



DINAS KESEHATAN
KOTA TANGERANG SELATAN

PROFIL KESEHATAN

2020



maklumat pelayanan

Dengan ini kami Pimpinan dan Karyawan Dinas Kesehatan Kota Tangerang Selatan Sanggup Menyelenggarakan Pelayanan Sesuai Standart Pelayanan yang telah di tetapkan dan apabila tidak menepati janji ini kami siap menerima sanksi sesuai Peraturan yang berlaku

motto pelayanan

Kami Melayani dengan Ramah, Senyum & Ikhlas

nilai budaya kerja

- Integritas
- Semangat
- Profesionalitas
- Inovasi
- Tanggung Jawab
- Keteladanan

TIM PENYUSUN

Pengarah

dr. Allin Hendalin Mahdanir, M.KM.
Kepala Dinas Kesehatan Kota Tangerang Selatan

Ketua

dr. Akbar Sutanto
Kepala Sub Bagian Perencanaan

Editor

Wita Marmi
Pengelola data Perencanaan dan Penganggaran

Anggota

Taopik Haerudin; Pipin Zenal Muttaqin; Andri Ramdani S; Rahajeng Sari Putri; Regita Septi Ananda;
Ari Luthfiana Ulya

Kontributor

Bagian Sekretariat; Bidang Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit; Bidang Pelayanan Kesehatan; Bidang Kesehatan Masyarakat; Bidang Sumber Daya Kesehatan; Sub Bagian Umum dan Kepegawaian; Sub Bagian Keuangan; Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular; Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan Jiwa; Seksi Surveilans, Imunisasi dan Penanggulangan Krisis; Seksi Pelayanan Kesehatan Primer; Seksi Pelayanan Kesehatan Rujukan; Seksi Mutu dan Akreditasi Fasilitas Kesehatan; Seksi Kesehatan Keluarga; Seksi Gizi; Seksi Promosi Kesehatan, Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Kerja dan Olahraga; Seksi Farmasi Alat Kesehatan, Obat Publik dan Pengawasan Pangan; Seksi Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Masyarakat; Seksi Sumber Daya Manusia Kesehatan; UPT Farmasi, UPT Laboratorium Kesehatan Daerah; Puskesmas Paku Alam; Puskesmas Pondok Jagung; Puskesmas Rawa Buntu; Puskesmas Serpong 01; Puskesmas Serpong 02; Puskesmas Setu; Puskesmas Keranggan; Puskesmas Bakti Jaya; Puskesmas Pamulang; Puskesmas Pondok Benda; Puskesmas Benda Baru; Puskesmas Ciputat; Puskesmas Kampung Sawah; Puskesmas Sawah Baru; Puskesmas Jombang; Puskesmas Situ Gintung; Puskesmas Ciputat Timur; Puskesmas Pisangan; Puskesmas Pondok Ranji; Puskesmas Rengas; Puskesmas Pondok Aren; Puskesmas Pondok Betung; Puskesmas Jurang Mangu; Puskesmas Pondok Pucung; Puskesmas Parigi; Puskesmas Pondok Kacang Timur; Puskesmas Bambu Apus; Puskesmas Pondok Cabe Ilir; Puskesmas Lengkong Wetan; Rumah Sakit Umum Kota Tangerang Selatan dan Rumah Sakit Swasta serta Pelayanan Kesehatan Lainnya.

KATA PENGANTAR

Puji Syukur kepada Allah SWT atas terbitnya Profil Kesehatan Kota Tangerang Selatan Tahun 2020 dan semoga dapat memberikan manfaat bagi banyak pihak. Penghargaan dan ucapan terima kasih kami sampaikan kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan profil kesehatan Kota Tangerang Selatan Tahun 2020 ini.

Profil kesehatan Kota Tangerang Selatan disusun berdasarkan data rutin maupun data survey dari Puskesmas di Kota Tangerang Selatan serta institusi lain terkait seperti Badan Pusat Statistik (BPS) dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Informasi yang disajikan meliputi data dan narasi tentang situasi demografi; fasilitas pelayanan kesehatan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM); Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK); pembiayaan kesehatan; kesehatan keluarga; serta pengendalian penyakit dan kesehatan lingkungan. Profil ini menyajikan gambaran nasional; perbandingan antar puskesmas serta tren dari tahun ke tahun.

Buku profil kesehatan Kota Tangerang Selatan tersedia dalam bentuk soft copy yang dapat diunduh melalui website <https://sites.google.com/view/perencanaandinkes/profil-dinkes-th-2020/>. Kritik dan saran dapat disampaikan kepada kami sebagai masukan untuk penyempurnaan profil kesehatan Kota Tangerang Selatan yang akan datang.

Tangerang Selatan;

2021

Kepala Dinas Kesehatan
Kota Tangerang Selatan;



dr. Allin Hendalin Mahdaniar, M.KM.

DAFTAR GAMBAR

BAB I	DEMOGRAFI	
Gambar 1.1	Luas Wilayah	2
Gambar 1.2	Pertumbuhan Penduduk dan Jumlah Penduduk Tahun 2016-2020	3
Gambar 1.3	Jumlah Penduduk per Kecamatan Tahun 2020	4
Gambar 1.4	Piramida Penduduk Tahun 2020	4
Gambar 1.5	Rata-Rata Kecepatan Angin Tahun 2020	7
Gambar 1.6	Angka Partisipasi Sekolah (APS) Tahun 2020	8
Gambar 1.7	Angka Partisipasi Murni (APM) Tahun 2020	9
Gambar 1.8	Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Tahun 2020	10
BAB II	FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN DAN UKBM	
Gambar 2.1	Peta Sebaran Puskesmas Tahun 2020	12
Gambar 2.2	Perkembangan Jumlah Puskesmas Tahun 2020	13
Gambar 2.3	Status Akreditasi Puskesmas Tahun 2020	14
Gambar 2.4	Jumlah Tempat Tidur Puskesmas Tahun 2020	16
Gambar 2.5	Perkembangan Puskesmas Rawat Inap dan Non Rawat Inap Tahun 2020	17
Gambar 2.6	Jumlah Rumah Sakit Tahun 2020	25
Gambar 2.7	Jumlah Rumah Sakit per Kecamatan Tahun 2020	26
Gambar 2.8	Proporsi Rumah Sakit Berdasarkan Tipe Kelas Tahun 2020	26
Gambar 2.9	Jumlah Posyandu per Puskesmas Tahun 2020	32
Gambar 2.10	Jumlah Posbindu PTM Tahun 2020	33
BAB III	SDM KESEHATAN	
Gambar 3.1	Jumlah SDM Kesehatan Tahun 2020	35
Gambar 3.2	Proporsi Tenaga Medis Tahun 2020	35
Gambar 3.3	Jumlah SDM Kesehatan di Puskesmas Tahun 2020	36
Gambar 3.4	Jumlah Dokter di Puskesmas Tahun 2020	37
Gambar 3.5	Jumlah Dokter Gigi di Puskesmas Tahun 2020	38
Gambar 3.6	Jumlah Perawat di Puskesmas Tahun 2020	39
Gambar 3.7	Jumlah Bidan di Puskesmas Tahun 2020	40

Gambar 3.8	Jumlah Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit Tahun 2020	.....	41
BAB IV	PEMBIAYAAN KESEHATAN		
Gambar 4.1	Fluktuasi Anggaran Dinas Kesehatan Tahun 2017-2020	.....	43
Gambar 4.2	Fluktuasi DAK Bidang Kesehatan Tahun 2016-2020	.....	45
Gambar 4.3	Belanja Kesehatan Tahun 2020	.....	47
Gambar 4.4	Fluktuasi Jaminan Kesehatan Tahun 2017-2020	.....	49
BAB V	KESEHATAN KELUARGA		
Gambar 5.1	Angka Kematian Ibu Tahun 2013-2020	.....	51
Gambar 5.2	Cakupan Pelayanan K4 di Puskesmas Tahun 2020	.....	53
Gambar 5.3	Cakupan Imunisasi Td2+ Tahun 2020	.....	55
Gambar 5.4	Cakupan Pemberian Tablet Tambah Darah pada Ibu Hamil Tahun 2020	.....	56
Gambar 5.5	Cakupan Persalinan Ditolong oleh Tenaga Kesehatan Tahun 2020	.....	57
Gambar 5.6	Cakupan KF Lengkap di Puskesmas Tahun 2020	.....	58
Gambar 5.7	Jumlah Penanganan Komplikasi Kebidanan Tahun 2020	.....	59
Gambar 5.8	Jumlah Penanganan Komplikasi Neonatal Tahun 2020	.....	60
Gambar 5.9	Cakupan Pelayanan Kontrasepsi Tahun 2020	.....	61
Gambar 5.10	Pola Pemilihan Jenis Alat Kontrasepsi Tahun 2020	.....	62
Gambar 5.11	Jumlah Kasus Kematian Neonatal Tahun 2020	.....	63
Gambar 5.12	Penyebab Kasus Kematian Neonatal Tahun 2020	.....	63
Gambar 5.13	Jumlah Kematian pada Bayi Tahun 2020	.....	64
Gambar 5.14	Penyebab Kematian pada Bayi Tahun 2020	.....	64
Gambar 5.15	Kasus Kematian Balita Tahun 2020	.....	65
Gambar 5.16	Penyebab Kematian Balita Tahun 2020	.....	65
Gambar 5.17	Cakupan KN1 Tahun 2020	.....	67
Gambar 5.18	Cakupan KN Lengkap Tahun 2020	.....	68
Gambar 5.19	Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap Tahun 2016-2020	.....	69
Gambar 5.20	Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap Tahun 2020	.....	70
Gambar 5.21	Angka Drop Out Tahun 2020	.....	71

Gambar 5.22	Cakupan Kelurahan UCI Tahun 2020	.....	72
Gambar 5.23	Imunisasi DPT-HB-Hib4 Tahun 2020	.....	73
Gambar 5.24	Cakupan Sekolah SD/Sederajat yang Mendapat Pelayanan Kesehatan Tahun 2020	.....	75
Gambar 5.25	Cakupan Sekolah SMP/Sederajat yang Mendapat Pelayanan Kesehatan Tahun 2020	.....	76
Gambar 5.26	Cakupan Sekolah SMA/Sederajat yang Mendapat Pelayanan Kesehatan Tahun 2020	.....	77
Gambar 5.27	Kasus BBLR Tahun 2020	.....	78
Gambar 5.28	Kasus Balita Kurus Tahun 2020	.....	79
Gambar 5.29	Kasus Balita Pendek Tahun 2020	.....	80
Gambar 5.30	Kasus Balita Gizi Buruk Tahun 2020	.....	81
Gambar 5.31	Cakupan IMD Tahun 2020	.....	83
Gambar 5.32	Cakupan Bayi Baru Lahir Mendapat ASI Eksklusif Tahun 2020	.....	84
Gambar 5.33	Rata-Rata Balita Ditimbang Tahun 2020	.....	85
Gambar 5.34	Cakupan Pemberian Kapsul Vitamin A Balita Tahun 2020	.....	86
BAB VI	PENGENDALIAN PENYAKIT		
Gambar 6.1	Kasus TB Tahun 2020	.....	88
Gambar 6.2	Treatment Coverage/TC Tahun 2020	.....	89
Gambar 6.3	Notifikasi Kasus TB per 100.000 Penduduk Tahun 2016-2020	.....	90
Gambar 6.4	Case Notification Rate/CNR Tahun 2020	.....	90
Gambar 6.5	Angka Keberhasilan Pengobatan Tahun 2016-2020	.....	91
Gambar 6.6	Angka Keberhasilan Pengobatan Tahun 2020	.....	92
Gambar 6.7	Kasus HIV per Jenis Kelamin Tahun 2020	.....	93
Gambar 6.8	Kasus HIV per Kelompok Umur Tahun 2020	.....	93
Gambar 6.9	Kasus AIDS per Jenis Kelamin Tahun 2020	.....	94
Gambar 6.10	Kasus AIDS per Kelompok Umur Tahun 2020	.....	94
Gambar 6.11	Cakupan Penemuan Pneumonia pada Balita Tahun 2016-2020	.....	94
Gambar 6.12	Cakupan Pneumonia pada Balita per Puskesmas Tahun 2020	.....	95
Gambar 6.13	Kasus Hepatitis B Tahun 2016-2020	.....	96

Gambar 6.14	Cakupan Pelayanan Diare Tahun 2020	.....	97
Gambar 6.15	Angka Penemuan Kasus Baru per 100.000 Penduduk Tahun 2016-2020	.....	99
Gambar 6.16	Angka Cacat Tingkat 2 Tahun 2020	.....	99
Gambar 6.17	Proporsi Kusta MB dan Kusta pada Anak Tahun 2020	.....	100
Gambar 6.18	Kasus Campak Tahun 2016-2020	.....	103
Gambar 6.19	Kasus Campak per Puskesmas Tahun 2020	.....	103
Gambar 6.20	Kasus AFP Tahun 2020	.....	106
Gambar 6.21	Jumlah KLB Tahun 2020	.....	108
Gambar 6.22	Incidence Rate/IR DBD Tahun 2016-2020	.....	109
Gambar 6.23	Incidence Rate/IR DBD per Puskesmas Tahun 2020	.....	110
Gambar 6.24	Case Fatality Rate/CFR DBD per Puskesmas Tahun 2020	.....	111
Gambar 6.25	Annual Parasite Incidence/API per 1.000 Penduduk Tahun 2016-2020	.....	112
Gambar 6.26	Estimasi Penderita Hipertensi \geq 15 Tahun Tahun 2020	.....	115
Gambar 6.27	Kasus DM Tahun 2020	.....	116
Gambar 6.28	Deteksi Dini Kanker Leher Rahim Melalui Metode IVA Tahun 2020	.....	117
Gambar 6.29	Hasil Pemeriksaan IVA Tahun 2020	.....	118
Gambar 6.30	ODGJ yang Mendapat Pelayanan Tahun 2020	.....	119
BAB VII	KESEHATAN LINGKUNGAN		
Gambar 7.1	Sarana Air Minum yang Diawasi/Diperiksa Kualitasnya Tahun 2020	.....	122
Gambar 7.2	Proporsi Sarana Jamban Sehat Tahun 2020	.....	125
Gambar 7.3	Keluarga dengan Akses Fasilitas Sanitasi yang Layak Tahun 2020	.....	126
Gambar 7.4	Desa/Kelurahan Melaksanakan STBM Tahun 2020	.....	128
Gambar 7.5	Desa/Kelurahan SBS Tahun 2020	.....	129
Gambar 7.6	Tempat Fasilitas Umum dilakukan Pengawasan Tahun 2020	.....	131
Gambar 7.7	Tempat Pengelolaan Pangan Memenuhi Syarat Sesuai Standar Tahun 2020	.....	132

DAFTAR TABEL

BAB I	DEMOGRAFI		
Tabel 1.1	Luas Wilayah	.....	2
Table 1.2	Angka Melek Huruf (AMH) Tahun 2020	.....	8
BAB II	FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN DAN UKBM		
Tabel 2.1	Rincian Status Akreditasi Puskesmas Tahun 2020	.....	14
Table 2.2	Gambaran Sumber Daya Manusia Kesehatan Tahun 2020	.....	17
Tabel 2.3	Data Puskesmas yang Menjalankan Pelayanan Kesehatan Tradisional Tahun 2020	.....	21
Table 2.4	Kantong Darah yang Disalurkan Bagi Warga Menurut Bulan	.....	23
Table 2.5	Jumlah Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tahun 2020	.....	28
Table 2.6	Jumlah Rujukan dari Puskesmas Tahun 2020	.....	28
Table 2.7	Sepuluh Kasus Penyakit Terbanyak yang Dirujuk	.....	29
Table 2.8	Capaian Pelayanan PSC 119 Tahun 2020	.....	29
Tabel 2.9	Sarana Kefarmasian dan Alat Kesehatan	.....	31
Tabel 2.10	Jumlah Strata Posyandu per Kecamatan Tahun 2020	.....	32
BAB III	SDM KESEHATAN		
BAB IV	PEMBIAYAAN KESEHATAN		
BAB V	KESEHATAN KELUARGA		
BAB VI	PENGENDALIAN PENYAKIT		
BAB VII	KESEHATAN LINGKUNGAN		
Table 7.1	Akses Air Minum yang Aman Tahun 2020	.....	123

DAFTAR ISI

	Cover	i
	Maklumat Pelayanan	ii
	Tim Penyusun	iii
	Kata Pengantar	iv
	Daftar Gambar	v
	Daftar Tabel	ix
	Daftar Isi	x
BAB I	DEMOGRAFI	
	A KEADAAN PENDUDUK	3
	B TOPOGRAFI	5
	C GEOLOGI DAN JENIS TANAH	5
	D IKLIM	6
	E PENDIDIKAN	7
	F INDEKS PEMBANGUNAN MANUSIA	10
BAB II	FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN DAN UKBM	
	A PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT	11
	B KLINIK; PRAKTEK PERORANGAN; UNIT TRANSFUSI DARAH; DAN LABORATORIUM	22
	C RUMAH SAKIT	24
	D PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN YANG DITANGANI	27
	E SARANA KEFARMASIAN DAN ALAT KESEHATAN	31
	F UPAYA KESEHATAN BERSUMBER DAYA MASYARAKAT (UKBM)	31
BAB III	SUMBER DAYA KESEHATAN	
	A JUMLAH TENAGA KESEHATAN	34
BAB IV	PEMBIAYAAN KESEHATAN	
	A ANGGARAN DINAS KESEHATAN	42
	B DANA ALOKASI KHUSUS BIDANG KESEHATAN TAHUN ANGGARAN 2020	43

C	BELANJA KESEHATAN DAN JAMINAN KESEHATAN	.....	46
BAB V	KESEHATAN KELUARGA		
A	KESEHATAN IBU	.....	50
B	KESEHATAN ANAK	.....	62
C	GIZI	.....	77
BAB VI	PENGENDALIAN PENYAKIT		
A	PENYAKIT MENULAR LANGSUNG	.....	87
B	PENYAKIT YANG DAPAT DICEGAH DENGAN IMUNISASI (PD3I)	.....	102
C	DAMPAK KESEHATAN AKIBAT BENCANA	.....	107
D	PENYAKIT TULAR VEKTOR DAN ZONOSIS	.....	108
E	PENYAKIT TIDAK MENULAR	.....	113
F	KESEHATAN JIWA DAN NAPZA	.....	118
BAB VII	KESEHATAN LINGKUNGAN		
A	AIR MINUM	.....	121
B	AKSES SANITASI LAYAK	.....	124
C	SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT (STBM)	.....	127
D	TEMPAT DAN FASILITAS UMUM (TFU) YANG DILAKUKAN PENGAWASAN SESUAI STANDAR	.....	129
E	TEMPAT PENGELOLAAN PANGAN (TPP)	.....	131

BAB I. DEMOGRAFI

Kota Tangerang Selatan merupakan daerah otonom yang terbentuk pada akhir tahun 2008 berdasarkan Undang-undang Nomor 51 Tahun 2008 tentang Pembentukan Kota Tangerang Selatan di Provinsi Banten tertanggal 26 November 2008. Pembentukan daerah otonom baru tersebut; merupakan pemekaran dari Kabupaten Tangerang; dilakukan dengan tujuan meningkatkan pelayanan dalam bidang pemerintahan; pembangunan; dan kemasyarakatan serta dapat memberikan kemampuan dalam pemanfaatan potensi daerah guna mempercepat terwujudnya kesejahteraan masyarakat.

Untuk dapat memberikan gambaran Kota Tangerang Selatan dari berbagai sisi dibutuhkan dokumen yang memuat di antaranya gambaran umum perwilayahan; kependudukan; sosial; budaya; ekonomi dan kelengkapan infrastruktur. Dengan adanya gambaran tersebut akan dapat diketahui permasalahan serta potensi yang dapat dikembangkan bagi pembangunan Kota.

Kota Tangerang Selatan terletak di bagian timur Provinsi Banten yang merupakan daerah pemekaran dari Kabupaten Tangerang. Secara administratif; wilayah Kota Tangerang Selatan terdiri dari 7 (tujuh) kecamatan dan 54 (lima puluh empat) kelurahan.

Menurut Undang-Undang Nomor 51 Tahun 2008; luas Kota Tangerang Selatan adalah 147;19 km² atau 14.719 hektar. Pada tahun 2017; Badan Informasi Geospasial (BIG) melakukan pengukuran delineasi atas peta rupa bumi; dihasilkan luas wilayah Kota Tangerang Selatan menjadi 16.485;47 hektar pada koordinat 106° 38' - 106°47' bujur timur dan 06° 13'30" - 06° 22'00" lintang selatan dengan batas wilayah sebagai berikut :

- Sebelah utara berbatasan dengan Kota Tangerang
- Sebelah timur berbatasan dengan Provinsi DKI Jakarta
- Sebelah selatan berbatasan dengan Kabupaten Bogor & Kota Depok
- Sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Tangerang

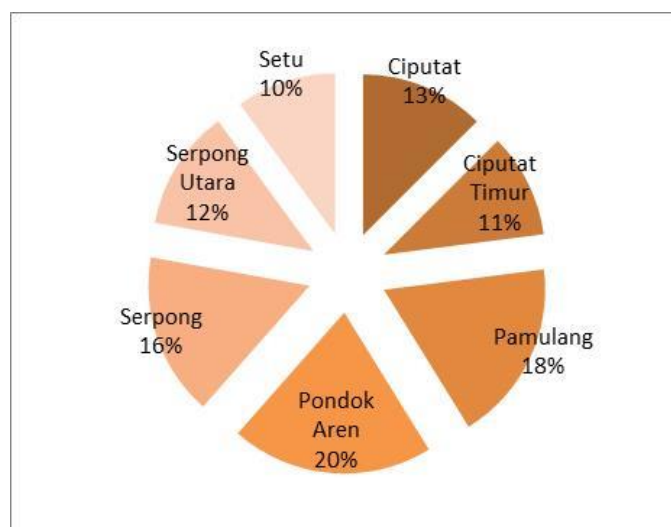
Tabel 1.1 Luas Wilayah Kota Tangerang Selatan

NO	Kecamatan	Luas Daerah (Hektar) Revisi RTR	Persentase (%)
1	Ciputat	18.38	12.49
2	Ciputat Timur	15.43	10.48
3	Pamulang	26.82	18.22
4	Pondok Aren	29.88	20.30
5	Serpong	24.04	16.33
6	Serpong Utara	17.84	12.12
7	Setu	14.80	10.06
	TOTAL	147.19	100.00

Sumber: BPS Kota Tangerang Selatan

Wilayah Kota Tangerang Selatan di antaranya dilintasi oleh Kali Angke; Kali Pesanggrahan dan Sungai Cisadane sebagai batas administrasi kota di sebelah barat. Letak geografis Kota Tangerang Selatan yang berbatasan dengan Provinsi DKI Jakarta pada sebelah utara dan timur memberikan peluang Kota Tangerang Selatan sebagai salah satu kota strategis di sekitar ibukota Negara. Selain itu juga merupakan daerah yang memiliki posisi strategis dari sisi ekonomi karena menjadi daerah yang secara geografis menghubungkan wilayah Provinsi Banten dengan Provinsi DKI Jakarta; Provinsi Banten dengan Provinsi Jawa Barat.

Gambar 1.1 Luas Wilayah

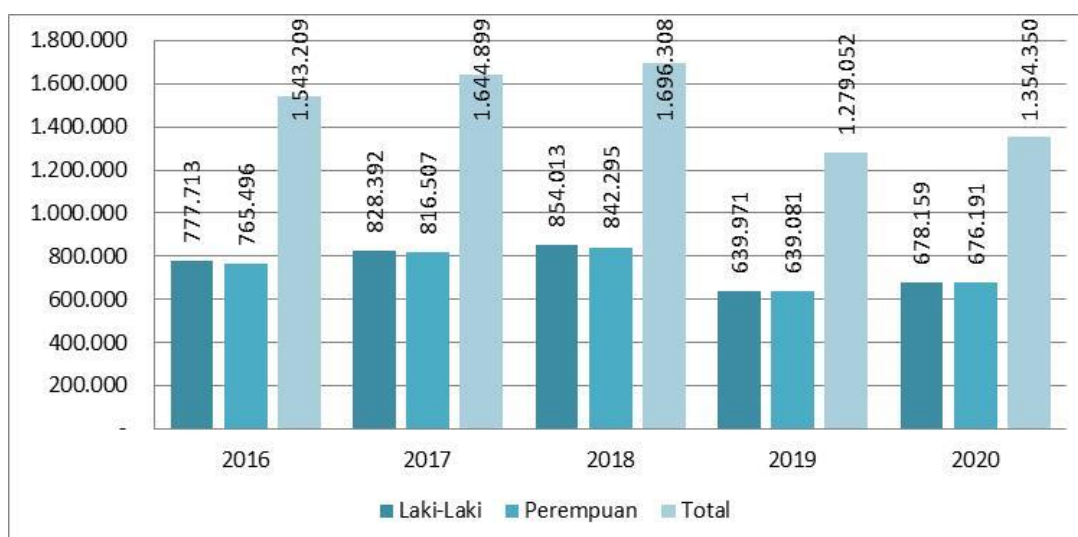


Luas wilayah yang terluas berada di kecamatan pondok aren dengan 20%; berada di urutan kedua ialah kecamatan pamulang dengan 18%; luas wilayah yang terkecil ialah kecamatan setu 10%.

