

PROFIL KESEHATAN

Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo

| 2015



PEMERINTAH KABUPATEN PURWOREJO
DINAS KESEHATAN

PROFIL KESEHATAN 2015

MEMBANGUN PURWOREJO SEHAT

DINAS KESEHATAN KABUPATEN PURWOREJO

Jln. Mayjend. Sutoyo No. 17 Purworejo 54114

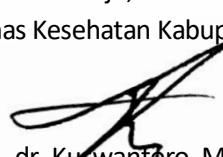
KATA PENGANTAR

P uji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan karuniaNya, sehingga Profil Kesehatan 2015 ini dapat diterbitkan. Profil Kesehatan tahun 2015 ini merupakan salah satu wujud akuntabilitas dari Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo, yaitu sebagai salah satu keluaran dari upaya penyempurnaan sistem informasi kesehatan, sebagai gambaran tentang kondisi dan situasi secara ringkas derajat kesehatan masyarakat, upaya kesehatan dan sumber daya kesehatan. serta sebagai acuan untuk memantau pencapaian pembangunan kesehatan di Kabupaten Purworejo.

Penyusunan profil ini sesuai dengan buku pedoman, yaitu memuat tentang indikator kinerja SPM bidang kesehatan dan IIS (Indikator Indonesia Sehat). Data yang digunakan dalam proses penyusunan profil kesehatan ini bersumber dari masing- masing Puskesmas, Rumah Sakit serta dinas terkait di Kabupaten Purworejo. Data yang telah terkumpul dilakukan validasi dengan melibatkan pemegang program maupun lintas sektor melalui mekanisme pemutakhiran data.

Adapun indikator dan format yang digunakan telah disesuaikan dengan kebutuhan data dan informasi yang diharapkan akan dapat digunakan sebagai salah satu sarana untuk memantau penyelenggaraan pembangunan dibidang kesehatan. Penyajian profil ini selain sebagai laporan kinerja pelayanan kesehatan pemerintah (Puskesmas, Rumah Sakit) di Kabupaten Purworejo, juga untuk mengetahui secara ringkas gambaran derajat kesehatan masyarakat, upaya kesehatan dan sumber daya kesehatan.

Kami mengharapkan saran dan masukan guna peningkatan kualitas profil kesehatan dimasa mendatang. Tak lupa kami sampaikan penghargaan kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan Profil Kesehatan ini, baik Puskesmas, Rumah Sakit dan lintas sektor. Semoga Profil Kesehatan Kabupaten Purworejo Tahun 2015 ini dapat bermanfaat dalam mengisi kebutuhan data dan informasi kesehatan sesuai yang diharapkan.

Purworejo, Mei 2016
Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo

dr. Kuswantoro, M.Kes
NIP. 19621204 198803 1 011

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	I
KATA PENGANTAR	II
DAFTAR ISI	III
DAFTAR GAMBAR	IV
DAFTAR TABEL	V
DAFTAR LAMPIRAN	VI
BAB 1 PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Sistematika Penyajian	3
BAB 2 GAMBARAN UMUM	5
C. Keadaan Geografis Dan Batas Wilayah	5
D. Kependudukan	6
E. Keadaan Ekonomi	9
F. Keadaan Pendidikan	9
G. Keadaan Lingkungan	10
BAB 3 SITUASI DERAJAT KESEHATAN	11
A. Derajat Kesehatan	12
B. Mortalitas	13
C. Morbiditas	15
D. Angka Status Gizi Masyarakat	35
BAB 4 SITUASI UPAYA KESEHATAN	40
A. Pelayanan Kesehatan Dasar	40
B. Pelayanan Kesehaan Rujukan Dan Penunjang	55
C. Akses Dan Mutu Pelayanan Kesehatan	57
D. Pembinaan Kesehatan Lingkungan Dan Sanitasi Dasar	62
E. Perbaikan Gizi Masyarakat	65
F. Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat	73
G. Pelayanan Kesehatan Dalam Situasi Bencana	80
BAB 5 SITUASI SUMBERDAYA KESEHATAN	81
A. Sarana Kesehatan	81
B. Tenaga Kesehatan	85
C. Pembiayaan Kesehatan	94
BAB 6 KESIMPULAN	98
BAB 7 PENUTUP	106
LAMPIRAN	
TIM PENYUSUN	

DAFTAR GAMBAR

GAMBAR 2.1.	GRAFIK PERTUMBUHAN PENDUDUK KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2006-2015	7
GAMBAR 2.2.	PIRAMIDA PENDUDUK KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2015	8
GAMBAR 3.1.	ANGKA KEMATIAN BAYI DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2011 – 2015	13
GAMBAR 3.2.	ANGKA KEMATIAN BALITA DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2011 – 2015	14
GAMBAR 3.3.	GRAFIK ANGKA KEMATIAN IBU DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2011 – 2015.....	15
GAMBAR 3.4.	GRAFIK PENEMUAN KASUS AFP DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2009 – 2015....	17
GAMBAR.3.5.	ANGKA PENEMUAN TB PARU DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2008 – 2015	17
GAMBAR.3.6.	ANGKA KESEMBUHAN TB PARU DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2009 – 2015....	18
GAMBAR.3.7.	CAKUPAN PENDERITA, IR DAN CFR DIARE DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2009 – 2015	21
GAMBAR.3.8.	ANNUAL PARASITE INCIDENCE MALARIA (%) DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2008-2015	22
GAMBAR.3.9.	PETA ENDEMIS MALARIA DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2015.....	23
GAMBAR.3.10.	KASUS CAMPAK DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2010 – 2015	28
GAMBAR.3.11.	CAKUPAN PENGUKURAN TEKANAN DARAH TAHUN 2015	29
GAMBAR.3.12.	PENGUKURAN OBESITAS PADA PUSKESMAS KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2015	30
GAMBAR.3.13.	DETEKSI DINI KANKER RAHIM DAN KANKER PAYUDARA TAHUN 2015	31
GAMBAR.3.14.	CAKUPAN KUNJUGAN NEONATUS DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2010-2015	33
GAMBAR.3.15.	CAKUPAN KUNJUNGAN BAYI DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2010-2015.....	36
GAMBAR.3.16.	BALITA GIZI BURUK MENDAPAT PERAWATAN DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN	38
GAMBAR.3.17.	PETA GIZI KECAMATAN BEBAS RAWAN GIZI DI KABUPATEN PURWOREJO 2015	39
GAMBAR.4.1.	CAKUPAN PELAYANAN ANTENATAL K4 DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2011 – 2015	41
GAMBAR.4.2.	CAKUPAN PERTOLONGAN PERSALINAN OLEH NAKES DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2011-2015	42
GAMBAR.4.3.	CAKUPAN PELAYANAN IBU NIFAS OLEH NAKES DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2011 – 2015	43
GAMBAR.4.4.	PERSENTASE PEMBERIAN TABLET FE PADA IBU HAMIL DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2011-2015.....	44
GAMBAR.4.5.	CAKUPAN PELAYANAN ANAK BALITA DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2011 – 2015	45
GAMBAR.4.6.	CAKUPAN PEMERIKSAAN KESEHATAN SISWA DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2010 – 2015	46
GAMBAR .4.7.	PERSENTASE PEMAKAIAN KONTRASEPSI PESERTA KB BARU DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2015	47
GAMBAR .4.8.	CAKUPAN PESERTA KB AKTIF DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2011 – 2015	48
GAMBAR .4.9.	PERSENTASE PEMAKAIAN KONTRASEPSI PESERTA KB AKTIF DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2015	49
GAMBAR .4.10.	CAKUPAN DESA/KELURAHAN UCI DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2010 - 2015	50

GAMBAR .4.11.	CAKUPAN IMUNISASI BAYI DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2010 – 2015.....	51
GAMBAR .4.12.	RASIO TUMPATAN DAN PENCABUTAN GIGI TETAP DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2010 – 2015.....	53
GAMBAR.4.13.	CAKUPAN PEMERIKSAAN KESEHATAN MURID SD DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2010 - 2015.....	54
GAMBAR.4.14.	PELAYANAN KESEHATAN PRAUSILA DAN USILA DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2010 - 2015.....	55
GAMBAR.4.15.	IBU HAMIL RESIKO TINGGI/KOMPLIKASI DITANGANI DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2011-2015.....	55
GAMBAR.4.16.	CAKUPAN NEONATAL RESIKO TINGGI/KOMPLIKASI DITANGANI DI KABUPATEN PURWOREJO THN 2011 – 2015.....	56
GAMBAR.4.17.	SARANA KESEHATAN (RS, PUSKESMAS, RSK) DENGAN KEMAMPUAN YANGADAR DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2009 – 2015.....	57
GAMBAR.4.18.	CAKUPAN BALITA YANG DATANG DAN DITIMBANG DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2010 – 2015	66
GAMBAR.4.19.	CAKUPAN BALITA YANG NAIK BERAT BADAN DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2011 - 2015	67
GAMBAR.4.20.	CAKUPAN DISTRIBUSI KAPSUL VIT. A PADA BAYI DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2011 – 2015.....	69
GAMBAR.4.21.	CAKUPAN PEMBERIAN TABLET TAMBAH DARAH DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2011 – 2015	70
GAMBAR.4.22.	PETA DESA DENGAN GARAM IODIUM BAIK DI KABPATEN PURWOREJO THN 2015...	72
GAMBAR.4.23.	CAKUPAN POSYANDU PURNAMA DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2009 – 2015	73
GAMBAR.4.24.	CAKUPAN POSYANDU MANDIRI DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2009 - 2015	75
GAMBAR.4.25.	CAKUPAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2010 - 2015	77
GAMBAR.4.26.	CAKUPAN DESA DENGAN GARAM BERIODIUM BAIK DI KAB.PURWOREJO TAHUN 2010-2015	79
GAMBAR.5.1.	KLASIFIKASI TENAGA KESEHATAN DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2009 – 2015	86
GAMBAR.5.2.	RASIO DOKTER SPESIALIS DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2007 – 2015.....	87
GAMBAR.5.3.	RASIO DOKTER UMUM DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2007 – 2015.....	88
GAMBAR.5.4.	RASIO DOKTER GIGI DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2007 -2015	88
GAMBAR .5.5.	RASIO TENAGA FARMASI DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2007 – 2015.....	89
GAMBAR .5.6.	RASIO TENAGA GIZI DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2007 – 2015.....	90
GAMBAR .5.7.	RASIO TENAGA PERAWAT DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2007 – 2015.....	90
GAMBAR .5.8.	RASIO TENAGA BIDAN DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2007 – 2015.....	91
GAMBAR .5.9.	RASIO TENAGA KESEHATAN MASYARAKAT DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2007 – 2015.....	92
GAMBAR .5.10.	RASIO TENAGA SANITASI DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2007 – 2015.....	92
GAMBAR .5.11.	RASIO TENAGA TEKNISI MEDIS DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2007 – 2015..	93

DAFTAR TABEL

TABEL 2.1	PERTUMBUHAN PENDUDUK KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2006 - 2015	11
TABEL 2.2	PERSENTASI TINGKAT PENDIDIKAN PENDUDUK KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2015	9
TABEL 3.1	ESTIMASI ANGKA HARAPAN HIDUP PROPINSI JAWA TENGAH	12
TABEL 4.1	PESERTA KB BARU DIKABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2015	47
TABEL 4.2	PESERTA KB AKTIF DIKABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2015	48

BAB 1

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Pembangunan kesehatan merupakan hal yang sangat penting karena merupakan salah satu unsur dari kesejahteraan masyarakat yang sangat menentukan ketahanan dari bangsa Indonesia.

Dalam mewujudkan visi dan misinya Kementerian Kesehatan telah menempatkan sistem informasi menjadi salah satu strategi utama dalam Sistem Kesehatan Indonesia. Kemudian dijabarkan kedalam 12 sasaran, dimana sasaran ke 12 adalah “meningkatkan sistem informasi kesehatan yang *terintegrasi* di seluruh Indonesia”. Sasaran pembangunan Ke 12 merupakan titik awal kebijakan SIKNAS yang di dukung SIKDA yang baik, dimana sistem informasi kesehatan diarahkan kepada kondisi yang ideal yaitu mampu menyediakan data dan informasi kesehatan yang *evidence based* secara cepat untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas pengelolaan pembangunan kesehatan melalui integrasi system.

Semakin globalnya mobilitas penduduk menyebabkan kebutuhan data dan informasi kesehatan meningkat. Kepedulian masyarakat akan informasi tentang situasi kesehatan terutama terhadap masalah-masalah kesehatan yang berhubungan langsung dengan kesehatan mereka semakin tinggi pula, karena kesehatan menyangkut hajat hidup orang banyak dan semua orang butuh untuk sehat. Selain itu dengan adanya Undang-undang Nomor 14 Tahun 2009 tentang Keterbukaan Informasi maka pihak pengelola program harus bisa menyediakan dan memberikan data dan informasi yang dibutuhkan masyarakat secara baik, informatif dan tepat waktu.

Sebagai landasan hukum dari penyusunan Profil Kesehatan Kabupaten Purworejo adalah :

1. Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor : 574/Menkes/SK/IV/2000 tentang Kebijakan Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010
2. Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor : 932/Menkes/SK/VIII/2002 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pengembangan Sistem Informasi daerah (SIKDA).
3. Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor : 1202/Menkes/SK/VII/2003 tentang Indikator Indonesia sehat 2010 dan Pedoman penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten Sehat.

4. Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor : 741/Menkes/Per/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.
5. Peraturan Presiden RI nomor : 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (SKN).
6. Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor : 92 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Komunikasi data dalam Sistem Informasi Kesehatan Terintegrasi.

Dalam SKN disebutkan bahwa keberhasilan manajemen kesehatan sangat ditentukan antara lain oleh tersedianya data dan informasi kesehatan, dukungan kemajuan ilmu pengetahuan, dukungan hukum kesehatan serta administrasi kesehatan. Lebih lanjut disebutkan bahwa SKN terdiri dari 6 (enam) subsistem, yaitu 1) Subsistem Upaya Kesehatan, 2) Subsistem Pembiayaan Kesehatan, 3) Subsistem Sumber Daya Manusia Kesehatan, 4) Subsistem Obat dan Perbekalan Kesehatan, 5) Subsistem Pemberdayaan Masyarakat dan 6) Subsistem Manajemen Kesehatan. Untuk manajemen kesehatan tingkat keberhasilannya sangat ditentukan oleh tersedianya data dan informasi dengan dukungan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi.

Unsur utama dalam manajemen kesehatan tersebut adalah informasi kesehatan. Dalam tatanan desentralisasi atau otonomi daerah di bidang kesehatan, kualitas dari informasi kesehatan nasional dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKNAS) sangat ditentukan dari Sistem Informasi Kesehatan Daerah (SIKDA).

Penataan kembali dan pengembangan lebih lanjut merupakan sesuatu yang sangat penting, disamping untuk kepentingan nasional juga merupakan sebuah sarana pemantauan dan evaluasi dari pembangunan di daerah.

Dengan berlakunya Sistem Kesehatan Nasional tersebut, dilaksanakan pengumpulan data dan pengolahan data yang dibukukan dalam sebuah Profil Kesehatan Kabupaten Purworejo Tahun 2015.

Profil Kesehatan ini merupakan buku statistik kesehatan Kabupaten Purworejo yang terbit setiap tahun. Profil Kesehatan kabupaten Purworejo ini menggambarkan situasi dan kondisi kesehatan masyarakat di Kabupaten Purworejo. Profil Kesehatan Kabupaten Purworejo tahun 2015 ini berisi data dan informasi tentang kesehatan, yang menggambarkan derajat kesehatan, sumber daya kesehatan dan upaya kesehatan serta pencapaian indikator pembangunan kesehatan di Kabupaten Purworejo. Profil kesehatan ini juga menyajikan data pendukung lain yang berhubungan dengan kesehatan seperti data penduduk, sosial ekonomi, data lingkungan dan data lainnya. Oleh karena itu Profil Kesehatan Kabupaten Purworejo ini dipakai sebagai salah satu alat untuk mengevaluasi kemajuan pembangunan kesehatan di Kabupaten Purworejo dari tahun ke tahun.

Sumber data dalam penyusunan Profil Kesehatan ini berasal dari berbagai program di lingkungan Dinas Kesehatan maupun lintas sektoral terkait yaitu BPS, RSUD Citrowardoyo, RS Swasta serta UPTD Puskesmas.

Profil Kesehatan Kabupaten Purworejo adalah gambaran situasi kesehatan di Kabupaten Purworejo yang diterbitkan setahun sekali. Profil Kesehatan Kabupaten Purworejo menyajikan data tentang kesehatan dan data pendukung lain yang berhubungan dengan kesehatan. Data yang ada ditampilkan secara sederhana dalam bentuk tabel dan grafik, dimana data yang disajikan mengacu pada Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang ditetapkan dalam Peraturan Menteri kesehatan RI Nomor 741/MENKES/PER/VII/2008.

B. SISTEMATIKA PENYAJIAN

BAB I. PENDAHULUAN

Secara ringkas bab ini menjelaskan maksud tujuan disusun dan diterbitkannya Profil Kesehatan Kabupaten Purworejo Tahun 2015.

BAB II. GAMBARAN UMUM KABUPATEN PURWOREJO

Bab ini menyajikan tentang gambaran umum Kabupaten Purworejo. Selain uraian tentang letak geografis, administratif dan informasi umum lainnya, bab ini juga mengulas faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kesehatan meliputi kependudukan, ekonomi, pendidikan, sosial budaya, perilaku dan lingkungan.

BAB III. SITUASI DERAJAT KESEHATAN

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

BAB IV. SITUASI 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, pelayanan kesehatan dalam situasi bencana. Upaya pelayanan kesehatan yang diuraikan dalam bab ini juga mengakomodir indikator kinerja Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan serta upaya pelayanan kesehatan lainnya yang diselenggarakan oleh Kabupaten Purworejo.

BAB V. SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN

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

BAB VI. KESIMPULAN

Bab ini diisi dengan sajian tentang hal-hal penting yang perlu disimak dan ditelaah lebih lanjut dari Profil Kesehatan Tahun 2015. Selain keberhasilan-keberhasilan yang perlu dicatat, bab ini juga mengemukakan hal-hal yang dianggap masih kurang dalam rangka penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

Lampiran

Pada lampiran ini berisi tabel resume/angka pencapaian Kabupaten Purworejo dan 83 tabel data kesehatan dan yang terkait kesehatan yang responsif gender.

BAB 2

GAMBARAN UMUM

A. KEADAAN GEOGRAFIS DAN BATAS WILAYAH

Letak posisi Kabupaten Purworejo adalah pada $109^{\circ} 47' 28''$ sampai $110^{\circ} 8' 20''$ Bujur Timur dan $7^{\circ} 32'$ sampai $7^{\circ} 54'$ Lintang Selatan, merupakan salah satu dari tiga puluh lima kabupaten/kota di Propinsi Jawa Tengah, dengan batas-batas wilayah sebagai berikut :

- Sebelah Barat : Kabupaten Kebumen
- Sebelah Utara : Kabupaten Magelang dan Wonosobo
- Sebelah Timur : Kabupaten Kulonprogo DIY
- Sebelah Selatan : Samudra Indonesia

Adapun luas wilayah kabupaten Purworejo $\pm 1034,82$ Km², secara administratif terbagi dalam 16 kecamatan dengan 25 kelurahan dan 469 desa. Daerah yang terluas adalah Kecamatan Bruno dengan luas 108,43 Km² atau sekitar 10,48 persen dari luas total Kabupaten Purworejo. Sedangkan Kecamatan Kutoarjo merupakan kecamatan yang memiliki daerah paling kecil di Kabupaten Purworejo yaitu hanya seluas 37,59 Km² atau sekitar 3,63 persen. Dari 16 Kecamatan di Kabupaten Purworejo tersebar pelayanan kesehatan pemerintah, yaitu 1 RSUD Kelas B, 27 Puskesmas, 64 Puskesmas Pembantu. Sedangkan pelayanan kesehatan yang dikelola oleh swasta antara lain RS Tunas Medika PKU Muhammadiyah, RS Pantiwaluyo, RSIA Aisyiah, RSIA Permata, RSIA Kasih Ibu berada di wilayah Kecamatan Purworejo. Di Kecamatan Banyuurip ada 1 rumah sakit khusus yaitu RSKB Purwa Husada dan 1 rumah sakit ibu dan anak RSIA Ananda serta di Kecamatan Kutoarjo ada 2 rumah sakit yaitu RS Palang Biru dan RS PKU Muhammadiyah

Wilayah Kabupaten Purworejo secara mortofotografi terdiri atas daerah daratan berupa, lahan untuk persawahan sebesar 4527,33 Ha atau 77,47 persen dan lahan kering 1316,37 Ha atau 22,53 persen dengan menggunakan pengairan setengah teknis dan tada hujan. Ketinggian wilayah Kabupaten Purworejo berkisar antara 0 sampai 420 meter diatas permukaan air laut.

B. KEPENDUDUKAN

1. Pertumbuhan dan Persebaran Penduduk

Berdasarkan data dari Badan Pusat Statistik Kabupaten Purworejo, jumlah penduduk di Kabupaten Purworejo tahun 2015 adalah 710.435 jiwa, dengan jumlah penduduk laki-laki sebesar 350.397 jiwa dan jumlah penduduk perempuan sebesar 360.038 jiwa. Dibanding

tahun 2014 adalah 708.038 jiwa ada kenaikan sekitar 0.3 %,

Untuk persebaran penduduk Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 ini masih belum merata. Rata-rata kepadatan penduduk Kabupaten Purworejo tercatat sebesar 687 jiwa setiap kilometer persegi. Jika dibandingkan tahun 2014 kepadatan penduduk Kabupaten Purworejo mengalami kenaikan, 2 jiwa setiap kilometer persegi, dimana wilayah Kecamatan Purworejo masih merupakan wilayah terpadat, dengan tingkat kepadatan 1607 jiwa setiap kilometer persegi kemudian Kecamatan Kutoarjo dengan tingkat kepadatan 1581 jiwa setiap kilometer persegi. Dengan demikian tingkat kepadatan penduduk tertinggi di Kabupaten Purworejo berada pada daerah-daerah yang aktifitas ekonominya tinggi, sarana dan prasarana memadai dan kondisi sosial ekonominya lebih baik. Sebaliknya kepadatan penduduk yang rendah pada umumnya terdapat pada daerah-daerah yang aktifitas ekonominya relatif masih rendah dan keadaan sarana transportasi masih terbatas, yaitu di Kecamatan Bruno dengan tingkat kepadatan 408 jiwa setiap kilometer persegi dan Kecamatan Kaligesing dengan tingkat kepadatan 398 jiwa setiap kilometer persegi. Rumah tangga di Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 adalah 209.684 dengan rata-rata 3.39 jiwa.. Sementara itu jumlah rumah tangga tertinggi ada di Kecamatan Purworejo sebesar 23.651 kk (11,27%) dan terendah ada di Kecamatan Bagelen sebesar 8.920 kk atau 4.25%.

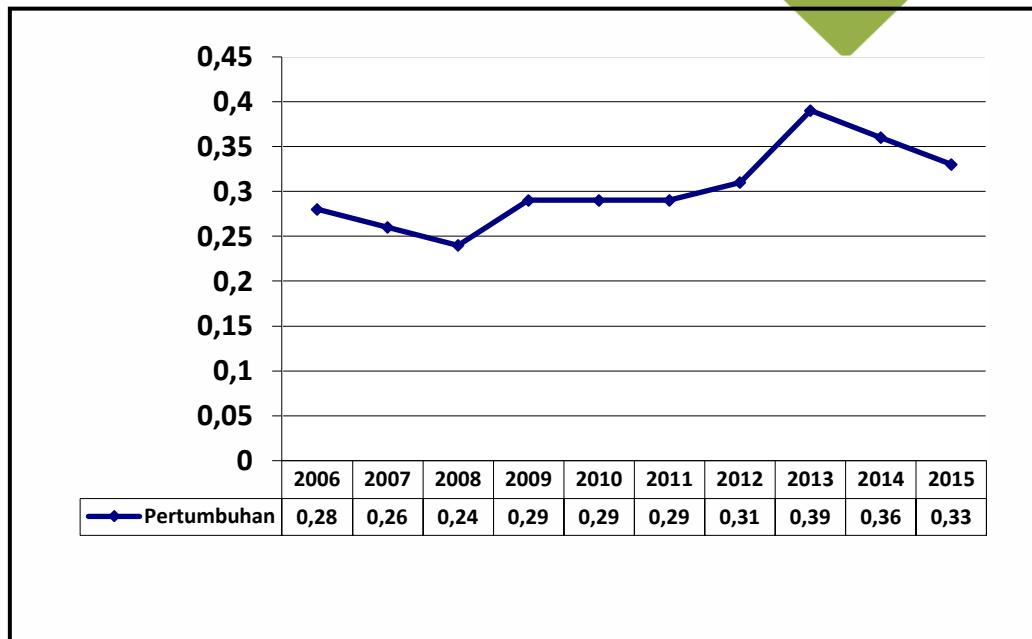
Tabel 2.1
PERTUMBUHAN PENDUDUK KABUPATEN PURWOREJO
TAHUN 2006 - 2015

TAHUN	PERTUMBUHAN	PERSENTASE
2006	2.167	0.28
2007	2.060	0.26
2008	1882	0.24
2009	2268	0.29
2010	2275	0.29
2011	2293	0.29
2012	2376	0.31
2013	2784	0.39
2014	2555	0.36
2015	2397	0.33

Sumber : BPS Kabupaten Purworejo

Tabel diatas menunjukkan bahwa laju pertumbuhan penduduk di Kabupaten Purworejo dari tahun ke tahun selalu mengalami peningkatan kecuali pada tahun 2014 dan 2015 mengalami penurunan pertumbuhan penduduk sebesar 0,03 % tiap tahunnya.

GAMBAR 2.1
GRAFIK PERTUMBUHAN PENDUDUK KABUPATEN PURWOREJO
TAHUN 2006 – 2015



Sumber : BPS Kabupaten Purworejo

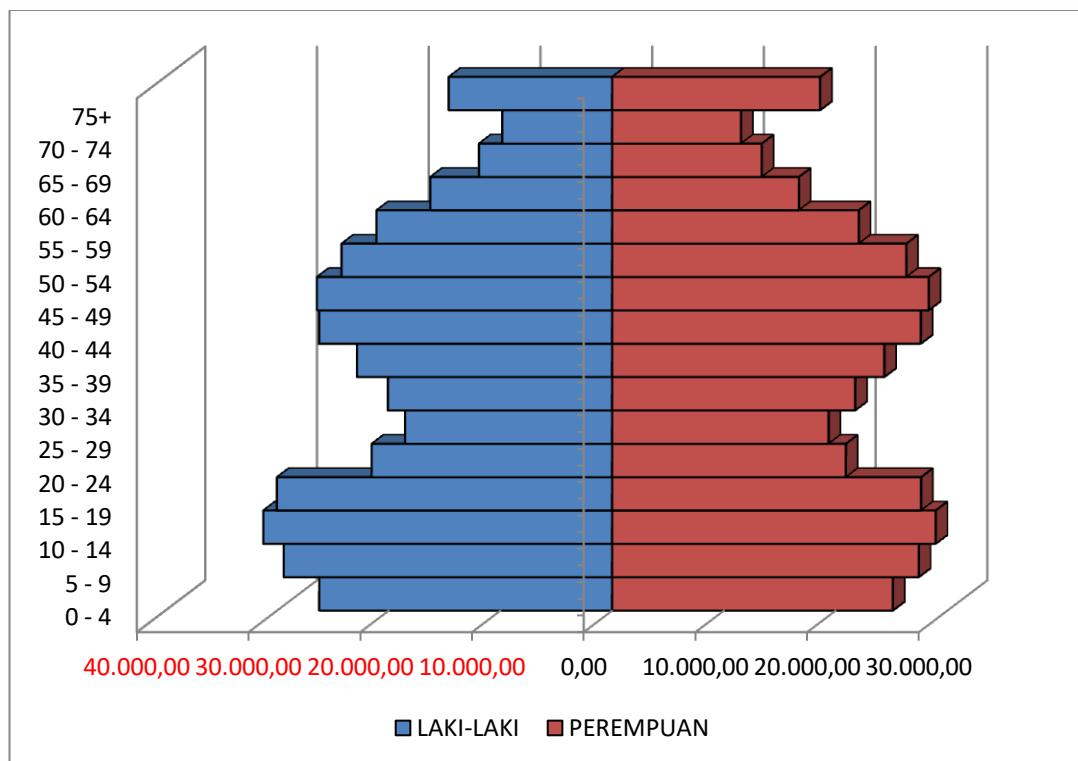
2. Komposisi Penduduk Menurut Kelompok Umur

Komposisi penduduk Kabupaten Purworejo menurut kelompok umur, menunjukkan kelompok umur yang berusia muda (0 – 14 tahun) sebesar 168.331 jiwa atau 23,69 persen, yang berusia produktif (15 – 64 tahun) sebesar 462.215 jiwa atau 65,06 persen dan yang berusia tua (> 65 tahun) sebesar 79.889 jiwa atau 11,24 persen. Dengan demikian maka angka beban tanggungan (dependency ratio) penduduk Kabupaten Purworejo sebesar 34,93 dengan kisaran menurut kecamatan antara 46,60 di Kecamatan Purworejo serta 59,90 di Kecamatan Bruno.

Kelompok penduduk Kabupaten Purworejo berdasarkan rincian menurut kelompok umur dan jenis kelamin, menunjukkan penduduk laki-laki maupun perempuan proporsi terbesar berada pada kelompok umur 10 - 14 tahun.

Gambaran komposisi penduduk secara lebih rinci dapat dilihat pada gambar berikut.

GAMBAR 2.2
PIRAMIDA PENDUDUK KABUPATEN PURWOREJO
TAHUN 2015



Sumber : BPS Kabupaten Purworejo

3. Rasio Jenis Kelamin

Komposisi penduduk menurut jenis kelamin dapat dilihat dari rasio jenis kelamin, yaitu perbandingan penduduk laki-laki dan perempuan per 100 penduduk perempuan. Berdasarkan hasil proyeksi oleh Badan Pusat Statistik Kabupaten Purworejo didapatkan rasio jenis kelamin penduduk tahun 2015 masih tetap sama seperti tahun sebelumnya masih lebih kecil penduduk laki-laki dibandingkan penduduk perempuan, yaitu masing-masing sebesar 350.397 jiwa penduduk laki-laki dan 360.038 jiwa penduduk perempuan (ratio penduduk menurut jenis kelamin sebesar 97,32). Dengan demikian di Kabupaten Purworejo, tiap-tiap 100 penduduk perempuan ada sekitar 97 atau 98 penduduk laki-laki. Kisaran ratio penduduk menurut jenis kelamin terendah di Kecamatan Bayan, yaitu sebesar 95 Sedangkan yang tertinggi berada di Kecamatan Bruno, yaitu sebesar 98

C. KEADAAN EKONOMI

1. Produk Domestik Regional Bruto (PDRB)

Salah satu tolok ukur keberhasilan pembangunan di bidang ekonomi yang diperlukan untuk evaluasi dan perencanaan ekonomi makro, biasanya dilihat dari pertumbuhan angka Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) baik atas dasar harga berlaku maupun berdasarkan atas dasar harga konstan. PDRB suatu daerah dibagi dengan jumlah penduduk pada pertengahan tahun yang tinggal di daerah itu, maka akan dihasilkan suatu PDRB per kapita. PDRB per kapita atas dasar harga berlaku menunjukkan nilai PDRB per satu orang penduduk. Pada tahun 2015, PDRB per kapita Kabupaten Purworejo mencapai 19.478.043 rupiah dengan pertumbuhan sebesar 8,93 persen dibandingkan tahun 2014. Jika diperhatikan PDRB Per kapita Kabupaten Purworejo terus meningkat setiap tahunnya. Pada tahun 2011, PDRB per kapita masih 13,69 juta rupiah, lima tahun kemudian berubah menjadi 19,48 juta rupiah atau meningkat 42,19 persen. Dengan kata lain terjadi pertumbuhan PDRB per kapita rata-rata 9,78 persen per tahun.

D. KEADAAN PENDIDIKAN

Tingkat pendidikan dapat berkaitan dengan kemampuan menyerap dan menerima informasi kesehatan serta kemampuan dalam berperan serta dalam pembangunan kesehatan. Masyarakat berpendidikan tinggi, pada umumnya mempunyai pengetahuan dan wawasan yang lebih luas sehingga lebih mudah menyerap dan menerima informasi, serta dapat ikut berperan aktif dalam mengatasi masalah kesehatan dirinya dan keluarganya.

TABEL 2.2
Percentasi Tingkat Pendidikan Penduduk
Kabupaten Purworejo Tahun 2015

No	Tingkat Pendidikan	Percentasi
1	TIDAK MEMILIKI IJAZAH SD	22,41
2	SD/MI	29,01
3	SMP/MTs	22,37
4	SMA/MA	12,41
5	SEKOLAH MENENGAH KEJURUAN	8,47
6	DIPLOMAI/AKADEMI	2,15
7	UNIVERSITAS/DIPLOMA IV	2,78
8	S2/S3 (MASTER/DOKTER)	0,39
	JUMLAH	100,00

Sumber : BPS Kab. Purworejo

Keadaan Pendidikan Penduduk Kabupaten Purworejo tahun 2015 dapat dilihat pada *lampiran tabel* :
3.

E. KEADAAN LINGKUNGAN

Gambaran keadaan kesehatan lingkungan di Kabupaten Purworejo, disajikan dengan indikator-indikator persentase rumah sehat, tempat-tempat umum sehat dan persentase rumah/bangunan bebas jentik. Selain itu disajikan pula beberapa indikator tambahan yang dianggap masih relevan, yaitu persentase rumah tangga menurut sumber air minum, rumah tangga menurut jamban keluarga.

1. Iklim, Curah Hujan dan Suhu

Kabupaten Purworejo secara umum beriklim yang hampir sama dengan wilayah di Indonesia pada umumnya, yaitu musim penghujan dan musim kemarau. Musim penghujan biasanya terjadi pada bulan Oktober sampai dengan bulan April sedangkan musim kemarau terjadi pada bulan Mei sampai dengan bulan September, kondisi ini terus berlangsung setiap tahun.

Namun dalam tahun-tahun terakhir ini, keadaan musim di Kabupaten Purworejo ada perubahan. Pada bulan-bulan yang seharusnya turun hujan dalam kenyataannya tidak turun hujan sama sekali, begitu juga sebaliknya. Suhu udara ditentukan oleh tinggi rendahnya tempat tersebut terhadap permukaan laut. Secara topografi letak Purworejo merupakan wilayah yang beriklim tropis basah dengan suhu antara 19°C - 28°C sedangkan kelembaban udaranya antara 70 persen 90 persen.

Curah hujan di Kabupaten Purworejo sangat beragam dari waktu ke waktu. Rata-rata curah hujan tertinggi terjadi pada bulan Desember sebesar 311 mm dan terendah sebesar 289 mm terjadi pada bulan Maret.

Demikian gambaran umum Kabupaten Purworejo tahun 2015 secara ringkas. Gambaran yang meliputi letak geografis, demografis, pendidikan, ekonomi dan informasi umum lainnya. Seperti faktor-faktor lingkungan dan perilaku yang berpengaruh terhadap kesehatan

BAB 3

SITUASI DERAJAT KESEHATAN

Gambaran masyarakat Kabupaten Purworejo masa depan yang ingin dicapai oleh segenap komponen masyarakat melalui pembangunan kesehatan Kabupaten Purworejo adalah : **TERWUJUDNYA MASYARAKAT PURWOREJO YANG SEHAT, MANDIRI DAN BERKEADILAN.** Untuk mewujudkan visi tersebut ada lima misi yang diemban oleh seluruh jajaran petugas kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo yaitu :

1. Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui upaya preventif, promotif dan rehabilitatif
2. Meningkatkan Akses pelayanan kesehatan yang merata terjangkau dan berkualitas
3. Membina terselenggaranya pelayanan kesehatan yang terjangkau dan bermutu di sarana kesehatan dengan berpedoman pada etika dan profesionalisme.
4. Menetapkan kebijakan daerah dalam bidang kesehatan dengan menyusun sistem kesehatan daerah dan mengembangkan surveilans epidemiologi.
5. Mendorong terwujudnya pemberdayaan masyarakat dalam kemitraan pembangunan yang berwawasan kesehatan.

Terdapat beberapa rumusan yang telah ditetapkan untuk menjelaskan rumusan visi diatas yaitu, dengan ditetapkan indikator-indikator yang terkait dari beberapa aspek yang dapat mendukung meningkatnya kinerja yang dihubungkan dengan pencapaian visi pembangunan kesehatan tersebut, diantaranya adalah :

1. Indikator derajat kesehatan sebagai hasil akhir, yang terdiri atas indikator-indikator untuk mortalitas, morbiditas, dan status gizi.
2. Indikator hasil terdiri atas indikator-indikator untuk keadaan lingkungan, perilaku hidup masyarakat, akses dan mutu pelayanan kesehatan, serta
3. Indikator proses dan masukan, yang terdiri atas indikator-indikator untuk pelayanan kesehatan, sumber daya kesehatan, manajemen kesehatan, dan kontribusi sektor terkait.

