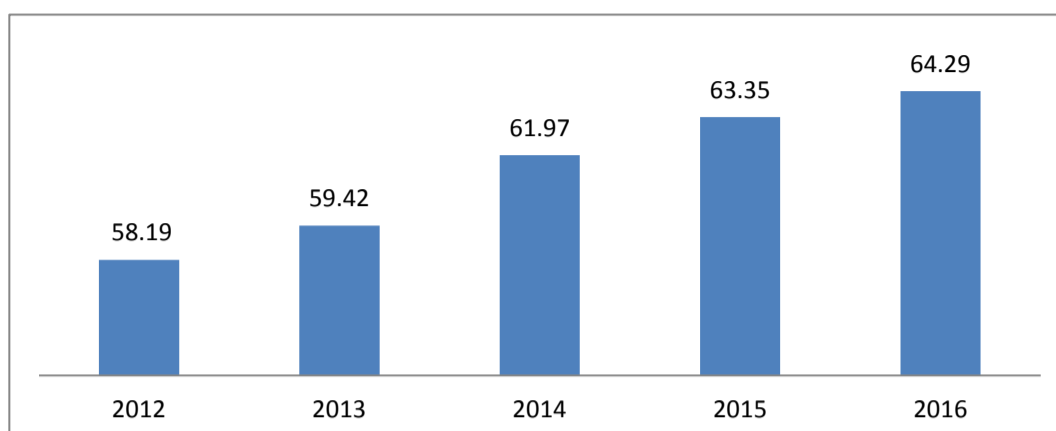
c. Masih Rendahnya Rumah dengan Sarana Sanitasi yang Memenuhi Syarat

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

Status capaian kinerja Rumah Yang Memenuhi Syarat Kesehatan di Kabupaten Pati dari tahun 2012 sampai dengan tahun 2016 dengan menggunakan indikator target jumlah rumah yang telah dilakukan pembinaan dan telah memenuhi syarat kesehatan dibagi dengan seluruh jumlah rumah yang dibina dinyatakan dengan prosentase.

Jumlah rumah yang ada dikabupaten pada tahun 2012 adalah sebanyak 339.513 rumah dan yang dibina adalah 100% dengan rumah sehat sebanyak 197.551 rumah atau 59,19% dari target yang ditetapkan sebesar 65%, tahun 2013 sebanyak 201.735 atau sebesar 59,42%, tahun 2014 sebanyak 210.410 atau sebesar 61,97%, tahun 2015 sebanyak 215.085 atau sebesar 63,35%, tahun 2016 sebanyak 218.260 atau sebesar 64,29%, walaupun mengalami peningkatan capaian setiap tahunnya tetapi sampai dengan tahun 2016 belum mencapai target yang ditetapkan.

Gambar III.15
Rumah Sehat di Kabupaten Pati Tahun 2012 sd 2016



Persyaratan Kesehatan Rumah Tinggal menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 829 / Menkes /SK/VII/1999 adalah mengatur tentang Bahan Bangunan, komponen dan penataan ruang rumah, pencahayaan, kualitas udara, ventilasi, binatang penular penyakit, air, tersedianya sarana penyimpanan makanan yang aman dan higiene, limbah, kepadatan hunian ruang tidur. Parameter yang dipergunakan untuk menentukan rumah sehat adalah meliputi tiga lingkup kelompok komponen penilaian, yaitu: Kelompok komponen rumah, meliputi langit-langit, dinding, lantai, ventilasi, sarana pembuangan asap dapur dan pencahayaan. Kelompok sarana sanitasi, meliputi sarana air bersih, pembuangan kotoran, pembuangan air limbah, sarana tempat pembuangan sampah. Kelompok perilaku penghuni, meliputi membuka jendela ruangan dirumah, membersihkan rumah dan halaman, membuang tinja ke jamban, membuang sampah pada tempat sampah.