A. KEADAAN PENDUDUK

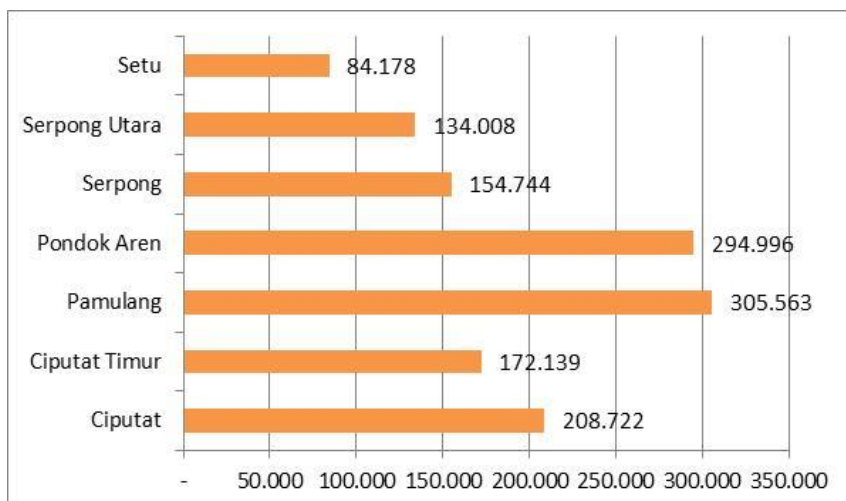
Berdasarkan hasil estimasi; jumlah penduduk Kota Tangerang Selatan tahun 2020 adalah sebesar 678.159 jiwa penduduk laki-laki dan 676.191 jiwa penduduk perempuan. Gambar 1.1 memperlihatkan pertumbuhan penduduk dan jumlah penduduk di Kota Tangerang Selatan dari tahun 2016 sampai dengan tahun 2020 berdasarkan jenis kelamin.

Gambar 1.2 Pertumbuhan penduduk dan jumlah penduduk
Tahun 2016-2020



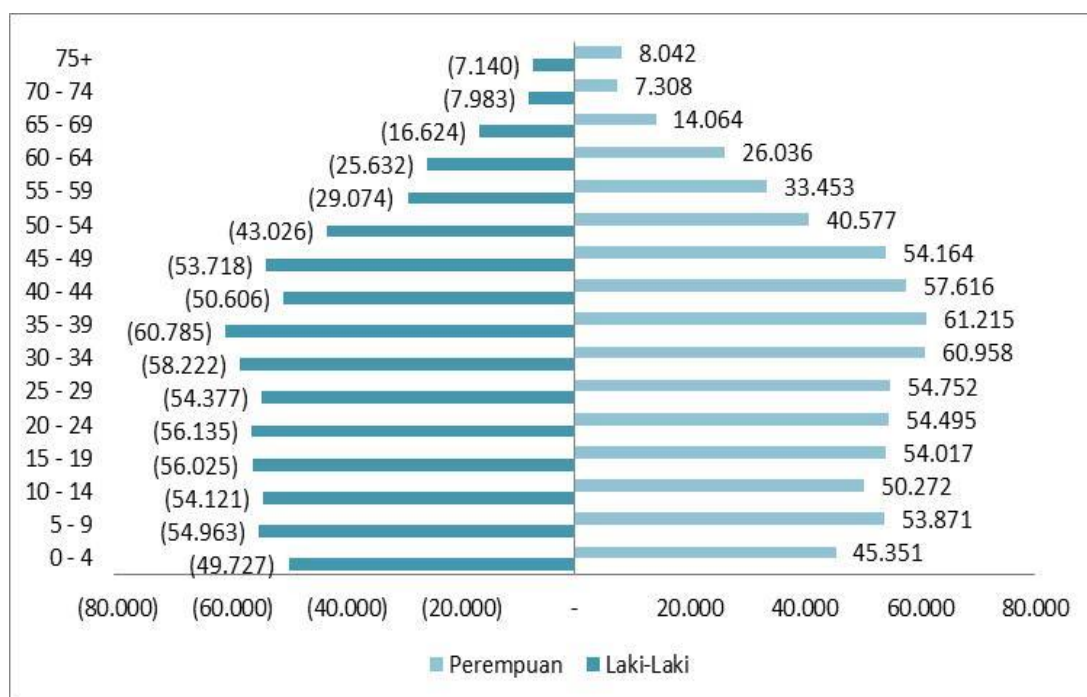
Berdasarkan hasil estimasi; jumlah penduduk paling banyak di Kota Tangerang Selatan terdapat di Kecamatan Pamulang (305.563 jiwa); sedangkan jumlah penduduk paling sedikit terdapat di Kecamatan Setu (84.178 jiwa). Secara rinci data estimasi jumlah penduduk per Kecamatan dapat dilihat pada Gambar 1.2

Gambar 1.3 Jumlah Penduduk per Kecamatan Tahun 2020



Dalam piramida penduduk; terdapat dua sumbu yaitu sumbu horizontal dan sumbu vertikal. Sumbu vertikal menggambarkan kelompok umur penduduk dari 0 sampai dengan 75 tahun lebih dengan interval lima tahunan dengan jumlah penduduk laki-laki digambarkan di sisi sebelah kiri dan perempuan di sisi sebelah kanan. Sumbu horizontal menggambarkan jumlah penduduk. Piramida tersebut merupakan gambaran struktur penduduk yang terdiri dari struktur penduduk muda; dewasa; dan tua. Struktur penduduk ini menjadi dasar bagi kebijakan kependudukan; social; budaya dan ekonomi.

Gambar 1.4 Piramida Penduduk Tahun 2020



Piramida Penduduk Kota Tangerang Selatan pada Gambar 1.3 Berbentuk sarang tawon. Hal ini menunjukkan bahwa struktur penduduk di Kota Tangerang Selatan termasuk struktur penduduk tua. Usia 0-4 tahun lebih rendah dibandingkan usia di atasnya. Gambar pada usia muda lebih rendah dibandingkan bagian di atasnya membuktikan bahwa penduduk Kota Tangerang Selatan memiliki struktur tua. Bagian atas piramida tersebut yang lebih pendek menunjukkan bahwa angka kematian masih tinggi pada penduduk usia tua. Kondisi ini menuntut kebijakan terhadap penduduk usia tua.

B. TOPOGRAFI

Sebagian besar wilayah Kota Tangerang Selatan merupakan dataran rendah; dimana sebagian besar wilayah Kota Tangerang Selatan memiliki topografi yang relatif datar dengan kemiringan tanah rata-rata 0 – 3% sedangkan ketinggian wilayah antara 0 – 25 mdpl.

Untuk kemiringan pada garis besarnya terbagi atas 2 (dua) bagian; yaitu:

1. Kemiringan antara 0 – 3% meliputi Kecamatan Ciputat; kecamatan Ciputat Timur; Kecamatan Pamulang; Kecamatan Serpong dan Kecamatan Serpong Utara.
2. Kemiringan antara 3 – 8% meliputi Kecamatan Pondok Aren dan Kecamatan Setu.

C. GEOLOGI DAN JENIS TANAH

Berdasarkan Peta Lembar Jakarta dan Kepulauan Seribu Nomor 1209 tahun 1992 yang dikeluarkan oleh Direktorat Geologi Departemen Pertambangan dan Energi; kondisi geologi Kota Tangerang Selatan pada umumnya terbentuk oleh dua formasi batuan yaitu :

- Batuan Aluvium (Qa) yang terdiri dari aluvial sungai dan rawa yang berbentuk pasir; lempung; lanau; kerikil; kerakal dan sisa tumbuhan. Jenis

tanah ini pada dasarnya merupakan lapisan yang subur bagi tanaman pertanian.

- Batuan Gunung Api yang berupa material lepas yang terdiri dari lava andesit; dasit; breksi tuf dan tuf. Secara fisik Lava Andesit berwarna kelabu hitam dengan ukuran sangat halus; afanitik dan menunjukkan struktur aliran; dan Breksi Tuf dan Tuf pada umumnya telah lapuk; mengandung komponen Andesit dan Desit. Pada umumnya tanah jenis ini digunakan sebagai kebun campuran; perumahan dan tegalan.

Kota Tangerang Selatan merupakan daerah yang relatif datar. Adapun pada beberapa Kecamatan terdapat lahan yang bergelombang seperti di perbatasan antara Kecamatan Setu dan kecamatan Pamulang serta sebagian di kecamatan Ciputat Timur. Kondisi geologi Kota Tangerang Selatan umumnya adalah batuan alluvium; yang terdiri dari batuan lempung; lanau; pasir; kerikil; kerakal dan bongkah. Berdasarkan klasifikasi dari *United Soil Classification System*; batuan ini mempunyai kemudahan dikerjakan atau *workability* yang baik sampai sedang; unsur ketahanan terhadap erosi cukup baik oleh karena itu wilayah Kota Tangerang Selatan masih cukup layak untuk kegiatan perkotaan.

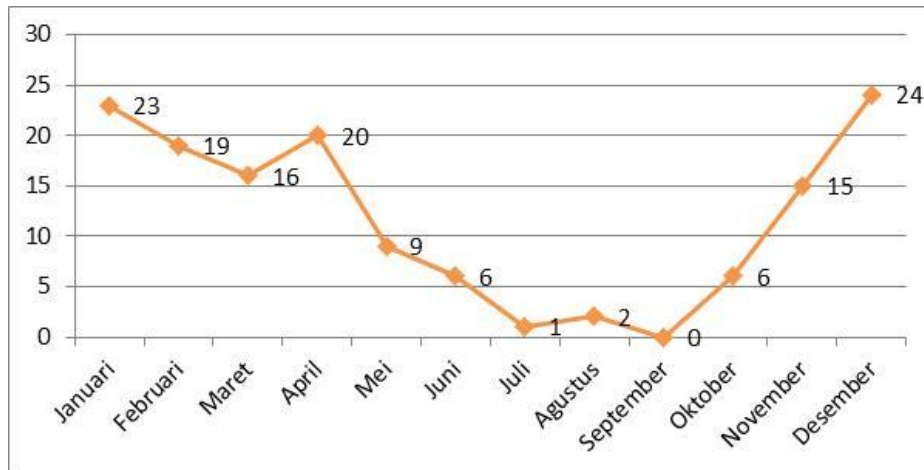
Dilihat dari sebaran jenis tanahnya; pada umumnya di Kota Tangerang Selatan berupa asosiasi latosol merah dan latosol coklat kemerahan yang secara umum cocok untuk pertanian/ perkebunan. Meskipun demikian; dalam kenyataannya makin banyak yang berubah penggunaannya untuk kegiatan lainnya yang bersifat non-pertanian. Untuk sebagian wilayah seperti Kecamatan Serpong dan Kecamatan Setu; jenis tanah ada yang mengandung pasir khususnya untuk wilayah yang dekat dengan Sungai Cisadane.

D. IKLIM

Keadaan iklim didasarkan pada info dari Stasiun Klimatologi Pondok Benteng pada Koordinat 06° 18' 15.2"LS-106° 45' 38.2"BT dan elevasi 41 meter; yaitu berupa data temperatur (suhu) udara; kelembaban udara dan intensitas matahari; curah hujan dan rata-rata kecepatan angin. Temperatur udara rata-rata berada disekitar 28.01°C dengan temperatur udara minimum berada di 27.01°C dan temperatur udara

maksimum sebesar 28.69°C. Rata-rata kelembaban udara adalah 79,48%; Hari hujan tertinggi pada bulan Desember; dengan hari hujan sebanyak 24 hari. Rata-rata kecepatan angin dalam setahun adalah 2.41 knot. Sebagaimana terlihat pada Gambar 1.4 berikut ini.

Gambar 1.5 Rata-Rata Kecepatan Angin Tahun 2020



E. PENDIDIKAN

Pendidikan masyarakat dapat diukur dengan berbagai indikator; salah satu indikator yang dapat mengukur tingkat pendidikan masyarakat yaitu Angka Melek Huruf (AMH).

Kemampuan penduduk dalam membaca dan menulis merupakan kemampuan yang mendasar. Kemampuan baca tulis tersebut dapat dilihat berdasarkan indikator Angka Melek Huruf (AMH). Ukuran AMH digunakan untuk mengetahui seberapa banyak penduduk di suatu wilayah yang memiliki kemampuan dasar untuk memperluas akses informasi; sehingga bertambah pengetahuan dan keterampilan mereka; yang pada akhirnya penduduk tersebut mampu meningkatkan kualitas hidup diri; keluarga; maupun negaranya di berbagai bidang kehidupan. AMH merupakan persentase penduduk berumur 15 tahun ke atas yang dapat membaca dan menulis serta mengerti sebuah kalimat sederhana dalam hidupnya sehari-hari. Berdasarkan jenis kelamin; AMH laki-laki (99;59%) lebih tinggi dari perempuan (99;22%).

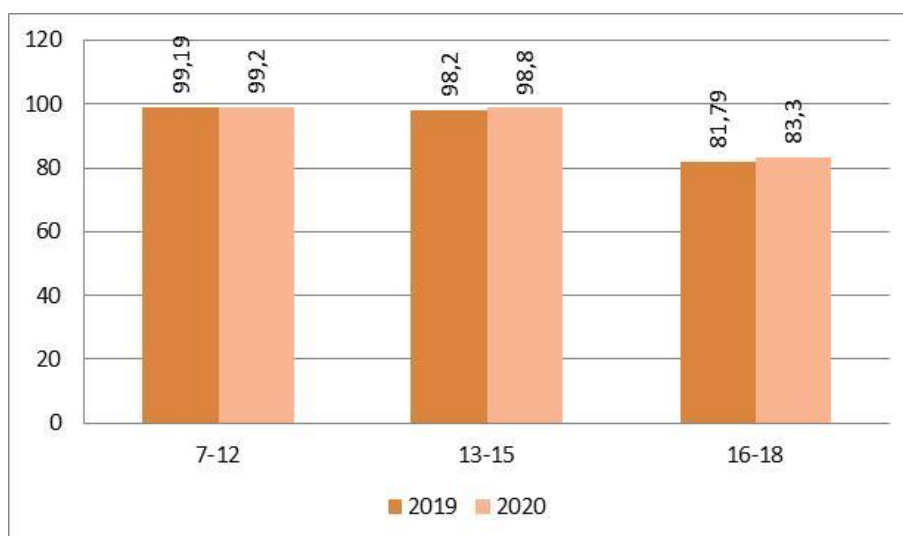
Tabel 1.2 Angka Melek Huruf (AMH) Tahun 2020

Mampu Baca Tulis	Laki-Laki	Perempuan	Total
Huruf Latin	99;54	99;03	99;28
Huruf Lainnya	9;36	8;87	9;12
Melek Huruf	99;59	99;22	99;41

Angka partisipasi adalah indikator pendidikan yang mengukur tingkat partisipasi sekolah penduduk menurut kelompok umur sekolah atau jenjang pendidikan tertentu. Ada tiga jenis indikator yang memberikan gambaran mengenai partisipasi sekolah yaitu Angka Partisipasi Sekolah (APS) dan Angka Partisipasi Murni (APM)

Angka Partisipasi Sekolah (APS) menggambarkan ukuran daya serap system pendidikan terhadap penduduk usia sekolah. APS yang tinggi menunjukkan tingginya partisipasi sekolah dari penduduk usia tertentu. APS merupakan indikator dasar yang digunakan untuk melihat akses pada pendidikan khususnya bagi penduduk usia sekolah. Nilai APS merupakan persentase jumlah murid kelompok usia tertentu yang bersekolah pada berbagai jenjang pendidikan dibagi dengan penduduk kelompok usia sekolah yang sesuai. APS secara umum dikategorikan menjadi 3 kelompok umur; yaitu 7-12 tahun mewakili umur setingkat SD; 13-15 tahun mewakili umur setingkat SMP/MTs; 16-18 tahun mewakili umur setingkat SMA/SMK.

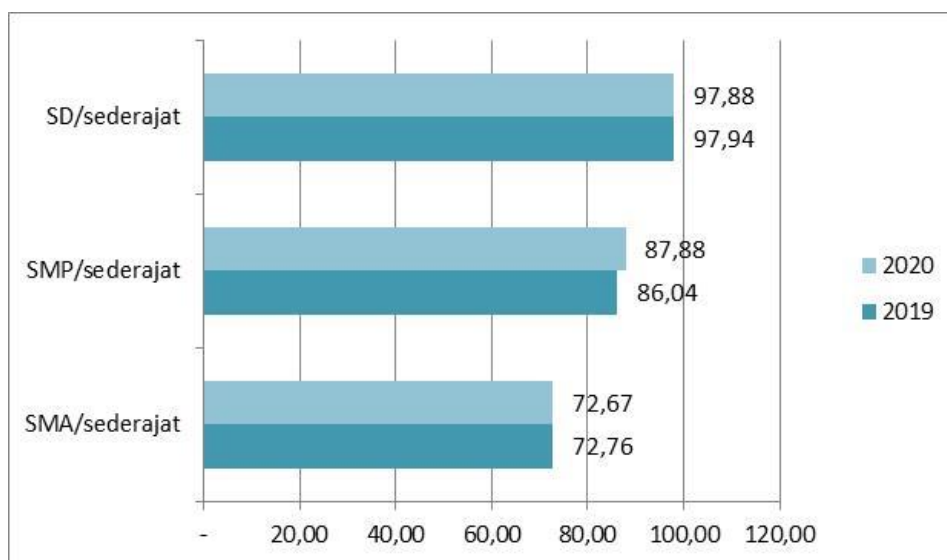
Gambar 1.6 Angka Partisipasi Sekolah (APS) Tahun 2020



Berdasarkan Gambar 1.5 persentase APS setiap tahunnya di setiap kelompok umur mengalami peningkatan. Semakin tinggi kelompok umur; semakin rendah tingkat partisipasi sekolahnya. Hal ini dimungkinkan karena usia pada kelompok umur yang tinggi (16-18 tahun) masuk dalam angkatan kerja. Peningkatan persentase APS pada kelompok umur 7-12 tahun dan 13-15 tahun dimungkinkan karena adanya program wajib belajar 9 tahun. Begitupula dengan peningkatan persentase APS pada kelompok 16-18 tahun yang terjadi karena adanya program wajib belajar 12 tahun.

Angka Partisipasi Murni (APM) merupakan perbandingan antara jumlah siswa kelompok usia sekolah pada jenjang pendidikan tertentu dengan penduduk usia sekolah yang sesuai dengan usianya; dinyatakan dalam persen. APM bertujuan untuk mengukur ketepatan usia penduduk dalam berpartisipasi untuk mengenyam suatu jenjang pendidikan tertentu.

Gambar 1.7 Angka Partisipasi Murni (APM) Tahun 2020



Tahun 2020 nilai APM untuk SD/ sederajat sebesar 98;88%; SMP/ Sederajat sebesar 87;88% dan SMA/ sederajat sebesar 76;67%. Kondisi ini terus meningkat pada semua jenjang pendidikan dibandingkan tahun sebelumnya.

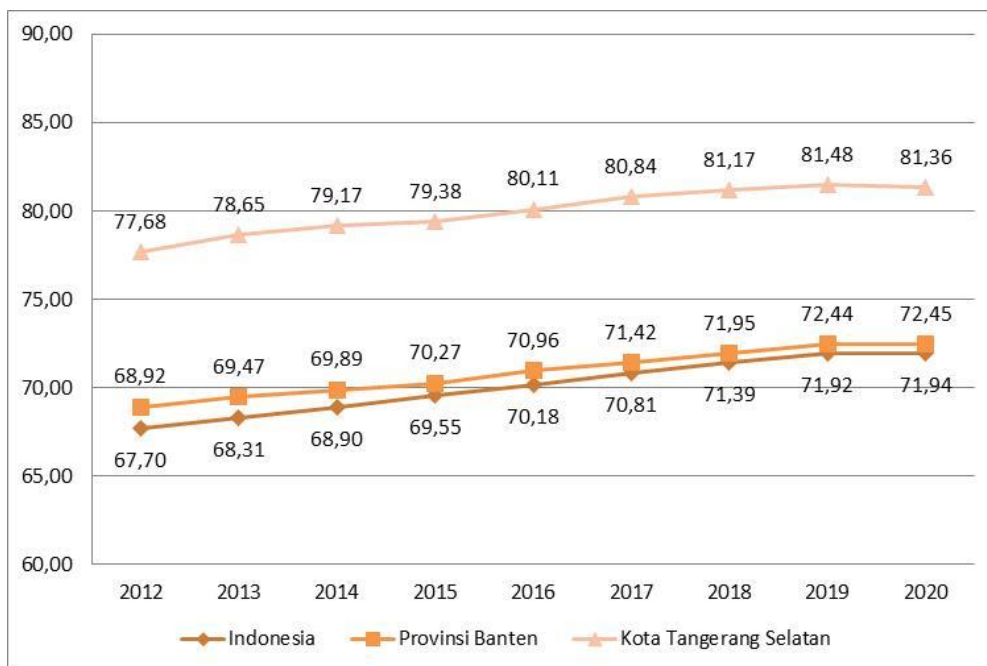
F. INDEKS PEMBANGUNAN MANUSIA (IPM)

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

Pembangunan manusia Kota Tangerang Selatan terus mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Pandemi Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) membawa pengaruh terhadap pembangunan manusia di Kota Tangerang Selatan. Hal ini terlihat dari perlambatan pertumbuhan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) tahun 2020 dibanding tahun sebelumnya. IPM Kota Tangerang Selatan Tahun 2020 sebesar 81,48 atau tumbuh 0,31 dibandingkan capaian tahun sebelumnya.

Perlambatan pertumbuhan IPM tahun 2020 sangat dipengaruhi oleh turunnya rata-rata pengeluaran per kapita yang disesuaikan.

Gambar 1.8 Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Tahun 2020



BAB II. FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN DAN UKBM

Derajat kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh keberadaan sarana kesehatan. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan; baik promotif; preventif; kuratif; maupun rehabilitative yang dilakukan oleh pemerintah pusat; pemerintah daerah; dan/atau masyarakat.

Bab ini membahas tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang terdiri dari FKTP/Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Puskesmas; klinik pratama; praktek mandiri tenaga kesehatan); Laboratorium Kesehatan; Unit Transfusi Darah; FKTRL/Fasilitas Kesehatan Tingkat Rujukan Lanjut (rumah sakit umum dan rumah sakit khusus); dan Fasilitas Kefarmasian dan Alat Kesehatan.

Pemberdayaan masyarakat bidang Kesehatan sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 8 Tahun 2019 adalah proses untuk meningkatkan pengetahuan; kesadaran dan kemampuan individu; keluarga serta masyarakat untuk berperan aktif dalam upaya kesehatan yang dilaksanakan dengan cara fasilitasi proses pemecahan masalah melalui pendekatan edukatif dan partisipatif serta memperhatikan kebutuhan; potensi dan social budaya setempat.

Wahana pemberdayaan masyarakat adalah Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) yang dibentuk atas dasar kebutuhan masyarakat; dikelola oleh; dari; untuk; dan bersama masyarakat; dengan pembinaan sektor kesehatan; lintas sektor dan pemangku kepentingan terkait lainnya. Sehingga memposisikan masyarakat tidak hanya sebagai obyek pembangunan melainkan yang lebih penting sebagai subyek pembangunan Kesehatan yang dapat mengambil keputusan dalam mengadopsi inovasi di bidang Kesehatan. Penyelenggaraan Pemberdayaan Masyarakat dilakukan dengan tahap: a. pengenalan kondisi desa/kelurahan; b. survei mawas diri; c. musyawarah di desa/kelurahan; d. perencanaan partisipatif; e. pelaksanaan kegiatan; dan f. pembinaan kelestarian.