Untuk menggambarkan derajat kesehatan masyarakat Kabupaten Purworejo tahun 2015, dibawah ini disajikan situasi sebagai berikut :

A. DERAJAT KESEHATAN

Beberapa indikator penting untuk mengukur derajat kesehatan masyarakat pada suatu daerah adalah Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB), Umur Harapan Hidup (UHH) dan Status Gizi. Indikator tersebut ditentukan dengan 4 faktor utama yaitu Perilaku Masyarakat, Lingkungan, Pelayanan Kesehatan dan Faktor Genetika. Keempat faktor utama ini diintervensi melalui beberapa kegiatan pokok yang mempunyai daya ungkit besar terhadap upaya-upaya percepatan penurunan AKI, AKB, AKABA dan Peningkatan Status Gizi Masyarakat serta status Angka Kesakitan dan Kondisi Penyakit Menular.

Keberhasilan upaya-upaya kesehatan yang dilakukan dapat dinilai sebagai indikator output yang cukup signifikan mempengaruhi indikator outcome sebagaimana yang dijelaskan berikut ini.

1. Umur Harapan Hidup (UHH)

Untuk perkembangan Umur Harapan Hidup di Kabupaten Purworejo dari tahun ketahun masih berpedoman pada Umur Harapan Hidup Nasional, dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3.1
Estimasi Angka Harapan Hidup
Di Propinsi Jawa Tengah

Propinsi	Periode		2010-2015 (2012)	2015-2020 (2017)	2020-2025 (2022)
	2000-2005 (2002)	2005-2010 (2007)			
Jawa Tengah	68.9	71.0	72.6	73.6	74.2

Sumber : www.datastatistik-indonesia.com/

Dalam RPJM Propinsi Jawa Tengah 2010-2015, upaya untuk meningkatkan UHH menjadi 72,6 tahun merupakan hal penting yang perlu dicermati melalui upaya-upaya peningkatan kegiatan program yang berdampak pada tingkat kesejahteraan masyarakat seperti penurunan resiko kesakitan, pada keluarga rentan, trend penyakit degeneratif dan tidak menular, serta peningkata kesehatan par usila yang dapat hidup produktif dan mandiri. Umur Harapan Hidup (UHH) dipengaruhi oleh masih tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) serta Angka Kematian Bayi (AKB). Semakin tinggi jumlah kematian bayi maka makin rendah Umur Harapan Hidup. Untuk Kabupaten Purworejo dikarenakan data real belum ada

maka digunakan Data Estimasi Umur Harapan Hidup (UHH) provinsi Jawa Tengah seperti yang nampak pada tabel di atas yakni 72,6 tahun

B. MORTALITAS

Mortalitas adalah kejadian kematian yang terjadi pada kurun waktu dan tempat tertentu yang diakibatkan oleh keadaan tertentu, dapat berupa penyakit maupun sebab lainnya. Keberhasilan pelayanan kesehatan dan berbagai program pembangunan kesehatan lainnya juga dapat diukur melalui tingkat kematian yang ada. Mortalitas yang disajikan pada bab ini yaitu angka kematian bayi, angka kematian balita dan angka kematian ibu.

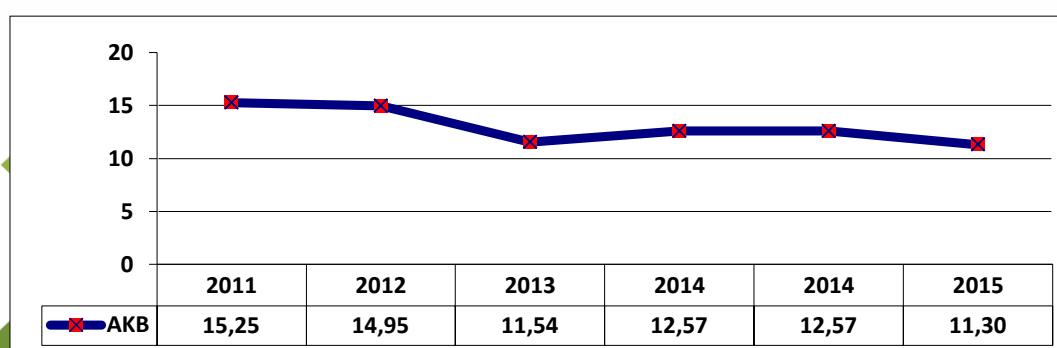
1. Angka Kematian Bayi (AKB)

Angka Kematian Bayi (AKB) adalah jumlah kematian penduduk yang meninggal sebelum mencapai usia 1 tahun (0-11 bulan) yang dinyatakan dalam 1.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Usia bayi merupakan kondisi yang rentan baik terhadap kesakitan maupun kematian.

AKB menggambarkan tingkat permasalahan kesehatan masyarakat yang berkaitan dengan faktor penyebab kematian bayi, tingkat pelayanan antenatal, status gizi ibu hamil, tingkat keberhasilan program KIA dan KB, serta kondisi lingkungan dan sosial ekonomi. Apabila AKB di suatu wilayah tinggi, berarti status kesehatan di wilayah tersebut rendah.

AKB di Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebesar 11,30 per 1.000 Kelahiran hidup, mengalami penurunan bila dibandingkan dengan tahun 2014 sebesar 12,57 per 1.000 kelahiran hidup. Dibandingkan dengan target Milenium Development Goals (MDG's) tahun 2015 sebesar 23/1.000 kelahiran hidup, maka AKB di Kabupaten Purworejo sudah melampaui target. Data tentang kematian bayi Kabupaten Purworejo tahun 2015 disajikan dalam *lampiran tabel : 5*

GAMBAR : 3.1
ANGKA KEMATIAN BAYI DI KABUPATEN PURWOREJO
TAHUN 2011 – 2015



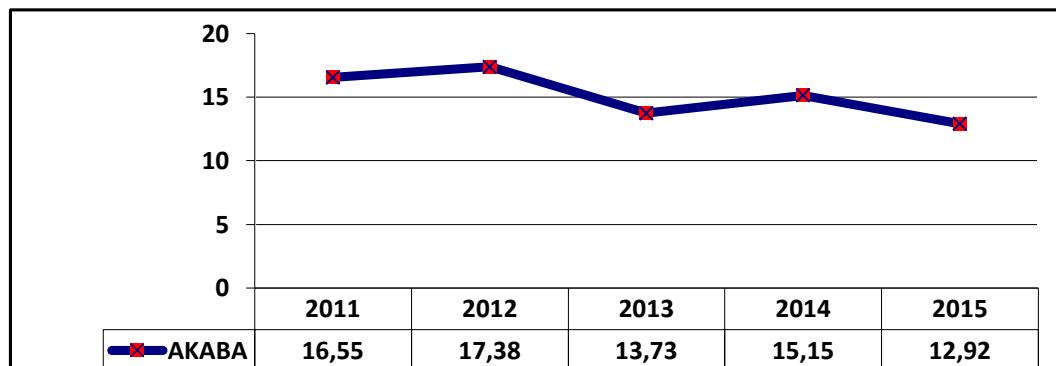
Angka kematian bayi tertinggi adalah Puskesmas Bruno sebesar 16 kasus kematian bayi, sedangkan terendah adalah Puskesmas Kutoarjo, Winong, dan Banyuasin dengan tidak ada kasus kematian bayi.

2. Angka Kematian Balita (AKABA)

Angka Kematian Balita (AKABA) adalah jumlah anak yang meninggal sebelum mencapai usia 5 tahun (0–5 tahun) yang dinyatakan dalam angka per 1000 kelahiran hidup dalam kurun waktu satu tahun. AKABA menggambarkan tingkat permasalahan kesehatan balita, tingkat pelayanan KIA/Posyandu, tingkat keberhasilan program KIA/Posyandu dan kondisi sanitasi lingkungan.

Angka kematian balita di Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebesar 12,92/1.000 kelahiran hidup menurun bila dibandingkan dengan tahun 2014 sebesar 15,15/1.000 kelahiran hidup. Apabila dibandingkan dengan target dalam MDG (*Millenium Development Goals*) ke – 4 tahun 2015 yaitu AKABA 32/1000 kelahiran hidup di Kabupaten Purworejo tahun 2015 AKABA sudah melampaui target.

GAMBAR : 3.2
ANGKA KEMATIAN BALITA DI KABUPATEN PURWOREJO
TAHUN 2011 – 2015



Berdasarkan data pada lampiran tabel 5 jumlah kasus kematian balita tertinggi di Puskesmas Bruno sebesar 18 kasus, sedangkan terendah di Puskesmas Kutoarjo, Winong, dan Banyuasin dengan tidak ada kematian balita.

3. Angka Kematian Ibu (AKI)

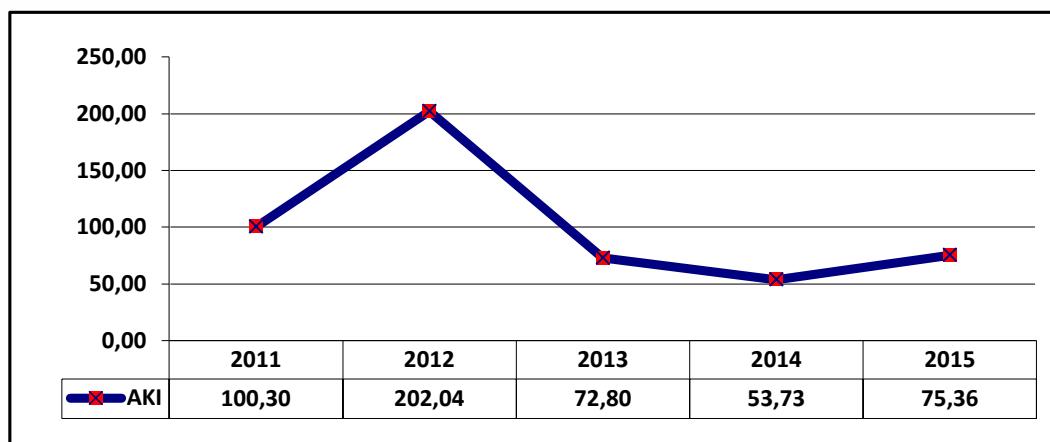
Angka kematian Ibu (AKI) juga menjadi salah satu indicator penting dari derajat kesehatan masyarakat. AKI menggambarkan jumlah wanita yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait gangguan kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk kecelakaan atau kasus insidentil) selama kelamilan, melahirkan, dan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan)

tanpa memperhitungkan lama kehamilannya per 100.000 kelahiran hidup dalam kurun waktu satu tahun.

Indikator ini dipengaruhi status kesehatan secara umum, pendidikan, dan pelayanan selama kehamilan dan melahirkan. Sensitivitas AKI terhadap perbaikan pelayanan kesehatan menjadikan indikator keberhasilan pembangunan sektor kesehatan.

Gambar 3.3 di bawah ini tren AKI di Kabupaten Purworejo dari tahun 2011 sampai dengan tahun 2015

GAMBAR : 3.3
GRAFIK ANGKA KEMATIAN IBU
KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2010- 2015



Angka kematian ibu Kabupaten Purworejo tahun 2015 berdasarkan laporan dari Puskesmas dan Rumah Sakit sebesar 75,36 /100.000 mengalami kenaikan bila dibandingkan dengan AKI pada tahun 2014 sebesar 53,73 / 100.000 kelahiran hidup. Apabila dibandingkan dengan target dalam MDG's ke – 5 tahun 2015 yaitu 102/100.000 kelahiran hidup di Kabupaten Purworejo tahun 2015 AKI dibawah target MDG's.

Kejadian kematian ibu terjadi di 6 Puskesmas yaitu Puskesmas Grabag 1 kasus, Bayan 2 kasus, Butuh 1 kasus, Bruno 1 kasus dan Puskesmas Bener 1 kasus. Sebab Kematian Ibu antara lain perdarahan 3 kasus, Demam Berdarah 1 kasus, Asma 1 kasus, Suspek Ruptur Uteri Internal 1 dan Bronchopneumonia 1 kasus.

C. MORBIDITAS

Angka kesakitan penduduk dapat diperoleh dari data yang berasal dari masyarakat (*community based data*) yang diperoleh melalui studi, dan hasil pengumpulan data yang diperoleh melalui pencatatan dan pelaporan dari fasilitas pelayanan kesehatan (*facility based data*) di Kabupaten Purworejo. Angka kesakitan ini dikelompokkan berdasarkan penyakit meular, penyakit menular yang dapat dicegah dengan imunisasi serta penyakit tidak menular.

1. Penyakit Menular.

Penyakit menular yang disajikan antara lain, penyakit Acute Flaccid Paralysis (AFP), penyakit TB Paru, Pneumonia, penyakit HIV/AIDS, Infeksi Menular Seksual, Demam Berdarah Dengue, Diare, Malaria, Kusta, dan Filariasis.

a) Acute Flaccid Paralysis (AFP)

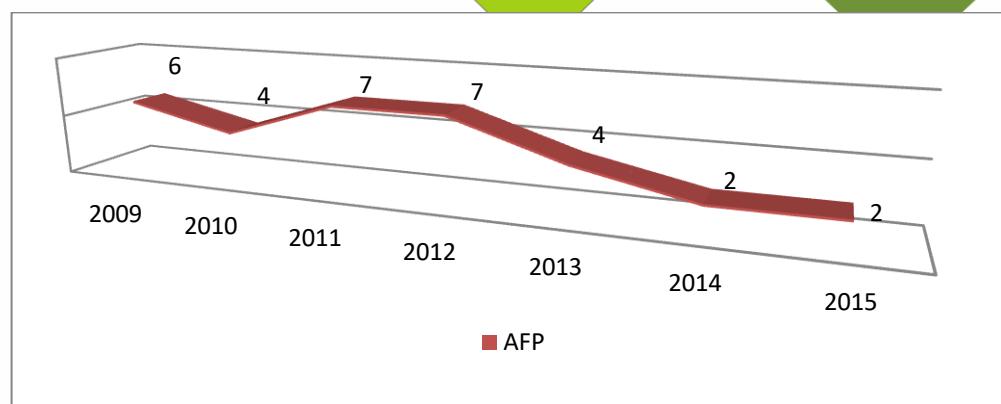
Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan telah mencanangkan Program Eradikasi Polio (ERAPO), yaitu merupakan upaya untuk membebaskan Indonesia dari penyakit Polio, yang terdiri dari kegiatan pemberian imunisasi polio rutin, pemberian imunisasi masal pada anak balita melalui Pekan Imunisasi Nasional (PIN) dan surveilans AFP.

Surveilans AFP adalah merupakan kegiatan pengamatan dan penjaringan semua kelumpuhan yang terjadi secara mendadak dan sifatnya *flaccid* (layuh), seperti sifat kelumpuhan pada poliomielitis. Adapun prosedurnya adalah sebagai berikut :

- Melakukan pelacakan terhadap anak usia < 15 tahun yang mengalami kelumpuhan mendadak(< 14 hari) dan menentukan diagnose awal.
- Mengambil specimen tinja penderita tidak lebih dari 14 hari sejak kelumpuhan, sebanyak dua kali dengan selang waktu 1 dan 2 > 24 jam.
- Mengirim kedua specimen tinja ke laboratorium dengan pengemasan khusus (untuk Kabupaten Purworejo di kirim ke laboratorium Bio Farma Bandung).
- Hasil pemeriksaan specimen tinja akan menjadi bukti virologi adanya virus polio liar di dalamnya.
- Diagnosa akhir ditentukan pada 60 hari sejak kelumpuhan. Pemeriksaan klinis ini dilakukan oleh dokter spesialis anak atau syaraf untuk menentukan apakah masih ada kelumpuhan atau tidak.

Hasil pemeriksaan virologis dan klinis akan menjadi bukti yang syah dan menyakinkan apakah semua kasus AFP yang terjaring termasuk kasus polio atau tidak sehingga dapat diketahui apakah masih ada polio liar di masyarakat. Jumlah penderita kelumpuhan AFP diperkirakan 2 diantara 100.000 anak usia < 15 tahun. Kabupaten Purworejo setiap tahun ditargetkan menemukan 4 penderita AFP. Pada tahun 2015 di Kabupaten Purworejo menemukan 2 penderita AFP, sehingga belum memenuhi target, namun demikian dari hasil pemeriksaan laboratorium Bio Farma Bandung, dari 2 kasus yang diperiksa menunjukkan negative polio atau tidak ditemukan virus polio liar.

GAMBAR : 3.4
GRAFIK PENEMUAN KASUS AFP KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2009 – 2015



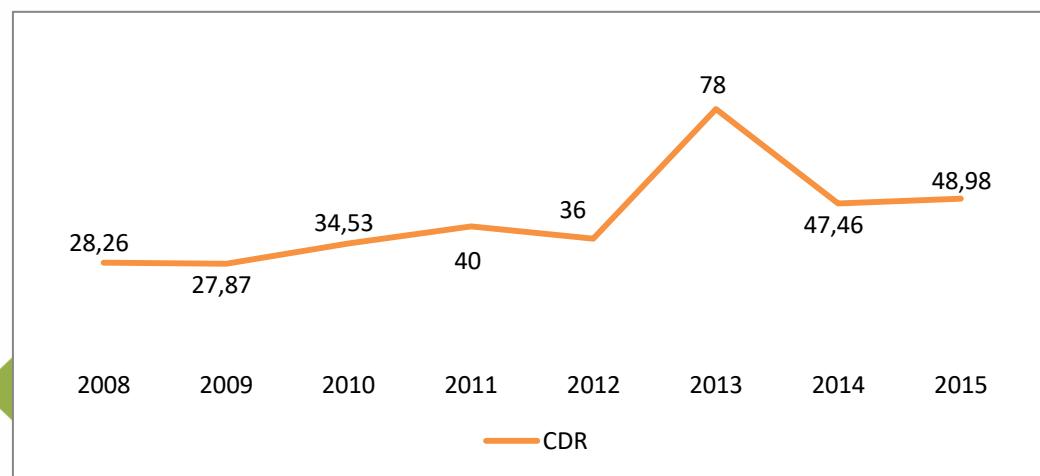
Sumber data : Bidang P2PL

b) Penyakit TB Paru .

Berdasarkan estimasi nasional jawa bali, angka insiden penderita baru BTA (+) sebesar 107/100.000 penduduk, maka diperkirakan di Kabupaten Purworejo terdapat 837 penderita baru BTA (+).

Dengan target penemuan penderita baru BTA (+) atau *Case Detection Rate* (CDR) > 70%, maka diharapkan minimal 586 penderita kasus baru BTA (+) dapat ditemukan dan selanjutnya diobati untuk disembuhkan. Perkembangan penemuan penderita kasus baru BTA (+) di kabupaten Purworejo sejak tahun 2008 sampai tahun 2015 seperti terlihat gambar berikut ini.

GAMBAR : 3.5
ANGKA PENEMUAN TB PARU
DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2008 – 2015



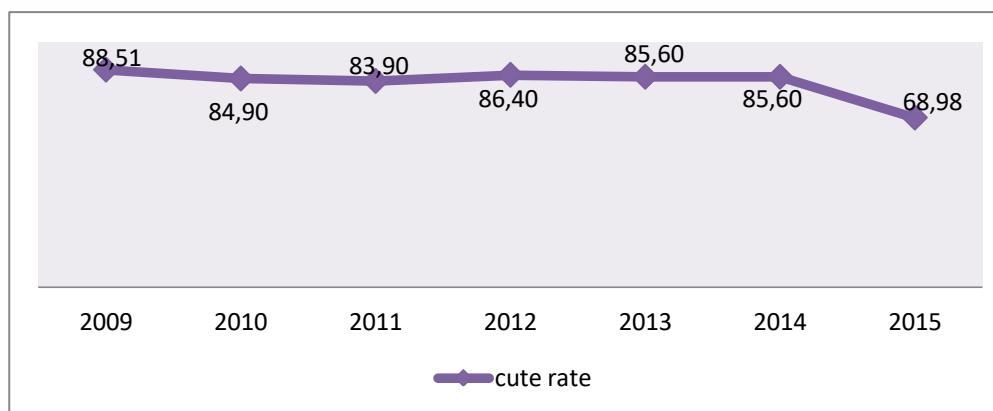
Sumber : Bidang P2PL DKK Purworejo

Pengobatan penderita baru BTA (+) dapat dilakukan evaluasi melalui pemeriksaan dahak mikroskopis pada akhir fase intensif, akhir bulan ke 5 (lima) dan pada akhir pengobatan dengan hasil pemeriksaan negative. Dinyatakan sembuh bila hasil pemeriksaan dahak pada akhir pengobatan ditambah minimal satu kali pemeriksaan sebelumnya (sesudah fase awal atau akhir bulan ke 5) hasilnya negative.

Bila pemeriksaan follow up tidak dilakukan, namun pasien telah menyelesaikan pengobatan, maka evaluasi pengobatan pasien dinyatakan sebagai pengobatan lengkap. Evaluasi jumlah pasien dinyatakan sembuh dan pasien pengobatan lengkap dibandingkan jumlah pasien BTA (+) yang diobati disebut dengan keberhasilan pengobatan (*Success Rate*).

Angka kesembuhan (*Cure Rate*) TB paru di Kabupaten Purworejo tahun 2008 sebesar 89,63%, tahun 2009 menurun menjadi 88,51%, tahun 2010 84,9% tahun 2011 terjadi penurunan menjadi 83,9 % dan pada tahun 2012 ini *Cure Rate* mencapai 89,4%, angka kesembuhan tahun 2013 turun menjadi 86,4%, dan tahun 2014 turun menjadi 85,66% dan pada tahun 2015 turun menjadi 68,98% belum mencapai target nasional yang sebesar 85 %

**GAMBAR : 3.6
ANGKA KESEMBUHAN TB PARU
DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2009 - 2015**



Sumber : Bidang P2PL DKK Purworejo

c) Penyakit Pneumonia.

Salah satu penyebab kematian pada bayi < 1 th adalah terkontribusi dari penyakit ISPA (28%) dan pada balita (1 - < 5 tahun) sekitar 80% - 90% dari seluruh kasus kematian balita disebabkan oleh pneumonia, karena penyakit ini merupakan penyakit yang akut dan kualitas penatalaksanaannya belum memadai. Cakupan penemuan penderita Pneumonia Balita adalah penemuan dan tatalaksana penderita Pneumonia Balita yang

mendapat antibiotik sesuai standar atau pneumonia berat yang dirujuk kerumah sakit di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

Di Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 di temukan 9.907 berarti cakupan penemuan penderita Pneumonia pada Balita sebesar 65,2 % kasus mengalami kenaikan dibandingkan pada tahun 2014 ditemukan 1133 kasus (21,73 %), neumonia dan cakupan tahun 2013 sebesar 376, tahun 2012 sebesar 335 kasus atau 6 %, tahun 2011 0,37%, tahun 2010 sebesar 0.16%, tahun 2009 sebesar 12.01% dan tahun 2008 sebesar 13.10%, capaian tahun ini masih jauh dari target (SPM) Bidang Kesehatan tahun 2012 sebesar 100%. Kepatuhan petugas dalam menjalankan Standar Operating Prosedur (SOP) merupakan salah satu penyebab rendahnya cakupan penemuan Pneumonia Balita, disamping itu belum maksimalnya sosialisasi kepada masyarakat tentang tanda-tanda pneumonia pada balita serta bahayanya bila tidak segera ditangani sangat berpengaruh terhadap rendahnya cakupan penemuan kasus pneumonia balita.

d) Penyakit HIV/AIDS.

Secara nasional perkembangan penyakit HIV/AIDS terus menunjukkan peningkatan, meskipun berbagai upaya pencegahan dan penaggulangan terus dilakukan. Semakin tingginya mobilitas penduduk antar wilayah, menyebarnya sentra-sentra pembangunan ekonomi, meningkatnya perilaku seksual yang tidak aman dan meningkatnya penyalahgunaan NAPZA melalui suntikan secara simultan telah memperbesar tingkat resiko penyebaran HIV/AIDS.

Jumlah kasus HIV/AIDS yang dilaporkan di Kabupaten Purworejo pada tahun 2009 sebanyak 3 kasus kemudian pada tahun 2010 meningkat menjadi 14 kasus dan tahun 2011 menjadi 24 kasus . tahun 2012 ditemukan sebanyak 18 kasus HIV/ AIDS. tahun 2013 35 kasus, dan pada tahun 2014 ditemukan 42 kasus, dan tahun 2015 sebanyak 43 kasus di Kabupaten Purworejo terdapat penderita HIV/AIDS yang menyebar di seluruh kecamatan, 2 kecamatan pada tahun 2009, 7 kecamatan tahun 2010, pada tahun 2011 sudah menyebar pada 14 kecamatan dan pada tahun 2012 menyebar di 11 kecamatan yaitu Pituruh 4 kasus, Kutoarjo 2 kasus, Butuh 1 kasus, Banyuurip 1 kasus ,Ngonmbol 1 kasus, Bruno 2 kasus, Gebang 1 kasus, Bayan 1 kasus, Kaligesing 1 kasus, Bagelen 1 kasus dan Kemiri 2 kasus seperti pada gambar 3.7 dibawah ini. Untuk tahun 2013 terjadi peningkatan yaitu 35 kasus menyebar di 13 kecamatan, grabag 6 kasus, ngombol 3 kasus, bagelen 3, purworejo 4, banyuurip 6, bayan 2, kutoarjo 2,

Butuh 2, Pituruh 3, gebang 1, loano 1 dan kecamatan Bener 2 dan pada tahun 2014 terdapat 42 kasus yang menyebar di 16 kecamatan, Grabag 5 kasus, ngombol 4 kasus, Bagelen 2, Purworejo 3, Banyuurip 5, Bayan 5, Kutoarjo 4, Butuh 3, Pituruh 6, gebang 3, loano 2, Bener 2, Bruno 4, Kaligesing 1, Bayan 2 dan kecamatan Kemiri 1 kasus

Di Kabupaten Purworejo sejak pertama kali ditemukan pada tahun 2007 sampai dengan bulan Desember 2015 secara komulatif.

Jumlahnya sebanyak 147 kasus. Dari 147 kasus tersebut 93 kasus telah meninggal dunia. Keseluruhan kasus yang ditemukan tersebut sudah mendapatkan penanganan sesuai standar, atau sudah 100% ditangani, berarti sudah mencapai target SPM 2015 sebesar 100%.

e) Penyakit Demam Berdarah Dengue.

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) telah menyebar luas, pada tahun 2015 mencapai 231 kasus meningkat dianding tahun 2004 sebanyak 109 kasus dan menurun dibanding tahun 2013 mencapai 257 kasus. Penyakit ini sering muncul sebagai KLB dengan angka kesakitan dan kematian yang relatif tinggi. Angka insidens DBD secara nasional berfluktuasi dari tahun ke tahun. Pada awalnya pola epidemik terjadi setiap lima tahunan, namun dalam kurun waktu lima belas tahun terakhir mengalami perubahan dengan periode antara 2 – 5 tahunan.

Tahun 2009 jumlah penderita DBD di Kabupaten Purworejo 323 kasus dengan angka kesakitan (*Incident Rate*) sebesa $41.3/100.000$ penduduk, tahun 2010 325 kasus dengan angka kesakitan $41.4/100.000$ penduduk, tahun 2011 189 kasus dengan angka kesakitan $24/100.000$.

Pada tahun 2012 jumlah kasus DBD sebanyak 81 kasus dan tahun 2013 kembali meningkat menjadi 280 atau $37/100.000$ dan pada tahun 2014 mengalami penurunan yaitu 109 dengan angka kesakitan $15,6/100.000$, namun pada tahun 2015 kembali mengalami kenaikan menjadi 231 kasus $32,5 /100.000$ penduduk angka kesakitan tersebut diatas target nasional yaitu $20/100.000$ penduduk sehingga perlu diwaspadai karna DBD mengalami silkus dua tahunan. Angka kesakitan tertinggi di wilayah Puskesmas mranti Kecamatan Purworejo sebesar $3,1/100.000$ penduduk disusul Puskesmas Butuh Kecamatan Butuh sebesar $29/100.000$ penduduk. Angka kesakitan terendah berada di Puskesmas dadirejo sebesar 0. Hal ini terjadi karena adanya perubahan musim yang tidak menentu dan

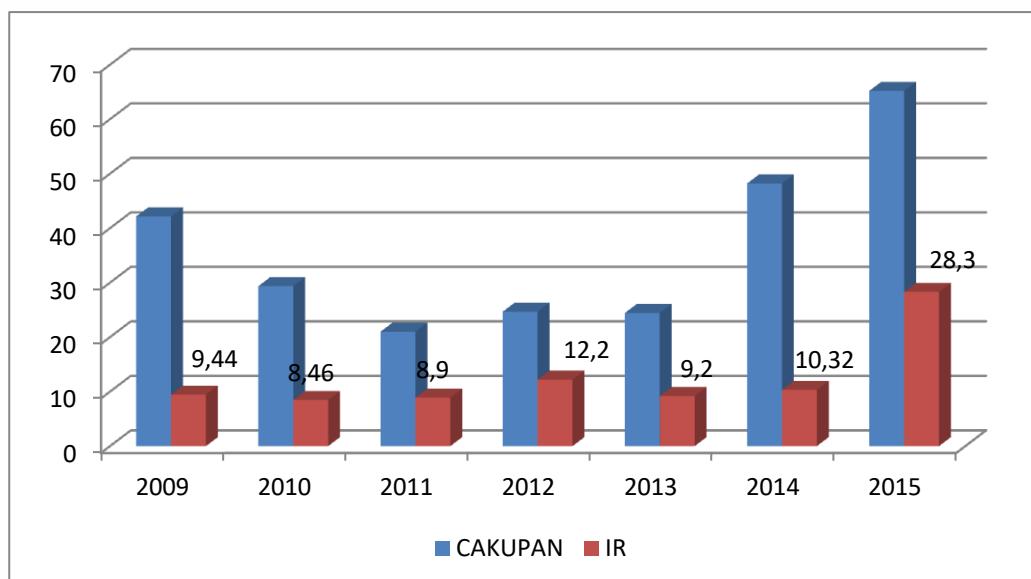
juga banyak terjadi penularan dari daerah lain. *Case Fatality Rate* (CFR) atau angka kematian penyakit DBD pada tahun 2015 sama dengan tahun 2014 yaitu sebesar 0,0%.

Penderita DBD harus ditangani sesuai standar, di Kabupaten Purworejo cakupan penderita DBD yang ditangani setiap tahun sampai dengan tahun 2015 sebesar 100%, berarti sudah mencapai target SPM 2015 sebesar 100%, artinya seluruh penderita DBD yang ada semuanya ditangani sesuai standar.

g) Penyakit Diare.

Tahun tahun 2015 cakupan penderita diare pada balita sebesar 65.38% mengalami kenaikan bila dibanding pada tahun 2014 sebesar 26.7%, bila dibandingkan tahun-tahun sebelumnya pada tahun 2013 sebesar 26,7%, 2012 sebesar 24,67%, 2011 yaitu sebesar 21,2 % ,tahun 2010 sebesar 29.36%, tahun 2009 sebesar 42.15%, Cakupan penderita diare tersebut masih jauh dari target nasional yang diharapkan yaitu 80%.

GAMBAR : 3.7
CAKUPAN PENDERITA, DAN IR DIARE
DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2009 – 2015



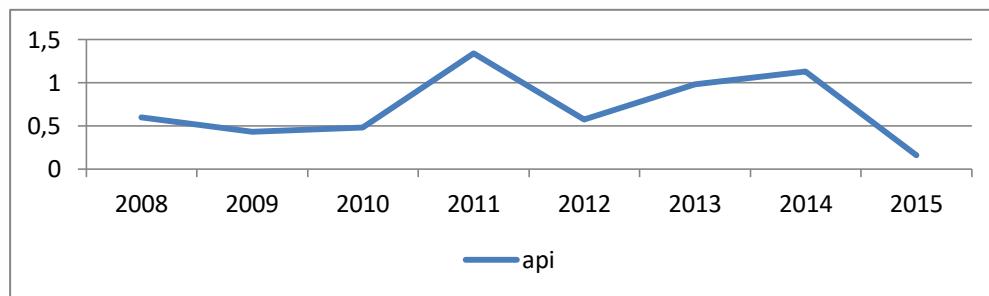
Sumber : Bidang P2PL DKK Purworejo

h) Penyakit Malaria.

Kasus Malaria di Kabupaten Purworejo pada tahun 2000 sebanyak 33.543 kasus atau API 43,7%, hingga tahun 2009 kasus terus menurun jumlah kasus 359 atau API 0.47%. Mulai tahun 2010 meningkat dengan jumlah kasus 372 atau API 0.49% dan

pada tahun 2011 meningkat menjadi 1001 kasus atau API 1,34%. Tahun 2012 ini terjadi 547 kasus dengan API sebesar 0,57 % yang mana sudah dibawah target yaitu sebesar <1% akan tetapi pada tahun 2013 mengalami peningkatan kembali yaitu 728 kasus dan pada tahun 2014 meningkat menjadi 803 kasus. Pada tahun 2015 kasus malaria sebanyak 651 penderita menurun dibanding tahun 2014, dengan API 0,16 permil masih <1permil. Penerapan strategi pengobatan tidak akan mencapai hasil yang maksimal tanpa dipercepat dengan penanganan pencegahan dan eradicasi vector nyamuk malaria. Pemakaian kelambu bagi masyarakat daerah endemis merupakan salah satu strategi untuk perlindungan bagi kelompok masyarakat beresiko tinggi yang diikuti dengan pembasmian vektor atau IRS untuk menurunkan populasi nyamuk. Hal tersebut cukup efektif dilaksanakan karena penanganan jentik nyamuk selama ini sulit dilakukan mengingat luasnya tempat perindukan nyamuk di Kabupaten Purworejo yang semakin banyak dengan datangnya musim penghujan. Ada beberapa kecamatan yang masih merupakan daerah endemis yaitu Puskesmas Kaligesing dan Dadirejo Puskesmas MCI (puskesmas Banyuasin dan karanggetas)

GAMBAR : 3.8
ANNUAL PARASITE INCIDENCE MALARIA (%)
DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2008 – 2015



Sumber : Bidang P2PL DKK Purworejo

Kategori LCI (Puskesmas Bruno, Purworejo, Bener, Bagelen, Cangkrep, Loano, Winong, Kemiri, Bragolan, Wirun, Bubutan dan Mranti) Terdapat 11 Puskesmas yang bebas penyakit malaria. Jumlah kasus dan angka kesakitan malaria menurut kecamatan tahun 2015 dapat dilihat pada *lampiran tabel : 11*.

GAMBAR : 3.9
PETA ENDEMIS MALARIA DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2015



Sumber : Bidang PP-PL DKK Purworejo

Persentase penderita malaria diobati di Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 secara rata - rata adalah 100%,

i) **Penyakit Kusta.**

Penyakit Kusta merupakan masalah penyakit menular yang menimbulkan masalah sangat kompleks, bukan hanya dari segi medis, namun meluas hingga masalah sosial, ekonomi, budaya dan ketahanan nasional. Penemuan penderita kusta baru secara dini di Kabupaten Purworejo masih rendah.

Meskipun terdapat banyak unit pelayanan kesehatan namun tidak semuanya menemukan dan mengobati penderita kusta. Di Kabupaten Purworejo pada tahun 2013 ini terdapat 4 Puskesmas yang menemukan penderita kusta dan pada tahun 2015 ada 4 puskesmas yaitu Puskesmas Ngombol 1 kasus, Pituruh 2 kasus , Cangkrep 1 kasus. Semawung 1 kasus

j) **Penyakit Filariasis.**

Pada tahun 2013 sampai dengan 2015 tidak ditemukan kasus sehingga terjadi penurunan dari tahun ke tahun yaitu tahun 2012 diketemukan penderita Filariasis sebanyak 2 penderita, yang tersebar di 2 Puskesmas, yaitu Puskesmas kaligesing dan puskesmas wirun hal ini menurun dibandingkan pada tahun sebelumnya yaitu 10 kasus pada tahun 2011. Dari 2 penderita tersebut seluruhnya atau 100% sudah ditangani.

2. Penyakit Menular yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi.

Penyakit Menular Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) merupakan penyakit yang diharapkan dapat diberantas/ditekan dengan pelaksanaan program imunisasi, yaitu Pertusis, hepatitis, Polio, Campak, Difteri dan Tetanus Neonatorum. Saat ini telah dilaksanakan Program Surveilans Integrasi PD3I, yaitu pengamatan terhadap penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Jumlah kasus PD3I yang dikumpulkan dari Puskesmas dapat dilihat pada *lampiran tabel 14*.

a) Diftheri

Difteri termasuk penyakit menular yang jumlah kasusnya relatif rendah. Rendahnya kasus Difteri sangat dipengaruhi adanya program imunisasi. Dalam kurun waktu tahun 2004 – 2015 di Kabupaten Purworejo tidak terjadi KLB diftheri.