Rumah yang sehat merupakan salah satu sarana untuk mencapai derajat kesehatan yang optimum. Untuk memperoleh rumah yang sehat ditentukan oleh tersedianya sarana sanitasi perumahan. Sanitasi rumah adalah usaha kesehatan masyarakat yang menitikberatkan pada pengawasan terhadap struktur fisik dimana orang menggunakannya untuk tempat tinggal berlindung yang mempengaruhi derajat kesehatan manusia. Rumah juga merupakan salah satu bangunan tempat tinggal yang harus memenuhi kriteria kenyamanan, keamanan dan kesehatan guna mendukung penghuninya agar dapat bekerja dengan produktif

Rumah yang tidak memenuhi syarat kesehatan akan terkait erat dengan penyakit berbasis lingkungan, dimana kecenderungannya semakin meningkat akhir-akhir ini. Penyakit-penyakit berbasis

lingkungan masih merupakan salah satu penyebab kematian. Bahkan pada kelompok bayi dan balita, penyakit-penyakit berbasis lingkungan masih mendominasi penyakit yang diderita oleh bayi dan balita. Keadaan tersebut mengindikasikan masih rendahnya cakupan dan kualitas intervensi kesehatan lingkungan

Rumah yang tidak sehat merupakan penyebab dari rendahnya taraf kesehatan jasmani dan rohani yang memudahkan terjangkitnya penyakit dan mengurangi daya kerja atau daya produktif seseorang. Rumah tidak sehat ini dapat menjadi reservoir penyakit bagi seluruh lingkungan, jika kondisi tidak sehat bukan hanya pada satu rumah tetapi pada kumpulan rumah (lingkungan pemukiman).Timbulnya permasalahan kesehatan di lingkungan pemukiman pada dasarnya disebabkan karena tingkat kemampuanekonomi masyarakat yang rendah, karena rumah dibangun berdasarkan kemampuan keuangan penghuninya

Rumah tidak hanya berfungsi sebagai tempat beristirahat dan berlindung, tetapi juga sebagai sarana untuk memperbaiki kesehatan. Untuk itu rumah harus memenuhi syarat syarat kesehatan.

d. Masih Rendahnya Kelangsungan Hidup Bayi

Angka kelangsungan hidup bayi adalah probabilitas bayi hidup sampai dengan usia 1 tahun. Angka kelangsungan hidup bayi = (1-angka kematian bayi). Angka kematian bayi dihitung dengan jumlah kematian bayi usia dibawah 1 tahun dalam kurun waktu setahun per 1.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama.

Kelangsungan hidup bayi di Indonesia yang masih rendah terlihat pada Angka Kematian Bayi (AKB) yang menempati posisi tertinggi di Asean, kondisi *intermediate rock* dan sangat bervariasi.Hasil penelitian yang menggunakan sumber data sekunder SDKI 2002-2003 memperlihatkan probabilitas kelangsungan hidup bayi di perkotaan (98,59%) lebih tinggi daripada bayi di pedesaan (97,54%) dan proporsi kematian bayi di pedesaan dua kali lebih besar daripada di perkotaan. Pada masa neonatal, kurva kelangsungan hidup bayi memperlihatkan kecenderungan yang menurun tajam dan post neonatal terlihat lebih landai. Penurunan probabilitas kelangsungan hidup bayi di wilayah perkotaan terlihat lebih landai daripada di wilayah pedesaan. Terdapat perbedaan faktor-faktor yang berhubungan dengan kelangsungan hidup bayi di perkotaan dan pedesaan. Di perkotaan, faktor-faktor yang

berhubungan dengan kelangsungan hidup bayi meliputi berat badan lahir, waktu pemberian ASI dan penolong persalinan. Sedangkan di pedesaan, faktor tersebut adalah frekuensi pemeriksaan antenatal, berat badan lahir, penolong persalinan, nomor urut lahir, waktu pemberian ASI dan tempat persalinan. Keadaan saat lahir merupakan faktor penting yang berhubungan signifikan dengan kelangsungan hidup bayi, faktor waktu pemberian ASI pertama kali merupakan faktor dominan yang berhubungan dengan kelangsungan hidup bayi.

e. Masih Rendahnya Fasilitas Pelayanan Kesehatan (FKTP/RS) yang Terakreditasi

FKTP terakreditasi utama dan paripurna masih sedikit, FKTP yang sudah terakreditasi oleh komisi Akreditasi FKTP sampai dengan Tahun 2017 sebanyak 29 Puskesmas dengan hasil yang sudah keluar 19 puskesmas dengan hasil 17 puskesmas terakreditasi madya dan 2 puskesmas terakreditasi utama, sedangkan 8 puskesmas belum keluar hasilnya. Rendahnya FKTP terakreditasi utama antara lain disebabkan kecukupan sumber daya manusia dan sarana prasarana puskesmas yang belum sesuai standar berdasarkan PMK No. 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas dan PMK No. 44 Tentang Manajemen Puskesmas.