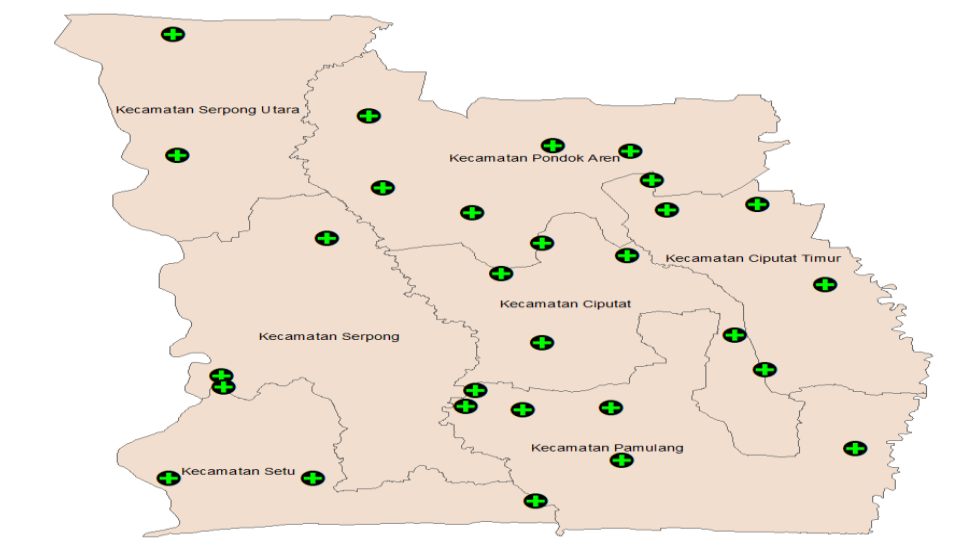
Penyelenggaraan pemberdayaan masyarakat didampingi oleh Tenaga Pendamping yang berasal dari Pemerintah Pusat; Pemerintah Daerah; lembaga kemasyarakatan; organisasi kemasyarakatan; swasta; perguruan tinggi; dan/atau anggota masyarakat. Tenaga Pendamping dimaksud harus memiliki kemampuan sebagai Tenaga Pendamping yang didapat melalui pelatihan. Pada bab ini; UKBM yang akan diulas adalah Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu) dan Posbindu PTM (Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular).

A. PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT

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

Total Jumlah Puskesmas di Kota Tangerang Selatan sampai Desember 2020 sebanyak 29 Puskesmas yang terdiri dari 24 Puskesmas rawat inap dan 5 Puskesmas non rawat inap.

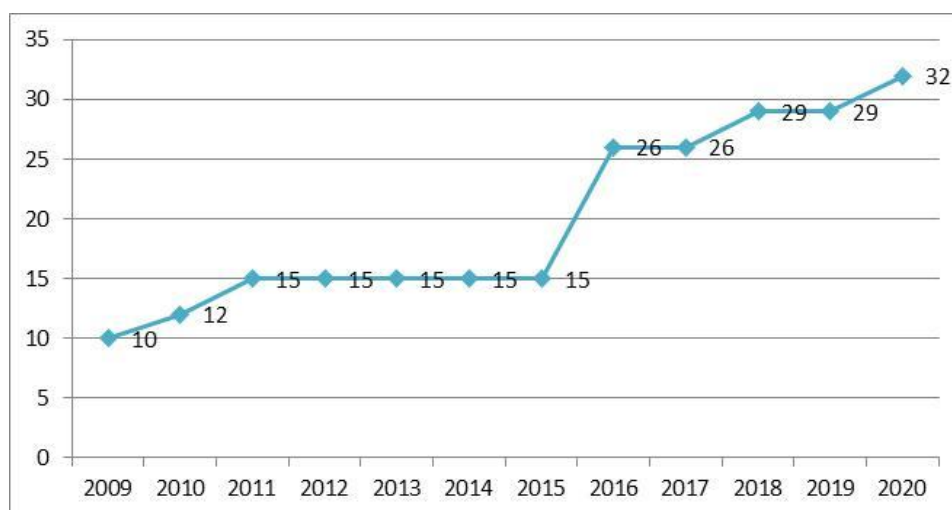
Gambar 2.1 Peta Sebaran Puskesmas Tahun 2020



Perkembangan jumlah Puskesmas sejak tahun 2009; jumlah Puskesmas semakin meningkat; dari 10 unit pada tahun 2009 menjadi 29 Puskesmas pada tahun 2020. Peningkatan jumlah Puskesmas tersebut menggambarkan upaya

pemerintah dalam pemenuhan akses terhadap pelayanan kesehatan primer. Perkembangan jumlah Puskesmas secara rinci dapat dilihat pada Gambar 2.1

Gambar 2.2 Perkembangan Jumlah Puskesmas Tahun 2020



1. Akreditasi Puskesmas

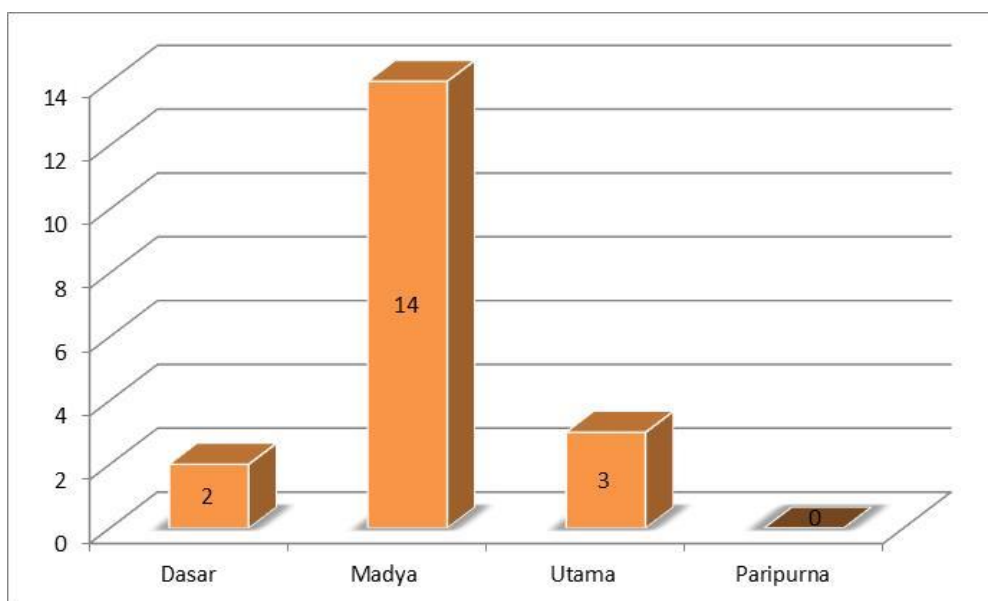
Permenkes Nomor 43 Tahun 2019 menyatakan akreditasi Puskesmas yang selanjutnya disebut Akreditasi adalah pengakuan terhadap mutu pelayanan Puskesmas; setelah dilakukan penilaian bahwa Puskesmas telah memenuhi standar akreditasi. Dengan akreditasi Puskesmas diharapkan dapat membangun sistem tata kelola yang lebih baik secara bertahap dan berkesinambungan melalui perbaikan tata kelola : 1) manajemen secara institusi; 2) manajemen program; 3) manajemen risiko; dan 4) manajemen mutu.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas); pasal 57 menyatakan bahwa dalam upaya peningkatan mutu pelayanan Puskesmas wajib dilakukan akreditasi secara berkala paling sedikit 3 (tiga) tahun sekali.

Tahun 2020; terdapat 19 Puskesmas yang telah terakreditasi atau sekitar 65,52% dari 29 Puskesmas. Jumlah Puskesmas yang terakreditasi ini sama dengan tahun sebelumnya. Hal ini dikarenakan adanya pandemi Covid-19 sejak bulan Maret 2020; maka Menteri Kesehatan RI mengeluarkan Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor 455 tahun 2020 yang mengamanatkan

adanya perpanjangan masa berlaku sertifikat akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan sampai dengan 1 (satu) tahun terhitung sejak bencana dinyatakan dicabut oleh Pemerintah. Dari 19 Puskesmas yang terakreditasi sampai tahun 2020; untuk tingkat kelulusan akreditasi masih didominasi oleh status kelulusan madya. Adapun distribusi tingkat kelulusan akreditasi Puskesmas adalah sebanyak 14 Puskesmas (73,68%) terakreditasi dengan status kelulusan madya; sebanyak 3 Puskesmas (15,79%) terakreditasi dengan status kelulusan utama; dan sebanyak 2 Puskesmas (10,53%) terakreditasi dengan status kelulusan dasar.

Gambar 2.3 Status Akreditasi Puskesmas Tahun 2020



Adapun rincian 19 Puskemas dan status akreditasinya dapat dilihat dalam tabel 2.1

Tabel 2.1 Rincian Status Akreditasi Puskesmas Tahun 2020

NO	PUSKEMAS	HASIL AKREDITASI
1	Pisangan	Dasar
2	Ciputat Timur	Dasar
3	Parigi	Madya
4	Jurang Mangu	Madya
5	Pondok Benda	Madya
6	Keranggan	Madya

NO	PUSKEMAS	HASIL AKREDITASI
7	Paku Alam	Madya
8	Serpong 2	Madya
9	Bakti Jaya	Madya
10	Pondok Bentung	Madya
11	Pondok Ranji	Madya
12	Pondok Aren	Madya
13	Benda Baru	Madya
14	Rawa Buntu	Madya
15	Pondok Jagung	Madya
16	Jombang	Utama
17	Rengas	Utama
18	Kampung Sawah	Utama
19	Serpong 1	Madya

Adapun faktor untuk pencapaian Terakreditasi Paripurna atau terbaik adalah sebagai berikut :

- a. Dokumen Akreditasi terpenuhi sesuai Elemen Penilaian
- b. Sarana dan Prasarana termasuk SDM terpenuhi sesuai Elemen Penilaian
- c. Kaidah PDCA (Plan; Do; Check; Action) dilakukan dan terpenuhi
- d. Terbentuknya budaya dan etos akreditasi di lingkungan kerja; (Tulis apa yang dikerjakan; kerjakan apa yang ditulis) sehingga akreditasi bukan menjadi beban; melainkan suatu kebutuhan bagi penyelenggara pelayanan kesehatan

Sedangkan faktor penghambat masalah dari agregat-agregat yang belum mencapai target adalah sebagai berikut:

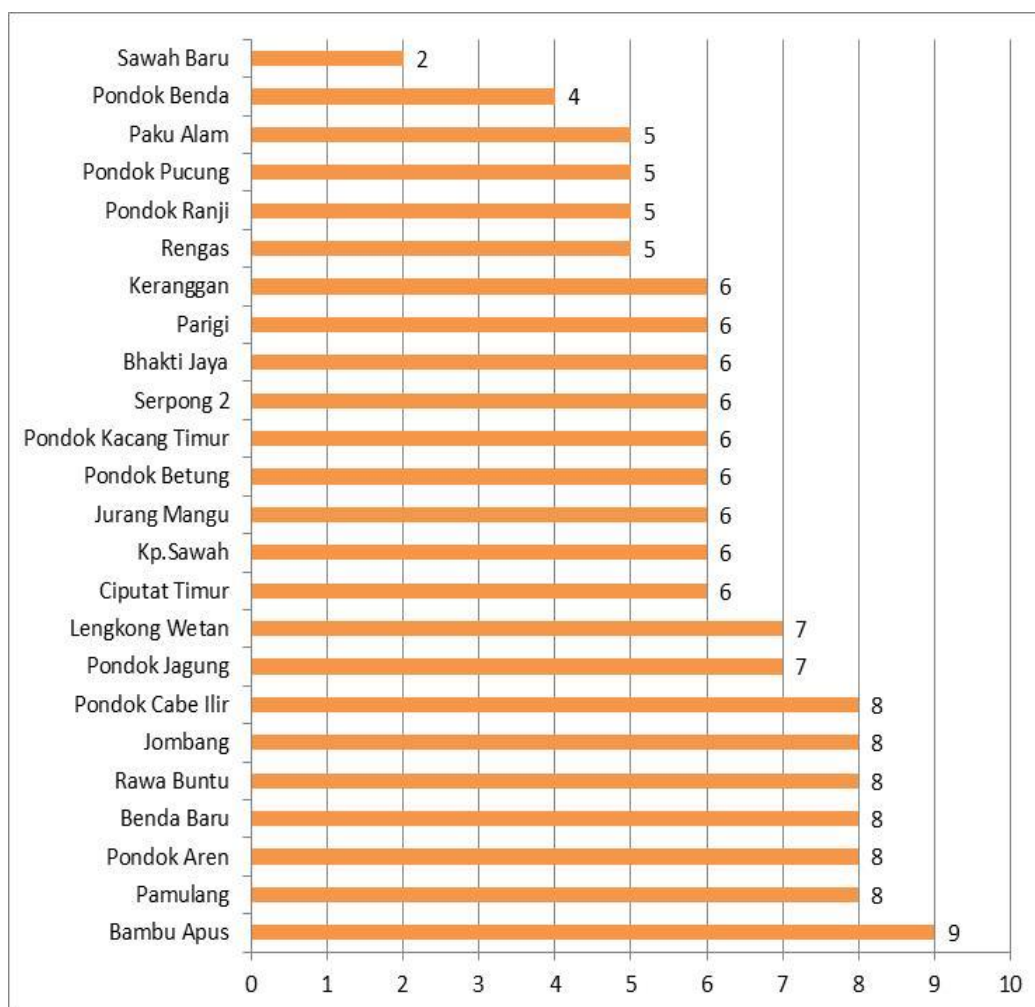
- a. Perijinan mendasar dari sarana fisik kesehatan belum terpenuhi (Ijin bangunan; ijin operasional; dan lain-lain)
- b. Belum terpenuhinya sarana dan prasarana sesuai Permenkes Nomor 75 Tahun 2014

- c. Akreditasi masih merupakan beban; seyogyanya adalah sebagai kebutuhan

Sedangkan solusi atas masalah dari agregat-agregat yang belum mencapai target adalah sebagai berikut:

- a. Koordinasi lintas sektoral dan bagian
- b. Berproses terhadap pemenuhan sarana dan prasarana
- c. Pendampingan; monitoring dan evaluasi terhadap Puskesmas

Gambar 2.4 Jumlah Tempat Tidur Puskesmas Tahun 2020

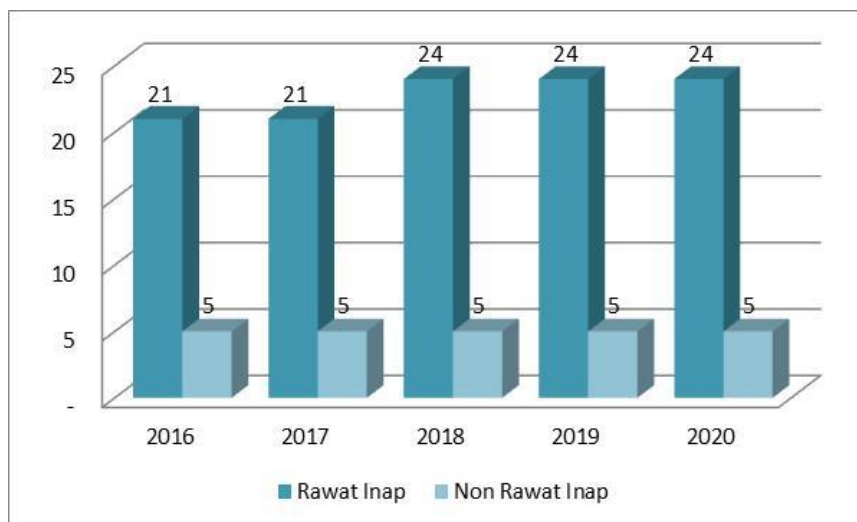


2. Perkembangan Rawat Inap dan Non Rawat Inap

Puskesmas berdasarkan kemampuan pelayanan dibagi atas dua kategori yaitu Puskesmas rawat inap dan Puskesmas non rawat inap. Berikut disajikan

perkembangan jumlah Puskesmas rawat inap dan non rawat inap dari tahun 2016 sampai dengan tahun 2020.

Gambar 2.5 Perkembangan Puskesmas Rawat Inap dan Non Rawat Inap Tahun 2020



Jumlah Puskesmas rawat inap mengalami peningkatan; yaitu sebanyak 21 unit pada tahun 2016-2017; lalu meningkat menjadi 24 unit pada tahun 2018-2020.

3. Puskesmas dengan Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan yang bertugas di Puskesmas tidak hanya medis dan paramedis. Namun juga terdapat tenaga promotif dan preventif untuk mendukung tugas Puskesmas dalam melaksanakan upaya kesehatan masyarakat. Tenaga kesehatan yang dimaksud adalah tenaga kesehatan lingkungan; tenaga kefarmasian; tenaga gizi; tenaga kesehatan masyarakat; dan analisis kesehatan.

Tabel 2.2 Gambaran Sumber Daya Manusia Kesehatan Tahun 2020

No	Puskesmas	Farmasi	Kesmas	Kesling	Gizi	ATLM	Status
1	Setu	1	1	1	1	1	Memenuhi
2	Kranggan	2	3	1	2	1	Memenuhi
3	Bakti Jaya	2	1	1	2	1	Memenuhi
4	Serpong 1	2	1	1	1	1	Memenuhi
5	Serpong 2	1	2	1	1	1	Memenuhi
6	Rawa Buntu	2	1	1	1	2	Memenuhi
7	Pamulang	3	2	2	2	2	Memenuhi
8	Pondok Benda	2	1	1	1	1	Memenuhi

No	Puskesmas	Farmasi	Kemas	Kesling	Gizi	ATLM	Status
9	Benda Baru	2	1	1	1	1	Memenuhi
10	Ciputat	2	1	1	1	2	Memenuhi
11	Kampung Sawah	2	1	1	2	1	Memenuhi
12	Jombang	2	1	1	1	1	Memenuhi
13	Situ Gintung	1	1	1	0	1	Tidak Memenuhi
14	Ciputat Timur	2	1	1	2	1	Memenuhi
15	Pisangan	4	2	1	2	1	Memenuhi
16	Pondok Ranji	2	1	1	1	1	Memenuhi
17	Rengas	2	2	1	1	1	Memenuhi
18	Pondok Aren	2	1	1	2	1	Memenuhi
19	Jurang Mangu	3	1	1	1	1	Memenuhi
20	Parigi	2	1	1	1	1	Memenuhi
21	Pondok Betung	2	2	1	2	1	Memenuhi
22	Pondok Pucung	1	1	1	1	1	Memenuhi
23	Pondok Kacang Timur	1	2	1	1	1	Memenuhi
24	Pondok Jagung	2	1	1	1	1	Memenuhi
25	Paku Alam	2	2	1	1	1	Memenuhi
26	Sawah Baru	2	1	1	1	1	Memenuhi
27	Bambu Apus	2	1	1	2	1	Memenuhi
28	Pondok Cabe Ilir	2	1	1	1	1	Memenuhi
29	Lengkong Wetan	2	1	1	1	1	Memenuhi

Pada tahun 2020 terdapat 28 Puskesmas yang memiliki 5 (lima) jenis tenaga kesehatan promotif dan preventif dari 29 Puskesmas yang ada.

4. Pelaksanaan Kesehatan Kerja; Pengukuran dan Pemeriksaan Kebugaran Jasmani

Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pada Bab XII tentang pengelolaan kesehatan pada pasal 164-166 menyebutkan bahwa upaya kesehatan kerja ditujukan untuk melindungi pekerjaan agar hidup sehat dan terbebas dari gangguan kesehatan serta pengaruh buruk yang diakibatkan oleh pekerjaan. Upaya kesehatan kerja meliputi pekerja sektor formal (usaha besar dan menengah) maupun sektor informal (usaha mandiri/individu; rumah tangga; mikro dan kecil). Selain itu; pemerintah memberikan dorongan dan bantuan untuk perlindungan pekerja melalui pengelolaan tempat kerja lewat upaya pencegahan; peningkatan; pengobatan; dan pemulihan bagi pekerja. Sedangkan pada Bab VI tentang upaya kesehatan Bagian kesembilan pada pasal 80-81; upaya kesehatan olahraga ditujukan untuk meningkatkan kesehatan dan kebugaran jasmani masyarakat; yang menjadi dasar dalam peningkatan prestasi belajar; kerja dan olahraga.

Peraturan Pemerintah Nomor 88 Tahun 2019 dalam pasal 3 mengamanatkan penyelenggaraan kesehatan kerja ditujukan kepada setiap orang yang berada di tempat kerja; dan dipenuhi oleh pengurus atau pengelola tempat kerja dan pemberi kerja di semua tempat kerja. Pemerintah Pusat; Pemerintah Daerah; dan masyarakat bertanggung jawab dalam penyelenggaraan kesehatan kerja secara terpadu; menyeluruh; dan berkesinambungan. Upaya kesehatan kerja dilaksanakan sesuai dengan standar kesehatan kerja.

Puskesmas menyelenggarakan kesehatan kerja dan/atau memberikan pelayanan kesehatan bagi pekerja di wilayah kerjanya; diantaranya melalui Pos Upaya Kesehatan Kerja (Pos UKK). Selain itu upaya kesehatan kerja juga dilakukan melalui pembentukan Gerakan Pekerja Perempuan Sehat Produktif (GP2SP); upaya kesehatan kerja juga diimplementasikan di perusahaan; GP2SP merupakan upaya dari pemerintah; masyarakat; maupun pemberi kerja dan serikat pekerja/serikat buruh untuk menggalang dan berperan serta guna meningkatkan kepedulian dan mewujudkan upaya memperbaiki kesehatan pekerja/buruh perempuan sehingga

dapat meningkatkan produktivitas kerja dan meningkatkan kualitas generasi penerus dalam implementasinya.

Standar Kesehatan Kerja dalam upaya peningkatan kesehatan dalam Peraturan Pemerintah No 88 Tahun 2019 meliputi:

- a. peningkatan pengetahuan kesehatan;
- b. pembudayaan perilaku hidup bersih dan sehat;
- c. pembudayaan keselamatan dan Kesehatan Kerja di Tempat kerja
- d. penerapan gizi kerja; dan
- e. peningkatan kesehatan fisik dan mental.

Peningkatan kesehatan fisik adalah peningkatan kemampuan tubuh seseorang untuk melakukan pekerjaan sehari-hari tanpa menimbulkan kelelahan yang berarti dengan melakukan aktivitas fisik yang baik; benar; terukur; dan teratur; guna mencapai kebugaran jasmani.

5. Pelayanan Kesehatan Tradisional

Pelayanan kesehatan tradisional berperan dalam siklus kehidupan atau *continuum of care* sejak dalam masa kandungan sampai usia lanjut; diberikan baik dengan metode keterampilan maupun ramuan. Peraturan Pemerintah Nomor 103 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional menyatakan bahwa jenis pelayanan kesehatan tradisional komplementer; dan pelayanan kesehatan tradisional integrasi; dan pelayanan kesehatan tradisional yang dimaksud harus dapat dipertanggungjawabkan keamanan dan manfaatnya serta tidak bertentangan dengan norma agama dan kebudayaan masyarakat. Hal ini juga diperkuat dengan Permenkes Nomor 61 Tahun 2016 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris serta Permenkes Nomor 37 Tahun 2017 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional integrasi; dan Permenkes Nomor 15 Tahun 2018 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer serta peraturan lain yang mendukung.

Pelayanan Kesehatan Tradisional mempunyai potensi yang cukup besar dan perlu mendapat perhatian yang serius sebagai bagian dari pembangunan kesehatan nasional. Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 telah menetapkan

indikator pencapaian target pembinaan pelayanan kesehatan tradisional; yaitu jumlah Puskesmas yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan tradisional; jumlah rumah sakit pemerintah yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan tradisional terintegrasi; dan jumlah griya sehat di kabupaten/kota.

Penyelenggaraan pelayanan Kesehatan tradisional; dapat diselenggarakan di Puskesmas; Rumah Sakit dan di Fasilitas pelayanan Kesehatan tradisional (Griya Sehat). Berdasarkan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2020-2024; Puskesmas yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan tradisional adalah puskesmas yang melakukan pelayanan kesehatan tradisional; pembinaan kelompok asuhan mandiri; pendataan dan pembinaan penyehat tradisional; dan memiliki Ruang Terbuka Hijau (RTH) dalam bentuk Tanaman Obat Keluarga (TOGA). Jumlah Puskesmas di Kota Tangerang Selatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan tradisional pada tahun 2020 sebanyak 19 Puskemas atau 65;52% dengan rincian dapat dilihat pada tabel 2.3

Tabel 2.3 Data Puskesmas Yang Telah Menjalankan Pelayanan Kesehatan Tradisional Tahun 2020

No.	Puskesmas	Sudah/Belum
1	Puskesmas Bambu Apus	Sudah
2	Puskesmas Ciputat	Sudah
3	Puskesmas Ciputat Timur	Sudah
4	Puskesmas Jombang	Sudah
5	Puskesmas Keranggan	Sudah
6	Puskesmas Paku Alam	Sudah
7	Puskesmas Pamulang	Sudah
8	Puskesmas Pisangan	Sudah
9	Puskesmas Pondok Aren	Sudah
10	Puskesmas Pondok Benda	Sudah
11	Puskesmas Pondok Betung	Sudah
12	Puskesmas Pondok Jagung	Sudah
13	Puskesmas Pondok Pucung	Sudah
14	Puskesmas Pondok Ranji	Sudah
15	Puskesmas Rawa Buntu	Sudah

No.	Puskesmas	Sudah/Belum
16	Puskesmas Sawah Baru	Sudah
17	Puskesmas Serpong 2	Sudah
18	Puskesmas Setu	Sudah
19	Puskesmas Situ Gintung	Sudah
20	Puskesmas Bakti Jaya	Belum
21	Puskesmas Benda Baru	Belum
22	Puskesmas Jurang Mangu	Belum
23	Puskesmas Kampung Sawah	Belum
24	Puskesmas Lengkong Wetan	Belum
25	Puskesmas Parigi	Belum
26	Puskesmas Pondok Cabe Ilir	Belum
27	Puskesmas Pondok Kacang Timur	Belum
28	Puskesmas Rengas	Belum
29	Puskesmas Serpong 1	Belum

B. KLINIK; PRAKTEK PERORANGAN; UNIT TRANSFUSI DARAH; DAN LABORATORIUM

1. Klinik

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik; klinik adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan pelayanan medik dan/ atau spesialistik. Pada tahun 2020 terdapat 60 klinik di Kota Tangerang Selatan yang terdiri dari 50 klinik pratama dan 10 klinik utama.