Berdasarkan laporan dari hasil kegiatan Sistem Surveilans Terpadu, menunjukkan pada tahun 2015 tidak ditemukan kasus diftheri baik di Puskesmas maupun Rumah Sakit, hanya pada awal tahun 2014 pernah ditemukan suspect difteri namun setelah di lakukan pemeriksaan difteri hasilnya negatif. Hal ini terjadi karena semakin meningkatnya pelayanan imunisasi di Puskesmas, Posyandu, Puskesling dan semakin meningkatnya kesadaran masyarakat dalam pencegahan penyakit difteri.

b) Tetanus Neonatorum

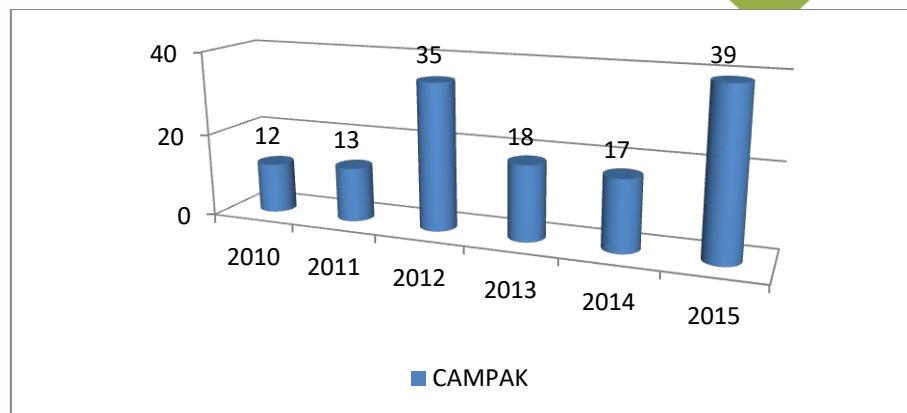
Jumlah kasus *Tetanus Neonatorum* di Kabupaten Purworejo sejak tahun 2003 – 2014 tidak pernah ditemukan kasus. Hal ini diduga karena meningkatnya cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan. Penanganan *Tetanus Neonatorum* memang tidak mudah, sehingga yang terpenting adalah usaha pencegahan yaitu pertolongan persalinan yang *higienis* ditunjang dengan imunisasi TT pada ibu hamil.

c) Campak.

Campak merupakan penyakit menular yang sering menyebabkan Kejadian Luar Biasa (KLB). Tahun 2009 frekuensi KLB Campak terjadi satu kali KLB dengan jumlah 5 kasus diantara 156 penduduk terisiko dengan CFR 0%. Jumlah kasus suspek campak pada tahun 2013 sebanyak 18 kasus yang ditemukan. Dari target pengiriman 50% sampel Tahun 2014 ditemukan 2 kasus positif campak dari 17 klinis campak yaitu di puskesmas purworejo dan di puskesmas bruno, dan beberapa positif untuk rubella. Pada tahun 2015

ditemukan Laki- laki sebanyak 18 kasus dan multi basiler Perempuan sebanyak 21 penderita jadi total 39 penderita. Berikut ini perkembangan penemuan kasus klinis campak selama lima tahun terakhir.

GAMBAR : 3.10
KASUS CAMPAK DI KABUPATEN PURWOREJO
TAHUN 2010 – 2015



Sumber : Bidang P2PL DKK Purworejo

Jumlah kasus dan angka insidens penyakit campak menurut kecamatan pada tahun 2015 disajikan pada *lampiran tabel: 14*.

d) Pertusis.

Berdasarkan laporan Puskesmas di Kabupaten Purworejo selama lima tahun terakhir ini kasus Pertusis tidak pernah ditemukan. Hal ini terjadi karena semakin meningkatnya pelayanan imunisasi di Puskesmas, Posyandu, Puskesling dan semakin meningkatnya kesadaran masyarakat memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan.

3. Kejadian Luar Biasa (KLB).

Beberapa penyakit menular berpotensi menimbulkan KLB maupun wabah, di Kabupaten Purworejo pada tahun sebelumnya adalah Malaria, Diare, Keracunan Makanan, Campak, dan Demam Berdarah. Namun pada tahun 2015 penyakit menular yang berpotensi menimbulkan KLB maupun wabah, di Kabupaten Purworejo adalah Keracunan makanan. Data penyakit yang menyebabkan KLB di Kabupaten Purworejo tahun 2015 dapat dilihat pada *lampiran tabel : 50*.

4. Penyakit Tidak Menular.

Semakin meningkatnya arus globalisasi disegala bidang, telah banyak membawa perubahan pada perilaku dan gaya hidup masyarakat termasuk dalam pola konsumsi makanan. Perubahan tersebut tanpa disadari telah memberi pengaruh terhadap terjadinya transisi epidemiologi dengan semakin meningkatnya kasus-kasus penyakit tidak menular, seperti penyakit jantung koroner, dekompensatio kordis, stroke, diabetes mellitus, kanker servis, kanker payudara, kanker hati, kanker paru, penyakit paru obstruktif kronis, asma bronkiale, dan kecelakaan lalu lintas. Penyakit tidak menular seperti penyakit kardiovaskular, stroke, diabetes mellitus, penyakit paru obstruktif kronis dan kanker tertentu, dalam kesehatan masyarakat sebenarnya dapat digolongkan sebagai satu kelompok PTM utama yang mempunyai faktor risiko sama (*common underlying risk factor*). Faktor risiko tersebut antara lain faktor genetik merupakan faktor yang tidak dapat diubah (*unchanged risk factor*), dan sebagian besar berkaitan dengan faktor risiko yang dapat diubah (*change risk factor*) antara lain konsumsi rokok, pola makan yang tidak seimbang, makanan yang mengandung zat aditif, kurang berolah raga dan adanya kondisi lingkungan yang tidak kondusif terhadap kesehatan. Penyakit tidak menular mempunyai dampak negatif sangat besar karena merupakan penyakit kronis. Apabila seseorang menderita penyakit tidak menular, berbagai tingkatan produktivitas menjadi terganggu. Penderita ini menjadi serba terbatas aktivitasnya, karena menyesuaikan diri dengan jenis dan gradasi dari penyakit tidak menular yang dideritanya. Hal ini berlangsung dalam waktu yang relatif lama dan tidak diketahui kapan sembahnya karena memang secara medis penyakit tidak menular tidak bisa disembuhkan tetapi hanya bisa dikendalikan. Yang harus mendapatkan perhatian lebih adalah bahwa penyakit tidak menular merupakan penyebab kematian tertinggi dibanding dengan penyakit menular.

a) Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah

Penyakit jantung dan pembuluh darah adalah penyakit yang mengganggu jantung dan sistem pembuluh darah seperti penyakit jantung koroner (angina pektoris, akut miokard infark), dekompensatio kordis, hipertensi, stroke, penyakit jantung rematik, dan lain-lain.

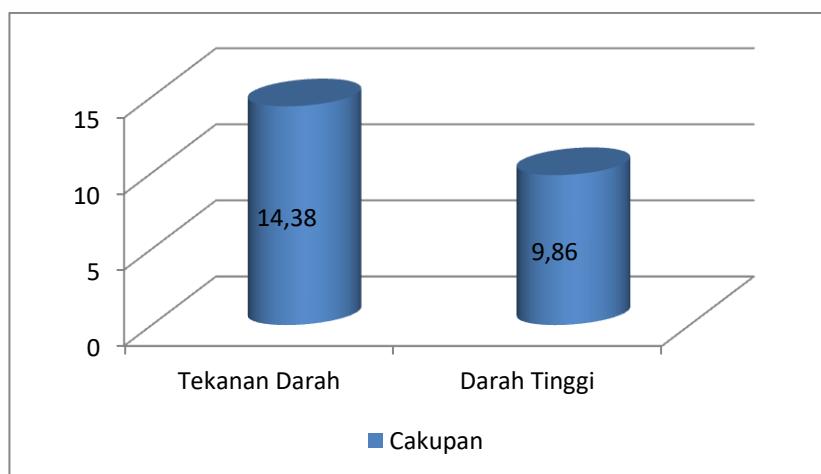
1) Pengukuran Darah

Berbagai macam penyakit yang berkembang saat ini, dapat ditemukan secara dini gejala-gejala nya dengan pemeriksaan tekanan darah. Pada

penyakit stroke misalnya, pada saat pasien mengalami tekanan darah tinggi hal ini bisa diwaspada lebih awal agar tidak memicu munculnya stroke. Di puskesmas pengukuran tekanan darah sudah dilakukan kepada pasien sebelum diperiksa lebih lanjut. Permasalahan yang dihadapi di puskesmas, setiap pengukuran tekanan darah tidak diikuti dengan pendokumentasian yang baik oleh petugas. Sehingga pada tahun 2015 ini cakupan pengukuran tekanan darah masih sangat rendah yaitu 14,38 % dan untuk cakupan tekanan darah tinggi sebesar 9,86 %.

Dengan cakupan tersebut diatas ada 9 puskesmas yang belum bisa mengumpulkan data karena pencatatan yang kurang baik di puskesmas. Hal ini menjadi evaluasi bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo dan Puskesmas. Di tahun yang akan datang diharapkan pendokumentasian laporan bisa lebih baik sehingga didapatkan data yang lebih valid.

**GAMBAR 3.11
CAKUPAN PENGUKURAN TEKANAN DARAH**



Sumber : Bidang Yanes, DKK Purworejo

2) Hipertensi

Hipertensi atau sering disebut dengan tekanan darah tinggi adalah suatu keadaan di mana terjadi peningkatan tekanan darah yang memberi gejala berlanjut pada suatu target organ tubuh sehingga timbul kerusakan lebih berat seperti stroke (terjadi pada otak dan berdampak pada kematian yang tinggi), penyakit jantung koroner (terjadi pada kerusakan pembuluh darah jantung) serta penyempitan ventrikel kiri / bilik kiri (terjadi pada otot jantung).

Hipertensi merupakan penyakit yang sering dijumpai diantara penyakit tidak menular lainnya. Hipertensi dibedakan menjadi hipertensi primer yaitu hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya dan hipertensi sekunder yaitu hipertensi yang muncul akibat adanya penyakit lain seperti hipertensi ginjal, hipertensi kehamilan, dll.

Kasus hipertensi di Kabupaten Purworejo mengalami penurunan dari 14.254 kasus pada tahun 2008 menjadi 2.649 kasus pada tahun 2009, tahun 2010 menjadi 12.504 kasus, namun pada tahun 2011 13.819 kasus dan pada tahun 2012 terjadi penurunan menjadi 10.240, pada tahun 2013 kembali meningkat 11.324 kasus dan bertambah pada tahun 2014 menjadi 11.341 dan pada tahun 2015 turun 7.317 ini disebabkan karena kurangnya kesadaran masyarakat akan pola hidup sehat baik kebiasaan olah raga teratur maupun kebiasaan makan , meskipun di Kabupaten Purworejo sudah dibentuk Pos Pembinaan Terpadu (POSBINDU) di 5 desa/ kelurahan yaitu kelurahan Baledono wilayah kerja UPT Puskesmas Purworejo dan desa Jenar Lor dan Karang mulyo wilayah UPT Puskesmas Bragolan. Desa katerban Puskesmas Semawung, desa tegalrejo Puskesmas Banyuurip dan desa Kalikotes Puskesmas Pituruh POSBINDU bertujuan agar terselenggaranya pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular melalui surveilans faktor resiko berbasis masyarakat . Selain itu pencatatan dan pelaporan kasus penyakit tidak menular oleh fasyankes yang masih belum baik.

2) Stroke

Stroke adalah suatu penyakit menurunnya fungsi syaraf secara akut yang disebabkan oleh gangguan pembuluh darah otak, terjadi secara mendadak dan cepat yang menimbulkan gejala dan tanda sesuai dengan daerah otak yang terganggu. Stroke disebabkan oleh kurangnya aliran darah yang mengalir ke otak, atau terkadang menyebabkan pendarahan di otak.

Stroke dibedakan menjadi stroke hemoragik yaitu adanya perdarahan otak karena pembuluh darah yang pecah dan stroke non hemoragik yaitu lebih karena adanya sumbatan pada pembuluh darah otak. Kasus stroke hemoragik di Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebanyak 62 kasus menurun bila dibanding tahun 2014 sebanyak 119 kasus mengalami penurunan dibanding tahun 2013 sebanyak 1521 ini mengalami penurunan dari tahun tahun sebelumnya yaitu; tahun 2012 sebesar 111. tahun 2011 174 kasus, dan 2010 yaitu

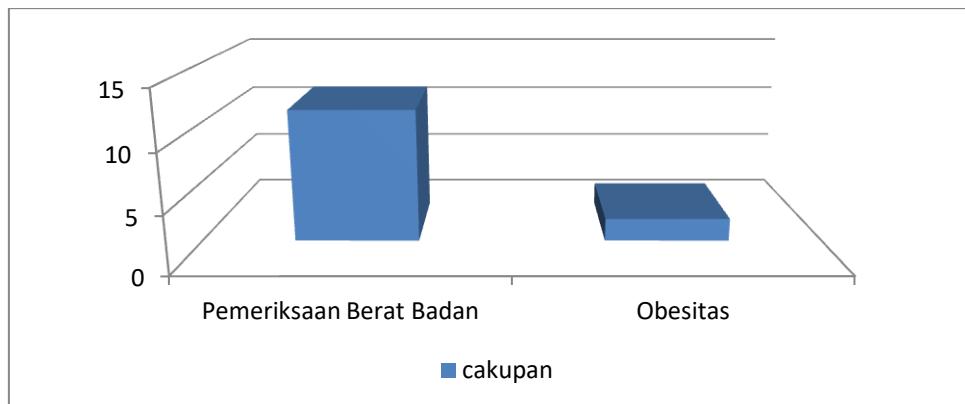
sebesar 182 kasus. Kasus stroke non hemoragik pada tahun 2015 sebanyak 266 kasus menurun bila dibanding tahun 2014 sebanyak 500 kasus dan meningkat bila dibanding tahun 2013 398 kasus tahun sebelumnya 2012 410 kasus, tahun 2011 dengan 731 kasus dan tahun 2010 yaitu sebesar 1.044 kasus.

3) Obesitas

Seperti halnya pemeriksaan tekanan darah, pemeriksaan berat badan pada pasien akan bisa membantu hal-hal yang bisa mengindikasi pada penyakit tertentu. Pada pasien dengan berat badan berlebih atau obesitas bila diketahui lebih awal maka akan bisa diantisipasi dengan baik sebelum memicu penyakit lain misalnya jantung, DM dan lainnya.

Di puskesmas pemeriksaan berat badan kepada pasien telah dilaksanakan dengan baik. Pemeriksaan tekanan darah dan berat badan selalu dilaksanakan sebelum pasien diperiksa. Namun dalam hal pencatatan dan pendokumentasian pemeriksaan obesitas belum bisa dilaksanakan dengan tertib. Pada Tahun 2015 ini cakupan pemeriksaan berat badan mencapai 11,58 % sedangkan yang mengalami obesitas mencapai 1,98 %. Data ini didapatkan dari 15 puskesmas di Purworejo. Sedangkan 12 Puskesmas lainnya belum bisa memaparkan data.

GAMBAR 3.12
PENGUKURAN OBESITAS PADA PUSKESMAS
KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2015



Sumber : Bidang Yankes, DKK Purworejo

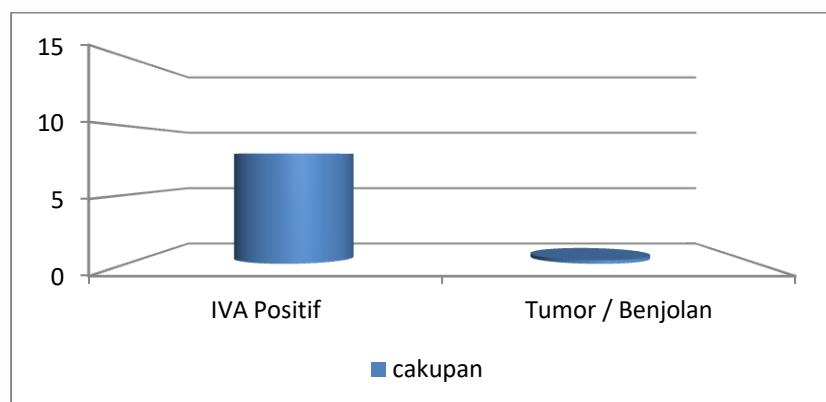
4) Deteksi Dini Kanker Rahim dengan Metode IVA dan Kanker Payudara dengan Metode CBE

Semakin banyaknya penderita kanker rahim dan kanker payudara pada wanita, menyebabkan hal itu menjadi salah satu penyumbang terbanyak kematian akibat

kanker. Dengan berkembangnya ilmu pengetahuan tentang kanker, deteksi dini kanker rahim dan kanker payudara dapat dilaksanakan di puskesmas oleh tenaga terlatih. Di Purworejo pada tahun 2014 mulai ada beberapa puskesmas yang menggunakan metode IVA (Inspeksi Visul dengan Asam Asetat) untuk deteksi sedini mungkin kanker rahim. IVA merupakan cara sederhana pemeriksaan leher rahim dengan melihat langsung leher rahim setelah memulus leher rahim dengan asam asetat 3-5 %. Cakupan IVA Positif di purworejo mencapai 8,01 % dari 3494 wanita yang diperiksa.

Sedangkan pada deteksi dini kanker payudara dilakukan dengan metode CBE (Clinical Breast Examination) yang merupakan pemeriksaan payudara secara klinis dengan metode inspeksi dan palpasi. Pemeriksaan ini digunakan untuk mendeteksi kelainan-kelainan yang ada pada payudara dan untuk mengevaluasi payudara pada tahap dini sebelum berkembang ke tahap yang lebih lanjut. Secara spesifik metode CBE memberikan kesempatan tenaga kesehatan untuk melakukan deteksi dini kanker payudara sekaligus penyuluhan pada wanita tentang kanker payudara, baik gejala klinis, faktor resiko serta peran deteksi dini untuk menurunkan angka kematian akibat kanker payudara. Cakupan di Purworejo untuk temuan tumor atau benjolan sebesar 0,26 %.

GAMBAR 3.13
DETEKSI DINI KANKER RAHIM DAN KANKER PAYUDARA
TAHUN 2015



Sumber : Bidang Yankes, DKK Purworejo

5) Dekompensatio Kordis

Dekompensatio kordis merupakan kegagalan jantung dalam memompa darah untuk memenuhi kebutuhan tubuh atau istilah lain adalah payah jantung. Gambaran klinis dekompensatio kordis kiri adalah sesak nafas: *dyspnoe d'effort* dan ortopne, pernafasan cheynes stokes, batuk-batuk mungkin

hemoptu, sianosis, suara serak, ronchi basah halus tidak nyaring, tekanan vena jugularis masih normal. Sedangkan gambaran klinis dekompensasi kordis kanan adalah gangguan gantrointestinal seperti anoreksia, mual, muntah, meteorismus dan rasa kembung di epigastrum. Selain itu terjadi pembesaran hati yang mula-mula lunak, tepi tajam, nyeri tekan, lama kelamaan menjadi keras, tumpul dan tidak nyeri. Dapat juga terjadi edema pretibial, edema presakral, asites dan hidrotoraks, tekanan jugularis meningkat.

Kasus dekompensasi kordis tahun 2009 sebesar 815 kasus, tahun 2010 naik menjadi 1.081 kasus dan pada tahun 2011 1.594 kasus, dan pada tahun 2012 mengalami penurunan 1244 kasus, pada tahun 2013 kembali meningkat menjadi 1387 kasus dan mengalami penurunan pada tahun 2014 yaitu sebesar 823 kasus pada tahun 2015 menurun menjadi 478 kasus.

6) **Diabetes Melitus**

Diabetes Mellitus (DM) atau kencing manis adalah suatu kumpulan gejala yang timbul pada seseorang karena adanya peningkatan kadar gula dalam darah akibat kekurangan insulin, baik absolut maupun relatif. Absolut artinya pankreas sama sekali tidak bisa menghasilkan insulin sehingga harus mendapatkan insulin dari luar (melalui suntikan) dan relatif artinya pankreas masih bisa menghasilkan insulin yang kadarnya berbeda pada setiap orang. (Perkeni 2002) WHO (1985) mengklasifikasikan penderita DM dalam lima golongan klinis, yaitu DM tergantung insulin (DMTI), DM tidak tergantung insulin (DMTTI), DM berkaitan dengan malnutrisi (MRDM), DM karena toleransi glukosa terganggu (IGT), dan DM karena kehamilan (GDM). Di Indonesia, yang terbanyak adalah DM tidak tergantung insulin. DM jenis ini baru muncul pada usia di atas 40 tahun. DM dapat menjadi penyebab aneka penyakit seperti hipertensi, stroke,

jantung koroner, gagal ginjal, katarak, glaukoma, kerusakan retina mata yang dapat membuat buta, impotensi, gangguan fungsi hati, luka yang lama sembuh mengakibatkan infeksi hingga akhirnya harus diamputasi terutama pada kaki.

DM merupakan penyakit kronis yang tidak dapat disembuhkan tetapi dapat dikendalikan, artinya sekali didiagnosa DM seumur hidup bergaul dengannya. Penderita mampu hidup sehat bersama DM, asalkan mau patuh dan kontrol teratur.

Gejala khas berupa *Polyuri* (sering kencing), *Polydipsi* (sering haus), *Polyfagi* (sering lapar). Sedangkan gejala lain seperti Lelah/lemah, berat badan menurun drastis, kesemutan/gringginan, gatal/bisul, mata kabur, impotensi pada pria, pruritis vulva hingga keputihan pada wanita, luka tidak sembuh-sembuh, dan lain-lain.

Kelompok Faktor Risiko Tinggi antara lain pola makan yang tidak seimbang, riwayat Keluarga/ada keturunan, kurang olah raga, umur Lebih dari 40th, obesitas, hipertensi, kehamilan dengan berat bayi lahir > 4 kg, kehamilan dengan hiperglikemi, gangguan toleransi glukosa, lemak dalam darah tinggi, abortus, keracunan kehamilan, bayi lahir mati, berat badan turun drastis, mata kabur, keputihan, gatal daerah genital, dan lain-lain.

Berdasarkan laporan surveilans PTM rumah sakit dan Puskesmas, kasus diabetes mellitus tergantung insulin di Kabupaten Purworejo tahun 2015 terdapat 520 kasus meningkat dibanding pada tahun 2014 juga meningkat tajam yaitu sebanyak 271 kasus dibanding tahun 2013 35 kasus, tahun 2012 sebanyak 37 kasus, tahun 2011 sebesar 57 kasus, 2010 sebesar 262 kasus, tahun 2009 sebesar 1.176 kasus, tahun 2008 sebesar 413 kasus .Peningkatan disebabkan karena terjadinya DM bukan hanya karena faktor keturunan namn juga pola hidup dan faktor lingkungan. Masyarakat yang tidak dapat mengendalikan pola makan dapat menjadi penyebab terjadinya DN. Sedangkan DM tdk tergantung insulin pada tahun 2011 6897 kasus dan tahun 2012 ini menurun menjadi 3377 kasus dan pada tahun 2013 turun menjadi 3359 kasus pada tahun 2014 juga meningkat menjadi 5559 kasus dan tahun 2015 terdapat 3050 menurun bila dibanding tahun 2014.

7) Neoplasma

Neoplasma atau kanker adalah tumor ganas yang ditandai dengan pertumbuhan dan perkembangan abnormal dari sel-sel tubuh, yang tumbuh tanpa kontrol dan tujuan yang jelas, mendesak dan merusak jaringan normal. (MN Bustan).

Faktor risiko terjadinya kanker, dibedakan menjadi 5 besar antara lain :

➤ Faktor Karsinogenik Bahan Kimia antara lain ;

Karsinogen kimia langsung yaitu dimethylsulfat, obat anti kanker, dsb, karsinogenik tidak langsung yaitu tumbuhan alam dan mikroba misalnya alfatoksin B1, *kacang betel*, juga insektisida, fungsida, vinil klorida, zat kimia yang terdapat dalam bahan makanan (zat warna,

penyedap, pengawet dll), jelaga yang mengandung senyawa karbon, vinil klorida yang ditemukan pada pekerja pabrik cat, dll.

- Energy Radiasi yaitu sinar ultraviolet yang berasal dari sinar matahari, sinar X (rontgen), dan radiasi bom atom.
- Virus Onkogenik yaitu Virus DNA, virus herpes, virus hepatitis B.
- Makanan yaitu Aflatoksin yang dihasilkan jamur pada kacang dan padi-padian (penyebab kanker hati).
- Hormon, pengaruh hormon dianggap cukup besar, tapi mekanisme dan perannya belum jelas. Pengaruh hormon pada organ tubuh yang banyak dipengaruhi misalnya payudara, rahim, *ovarium* (indung telur).

Risiko terkena kanker meningkat apabila satu atau lebih dari kelima faktor risiko karsinogenik diatas mengenai seseorang. Dengan mengetahui faktor risiko sejak dini tindakan pencegahan mudah dilakukan, minimal stadium dini kanker bisa terdeteksi agar cepat dilakukan pengobatan. Terjadinya kanker memerlukan periode waktu panjang (*long time periode*). Mungkin terpapar usia muda (20-30th) deteksinya baru dapat dilakukan usia 50 th dan gejala jelasnya baru muncul usia 60th. (MN Bustan)

Di Indonesia terdapat lima jenis kanker yang banyak diderita penduduk yakni kanker rahim, kanker payudara, kanker kelenjar getah bening, kanker kulit, dan kanker rektum.

Pada tahun 2015 jumlah kasus mengalami peningkatan Bila dibandingkan tahun sebelumnya yaitu tercatat 367 kasus. Yaitu CA Hati 10 kasus , CA Broncus 4 kasus, CA Mamae 256 kasus, dan CA Cervix 75 kasus. Pada tahun 2013 ini tercatat kasus kanker sebanyak 257 kasus, terdiri dari Ca hati 54 kasus, Ca Bronkus 5 kasus, Ca Mamae 161 kasus dan Ca Cervix 37 kasus. Tahun 2012 tercatat kasus kanker sebanyak 262 kasus, terdiri dari Ca hati 57 kasus, Ca Bronkus 5 kasus, Ca Mamae 162 kasus dan Ca Cervix 37 kasus. Pada tahun 2011 kasus kanker sebanyak 405 kasus, terdiri dari Ca. servik 75 kasus, Ca. mamae 248 kasus, Ca. hepar 74 kasus, dan Ca. Paru 8 kasus. Tahun 2010 kasus kanker sebanyak 512 kasus, terdiridari Ca. servik 97 kasus, Ca. mamae 78 kasus, Ca. hepar 284 kasus, dan Ca. paru 16 kasus. Tahun 2009 kasus kanker sebanyak 216 kasus, terdiri dari Ca. servik 36 kasus, Ca. mamae 96 kasus, Ca. hepar 79 kasus, dan Ca. paru 5 kasus. Sedang tahun 2008 kasus kanker leher rahim di Kabupaten Purworejo sebesar 122 kasus, kasus kanker payudara

sebesar 101 kasus, kanker hati sebesar 168 kasus dan kanker paru sebanyak 21 kasus.

Faktor risiko penyakit kanker dari disebabkan predisposisi riwayat keluarga hanya sebagian dan selebihnya banyak disebabkan karena faktor risiko pola makan yang mengandung bahan karsinogenik.

8) Penyakit Paru Obstruktif Kronis

Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK) adalah penyakit yang ditandai adanya hambatan aliran pernafasan bersifat reversible sebagian dan progresif yang berhubungan dengan respon inflamasi abnormal dari paru terhadap paparan partikel atau gas berbahaya. (*Global Obstructive Lung Disease 2003*). Faktor risiko pencetus terjadinya PPOK adalah perokok aktif/pasif, debu dan bahan kimia, polusi udara di dalam atau di luar ruangan, infeksi saluran nafas terutama waktu anak-anak, usia, genetik, jenis kelamin, ras, defisiensi alpha-1 antitripsin, alergi dan autoimunitas.

Kasus PPOK di Kabupaten Purworejo sebanyak 175 kasus tahun 2009, tahun 2010 sebanyak 659 kasus dan pada tahun 2011 496 kasus. Di tahun 2012 ini kasus PPOK sebanyak 360 dan pada tahun 2013 terjadi sedikit peningkatan kasus dibanding tahun sebelumnya yaitu sebanyak 379 kasus dan meningkat tajam pada tahun 2014 yaitu 906 kasus tahun 2015 menurun 201 kasus.

9) Asma Bronkial

Asma Bronkial terjadi akibat penyempitan jalan napas yang reversibel dalam waktu singkat oleh karena mukus kental, spasme, dan edema mukosa serta deskuamasi epitel bronkus / bronkeolus, akibat inflamasi eosinofilik dengan kepekaan yang berlebihan.

Serangan asma bronkhiale sering dicetuskan oleh ISPA, merokok, tekanan emosi, aktivitas fisik, dan rangsangan yang bersifat antigen/allergen antara lain :

- o Inhalan yang masuk ketubuh melalui alat pernafasan misalnya debu rumah, serpih kulit dari binatang piaraan, spora jamur dll.
- o Ingestan yang masuk badan melalui mulut biasanya berupa makanan seperti susu, telur, ikan-ikanan, obat-obatan dll.

- o Kontaktan yang masuk badan melalui kontak kulit seperti obat-obatan dalam bentuk salep, berbagai logam dalam bentuk perhiasan, jam tangan dll.

Kasus asma Bronkial di Kabupaten Purworejo pada tahun 2009 sebesar 2.698 kasus, tahun 2010 menjadi 3.347 kasus, dan pada tahun 2011 naik menjadi 4329 kasus. Pada tahun 2012 1812 kasus tahun 2013 ada 1795 kasus dan tahun 2014 mengalami peningkatan dari tahun sebelumnya sebanyak 2331 kasus tahun 2015 turun menjadi 1519 kasus

D. ANGKA STATUS GIZI MASYARAKAT

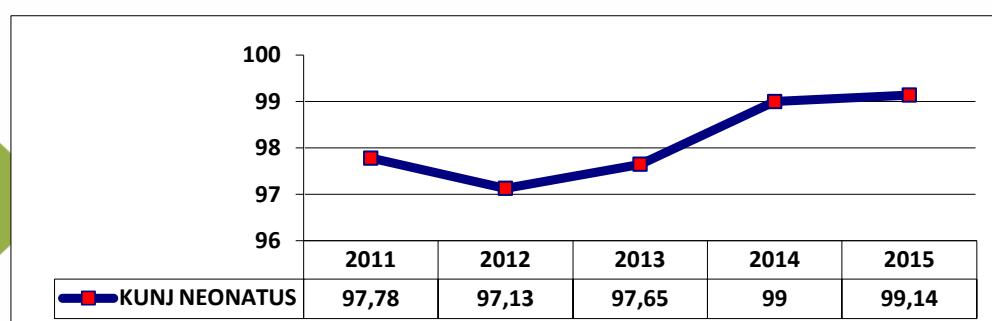
1. Persentase Kunjungan Neonatus

Bayi baru lahir atau yang dikenal dengan neonatal merupakan salah satu kelompok yang paling rentan terhadap gangguan kesehatan. Beberapa upaya kesehatan dilakukan untuk mengendalikan risiko pada kelompok ini diantaranya dengan mengupayakan agar persalinan dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan serta menjamin tersedianya pelayanan kesehatan sesuai standar pada kunjungan bayi baru lahir.

Pelayanan kesehatan neonatal sesuai standar adalah pelayanan kesehatan neonatal saat lahir dan pelayanan kesehatan saat kunjungan neonatal sebanyak 3 kali. Pelayanan yang diberikan saat kunjungan neonatal adalah pemeriksaan sesuai standar Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) dan konseling perawatan bayi baru lahir termasuk ASI Eksklusif dan perawatan tali pusat. Jadwal kunjungan Neonatal yang dilaksanakan saat ini adalah pada umur 6-48 jam, umur 3-7 hari dan 8-28 hari.

Secara keseluruhan di Kabupaten Purworejo sejak tahun 2011 cakupan kunjungan neonatus cenderung meningkat dan sudah memenuhi target yaitu lebih dari 95%. Adapun cakupan kunjungan neonates di Kabupaten Purworejo pada tahun 2011-2015 dapat digambarkan sebagai berikut :

GAMBAR : 3.14
CAKUPAN KUNJUNGAN NEONATUS
DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2010 - 2015



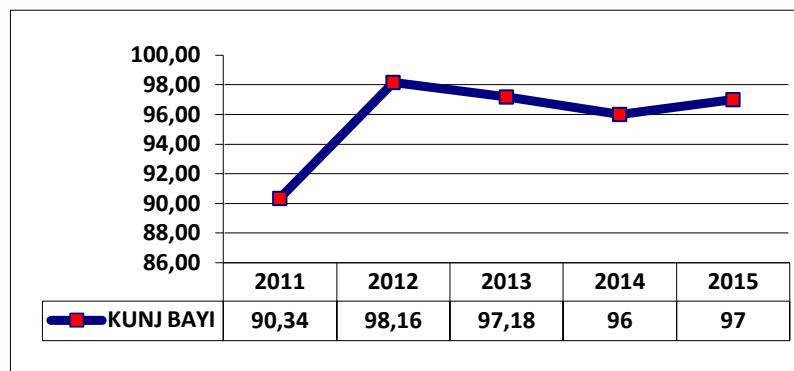
Sumber : Bidang Kesga DKK Purworejo

2. Persentase Kunjungan Bayi

Kunjungan bayi adalah bayi yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan, paling sedikit 4 kali diluar kunjungan neonatus. Setiap bayi berhak mendapatkan pelayanan dengan memantau pertumbuhan dan perkembangannya secara teratur setiap bulan di sarana pelayanan kesehatan. Cakupan kunjungan bayi tingkat Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 sebesar 97,0 %, meningkat apabila dibandingkan tahun 2014 (96 %).

Adapun grafik cakupan kunjungan bayi dari tahun 2011-2015 dapat digambarkan sebagai berikut :

**GAMBAR 3.15
CAKUPAN KUNJUNGAN BAYI
Di KABUPATEN PURWOREJO
TAHUN 2011 – 2015**



Sumber : Bidang Kesga DKK Purworejo

3. Persentase BBLR Ditangani

Bayi berat badan lahir rendah adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram. Penyebab terjadinya BBLR antara lain karena ibu hamil anemia, kurang suply gizi waktu dalam kandungan, ataupun lahir kurang bulan. Bayi yang lahir dengan berat badan rendah perlu penanganan yang serius, karena pada kondisi tersebut bayi mudah sekali mengalami hipotermi yang biasanya akan menjadi penyebab kematian.

Jumlah bayi berat lahir rendah (BBLR) di Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 sebanyak 508 menurun apabila dibandingkan tahun 2014 yang sebanyak 543 bayi. Adapun persentase BBLR tahun 2015 sebesar 5,5 % turun bila dibandingkan tahun 2014 sebesar 5,8 %.

Persentase BBLR yang ditangani di Kabupaten Purworejo tahun 2015 seluruh Puskesmas sudah memenuhi target 100 % tertangani semua.

4. Balita Dengan Gizi Buruk

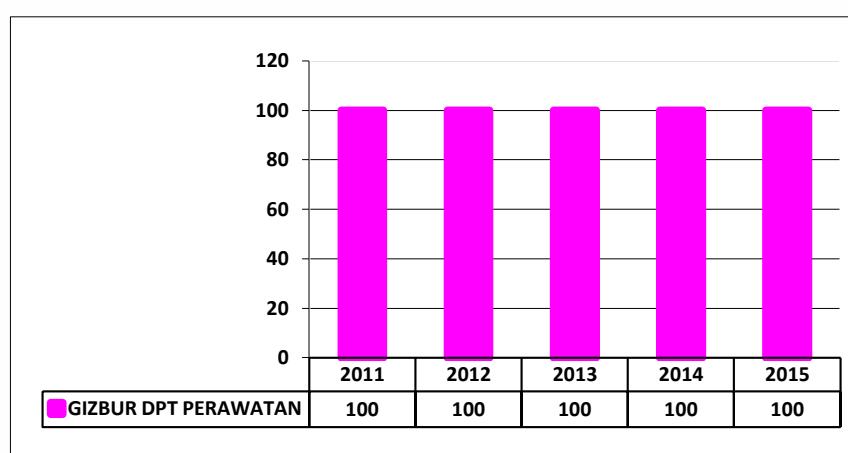
Kejadian gizi buruk perlu dideteksi secara dini melalui intensifikasi pemantauan tumbuh kembang Balita di Posyandu dilanjutkan dengan penentuan status gizi oleh bidan di desa atau petugas kesehatan lainnya. Penemuan kasus gizi buruk harus segera ditindak lanjuti dengan rencana tindak lanjut yang tepat sehingga penanganan gizi buruk memberikan hasil yang optimal.

Pendataan gizi buruk di Purworejo didasarkan pada indeks Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) untuk anak 0-23 bulan atau Berat badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) untuk anak 24-59 bulan dan dengan tanda-tanda klinis. Skrining pertama dilakukan di posyandu dengan membandingkan Berat Badan dengan Umur (BB/U) melalui kegiatan penimbangan, jika ditemukan balita yang berada di Bawah Garis Merah (BGM) atau Dua Kali Penimbangan Tidak Naik (2T) dilakukan konfirmasi status gizi dengan menggunakan indikator Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB). Jika ternyata balita tersebut merupakan kasus gizi buruk, maka segera dilakukan penanganan gizi buruk sesuai pedoman pelayanan anak gizi buruk di Posyandu atau Puskesmas. Jika ternyata terdapat penyakit penyerta yang berat dan tidak dapat ditangani di Puskesmas maka segera dirujuk ke rumah sakit.