Selain FKTP Puskesmas yang belum terakreditasi juga belum semua RS di Kabupaten Pati terakreditasi, pada tahun 2017 RS yang dilakukan penilaian oleh Komisi Akreditasi RS (KARS) sebanyak 5 RS dengan hasil 2 paripurna sedangkan 3 RS belum keluar hasilnya, sedangkan Tahun 2018 dan selanjutnya direncanakan sisanya menunggu jadwal penilaian.

f. Masih Rendahnya Kualitas Pelayanan Kesehatan

Masalah masalah klasik yang belum tertuntaskan antara lain sumber daya pelayanan utama yaitu sumber daya sarana dan prasarana belum sesuai standar, kualitas dan kuantitas SDM kesehatan masih kurang memenuhi standar, terutama rasio jumlah dokter umum/dokter gigi di puskesmas masih sangat kurang. Masalah rekrutment SDM kesehatan belum memenuhi standar kebutuhan dan formasi jabatan sehingga menghasilkan kompetensi SDM kesehatan yang belum sesuai kebutuhan standar pelayanan kesehatan

Masih rendahnya jumlah dokter, rasio dokter di puskesmas sebesar 1 : 2500 pddk. Rendahnya jumlah dokter terutama yang

memerikan pelayanan di puskesmas karena adanya kebijakan zero growth sehingga tidak ada pengangkatan dokter PNS.

Jumlah puskesmas tidak sesuai standart, jumlah puskesmas yang tidak sesuai standar dimana idealnya 1 : 30.000 namun faktanya di kabupaten pati hanya terdapat 29 puskesmas dengan jumlah penduduk 1,3 juta dengan rasio 1 : 44.800. Untuk pendirian puskesmas baru harus memperhatikan RT/RW dan hasil identifikasi kebutuhan dan harapan masyarakat yang harus dituangkan dalam analisis studi kelayakan.

g. Masih Rendahnya Penduduk yang Memiliki JKN KIS

Program Jaminan Kesehatan Nasional di gaungkan sejak Tahun 2014, dengan target Universal Health Coverage (UHC) di tahun 2019, sampai saat ini cakupan bagi penduduk tidak lebih dari 65 %, cakupan terbanyak adalah pada penduduk yang kurang mampu melalui program PBI (Pemberian Bantuan Iuran) dan sisanya adalah pekerja penerima upah. Setidaknya masih ada 30 % masyarakat yang belum ikut program JKN ini, hal ini disebabkan karena kurangnya kesadaran masyarakat akan pentingnya Jaminan Kesehatan (baru mendaftar saat membutuhkan) ataupun karena kondisi sosial ekonomi masyarakat. Kondisi inilah yang perlu disikapi oleh pemerintah daerah untuk hadir melalui program Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA).

h. Masih Rendahnya Pelayanan Kesehatan Dasar Bagi Masyarakat Miskin

Secara umum komposisi masyarakat 70 % adalah merasa sehat sisanya 30 % mengeluhkan sakit, dari 30 % masyarakat tersebut, 56 % membutuhkan pelayanan dari fasyankes. Puskesmas sebagai fasyankes dasar milik pemerintah diharapkan mampu menjadi tumpuan masyarakat dalam mencari pengobatan di kala sakit dan memberikan bimbingan kepada masyarakat untuk tetap sehat. Namun yang terjadi saat ini masyarakat memanfaatkan puskesmas masih sebatas untuk mencari pengobatan. Sehingga kunjungan puskesmas didominasi oleh kunjungan sakit hal ini terjadi karena kesadaran masyarakat untuk memelihara kesehatannya masih rendah, disamping juga faktor kepercayaan masyarakat terhadap puskesmas. Upaya untuk menumbuhkan kepercayaan perlu terus digalang sepertihalnya puskesmas yang terakreditasi, upaya sosialisasi pelayanan yang ada di

FKTP secara masif dengan memanfaatkan perkembangan teknologi informasi.