2. Unit Transfusi Darah

Menurut Peraturan Pemerintah Nomor 7 Tahun 2011 dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 83 Tahun 2014; Unit Transfusi Darah (UTD) adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pendonor darah; penyediaan darah;

dan pendistribusian darah. Di Kota Tangerang Selatan sendiri hanya terdapat 1 UTD yang diselenggarakan oleh Palang Merah Indonesia (PMI).

Pelayanan pembebasan biaya pengelolaan darah bagi masyarakat kota Tangerang Selatan adalah salah satu upaya pemerintah kota Tangerang Selatan untuk meningkatkan angka harapan hidup bagi masyarakat kota Tangerang Selatan. Pelayanan pengelolaan darah dilaksanakan berdasarkan Peraturan Walikota Tangerang Selatan Nomor 14 Tahun 2017 Tentang Pembebasan Biaya Pengganti Pengolahan Darah.

Pelaksanaan pelayanan pembebasan biaya pengganti pengelolaan darah diawali dengan ditandatanganinya Perjanjian Kerja Sama (MOU) antara Dinas Kesehatan; Palang Merah Indonesia (PMI) Kota Tangerang Selatan dan Rumah Sakit yang bekerjasama dalam pelayanan darah. Dalam perjanjian kerjasama ini; Dinas Kesehatan berperan sebagai juru bayar klaim darah; PMI Kota Tangerang Selatan berperan sebagai penyedia dan Rumah Sakit berperan sebagai pelaksana transfusi darah.

Pelayanan pembebasan biaya pengganti pengelolaan darah dilaksanakan untuk darah yang diproses dengan metode NAT. Pelayanan pembebasan biaya pengganti pengelolaan darah diselenggarakan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas bagi masyarakat Kota Tangerang Selatan.

Selama tahun 2020; Dinas Kesehatan Kota Tangerang Selatan telah memberikan pelayanan klaim sebanyak 1.690 kantong darah; terjadi penurunan di banding tahun sebelumnya yang sebanyak 1.391 kantong darah.

Tabel 2.4 Kantong Darah yang disalurkan bagi warga menurut bulan

No	Bulan	Jumlah Kantong Darah
1	Januari	213
2	Februari	209
3	Maret	190
4	April	50
5	Mei	95
6	Juni	103
7	Juli	101
8	Agustus	94

No	Bulan	Jumlah Kantong Darah
9	September	17
10	Oktober	23
11	November	40
12	Desember	60
Total		1.195

Selama tahun 2020; Dinas Kesehatan Kota Tangerang Selatan telah memberikan pelayanan klaim kantong darah sebanyak 1.195 dari Total permintaan kantong darah Warga Kota Tangerang Selatan; menurun di banding tahun sebelumnya yaitu sebanyak 1.690 kantong darah.

3. Laboratorium Kesehatan

Laboratorium kesehatan merupakan salah satu sarana penunjang dalam pelaksanaan upaya pelayanan kesehatan. Laboratorium kesehatan diperlukan untuk memeriksa; menganalisa; menguraikan; dan mengidentifikasi bahan dalam penentuan jenis penyakit; penyebab penyakit; dan kondisi kesehatan tertentu.

Kota Tangerang Selatan memiliki 1 Laboratorium Kesehatan Daerah yang diselenggarakan oleh Pemerintah Daerah dikoordinir oleh Dinas Kesehatan.

C. RUMAH SAKIT

Sebagai upaya dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat selain dilakukan upaya promotif dan preventif; diperlukan juga upaya kuratif dan rehabilitatif. Upaya kesehatan yang bersifat kuratif dan rehabilitatif dapat diperoleh melalui rumah sakit yang juga berfungsi sebagai penyedia pelayanan kesehatan rujukan.

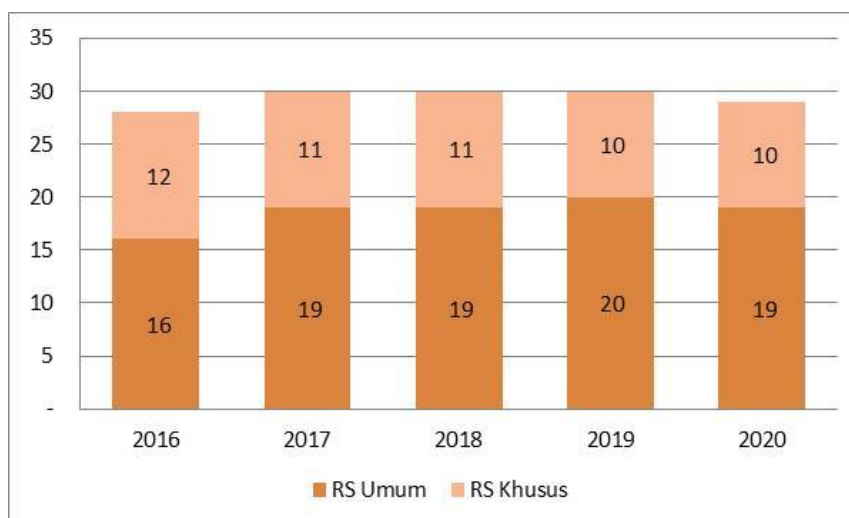
1. Jenis Rumah Sakit

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit; pengelompokan rumah sakit berdasarkan penyelenggaraan; yaitu rumah sakit pemerintah pusat; rumah sakit pemerintah

daerah; dan rumah sakit swasta. Rumah sakit yang didirikan pemerintah pusat dan pemerintah daerah harus berbentuk Unit Pelaksana Teknis dari Instansi yang bertugas di bidang kesehatan; atau Instansi tertentu dengan pengelolaan Badan Layanan Umum atau Badan Layanan Umum Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Sedangkan rumah sakit yang didirikan oleh swasta harus berbentuk badan hukum yang bersifat nirlaba dan dengan tujuan profit yang berbentuk perseroan terbatas atau persero yang kegiatan usahanya hanya bergerak di bidang perumahsakit. Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan; Rumah Sakit dikategorikan Rumah Sakit umum dan Rumah Sakit khusus.

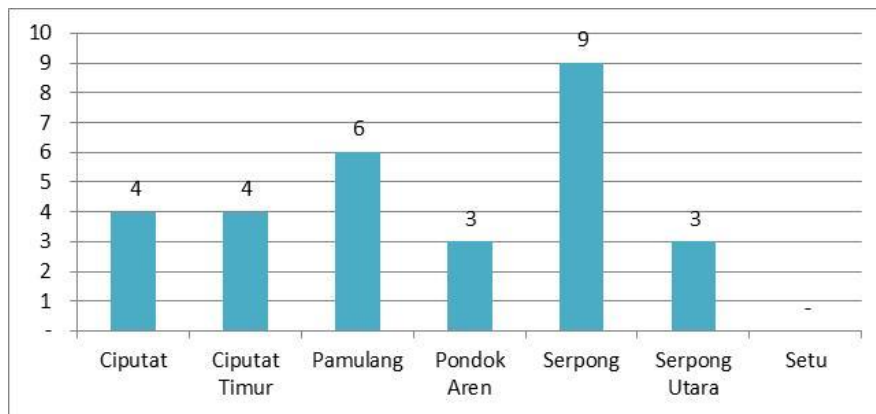
Rumah Sakit di Kota Tangerang Selatan dari tahun 2016-2019 mengalami peningkatan dari 28 rumah sakit menjadi 30 rumah sakit. Sedangkan pada tahun 2020 menurun dibandingkan tahun sebelumnya menjadi 29 rumah sakit yang terdiri dari 19 rumah sakit umum dan 10 rumah sakit khusus. Sebagaimana terlihat dalam Gambar 2.5

Gambar 2.6 Jumlah Rumah Sakit Tahun 2020



Jumlah terbanyak di kecamatan serpong berjumlah 9 RS. Tipe RS terbanyak yaitu tipe C dengan 77 %. Jumlah RS Umum 19 RS dan RS Khusus sebanyak 10 buah. Sebagaimana dapat dilihat pada Gambar

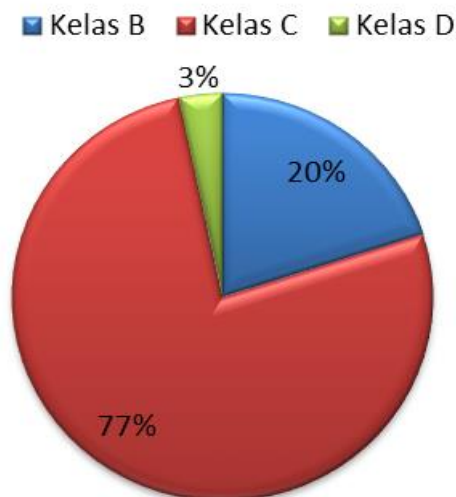
Gambar 2.7 Jumlah Rumah Sakit per Kecamatan Tahun 2020



2. Tipe Rumah Sakit

Rumah sakit dikelompokkan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan; menjadi Kelas B; Kelas C; dan Kelas D. Jumlah rumah sakit (RS) di Kota Tangerang Selatan menurut kelas terbanyak yaitu tipe C sebesar 77% (22 RS); kemudian tipe B sebesar 20% (6 RS) dan tipe D sebesar 3% (1 RS). Sebagaimana ditunjukkan dalam Gambar 2.1

Gambar 2.8 Proporsi Rumah Sakit berdasarkan Tipe Kelas Tahun 2020



D.PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN YANG DITANGANI

Pelayanan Kesehatan Rujukan meliputi 3 kegiatan utama yaitu pembinaan dan pengawasan terhadap Fasilitas Pelayanan Kesehatan; pelayanan penerbitan kajian teknis perizinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan; dan fasilitasi pelayanan rujukan dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut melalui Sistem Rujukan Terintegrasi (Sisrute) dan Call Center PSC (Public Service Center) 119 Dinas Kesehatan Kota Tangerang Selatan.

a. Pembinaan dan pengawasan terhadap Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Pembinaan dan pengawasan terhadap fasilitas pelayanan kesehatan pada tahun 2020 dilakukan pada 200 klinik pratama dan klinik utama baik rawat jalan maupun rawat inap dan 29 Rumah Sakit Umum di Kota Tangerang Selatan. Puskesmas yang berada di Kota Tangerang Selatan. Pembinaan dan pengawasan terhadap fasilitas pelayanan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan tata kelola pelayanan kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan agar masyarakat di Kota Tangerang Selatan mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik; tepat; dan bermutu. Pembinaan dan pengawasan terhadap fasilitas pelayanan kesehatan meliputi kegiatan monitoring; evaluasi dan kredensialling secara insitu dan diseminasi informasi tata kelola pelayanan kesehatan secara exsitu.

b. Pelayanan penerbitan kajian teknis perizinan fasilitas pelayanan kesehatan

Pelayanan penerbitan kajian teknis perizinan fasilitas pelayanan kesehatan dilaksanakan untuk fasilitas kesehatan tingkat pertama; fasilitas penunjang dan Rumah Sakit Kelas C dan D.

Capaian pelaksanaan pelayanan penerbitan kajian teknis perizinan pada tahun 2020 adalah sebagai berikut:

Tabel 2.5 Jumlah Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tahun 2020

No.	Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Jumlah
1.	Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (Klinik Utama; Rumah Sakit Kelas C)	20
2.	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Klinik Pratama; Rumah Sakit Kelas D atau Setara)	58
3.	Fasilitas Pelayanan Penunjang	5

- a. Fasilitasi pelayanan rujukan dari fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama ke fasilitas pelayanan tingkat lanjut

Fasilitas pelayanan rujukan diselenggarakan dengan aplikasi sistem rujukan terintergrasi dan call center PSC (Public Service Center) 119.

Tabel 2.6 Jumlah Rujukan dari Puskesmas Tahun 2020

No.	Puskesmas	Jumlah
1	Puskesmas Bakti Jaya	62
2	Puskesmas Jombang	60
3	Puskesmas Pondok Benda	55
4	Puskesmas Benda Baru	55
5	Puskesmas Pondok Aren	42
6	Puskesmas Rawa Buntu	41
7	Puskesmas Kampung Sawah	39
8	Puskesmas Sawah Baru	36
9	Puskesmas Bambu Apus	34
10	Puskesmas Jurang Mangu	33
11	Puskesmas Pondok Cabe Ilir	29
12	Puskesmas Pondok Pucung	15
13	Puskesmas Setu	13
14	Puskesmas Pondok Jagung	12
15	Puskesmas Ciputat Timur	11
16	Puskesmas Pisangan	11
17	Puskesmas Pondok Betung	10
18	Puskesmas Pamulang	9
19	Puskesmas Pondok Kacang Timur	9
20	Puskesmas Keranggan	8

No.	Puskesmas	Jumlah
21	Puskesmas Parigi	8
22	Puskesmas Rengas	7
23	Puskesmas Pondok Ranji	4
24	Puskesmas Serpong 1	3
25	Puskesmas Ciputat	2
26	Puskesmas Lengkong Wetan	2
27	Puskesmas Serpong 2	1
28	Puskesmas Paku Alam	-
29	Puskesmas Situ Gintung	-
Jumlah		611

Tabel 2.7 Sepuluh Kasus Penyakit Terbanyak yang dirujuk

No.	Diagnosa
1	DHF (<i>Dengue High Fever</i>)
2	DBD (<i>Demam Berdarah Dengue</i>)
3	Penurunan Kesadaran
4	CKD (<i>Chronic Kidney Disease</i>)
5	<i>Covid 19 Confirmed Case</i>
6	Anemi
7	Pneumonia
8	CHF (<i>Chronic Heart Failure</i>)
9	Dispneu
10	Bronchopneumonia

Public Service Center (PSC) 119 merupakan pelayanan kesehatan untuk kasus kegawatdaruratan medis dengan metode layanan terintegrasi secara nasional melalui call center 119.

Tabel 2.8 Capaian Pelayanan PSC 119 Tahun 2020

No.	Layanan	Jumlah
1	Layad Rawat	127
2	Info Faskes/BPJS	201
3	KIE	990
4	<i>Transfer Call</i>	397
5	<i>Test Call</i>	184

No.	Layanan	Jumlah
6	KLL	11
7	Huruhara/Bencana	4
8	Layanan Ambulan	168
9	Kebutuhan Ambulan	33
10	Ambulan Jenazah	38
11	Salah Sambung	35
12	Tidak Terjawab	43
13	<i>Prank Call</i>	879
14	BO Kemenkes	13
15	Rujukan Faskes	984
Jumlah		4.107

Jumlah seluruh pasien rujukan sebanyak 1.595 pasien yang berasal dari SISRUTE sebanyak 611 pasien melalui Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Rujukan Faskes 984 pasien melalui PSC; sedangkan pasien rujukan yang tertangani di strata 2 dan 3 sebanyak 1.276 pasien. Dengan berjalannya system rujukan terintegrasi fasilitas kasus rujukan mencapai target yang telah ditentukan.

Sebanyak 611 pasien rujukan melalui aplikasi SISRUTE yang berasal dari 27 puskesmas dan 1 klinik. Dimana rujukan pasien terbanyak dengan jumlah 62 pasien dilakukan oleh Puskesmas Bakti Jaya sedangkan rujukan terendah oleh Puskesmas Serpong II sebanyak 1 pasien.

PSC 119 merupakan pelayanan kesehatan untuk kasus kegawatdaruratan medis dengan metode layanan terintegrasi secara nasional melalui call center 119.

Dari jumlah 4.107 pelayanan yang dilakukan oleh PSC 119 selama tahun 2020 terbagi menjadi 15 kriteria layanan. Sebanyak 984 layanan ditujukan untuk rujukan pasien ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut. Sedangkan sisanya tersebar pada layanan lainnya.

Sebanyak 1.276 pasien selama tahun 2020 telah dirujuk ke 13 rumah sakit; baik itu yang berada di Kota Tangerang Selatan maupun diluar kota. Dari jumlah tersebut tujuan rujukan tertinggi sebanyak 565 pasien ditujukan ke RSUD Kota Tangerang Selatan sisanya tersebar rumah sakit lainnya.

E. SARANA KEFARMASIAN DAN ALAT KESEHATAN

Cakupan sarana produksi bidang kefarmasian dan alat kesehatan menggambarkan tingkat ketersediaan sarana pelayanan kesehatan yang melakukan upaya produksi di bidang kefarmasian dan alat kesehatan. Sarana produksi di bidang kefarmasian dan alat kesehatan antara lain Industri Farmasi; Industri Obat Tradisional (IOT); Usaha Kecil Obat Tradisional/Usaha Mikro Obat Tradisional (UKOT/UMOT); Produksi Alat Kesehatan (Alkes) dan Produksi Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (PKRT); dan Industri Kosmetika.

Tabel. 2.9 Sarana Kefarmasian dan Alat Kesehatan

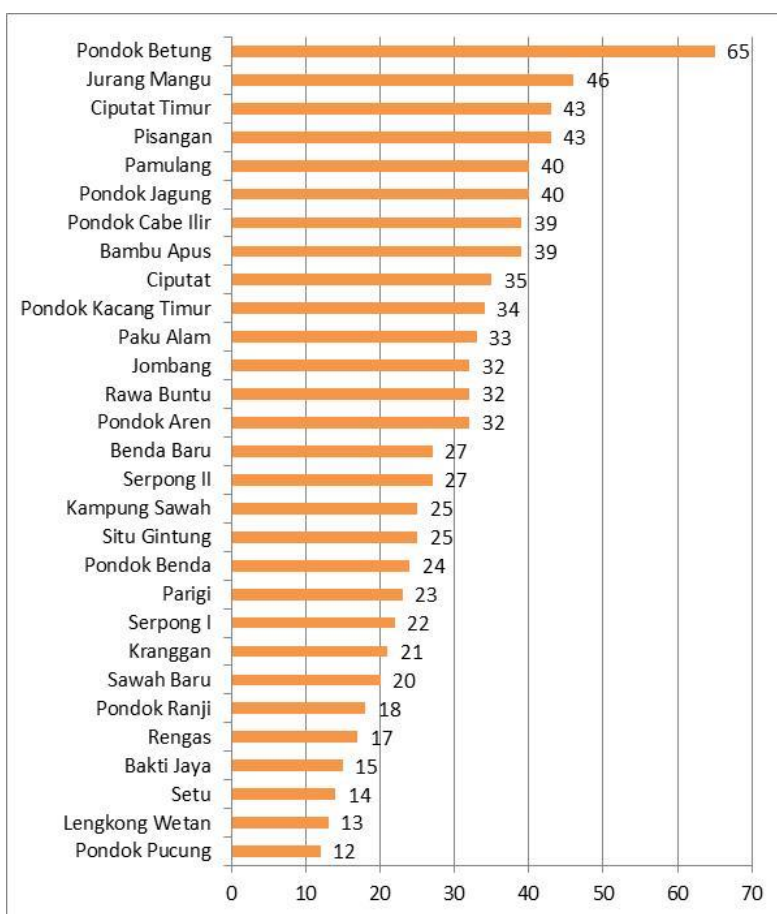
NO	FASILITAS KESEHATAN	JUMLAH
1	USAHA MIKRO OBAT TRADISIONAL	1
2	PRODUKSI ALAT KESEHATAN	4
3	PEDAGANG BESAR FARMASI	3
4	APOTEK	498
5	TOKO OBAT	5
6	TOKO ALKES	2

F. UPAYA KESEHATAN BERSUMBER DAYA MASYARAKAT (UKBM)

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

Jumlah posyandu di kota tangerang selatan yang tersebar di seluruh kecamatan berjumlah 856 posyandu terbagi menjadi 4 strata posyandu pertama 133 posyandu; madya 411 posyandu; Purnama 226 dan Mandiri 86 posyandu.

Gambar 2.9 Jumlah Posyandu Per Puskesmas Tahun 2020



Sebanyak 37 kelurahan dari 54 kelurahan yang ada di Tangerang Selatan. Capaian Kelurahan berPosbindu PTM tahun 2020 adalah sebesar 68,5% (Target 50% Kelurahan berposbindu tercapai).

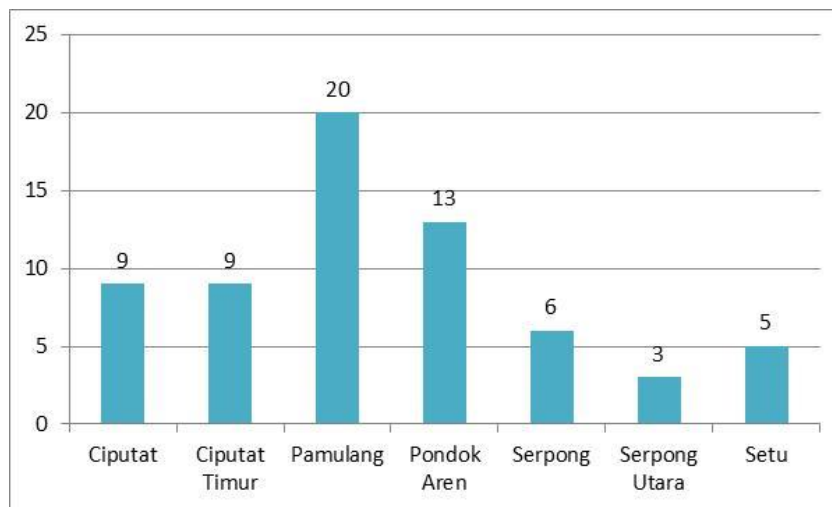
Jumlah Posbindu PTM di Tangerang Selatan pada tahun 2020 sebanyak 65 Posbindu PTM dengan jumlah terbanyak di Kecamatan Pamulang yaitu 20 Posbindu PTM; sedangkan jumlah Posbindu PTM paling sedikit di wilayah Serpong Utara yang hanya 3 Posbindu PTM.

Tabel 2.10 Jumlah Strata Posyandu Perkecamatan Tahun 2020

Kecamatan	STRATA POSYANDU			
	Pratama	Madya	Purnama	Mandiri
Ciputat	1	67	62	5
Ciputat Timur	2	53	63	4
Pamulang	12	112	39	5
Pondok Aren	11	103	98	6

Kecamatan	STRATA POSYANDU			
	Pratama	Madya	Purnama	Mandiri
Serpong	1	50	39	4
Serpong Utara	0	36	37	2
Setu	0	21	20	2
Jumlah	26	442	358	30

Gambar 2.10 Jumlah Posbindu PTM Tahun 2020



Jumlah posbindu PTM tahun 2020 di Kota Tangerang Selatan berjumlah 65 Posbindu PTM Tersebar di seluruh kecamatan; kecamatan Pamulang 20; kecamatan pondok aren 13; kecamatan ciputat 9; kecamatan ciputat timur 9; kecamatan serpong 6; kecamatan setu 5 dan kecamatan serpong utara 3.

BAB III. SDM KESEHATAN

Sumber Daya Manusia (SDM) kesehatan adalah komponen kunci untuk menggerakkan pembangunan kesehatan. SDM berperan meningkatkan kesadaran; kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan yang optimal dan juga sebagai pelaksana upaya dan pelayanan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional mengatur bahwa sumber daya manusia kesehatan adalah tenaga kesehatan (termasuk tenaga kesehatan strategis) dan tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya dalam upaya dan manajemen kesehatan.