Berdasarkan hasil penimbangan pada tahun 2015 jumlah balita gizi buruk ada 35 anak (0,09%), angka ini mengalami penurunan jika dibanding dengan jumlah balita gizi buruk pada tahun-tahun sebelumnya yaitu pada tahun 2014 sebanyak 43 anak (0,09%), tahun 2013 sebanyak 48 anak (0,10%), tahun 2012 sebanyak 41 anak (0,10%) dan tahun 2011 sebanyak 44 anak (0,11%). Angka ini sudah lebih rendah dari target nasional sebesar 0.15 %. Angka Kabupaten meskipun sudah berada di bawah target nasional, namun dibeberapa kantong atau wilayah tertentu masih ada yang melebihi target nasional (>0,15%). Berturut-turut puskesmas yang gizi buruknya masih diatas target adalah Puskesmas Banyuasin Kecamatan Loano sebanyak 5 anak (0,63%), Puskesmas Mranti Kecamatan Purworejo sebanyak 6 anak (0,33%), Puskesmas Seborokrapayak Kecamatan Banyuurip sebesar 2 anak (0,30%), Puskesmas Cangkrep Kecamatan Purworejo sebanyak 2 anak (0,18%), Puskesmas Bubutan Kecamatan Purwodadi sebanyak 2 anak (0,17%), dan Puskesmas Gebang sebanyak 3 anak (0,15%). Sedang untuk puskesmas yang tidak mempunyai sisa kasus gizi buruk sampai dengan akhir tahun 2015 (0 kasus) sebanyak 10 puskesmas yaitu Puskesmas Ngombol Kecamatan Ngombol, Puskesmas Bragolan Kecamatan Purwodadi, Puskesmas Bagelen dan Puskesmas Dadirejo Kecamatan Bagelen, Puskesmas Banyuurip Kecamatan Banyuurip, Puskesmas Kutoarjo dan Puskesmas

Semawung Kecamatan Kutoarjo, Puskesmas Sruwohrejo Kecamatan Butuh, Puksesmas Winong Kecamatan Kemiri dan Puskesmas Loano Kecamatan Loano. Dari semua kasus BGM dan 2T yang dikonfirmasi status gizinya dengan indikator Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB), maka semuanya mendapat perawatan sesuai standart Tata Laksana Penanganan Gizi Buruk baik Rawat Inap ataupun Rawat Jalan sebanyak 35 anak (100%). Angka ini sama jika dibandingkan dengan tahun 2011, 2012, 2013 dan 2014 karena semua gizi buruk yang ditemukan harus mendapat perawatan sesuai standar. Hal ini berkaitan dengan semakin baiknya partisipasi masyarakat dan pihak lain dalam perawatan gizi buruk pada balita. Perkembangan prosentase balita gizi buruk yang dilayani tahun 2011 sampai dengan tahun 2015 dapat dilihat pada grafik berikut ini :

**GAMBAR 3.16
BALITA GIZI BURUK MENDAPAT PERAWATAN
DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2011 - 2015**



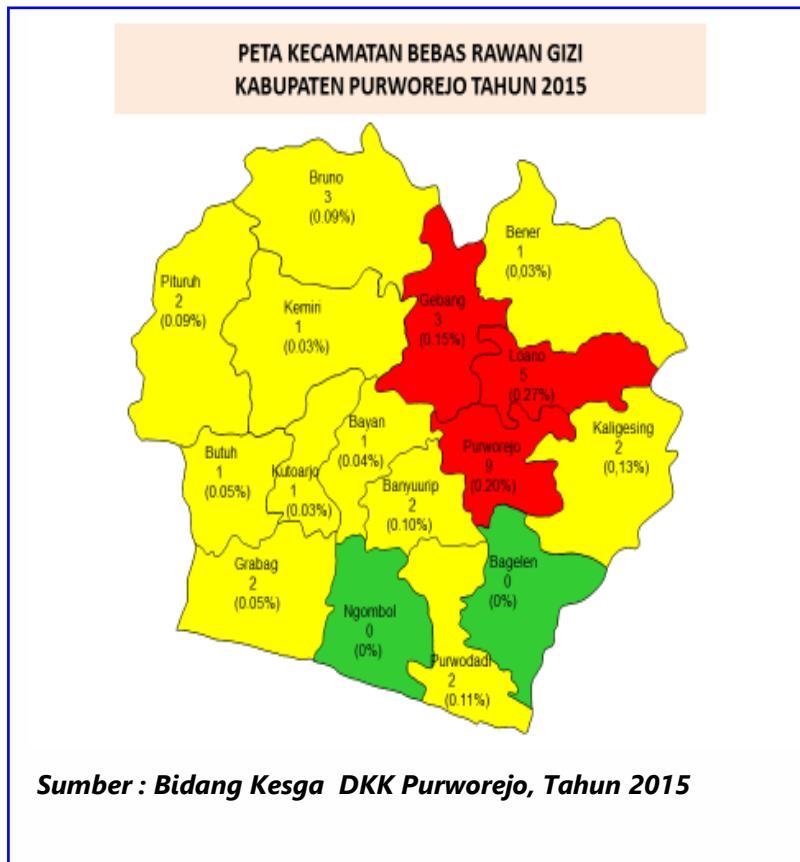
Sumber : Bidang Kesga DKK Purworejo, Tahun 2015

Dari grafik di atas dapat diketahui bahwa balita gizi buruk yang mendapat perawatan adalah jumlah semua gizi buruk yang ditemukan di masyarakat/posyandu dan telah diverifikasi oleh tenaga kesehatan.

5. Kecamatan Bebas Rawan Gizi

Hasil pemantauan status gizi di wilayah kecamatan se-Kabupaten Purworejo memberikan gambaran bahwa dari 27 Puskesmas pada 16 kecamatan di Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 ini, masih ada 3 kecamatan yang belum bebas rawan gizi yaitu Kecamatan Purworejo, Kecamatan Gebang dan Kecamatan Loano dimana prosentase gizi buruknya >0,15%. Dalam peta ditunjukkan dengan warna merah.

Gambar 3.17



BAB 4

SITUASI UPAYA KESEHATAN

Dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di Kabupaten Purworejo, telah dilakukan berbagai upaya pelayanan kesehatan masyarakat. Berikut ini diuraikan gambaran situasi upaya kesehatan pada tahun 2015.

A. PELAYANAN KESEHATAN DASAR

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

1. Pelayanan Kesehatan Ibu.

Pelayanan kesehatan ibu hamil diwujudkan melalui pemberian pelayanan antenatal sekurang-kurangnya 4 kali selama masa kehamilan, dengan distribusi waktu minimal 1 kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan 2 kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 24-36 minggu). Standar waktu pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan atau janin, berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan dan penanganan dini komplikasi kehamilan.

Pelayanan antenatal diupayakan agar memenuhi standar kualitas 10T, yaitu :

1. **Ukur Tekanan Darah**
2. **Timbang berat badan**
3. **Nilai Status Gizi (ukur LILA)**
4. **Ukur Tinggi Fundus Uteri**
5. **Tentukan Presentasi janin dan ukur denyut jantung janin**
6. **Nilai status imunisasi TT & berikan bila perlu**
7. **Berikan Tablet Fe (tablet tambah darah) : 90 tablet**
8. **Tes laboratorium : Gol.darah, Hb (2 kali), Protein urine, GD**
9. **Tatalaksana Kasus**

10. Temu wicara/konseling tmsk Perenc Persalinan dan KB pasca persalinan

a) Cakupan Kunjungan Ibu hamil

Capaian pelayanan kesehatan ibu hamil dapat dinilai menggunakan indikator cakupan K4. Cakupan kunjungan ibu hamil K4 di Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 sebesar 88,71 % meningkat apabila dibandingkan dengan tahun 2014 sebesar 87.36 %. Angka tersebut masih dibawah target SPM tahun 2015 yaitu 95%.

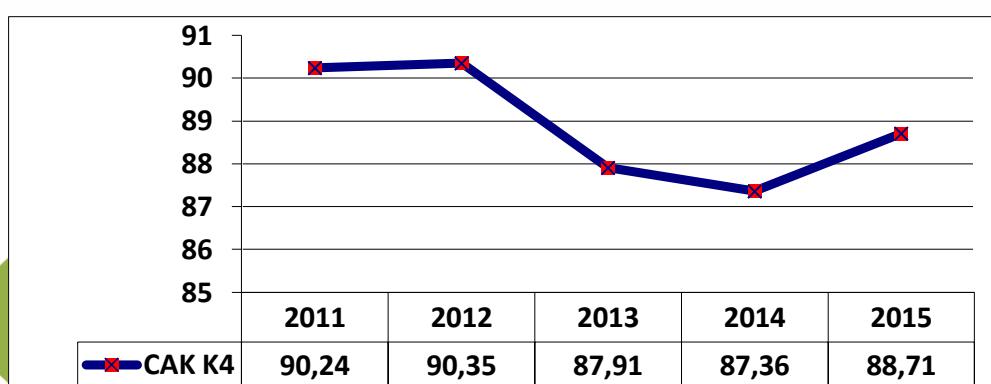
Dari 27 Puskesmas yang ada di Kabupaten Purworejo, baru 3 Puskesmas sudah melampaui target pencapaian yaitu Puskesmas Grabag, Puskesmas Butuh dan Puskesmas Loano.

Cakupan kunjungan antenatal (K4) di Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 ini tidak mencapai target, kemungkinan disebabkan karena :

- Ibu hamil yang datang ANC untuk pertama kali pada masa kehamilannya (cakupan K1 100%), hanya 88,71% yang datang kembali untuk kunjungan kunjungan antenatal keempat (K4).
- Pada trimester 3, ibu hamil pindah dan periksa ke tenaga kesehatan di wilayah lain sehingga tdk tercatat
- Adanya kasus abortus sehingga sebelum kunjungan K4 sudah mengalami Dropout.
- Ibu hamil Kunjungan K1 sudah melebihi umur kehamilan 12 minggu (K1 akkses) sehingga untuk kunjungan ke empat tidak masuk kunjungan K4 ibu hamil atau dropout.

Gambaran kecenderungan Cakupan K4 dari tahun 2011 sampai dengan tahun 2015 nampak pada gambar 4.1 berikut ini.

**GAMBAR 4.1
CAKUPAN PELAYAN ANTE Natal K4
DI KAB.PURWOREJO TAHUN 2011 - 2015**



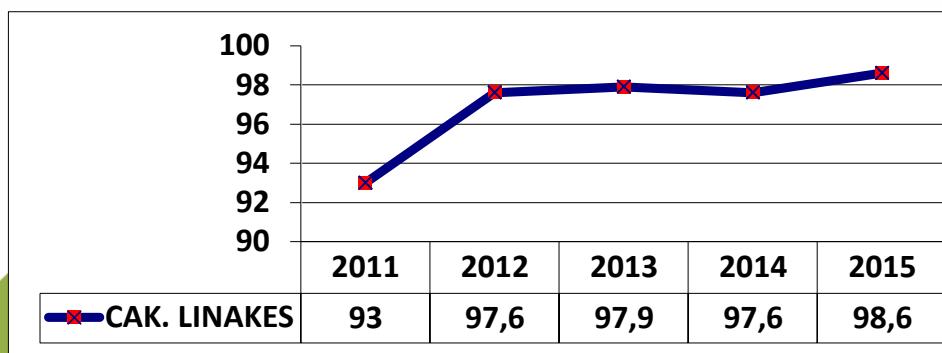
Sumber : Bidang Kesga DKK Purworejo

Upaya meningkatkan cakupan K4 juga makin diperkuat dengan dikembangkannya Kelas Ibu Hamil. Sampai saat ini telah terdapat 27 Puskesmas yang melaksanakan dan mengembangkan kelas ibu hamil di wilayah kerjanya. Kelas ibu hamil akan meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu hamil dan keluarganya dalam memperoleh pelayanan kesehatan ibu secara paripurna. Selain kelas ibu hamil untuk meningkatkan kunjungan K4 puskesmas juga melakukan kunjungan rumah pada ibu hamil, sweeping ibu hamil dan berkerjasama dengan kader di desa untuk pendekstrian dini ibu hamil.

b) Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan dengan Kompetensi Kebidanan

Pertolongan persalinan oleh bidan atau tenaga kesehatan adalah ibu bersalin yang mendapat pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan. Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebesar 98,6 % mengalami kenaikan dari pencapaian tahun 2014 sebesar 97,6 %. Cakupan tertinggi berada di 19 Puskesmas yang mencapai cakupan sebesar 100 %, sedangkan cakupan terendah di Puskesmas Bruno sebesar 86,5 % dikarenakan masih ada persalinan dengan dukun. Sebanyak 26 Puskesmas sudah melampaui target 2015 yaitu sebesar 96%. Hal ini menunjukkan adanya tingkat kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan persalinan oleh tenaga kesehatan, adanya perencanaan persalinan yang baik dari ibu, suami maupun dukungan keluarga. Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan Kabupaten Purworejo tahun 2011 s.d. 2015 dapat dilihat dalam grafik berikut ini

**GAMBAR 4.2
CAKUPAN PERTOLONGAN PERSALINAN OLEH TENAGA KESEHATAN
DI KAB.PURWOREJO TAHUN 2011-2015**



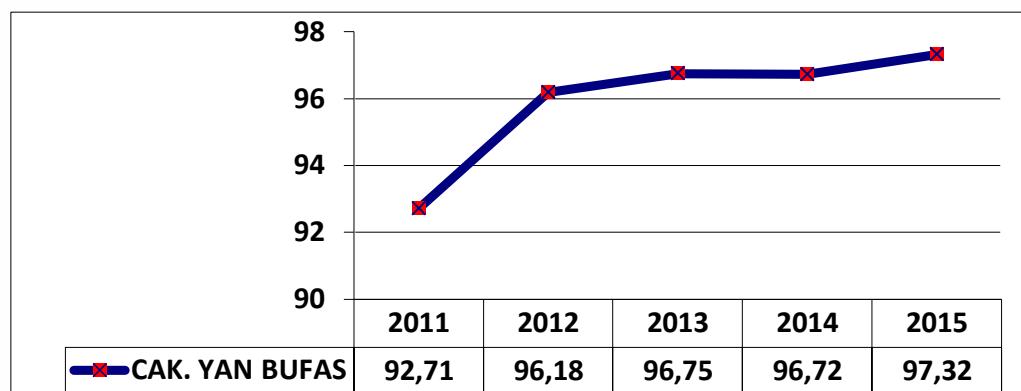
Sumber : Bidang Kesga DKK Purworejo

c) Pelayanan Ibu Nifas

Pelayanan Ibu Nifas adalah pelayanan kesehatan selama masa nifas sesuai dengan standar dengan dikunjungi oleh tenaga kesehatan minimal 3 (tiga) kali dengan kriteria kunjungan nifas ke-1 pada 6 jam setelah persalinan s.d 3 hari, kunjungan nifas ke-2 hari ke 4 s.d hari ke 28 setelah persalinan, kunjungan nifas ke-3 hari ke 29 s.d hari ke 42 setelah persalinan. Pelayanan Ibu Nifas meliputi pemberian Vitamin A dosis tinggi dan pemeriksaan kesehatan paska persalinan untuk mengetahui apakah terjadi perdarahan paska persalinan, keluar cairan berbau dari jalan lahir, demam lebih dari 2 (dua) hari, payudara Bengkak kemerahan disertai rasa sakit dan lain-lain. Kunjungan terhadap ibu nifas yang dilakukan petugas kesehatan biasanya bersamaan dengan kunjungan neonatus.

Cakupan pelayanan pada ibu nifas di Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebesar 97,3 % mengalami kenaikan bila dibandingkan tahun 2014 sebesar 96,7 %. Angka tersebut sudah diatas target pencapaian tahun 2015 yaitu 96%. Cakupan pelayanan ibu nifas oleh tenaga kesehatan Kabupaten Purworejo tahun 2011 - 2015 dapat dilihat dalam grafik berikut ini.

GAMBAR 4.3
CAKUPAN PELAYANAN IBU NIFAS OLEH TENAGA KESEHATAN
DI KAB.PURWOREJO TAHUN 2011-2015



Sumber : Bidang Kesga DKK Purworejo

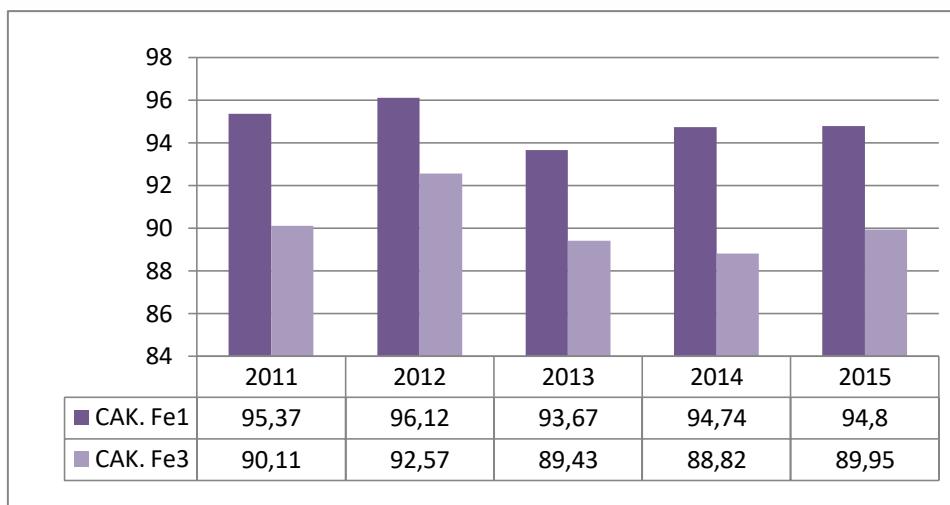
d) Ibu Hamil Mendapat Tablet Fe

Program penanggulangan anemia yang dilakukan adalah dengan memberikan tablet tambah darah yaitu preparat Fe yang bertujuan untuk menurunkan angka anemia pada Bumil, Bufas, Remaja Putri di Sekolah, dan WUS (Wanita Usia Subur).

Penanggulangan anemi yang dilaksanakan adalah dengan pemberian tablet Fe kepada ibu hamil, WUS, dan Remaja Putri di Sekolah. Pemberian tablet Fe kepada

ibu hamil ada 2 indikator yaitu Fe1 dan Fe3. Pencapaian Fe3 Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 sebesar 89,95% mengalami kenaikan dibanding dua tahun sebelumnya, tahun 2014 sebesar 88,82% dan tahun 2013 sebesar 89,43%. Cakupan Fe1 di Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebesar 94,80% juga mengalami kenaikan bila dibandingkan 2 tahun sebelumnya, tahun 2014 sebesar 94,74% dan tahun 2013 sebesar 93,67%. Grafik perkembangan pemberian Fe pada ibu hamil dari tahun 2011 sampai pada tahun 2015 sebagai berikut :

GAMBAR 4.4
PERSENTASE PEMBERIAN TABLET Fe PADA IBU HAMIL
DI KABUPATEN PURWOREJO 2011 – 2015



Sumber : Bidang Kesga DKK Purworejo, Tahun 2015

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa cakupan distribusi Fe1 sudah diatas 90% namun cakupan distribusi Fe3 masih dibawah 90%. Dengan demikian tingkat kepatuhan konsumsi tablet tambah darah oleh ibu hamil masih harus tetap dipantau karena berkaitan dengan masih tingginya prevalensi anemia pada ibu hamil di Kabupaten Purworejo .

2. Pelayanan Kesehatan Anak PraSekolah dan Usia Sekolah

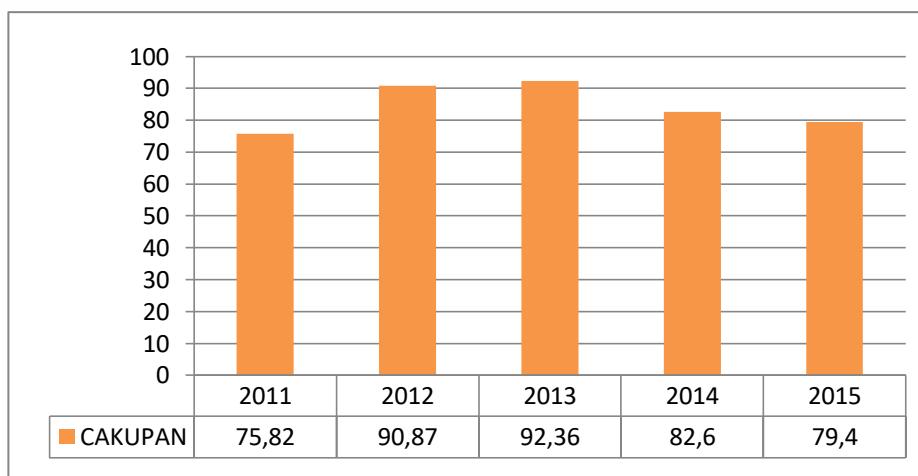
a) Pelayanan Kesehatan Anak Balita dan Prasekolah

Pelayanan Kesehatan Anak Balita adalah pelayanan kesehatan bagi anak umur 12 - 59 bulan yang memperoleh pelayanan sesuai standar, meliputi pemantauan pertumbuhan minimal 8 x setahun, pemantauan perkembangan minimal 2 x setahun, pemberian vitamin A 2 x setahun. Pemantauan tumbuh kembang anak Balita yang dimaksudkan adalah anak umur 1 – 5 tahun yang dideteksi dini tumbuh kembang sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan, paling sedikit 2 kali per tahun. Upaya pembinaan kesehatan anak diarahkan untuk meningkatkan

kesehatan fisik , mental, dan sosial anak dengan perhatian khusus pada kelompok balita yang merupakan masa krisis atau periode emas tumbuh kembang.

Cakupan pelayanan kesehatan anak balita di Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 sebesar 79,4 %, pencapaian ini mengalami penurunan bila dibandingkan dengan cakupan tahun 2014 sebesar 82,6 %. Cakupan ini bila dibandingkan dengan target SPM 2015 sebesar 90% belum mencapai target. Oleh Dinas Kesehatan telah diupayakan peningkatan ketrampilan petugas kesehatan dan kader dalam upaya Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang anak (SDIDTK) dengan dilakukan pelatihan pelayanan SDIDTK dan pemanfaatan dana BOK untuk pelayanan SDIDTK di Posyandu, PAUD, dan TK. Hal ini diharapkan akan dapat meningkatkan kemampuan petugas dalam melaksanakan pembinaan teknis pelaksanaan SDIDTK.

GAMBAR 4.5
CAKUPAN PELAYANAN KESEHATAN ANAK BALITA
DI KABUPATEN PURWOREJO 2011 – 2015



Sumber : Bidang Kesga DKK Purworejo

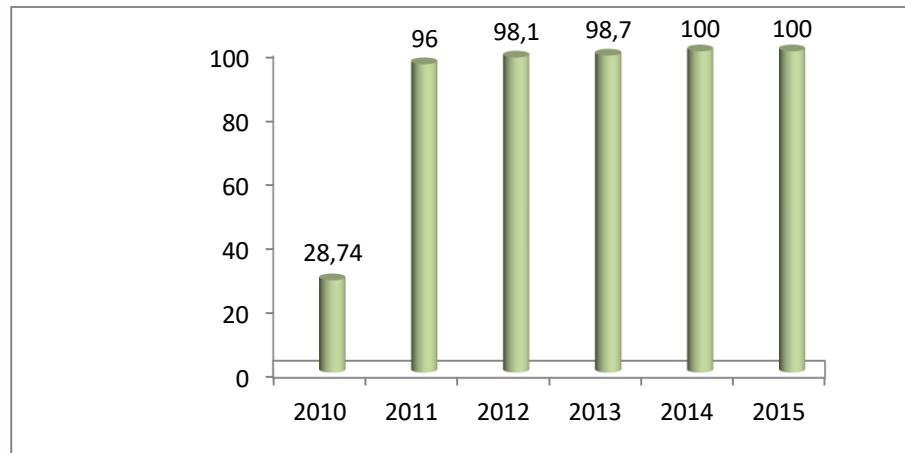
b) Pemeriksaan Kesehatan Siswa

Penjaringan siswa SD merupakan kegiatan rutin awal tahun ajaran sekolah. Pada tahun 2015 semua puskesmas melaksanakan penjaringan kesehatan di seluruh SD di kabupaten Purworejo. Penjaringan kesehatan dilaksanakan untuk mengetahui kesehatan siswa baru yang meliputi kesehatan gigi mulut, kesehatan penglihatan, pendengaran, status gizi, kesegaran jasmani, kesehatan jiwa dan pemeriksaan penunjang seperti anemia, kecacingan dan gangguan akibat kekurangan yodium (GAKY).

Untuk pemeriksaan penunjang sampai saat ini belum bisa dilaksanakan oleh petugas puskesmas, karena membutuhkan sarana prasarana, personil dan waktu yang lebih. Pada tahun 2015 ini capaian penjaringan mencapai 100 % di 580 Sekolah Dasar. Untuk siswa yang dijaring pada tahun 2015 ini sejumlah 12.210 siswa terdiri dari 6.456 siswa laki-laki dan 5.754 siswa perempuan. Harapan Dinas Kesehatan pada tahun 2016 bisa memberikan penjaringan yang lengkap termasuk pemeriksaan penunjang.

Berikut capaian penjaringan siswa SD kelas 1 di Purworejo dari tahun 2010–2015.

GAMBAR 4.6
CAKUPAN PEMERIKSAAN KESEHATAN SISWA
DI KABUPATEN PURWOREJO 2010– 2015



3. Pelayanan Keluarga Berencana

a) Peserta KB Baru

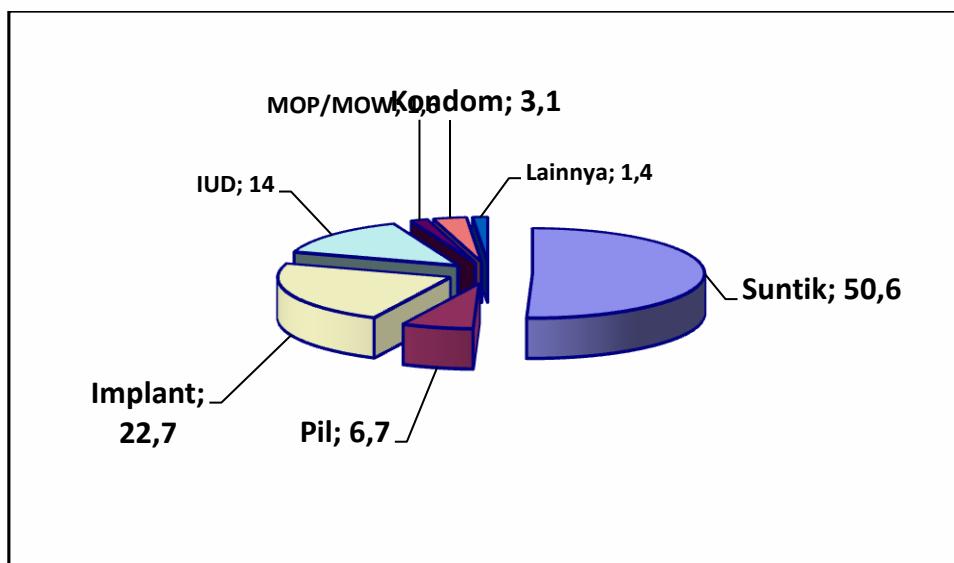
Peserta KB Baru adalah Pasangan usia subur yang baru pertama kali menggunakan salah satu cara/alat kontrasepsi dan/atau pasangan usia subur yang menggunakan kembali salah cara/alat kontrasepsi, termasuk pasca keguguran, sesudah melahirkan, atau pasca istirahat. Jumlah Pasangan Usia Subur (PUS) di Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebanyak 119.831, meningkat dibanding tahun 2014 sebanyak 119.084. Jumlah peserta KB baru pada tahun 2015 sebanyak 7.795 atau 6,5% dari jumlah PUS yang ada. Peserta KB baru tersebut menggunakan kontrasepsi sebagai berikut :

TABEL 4.1
PESERTA KB BARU DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2014

No	KONTRASEPSI	JUMLAH	PERSEN
1	Suntik	3.942	50.6%
2	Pil	519	6.7%
3	Implant	1.773	22.7%
4	IUD	1.089	14.0%
5	MOP/MOW	123	1.6%
6	Kondom	238	3.1%
7	Lainnya	111	1.4%
T O T A L		7.795	100%

Dari data tersebut dapat diketahui bahwa sebagian besar peserta KB baru mempergunakan kontrasepsi hormonal (suntikan, Pil, dan Implant) yaitu sebesar 80%. Peserta KB baru tersebut membutuhkan pemantauan secara rutin dan berkelanjutan untuk menjaga kelangsungan pemakaian kontrasepsi.

GAMBAR 4.7
PERSENTASE PEMAKAIAN KONTRASEPSI PESERTA KB BARU
DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2015



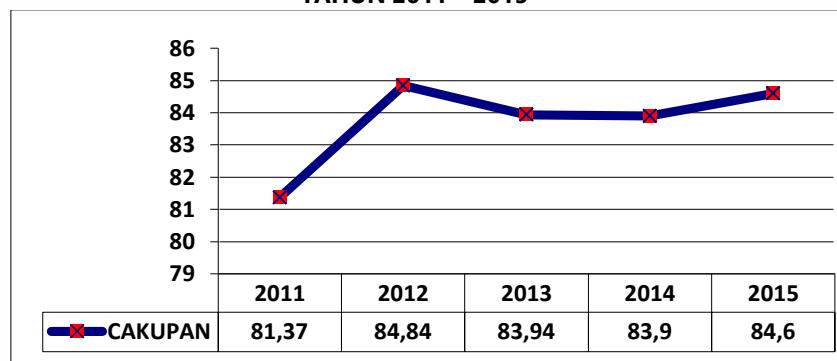
Sumber : Bidang Kesga DKK Purworejo

b) Peserta KB Aktif

Peserta KB aktif adalah akseptor yang sedang memakai kontrasepsi untuk menjarangkan kehamilan atau yang mengakhiri kesuburan, dan masih terlindungi oleh efek kontrasepsinya. Cakupan peserta KB aktif adalah perbandingan antara jumlah peserta KB aktif yang terlindungi alkon dengan Pasangan Usia Subur. Cakupan peserta KB aktif menunjukkan tingkat pemanfaatan kontrasepsi di antara Pasangan Usia Subur.

Cakupan peserta KB aktif di Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 sebesar 84,6%, tetapi bila dibandingkan tahun 2014 sebesar 83,9%. Angka ini sudah mencapai target tahun 2015 sebesar 80%. Adapun gambaran kecenderungan cakupan peserta KB aktif dari tahun 2011 sampai dengan 2015 dapat dilihat pada gambar 4.9 berikut ini.

**GAMBAR 4.8
CAKUPAN PESERTA KB AKTIF DI KABUPATEN PURWOREJO
TAHUN 2011 – 2015**



Sumber : Bidang Kesga DKK Purworejo

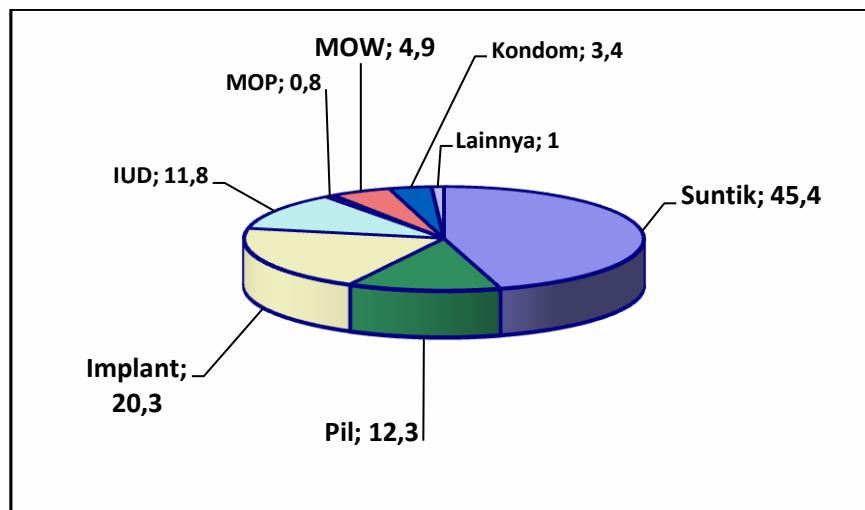
Adapun jenis kontrasepsi yang digunakan para peserta KB aktif adalah sebagai berikut :

**TABEL 4. 2
PESERTA KB AKTIF DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2015**

No	KONTRASEPSI	JUMLAH	PERSEN
1	Suntik	45.991	45.4 %
2	Pil	12.442	12.3 %
3	Implant	20.606	20.3 %
4	IUD	11.941	11.8 %
5	MOP	857	0.8 %
6	MOW	4.950	4,9%
7	Kondom	3.496	3.4 %
8	Lainnya	1.061	1 %
T O T A L		101.344	100 %

Dari data tersebut dapat diketahui bahwa bagian terbesar peserta KB aktif mempergunakan kontrasepsi hormonal (Suntikan, Implant, dan Pil). Secara keseluruhan proporsi pemakaian kontrasepsi suntik sangat besar yaitu 45,4%, hal tersebut dapat dipahami karena akses untuk memperoleh pelayanan KB suntik relatif lebih mudah dikarenakan tersedianya jaringan pelayanan sampai di tingkat desa/kelurahan sehingga dekat dengan tempat tinggal peserta KB.

GAMBAR 4.9
PERSENTASE PEMAKAIAN KONTRASEPSI PESERTA KB AKTIF
DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2015



Sumber : Bidang Kesga DKK Purworejo

Sementara itu partisipasi pria (bapak) untuk menjadi peserta KB aktif dengan mempergunakan kontrasepsi MOP dan kondom sangat kecil, karena sebagian pria masih beranggapan bahwa KB merupakan urusan ibu (istri), sehingga ibu (istri) yang menjadi sasaran.

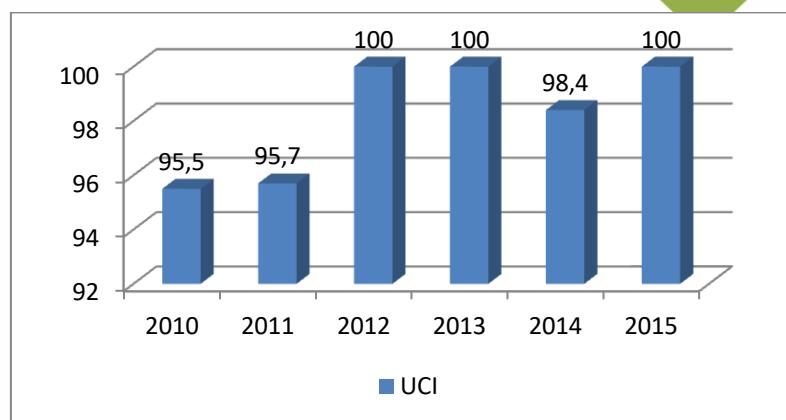
4. Pelayanan Imunisasi

a) Persentase Desa yang Mencapai “*Universal Child Immunization*” (UCI)

Strategi operasional pencapaian cakupan imunisasi yang tinggi dan merata berupa pencapaian *Universal Child Immunization* (UCI) yang berdasarkan indicator cakupan BCG, DPT-HB-Hib 3 (Pentavalen), Polio 4 dan Campak dengan cakupan minimal 80% secara nasional dan untuk propinsi minimal 85% dari jumlah sasaran bayi didesa. Pencapaian UCI desa di Kabupaten Purworejo dalam 5 tahun terakhir mengalami peningkatan.

Hasil UCI desa tahun 2010 (95,5%) 2011 (95,7%), 2012 (100%), 2013 (100) % tahun 2014 (98,4 %) dan tahun 2015 (100 %) dari 27 Puskesmas yang ada .

**GAMBAR 4.10
CAKUPAN DESA/KELURAHAN UCI
DIKABUPATEN PURWOREJO
TAHUN 2010-2015**



Sumber: Bidang P2-PLDKK Purworejo

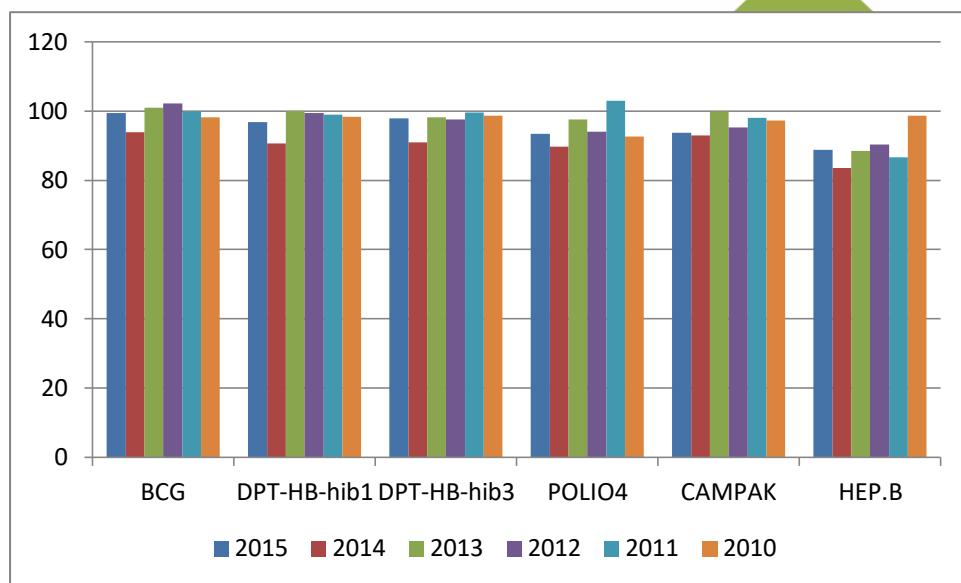
b) Cakupan Imunisasi bayi

Upaya untuk menurunkan angka kesakitan, kecacatan, dan kematian bayi serta anak balita dilaksanakan program imunisasi baik program rutin maupun program tambahan/suplemen untuk penyakit- penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) seperti TBC, Difteri, Pertusis, Tetanus ,Polio, Hepatitis B, dan Campak .Bayi seharusnya mendapat imunisasi dasar lengkap yang terdiri dari HBO-7 hari 1 kali, BCG 1 kali, DPT-HB-Hib (pentavalen) 3 kali, Polio 4 kali dan campak 1 kali. Sebagai indikator kelengkapan status imunisasi dasar lengkap bagi bayi dapat dilihat dari hasil cakupan imunisasi campak, karena imunisasi campak merupakan imunisasi yang terakhir yang diberikan pada bayi umur 9 (sembilan) bulan dengan harapan imunisasi sebelumnya sudah diberikan dengan lengkap (BCG, DPT-HB, Polio, dan HB).