i. Masih Rendahnya Cakupan Pelayanan Kesehatan Rujukan Masyarakat Miskin

Penduduk miskin yang ada di kabupaten Pati semestinya sudah tercover dalam jaminan kesehatan, yang menjadi masalah adalah adanya mutasi sosial yang sulit diprediksi sehingga anggaran untuk pelayanan bagi maskin seharusnya masih menjadi perhatian pemerintah daerah, karena pelayanan kesehatan rujukan di rumah sakit biasanya memerlukan biaya yang besar. Masalah lainnya adalah masyarakat masih kurang memahami akan prosedur pelayanan kesehatan/ rujukan berjenjang sehingga terjadi penumpukan pasien di rumah sakit, kemampuan rumas sakit dalam menyediakan tempat tidur khususnya bagi masyarakat miskin telah menjadi kebutuhan prioritas.

j. Masih Rendahnya Kunjungan Perkesmas (Perawatan Kesehatan Masyarakat)

Dengan dikembangkannya Program Indonsia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK), informasi terhadap status kesehatan keluarga, RT, RW, desa, Kecamatan dan Kabupaten akan mudah diketahui, setiap jenjang memiliki masalah kesehatan yang spesifik. Untuk itu intervesi guna menyelesaikan masalah kesehatan yang muncul juga harus spesifik. Dengan demikian maka arah program dan kegiatan diharapkan sesuai sasaran. Dengan kondisi tersebut diharapkan program Perkesmas mampu menjawab masalah yang muncul di masyarakat.

Kunjungan Tim Perkesmas ke keluarga resiko memerlukan biaya yang cukup, alkes dan perbekalan yang memadai serta SDM yang kompeten. Saat ini karena keterbatasan anggaran, sarpras dan tenaga perkesmas, program ini masih belum mampu dilaksanakan sesuai yang diharapkan.

k. Masih Tingginya Penularan Kasus Penyakit Menular

Penyakit TBC, belum seluruhnya penderita TB terdeteksinya di masyarakat mengingat terbatasnya tenaga kesehatan serta terbatasnya kemampuan dalam melakukan uji laboratorium di masing-masing puskesmas. Target penemuan kasus TB di tahun 2017 sebanyak 1919

kasus sedangkan capaian penemuan kasus TB sebanyak 796 (41,48 %) yang tercatat pada SITT pada tribulan ke-III.

Penyakit HIV/AIDS, tinggi kasus HIV-AIDS di Kabupaten Pati mengingat Pati merupakan daerah lintas jawa utara sehingga memudahkan terjadinya penularan HIV-AIDS. Penemuan kasus HIV-AIDS sampai bulan Oktober 2017 sebanyak 145 kasus, terjadi kenaikan dibandingkan penemuan kasus di tahun 2016 sebanyak 118 kasus.

Penyakit Diare, merupakan penyakit yang menyebabkan kematian pada Balita Kasus diare pada Balita di Kabupaten Pati, pada tahun 2017 sebesar 2098 kasus (14,56 %). Penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA), merupakan penyakit yang menyebabkan kematian pada Balita. Kasus ISPA Pnemonia pada balita di Kabupaten Pati, pada tahun 2017 sebesar 311 penderita (10,2 %)

Penyakit Kusta, masih rendahnya penemuan kasus penyakit Kusta di Kabupaten Pati, pada tahun 2017 ditemukan sebanyak 44 kasus (57,14 %) sedangkan target penemuan kasus sebanyak 77 kasus. Penyakit DBD, Kasus DBD di Kabupaten Pati pada tahun 2017 sebesar 392 kasus, yang mendapatkan fogging 21 focus, sehingga perlu dilakukan pencegahan dan pengendalian penyakit DBD

Penyakit Malaria, masih adanya penyakit malaria di Kabupaten Pati tahun 2017 sebanyak 60 kasus merupakan kasus impor sebagai akibat migrasi penduduk pati keluar jawa dalam mencari mata pencaharian, sehingga upaya pencegahan dan penanggulangan penyakit Malaria di Kabupaten Pati sebagai upaya mencegah penularan pada masyarakat. Penyakit Filaria, berdasarkan hasil survey filariasis tahun 2005 Kabupaten Pati termasuk daerah endemis Filariasis, sehingga dilakukan upaya pencegahan di masyarakat pengobatan missal.