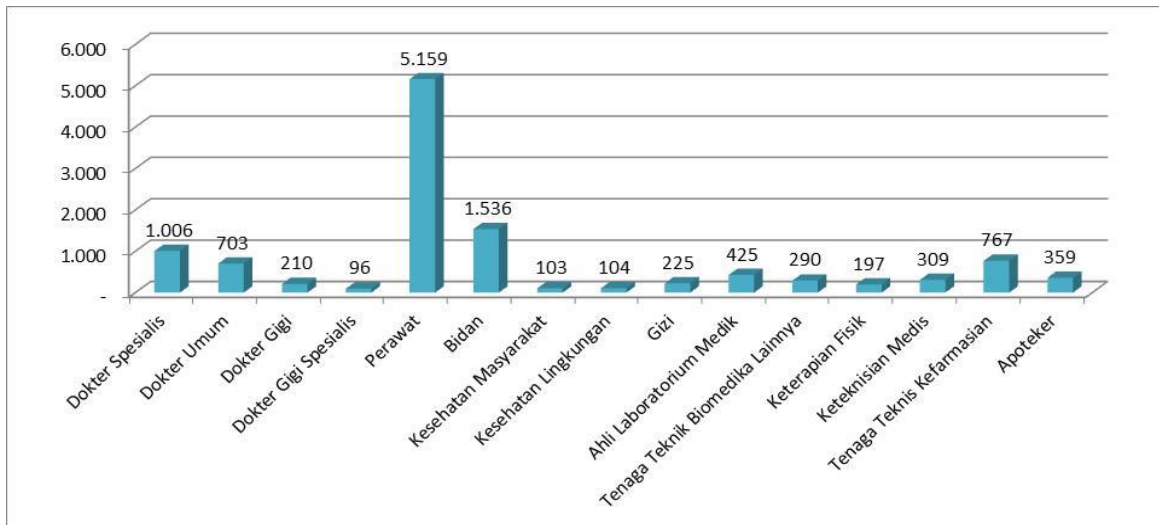
Pembahasan mengenai SDM pada bab ini mencakup jumlah tenaga kesehatan; baik di seluruh fasilitas kesehatan; maupun secara rinci di puskesmas dan rumah sakit; registrasi tenaga kesehatan; pendayagunaan tenaga kesehatan; serta lulusan tenaga kesehatan.

A. JUMLAH TENAGA KESEHATAN

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan; tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

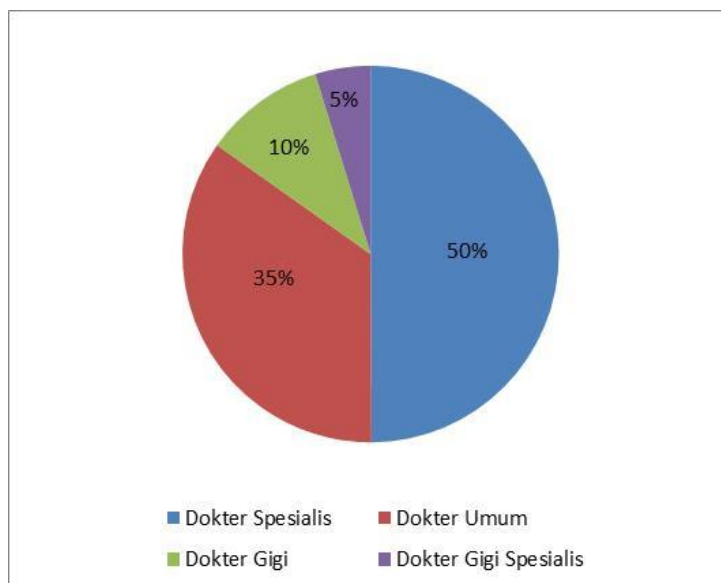
Jumlah SDM di Kota Tangerang Selatan tahun 2020 sebanyak 11.489 orang terdiri dari 8.710 orang tenaga kesehatan (75;81%) dan 2.779 orang tenaga penunjang kesehatan (24;19%). Proporsi tenaga kesehatan terbanyak yaitu tenaga keperawatan sebanyak 44;90% dari total; sedangkan proporsi paling sedikit yaitu dokter gigi spesialis sebanyak 0;84% dari total.

Gambar 3.1 Jumlah SDMK Tahun 2020



Tenaga medis yang dijabarkan pada bagian ini adalah tenaga yang memberikan pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan sesuai fungsinya. Jumlah tenaga medis di Kota Tangerang Selatan sebanyak 2.015 orang dengan proporsi terbanyak adalah dokter (49;93%).

Gambar 3.2 Proporsi Tenaga Medis Tahun 2020

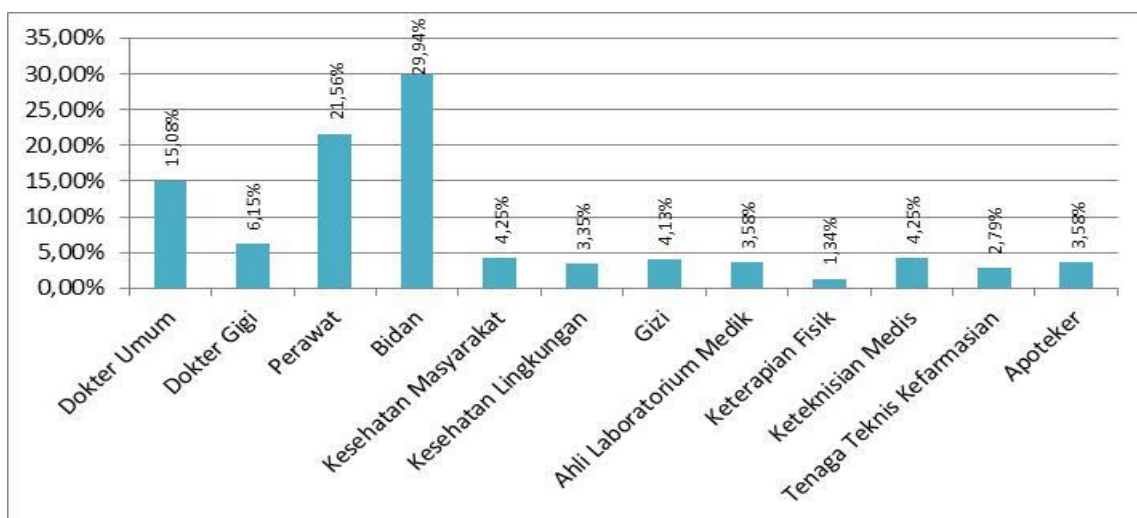


1. Tenaga Kesehatan di Puskesmas

Puskesmas adalah fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama; dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif; untuk mencapai derajat

kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Dengan demikian; untuk mendukung fungsi dan tujuan puskesmas diperlukan sumber daya manusia kesehatan baik tenaga kesehatan maupun tenaga penunjang kesehatan. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas; jenis tenaga kesehatan yang ada di puskesmas paling sedikit terdiri dari dokter; dokter gigi; perawat; bidan; tenaga promosi kesehatan masyarakat dan ilmu perilaku; tenaga kesehatan lingkungan; nutrisisionis; tenaga apoteker dan/atau tenaga teknis kefarmasian; dan ahli teknologi laboratorium medik.

Gambar 3.3 Jumlah SDM di Puskesmas Tahun 2020



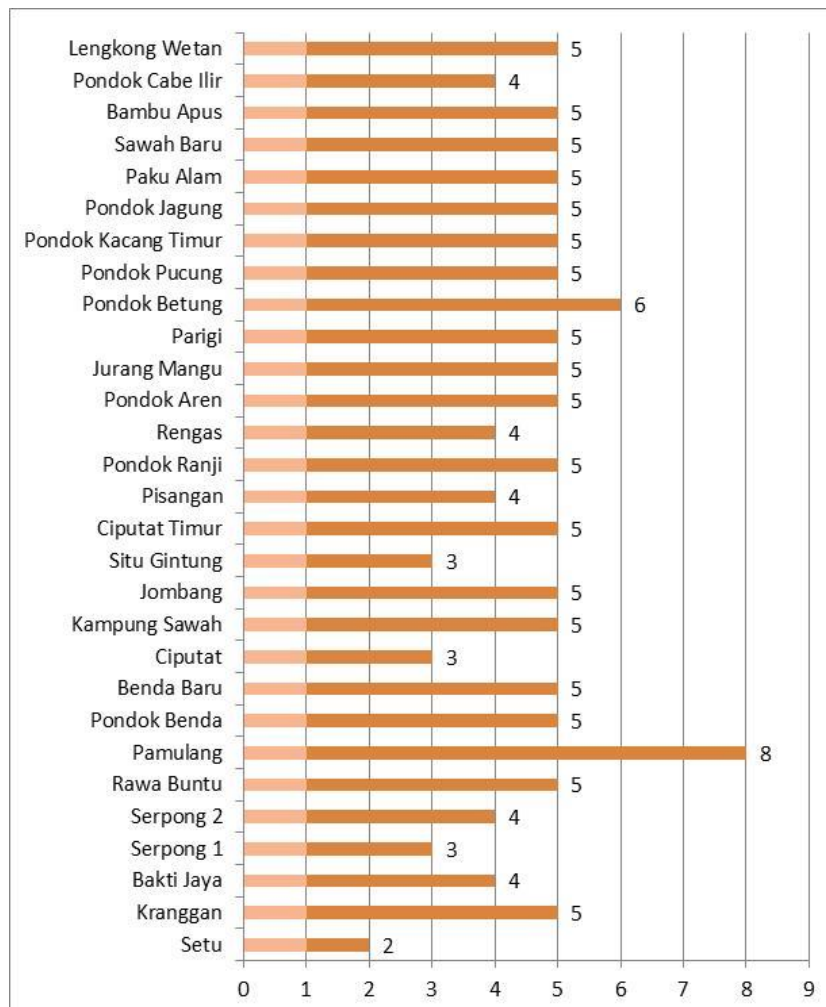
Jumlah tenaga kesehatan yang bertugas di Puskesmas di Kota Tangerang Selatan pada tahun 2020 sebanyak 895 orang. Proporsi tenaga kesehatan di puskesmas terbanyak yaitu bidan sebesar 29,94%(268 orang); sedangkan proporsi paling rendah adalah keterampilan fisik sebesar 1,34% (12 orang).

a. Kecukupan Dokter di Puskesmas

Kecukupan tenaga kesehatan di puskesmas diatur pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019. Peraturan Menteri Kesehatan tersebut membedakan antara puskesmas rawat inap dan puskesmas non rawat inap; yaitu pada puskesmas non rawat inap; minimal satu orang dokter baik di kawasan perkotaan; perdesaan; maupun kawasan terpencil dan sangat terpencil. Sementara itu; pada puskesmas rawat inap minimal dua orang dokter baik pada kawasan perdesaan; maupun kawasan terpencil dan sangat terpencil. Kondisi kecukupan

tenaga dokter di Kota Tangerang Selatan telah memenuhi standar kebutuhan minimal.

Gambar 3.4 Jumlah Dokter di Puskesmas Tahun 2020

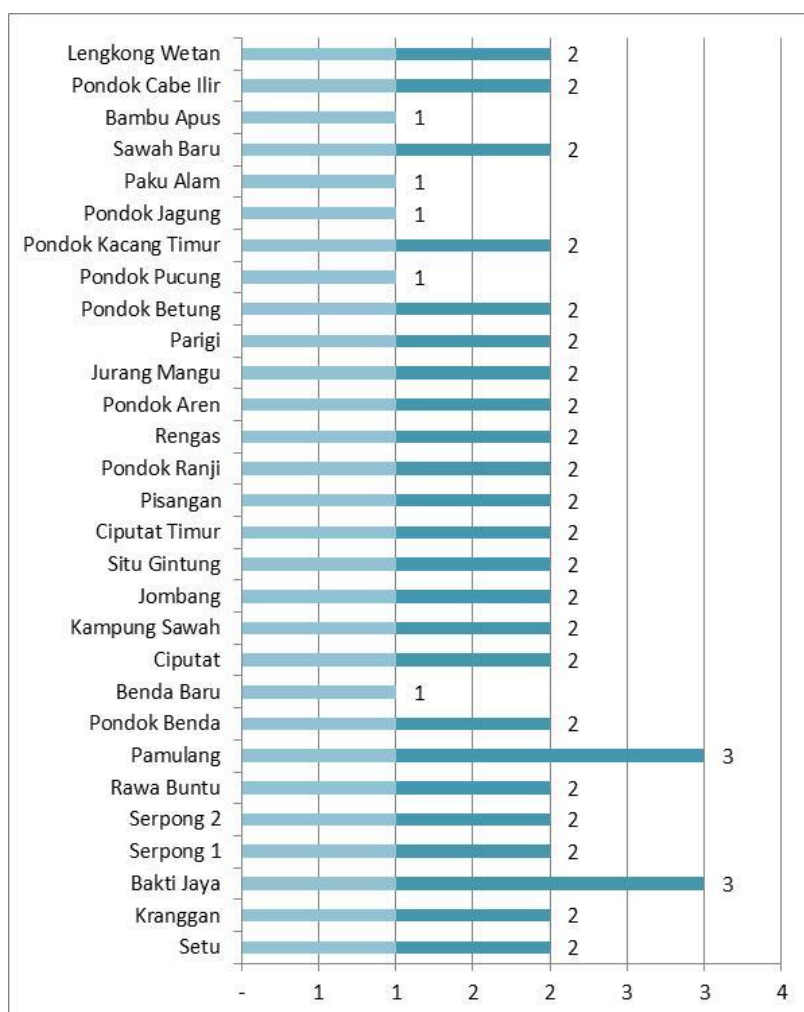


Dilihat dari proporsi puskesmas dengan kekurangan dokter terhadap puskesmas dengan status cukup dan lebih; hampir seluruh puskesmas memiliki persentase kecukupan dokter di atas 100%.

b. Kecukupan Dokter Gigi di Puskesmas

Standar kecukupan dokter gigi di puskesmas adalah minimal satu orang; baik puskesmas rawat inap dan non rawat inap dan di wilayah perkotaan; perdesaan; maupundi kawasan terpencil dan sangat terpencil. Di Kota Tangerang Selatan tidak ada puskesmas yang memiliki dokter gigi di bawah standar minimal.

Gambar 3.5 Jumlah Dokter Gigi di Puskesmas Tahun 2020



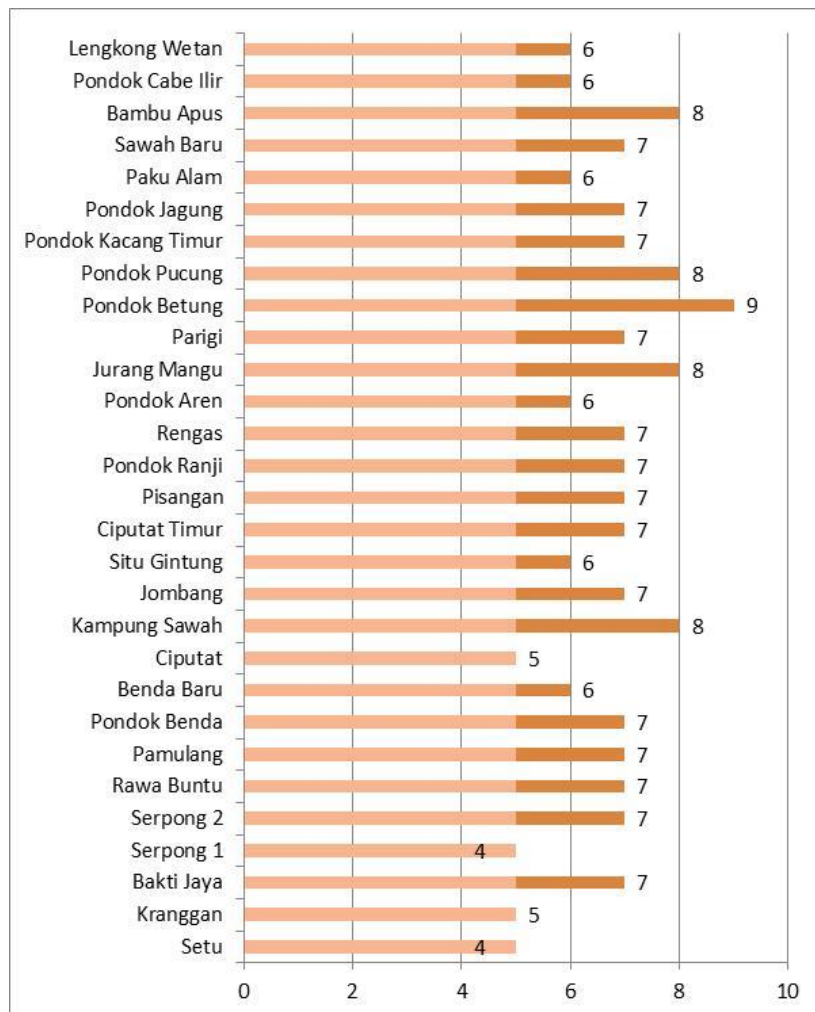
Gambaran kecukupan dokter gigi di puskesmas menunjukkan bahwa seluruh puskesmas memiliki dokter gigi sesuai standar dengan proporsi sebanyak 86;21% puskesmas telah memiliki dokter gigi melebihi standar dan 13;79% puskesmas memiliki dokter gigi sesuai standar.

c. Kecukupan Perawat di Puskesmas

Suatu puskesmas dianggap memiliki perawat yang cukup apabila memiliki minimal lima perawat pada puskesmas non rawat inap dan minimal delapan perawat pada puskesmas rawat inap. Kondisi ini merupakan standar minimal di wilayah perkotaan; perdesaan; dan kawasan terpencil dan sangat terpencil. Di Kota Tangerang Selatan terdapat 2 puskesmas (6;90%) dengan kecukupan perawat dibawah standar minimal yaitu puskesmas serpong 1 dan puskesmas setu. Sisanya

sebanyak 27 puskesmas (93;1%) telah memunihi kecukupan perawat sesuai standar minimal.

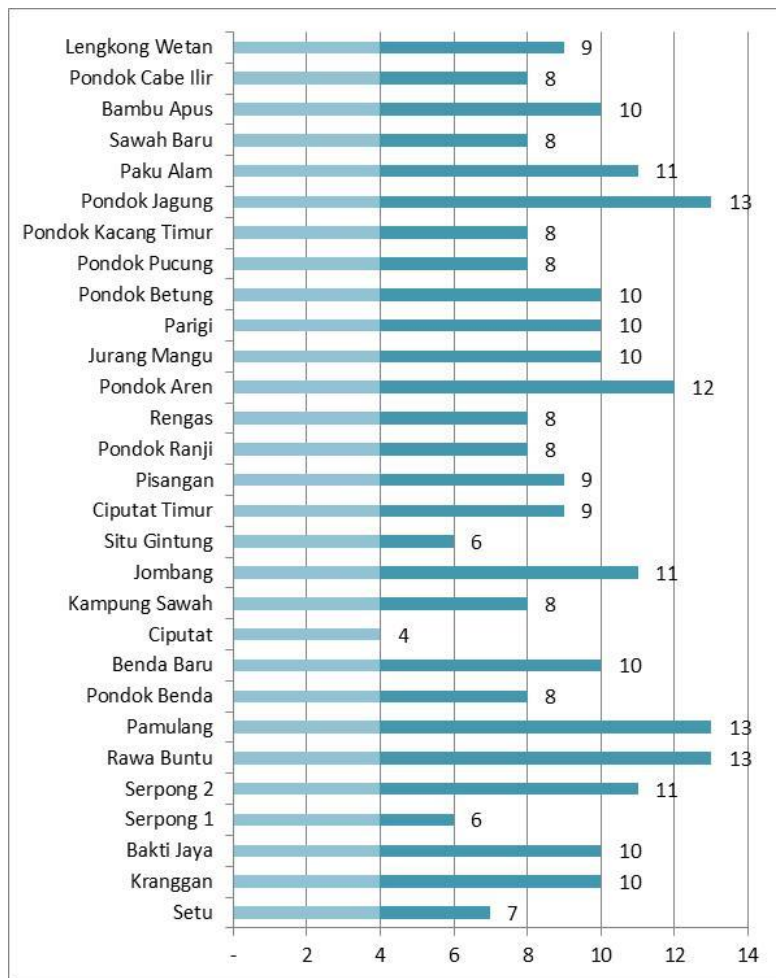
Gambar 3.6 Jumlah Perawat di Puskesmas Tahun 2020



d. Kecukupan Bidan di Puskesmas

Jumlah bidan di Puskesmas non rawat inap minimal empat orang dan di puskesmas rawat inap minimal tujuh orang. Kondisi ini merupakan standar minimal di wilayah perkotaan; perdesaan; dan kawasan terpencil dan sangat terpencil.

Gambar 3.7 Jumlah Bidan di Puskesmas Tahun 2020

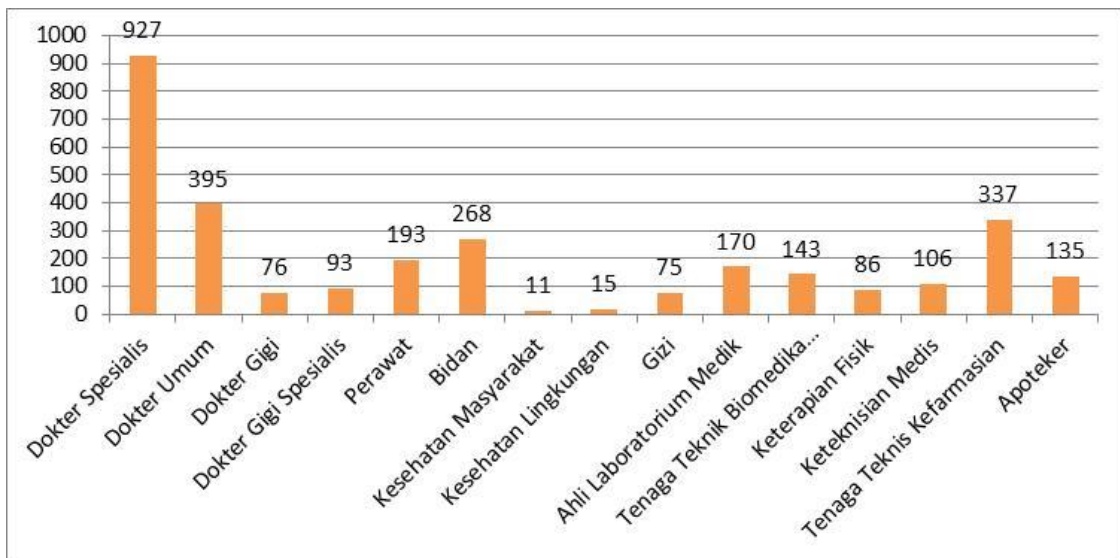


Pada kategori puskesmas yang memiliki jumlah bidan kurang dari standar minimal; seluruh puskesmas di Kota Tangerang Selatan sudah memenuhi standar minimal (100%). Sebanyak 1 puskesmas (3;45%) memiliki kecukupan bidan sesuai standar minimal; dan sisanya sebanyak 28 puskesmas (96;55%) memiliki kecukupan bidan melebihi standar minimal.

2. Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit; rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap; rawat jalan; dan gawat darurat. SDM di rumah sakit terdiri dari tenaga medis; tenaga kefarmasian; tenaga keperawatan; tenaga kesehatan lain dan tenaga non kesehatan.

Gambar 3.8 Jumlah Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit Tahun 2020



Terdapat 3.030 SDM di rumah sakit; yang terdiri dari 1.952 orang tenaga kesehatan dan 1.078 orang tenaga penunjang kesehatan. Proporsi tenaga kesehatan terbesar adalah dokter spesialis 927 orang (30;59%); sedangkan proporsi tenaga kesehatan paling rendah adalah dokter gigi 76 orang (3;07%).

BAB IV. PEMBIAYAAN KESEHATAN

Menurut Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan; pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran; kemauan; kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya; sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Dengan demikian; unsur ekonomis merupakan salah satu aspek yang dipentingkan dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan di Indonesia.

Selain itu; di dalam Undang-Undang yang sama juga disebutkan bahwa pembiayaan kesehatan bertujuan untuk penyediaan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi; teralokasi secara adil; dan termanfaatkan. Pembiayaan kesehatan merupakan besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan; keluarga; kelompok; dan masyarakat.