Selain pemberian imunisasi rutin pada bayi, program imunisasi juga melaksanakan program imunisasi rutin pada anak usia sekolah dasar (klas I sd III) yaitu pemberian imunisasi DT dan campak pada murid kls I dan Td pada murid klsII dan IIIdisemua SD/MI/ SDLB baik negeri maupun swasta. Cakupan imunisasi dasar lengkap bayi di Purworejo tahun 2015 dari semua antigen sudah mencapai target minimal nasional (80%) dan target propinsi (85%). Jumlah sasaran bayi

pada tahun 2015 adalah 9130, sedang cakupan masing-masing jenis imunisasi adalah sebagai berikut : BCG (99,5%), DPT-HB-hib1(96,8%), DPT-HB-hib3 (97,9%), Polio Polio 4 (93,4%), Campak (93,7%), Hepatitis B(88,8%).

**GAMBAR4.11
CAKUPANANIMUNISASI BAYI DI KABUPATEN PURWOREJO
TAHUN 2010-2015**



Sumber: Bidang P2&PLDKK Purworejo

c) Drop Out Imunisasi DPT1-Campak

Dalam rangka mencapai dan mempertahankan UCI desa, analisis PWS harus diikuti dengan tindak lanjut. Dengan grafik PWS akan terlihat dan dapat dianalisis cakupan dan kecenderungan setiap bulan, maka dapat segera diketahui kekurangan cakupan dan beban yang harus dicapai setiap bulan pada periode berikutnya. Untuk kecenderungan pencapaian cakupan setiap bulan dapat diketahui dengan indikator *Drop Out* (DO). Sesuai kesepakatan dengan Puskesmas indikator DO di Purworejo maksimal 5% atau (-5%). Tahun 2013 untuk tingkat Kabupaten Purworejo mencapai 0,2% dan pada tahun 2014 justru surplus sebesar -2 % dalam artian tahun 2014 ini tidak ada sasaran yang DO. kemudian pada tahun 2015 sebesar 3,2 % masih dibawah target kabupaten .

d) WUS Mendapat Imunisasi TT

Imunisasi TT Wanita usia Subur adalah pemberian imunisasi TT pada Wanita Usia Subur (15-39th) sebanyak 5 dosis dengan interval tertentu yang berguna

bagi kekebalan seumur hidup. Data kegiatan imunisasi TT WUS saat ini akurasinya masih sangat kurang sehingga belum dapat dianalisis. Hal ini disebabkan karena pencatatan dan pelaporan status imunisasi 5 dosis belum berjalan dengan baik karena pelaksanaan skrining status TT belum optimal. Dan masih rendahnya kesadaran masyarakat akan pentingnya imunisasi TT tersebut, selain itu juga masih kuarangnya keterpaduan antara program KIA dan program imuniasi. Cakupan imunisasi wanita usia subur di Kabupaten Purworejo tahun 2015 dengan jumlah sasaran WUS sebesar 202,136 diperoleh cakupan masing-masing jenis imunisasi TT adalah sebagai berikut :TT-1(4,5%), TT-2(2,5%), TT-3(0,4%), TT-4(0,2%), dan TT-5(0,01%).

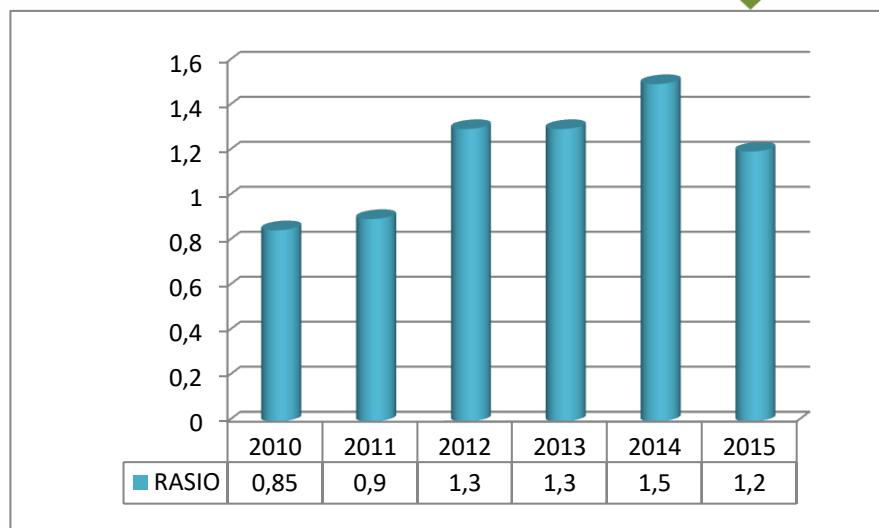
5. Pelayanan Kesehatan Gigi

a) RasioTambal Cabut Gigi Tetap

Pelayanan kesehatan gigi dan mulut di Puskesmas meliputi kegiatan promosi kesehatan, preventif dan kuratif. Kegiatan promosi dilaksanakan antara lain dalam kegiatan Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS) , Usaha Kegiatan Gigi Masyarakat (UKGM) dan lain – lain. Upaya kesehatan gigi preventif dilaksanakan Antara lain dengan sikat gigi massal, sedangkan upaya kesehatan kuratif dilaksanakan dengan tumpatan, pengobatan dan pencabutan gigi.

Pada tahun 2015 ini kunjungan untuk tumpatan sebesar 4.346 kunjungan dan untuk pencabutan sebesar 3.695 kunjungan. Sedangkan rasio tumpatan terhadap pencabutan mencapai 1.2 %. Hal ini menunjukan bahwa masyarakat telah menyadari pentingnya menjaga kesehatan gigi sebelum akhirnya harus diobati dan dicabut.

GAMBAR 4.12
RASIO TUMPATAN DAN PENCABUTAN GIGI TETAP
DI KABUPATEN PURWOREJO
TAHUN 2010-2015

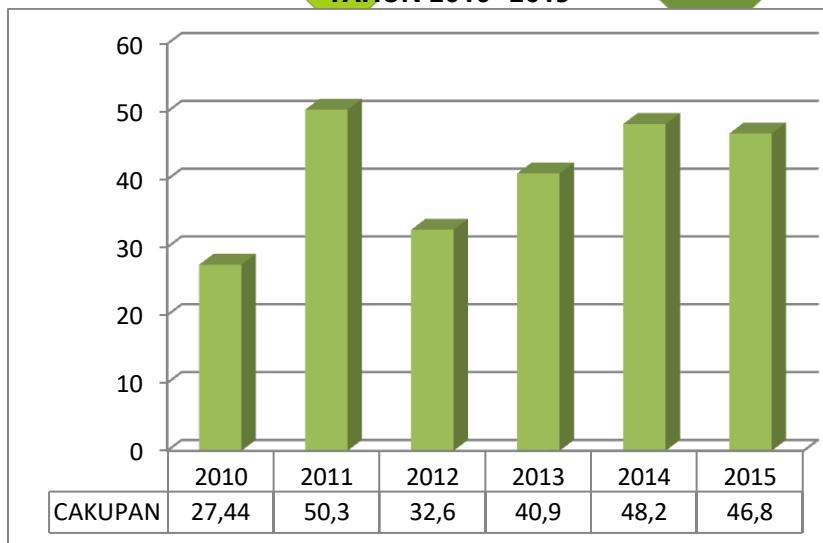


sumber: Bidang Yanes DKK Purworejo

b) Murid SD/MI mendapat Pemeriksaan Gigi dan Mulut

Untuk meningkatkan kualitas kesehatan gigi pada anak sekolah dilaksanakan kegiatan Usaha Kesehatan Gigi Sekolah yang merupakan bagian kegiatan UKS. Pada kegiatan UKGS ini sementara dilaksanakan pada siswa baru sekolah dasar. Dari seluruh siswa baru yang diperiksa, terdapat 4.650 siswa yang membutuhkan perawatan. Namun karena keterbatasan waktu dari siswa maupun guru yang mendampingi sehingga tidak semua siswa yang perlu perawatan memeriksakan diri ke Puskesmas untuk tindakan lanjutan. Dari 4.650 siswa yang membutuhkan ada 2.178 siswa yang mendapatkan perawatan atau 46.8 %. Berikut capaian pemeriksaan siswa SD dan setingkat dari tahun 2010 – 2015.

GAMBAR 4.13
CAKUPAN PEMERIKSAAN KESEHATAN MURID SD
DAN SETINGKAT DI KABUPATEN PURWOREJO
TAHUN 2010 -2015



Sumber : Bidang Yankes DKK Purworejo

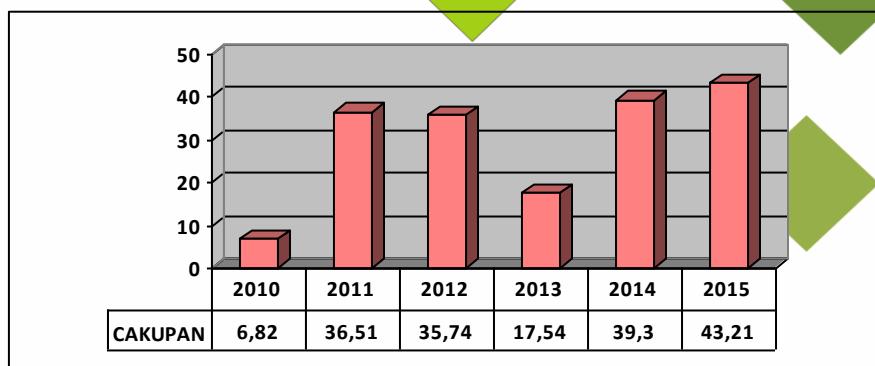
6. Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut

Seiring dengan keberhasilan Pemerintah dalam Pembangunan Nasional, telah mewujudkan hasil yang positif diberbagai bidang, yaitu adanya kemajuan ekonomi, perbaikan lingkungan hidup, kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi, terutama dibidang medis yaitu adanya peningkatan umur harapan hidup manusia, akibatnya jumlah penduduk yang berusia lanjut meningkat dan bertambah cenderung lebih cepat.

Penuaan mempengaruhi berbagai system dalam tubuh, diantaranya system kardiovaskuler, pulmonal, integument, system pengindraan dan system lainnya. Proses penuaan akan memberikan pengaruh pada setiap system tubuh. Perubahan yang terjadi terkait dengan usia lanjut akan terlihat dengan jelas.

Untuk itu diperlukan pelayanan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan lansia untuk mencapai masa tua yg bahagia & berdaya guna dalam kehidupan keluarga dan masyarakat. Di Purworejo cakupan kunjungan pelayanan lanjut usia pada tahun 2015 mencapai 43.21 %. Hal ini menunjukan kesadaran masyarakat lanjut usia mulai terbangun untuk mengontrol kesehatannya. Selain pelayanan kesehatan di Puskesmas ada program lanjutan di desa seperti posyandu lansia. Posyandu lansia dilaksanakan untuk mengontrol kesehatan secara rutin.

GAMBAR 4.14
PELAYANAN KESEHATAN PRA USILA DAN USILA
DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2010 – 2015



Sumber : Bidang Kesga DKK Purworejo

B. PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN DAN PENUNJANG

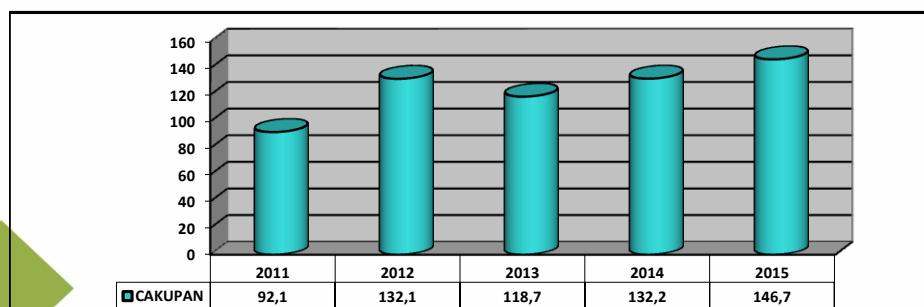
1. Ibu Hamil Risti/Komplikasi Ditangani

Komplikasi Kebidanan adalah kesakitan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas yang dapat mengancam jiwa ibu dan/atau bayi. Penanganan komplikasi kebidanan adalah Ibu hamil, bersalin dan nifas dengan komplikasi yang mendapatkan pelayanan sesuai standar pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan (Polindes, Puskesmas, Puskesmas PONED, Rumah Bersalin, RSIA/RSB, RSU, RSU PONEK).

Cakupan ibu hamil risiko tinggi dan komplikasi yang ditangani tahun 2015 sebesar 146,7%, cakupan ini meningkat bila dibandingkan cakupan tahun 2014 sebesar 132,2%..

Cakupan ibu hamil resti ditangani melebihi 100 % dikarenakan jumlah bumil risti pada tahun 2015 melebihi 20 % seperti yg sudah di targetkan.

GAMBAR 4.15
IBU HAMIL RESIKO TINGGI/KOMPLIKASI DITANGANI
DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2011 – 2015



Sumber : Bidang Kesga DKK Purworejo

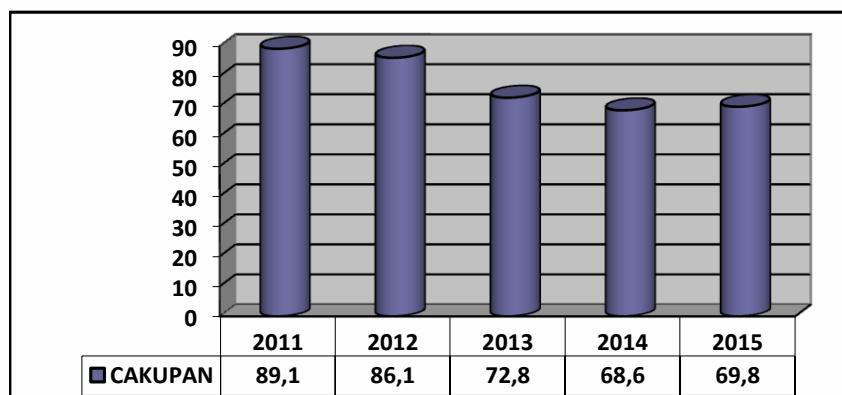
2. Neonatal Risti/Komplikasi Ditangani

Komplikasi neonatal adalah neonatal dengan penyakit dan kelainan yang dapat menyebabkan kesakitan, kecacatan, dan kematian. Neonatus dengan komplikasi seperti asfiksia, ikterus, hipotermia, tetanus neonatorum, infeksi/sepsis, trauma lahir, BBLR (berat badan lahir rendah < 2500 gr), sindroma gangguan pernafasan, kelainan kongenital.

Penanggangan komplikasi neonatal adalah neonatal dengan komplikasi disatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu yang ditangani sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan terlatih di seluruh sarana pelayanan kesehatan Cakupan neonatal risti tertangani Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebesar 69.8% meningkat bila dibandingkan dengan tahun 2014 sebesar 68.6%.

Gambaran cakupan neonatal risiko tinggi/komplikasi ditangani di Kabupaten Purworejo, seperti dibawah ini.

**GAMBAR 4.16
CAKUPAN NEONATAL RESIKO TINGGI/KOMPLIKASI DITANGANI
DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2011 – 2015**

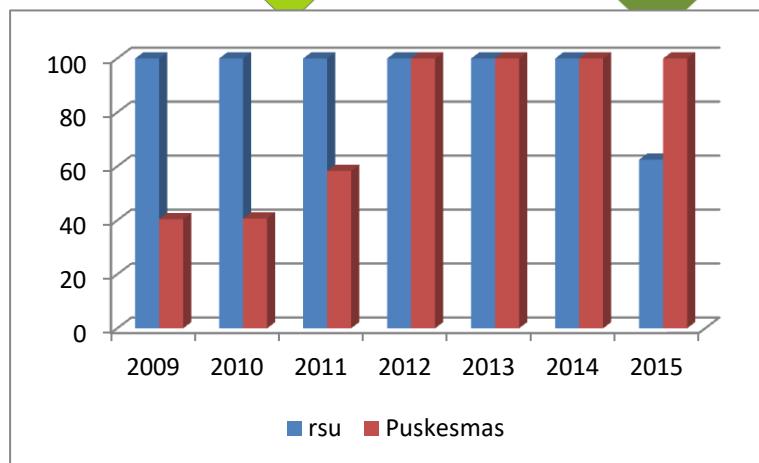


3. Pelayanan Gawat Darurat

a) Sarana Kesehatan Dengan Kemampuan Pelayanan Gawat Darurat Yang Dapat Diakses Masyarakat

Setiap Rumah Sakit tentunya diharapkan mampu memenuhi standar pelayanan gawat darurat level 1 dengan baik. Beberapa standar pelayanan gawat darurat level 1 antara lain tersediannya jalur telepon langsung dari Unit Gawat Darurat (UGD) untuk akses keluar ataupun masuk tanpa melalui sambungan operator, adanya dokter jaga Onsite dan ambulan siap jaga 24 jam lengkap beserta sopir, petugas kesehatan dan obat-obatan di dalamnya. Namun ada 3 rumah sakit yang belum memenuhi standar tersebut antara lain RSUD Tjitrowardojo, RS Budi Sehat dan RS Purwa Husada. Di ketiga rumah sakit tersebut jalur telepon masih gabung dengan jalur operator. Pada tahun 2016 diharapkan semua rumah sakit dapat memenuhi standar pelayanan gawat darurat dengan baik.

GAMBAR 4.17
**SARANA KESEHATAN(RS,Pusk,RSK)DENGANKEMAMPUAN PELAYANAN
 GAWAT DARURATYANG DAPAT DIAKSES MASYARAKAT DI
 KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2009-2015**



Sumber:Bidang Yanes DKK Purworejo

b) **Pemenuhan Darah diRumah Sakit**

Target program upaya kesehatan di bidang transfusi darah adalah 95% permintaan darah oleh RSU maupun RSK (pemerintah dan swasta) mampu dipenuhi oleh Unit Transfusi Darah (UTD). Di Kabupaten Purworejo data permintaan dan penerimaan darah oleh rumah sakit ini diperoleh dari PMI. Pada tahun 2013 sebesar 0.49% dan 0,65% pada tahun 2014, karena data yang masuk sangat sedikit sehingga tidak bisa dianalisis karena tidak bisa menggambarkan kondisi yang benar tentang pemenuhan darah dirumah sakit.

Permasalahan yang dihadapi dalam program upaya kesehatan di bidang transfuse darah saat ini adalah:

- Dinas Kesehatan Kabupaten masih belum melaksanakan program upaya kesehatan dibidang transfuse darah.
- Belum semua rumah sakit memiliki bank darah, belum mencapai 30%.
- Masih kurangnya pendonor dari masyarakat, padahal di Kabupaten yang menjadi rujukan maupun pusat rujukan banyak membutuhkan persediaan darah yang cukup banyak.

C. AKSES DAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN

1. Cakupan Rawat Jalan

Cakupan rawat jalan adalah cakupan kunjungan rawat jalan baru di sarana pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

Cakupan kunjungan rawat jalan di sarana kesehatan di Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 mencapai 126,58 %.

Cakupan yang tinggi tersebut karena masih adanya pencatatan dan pelaporan di sarana pelayanan kesehatan yang belum benar, disamping pemahaman terhadap definisi operasional suatu variabel yang belum benar pula. Berdasarkan definisi operasional yang ada, seharusnya seorang yang berkunjung ke sarana pelayanan kesehatan, dalam satu tahun hanya dihitung satu kali meskipun ia datang berkali kali dalam tahun tersebut. Selain itu masih ada beberapa sarana kesehatan yang belum melaporkan data kunjungan di Dinas Kesehatan.

2. Cakupan Rawat Inap

Cakupan rawat inap adalah cakupan kunjungan rawat inap baru di sarana pelayanan kesehatan swasta dan pemerintah di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Cakupan rawat inap di sarana kesehatan di Kabupaten Purworejo tahun 2015 mencapai 6,91 % menurun dari tahun 2014 sebesar 7,6 %. Cakupan ini kegiatan promotif dan preventif kesehatan di masyarakat sudah mulai berjalan.

3. Pelayanan Kesehatan Jiwa

Pelayanan gangguan jiwa adalah pelayanan pada pasien yang mengalami gangguan kejiwaan, yang meliputi gangguan pada perasaan, proses pikir, dan perilaku yang menimbulkan penderitaan pada individu dan atau hambatan dalam melaksanakan peran sosialnya. Pelayanan di Puskesmas meliputi pemberian obat, rujuk balik, merujuk ke RSUD maupun RSJ dan pelayanan rehabilitatif dengan terapi dan kegiatan lainnya. Data yang masuk untuk pelayanan kesehatan jiwa ini berasal dari rumah sakit dan puskesmas.

Cakupan pelayanan kesehatan jiwa di Kabupaten Purworejo tahun 4,01 % meningkat dari tahun 2014 mencapai 2,36 %. Penelusuran pasien jiwa di masyarakat oleh petugas kesehatan puskesmas dibantu oleh perangkat masyarakat dari tahun ke tahun membantu untuk meningkatkan kesadaran masyarakat pentingnya berobat bila mengalami gangguan jiwa.

Permasalahan yang dihadapi saat ini adalah selain biaya perawatan yang besar bagi pasien jiwa, masyarakat merasa kesehatan jiwa belum menjadi alasan penting dan malu untuk datang berobat ke sarana kesehatan. Selain itu masyarakat yang mengalami gangguan jiwa tidak membawa surat rujuk balik dari RSJ ke Puskesmas maupun RSUD. Sehingga Dokter Puskesmas kadang mengalami kesulitan dalam memberikan obat lanjutan dan terapi yang diberikan. Dari permasalahan tersebut, upaya yang perlu dilakukan adalah peningkatan pembinaan program kesehatan jiwa di sarana kesehatan pemerintah dan swasta, pelatihan/refreshing bagi dokter dan paramedis Puskesmas terutama upaya promotif dan

preventif, serta meningkatkan pelaksanaan sistem monitoring dan evaluasi pencatatan dan pelaporan program kesehatan jiwa.

4. Sarana Kesehatan Dengan Kemampuan Laboratorium Kesehatan

Sarana kesehatan dengan kemampuan pelayanan laboratorium kesehatan yang dapat diakses masyarakat adalah cakupan sarana kesehatan yang telah mempunyai kemampuan untuk melaksanakan pelayanan laboratorium kesehatan sesuai standar dan dapat diakses oleh masyarakat dalam waktu tertentu. Kemampuan pelayanan laboratorium kesehatan yang dimaksud adalah upaya pelayanan penunjang medik untuk mendukung dalam pelayanan medik, dimana untuk menegakan diagnosis dokter dirumah sakit.

Sarana kesehatan diKabupaten Purworejo yang terdiridari Puskesmas, RS umum dan RS khusus pada dasarnya telah memiliki Laboratorium untuk melayani masyarakat. Hal yang perlu ditingkatkan demi keakuratan hasil laboratorium adalah kemampuan tenaga laboratorium khusunya di Puskesmas dan juga perbaikan alat-alat laboratorium yang sudah lama tidak diganti dan mengalami kerusakan. Karena keakuratan hasil laboratorium sangat mempengaruhi penegakan diagnosis dokter.

5. Rumah Sakit Yang Menyelenggarakan 4 Pelayanan Kesehatan Spesialis Dasar

a) Indikator Pelayanan Rumah Sakit.

Indikator yang digunakan untuk menilai perkembangan sarana rumah sakit antara lain dengan melihat perkembangan fasilitas perawatan yang biasanya diukur dengan jumlah rumah sakit dan tempat tidurnya serta rasinya terhadap jumlah penduduk. Perkembangan jumlah rumah sakit di Kabupaten Purworejo **Pemakaian Tempat Tidur**

Pelayanan sarana kesehatan (rumah sakit) dapat diukur kinerjanya antara lain dengan melihat persentase pemanfaatan tempat tidur rumah sakit atau *Bed Occupation Rate* (BOR).

BOR yang ideal untuk suatu rumah sakit adalah antara 60% sampai dengan 80%. Persentase rata-rata pemakaian tempat tidur RS di Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 61,7%. Hal ini menunjukan penambahan jumlah tempat tidur di beberapa rumah sakit pada tahun mulai dioptimalkan penggunaannya pada tahun 2015 Sehingga pelayanan kepada pasien rawat inap rata-rata dapat berjalan dengan baik.

- **Rata-rata Lama Rawat Seorang Pasien/Average Length of Stay (ALOS)**
Rata-rata lama rawat seorang pasien yang secara umum/Average Length of Stay (ALOS) yang ideal adalah antara 3 – 9 hari. Rata-rata lama rawat seorang pasien di RS di Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebesar 3.94. Angka ini menunjukkan mutu pelayanan di rumah sakit di Kabupaten Purworejo rata-rata bagus.
- **Rata-rata Hari Tempat Tidur Tidak Ditempati / Turn Of Interval (TOI)**
Angka ideal untuk TOI adalah 1–3 hari. Rata-rata angka TOI Rumah Sakit di Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 sebesar 2,3. Angka ini memberikan gambaran tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur di RS di Kabupaten Purworejo masih efektif.
- **Angka Kematian Penderita Yang Dirawat < 48 Jam/Net Death Rate (NDR)**
Nilai NDR yang dapat ditolerir adalah 25 per 1.000 penderita keluar. Rata-rata nilai NDR di Rumah Sakit di Kabupaten Purworejo tahun 2015 rata-rata 21,2. Hal ini menunjukkan rata-rata jumlah kematian yang dirawat di rumah sakit di Purworejo masih wajar. Angka tertinggi NDR terdapat di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah sebesar 31,3. Hal ini perlu diperhatikan pihak Rumah Sakit PKU untuk lebih memperhatikan pelayanan terhadap pasien agar pasien terselamatkan.

b. Angka Kematian Umum Penderita Yang Dirawat di RS/Gross Death Rate (GDR)

Angka GDR yang dapat ditolerir maksimum 45. Pada Tahun 2015 angka rata-rata GDR di Kabupaten Purworejo sebesar 38,1. angka tertinggi ada di RS PKU Muhammadiyah sebesar 53,5 %. Dan GDR terendah ada di RSIA Permata karena tidak ada kasus kematian pada saat perawatan pasien. Dari data NDR dan GDR di kabupaten Purworejo tersebut, masih diperlukan tindak lanjut dengan upaya baru dalam pelayanan kesehatan agar seluruh RS mempunyai NDR dan GDR di bawah angka yang dapat ditolerir.

6. KETERSEDIAAN OBAT ESENSIAL DAN GENERIK TAHUN 2015

Obat merupakan komponen penunjang utama dalam pelayanan kesehatan. Selain menyerap anggaran kesehatan yang cukup tinggi, obat juga berperan penting dalam penyembuhan, perawatan dan perbaikan kualitas hidup pasien. Sehingga obat harus tersedia setiap saat dibutuhkan dalam jumlah yang cukup dan harga terjangkau. Ketersediaan obat yang baik merupakan syarat tercapainya efektivitas pelayanan

kesehatan khususnya dalam pendekatan kuratif (pengobatan) serta preventif (pencegahan)– rehabilitatif (pemulihan).

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 tahun 2014 tentang Puskesmas, menyebutkan bahwa untuk dapat melaksanakan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP), Puskesmas harus menyelenggarakan manajemen, pelayanan kefarmasian, pelayanan keperawatan dan laboratorium. Ketersediaan obat merupakan salah satu ukuran kinerja pengelolaan obat di tingkat Kabupaten mulai dari siklus perencanaan, pengadaan, distribusi, penggunaan dan manajemen berupa pencatatan pelaporan. Data yang tersaji dalam tabel 66 adalah ketersediaan tingkat Kabupaten (UPT Instalasi Farmasi) yang merupakan indikator tidak langsung atas ketersediaan obat di UPT Puskesmas, karena obat di Puskesmas diperoleh dari permintaan ke UPT Instalasi Farmasi. Pada tabel 66 menampilkan data 135 obat esensial dan 9 jenis vaksin (total -144 jenis). Secara ideal, ketersediaan obat dan vaksin harus mencapai 100% yang berarti bahwa antara jumlah yang tersedia (kolom 7) dibagi jumlah yang dibutuhkan (kolom 4) akan seimbang atau minimal 100%. Kelebihan angka di atas 100% menunjukkan bahwa masih terdapat sisa stok pada akhir tahun 2015 (per 31 Desember 2015) sebagai cadangan untuk pelaksanaan program di tahun 2016 (sebagai stok awal 2016).

Pada tabel tersebut terlihat bahwa pada tahun 2015 tidak seluruh jenis obat yang tercantum dapat disediakan di UPT Instalasi Farmasi. Hal tersebut disebabkan beberapa alasan antara lain (1)kebijakan obat tersebut tidak lagi diperbolehkan (obat item 26 dan 27); (2)dosis dapat saling menggantikan (item 9;19;31;41;57;7481); tidak di butuhkan untuk Puskesmas di Purworejo (item 20;21;39;69;70;94;106;115;116;121) serta (3)tidak terealisasi dalam proses pengadaan (item 47). Meskipun demikian, pelayanan terhadap pasien di Puskesmas tetap dapat dilaksanakan karena untuk kelompok kelas terapi penyakit, tetap tersedia obat.

Berdasarkan data kolom 8, dari total 88 obat yang tersedia terdapat 51 item dengan tingkat ketersediaan diatas 100% (mencukupi seluruh kebutuhan dalam 12 bulan) dan sisanya mempunyai tingkat ketersediaan kurang dari 100% (tidak mencukupi kebutuhan 12 bulan dan sempat mengalami kekosongan selama tahun 2015). Semakin rendah angka ketersediaan dalam kolom 8 menunjukkan lama periode kekosongan. Sebaliknya semakin tinggi angka ketersediaan diatas 100%, menunjukkan kekuatan cadangan stok awal di tahun 2016.

Angka ketersediaan di bawah 100% dan angka ketersediaan tinggi di atas 200% menunjukkan kelemahan dalam sistem perencanaan dan bisa terjadi pula obat yang

tersedia tidak terpakai sama sekali karena kasus yang harus ditangani dengan obat tersebut tidak muncul pada tahun 2015. Apabila angka ketersediaan melebih 200%, berarti terdapat stok untuk kebutuhan 12 bulan berikutnya. Apabila masa kadaluwarsa obat tersebut tidak lebih dari 24 bulan, maka kemungkinan akan terjadi obat rusak atau kadaluwarsa dalam penyimpanan.

Ketersediaan vaksin tidak tergambar dalam tabel tersebut karena kebijakan *one gate policy* (kebijakan satu pintu pengelolaan obat dan vaksin) di Kabupaten Purworejo belum dilaksanakan. Vaksin masih dikelola oleh Seksi surveyan Bidang Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Kondis tersebut seringkali menghambat dalam koordinasi penyajian data stok, data nilai persediaan serta data perencanaan.

D. PEMBINAAN KESEHATAN LINGKUNGAN DAN SANITASI DASAR

Program Lingkungan Sehat bertujuan untuk mewujudkan mutu lingkungan hidup yang lebih sehat melalui pengembangan sistem kesehatan kewilayahan untuk menggerakkan pembangunan lintas sektor berwawasan kesehatan. Adapun kegiatan pokok untuk mencapai tujuan tersebut meliputi:

- (1). Penyediaan Sarana Air Bersih dan Sanitasi Dasar
- (2) Pemeliharaan dan Pengawasan Kualitas Lingkungan
- (3) Pengendalian dampak risiko lingkungan
- (4) Pengembangan wilayah sehat.

Pencapaian tujuan penyehatan lingkungan merupakan hasil dari berbagai pelaksanaan kegiatan berbagai lintas sektor, peran swasta dan masyarakat. Pengelolaan kesehatan lingkungan merupakan penanganan yang paling kompleks, kegiatan tersebut sangat berkaitan antara satu dengan yang lainnya yaitu dari hulu berbagai lintas sektor ikut serta berperan (Perindustrian, Lingkungan Hidup, Pertanian, Cipta Karya dll) baik kebijakan dan pembangunan fisik dan Dinas Kesehatan sendiri terfokus kepada hilirnya yaitu pengelolaan dampak kesehatan. Sebagai gambaran pencapaian tujuan program lingkungan sehat disajikan dalam per kegiatan pokok melalui indikator yang telah disepakati serta beberapa kegiatan yang dilaksanakan sebagai berikut:

1. Rumah Sehat

Rumah merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang berfungsi sebagai tempat tinggal atau hunian dan sarana pembinaan keluarga. Rumah haruslah sehat dan nyaman agar penghuninya dapat berkarya untuk meningkatkan produktivitas. Konstruksi rumah dan

lingkungan yang tidak memenuhi syarat kesehatan merupakan faktor risiko penularan berbagai jenis penyakit khususnya penyakit berbasis lingkungan seperti Demam Berdarah Dengue, Malaria, Flu Burung dan lain-lain.

Pada tahun 2009 cakupan rumah sehat hanya mencapai 114.541 rumah (69,73%), tahun 2010 sebanyak 10.160 rumah (70.52%), tahun 2011 prosentase rumah yang memenuhi syarat rumah sehat sebesar 71.68% tahun 2012 yaitu 82.304 (72.9%), dan tahun 2013 sejumlah 121.255rumah dari 203.686 rumah telah diperiksa yang memenuhi syarat rumah sehat sebesar 88.394 (72.9%). Kemudian pada tahun 2014 meningkat sedikit menjadi 73,02%. Tahun 2015 meningkat yaitu 148.6442 atau 73,46 % Cakupan tertinggi adalah di Puskesmas Semawung yaitu sebesar 89,23% dan terendah di Puskesmas Karanggetas sebesar 60.15%. Dari 27 Puskesmas, masih 7 Puskesmas yang belum mencapai target (72%).,

2. Akses Terhadap Air Bersih

Adanya perubahan paradigma dalam pembangunan sektor air minum dan penyehatan lingkungan dalam penggunaan prasarana dan sarana yang dibangun, melalui kebijakan Air Minum dan Penyehatan Lingkungan yang ditandatangani oleh Bappenas, Departemen Kesehatan, Departemen Dalam Negeri serta Departemen Pekerjaan Umum memberikan dampak cukup signifikan terhadap penyelenggaraan kegiatan penyediaan air bersih dan sanitasi khususnya di daerah. Strategi pelaksanaan yang diantaranya meliputi penerapan pendekatan tanggap kebutuhan, peningkatan sumber daya manusia, kampanye kesadaran masyarakat, upaya peningkatan penyehatan lingkungan, pengembangan kelembagaan dan penguatan sistem monitoring serta evaluasi pada semua tingkatan proses pelaksanaan menjadi acuan pola pendekatan kegiatan penyediaan Air Bersih dan Sanitasi .

Keluarga yang memiliki akses terhadap air bersih padatahun 2009 sebesar 80,19%,tahun 2010 sebesar 80,11%, tahun 2011 sebesar 80.14 % tahun 2012 sebesar 81.74 %, tahun 2013 sebesar 82.12%, cakupan tersebut meningkat pada tahun 2014 yaitu sebesar 82,96% dan pada tahun 2015 juga meningkat 83,25% meskipun masih belum mencapai target renja tahun 2015 sebesar 84%.

3. Sarana Sanitasi Dasar

Kepemilikan sarana sanitasi dasar yang dimiliki oleh keluarga meliputi kepemilikan jamban, tempat sampah, dan pengelolaan air limbah.Pada tahun 2015 akses penduduk terhadap sanitasi dasar yang layak terjadi peningkatan menjadi 76,9% bila dibanding tahun 2014

sebesar 75,25% dan tahun 2013 sebesar 73,16%, tahun 2012 sebesar 76,60%, tahun 2011 sebesar 75,09%, tahun 2010 sebesar 75,10% dan tahun 2009 yang hanya mencapai 72,06%. Dalam mendukung perubahan sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) khususnya buang air besar sembarangan, Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo melakukan dengan metode Community Led Total Sanitation (CLTS) untuk mendukung pencapaian wilayah stop buang air besar di sembarangan dan penurunan penyakit berbasis lingkungan. Desa yang telah mendeklarasikan Stop Buang Air Besar Sembarangan ada 6 yaitu Desa Trimulyo Kecamatan Grabag, Desa Pucungroto Kecamatan Kaligesing, Desa Polomarto Kecamatan Butuh, Desa Gedangan Kecamatan Purwodadi Desa Pamriyan Kecamatan Pituruh dan Kemranggen Kecamatan Bruno.