Penyakit Hepatitis, hepatitis merupakan masalah kesehatan besar didunia. Lebih dari 2 milyar penduduk pernah terinfeksi oleh virus hepatitis B (HBV). Di Indonesia jumlah penderita hepatitis B dan C diperkirakan sekitar 20 juta orang, diperkirakan 13 juta penderita hepatitis B dan 7 juta penderita hepatitis C dengan prevalensi HBsAg kategori tinggi (> 8%), sekitar 50% dari penderita virus hepatitis B dan C berpotensi menjadi chronic liver disease, jika chronic liver disease tidak diobati secara baik maka 10% diantaranya menjadi liver fibrosis → liver kanker diperkirakan 250.000 orang meninggal setiap tahun akibat sirosis hati dan kanker hati. Hepatitis ditemukan pada ibu hamil di Kabupaten Pati sebanyak 91 orang pada tahun 2017.

1. Semakin Meningkatnya Kasus Penyakit Tidak Menular

Kecenderungan penyakit menular terus meningkat dan telah mengancam sejak usia muda. Selama dua dekade terakhir ini, telah terjadi transisi epidemiologis yang signifikan, penyakit tidak menular telah menjadi beban utama meskipun beban penyakit menular masih berat juga. Penyakit tidak menular utama antara lain hipertensi dan diabetes melitus mempunyai dampak yang cukup besar dalam kesehatan masyarakat.

Berdasarkan data Riskesdas tahun 2013 prevalensi orang dengan hipertensi pada penduduk usia diatas 15 tahun secara nasional adalah 9,4%, Provinsi Jawa Tengah prevalensinya sebesar 9,5% sedangkan Kabupaten Pati prevalensi lebih rendah yaitu sebesar 8,1%. Hal ini artinya di kabupaten Pati kurang lebih terdapat orang dengan hipertensi sebanyak 78.472 orang. Namun capaian 2017 jumlah penemuan orang dengan hipertensi yang mendapat pelayanan baru mencapai 35.199 orang atau 44,86%.

Sedangkan prevalensi Diabetes Militus (DM) secara nasional berdasar data riskesdas 2013 sebesar 2,1% penduduk, Provinsi Jawa Tengah 1,9% sedangkan Kabupaten Pati lebih rendah yaitu 1,5%, artinya di Kabupaten Pati terdapat kurang lebih 18.700 orang menderita DM. Berdasarkan data laporan puskesmas tahun 2017 baru ditemukan 13.653 orang dengan DM yang mendapatkan pelayanan atau sekitar 73,01%.

Untuk mencapai target dari jumlah sasaran banyak hal penting yang harus dilakukan antara lain dengan deteksi secara dini penyakit hipertensi, DM serta penyakit tidak menular lainnya melalui screening di FKTP, pelaksanaan Pos Pembinaan Terpadu Pengendalian Penyakit Tidak Menular (Posbindu-PTM) di masyarakat dan lainnya. Karena sebagian besar tidak mengetahui bahwa dirinya menderita penyakit tidak menular.

Permasalahan kesehatan jiwa sangat besar dan menimbulkan beban kesehatan yang signifikan. Data dari Riskesdas tahun 2013, prevalensi gangguan jiwa berat secara nasional sebesar 1,7 per 1000 penduduk, Jawa Tengah prevalensinya adalah 2,3 per 1000 penduduk sedangkan Kabupaten Pati prevalensi ODGJ berat lebih rendah yaitu sebesar 1,3 per 1000 penduduk. Ini berarti lebih dari 1.620 orang di Kabupaten Pati menderita gangguan jiwa berat.

Berdasarkan laporan Puskesmas tahun 2017 penemuan atau capaian ODGJ berat sebesar 1.745 ODGJ berat atau 107,67%. Dari angka tersebut menunjukkan bahwa jumlah ODGJ berat di Kabupaten Pati lebih tinggi dari angka estimasi. Prioritas untuk kesehatan jiwa adalah mengembangkan Upaya Kesehatan Jiwa Berbasis Masyarakat (UKJBM) dengan mengedepankan upaya kesehatan di Puskesmas tanpa mengesampingkan peran aktif dari keluarga dan masyarakat dalam penanganan dan pelayanan orang dengan gangguan jiwa di masyarakat.