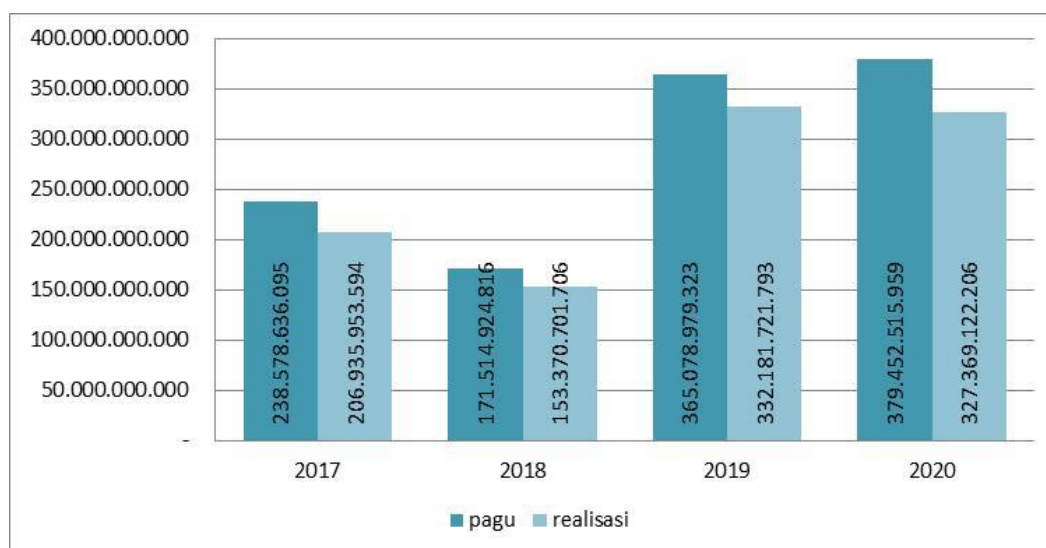
Anggaran kesehatan dapat dikatakan sebagai instrument pemerintah dalam pemenuhan hak-hak kesehatan bagi warga negara (Ansar; 2017). Sumber pembiayaan kesehatan berasal dari pemerintah pusat; pemerintah daerah; masyarakat; swasta; dan sumber lain. Di dalam bab ini hanya akan dibahas mengenai alokasi dan realisasi anggaran kesehatan bersumber dari pemerintah; baik yang berasal dari pemerintah pusat maupun daerah. Selain itu; juga dijelaskan lebih lanjut mengenai Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

A. ANGGARAN DINAS KESEHATAN

Dinas Kesehatan pada tahun 2020 memiliki alokasi anggaran sebesar Rp 379.452.515.959;- dengan realisasi sebesar Rp 327.369.122.206;- . Alokasi anggaran tahun 2020 mengalami kenaikan sebesar Rp 14.373.536.636;- jika dibandingkan dengan tahun 2019. Dilihat dari persentase realisasi tahun sebelumnya; tahun 2020 justru mengalami penurunan; dimana persentase realisasi

anggaran Dinas Kesehatan pada tahun 2020 sebesar 86,27%; turun dari tahun 2019 sebesar 90,99%.

Gambar 4.1 Fluktuasi Anggaran Dinas Kesehatan Tahun 2017-2020



Gambar 4.1 Menunjukkan fluktuasi alokasi dan realisasi anggaran Dinas Kesehatan dari tahun 2017-2020; dengan alokasi tertinggi pada tahun 2020.

B. DANA ALOKASI KHUSUS BIDANG KESEHATAN TAHUN ANGGARAN 2020

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 248/PMK.07/2010; untuk mendukung pencapaian pembangunan yang menjadi fokus/prioritas nasional; serta meningkatkan peran provinsi dalam kerangka good governance dalam mengawal pelaksanaan program kementerian/lembaga (K/L) di daerah dan untuk menjamin tersedianya dana bagi pelaksanaan pelimpahan wewenang tersebut; pemerintah melalui K/L mengatur pemberian dana dekonsentrasi dan tugas pembantuan yang diberikan.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan tersebut; Dekonsentrasi adalah pelimpahan sebagian urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Pemerintah Pusat kepada gubernur sebagai wakil Pemerintah Pusat. Sedangkan dana dekonsentrasi merupakan dana yang berasal dari APBN yang dilaksanakan gubernur sebagai wakil pemerintah yang mencakup semua penerimaan dan pengeluaran dalam rangka pelaksanaan dekonsentrasi; tidak termasuk dana yang

dialokasikan untuk instansi vertikal pusat di daerah. Dalam upaya percepatan pencapaian tujuan dan target program kesehatan inilah dana dekonsentrasi diberikan. Pendanaan dalam rangka dekonsentrasi dialokasikan untuk kegiatan yang bersifat non fisik; yaitu kegiatan yang menghasilkan keluaran yang tidak menambah aset tetap. Kegiatan non fisik yang dimaksud antara lain: sinkronisasi dan koordinasi perencanaan; fasilitasi; bimbingan teknis; pelatihan; penyuluhan; supervisi; workshop; penelitian dan survey; pembinaan dan pengawasan; serta pengendalian. Untuk mendukung pelaksanaan kegiatan dekonsentrasi; maka sebagian kecil dana dekonsentrasi dapat dialokasikan sebagai dana penunjang untuk pelaksanaan tugas administratif dan atau pengadaan input berupa pengadaan barang/jasa dan penunjang lainnya. Namun demikian; dana dekonsentrasi bukanlah merupakan dana utama dalam penyelenggaraan kegiatan kesehatan di daerah; sehingga pemerintah daerah tetap berkewajiban mengalokasikan dana bidang kesehatan sesuai amanat Undang-Undang No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Pemanfaatan dana dekonsentrasi harus dilakukan dengan cermat agar terpadu dengan kegiatan yang berasal dari sumber anggaran lainnya dan jangan sampai terjadi duplikasi kegiatan.

Setiap tahunnya diterbitkan petunjuk teknis untuk dijadikan pedoman bagi pemerintah daerah dalam memanfaatkan dana dekonsentrasi dari pemerintah pusat.

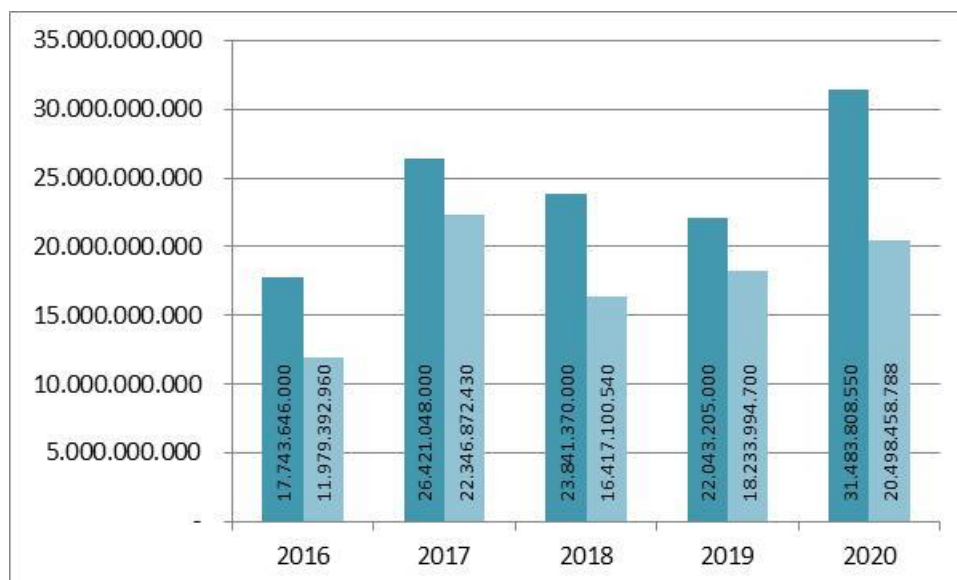
Dana Alokasi Khusus Bidang Kesehatan yang selanjutnya disingkat DAK Bidang Kesehatan adalah dana yang dialokasikan dalam anggaran pendapatan dan belanja negara kepada daerah tertentu dengan tujuan untuk membantu mendanai kegiatan fisik dan non fisik yang merupakan urusan kesehatan daerah dan sesuai dengan prioritas nasional. DAK terbagi menjadi dua; yaitu DAK fisik dan DAK non fisik. Panduan pemanfaatan DAK bidang kesehatan tahun 2020 diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 85 Tahun 2019 Tentang Petunjuk Operasional Penggunaan Dana Alokasi Khusus Fisik Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2020 Dan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 86 Tahun 2019 Tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Nonfisik Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2020.

DAK fisik bidang kesehatan diarahkan untuk membiayai kegiatan-kegiatan seperti: penyediaan sarana; prasarana; dan alat kesehatan puskesmas; pengadaan perangkat Sistem Informasi Kesehatan; penyediaan alat dan bahan pengendalian

penyakit dan kesehatan lingkungan; kelanjutan rumah sakit dan puskesmas yang belum operasional; penguatan laboratorium kesehatan daerah; pembangunan; peningkatan; rehabilitasi; dan/atau renovasi gedung sarana rumah sakit daerah provinsi/kabupaten/kota; penyediaan alat Kesehatan dan prasarana di rumah sakit; dan peningkatan atau pembangunan unit transfusi darah termasuk pemenuhan peralatan; sarana dan prasarana di rumah sakit daerah provinsi/ kabupaten/kota; penyediaan obat dan bahan medis habis pakai di tingkat daerah kabupaten/kota; pembangunan; rehabilitasi; dan penyediaan sarana prasarana instalasi farmasi provinsi dan kabupaten/kota. Sedangkan DAK Nonfisik Bidang Kesehatan terdiri atas: bantuan operasional kesehatan (BOK); jaminan persalinan (jampersal); akreditasi Puskesmas; dan pengawasan obat dan makanan.

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

Gambar 4.2 Fluktuasi DAK Bidang Kesehatan Tahun 2016-2020



Pada tahun 2020; realisasi Dana Alokasi Khusus (DAK) fisik sebesar 72%. Untuk realisasi DAK non fisik; sebesar 61%.

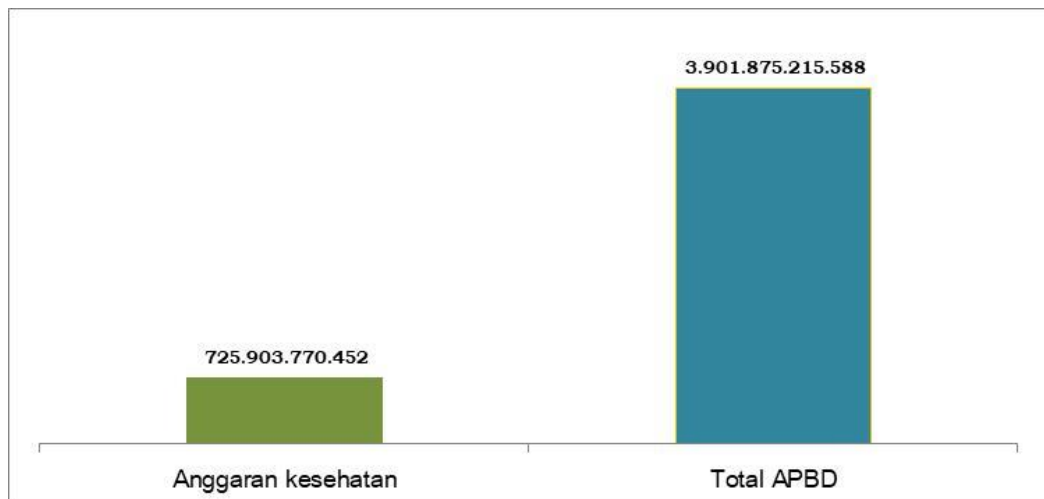
C.BELANJA KESEHATAN DAN JAMINAN KESEHATAN

Sesuai dengan amanat yang tercakup dalam Undang Undang Nomor 36 Tahun 2009; bahwa alokasi belanja di bidang Kesehatan merupakan sesuatu yang mutlak dipenuhi (*mandatory spending*). Pasal 171 dalam undang undang tersebut menyatakan bahwa pemerintah mengalokasikan anggaran Kesehatan sebesar minimal 5% dari APBN diluar gaji; sementara pemerintah provinsi dan kabupaten/kota mengalokasikan anggaran Kesehatan sebesar minimal 10% dari APBD diluar gaji. Penggunaan anggaran di bidang Kesehatan diharapkan seoptimal mungkin dapat dimanfaatkan untuk mencapai tujuan pembangunan bidang Kesehatan.

Salah satu indikator yang digunakan untuk mengukur besar belanja Kesehatan di suatu Kabupaten/kota adalah District Health Accounts atau DHA. DHA adalah pendekatan yang sistematis dan komprehensif yang digunakan untuk memonitor besaran pengeluaran kesehatan di suatu Kabupaten/Kota; mencakup aliran dana kesehatan; distribusi dan penggunaannya. DHA diperlukan untuk menjawab pertanyaan isu-isu pembiayaan kesehatan seperti kecukupan (*sufficiency*); pemerataan (*equity*); efisiensi (*efficiency*); efektivitas (*effectiveness*); dan keberlanjutan (*sustainability*) terkait kebijakan alokasi sumber daya kesehatan; baik dari sisi *supply* maupun demand dalam mencapai Cakupan Kesehatan Semesta (*Universal Health Coveragel UHC*).

Dari data DHA tahun 2019; terdapat beberapa hal yang masih perlu ditingkatkan; diantaranya penguatan pendanaan untuk menunjang upaya preventif dan promotif; termasuk pemenuhan Standar Pelayanan Minimal (SPM); edukasi kesehatan untuk pola hidup bersih sehat; imunisasi; surveillance; skrining; pengadaan pola makan tambahan; dan lain-lain. Penguatan pendanaan untuk layanan di FKTP serta pendanaan preventif-promotif akan membangun sistem layanan Kesehatan yang lebih kokoh terhadap berbagai kejadian tidak terduga termasuk adanya pandemik COVID-19.

Gambar 4.3 Belanja Kesehatan Tahun 2020



Gambar 4.3 Di atas; menunjukkan proporsi belanja kesehatan menurut skema pendanaan kesehatan yang meliputi sektor publik (skema Kementerian Kesehatan; Kementerian/Lembaga lainnya; Pemerintah Daerah (provinsi dan kabupaten/kota); Asuransi Kesehatan Sosial (JKN) dan sektor non-publik (skema Asuransi Kesehatan Swasta; Lembaga Non-Profit yang melayani Rumah Tangga (LNPRT); Korporasi; dan Pembiayaan Rumah Tangga). Porsi belanja skema asuransi kesehatan sosial terhadap total belanja kesehatan menunjukkan peran dan komitmen pemerintah dalam memberikan jaminan kesehatan untuk masyarakat di negara tersebut. Selain itu menunjukkan bahwa peningkatan porsi belanja pada skema asuransi kesehatan sosial seiring dengan penurunan pada porsi skema pembiayaan dari kantong rumah tangga.

1. Jaminan Kesehatan

Dasar hukum yang paling utama adanya Jaminan Kesehatan adalah Undang-Undang Dasar Tahun 1945 Pasal 28 H; yaitu: (1) Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin; bertempat tinggal; dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan; (2) Setiap orang berhak mendapat kemudahan dan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan; dan (3) Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermanfaat. Selain itu; dasar hukum

adanya Jaminan Kesehatan juga tertuang dalam Undang-Undang Dasar Tahun 1945 Pasal 34 yaitu: (1) Fakir miskin dan anak-anak terlantar dipelihara oleh negara; (2) Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan; dan (3) Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Atas dasar itulah; maka diterbitkan Undang-Undang No. 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang salah satu programnya adalah Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Menurut Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN); Jaminan Kesehatan (JKN) adalah program jaminan sosial yang diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi social dan prinsip ekuitas dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Prinsip asuransi sosial yang dimaksud meliputi : 1) kegotong-royongan antara yang kaya dan miskin; yang sehat dan sakit; yang tua dan muda; dan yang berisiko tinggi dan rendah; 2) kepesertaan yang bersifat wajib dan tidak selektif; 3) iuran berdasarkan persentase upah/penghasilan; 4) bersifat nirlaba. Sedangkan prinsip ekuitas yaitu kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medisnya yang tidak berkaitan dengan besaran iuran yang telah dibayarkannya. Pelaksanaan JKN di Indonesia diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan.

Kepesertaan dalam BPJS Kesehatan terdiri dari 2 kelompok; yaitu sebagai berikut:

1. PBI Jaminan Kesehatan.

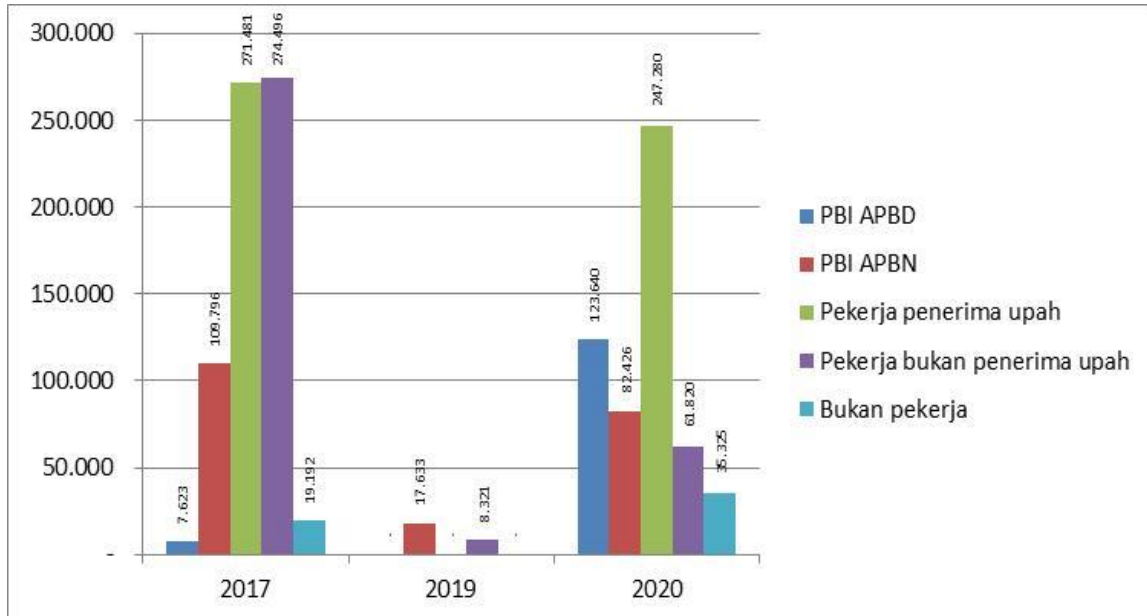
Penerima Bantuan Iuran (PBI) adalah peserta Jaminan Kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagaimana diamanatkan Undang-Undang SJSN yang iurannya sebagai peserta program Jaminan Kesehatan dibayari oleh pemerintah. Peserta PBI adalah fakir miskin yang ditetapkan oleh Pemerintah dan diatur melalui Peraturan Pemerintah.

2. Bukan PBI jaminan kesehatan.

Peserta bukan PBI jaminan kesehatan terdiri dari:

- Pekerja penerima upah dan anggota keluarganya
- Pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya
- Bukan pekerja dan anggota keluarganya

Gambar 4.4 Fluktuasi Jaminan Kesehatan Tahun 2017-2020



Pada tahun 2020; proporsi kepesertaan terbanyak berasal dari segmen pekerja penerima upah sebesar 44;92%. Sampai dengan akhir tahun 2020; jumlah cakupan kepesertaan JKN/KIS mencapai 550.491 jiwa; dimana terjadi penurunan jumlah kepesertaan dibandingkan dengan jumlah kepesertaan tahun-tahun sebelumnya. Hal ini dikarenakan adanya penyesuaian kontribusi iuran pada segmen penduduk yang didaftarkan oleh Pemda sehingga adanya keterbatasan kapasitas fiskal daerah dalam membayar iuran. Pada tahun 2020 juga diketahui bersama dengan adanya pandemic Covid-19 yang berdampak juga pada kemampuan membayar iuran oleh peserta segmen PBPU/BP.

BAB V. KESEHATAN KELUARGA

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

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

A. KESEHATAN IBU

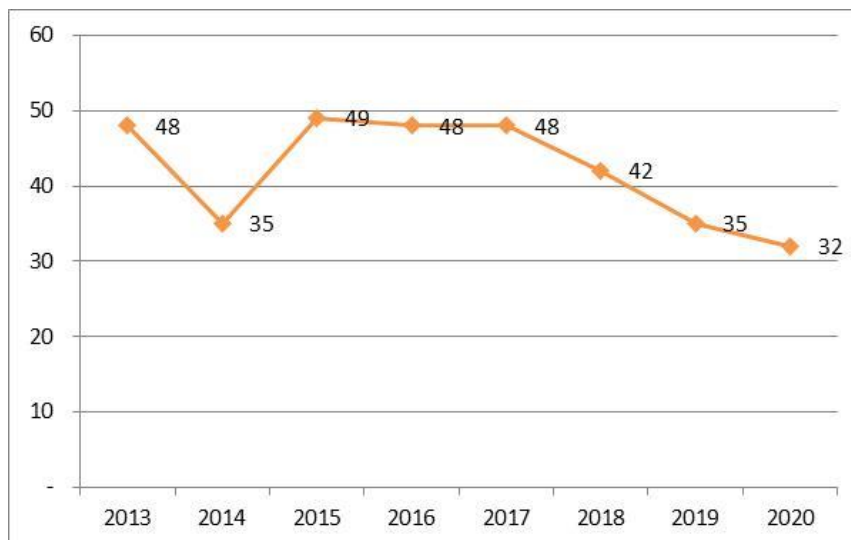
Berdasarkan hasil estimasi; jumlah penduduk Kota Tangerang Selatan pada tahun 2020 sebesar 1.354.350 jiwa yang terdiri dari 678.159 jiwa penduduk laki-laki dan 676.191 jiwa penduduk perempuan. Gambar Memperlihatkan pertumbuhan penduduk dan jumlah penduduk di Kota Tangerang Selatan dari tahun 2016 sampai dengan tahun 2020 berdasarkan jenis kelamin. Penurunan jumlah pertumbuhan penduduk terbesar pada tahun 2018-2019 dari 1;6 juta jiwa menjadi 1;2 juta jiwa.

Keberhasilan program kesehatan ibu dapat dinilai melalui indikator utama Angka Kematian Ibu (AKI). Kematian ibu dalam indikator ini didefinisikan sebagai semua kematian selama periode kehamilan; persalinan; dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan; persalinan; dan nifas atau pengelolaannya tetapi bukan karena

sebab lain seperti kecelakaan atau insidental. Angka Kematian Ibu (AKI) adalah semua kematian dalam ruang lingkup tersebut di setiap 100.000 kelahiran hidup.

Selain untuk menilai program kesehatan ibu; indikator ini juga mampu menilai derajat kesehatan masyarakat; karena sensitifitasnya terhadap perbaikan pelayanan kesehatan; baik dari sisi aksesibilitas maupun kualitas.

Gambar 5.1 Angka Kematian Ibu Tahun 2013-2020



Jumlah kematian ibu yang dihimpun dari pencatatan program kesehatan keluarga di Dinas Kesehatan pada tahun 2020 menunjukkan angka 32 kematian per 100.000 kelahiran hidup.

Berdasarkan penyebab; sebagian besar kematian ibu pada tahun 2020 disebabkan oleh hipertensi dalam masa kehamilan (30%); perdarahan (10%); infeksi (10%); gangguan sistem peredaran darah (10%); gangguan metabolic (10%); dan kasus lain-lain (30%).

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

Pada bagian berikut; gambaran upaya kesehatan ibu yang disajikan terdiri dari: (1) pelayanan kesehatan ibu hamil; (2) pelayanan imunisasi Tetanus bagi

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

1. Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil

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

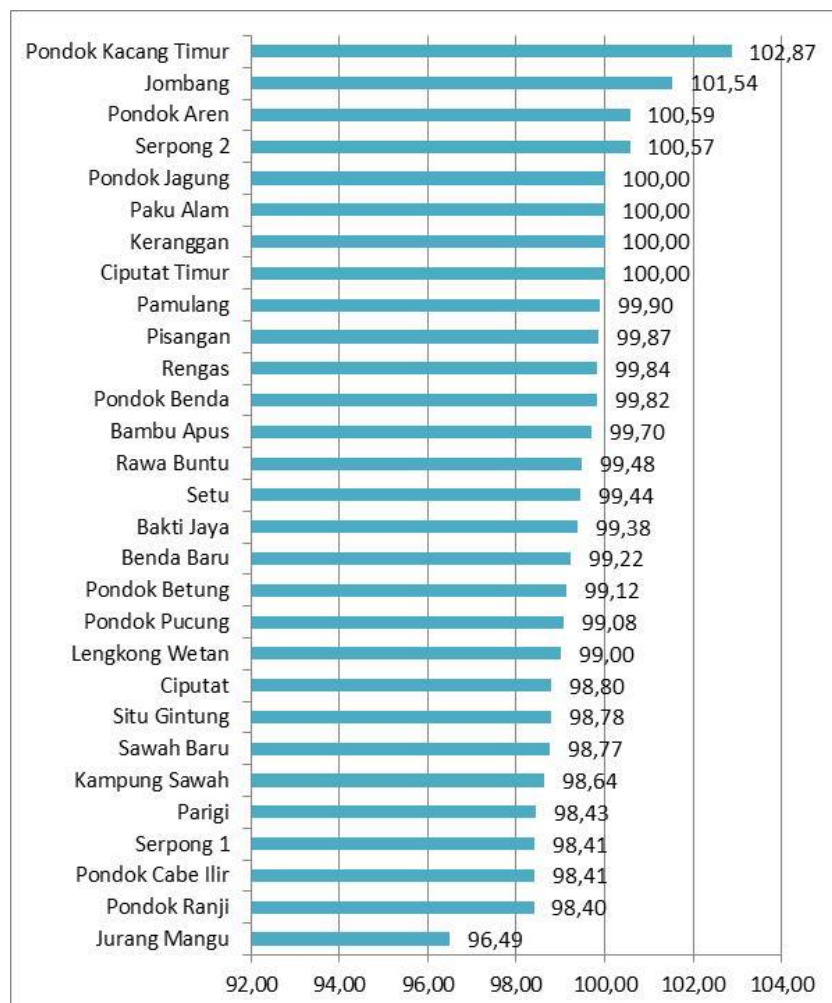
- 1) Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan.
- 2) Pengukuran tekanan darah.
- 3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA).
- 4) Pengukuran tinggi puncak rahim (*fundus uteri*).
- 5) Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus sesuai status imunisasi.
- 6) Pemberian tablet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

Pelayanan kesehatan ibu hamil harus memenuhi frekuensi minimal di tiap trimester; yaitu minimal satu kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu); minimal satu kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu); dan minimal dua kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 24 minggu sampai menjelang persalinan). Standar waktu pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin

perlindungan terhadap ibu hamil dan janin berupa deteksi dini faktor risiko; pencegahan; dan penanganan dini komplikasi kehamilan.