4. Tempat-tempat Umum

Tempat-tempat umum adalah kegiatan bagi umum yang dilakukan oleh badan pemerintah, swasta atau perorangan yang langsung digunakan oleh masyarakat yang mempunyai tempat dan kegiatan tetap serta memiliki fasilitas. Pengawasan sanitasi tempat umum bertujuan untuk mewujudkan kondisi yang memenuhi syarat kesehatan agar masyarakat pengunjung terhindar dari kemungkinan bahaya penularan penyakit serta tidak menyebabkan gangguan terhadap kesehatan masyarakat di sekitarnya.

Pengawasan sanitasi tempat-tempat umum meliputi sarana wisata, sarana ibadah, sarana transportasi, sarana ekonomi, dan sosial.

- Sarana wisata, meliputi : hotel berbintang, hotel melati/losmen, salon/pangkas rambut, usaha rekreasi, hiburan umum dan gedung pertemuan/gedung pertunjukan.
- Sarana Ekonomi dan Sosial, meliputi : pasar, pusat pembelanjaan, apotik, sarana/panti sosial, sarana pendidikan dan sarana kesehatan.

Dari 14 hotel yang diperiksa, pada tahun 2015 100% sehat meningkat bila dibanding tahun 2014 sebesar 92,86% dan tahun 2013, tahun 2012 yaitu sebesar 85,71% memenuhi syarat kesehatan, sedangkan pada tahun 2011 sebesar 100%, Tahun 2010 sebesar 85,71% dan tahun 2009 mencapai 84,62%. Untuk restoran, dari 137 yang diperiksa pada tahun 2015 diperiksa sebesar 104 yang memenuhi syarat atau sebesar 75,91%, menurun bila dibanding pada tahun 2014 dari 196 yang diperiksa sebesar 78,70% memenuhi syarat kesehatan sedikit meningkat dari tahun 2013 sebesar 78,18% memenuhi syarat kesehatan, dan tahun 2012 yaitu sebesar 77,14% yang memenuhi syarat kesehatan, dan tahun 2011 sebesar 76,92%, tahun 2010 sebesar 81,40% dan tahun 2009 mencapai 70,28%.

Beberapa hambatan dalam pelaksanaan program penyehatan lingkungan antara lain yaitu;

- Kondisi sanitasi perkotaan dan perdesaan masih buruk oleh karena itu perlu perbaikan jumlah dan mutu sarana sanitasi serta perbaikan perilaku masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat.
- Upaya yang telah dilakukan antara lain;
- Pengembangan kabupaten dan kota sehat dalam mendukung kawasan sehat dan penggerakan masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat.
- Pemberian stimulan dan penggerakan masyarakat dalam sarana sanitasi.
- Pengembangan Community Led Total Sanitation dalam memicu perubahan perilaku buang air besar di sembarang tempat dan penurunan penularan penyakit Diare dan Polio.
- Pengembangan higiene dan sanitasi sekolah.

E. PERBAIKAN GIZI MASYARAKAT

1. Pemantauan Pertumbuhan Balita

a) Partisipasi Masyarakat Dalam Penimbangan

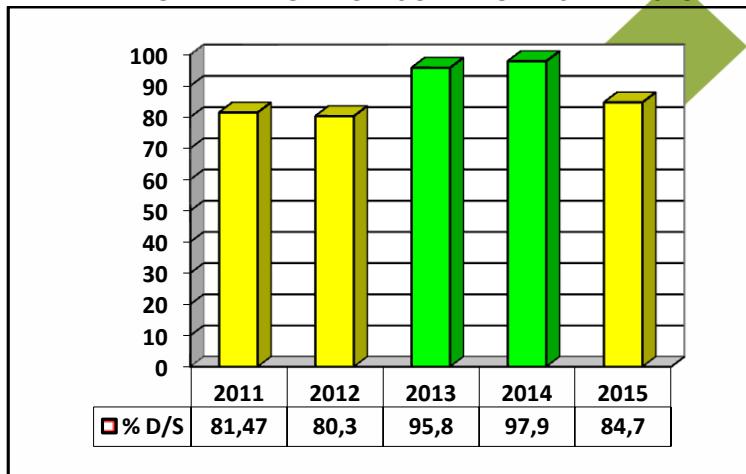
Pemantauan pertumbuhan merupakan salah satu kegiatan utama program perbaikan gizi yang menitik beratkan pada peningkatan keadaan gizi anak. Penimbangan terhadap bayi dan balita yang dilakukan di posyandu merupakan upaya masyarakat memantau pertumbuhan dan perkembangannya. Partisipasi masyarakat dalam penimbangan di Posyandu tersebut digambarkan dalam perbandingan jumlah Balita yang ditimbang (D) dengan jumlah Balita seluruhnya (S). Semakin tinggi partisipasi masyarakat dalam penimbangan di posyandu maka semakin baik pula data yang dapat menggambarkan status gizi Balita.

Partisipasi masyarakat dalam penimbangan di Posyandu Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebesar 84,7%, untuk anak laki-laki sebesar 84,6 % dan anak perempuan sebesar 85% masih kurang dari target $\geq 85\%$. Meskipun di tingkat kabupaten masih kurang dari target namun dari 27 Puskesmas ada 15 Puskesmas yang Partisipasi Masyarakat dalam penimbangannya $\geq 85\%$ yaitu Puskesmas Grabag, Puskesmas Ngombol, Puskesmas Bagelen, Puskesmas Dadirejo, Puskesmas Kaligesing, Puskesmas Cangkrep, Puskesmas Mranti, Puskesmas Seborokrapayak, Puskesmas Wirun, Puskesmas Butuh, Puskesmas Sruwohrejo, Puskesmas Kemiri, Puskesmas Winong, Puskesmas Bruno dan Puskesmas Bener.

Banyak hal dapat mempengaruhi tingkat pencapaian partisipasi masyarakat dalam penimbangan di Posyandu antara lain tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan masyarakat tentang kesehatan dan gizi, faktor ekonomi dan sosial budaya. Dari data yang ada menggambarkan bahwa pedesaan dan perkotaan tidak memperlihatkan

perbedaan yang mencolok dalam partisipasi masyarakat tetapi yang sangat berpengaruh adalah sosial budaya.

GAMBAR 4.18
CAKUPAN BALITA YANG DATANG DAN DITIMBANG (D/S)
DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2011 - 2015



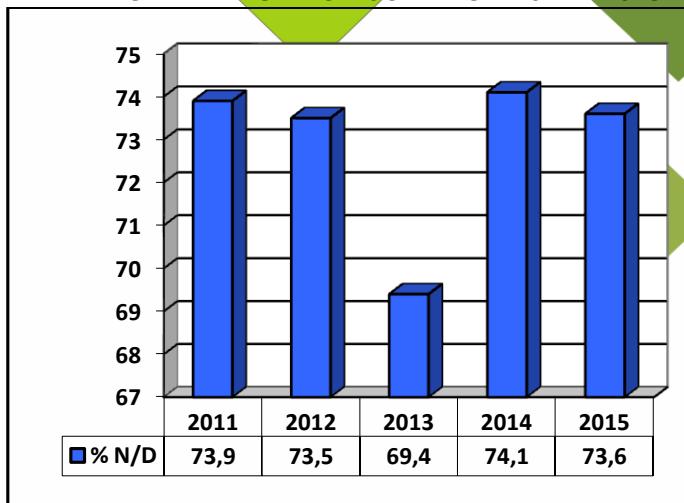
Sumber : Bidang Kesga DKK Purworejo, Tahun 2015

b) Balita Yang Naik Berat Badannya

Persentase Balita yang naik timbangannya dibandingkan dengan jumlah Balita yang ditimbang dapat menggambarkan keberhasilan kader Posyandu dalam memberikan penyuluhan gizi kepada masyarakat di desanya, sehingga orang tua dapat memberikan makanan yang cukup gizi kepada anaknya. Anak sehat bertambah umur akan bertambah berat badannya. Persentase Balita yang naik timbangannya dapat pula menggambarkan tingkat kesehatan balita di wilayah kerja Posyandu. Beberapa hal yang mungkin mempengaruhi tingkat pencapaian Balita yang naik timbangannya antara lain pengetahuan keluarga tentang kebutuhan gizi balita, penyuluhan gizi masyarakat dan ketersediaan pangan di tingkat keluarga/rumah tangga.

Target Balita yang naik timbangannya adalah sebesar $\geq 85\%$. Di Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 sebesar 73,6% mengalami penurunan bila dibandingkan tahun 2014 (74,1%), tetapi mengalami kenaikan bila dibandingkan tahun 2013 (69,4%) dan tahun 2012 (73,5%). Balita yang naik berat badannya dari tahun 2011 s/d tahun 2015 dapat dilihat pada grafik berikut :

GAMBAR 4.19
CAKUPAN BALITA YANG NAIK BERAT BADANYA (N/D)
DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2011 – 2015



Sumber : Bidang Kesga DKK Purworejo, Tahun 2015

c) Balita Bawah Garis Merah (BGM)

BGM adalah merupakan hasil penimbangan dimana berat badan Balita berada di Bawah Garis Merah pada Kartu Menuju Sehat (KMS). Tidak semua BGM dapat menggambarkan gizi buruk pada Balita, hal ini masih harus dilihat panjang badannya (PB) atau tinggi badannya (TB). Jika tinggi badan sesuai umur maka keadaan ini merupakan titik waspada bagi orang tua untuk tidak terlanjur menjadi lebih buruk lagi, namun jika balita ternyata pendek maka belum tentu anak tersebut berstatus gizi buruk.

Target yang harus dicapai secara nasional untuk BGM adalah <5%. Jumlah Balita BGM di Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 sebanyak 177 anak atau 0,5%. Ada penurunan jika dibandingkan tahun-tahun sebelumnya yaitu tahun 2014 sebanyak 241 anak atau 0,5%, dan tahun 2013 sebanyak 237 anak atau 0,5%. Ini merupakan angka yang cukup rendah jika dibandingkan dengan target nasional. Penurunan jumlah kasus bila dibandingkan dengan tahun sebelumnya sebagai hasil dari sistem surveilans gizi dalam hal ini penjaringan dan pencatatan serta pelaporan gizi yang lebih baik serta makin terampilnya kader dan petugas dalam pengukuran antropometri (berat badan) anak serta tatalaksana penanganan kasus.

2. Pelayanan Gizi

a) Bayi dan Balita Mendapat Kapsul Vitamin A

Kurang Vitamin A (KVA) masih merupakan masalah yang tersebar diseluruh dunia terutama di negara berkembang dan dapat terjadi pada semua umur terutama pada masa pertumbuhan. KVA dalam tubuh dapat menimbulkan berbagai jenis penyakit

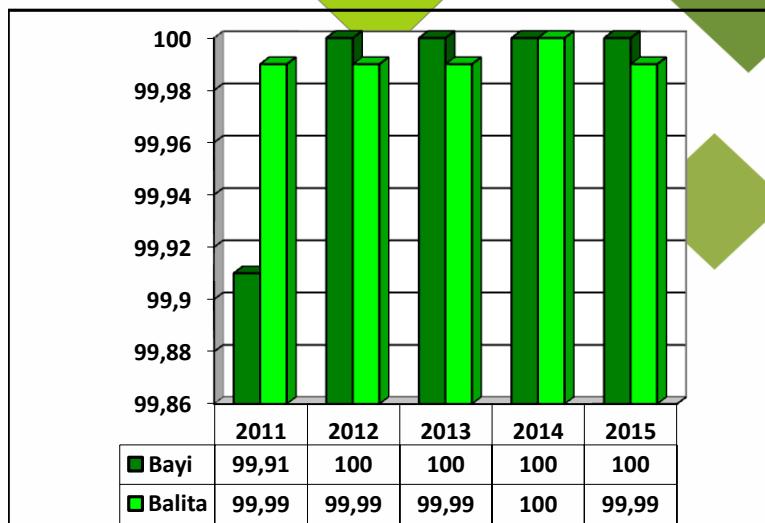
yang merupakan “*Nutrition Related Diseases*” yang dapat mengenai berbagai macam anatomi dan fungsi dari organ tubuh seperti menurunkan sistem kekebalan tubuh dan menurunkan epitelisasi sel-sel kulit. Salah satu dampak kurang Vitamin A adalah kelainan pada mata yang umumnya terjadi pada anak usia 6 bulan sampai 4 tahun yang menjadi penyebab utama kebutaan di negara berkembang.

Salah satu program penanggulangan KVA yang telah dijalankan adalah dengan suplementasi kapsul Vitamin A dosis tinggi 2 kali pertahun pada Bayi, Anak Balita dan ibu nifas untuk mempertahankan bebas buta karena KVA dan mencegah berkembangnya kembali masalah Xerofthalmia dengan segala manifestasinya (gangguan penglihatan, buta senja dan bahkan kebutaan sampai kematian). Disamping itu pemantapan program distribusi kapsul Vitamin A dosis tinggi juga dapat mendorong tumbuh kembang anak serta meningkatkan daya tahan anak terhadap penyakit infeksi, sehingga dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian pada bayi dan anak.

Balita yang dimaksud dalam program distribusi kapsul Vitamin A adalah bayi yang berumur mulai umur 6-11 bulan dan anak balita umur 12 – 59 bulan yang mendapat kapsul vitamin A dosis tinggi. Kapsul Vitamin A dosis tinggi terdiri dari kapsul Vitamin A biru dengan dosis 100.000 SI yang diberikan pada bayi berumur 6-11 bulan dan kapsul vitamin A berwarna merah dengan dosis 200.000 SI yang diberikan pada anak balita umur 12-59 bulan dan diberikan pada bulan Pebruari dan Agustus setiap tahunnya.

Cakupan distribusi kapsul vitamin A dosis tinggi pada bayi umur 6-11 bulan di Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebesar 100%, cakupan pemberian kapsul vitamin A pada anak balita umur 12-59 bulan tahun 2015 sebesar 99,99%. Angka ini sudah di atas target kinerja pembinaan gizi sebesar 90%. Cakupan pemberian kapsul vitamin A pada Bayi dan Balita selama 5 tahun terakhir (2011-2015) dapat dilihat dalam gambar berikut ini :

GAMBAR 4.20
CAKUPAN DISTRIBUSI KAPSUL VIT. A PADA BAYI DAN ANAK BALITA
DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2011 – 2015



Sumber : Bidang Kesga DKK Purworejo, Tahun 2015

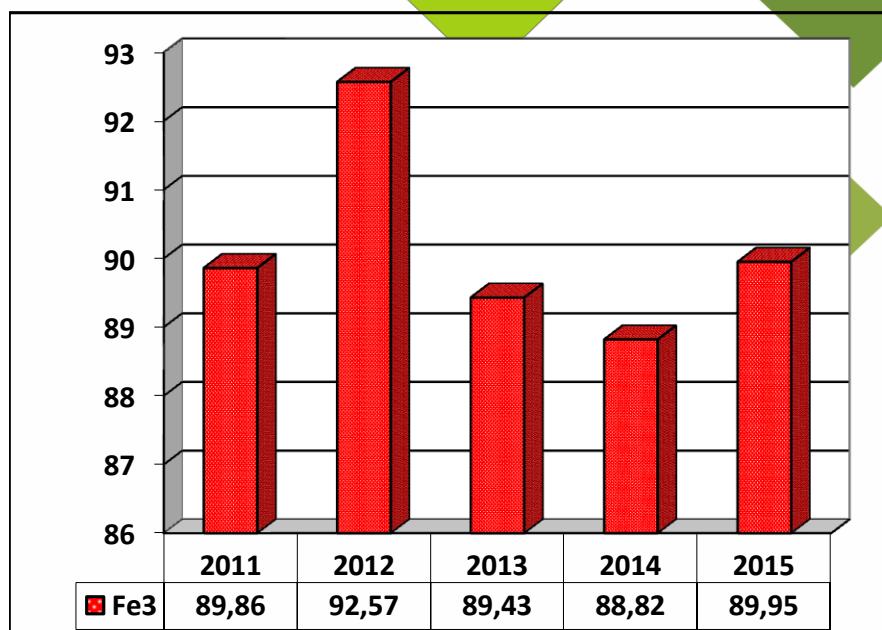
b) Ibu hamil Mendapat 90 Tablet Fe

Program penanggulangan anemia yang dilakukan adalah dengan memberikan tablet tambah darah yaitu preparat Fe (besi elemental) yang bertujuan untuk menurunkan angka anemia pada Bumil, Bufas, Remaja Putri (Ratri) di Sekolah dan WUS (Wanita Usia Subur). Hasil survei gizi mikro (anemi gizi ibu hamil) pada tahun 2012 menunjukkan bahwa prevalensi anemi pada ibu hamil di Kabupaten Purworejo adalah 49,3%. Sedangkan hasil pemeriksaan anemia pada ibu hamil di puskesmas pada tahun 2015 sebesar 24,61% mengalami penurunan dibandingkan tahun 2014 sebesar 31,06% (target <15%) dan ini merupakan masalah di masyarakat.

Penanggulangan anemi yang dilaksanakan adalah dengan pemberian tablet Fe kepada Bumil, Bufas, WUS, dan Remaja Putri. Pemberian tablet Fe kepada ibu hamil ada 2 indikator yaitu Fe 1 dan Fe 3. Cakupan Ibu Hamil mendapat tablet Fe adalah cakupan Ibu hamil yang mendapat 90 tablet Fe periode kehamilannya.

Cakupan ibu hamil yang mendapat Fe 90 di Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 sebesar 89,95% mengalami kenaikan bila dibandingkan dengan 2014 sebesar 88,82%, tahun 2013 sebesar 89,43%. Cakupan distribusi TTD pada Ibu Hamil dari tahun 2011 s/d tahun 2015 dapat dilihat pada grafik berikut :

GAMBAR 4.21
CAKUPAN PEMBERIAN TABLET TAMBAH DARAH (Fe 90)
DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2011– 2015



Sumber : Bidang Kesga DKK Purworejo, Tahun 2015

Dari gambar di atas dapat diketahui bahwa masih ada sekitar 10,05% ibu hamil yang tidak meneruskan konsumsi Fe sampai 90 tablet selama masa kehamilannya dengan berbagai alasan tertentu misalnya bau TTD tidak enak, Kotoran/BAB warna hitam, rasa tidak enak/mual setelah minum TTD.

c) **Baduta Usia 6-23 bulan Gakin Mendapat MP ASI**

Baduta Bawah Garis Merah (BGM) keluarga miskin adalah anak usia 6-23 bulan yang berat badannya berada pada garis merah atau di bawah garis merah pada KMS. Keluarga miskin adalah keluarga yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota melalui Tim Koordinasi Kabupaten/Kota (TKK) dengan melibatkan Tim Desa dalam mengidentifikasi nama dan alamat gakin secara tepat sesuai dengan Gakin yang disepakati. Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6-23 bulan BGM dari keluarga miskin adalah pemberian MP-ASI dengan porsi 100 gram per hari selama 90 hari.

Cakupan Baduta BGM Gakin yang mendapat MP-ASI di Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebesar 100%, sama dengan capaian pada tahun-tahun sebelumnya. Dimana Baduta BGM Gakin yang mendapat MP-ASI diprioritaskan Baduta dengan status gizi buruk dan gizi kurang. MP-ASI yang diberikan adalah MP-ASI atau PMT-Pemulihan selama 90 HMA (Hari Makan Anak) berupa MP-ASI Biskuit ataupun Modisco termasuk juga MP-ASI tingkat rumah tangga yang disajikan sendiri oleh ibunya.

d) Balita Gizi Buruk Mendapat Perawatan

Kejadian gizi buruk perlu dideteksi secara dini melalui intensifikasi pemantauan tumbuh kembang Balita di Posyandu, dilanjutkan dengan penentuan status gizi oleh bidan di desa atau petugas kesehatan lainnya. Penemuan kasus gizi buruk harus segera ditindak lanjuti dengan rencana tindak lanjut yang jelas, sehingga penanganan gizi buruk memberikan hasil yang optimal.

Pendataan Status Gizi Anak di Kabupaten Purworejo didasarkan pada 3 kategori yaitu dengan indikator Berat Badan menurut Umur (BB/U), Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) dan Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB). Skrining pertama dilakukan di Posyandu dengan membandingkan Berat Badan menurut Umur (BB/U) melalui kegiatan penimbangan, jika ditemukan balita yang berada di Bawah Garis Merah (BGM) atau Dua Kali Penimbangan Tidak Naik (2T), maka dilakukan konfirmasi status gizi dengan menggunakan indikator Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB). Jika ternyata balita tersebut merupakan kasus gizi buruk, maka segera dilakukan penanganan gizi buruk sesuai pedoman pelayanan anak gizi buruk di Posyandu dan Puskesmas. Jika ternyata terdapat penyakit penyerta yang berat dan tidak dapat ditangani di Puskesmas maka segera dirujuk ke rumah sakit.

Berdasarkan hasil penimbangan pada tahun 2015 jumlah balita BGM atau dengan indikator Berat Badan menurut Umur (BB/U) sebanyak 177 balita atau 0,5%, Angka ini masih lebih rendah dari target nasional sebesar <5%. Dari semua kasus BGM dan 2 T yang dikonfirmasi status gizinya dengan menggunakan indikator Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB), maka gizi buruk yang mendapat perawatan adalah sebanyak 35 kasus atau 100%, laki-laki sebanyak 22 anak dan perempuan sebanyak 13 anak..

Balita gizi buruk mendapat perawatan adalah balita gizi buruk yang ditangani di sarana pelayanan kesehatan dan atau di rumah sesuai dengan Standar Tata Laksana Gizi Buruk. Cakupannya tahun 2015 ini mencapai 100%. Kesalahan yang sering terjadi adalah mempersepsikan balita gizi buruk yang mendapat perawatan adalah yang dirawat di rumah sakit saja. Perawatan gizi buruk di tingkat rumah tangga juga merupakan perawatan gizi buruk pada fase tindak lanjut yaitu dengan cara Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT – P) berupa Susu Modisco (Susu bubuk, Gula Pasir dan Minyak Goreng) minimal selama 90 hari.

e) **Wanita Usia Subur Yang Mendapat Kapsul Iodium dan Desa dengan Garam Beriodium yang Baik.**

Pemberian kapsul Yodium kepada sasaran wanita usia subur di daerah endemik berat dan sedang dimaksudkan untuk mencegah kretinisme pada bayi. Sejak tahun 2009 sampai dengan tahun 2015 ini Kabupaten Purworejo tidak melakukan kegiatan pemberian kapsul iodum karena pemberian kapsul iodum hanya diperbolehkan untuk kasus yang benar-benar positif kekurangan iodum yang sudah dibuktikan dengan pemeriksaan laboratorium. Kegiatan yang rutin dilaksanakan untuk penanggulangan GAKI (Gangguan Akibat Kekurangan Iodium) di Kabupaten Purworejo yaitu dengan monitoring garam beriodium di tingkat rumah tangga melalui Posyandu setiap bulan Februari dan Agustus.

Peta Kecamatan dengan garam beriodium baik dapat dilihat pada gambar berikut :



Sumber : Bidang Kesga DKK Purworejo, Tahun 2015

F. PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT

1. Persentase Rumah Tangga Berperilaku Hidup Bersih dan Sehat

Data hasil pengkajian PHBS Tatanan Rumah Tangga yang dilaporkan oleh Puskesmas diKabupaten Purworejo tahun 2015 diketahui bahwa dari 106.753 Rumah Tangga, dilakukan pengkajian terhadap sejumlah 106.753 Rumah Tangga atau (57,2%). Rata-rata persentase rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat yaitu diwakili oleh rumah tangga yang mencapai strata sehat utama dan sehat paripurna, pada tahun 2015 sebesar 73,3%. Angka tersebut mengalami Kenaikan bila dibandingkan dengan cakupan pada tahun 2014 mencapai 72%, walaupun mengalami Kenaikan sebesar 1,3% tetapi angka ini sudah melampaui target SPM tahun 2015 sebesar 70%. Cakupan rumah tangga sehat tertinggi dicapai oleh Puskesmas Purworejo sebesar 86%, diikuti Puskesmas Kutoarjo 83%. Keduanya merupakan daerah perkotaan Adapun cakupan terrendah dicapai oleh Puskesmas Karanggetas dengan persentase sebesar 60%. Dan Puskesmas Kaligesing sebesar 61 %.Yang merupakan daerah pegunungan.

2. Persentase Posyandu Aktif

Jumlah Posyandu di Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 sebanyak 1620 buah meningkat dari tahun 2014 sebanyak 1.556 buah, jumlah ini mengalami penurunan apabila dibandingkan dengan jumlah Posyandu tahun 2013 sebanyak 1.652 buah.

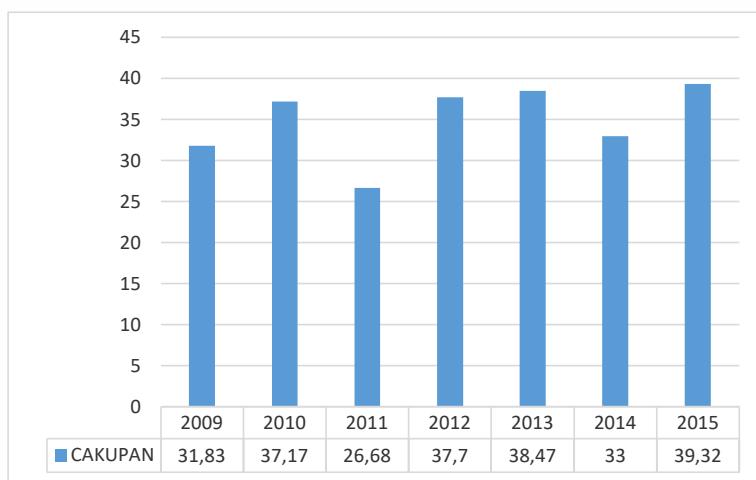
a) Posyandu Purnama

Posyandu Purnama adalah Posyandu yang sudah dapat melaksanakan kegiatan lebih dari 8 kali per tahun, dengan rata-rata jumlah kader sebanyak lima orang atau lebih, cakupan kelima kegiatan utamanya lebih dari 50%, mampu menyelenggarakan program tambahan, serta telah memperoleh sumber pembiayaan dari dana sehat yang dikelola oleh masyarakat yang pesertanya masih terbatas yakni kurang dari 50% KK di wilayah kerja Posyandu.

Posyandu yang mencapai strata purnama pada tahun 2015 sebanyak 637 buah (39,32%) meningkat bila dibanding tahun 2014 sebanyak 515 buah (33%) dan angka ini mengalami penurunan bila dibandingkan tahun 2013 ini sejumlah 637 buah (38,47%). Nilai tertinggi di Puskesmas Kutoarjo (74,1%) dan terendah di Puskesmas Bener masing-masing (0%).

Cakupan tersebut masih di bawah target SPM 2010 sebesar 40%. Meskipun demikian, terdapat 7 Puskesmas yang telah melampaui target 2015 sebesar 40% yaitu Puskesmas Bagelen, Puskesmas Dadirejo, Puskesmas Kutoarjo, Puskesmas Wirun, Puskesmas Semawung Daleman, Puskesmas Kemiri, Puskesmas Winong.

GAMBAR 4.23
CAKUPAN POSYANDU PURNAMA
DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2009 – 2015



Sumber : Bidang Kesga DKK Purworejo

Bila dilihat dari gambar disamping, selama tiga tahun terakhir cakupan Posyandu purnama kecenderungan meningkat ditahun 2015 ini strata Posyandu purnama mengalami kenaikan bila dibandingkan dengan tahun 2014 dan 2013

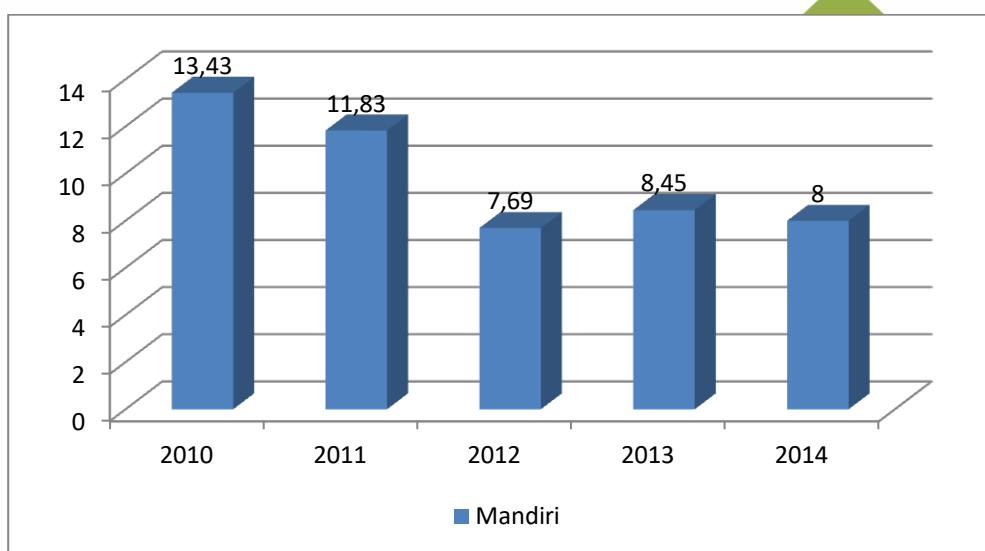
b) Posyandu Mandiri

Posyandu Mandiri adalah Posyandu sudah dapat melaksanakan kegiatan lebih dari 8 kali per tahun, dengan rata-rata jumlah kader sebanyak lima orang atau lebih, cakupan kelima kegiatan utamanya lebih dari 50%, mampu menyelenggarakan program tambahan, serta telah memperoleh sumber pembiayaan dari dana sehat yang dikelola oleh masyarakat yang pesertanya lebih dari 50% KK di wilayah kerja Posyandu. Posyandu yang mencapai strata mandiri pada tahun 2015 sebanyak 140 POSYANDU atau sebesar 8,64% mengalami peningkatan bila dibanding tahun 2014 menjadi 124 buah (8%), dan mengalami penurunan menjadi 140 buah (8.45%), pada tahun 2013.

Nilai tertinggi di Puskesmas Grabag (66,18%) dan terrendah pada 8 Puskesmas (0%), yaitu Puskesmas Bragolan, Puskesmas Bubutan, Puskesmas Dadirejo, Puskesmas Kutoarjo, Puskesmas Wirun, Puskesmas Sruwohrejo, Puskesmas Bruno, Puskesmas Loano. Puskesmas yang sudah melampaui target SPM 2010 sebesar > 2% adalah Puskesmas Grabag, Puskesmas Ngombol, Puskesmas Bagelen, Puskesmas Purworejo, Puskesmas Mranti, Puskesmas Cangkrep, Puskesmas Banyuurip, Puskesmas Bayan,

Puskesmas Semawung Daleman, Puskesmas Karanggetas, Puskesmas Kemiri, Puskesmas Winong, Puskesmas Gebang, Puskesmas Bener

**GAMBAR 4.24
CAKUPAN POSYANDU MANDIRI
DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2010– 2015**



Bila dilihat dari gambar diatas, pada tahun 2010 sampai tahun 2012 mengalami penurunan, dan sedikit mengalami kenaikan di tahun 2013 dan sedikit turun pada tahun 2014 pada tahun 2015 naik hal ini perlu mendapat perhatian agar pencapaian strata Posyandu Mandiri dapat lebih ditingkatkan dengan berbagai kegiatan yang melibatkan semua lapisan masyarakat baik tingkat Desa, Kecamatan dan Kabupaten, antara lain melalui kegiatan Revitalisasi Posyandu.

3. UPAYA KESEHATAN BERSUMBER DAYA MASYARAKAT

Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat terdiri atas Desa Siaga, Poskesdes, Polindes, dan Posbindu. Total UKBM tahun 2015 sebanyak 2359 dan tahun 2014 adalah 2.311 buah, angka ini mengalami penurunan bila dibandingkan angka tahun 2013 adalah 2.395 buah. UKBM terbanyak adalah Posbindu sebesar 1620

Poliklinik Kesehatan Desa adalah wujud upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat yang merupakan Program Unggulan di Jawa Tengah dalam rangka mewujudkan desa siaga. PKD merupakan pengembangan dari Pondok Bersalin Desa. Dengan dikembangkannya Polindes menjadi maka fungsinya menjadi bertambah yaitu sebagai tempat untuk memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan masyarakat, sebagai tempat untuk melakukan pembinaan kader/ pemberdayaan masyarakat serta forum komunikasi

pembangunan kesehatan di desa, dan sebagai tempat memberikan pelayanan kesehatan dasar termasuk kefarmasian sederhana serta untuk deteksi dini dan penanggulangan pertama kasus gawat darurat. Pengembangan PKD dimulai sejak tahun 2004. Jumlah PKD pada tahun 2015 sebesar 244 buah.

Desa siaga adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana, dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri. Sebuah desa dikatakan menjadi desa siaga apabila desa tersebut telah memiliki sekurang-kurangnya sebuah Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) atau ada Bidan Desa yang bertempat tinggal di desa tersebut dan siap melakukan pemberdayaan kesehatan masyarakat. Jumlah Desa Siaga pada tahun 2015 adalah 494 desa, yang aktif 494 desa (100%), angka ini sama bila dibandingkan tahun 2014, jumlah desa siaga yang aktif 494 desa (100%). Polindes sebanyak 0 buah karena sudah menjadi PKD sebanyak 245 buah serta Posbindu sebanyak 1.620 buah.

4. Bayi Yang Mendapat ASI Eksklusif

Air Susu Ibu (ASI) merupakan satu-satunya makanan yang sempurna dan terbaik bagi bayi karena mengandung unsur-unsur gizi yang dibutuhkan oleh bayi untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi guna mencapai pertumbuhan dan perkembangan bayi yang optimal.

ASI adalah hadiah yang sangat berharga yang dapat diberikan kepada bayi dalam keadaan miskin, mungkin merupakan hadiah satu-satunya dalam keadaan sakit, mungkin merupakan hadiah yang menyelamatkan jiwanya (UNICEF). Oleh sebab itu pemberian ASI perlu diberikan secara eksklusif sampai umur 6 (enam) bulan dan tetap mempertahankan pemberian ASI dilanjutkan bersama makanan pendamping sampai usia 2 (dua) tahun.

Kebijakan Nasional untuk memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan telah ditetapkan dalam SK Menteri Kesehatan No. 450/Menkes/ SK/IV/2004 dan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian ASI Eksklusif. ASI eksklusif adalah Air Susu Ibu yang diberikan kepada bayi sampai bayi berusia 6 bulan tanpa diberikan makanan dan minuman, kecuali obat dan vitamin. Bayi yang mendapat ASI eksklusif adalah bayi yang hanya mendapat ASI saja sejak lahir sampai usia 6 bulan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

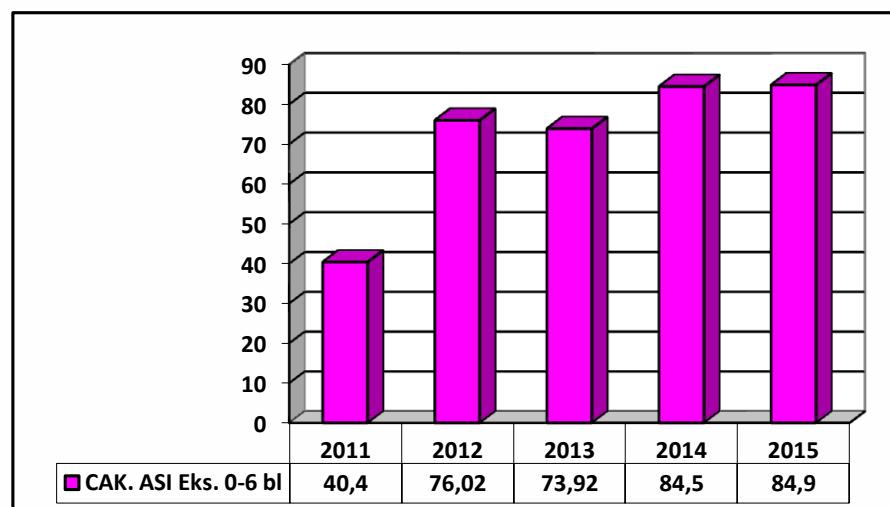
Pemberian ASI eksklusif bukan hanya isu nasional namun juga merupakan isu global. Pernyataan bahwa dengan pemberian susu formula kepada bayi dapat menjamin bayi tumbuh sehat dan kuat, ternyata menurut laporan mutakhir UNICEF (*Fact About Breast Feeding*) merupakan kekeliruan yang fatal, karena meskipun insiden diare rendah pada bayi yang diberi susu formula, namun pada masa pertumbuhan berikutnya bayi yang tidak

diberi ASI ternyata memiliki peluang yang jauh lebih besar untuk menderita hipertensi, jantung, kanker, obesitas, diabetes dll.

Berdasarkan data yang diperoleh di Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 cakupan pemberian ASI Eksklusif 0-6 bulan sebesar 84,9% untuk bayi laki-laki sebesar 84,2% perempuan sebesar 85,7 %. Mengalami kenaikan bila dibandingkan tahun-tahun sebelumnya, tahun 2014 cakupan sebesar 84,5%, tahun 2013 sebesar 73.92%, tahun 2012 sebesar 76.02% dan tahun 2011 sebesar 40.4%. Angka ini hampir mendekati target pencapaian ASI eksklusif sebesar 85%. Hal ini disebabkan karena gencarnya penyuluhan dan konseling ASI Eksklusif oleh Petugas (Konselor) dan Kader (sebagai Motivator), sehingga masyarakat khususnya ibu-ibu semakin sadar dan berkomitmen untuk memberikan ASI kepada bayinya sampai dengan umur 6 bulan. Apabila ada bayi yang bermasalah dengan menyusui, petugas pun siap memberikan konseling menyusui karena sudah ada 74 Konselor di tingkat puskesmas dan 40 Motivator di tingkat desa.