m. Imunisasi Dasar Lengkap Pada Balita Masih Rendah

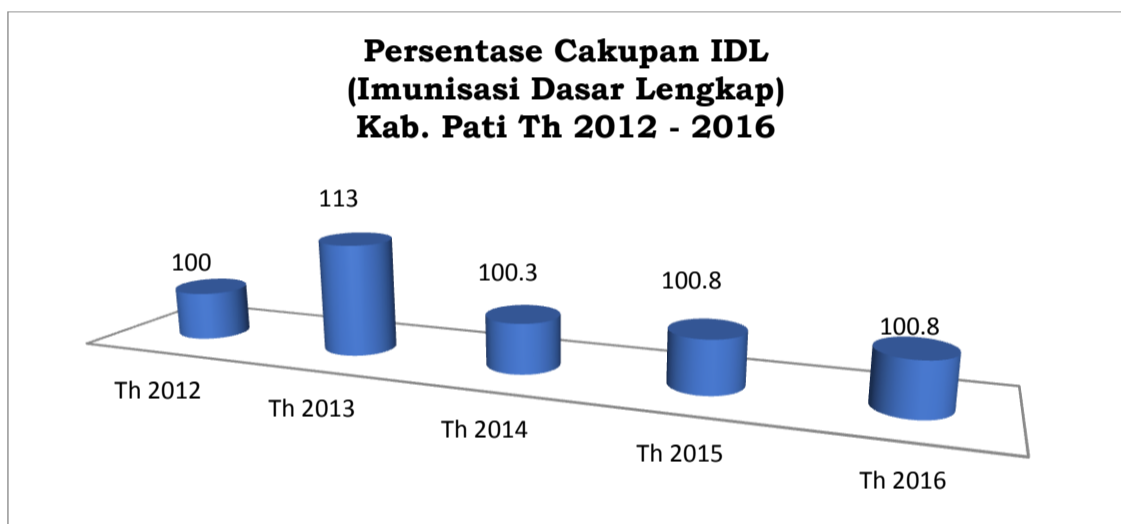
Program imunisasi merupakan upaya pencegahan paling *cost effective* untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian yang disebabkan oleh PD3I (Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi). Sebagai salah satu program prioritas Kemenkes, imunisasi adalah bentuk nyata komitmen pemerintah mencapai SDGs (Sustainable Development Goals) khususnya untuk menurunkan angka kematian pada anak. Kegagalan imunisasi akan mengancam terjadinya kesakitan, kecacatan atau kematian pada anak yang diakibatkan PD3I, oleh karena itu upaya imunisasi perlu terus ditingkatkan untuk mencapai tingkat *population immunity* (kekebalan masyarakat) yang tinggi sehingga PD3I dapat dieradikasi, dieliminasi dan direduksi melalui pelayanan imunisasi yang semakin efektif, efisien dan berkualitas. Sebagai contoh hasil study *cost benefit analysis* yang dilakukan Prof. Soewarta Koesoen, Balitbangkes tahun 2015 tentang estimasi *cost effectiveness* introduksi vaksin MR kedalam program imunisasi rutin nasional sebagai berikut :

- Diperkirakan insiden CRS (Congenital Rubella Syndrome) per tahun 0,2/1000 bayi lahir hidup. Pada tahun 2015 : 979 kasus CRS baru (dari 4,89 juta bayi lahir hidup)
- Kerugian makro ekonomi diperkirakan Rp.1,09 trilliun
- Cost per DALY Imunisasi MR dibandingkan dengan tidak imunisasi sebesar Rp. 26.598.238,-
- Vaksinasi MR sangat *cost effective* (kurang dari 1 GDP per capita)