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

Gambar 5.2 Cakupan Pelayanan K4 di Puskesmas Tahun 2020



Pelayanan kesehatan ibu hamil (K4) pada tahun 2020 menunjukkan gambaran puskesmas tertinggi terdapat di puskesmas pondok kacang timur sebesar 102;97% diikuti oleh puskesmas Jombang (101;54%) dan puskesmas pondok aren (100;59%).

Kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu hamil adalah kualitas pelayanan yang harus ditingkatkan; di antaranya pemenuhan semua komponen pelayanan kesehatan ibu hamil harus diberikan saat kunjungan.

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

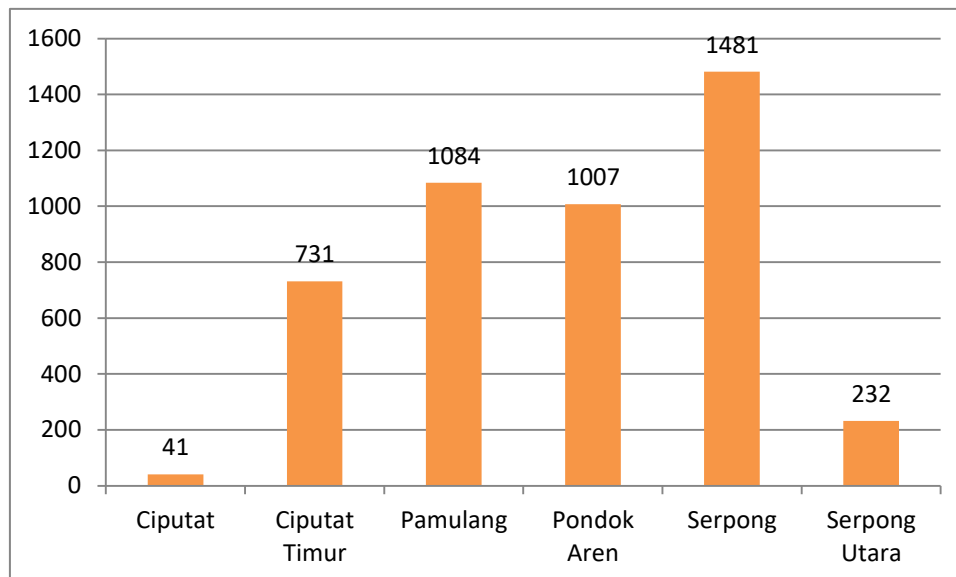
Infeksi tetanus merupakan salah satu penyebab kematian ibu dan kematian bayi. Kematian karena infeksi tetanus ini merupakan akibat dari proses persalinan yang tidak aman/steril atau berasal dari luka yang diperoleh ibu hamil sebelum melahirkan. Sebagai upaya mengendalikan infeksi tetanus yang merupakan salah satu faktor risiko kematian ibu dan kematian bayi; maka dilaksanakan program imunisasi Tetanus Toksoid Difteri (Td) bagi Wanita Usia Subur (WUS) dan ibu hamil. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi mengamanatkan bahwa wanita usia subur dan ibu hamil merupakan salah satu kelompok populasi yang menjadi sasaran imunisasi lanjutan. Imunisasi lanjutan merupakan ulangan imunisasi dasar untuk mempertahankan tingkat kekebalan dan untuk memperpanjang usia perlindungan.

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

Screening status imunisasi Td harus dilakukan sebelum pemberian vaksin. Pemberian imunisasi Td tidak perlu dilakukan bila hasil screening menunjukkan

wanita usia subur telah mendapatkan imunisasi Td5 yang harus dibuktikan dengan buku KIA; rekam medis; dan atau kohort. Kelompok ibu hamil yang sudah mendapatkan Td2 sampai dengan Td5 dikatakan mendapatkan imunisasi Td2+.

Gambar 5.3 Cakupan Imunisasi Td2+ Tahun 2020



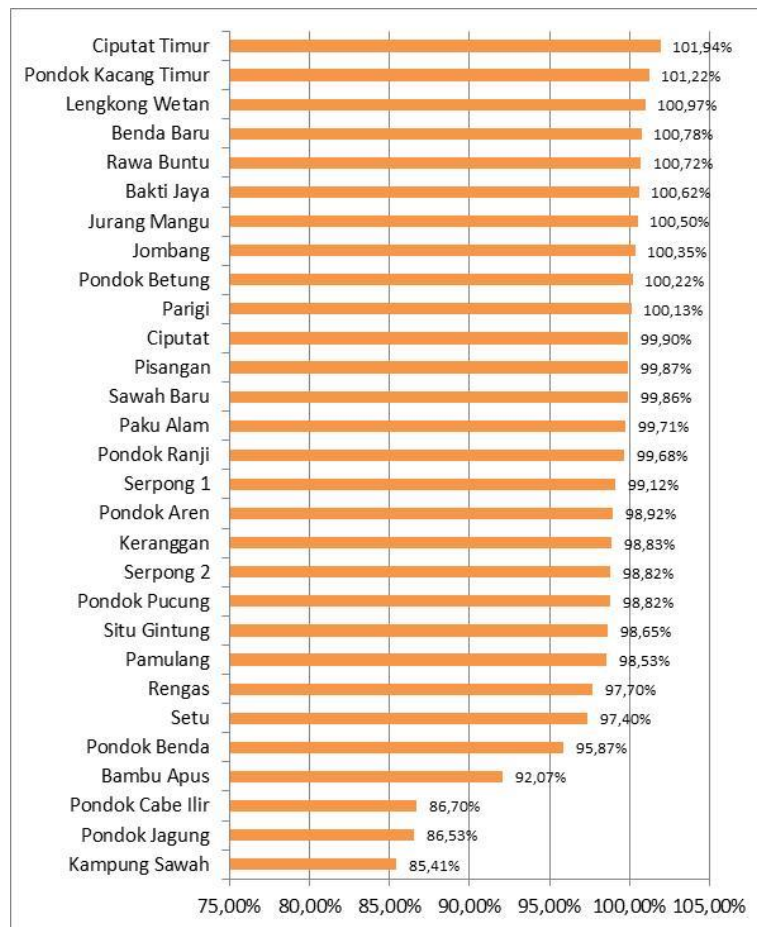
Cakupan imunisasi Td pada status Td1 sampai Td5 pada ibu hamil tahun 2020 paling tinggi di Kecamatan Serpong dan paling rendah di Kecamatan Ciputat.

3. Pemberian Tablet Tambah Darah pada Ibu Hamil

Anemia pada ibu hamil dapat meningkatkan risiko kelahiran prematur; kematian ibu dan anak; serta penyakit infeksi. Anemia defisiensi besi pada ibu dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin/bayi saat kehamilan maupun setelahnya. Untuk mencegah anemia setiap ibu hamil diharapkan mendapatkan tablet tambah darah (TTD) minimal 90 tablet selama kehamilan.

Cakupan pemberian TTD pada ibu hamil di Kota Tangerang Selatan tahun 2020 adalah 96;7%. Angka ini menurun jika dibandingkan tahun 2019 sebesar 97;6% dengan cakupan tertinggi pemberian TTD pada ibu hamil adalah puskesmas ciputat timur (101;94%); diikuti puskesmas pondok kacang timur (101;22%) dan puskesmas lengkung wetan (100;97%). Sedangkan puskesmas dengan capaian terendah untuk pemberitan TTD pada ibu hamil adalah puskesmas kampung sawah (85;41%).

Gambar 5.4 Cakupan Pemberian Tablet Tambah Darah pada Ibu Hamil Tahun 2020



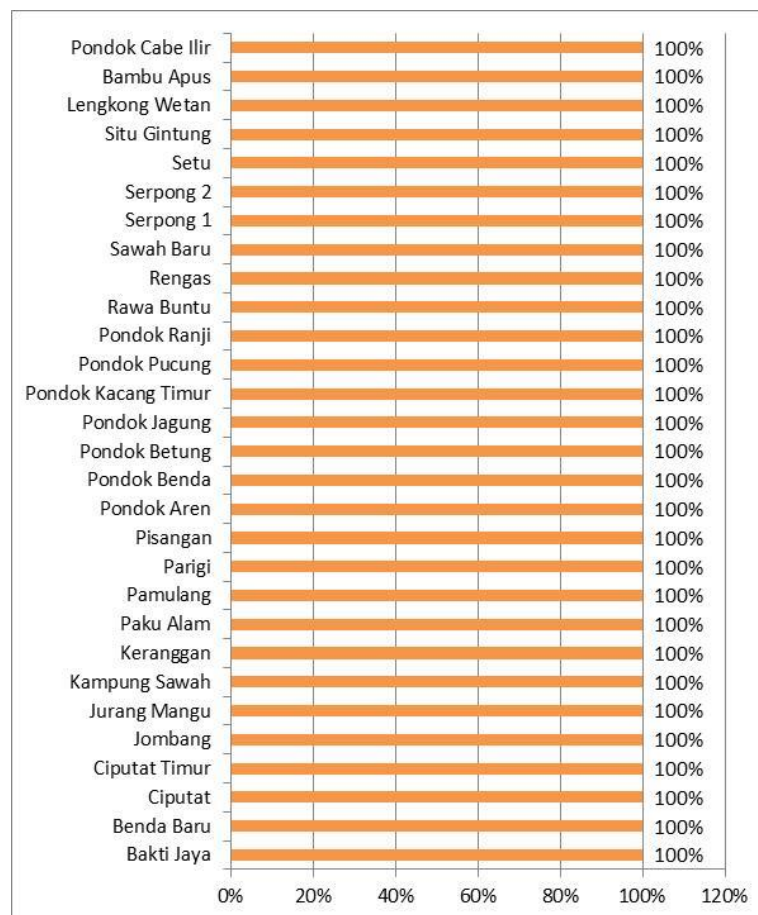
4. Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin

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

Dalam rangka menjamin ibu bersalin mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar; sejak tahun 2015 setiap ibu bersalin diharapkan melakukan persalinan dengan ditolong oleh tenaga kesehatan yang kompeten di fasilitas pelayanan kesehatan. Oleh sebab itu; Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2020-2024 menetapkan persalinan ditolong tenaga kesehatan di fasilitas

pelayanan kesehatan (PF) sebagai salah satu indikator upaya kesehatan keluarga; menggantikan indikator pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan (PN).

Gambar 5.5 Cakupan Persalinan Ditolong oleh Tenaga Kesehatan Tahun 2020



Persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan pada tahun 2020 di Kota Tangerang Selatan sebesar 100%. Sedangkan ibu hamil yang menjalani persalinan dengan ditolong oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan sebesar 100%.

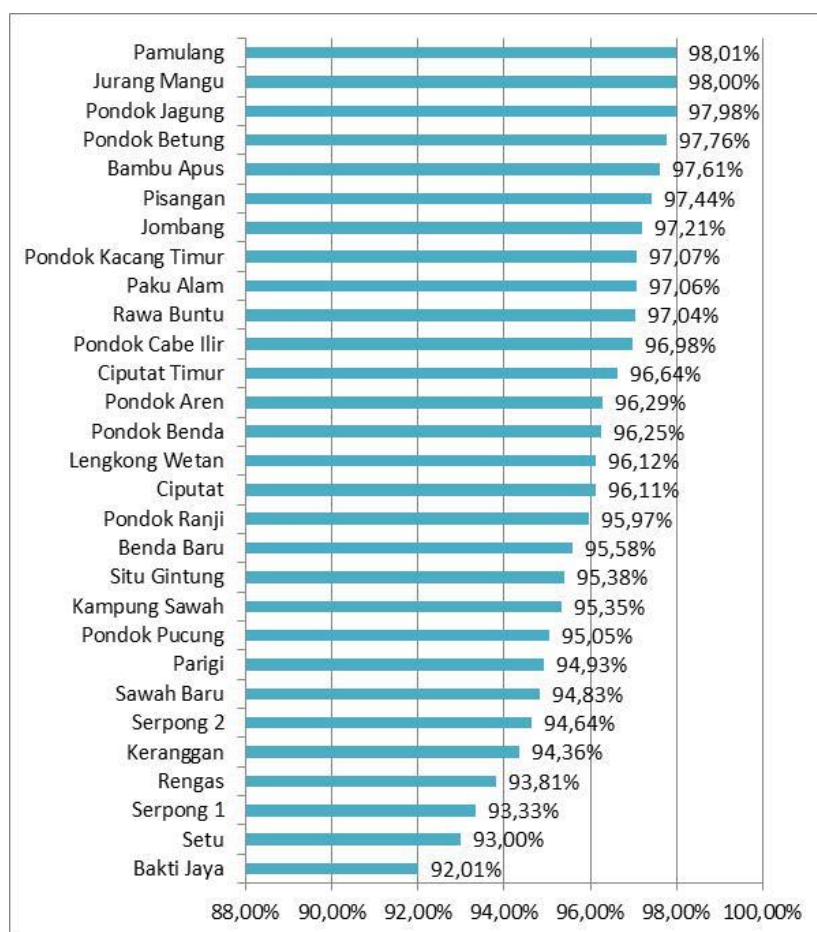
5. Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas

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

- a) pemeriksaan tanda vital (tekanan darah; nadi; nafas; dan suhu);
- b) pemeriksaan tinggi puncak rahim (*fundus uteri*);
- c) pemeriksaan lochia dan cairan *per vaginam* lain;
- d) pemeriksaan payudara dan pemberian anjuran ASI eksklusif;
- e) pemberian komunikasi; informasi; dan edukasi (KIE) kesehatan ibu nifas dan bayi baru lahir; termasuk keluarga berencana pasca persalinan;
- f) pelayanan keluarga berencana pasca persalinan.

Ibu bersalin yang telah melakukan kunjungan nifas sebanyak 3 kali dapat dihitung telah melakukan kunjungan nifas lengkap (KF lengkap).

Gambar 5.6 Cakupan KF Lengkap di Puskesmas Tahun 2020

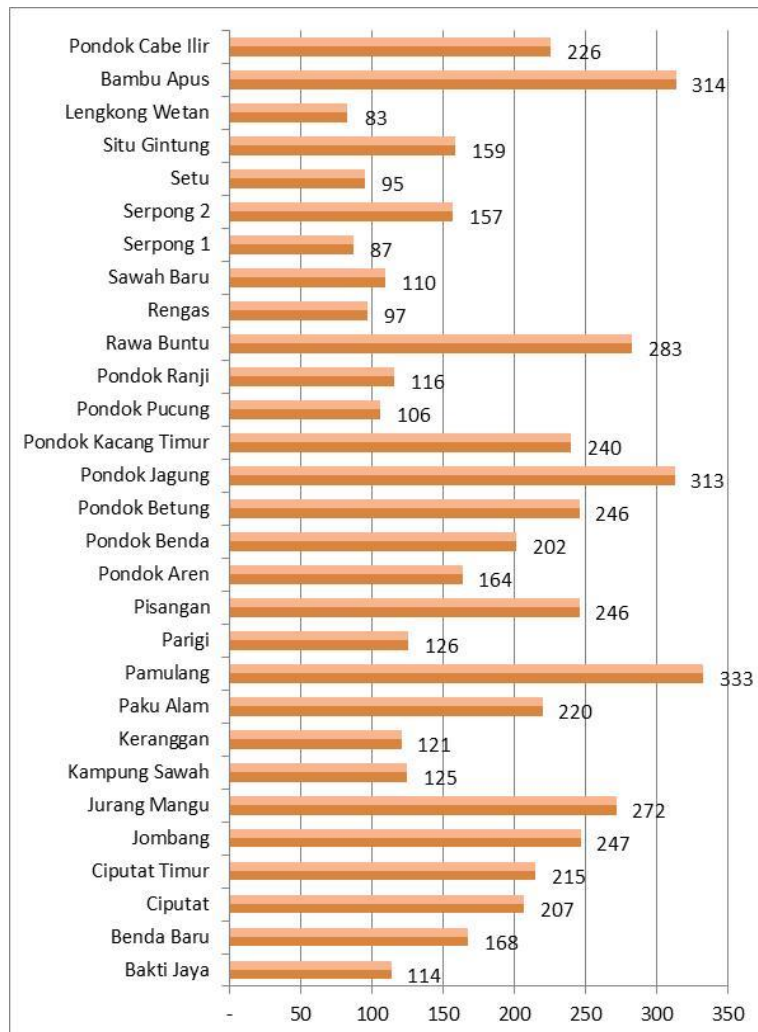


Cakupan kunjungan KF lengkap di Kota Tangerang Selatan pada tahun 2020 sebesar 96;5%. Puskesmas dengan capaian tertinggi adalah puskesmas pamulang (98;01%) dan puskesmas dengan capaian paling rendah adalah puskesmas bakti jaya (92;01%).

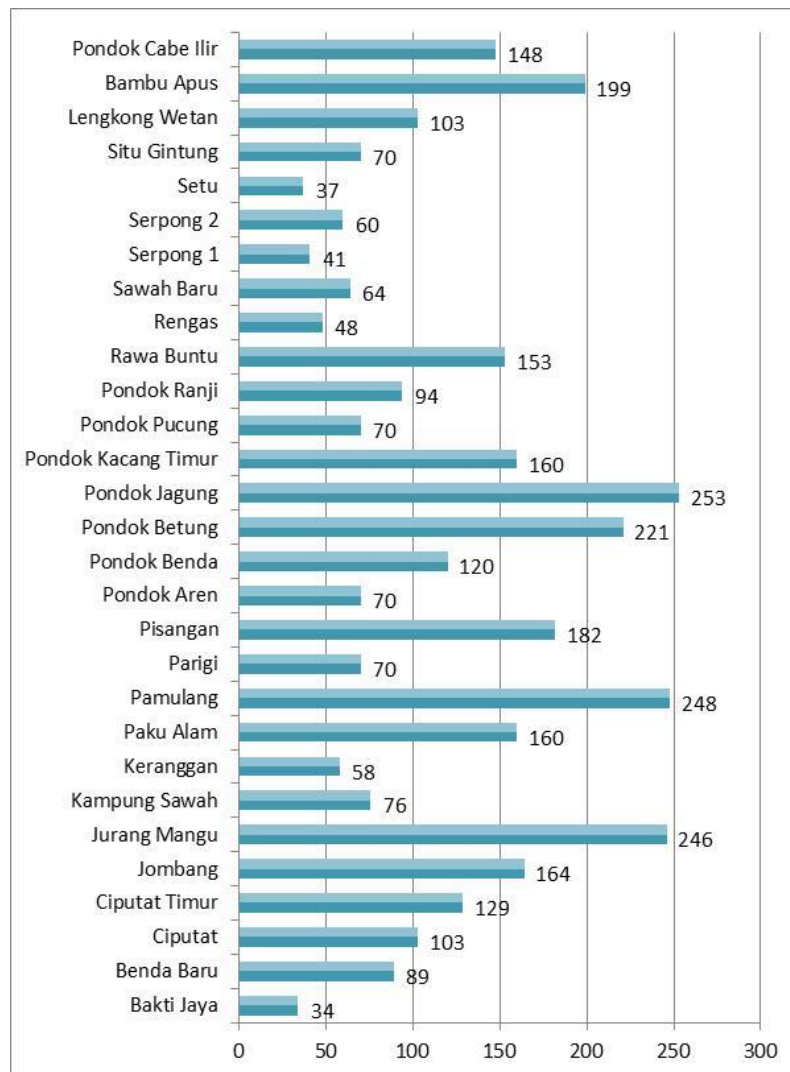
6. Puskesmas Melaksanakan Penanganan Komplikasi Kebidanan dan Komplikasi Neonatal

Penurunan kematian ibu dan anak tidak dapat lepas dari peran pemberdayaan masyarakat; yang salah satunya dilakukan melalui pelaksanaan penanganan komplikasi kebidanan dan komplikasi neonatal.

Gambar 5.7 Jumlah Penanganan Komplikasi Kebidanan Tahun 2020



Gambar 5.8 Jumlah Penanganan Komplikasi Neonatal Tahun 2020



Pada tahun 2020 seluruh puskesmas telah melaksanakan penanganan komplikasi kebidanan (100%) dan komplikasi neonatal (100%).

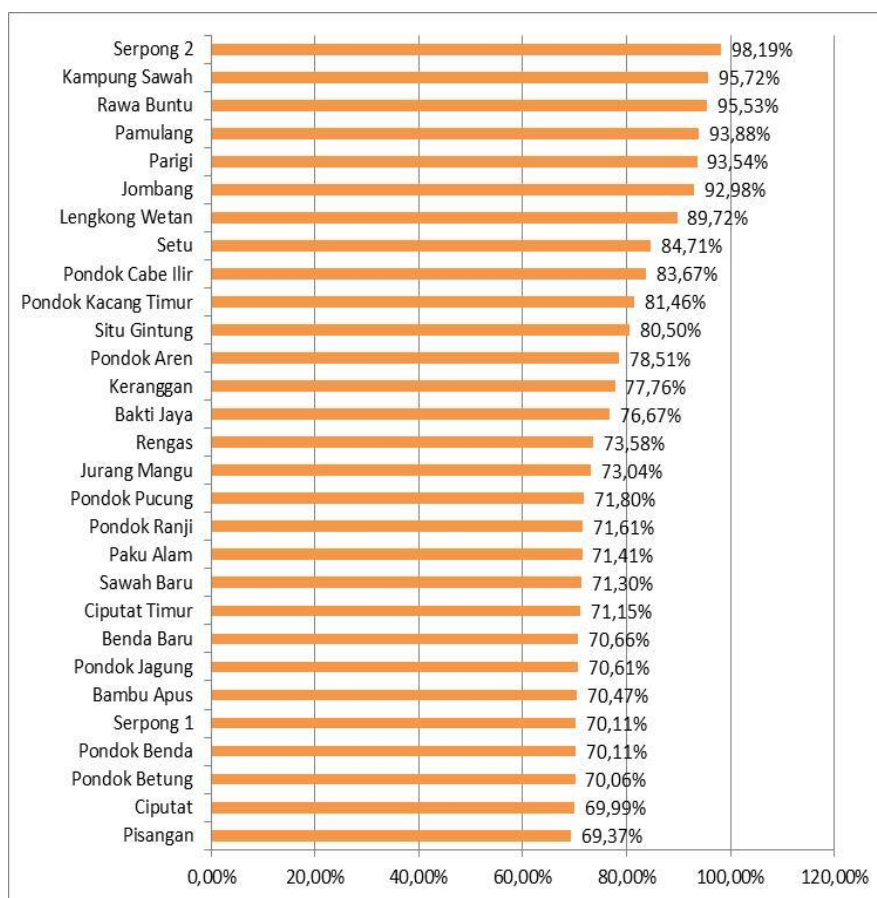
7. Pelayanan Kontrasepsi

Pelayanan Kontrasepsi adalah serangkaian kegiatan meliputi pemberian KIE; konseling; penapisan kelayakan medis; pemberian kontrasepsi; pemasangan atau pencabutan; dan penanganan efek samping atau komplikasi dalam upaya mencegah kehamilan. Pelayanan kontrasepsi yang diberikan meliputi kondom; pil; suntik; pemasangan atau pencabutan implan; pemasangan atau pencabutan alat kontrasepsi dalam rahim; pelayanan tubektomi; dan pelayanan vasektomi. KB Pascapersalinan (KBPP) adalah upaya pencegahan kehamilan dengan

menggunakan metode/alat/obat kontrasepsi segera setelah melahirkan sampai dengan 42 hari/6 minggu setelah melahirkan. Beberapa studi menunjukkan pelayanan KB (termasuk KBPP) yang efektif dapat mengurangi kematian ibu dengan cara mengurangi kehamilan dan mengurangi kelahiran risiko tinggi.