Jika dilihat pencapaian pemberian ASI eksklusif untuk masing-masing Puskesmas, Puskesmas yang sudah dapat mencapai ASI Eksklusif diatas 85% ada sebanyak 15 puskesmas yaitu Puskesmas Grabag, Puskesmas Bubutan, Puskesmas Bragolan, Puskesmas Bagelen, Puskesmas Kaligesing, Puskesmas Mranti, Puskesmas Seborokrapyak, Puskesmas Semawung, Puskesmas Wirun, Puskesmas Butuh, Puskesmas Sruwohrejo, Puskesmas Pituruh, Puskesmas Gebang, Puskesmas Loano dan Puskesmas Banyuasin. Sedangkan Puskesmas yang cakupannya paling rendah yaitu Puskesmas Dadirejo (70,9%).

**GAMBAR 4.25
CAKUPAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF (0-6 BULAN)
DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2011 – 2015**



Sumber : Bidang Kesga DKK Purworejo, Tahun 2015

Upaya yang telah dilaksanakan dalam rangka meningkatkan cakupan pemberian ASI Eksklusif di Kabupaten Purworejo tetap berpedoman pada Sepuluh Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui (10 LMKM) yaitu ;

- a) Sarana Pelayanan Kesehatan mempunyai kebijakan Peningkatan Pemberian Air Susu Ibu (PP-ASI) tertulis yang secara rutin dikomunikasikan kepada semua petugas.
- b) Melakukan pelatihan bagi petugas dalam hal pengetahuan dan ketrampilan untuk menerapkan kebijakan tersebut.
- c) Menjelaskan kepada semua ibu hamil tentang manfaat menyusui dan penatalaksanaannya dimulai sejak masa kehamilan, masa bayi lahir sampai umur 2 tahun termasuk cara mengatasi kesulitan menyusui.
- d) Membantu ibu mulai menyusui bayinya dalam 60 menit setelah melahirkan yang dilakukan di ruang bersalin (inisiasi dini).
- e) Membantu ibu bagaimana cara menyusui yang benar dan cara mempertahankan menyusui meski ibu dipisah dari bayi atas indikasi medis.
- f) Tidak memberikan makanan atau minuman apapun selain ASI kepada bayi baru lahir.
- g) Melaksanakan rawat gabung dengan mengupayakan ibu bersama bayi 24 jam sehari.
- h) Membantu ibu menyusui semau bayi semau ibu, tanpa pembatasan terhadap lama dan frekuensi menyusui.
- i) Tidak memberikan dot atau kempeng kepada bayi yang diberi ASI.
- j) Mengupayakan terbentuknya Kelompok Pendukung ASI (KP-ASI) dan rujuk ibu kepada kelompok tersebut ketika pulang dari rumah sakit, rumah bersalin atau sarana pelayanan kesehatan.

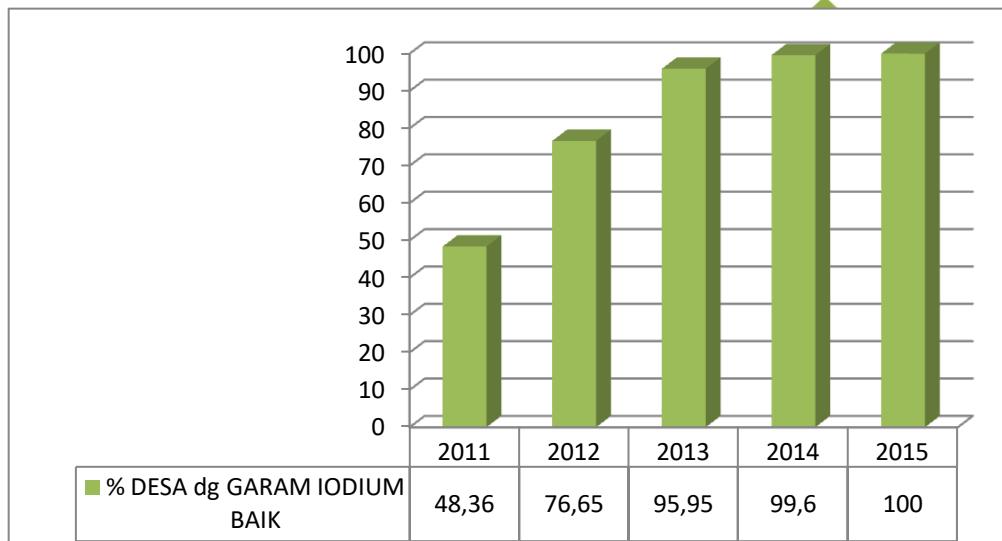
4. Desa Dengan Garam Beriodium yang Baik

Program jangka panjang dalam penanggulangan GAKI (Gangguan Akibat Kekurangan Iodium) dengan Garam Beriodium untuk Semua (Gabus). Surveilans GAKI yang dijalankan di Kabupaten Purworejo yaitu pemantauan garam beriodium di tingkat rumah tangga melalui posyandu yang dilaksanakan setiap tahun pada bulan Februari dan Agustus. Persentase desa/kelurahan dengan garam beriodium yang baik, menggambarkan identitas mutu garam beriodium yang dikonsumsi penduduk di suatu desa/kelurahan.

Pada tahun 2015 dari 494 desa yang disurvei sebanyak 494 desa sudah menggunakan garam beriodium baik. Dari tahun ke tahun desa dengan garam iodium baik selalu mengalami peningkatan, pada tahun 2014 ada 492 desa (99,6%) tahun 2013 ada 474 desa (95,95%), tahun 2012 ada 252 desa (84,78%), tahun 2011 ada 192 desa (78,85%). Peningkatan ini disebabkan karena gencarnya penyuluhan garam beriodium oleh petugas baik lewat posyandu, PKK dan dasawisma. Selain itu monitoring peredaran garam beriodium juga dilakukan melalui pasar kabupaten, pasar kecamatan dan pasar desa oleh Tim GAKI Kabupaten dan Tim GAKI Kecamatan.

Persentase cakupan desa dengan garam beriodium baik di Kabupaten Purworejo tahun 2011 -2015 dapat dilihat pada gambar berikut :

GAMBAR 4.26
CAKUPAN DESA DENGAN GARAM BERIODIUM BAIK
DI KABUPATEN PURWOREJO TAHUN 2011 – 2015



Sumber : Bidang Kesga DKK Purworejo, Tahun 2015

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa cakupan desa dengan garam beriodium baik sudah diatas target 90%. Namun promosi tentang penggunaan garam beriodium di tingkat rumah tangga harus tetap dilaksanakan.

5. Keluarga Sadar Gizi

Keluarga sadar gizi adalah keluarga yang seluruh anggota keluarganya melakukan perilaku gizi seimbang yang mencakup 5 indikator yaitu : pertama mengkonsumsi aneka ragam makanan, kedua memantau kesehatan dan pertumbuhan anggota keluarganya khususnya balita dan ibu hamil, ketiga menggunakan garam beriodium untuk memasak makanannya, keempat memberikan ASI Eksklusif pada bayi sampai umur 6 bulan dan kelima memberikan supplement gizi terutama balita dan ibu hamil.

Pada tahun 2012 sampai dengan tahun 2015 di Kabupaten Purworejo tidak ada kegiatan khusus untuk survei keluarga sadar gizi. Hasil survei Kadarzi di Kabupaten Purworejo terakhir pada tahun 2011 sebesar 9.85%. namun upaya untuk terus meningkatkan Keluarga Sadar Gizi terus dilakukan antara lain dengan :

- 1) Penyuluhan Gizi Seimbang di Masyarakat
- 2) Penyuluhan khususnya penganekaragaman makanan dan konsumsi buah-buahan
- 3) Penyediaan supplement gizi terutama Vitamin A dan Tablet Tambah Darah (TTD)

G. PELAYANAN KESEHATAN DALAM SITUASI BENCANA

Kejadian Luar Biasa (KLB) penyakit menular dan keracunan masih merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Kabupaten Purworejo. Kemungkinan munculnya KLB seperti Demam Berdarah Dengue (DBD), Keracunan Makanan, Malaria, Campak, Diare, bencana serta munculnya penyakit baru seperti *Avian Influenza* (Flu Burung), dibutuhkan kewaspadaan dini KLB yang mungkin terjadi disamping menimbulkan korban kesakitan dan kematian juga berdampak pada situasi sosial ekonomi masyarakat secara umum (keresahan masyarakat, produktivitas menurun). Kondisi tersebut menuntut adanya upaya/tindakan secara cepat dan tepat (kurang dari 24 jam) untuk menanggulangi setiap KLB serta melaporkan kepada tingkat administrasi kesehatan diatasnya.

Data frekuensi KLB penyakit menular, keracunan makanan, dan bencana tahun 2009 sebanyak 5 kejadian tersebar di 5 wilayah kerja Puskesmas pada 5 desa/kelurahan, tahun 2010 frekuensi KLB hanya terjadi 1 kali KLB yaitu KLB penyakit menular. KLB tersebut tersebar di 1 wilayah kerja Puskesmas pada 1 desa/kelurahan. Tahun 2011 terjadi 5 KLB, pada tahun 2012 terjadi 3 KLB dan pada tahun 2013 terjadi 5 KLB yang tersebar di 494 desa/kelurahan, Pada tahun 2014 terjadi 3 KLB yang terjadi di wilayah Puskesmas Kaligesing, Kutoarjo, Puskesmas Karanggetas dantelah ditanggulangi dan dilaporkan kurang dari 24 jam 100% oleh Puskesmas bersama Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo. Pada tahun 2015 terdapat 11 kejadian KLB keacunan makan 6 kejadian campak 1 kejadian di tepus kulon Hepatitis A di 2 tempat yaitu kedungsari dan maron dan DBD di Pekutan. Semua Kejadian telah ditindak lanjuti dalam 24 jam.

BAB 5

SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN

Dalam bab ini, gambaran mengenai situasi sumberdaya kesehatan dikelompokkan kedalam sajian data dan infomasi mengenai sarana kesehatan, tenaga kesehatan dan pembiayaan kesehatan.

A. SARANA KESEHATAN

1. Data Dasar Puskesmas.

Pada tahun 2015 ini jumlah sarana kesehatan berupa puskesmas dan puskesmas pembantu di Kabupaten Purworejo tidak mengalami perubahan. Puskesmas di Kabupaten Purworejo dari tahun 2009 sampai tahun 2015 berjumlah 27 buah terdiri dari 12 Puskesmas Perawatan dan 15 Puskesmas non perawatan. Puskesmas Induk dibantu oleh sarana kesehatan berupa puskesmas pembantu berjumlah 64 buah, pusling sejumlah 27 buah, PKD 245 unit dan posyandu 1620 unit.

Sampai akhir tahun 2015, ratio Puskesmas terhadap 100.000 penduduk mencapai 3,80 per 100.000 penduduk. Ini berarti bahwa pada tahun ini setiap 100.000 penduduk rata-rata dilayani oleh 4 Puskesmas.

Sementara itu bila dibandingkan dengan konsep wilayah kerja Puskesmas, dimana sasaran penduduk yang dilayani oleh sebuah Puskesmas rata-rata 30.000 penduduk, maka jumlah Puskesmas per 30.000 penduduk di Kabupaten Purworejo tahun 2015 ini, rata-rata 1,14 unit. Ini berarti bahwa di Kabupaten Purworejo jumlah Puskesmas sudah mencukupi. Rasio jumlah puskesmas terhadap puskesmas pembantu di Kabupaten Purworejo sebesar 2,3. Angka ini menunjukkan rata-rata 1 Puskesmas dibantu 2-3 puskesmas pembantu dalam melayani masyarakat yang jarak jangkauannya jauh dengan Puskesmas induk.

Jumlah Pusling di Kabupaten Purworejo telah memenuhi jumlah Puskesmas Induk. Jadi kegiatan diluar gedung puskesmas didukung 1 pusling setiap 1 puskesmas. Meskipun begitu sangat diperlukan penambahan ambulan untuk daerah yang geografisnya sulit dijangkau seperti Bruno dan Banyuasin.

2. Cakupan Rawat Jalan

Cakupan rawat jalan adalah cakupan kunjungan rawat jalan baru di sarana pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Cakupan kunjungan rawat jalan di sarana kesehatan di Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 mencapai 126,58 %.

Cakupan yang tinggi tersebut karena masih adanya pencatatan dan pelaporan di sarana pelayanan kesehatan yang belum benar, disamping pemahaman terhadap definisi operasional suatu variabel yang belum benar pula. Berdasarkan definisi operasional yang ada, seharusnya seorang yang berkunjung ke sarana pelayanan kesehatan, dalam satu tahun hanya dihitung satu kali meskipun ia datang berkali kali dalam tahun tersebut. Selain itu masih ada beberapa sarana kesehatan yang belum melaporkan data kunjungan di Dinas Kesehatan.

3. Cakupan Rawat Inap

Cakupan rawat inap adalah cakupan kunjungan rawat inap baru di sarana pelayanan kesehatan swasta dan pemerintah di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Cakupan rawat inap di sarana kesehatan di Kabupaten Purworejo tahun 2015 mencapai 6.91 % menurun dari tahun 2014 sebesar 7,6 %. Cakupan ini kegiatan promotif dan preventif kesehatan di masyarakat sudah mulai berjalan

4. Pelayanan Kesehatan Jiwa

Pelayanan gangguan jiwa adalah pelayanan pada pasien yang mengalami gangguan kejiwaan, yang meliputi gangguan pada perasaan, proses pikir, dan perilaku yang menimbulkan penderitaan pada individu dan atau hambatan dalam melaksanakan peran sosialnya. Pelayanan di Puskesmas meliputi pemberian obat, rujuk balik, merujuk ke RSUD maupun RSJ dan pelayanan rehabilitatif dengan terapi dan kegiatan lainnya. Data yang masuk untuk pelayanan kesehatan jiwa ini berasal dari rumah sakit dan puskesmas.

Cakupan pelayanan kesehatan jiwa di Kabupaten Purworejo tahun 4.01 % meningkat dari tahun 2014 mencapai 2,36 %. Penelusuran pasien jiwa di masyarakat oleh petugas kesehatan puskesmas dibantu oleh perangkat masyarakat dari tahun ke tahun membantu untuk meningkatkan kesadaran masyarakat pentingnya berobat bila mengalami gangguan jiwa.

Permasalahan yang dihadapi saat ini adalah selain biaya perawatan yang besar bagi pasien jiwa, masyarakat merasa kesehatan jiwa belum menjadi alasan penting dan malu untuk datang berobat ke sarana kesehatan. Selain itu masyarakat yang mengalami gangguan jiwa tidak membawa surat rujuk balik dari RSJ ke Puskesmas maupun RSUD.

Sehingga Dokter Puskesmas kadang mengalami kesulitan dalam memberikan obat lanjutan dan terapi yang diberikan. Dari permasalahan tersebut, upaya yang perlu dilakukan adalah peningkatan pembinaan program kesehatan jiwa di sarana kesehatan pemerintah dan swasta, pelatihan/refreshing bagi dokter dan paramedis Puskesmas terutama upaya promotif dan preventif, serta meningkatkan pelaksanaan sistem monitoring dan evaluasi pencatatan dan pelaporan program kesehatan jiwa.

5. INDIKATOR PELAYANAN RUMAH SAKIT.

Indikator yang digunakan untuk menilai perkembangan sarana rumah sakit antara lain dengan melihat perkembangan fasilitas perawatan yang biasanya diukur dengan jumlah rumah sakit dan tempat tidurnya serta rasionalnya terhadap jumlah penduduk. Perkembangan jumlah rumah sakit di Kabupaten Purworejo **Pemakaian Tempat Tidur**

Pelayanan sarana kesehatan (rumah sakit) dapat diukur kinerjanya antara lain dengan melihat persentase pemanfaatan tempat tidur rumah sakit atau *Bed Occupation Rate* (BOR).

BOR yang ideal untuk suatu rumah sakit adalah antara 60% sampai dengan 80%. Persentase rata-rata pemakaian tempat tidur RS di Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 61,7%. Hal ini menunjukkan penambahan jumlah tempat tidur di beberapa rumah sakit pada tahun mulai dioptimalkan penggunaannya pada tahun 2015. Sehingga pelayanan kepada pasien rawat inap rata-rata dapat berjalan dengan baik.

a) Rata-rata Lama Rawat Seorang Pasien/Average Length of Stay (ALOS)

Rata-rata lama rawat seorang pasien yang secara umum/Average Length of Stay (ALOS) yang ideal adalah antara 3 – 9 hari. Rata-rata lama rawat seorang pasien di RS di Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebesar 3.94. Angka ini menunjukkan mutu pelayanan di rumah sakit di Kabupaten Purworejo rata-rata bagus.

b) Rata-rata Hari Tempat Tidur Tidak Ditempati / Turn Of Interval (TOI)

Angka ideal untuk TOI adalah 1–3 hari. Rata-rata angka TOI Rumah Sakit di Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 sebesar 2,3. Angka ini memberikan gambaran tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur di RS di Kabupaten Purworejo masih efektif.

c) Angka Kematian Penderita Yang Dirawat < 48 Jam/Net Death Rate (NDR)

Nilai NDR yang dapat ditolerir adalah 25 per 1.000 penderita keluar. Rata-rata nilai NDR di Rumah Sakit di Kabupaten Purworejo tahun 2015 rata-rata 21,2. Hal ini menunjukkan rata-rata jumlah kematian yang dirawat di rumah sakit di Purworejo

masih wajar. Angka tertinggi NDR terdapat di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah sebesar 31,3. Hal ini perlu diperhatikan pihak Rumah Sakit PKU untuk lebih memperhatikan pelayanan terhadap pasien agar pasien terselamatkan.

d. Angka Kematian Umum Penderita Yang Dirawat di RS/Gross Death Rate (GDR)

Angka GDR yang dapat ditolerir maksimum 45. Pada Tahun 2015 angka rata-rata GDR di Kabupaten Purworejo sebesar 38,1. angka tertinggi ada di RS PKU Muhammadiyah sebesar 53,5 %. Dan GDR terendah ada di RSIA Permata karena tidak ada kasus kematian pada saat perawatan pasien. Dari data NDR dan GDR di kabupaten Purworejo tersebut, masih diperlukan tindak lanjut dengan upaya baru dalam pelayanan kesehatan agar seluruh RS mempunyai NDR dan GDR di bawah angka yang dapat ditolerir.

6. JUMLAH SARANA PELAYANAN MENURUT KEPEMILIKAN

Pada Tahun 2015 di Kabupaten Purworejo terjadi perubahan jumlah untuk beberapa sarana kesehatan. Untuk sarana rumah sakit terjadi penambahan 1 rumah sakit yaitu Rumah Sakit Islam. Terjadi juga perubahan status untuk rumah sakit khusus menjadi rumah sakit umum yaitu RSU Permata dan RSU Purwa Husada. Untuk sarana kesehatan klinik juga meningkat jumlahnya menjadi 19 buah. Hal ini mempermudah masyarakat yang jauh dari kota untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai dan terjangkau.

Untuk sarana kesehatan lainnya yang meningkat adalah jumlah pengobat tradisional yang mencapai 31 orang. Meningkatnya jumlah pengobat tradisional ini dikarenakan telah banyak dibentuk asosiasi berbagai macam pengobat tradisional sehingga mempermudah dalam perijinan praktek.

7. Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat

Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat terdiri atas Desa Siaga, Poskesdes, Polindes, dan Posbindu. Total UKBM tahun 2015 adalah 2359 bila dibanding tahun 2014 adalah 2.311 buah, angka ini mengalami kenaikan dan mengalami penurunan bila dibandingkan angka tahun 2013 adalah 2.395 buah. UKBM terbanyak adalah Posbindu sebesar 1620 (68,7%).

Poliklinik Kesehatan Desa adalah wujud upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat yang merupakan Program Unggulan di Jawa Tengah dalam rangka mewujudkan desa

siaga. PKD merupakan pengembangan dari Pondok Bersalin Desa. Dengan dikembangkannya Polindes menjadi PKD maka fungsinya menjadi bertambah yaitu sebagai tempat untuk memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan masyarakat, sebagai tempat untuk melakukan pembinaan kader/ pemberdayaan masyarakat serta forum komunikasi pembangunan kesehatan di desa, dan sebagai tempat memberikan pelayanan kesehatan dasar termasuk kefarmasan sederhana serta untuk deteksi dini dan penanggulangan pertama kasus gawat darurat. Jumlah PKD pada tahun 2015 sebesar 245 buah.

Desa siaga adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana, dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri. Sebuah desa dikatakan menjadi desa siaga apabila desa tersebut telah memiliki sekurang-kurangnya sebuah Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) atau ada Bidan Desa yang bertempat tinggal di desa tersebut dan siap melakukan pemberdayaan kesehatan masyarakat. Jumlah Desa Siaga pada tahun 2015 adalah 494 desa, yang aktif 494 desa (100%), angka ini sama bila dibandingkan tahun 2014, jumlah desa siaga yang aktif 494 desa (100%). Polindes sebanyak 0 buah karena sudah menjadi PKD sebanyak 245 buah serta Posbindu sebanyak 1.620 buah.

B. TENAGA KESEHATAN

1. Persebaran Tenaga Kesehatan

Peningkatan mutu pelayanan kesehatan dilakukan melalui perbaikan fisik dan penambahan sarana prasarana, penambahan peralatan dan ketenagaan serta biaya operasional dan pemeliharaan. Namun dengan semakin tingginya pendidikan dan kesejahteraan masyarakat, tuntutan akan mutu pelayanan juga semakin meningkat. Untuk itu dibutuhkan penambahan tenaga kesehatan yang terampil dan siap pakai dengan karakteristik dan fungsi tenaganya.

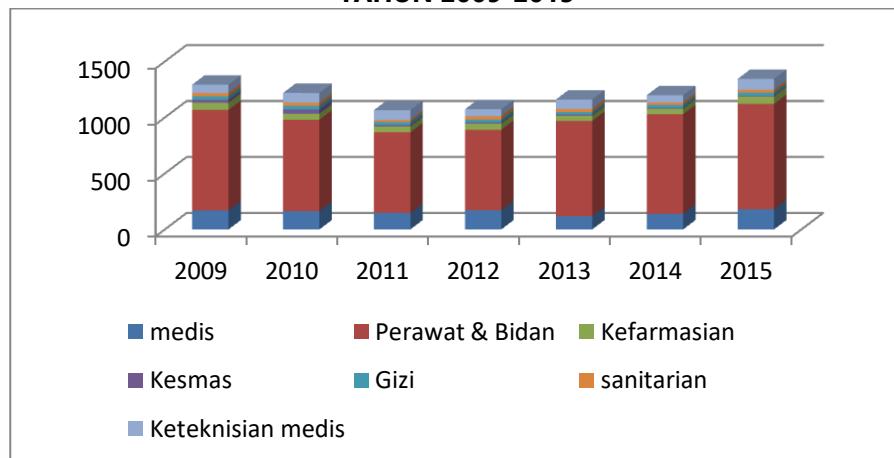
Sampai saat ini kebutuhan tenaga kesehatan masih belum sepenuhnya terpenuhi. Hal tersebut dapat dilihat dari usulan permintaan kebutuhan tenaga kesehatan baik di UPT Puskesmas, UPT di Dinas Kesehatan maupun Dinas Kesehatan sendiri sulit terpenuhi akibat belum tertatanya data-data serta belum siapnya anggaran untuk perekutan pegawai. Kekurangan lain disebabkan belum tergantinya tenaga kesehatan yang sudah pensiun, dan makin kompleksnya masalah-masalah kesehatan yang ditangani oleh tenaga tersebut.

Untuk mencukupi kebutuhan tenaga kesehatan tersebut ditangani dengan membuka penerimaan CPNS baru baik secara swakelola maupun tenaga pusat yang ditempatkan di daerah. Usulan lain dalam mencukupi kekurangan tenaga juga dilakukan dengan pengangkata Dokter Tenaga Tidak Tetap, Bidan Tidak Tetap yang kedepannya mengangkat tenaga kesehatan lain sebagai pegawai tidak tetap disamping Pegawai Harian Lepas (PHL). Pengangkatan PTT dilakukan satu periode adalah 3 (tiga) tahun dan dapat diperpanjang sebanyak 2 (dua) kali baik dengan dana Pemerintah Pusat maupun Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD II).

Jumlah tenaga kesehatan di Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 sebanyak 2.517 pegawai dan tahun 2014 ini yaitu 1.821 pegawai, berarti ada penambahan 696 pegawai. Penempatan tenaga kesehatan tersebut tersebar belum merata pada masing-masing pelayanan kesehatan, terbanyak Rumah Sakit sebanyak 1420 orang, di Dinas Kesehatan dan Puskesmas sebanyak 1097 orang.

Sebagaimana diketahui bahwa penyelenggaraan upaya kesehatan tidak hanya dilakukan pemerintah, tetapi juga diselenggarakan oleh swasta. Dari jumlah tenaga kesehatan yang ada tahun 2015, sebanyak 2.517 orang terdiri dari 1360 orang tenaga bekerja di fasilitas kesehatan dengan rincian 181 orang tenaga medis, keperawatan sebanyak 646 orang, bidan 294 orang, kefarmasian sebanyak 67 orang, Kesehatan Masyarakat sebanyak 6 orang, gizi sebanyak 28 orang, sanitarian sebanyak 26 orang, fisioterapi sebanyak 15 orang dan keteknisian medis sebanyak 97 orang. Gambaran tentang tenaga kesehatan tahun 2015 pada grafik berikut :

GAMBAR 5.1
KLASIFIKASI TENAGA KESEHATAN KABUPATEN PURWOREJO
TAHUN 2009-2015



Sumber : Sekretariat DKK Purworejo

2. Rasio Tenaga Kesehatan per 100.000 Penduduk

Pada tahun 2015, dengan jumlah tenaga sebanyak 2,517 orang, maka rasio tenaga kesehatan per 100.000 penduduk di Kabupaten Purworejo adalah sebesar 354. Ini berarti bahwa setiap 100.000 penduduk dilayani oleh 354 tenaga kesehatan.

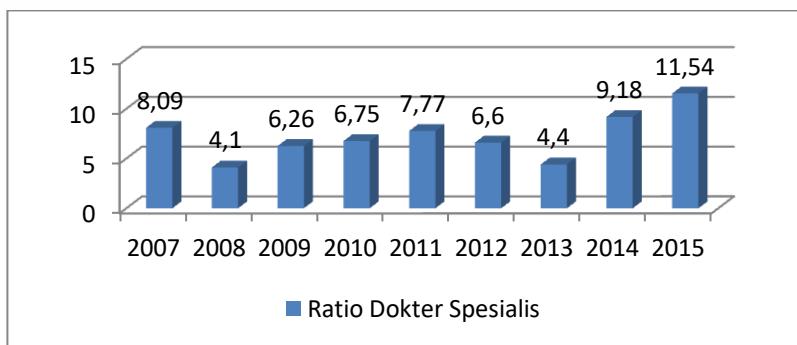
Sementara itu bila dilihat dari masing-masing jenis tenaga kesehatan per 100.000 penduduk menunjukkan bahwa rasio tenaga medis dan rasio keperawatan bidan yaitu masing-masing sebesar 25,48 per 100.000 penduduk dan 131,89 per 100.000 penduduk.

Selanjutnya untuk kefarmasian rasinya sebesar 9,4 per 100.000 penduduk. Untuk tenaga kesehatan masyarakat rasinya sebesar 0,84 per 100.000 penduduk, ahli gizi rasinya sebesar 3,94 per 100.000 penduduk, sanitasi rasinya sebesar 3,65 per 100.000 penduduk dan tenaga keteknisian medis rasinya sebesar 13,65 per 100.000 penduduk.

a) Rasio Tenaga Dokter Spesialis

Jumlah Dokter Spesialis di Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 adalah 82 orang, mengalami kenaikan bila dibandingkan tahun 2014 sebesar 65 orang. Rasio dokter spesialis per 100.000 penduduk sebesar 11,54 mengalami kenaikan dibandingkan tahun 2014 sebesar 9,18. Dengan demikian rasio tersebut sudah mencapai target Indonesia Sehat 2010 dan standar dari WHO sebesar 6 per 100.000 penduduk.

GAMBAR 5.2
RASIO DR SPESIALIS DI KABUPATEN PURWOREJO
TAHUN 2007 – 2015

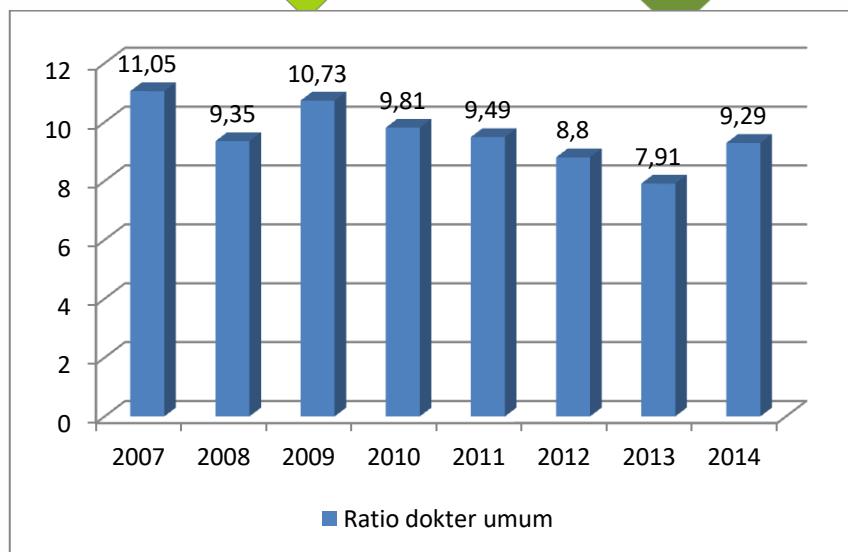


Sumber : Sekretariat DKK Purworejo

b) Rasio Tenaga Dokter Umum

Rasio Dokter Umum per 100.000 penduduk tahun 2015 sebesar 9,29 meningkat bila dibanding tahun 2014 sebesar 7,91 dan pada tahun 2013 sebesar 8,1, tahun 2012 sebesar 8,8, tahun 2011 sebesar 9,49 dan tahun 2010 sebesar 9,81. Rasio tersebut masih dibawah target Indikator Indonesia Sehat 2010 dan standar WHO sebesar 40 per 100.000 penduduk.

GAMBAR 5.3
RASIO DR UMUM DI KABUPATEN PURWOREJO
TAHUN 2007 – 2015

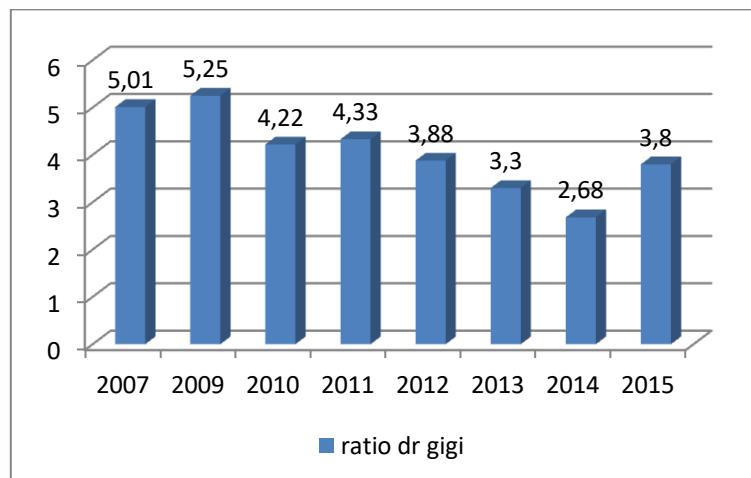


Sumber : Sekretariat DKK Purworejo

c) **Rasio Tenaga Dokter Gigi**

Rasio Dokter Gigi di Kabupaten Purworejo per 100.000 penduduk tahun 2015 sebesar 3,8 meningkat bila dibanding tahun 2014 sebesar 2,68. Dengan demikian rasio tersebut masih dibawah target Indonesia Sehat 2010 dan standar dari WHO sebesar 11 per 100.000 penduduk.

GAMBAR 5.4
RASIO DR GIGI DI KABUPATEN PURWOREJO
TAHUN 2007 – 2015

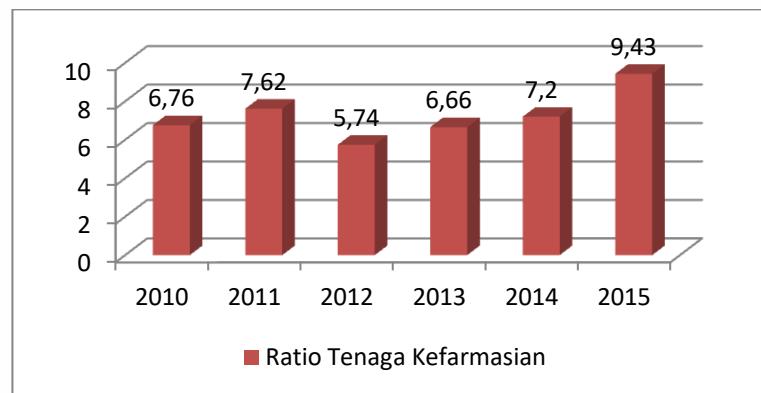


Sumber : Sekretariat DKK Purworejo

d) Tenaga Kefarmasian

Tenaga kefarmasian terdiri dari Apoteker, S1 Farmasi, D III Farmasi, dan SMF. Jumlah tenaga kefarmasian di Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 67 meningkat bila dibanding tahun 2014 sebanyak 51 orang dan tahun 2013 sebanyak 47 orang ini mengalami kenaikan. Rasio tenaga kefarmasian per 100.000 penduduk sebesar 9,43. Meskipun demikian rasio tersebut masih dibawah target Indonesia Sehat 2010 dan standar dari WHO sebesar 10 orang per 100.000 penduduk.

GAMBAR 5.5
RASIO TENAGA KEFARMASIAN DI KABUPATEN PURWOREJO
TAHUN 2010 – 2015

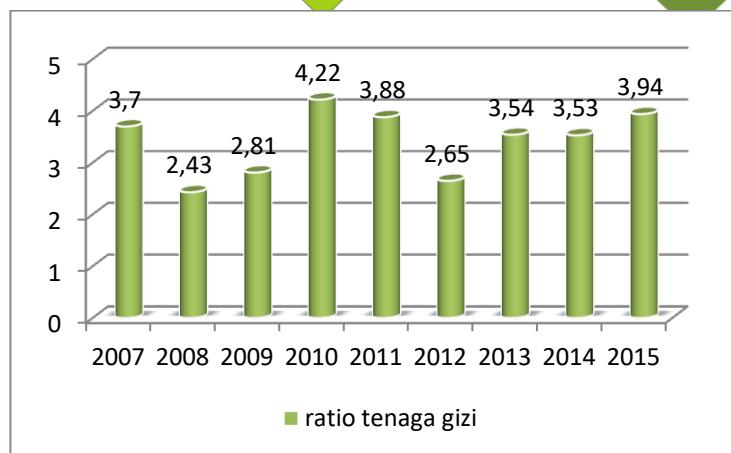


Sumber : Sekretariat DKK Purworejo

e) Rasio Tenaga Gizi

Tenaga Gizi terdiri dari DIV/S1 Gizi, dan DIII Gizi. Jumlah tenaga Gizi di Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 sebanyak 28 orang ada penambahan tenaga 3 orang bila dibanding tahun 2014 sebanyak 25 orang,. Rasio tenaga Gizi per 100.000 penduduk sebesar 3,94. Meskipun demikian rasio tersebut masih jauh dibawah standar target Indonesia Sehat 2010 dan standar dari WHO sebesar 22 orang per 100.000 penduduk.

GAMBAR 5.6
RASIO TENAGA GIZI DI KABUPATEN PURWOREJO
TAHUN 2007 – 2015

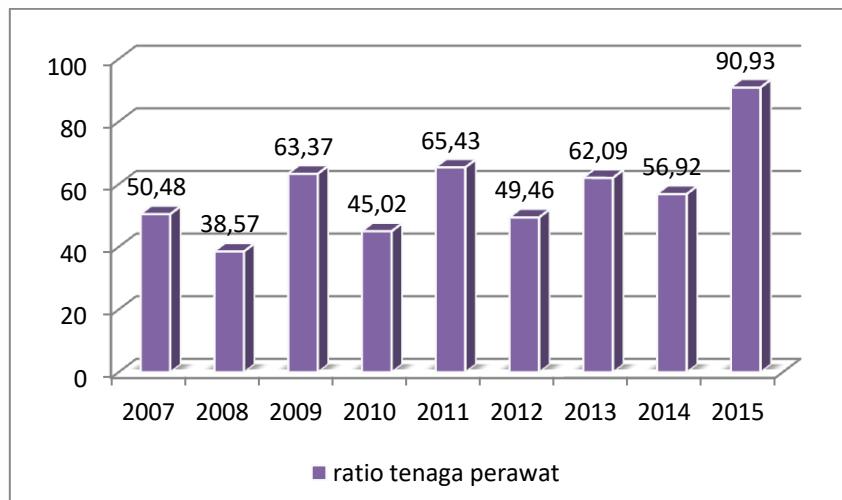


Sumber : Sekretariat DKK Purworejo

f) Rasio Tenaga Keperawatan

Jumlah Tenaga Keperawatan di Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 sebanyak 646 perawat terdiri dari perawat, dan perawat gigi. Dibanding tahun 2014 sebanyak 485, mengalami kenaikan dan pada tahun 2013 jumlah tenaga keperawatan adalah sebanyak 438. Rasio tenaga keperawatan per 100.000 penduduk sebesar 90,93,. Ini berarti rasio tersebut masih dibawah target Indonesia Sehat 2010 dan standar WHO sebesar 117,5 per 100.000 penduduk.