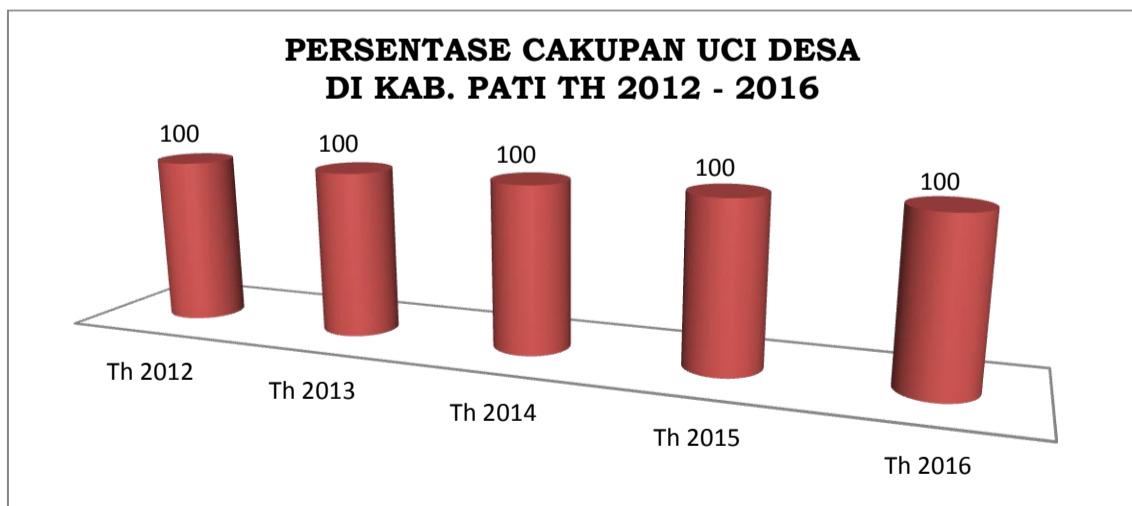
UU No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan pada pasal 130 mengamanatkan bahwa pemerintah **WAJIB** memberikan imunisasi kepada bayi dan anak serta pasal 132 (3) bahwa setiap anak berhak memperoleh imunisasi dasar sesuai dengan ketentuan yang berlaku untuk mencegah terjadinya PD3I. Imunisasi ini merupakan salah satu

upaya preventif untuk mencegah penyakit melalui pemberian kekebalan tubuh yg diberikan secara terus menerus, menyeluruh, berkesinambungan dan dilaksanakan sesuai standar operasional sehingga mampu memberikan perlindungan kesehatan dan memutus mata rantai penularan penyakit khususnya PD3I. Imunisasi rutin meliputi imunisasi dasar yang diberikan pada bayi dan imunisasi lanjutan untuk menjaga tingkat imunitas pada anak baduta, anak usia sekolah dan Wanita Usia Subur (WUS) termasuk ibu hamil. Cakupan imunisasi harus dipertahankan tinggi dan merata di seluruh wilayah guna menghindari terjadinya daerah kantong yang akan mempermudah munculnya Kejadian Luar Biasa (KLB). Sebagaimana dilihat pada gambar berikut bahwa cakupan imunisasi dasar lengkap dan UCI Desa/Kelurahan di Kabupaten Pati tahun 2012–2016 selalu tinggi sehingga tidak terjadi KLB pada periode tahun tersebut .

Gambar III.16



Gambar III.17



n. Penanganan KLB/KLB PD3I Respon <24 Jam Belum Sesuai Standart

Meningkatnya mobilisasi manusia dan barang saat ini mendorong semakin besarnya factor resiko menularnya penyakit berpotensi KLB (Kejadian Luar Biasa), sehingga pada renstra Kemenkes 2015-2019 disebutkan bahwa persentase respon <24 jam terhadap sinyal penyakit berpotensi KLB yang muncul dalam SKDR (Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon) dengan target 90% di tahun 2019 sedangkan target indikator pencapaian kinerja Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah setiap tahunnya adalah 100% KLB dapat ditanggulangi kurang dari 24 jam. Hal tersebut dapat tercapai apabila didukung oleh kabupaten dengan target yang minimal sama. Dalam PMK No. 1501/Menteri/Per/X/2010 tentang Penyakit Menular Tertentu Yang Dapat Menimbulkan Wabah dan Penanggulangan, pasal 13 (1) disebutkan bahwa penanggulangan KLB merupakan kegiatan yang dilakukan secara terpadu pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat. Pasal 18 (1) bahwa pendanaan yang timbul dalam upaya penanggulangan wabah / KLB dibebankan pada anggaran pemerintah daerah dan pasal 25 bahwa dalam keadaan KLB / wabah, pemerintah dan pemerintah daerah **WAJIB** menyediakan perbekalan kesehatan meliputi bahan, alat, obat dan vaksin serta bahan / alat pendukung lainnya.

Terkait dengan bencana, sebagaimana yang disebutkan dalam Perbup Pati No. 45 Th 2013 tentang Penyelenggaraan Penanggulangan Bencana di Kabupaten Pati bahwa Kabupaten Pati memiliki kondisi geografis, geologis, hidrologis dan demografis yang memungkinkan terjadinya bencana yang dapat menyebabkan kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dampak psikologis dan korban jiwa. Begitu juga pada pasal 5 UU No. 24 Th 2007 tentang Penanggulangan Bencana bahwa pemerintah dan pemerintah daerah menjadi penanggungjawab dalam penanggulangan bencana.