GAMBAR 5.7
RASIO TENAGA KEPERAWATAN DI KABUPATEN PURWOREJO
TAHUN 2007 – 2015

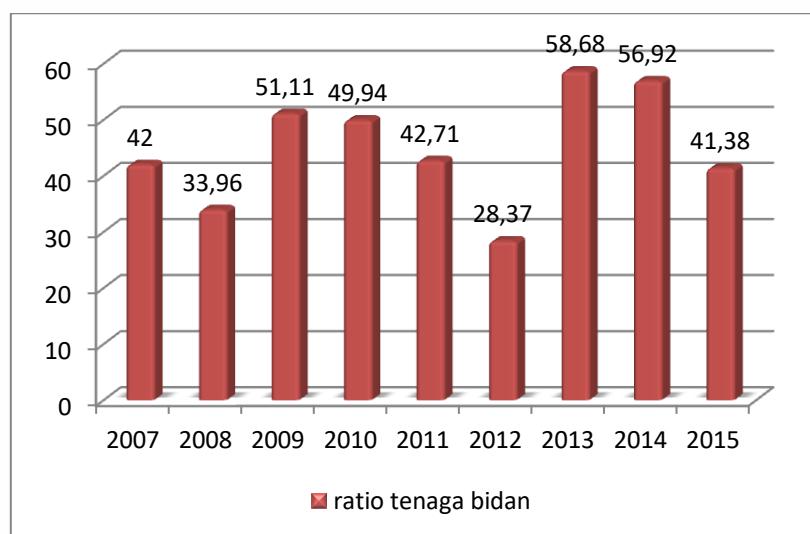


Sumber : Sekretariat DKK Purworejo

g) Rasio Tenaga Bidan

Jumlah tenaga Bidan di Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 294 bidan mengalami penurunan bila dibanding tahun 2014 sebesar 403 dan tahun 2013 sebanyak 414. Rasio tenaga bidan per 100.000 penduduk sebesar 41,38. Rasio tersebut masih jauh dari target Indonesia sehat 2010 dan standar WHO sebesar 100 per 100.000 penduduk.

GAMBAR 5.8
RASIO TENAGA BIDAN DI KABUPATEN PURWOREJO
TAHUN 2007 – 2015

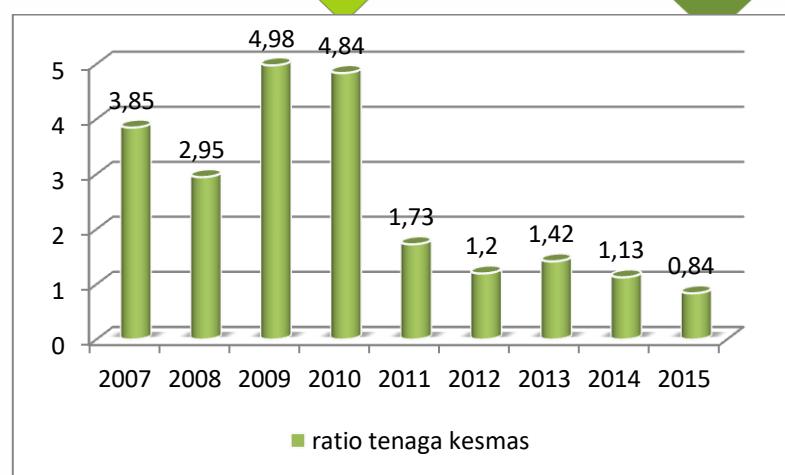


Sumber : Sekretariat DKK Purworejo

h) Rasio Tenaga Kesehatan Masyarakat

Jumlah Tenaga Kesehatan Masyarakat di Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 sebanyak 6 Orang menurun bila dibanding pada tahun 2014 sebanyak 8 orang. Hal ini dikarenakan tidak adanya penambahan tenaga yang telah pensiun maupun pindah. Rasio Tenaga Kesehatan Masyarakat per 100.000 penduduk sebesar 0,84 Rasio tersebut masih jauh dari standar WHO sebesar 40 orang per 100.000 penduduk.

GAMBAR 5.9
RASIO KESEHATAN MASYARAKAT DI KABUPATEN PURWOREJO
TAHUN 2007 – 2015

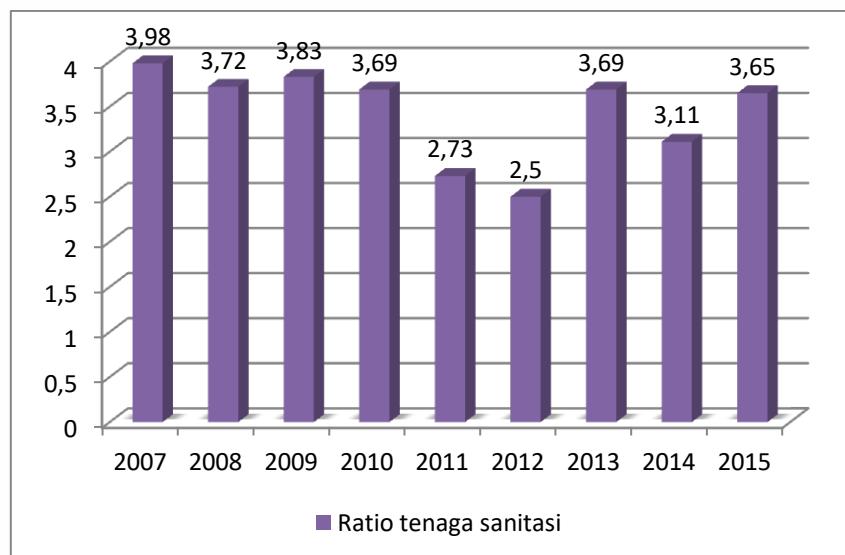


Sumber : Sekretariat DKK Purworejo

i) Rasio Tenaga Sanitasi

Tenaga Sanitasi terdiri dari DIII Kesehatan Lingkungan dan SPPH. Jumlah Tenaga Sanitasi di Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 sebanyak 26 orang ada penambahan tenaga bila dibanding tahun 2014 adalah 22 orang. Rasio Tenaga Sanitasi per 100.000 penduduk sebesar 3,65, standar WHO sebesar 40 per 100.000 penduduk.

GAMBAR 5.10
RASIO TENAGA SANITASI DI KABUPATEN PURWOREJO
TAHUN 2007 – 2015

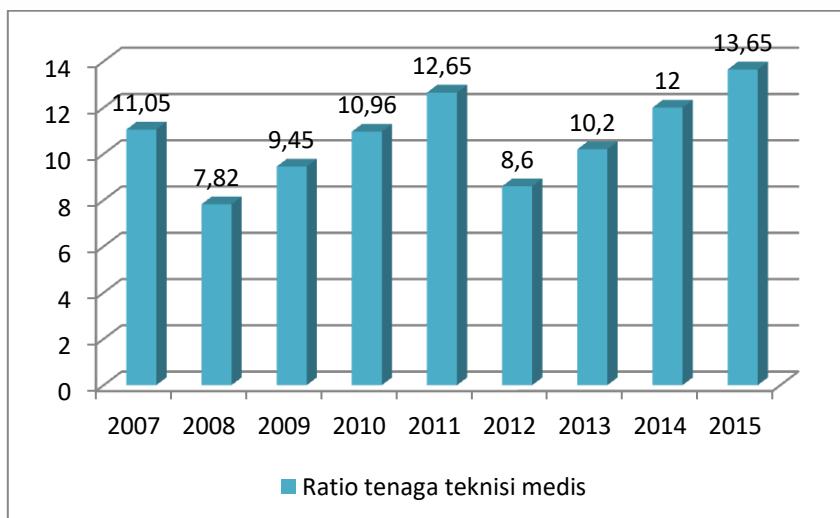


Sumber : Sekretariat DKK Purworejo

j) Rasio Tenaga Teknisi Medis

Rasio Tenaga Teknisi Medis terdiri dari Radiografer, Radioterapis, Teknisi Elektromedis, Teknisi Gigi, Analis Kesehatan, Refraksionis Optisien, Ortetik Prostetik, Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Teknisi Transfusi Darah dan Teknik Kardiovaskuler. Jumlah Tenaga Teknisi Medis di Kabupaten Purworejo padatahun 2015 sebanyak 97 orang ada peningkatan tenaga bila dibanding tahun 2014 adalah 85 orang. Rasio Tenaga Teknisi Medis per 100.000 penduduk sebesar 13,65 mengalami kenaikan dibandingkan dengan tahun 2014 sebesar 12.

GAMBAR 5.11
RASIO TENAGA TEKNISI MEDIS DI KABUPATEN PURWOREJO
TAHUN 2007 – 2015



Sumber : Sekretariat DKK Purworejo

Secara umum jumlah tenaga kesehatan di Kabupaten Purworejo masih belum tercukupi sesuai dengan Indikator Indonesia Sehat 2010 maupun Indikator WHO. Namun Pemerintah Kabupaten Purworejo telah berusaha mencukupi kebutuhan tenaganya. Usaha yang dilakukan berupa mengoptimalkan tenaga yang ada dan pengangkatan tenaga baru seperti CPNS maupun PTT.

Pemerataan tenaga kesehatan yang tersebar di wilayah pelayanan kesehatan diupayakan dengan peningkatan sarana-sarana kesehatan yang ada seperti peningkatan akreditasi rumah sakit serta peningkatan Puskesmas menjadi Puskesmas Rawat Inap. Gambaran situasi ketersediaan tenaga kesehatan baik yang bekerja di kantor pemerintah maupun sektor swasta dapat dilihat pada lampiran tabel 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79 dan 80

C. PEMBIAYAAN KESEHATAN

1. Persentase Anggaran Kesehatan Dalam APBD

Berdasarkan data dari sekretariat Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 jumlah anggaran yang dialokasikan untuk pembiayaan kesehatan sebesar Rp.112.296.676.131 dari jumlah keseluruhan anggaran pendapatan dan belanja daerah Rp.1.741.856.734.460 atau sekitar 6,25% bila dibanding tahun 2014 jumlah anggaran belanja yang dialokasikan untuk pembiayaan kesehatan sebesar Rp97,244,222,396 dari anggaran belanja keseluruhan Kabupaten Purworejo sebesar Rp1,639237,369,854,69 atau sebesar 5,39%, angka ini sedikit ada kenaikan sebesar 0,86% bila dibandingkan tahun 2013 4,3% ,tahun 2012 mencapai 4,6% dan tahun 2011 yang mencapai 4,99 %. dari seluruh pebiayaan Kabupaten Purworejo. Ini berati masih dibawah target Indonesia Sehat 2015 yaitu sebesar 15%. Namun anggaran kesehatan perkapita pada tahun 2015 Rp.158.067 mengalami Kenaikan bila dibandingkan tahun 2014 sebesar Rp137,3,- pada tahun 2013 sebesar Rp87,4 dan tahun 2012 sebesar Rp. 79,27,-. Pada periode 2008 – 2009, jumlah alokasi anggaran pembangunan kesehatan di Kabupaten Purworejo cenderung menurun, yaitu dari Rp.59.881.048.907 rupiah pada tahun 2008 menjadi Rp.38.605.212.900 pada tahun 2009 dan pada tahun 2010 kembali naik menjadi Rp. 48.332.433.182,-. Dan pada tahun 2011 anggaran pembangunan kesehatan bertambah menjadi RP.55.127.556.446 dan pada tahun 2012 bertambah lagi menjadi Rp. 62,960,638,000 namun kembali turun pada tahun 2013 Rp. 61,670,886,595 dan pada tahun 2014 naik menjadi Rp97,244,222,396 Selengkapnya tentang besaran anggaran Pembiayaan kesehatan Kabupaten Purworejo tahun 2013 pada *lampiran tabel : 79.*

2. Pembiayaan Kesehatan Untuk Pelayanan Kesehatan Perorangan

Pembiayaan Kesehatan Untuk Pelayanan Kesehatan Perorangan

Pembiayaan kesehatan merupakan salah satu bidang ilmu dari ekonomi kesehatan (*health economy*). Yang dimaksud dengan biaya kesehatan adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat terdapat dua unsur utama Upaya Kesehatan yaitu upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perorangan (UKP).

UKM adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat. Sedangkan UKP adalah serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan. Gambaran mengenai upaya kesehatan perseorangan terkait cakupan pelayanan penduduk yang memperoleh jaminan kesehatan nasional keluarga miskin dan mayarakat rentan adalah sebagai berikut:

a) Cakupan Kinerja Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Jaminan Kesehatan Nasional adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Dana JKN merupakan alokasi dana yang bersumber dari pendapatan APBN yang dialokasikan kepada BPJS dengan tujuan untuk membantu mendanai kegiatan khusus yang merupakan urusan daerah dan sesuai dengan prioritas nasional.

Pada tahun 2015 penyelenggara program JKN adalah BPJS Kesehatan, dimana kelompok kepesertaannya dibagi menjadi dua bagian, yaitu peserta Penerima Bantuan Iur (PBI) dan peserta non Penerima Bantuan Iur (non PBI). Berdasarkan data kepesertaan BPJS Kesehatan sampai Desember 2015 jumlah kepesertaan JKN bagi masyarakat Kabupaten Purworejo sebanyak 388.123 jiwa, yang terdiri dari peserta PBI sejumlah 258.689 dan peserta non PBI sejumlah 122.029.

Jumlah kepesertaan JKN dari tahun 2014 yaitu 362.475 jiwa mengalami peningkatan menjadi 388.123 jiwa di tahun 2015. Peningkatan jumlah kepesertaan JKN ini dikarenakan oleh meningkatnya jumlah peserta non PBI yang mendaftar ke BPJS Kesehatan secara mandiri serta adanya integrasi Program Jamkesda Propinsi dan Program Jamkesda Kabupaten ke dalam JKN. Cakupan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin dan rentan merupakan proporsi masyarakat miskin dan masyarakat rentan yang terlindungi oleh JPK (subsidi Pemda). Diperoleh dari jumlah masyarakat miskin dan masyarakat rentan yang memiliki kartu Jamkesmas per jumlah seluruh masyarakat miskin/rentan.

Peserta JKN PBI meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu (Jamkesmas). Peserta JKN Pada Kelompok Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) merupakan transisi dari Peserta Jamkesmas ke JKN, sesuai dengan Kuota dari TNP2K hasil PPLS dari (Badan Pusat Statistik) BPS tahun 2011 quota Peserta Jamesmas di Kabupaten Purworejo adalah sebanyak 258.689 orang (dimana peserta PBI Jamkesda Propinsi sejumlah 3.485 jiwa dan peserta PBI Jamkesda Kabupaten sejumlah 3.566). Hasil rekapitulasi data mengenai pembiayaan pelayanan kesehatan dasar JKN di tahun 2015 untuk Rawat jalan dibayarkan secara Kapitasi, untuk pelayanan rawat inap dibayarkan 120.000,- / per day. Alokasi anggaran Program JKN diberikan secara bertahap, setiap bulan selambat-lambatnya tanggal 15 tiap bulannya, sampai dengan bulan Desember 2015 dana kapitasi yang diterima oleh 27 Puskesmas dengan total anggaran sebesar Rp. 21.309.393.062,- sedangkan dana non kapitasi yang telah diterimakan oleh Bendahara DKK di tahun 2015 adalah sebesar Rp. 3.661.042.531,-

b) Cakupan Pelayanan Kesehatan Bagi Keluarga Miskin Dan Masyarakat Rentan Yang Memperoleh Jaminan Pemeliharaan Kesehatan.

Selain dana dari pemerintah pusat, masih ada alokasi anggaran bagi maskin dan masyarakat rentan yang belum mempunyai kesehatan yang berasal dari APBD II. Menurut Peraturan Bupati No 56 tahun 2015 (direvisi menjadi Perbup Jamkesda No 26 tahun 2015) tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Purworejo, dana Jaminan Kesehatan Daerah dapat dimanfaatkan untuk rawat jalan, rawat inap dan transportasi.

Gambaran mengenai capaian kinerja mengenai pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin dan mayarakat rentan yang memperoleh jaminan pemeliharaan kesehatan dari Program Jamkesda adalah sebagai berikut:

Pagu Anggaran Jamkesda Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebesar Rp. 5.005.000.000. Sampai dengan Periode VII total dana Realisasi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Program Jamkesda s/d Bulan Desember Tahun 2015 adalah sebesar Rp. 4.978.120.879,- dengan jumlah kunjungan 12.136 pasien. Dari total PAGU terdapat sisa dana sebesar Rp. 26.879.121,-. Realisasi pelayanan terbesar terdapat pada Pemberi Pelayanan Kesehatan di RSUD Saras Husada Purworejo dengan jumlah kunjungan pasien sebanyak 5.895 pasien dengan realisasi keuangan

sebesar Rp. 3.246.837.315,-. Terdapat pelayanan bagi miskin tahun 2015 yang belum terbayarkan sebesar Rp. 1.389.189.546,-.

Berdasarkan kondisi di atas dapat digambarkan mengenai cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat di Kabupaten Purworejo

Cakupan Pelayanan Kesehatan Dasar Masy. Miskin	=	163.438	x 100 %
		163.438	
	=	100 %	
Cakupan Pelayanan Kesehatan Rujukan Masy. Miskin	=	12.851	x 100 %
		163.438	
	=	7,86 %	
PBI	=	258.689	x 100%
		708.038	
	=	36,53 %	
Non PBI	=	122.029	x 100%
		708.038	
	=	17.23 %	
Jamkesda	=	12.136	x 100%
		708.038	
	=	1.71 %	

BAB 6

KESIMPULAN

Dalam bab ini, gambaran mengenai situasi profil kesehatan tahun 2015 dapat disimpulkan berdasarkan kelompok sajian data dan infomasi sebagai berikut :

A. DERAJAT KESEHATAN

1. Mortalitas/Angka Kematian.

Angka kematian/mortalitas bayi dan ibu mencerminkan derajat kesehatan suatu populasi atau masyarakat.

- a) Angka Kematian Bayi di Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebesar 11,30 per 1.000 kelahiran hidup (target MDG'S 2015 sebesar 23 per 1000 penduduk).
- b) Angka Kematian Ibu di Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 berdasarkan laporan dari Puskesmas sebesar 75,36 per 100.000 kelahiran hidup (Target MDG'S 102/1000).

2. Morbiditas/Angka Kesakitan.

- a) Pada tahun 2015 di Kabupaten Purworejo menemukan penderita AFP sebanyak 2 penderita, ini berarti belum memenuhi target Kabupaten Purworejo yaitu sebanyak 4 penderita. Dari hasil pemeriksaan laboratorium Biofarma Bandung, jumlah kasus 2 yang telah diperiksa sampelnya semuanya negatif polio (berarti tidak ditemukan virus polio liar).
- b) *Case Detection Rate* (CDR) atau angka penemuan penderita TB paru BTA (+) di Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebesar 48,98 %, hal ini lebih rendah daripada target SPM sebesar 70%. Sedang angka kesembuhan TB Paru (*Cure Rate*) sebesar 68,98%, berarti belum memenuhi target nasional sebesar 85%. Rendahnya kesembuhan TB Paru di Kabupaten Purworejo perlu adanya peningkatan pengawas minum obat atau test resistensi obat.
- c) Cakupan penemuan penderita Pneumonia Balita di Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebesar 65,2% meningkat bila dibandingkan tahun 2014 sebesar

21,73%, namun hal ini masih sangat jauh dari target SPM tahun 2015 sebesar 100%.

- d) Jumlah kumulatif kasus HIV dan AIDS dari Januari – Desember 2015 sebanyak 43 kasus. Semua kasus yang ditemukan (100%) mendapat pelayanan sesuai standar.
- e) Angka kesakitan (IR) penyakit DBD di Kabupaten Purworejo Tahun 2015 sebesar 32,5/100.000 penduduk dan angka kematian (CFR) sebesar 0%. Angka kesakitan tersebut sudah dibawah target nasional yaitu <20/100.000 penduduk. Namun untuk angka kematian, masih lebih rendah dari dari target nasional yaitu < 1%.
- f) Cakupan penemuan penderita diare pada tahun 2015 65,38% hal ini masih jauh di bawah target sebesar 80%, akan tetapi semua penderita diare yang ditemukan seluruhnya (100%) mendapatkan penanganan sesuai standar.
- g) *Annual Parasite Incidence (API)* penyakit Malaria di Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebesar 0,16% ini berarti terjadi penurunan kasus malaria dibanding tahun 2014 yaitu dengan *API* sebesar 1,13%. Seluruh penderita Malaria Positif yang ditemukan mendapatkan penanganan sesuai standar.
- h) Angka Penemuan kasus Kusta di Kabupaten Purworejo tahun 2015, sebesar 5 kasus.
- i) Kasus Filariasis pada tahun 2015 tidak ditemukan
- j) Kasus penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi seperti Polio, Campak, Difteri dan Tetanus Neonatorum, cenderung mangalami penurunan. Hal ini dimungkinkan karena pencapaian cakupan imunisasi yang meningkat dengan pencapaian > 80%.
- k) Kejadian penyakit tidak menular bervariasi ada yang meningkat dan yang menurun dari tahun sebelumnya. Penyakit Hipertensi menurun dari 13.819 kasus pada tahun 2012 menjadi 10.240 kasus pada tahun 2013, tahun 2014 meningkat menjadi 11.324 dan pada tahun 2014 meningkat 18.826 tahun 2015 menurun 7.317 Pada pemeriksaan berat badan lebih/obesitas akan membantu pencegahan pada penyakit jantung dan DM. Cakupan Pemeriksaan obesitas baru mencapai 11,58% dan yang mengalami obesitas 1,98%. Cakupan deteksi dini kangker leher rahim dan kangker payudara dari 3457 terdapat 280 IVA Positif 8,10% dan tumor/benjolan terdapat 9 kasus (0,26%)

3. Status Gizi.

- a) Cakupan kunjungan neonatus di Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 sebesar 99,14%. Angka tersebut sudah melampaui target SPM 2015 sebesar 90%.
- b) Cakupan kunjungan bayi di Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 sebesar 97,0%. Angka tersebut sudah melampaui target SPM 2014 sebesar 90%.
- c) Persentase bayi dengan berat badan lahir rendah di Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebesar 5,5%. Sedangkan berat bayi dengan berat badan lahir rendah yang berhasil ditangani di Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 sebesar 100%, cakupan ini sudah sesuai target SPM 2015 sebesar 100%.
- d) Dari 16 kecamatan di Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 masih ada 2 kecamatan yang belum bebas rawan pangan dan gizi.

B. UPAYA KESEHATAN

1. Pelayanan Kesehatan Dasar

- a) Cakupan kunjungan ibu hamil K4 di Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 sebesar 88,71% cakupan ini belum melampaui target pencapaian tahun 2015 yaitu 95%.
- b) Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebesar 98,6%. Cakupan ini lebih tinggi bila dibanding target SPM 2015 sebesar 90%.
- c) Cakupan pelayanan pada ibu nifas di Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebesar 97,3%.
- d) Cakupan deteksi dini tumbuh kembang anak balita dan pra sekolah tingkat Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 sebesar 79,4 %. Menurun bila dibanding tahun 2014 sebesar 82,6% dan Cakupan tersebut belum memenuhi target SPM 2015 sebesar 90%.
- e) Pencapaian Fe1 di Kabupaten Purworejo tahun 2015 ini sebesar 94,8% dan Fe3 sebesar 89,95 %
- f) Cakupan pemeriksaan penjaringan kesehatan siswa SD/MI oleh tenaga kesehatan/guru UKS/kader kesehatan sekolah pada tahun 2015 sebesar 100%. Cakupan tersebut sudah memenuhi dari target SPM (100%).
- g) Cakupan pemeriksaan kesehatan siswa remaja oleh tenaga kesehatan/Guru UKS/kader kesehatan remaja di Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebesar 100%. Cakupan tersebut telah memenuhi dari target SPM tahun 2015 (100%).

- h) Jumlah peserta KB baru pada tahun 2015 sebanyak 7.795 atau 6,5 % dari jumlah PUS yang ada.
 - i) Cakupan peserta KB aktif di Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 sebanyak 101.344 atau 84,6% dari jumlah PUS yang ada.
 - j) Cakupan pelayanan kesehatan pra usia lanjut dan usia lanjut tingkat Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 sebesar 43,21%.
 - k) Hasil UCI desa di Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebesar 100%, Angka ini sudah melebihi target propinsi sebesar 80%.
- Cakupan masing-masing jenis imunisasi di Kabupaten Purworejo tahun 2015; BCG (99,5%), DPT-HB-hib1(96,8%), DPT-HB-hib3 (97,9%), Polio Polio 4 (93,4%), Campak (93,7%), Hepatitis B (88,8%).
- l) Angka *Drop Out* (DO), sesuai kesepakatan dengan kabupaten/kota indikator DO di Jawa Tengah maksimal 5% atau (-5%). Angka DO Pada tahun 2015 untuk tingkat Kabupaten Purworejo mencapai 3,2%.
 - m) Rasio tumpatan dan pencabutan gigi tetap di Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebesar 1,2 Hal ini menunjukan derajat kesehatan masyarakat mulai meningkat.
 - n) Persentase murid SD yang diperiksa pada pelayanan gigi dan mulut untuk tahun 2015 ini sebesar 46,8%.

2. Pelayanan Kesehatan Rujukan dan Penunjang

- a) Cakupan akses ketersediaan darah dan komponen yang aman untuk menangani rujukan bumil dan neonatus di Kabupaten Purworejo tahun 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 dan 2015 sebesar 0%, hal ini disebabkan tidak dapat memperoleh data akses ketersediaan darah untuk bumil dan neonatus yang yang dirujuk.
- b) Cakupan ibu hamil risiko tinggi dan komplikasi yang ditangani tahun 2015 sebesar 146,7%. Melebihi 100% karena jumlah bumil risti melebihi 20% dari yang ditargetkan dan Angka tersebut sudah di atas target SPM tahun 2015 sebesar 90%.
- c) Cakupan neonatal risti tertangani Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebesar 68,8%. Ini berarti belum melampaui target SPM 2015 sebesar 80%.
- d) Secara keseluruhan, sarana kesehatan dengan kemampuan pelayanan gawat darurat yang dapat diakses masyarakat di Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebesar 100 %.

3. Pelayanan Kesehatan Dasar

- a) Cakupan kunjungan rawat jalan di sarana kesehatan di Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 sebesar 126,8%. Target SPM untuk cakupan rawat jalan adalah 80%.
- b) Cakupan rawat inap di sarana kesehatan di Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebesar 6,91%.
- c) Secara keseluruhan, sarana kesehatan dengan kemampuan pelayanan laboratorium di Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebesar 100%. Cakupan ini sudah memenuhi target standar.
- d) Keseluruhan rumah sakit yang ada di Kabupaten Purworejo, sebesar 100% yang sudah menyelenggarakan empat pelayanan kesehatan spesialis dasar.
- e) Ketersediaan obat di Kabupaten Purworejo masih rendah (60% obat tersedia mencukupi kebutuhan minimal 12 bulan), dan terdapat 6 item obat dengan tingkat ketersediaan ekstrim di atas 200% yang berpotensi terjadi kerusakan/ pemborosan. Oleh karena itu perlu perbaikan data perencanaan, kepatuhan terhadap standar terapi dan optimalkan realisasi pengadaan terhadap obat yang dibutuhkan/ direncanakan dalam pengadaan. Koordinasi dengan pengelola program pusat dan propinsi terkait kepastian alokasi obat program juga harus ditingkatkan untuk menghindari duplikasi antara pengadaan Kabupaten dan droping atau sebaliknya terdapat kekosongan karena tidak melakukan pengadaan.
- f) Perlu adanya peningkatan ketepatan dalam perencanaan obat pada tahun 2015.

4. Pembinaan Kesehatan Lingkungan dan Sanitasi Dasar

- a) Cakupan rumah yang memenuhi syarat kesehatan di Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebesar 73.46%. Cakupan rumah sehat tersebut memenuhi target renja 2015 sebesar 72%.
- b) Cakupan keluarga yang memiliki akses terhadap air bersih sebesar 83.25%, yang berarti belum melampaui target Indonesia Sehat 2015 sebesar 84%..
- c) Cakupan keluarga yang memiliki jamban yang memenuhi syarat kesehatan tahun 2015 sebesar 76.9%.%
- d) Cakupan keluarga yang memiliki tempat sampah memenuhi syarat kesehatan sebesar 79.00% Sedang cakupan keluarga memiliki sarana pengelolaan air limbah yang memenuhi syarat kesehatan sebesar 69,95%.

- e) Hotel yang memenuhi syarat kesehatan sebesar 100%. Restoran yang memenuhi syarat kesehatan sebesar 78,18% Pasar yang memenuhi syarat kesehatan sebesar 54,41% Tempat pengelolaan makanan yang memenuhi syarat kesehatan sebesar 75,91%
- f) Cakupan pembinaan kesehatan lingkungan di institusi di Kabupaten Purworejo tahun 2015 untuk sarana kesehatan adalah 100%

5. Perbaikan Gizi Masyarakat

- a) Partisipasi masyarakat dalam penimbangan Posyandu (D/S) di Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebesar 84,7% persen, angka ini masih kurang dari target yang harus dicapai sebesar 85%.
- b) Balita yang naik timbangannya (N/D) sebesar 73,6%, angka ini masih di bawah target sebesar 85%.
- c) Jumlah Balita BGM di Kabupaten Purworejo pada tahun 2015 sebanyak 177 anak (0,5%), Ini merupakan angka yang cukup rendah jika dibandingkan dengan target nasional sebesar $\leq 5\%$.
- d) Cakupan pemberian kapsul Vitamin A dosis tinggi pada bayi umur 6-11 bulan tahun 2015 sebesar 100%. Angka ini sudah di atas target kinerja pembinaan gizi sebesar 95%.
- e) Cakupan pemberian kapsul vitamin A pada anak balita umur 12-59 bulan, tahun 2015 sebesar 99,99%. Angka ini sudah di atas target kinerja pembinaan gizi sebesar 95%.
- f) Cakupan ibu nifas mendapat kapsul vitamin A di Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebesar 97,3%, cakupan ini sudah diatas target kinerja pembinaan gizi sebesar 90%.
- g) Cakupan ibu hamil yang mendapat Fe 90 di Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebesar 89,95%. Angka ini masih dibawah target kinerja pembinaan gizi sebesar 90%.
- h) Cakupan pemberian ASI eksklusif tahun 2015 sebesar 84,5%. Angka ini mendekati target pencapaian ASI eksklusif tahun 2015 sebesar 85%.
- i) Cakupan Desa dengan Garam Beriodium baik di Kabupaten Purworejo tahun 2015 tidak melakukan kegiatan pemberian kapsul iodium karena pemberian kapsul iodium hanya diperbolehkan untuk kasus yang benar-benar positif kekurangan iodium yang sudah dibuktikan dengan pemeriksaan laboratorium.

6. Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat

- a) Persentase rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat yaitu yang diwakili oleh rumah tangga yang mencapai strata sehat utama dan sehat

paripurna, tahun 2015 sebesar 73,3% sudah melampaui target SPM tahun 2015 sebesar 70%.

- b) Posyandu yang mencapai strata purnama pada tahun 2015 ini sejumlah 637 buah (39,32%) Cakupan tersebut masih di bawah target SPM 2015 sebesar 40%.
- c) Posyandu yang mencapai strata mandiri sejumlah 140 buah 8,64% Cakupan tersebut sudah melampaui target SPM 2015 sebesar > 2%.

7. Pelayanan Kesehatan Dalam Situasi Bencana

Frekuensi KLB penyakit menular, keracunan makanan, dan bencana selama tahun 2015 terdapat 11 kejadian KLB keacunan makan 6 kejadian campak 1 kejadian di tepus kulon Hepatitis A di 2 tempat yaitu kedungsari dan maron dan DBD di Pekutan. Semua Kejadian telah ditindak lanjuti dalam 24 jam.

C. SUMBER DAYA KESEHATAN

1. Tenaga Kesehatan

- a) Rasio dokter spesialis per 100.000 penduduk di Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebesar 11,54 telah memenuhi target renstra Kemenkes 2015-2019 sebesar 9 per 100.000 penduduk.
- b) Rasio tenaga dokter umum per 100.000 penduduk di Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebesar 9,29 masih jauh di bawah standart WHO sebesar 40 per 100.000 penduduk.
- c) Rasio tenaga dokter gigi per 100.000 penduduk di Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebesar 3,8 masih jauh di bawah standart WHO sebesar 11 per 100.000 penduduk.
- d) Rasio tenaga farmasi per 100.000 penduduk sebesar 9,43, belum memenuhi standart WHO sebesar 10 per 100.000 penduduk.
- e) Rasio tenaga gizi per 100.000 penduduk sebesar 3,94 masih jauh di bawah standart WHO sebesar 22 per 100.000 penduduk.
- f) Rasio tenaga keperawatan per 100.000 penduduk di Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebesar 90,93 masih jauh di bawah standart WHO sebesar 117,5 per 100.000 penduduk.
- g) Rasio Bidan per 100.000 penduduk di Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebesar 41,38 rasio tersebut masih jauh di bawah standart WHO sebesar 100 per 100.000 penduduk.

- h) Rasio tenaga kesehatan masyarakat per 100.000 penduduk di Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebesar 0,84 rasio ini masih jauh di bawah standart WHO sebesar 40 per 100.000 penduduk.
- i) Rasio tenaga sanitasi per 100.000 penduduk di Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebesar 3,65 rasio ini masih jauh di bawah standart WHO sebesar 40 per 100.000 penduduk.
- j) Rasio tenaga teknisi medis per 100.000 penduduk di Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebesar 13,65

2. Sarana Kesehatan

- a) Pada tahun 2015 jumlah Puskesmas di Kabupaten Purworejo adalah 27 buah. Bila dibandingkan dengan konsep wilayah kerja Puskesmas, dengan sasaran penduduk yang dilayani oleh sebuah Puskesmas rata- rata 30.000 penduduk per Puskesmas, maka jumlah Puskesmas per 30.000 penduduk pada tahun 2015 adalah 1,14. Ini berarti bahwa di Kabupaten Purworejo jumlah Puskesmas sudah mencukupi. Selain itu untuk Puskesmas Pembantu (64 unit) dan Puskesmas Keliling (27 unit) terlebih lagi dengan dikembangkannya Poliklinik Kesehatan Desa (239 unit).
- b) Jumlah Rumah Sakit Umum di Kabupaten Purworejo tahun 2015 berjumlah 4 unit yang terdiri dari RSU Pemerintah sebanyak 1 unit ,RSU milik Swasta sebanyak 3 unit.

3. Anggaran Kesehatan

Anggaran belanja yang dialokasikan untuk pembiayaan kesehatan di Kabupaten Purworejo tahun 2015 sekitar 6,25% dari seluruh pembiayaan Kabupaten Purworejo. Hal ini masih di bawah target Indonesia Sehat 2015 sebesar 15% (tap MPR no 5 thn 2003)

4. Pembiayaan Jaminan Kesehatan

- Cakupan penduduk yang menjadi peserta JKN di Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebesar 36,53% untuk PBI, 17,23% non PBI dan 1,71% Jamkesda
- Cakupan Pelayanan Kesehatan Dasar masyarakat miskin 100%
- Cakupan pelayanan kesehatan rujukan masyarakat miskin 7,86%

Demikian gambaran hasil pembangunan kesehatan di Kabupaten Purworejo tahun 2015 sebagai wujud nyata kinerja seluruh jajaran kesehatan di Kabupaten Purworejo dalam upaya mewujudkan Purworejo Sehat.

BAB 7

PENUTUP

Sesungguhnya berbagai peningkatan derajat kesehatan telah dicapai sebagai hasil dari pembangunan kesehatan di Kabupaten Purworejo, sejalan dengan perbaikan kondisi umum dan sosial serta ekonomi masyarakat. Gambaran yang demikian merupakan fakta yang harus dikomunikasikan baik kepada para pemimpin dan pengelola program kesehatan maupun kepada lintas sektor serta masyarakat yang didiskripsikan melalui data dan informasi.

Oleh karena data dan informasi merupakan sumberdaya yang strategis bagi pimpinan dan organisasi dalam pelaksanaan manajemen, maka penyediaan data dan informasi yang berkualitas sangat diperlukan sebagai masukan dalam proses pengambilan keputusan. Data dan informasi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo diperoleh melalui penyelenggaraan sistem informasi kesehatan. Salah satu keluaran dari penyelenggaraan sistem informasi kesehatan, sejak tahun 2000, telah dikembangkan paket sajian data dan informasi dalam format buku profil kesehatan.

Namun disadari bahwa, sistem informasi kesehatan yang ada saat ini masih belum dapat memenuhi kebutuhan data dan informasi kesehatan secara optimal. Walupun demikian, diharapkan profil kesehatan ini tetap dapat memberikan gambaran secara garis besar dan menyeluruh tentang seberapa jauh perubahan dan perbaikan keadaan kesehatan masyarakat yang telah dicapai.

Purworejo, Mei 2015

Hormat Kami,

TIM PENYUSUN

LAMPIRAN