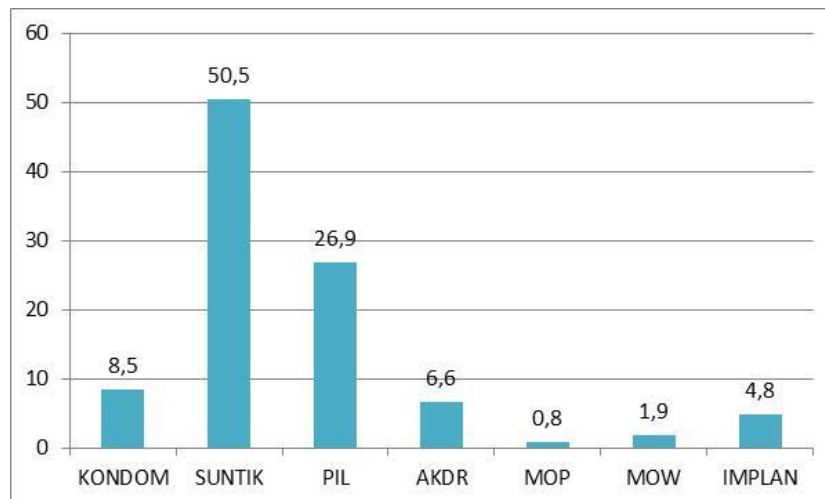
Salah satu faktor memberikan dampak pada peningkatan Angka Kematian Ibu adalah risiko 4 Terlalu (Terlalu muda melahirkan di bawah usia 21 tahun; Terlalu tua melahirkan di atas 35 tahun; Terlalu dekat jarak kelahiran kurang dari 3 tahun dan Terlalu banyak jumlah anak lebih dari 2 (dua).

Gambar 5.9 Cakupan Pelayanan Kontrasepsi Tahun 2020



Pada tahun 2020; kepesertaan KB di puskesmas serpong 2 memiliki persentase tertinggi sebesar 98,19%; diikuti oleh puskesmas kampung sawah (95,72%) dan puskesmas rawa buntu (95,53%). Sedangkan puskesmas pisang an memiliki tingkat kepesertaan KB terendah sebesar 69,37% diikuti oleh puskesmas ciputat (69,99%) dan puskesmas pondok betung (70,06%).

Gambar 5.10 Pola Pemilihan Jenis Alat Kontrasepsi Tahun 2020



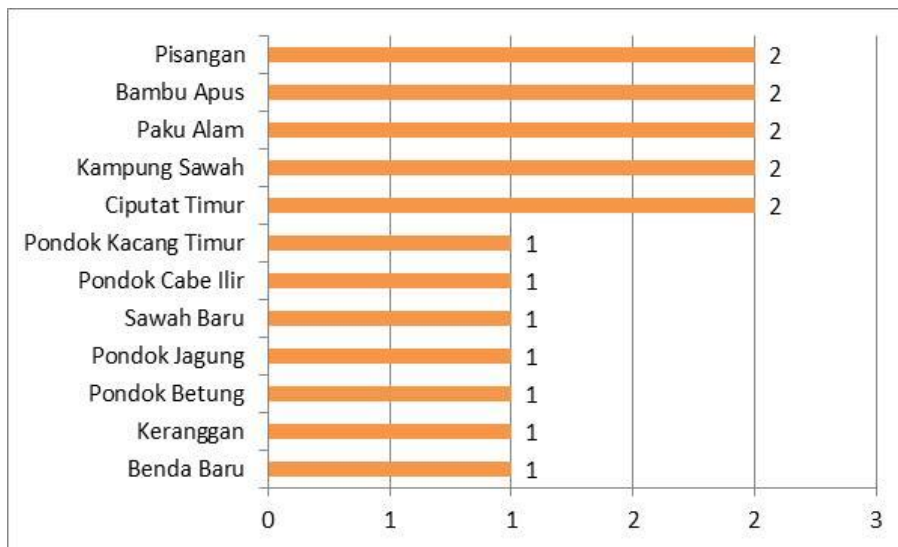
Pola pemilihan jenis alat kontrasepsi pada tahun 2020 menunjukkan bahwa sebagian besar akseptor memilih menggunakan metode suntik sebesar 50;5%; diikuti oleh pil sebesar 26;9%. Jika dilihat dari efektivitas; kedua jenis alat ini termasuk metode kontrasepsi jangka pendek sehingga tingkat efektifitas dalam pengendalian kehamilan lebih rendah dibandingkan jenis kontrasepsi lainnya. Pola ini terjadi setiap tahun; dimana peserta lebih banyak memilih metode kontrasepsi jangka pendek dibandingkan metode kontrasepsi jangka panjang (IUD; implan; MOW dan MOP).

B. KESEHATAN ANAK

Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak menyatakan bahwa setiap anak berhak atas kelangsungan hidup; tumbuh; dan berkembang serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi sehingga perlu dilakukan upaya kesehatan anak secara terpadu; menyeluruh; dan berkesinambungan. Upaya kesehatan anak dilakukan sejak janin dalam kandungan hingga anak berusia 18 (delapan belas) tahun.

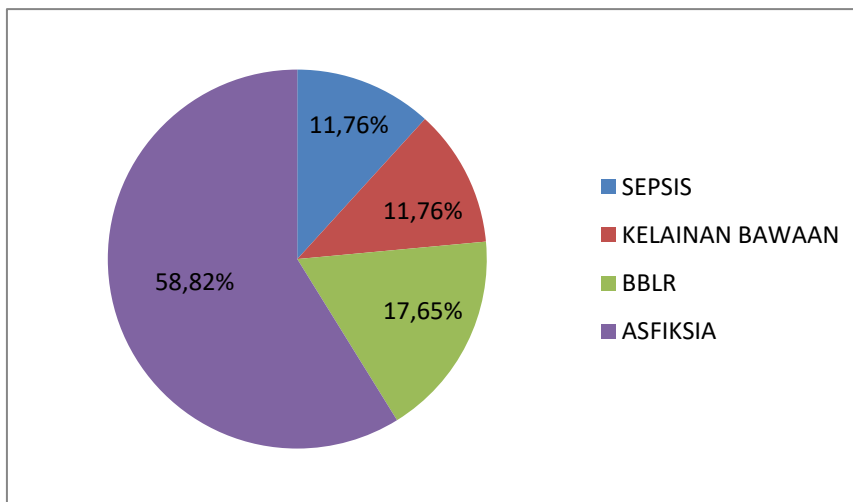
Salah satu tujuan upaya kesehatan anak adalah menjamin kelangsungan hidup anak melalui upaya menurunkan angka kematian bayi baru lahir; bayi dan balita. Tren angka kematian anak dari tahun ke tahun sudah menunjukkan penurunan.

Gambar 5.11 Jumlah Kasus Kematian Neonatal Tahun 2020



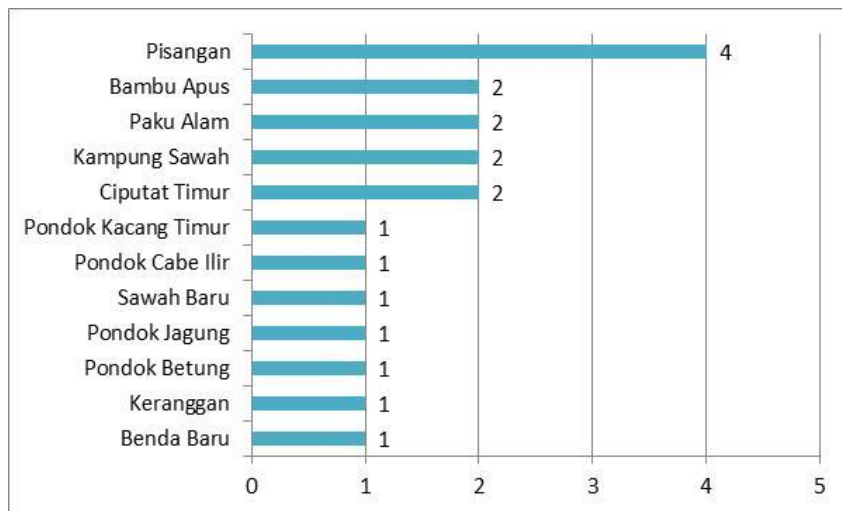
Berdasarkan data yang dilaporkan kepada Seksi Kesehatan Keluarga; pada tahun 2020 terdapat 17 kasus kematian neonatal yaitu di puskesmas pisangan; bambu apus; paku alam; kampung sawah dan ciputat timur masing-masing 2 kasus; serta puskesmas pondok kacang timur; pondok cabe ilir; sawah baru; pondok jagung; pondok betung; keranggan; dan benda baru masing-masing 1 kasus.

Gambar 5.12 Penyebab Kasus Kematian Neonatal Tahun 2020



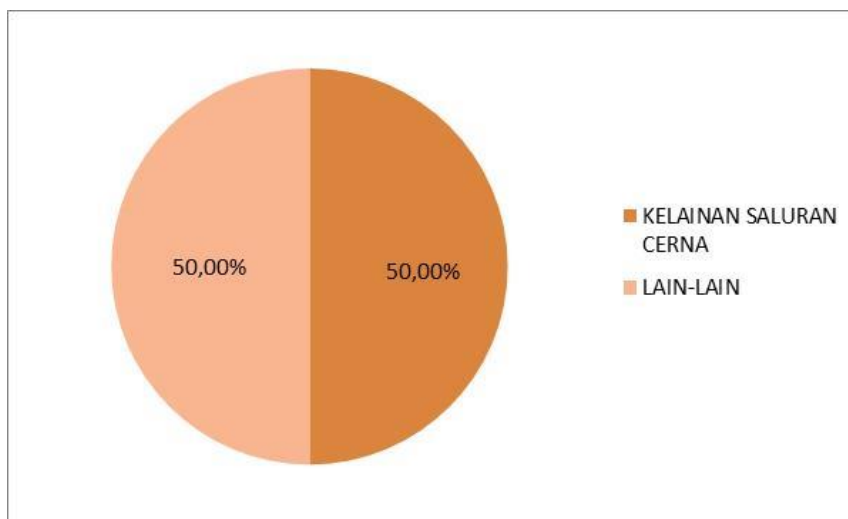
Kasus kematian neonatal paling banyak disebabkan oleh asfiksia (58;82%); diikuti oleh BBLR (17;65%); sepsis (11;76%) dan kelainan bawaan (11;76%).

Gambar 5.13 Jumlah Kematian pada Bayi Tahun 2020



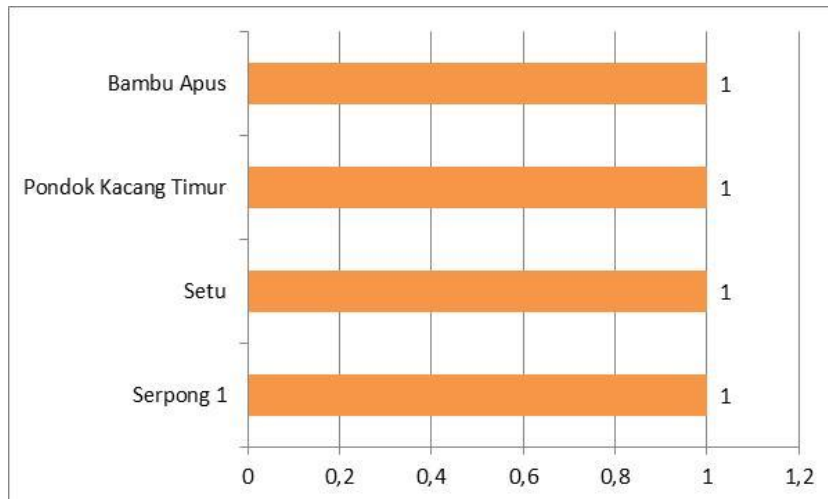
Sedangkan kematian pada bayi pada tahun 2020 di Kota Tangerang Selatan terdapat 19 kasus; yaitu di puskesmas pisangang 4 kasus; puskesmas bambu apus; paku alam; kampung sawah; dan ciputat timur masing-masing 2 kasus; dan puskesmas pondok kacang timur; pondok cabe ilir; sawah baru; pondok jagung; pondok betung; keranggan; dan benda baru masing-masing 1 kasus.

Gambar 5.14 Penyebab Kematian pada Bayi Tahun 2020



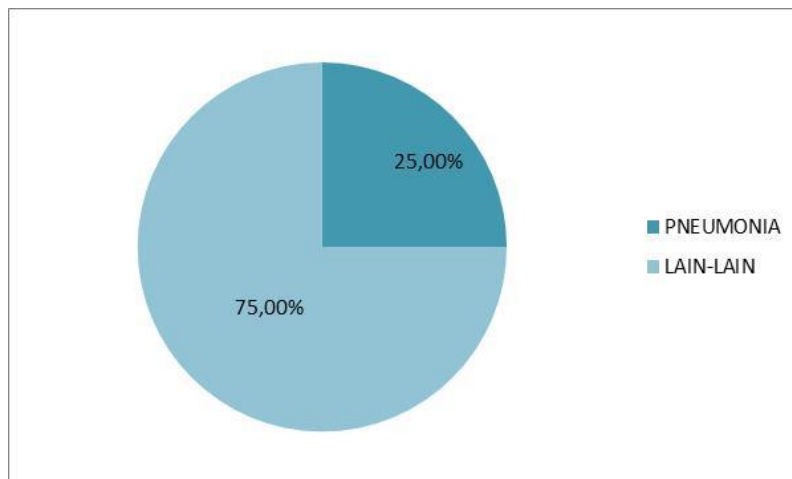
Kasus kematian bayi paling banyak disebabkan oleh kelainan saluran cerna dan kasus lain-lain masing-masing 50%.

Gambar 5.15 Kasus Kematian Balita Tahun 2020



Untuk jumlah kasus kematian balita terdapat 4 kasus kematian balita yaitu di puskesmas bambu apus; puskesmas setu; puskesmas serpong 1 dan puskesmas pondok kacang timur; masing-masing 1 kasus kematian balita.

Gambar 5.16 Penyebab Kematian Balita Tahun 2020



Pada kasus kematian balita; penyebab paling banyak adalah lain-lain (75%) dan pneumonia (25%).

Dalam Profil Kesehatan ini data dan informasi mengenai upaya kesehatan anak disajikan dalam indikator kesehatan anak yang meliputi: pelayanan kesehatan neonatal; imunisasi rutin pada anak; pelayanan kesehatan pada anak sekolah; dan pelayanan kesehatan peduli remaja.

1. Pelayanan Kesehatan Neonatal

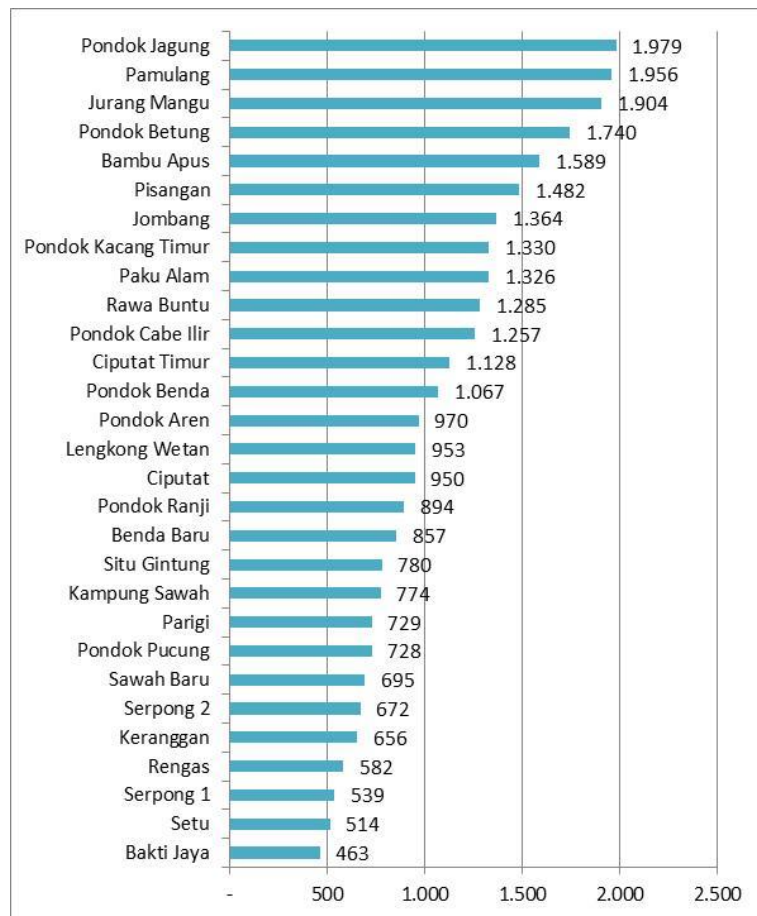
Pada masa neonatal (0-28 hari) terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim dan terjadi pematangan organ hampir pada semua sistem. Bayi hingga usia kurang satu bulan merupakan golongan umur yang memiliki risiko gangguan kesehatan paling tinggi dan berbagai masalah kesehatan bisa muncul; sehingga tanpa penanganan yang tepat; bisa berakibat fatal. Beberapa upaya kesehatan dilakukan untuk mengendalikan risiko pada kelompok ini 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. Kunjungan neonatal idealnya dilakukan 3 kali yaitu pada umur 6-48 jam; umur 3-7 hari; dan umur 8-28 hari.

Salah satu pelayanan yang dilakukan pada bayi baru lahir adalah penimbangan. Berdasarkan data yang dilaporkan pada tahun 2020 bayi baru lahir yang dilaporkan ditimbang berat badannya; didapatkan sebanyak 31.173 bayi (3;4%) memiliki berat badan lahir rendah (BBLR). Kondisi bayi BBLR diantara disebabkan karena kondisi ibu saat hamil (kehamilan remaja; malnutrisi; dan komplikasi kehamilan); bayi kembar; janin memiliki kelainan atau kondisi bawaan; dan gangguan pada plasenta yang menghambat pertumbuhan bayi (*intrauterine growth restriction*). Bayi BBLR tanpa komplikasi dapat mengejar ketertinggalan berat badan seiring dengan penambahan usian. Namun; bayi BBLR memiliki risiko lebih besar untuk stunting dan mengidap penyakit tidak menular seperti diabetes; hipertensi; dan penyakit jantung saat dewasa.

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

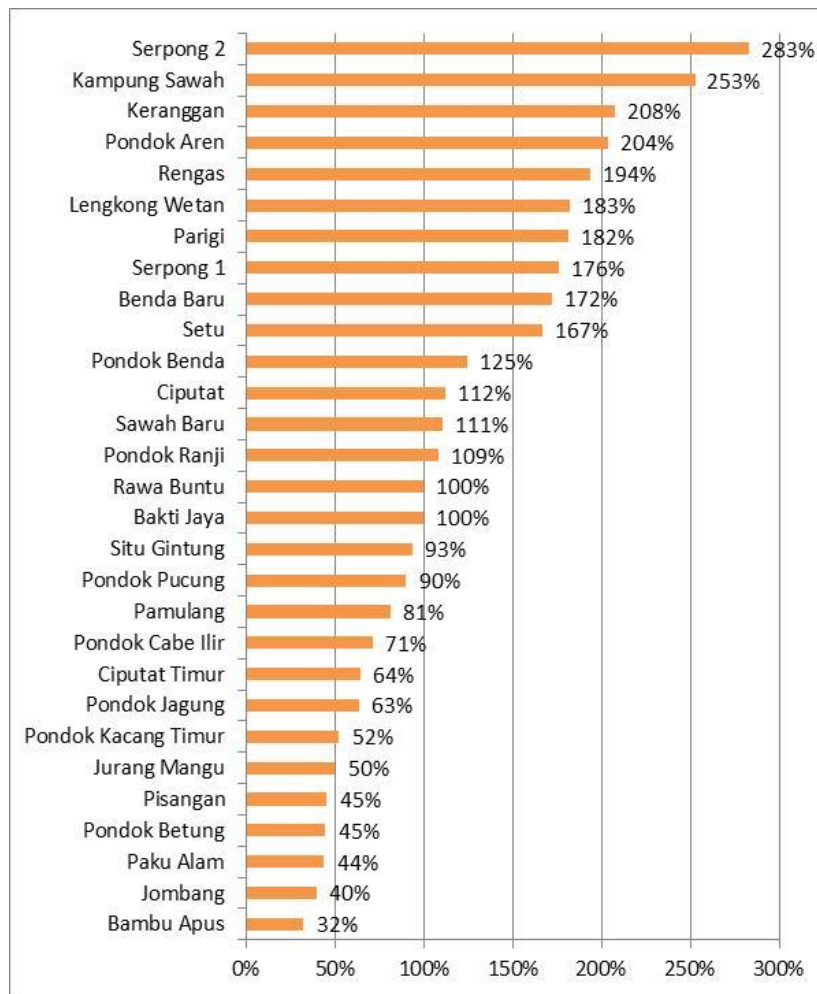
Capaian KN1 Kota Tangerang Selatan tahun 2020 sebesar 100% lebih besar dari tahun 2019 yaitu sebesar 99;97%. Cakupan indikator kunjungan neonatal pertama menurut puskesmas dapat dilihat dalam Gambar 5.14

Gambar 5.17 Cakupan KN1 Tahun 2020



Sedangkan cakupan Kunjungan Neonatal Lengkap (KN Lengkap); yaitu cakupan pelayanan Kunjungan Neonatal minimal tiga kali sesuai standar; pada tahun 2020 sebesar 99,9% meningkat jika dibandingkan dengan tahun 2019 sebesar 99,1%. Rincian data cakupan KN Lengkap dapat dilihat dalam Gambar 5.15

Gambar 5.18 Cakupan KN Lengkap Tahun 2020



2. Imunisasi

Pemberian imunisasi merupakan upaya kesehatan masyarakat yang terbukti paling *cost-effective* serta berdampak positif untuk mewujudkan derajat kesehatan ibu dan anak di Indonesia. Imunisasi tidak hanya melindungi seseorang tetapi juga masyarakat dengan memberikan perlindungan komunitas atau yang disebut dengan *herd immunity*. Arah pembangunan kesehatan saat ini menitikberatkan pada upaya promotif dan preventif tanpa meninggalkan aspek kuratif dan rehabilitatif. Salah satu upaya preventif adalah dilaksanakannya program imunisasi. Pemberian imunisasi dapat mencegah dan mengurangi kejadian kesakitan; kecacatan; dan kematian akibat Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I) yang diperkirakan 2 hingga 3 juta kematian tiap tahunnya.

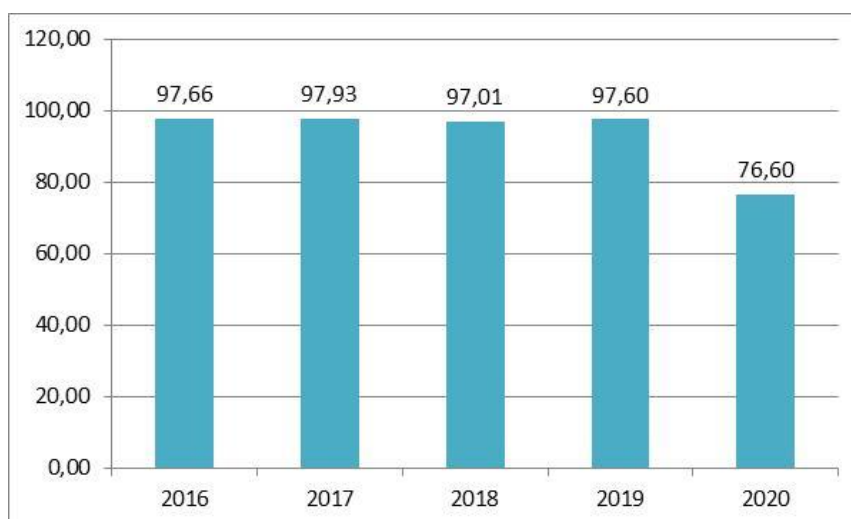
Imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan/ meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit sehingga bila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan. Beberapa penyakit menular yang termasuk ke dalam (PD3I) antara lain Hepatitis B; TBC; Difteri; Pertusis; Tetanus; Polio; Campak; Rubela; dan radang paru-paru.

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

a. Imunisasi Dasar pada Bayi

Di Kota Tangerang Selatan; setiap bayi usia 0-11 bulan wajib mendapatkan imunisasi dasar lengkap yang terdiri dari 1 dosis Hepatitis B; 1 dosis BCG; 3 dosis DPT-HB-HiB; 4 dosis polio tetes (OPV); 1 dosis polio suntik (IPV) dan 1 dosis campak rubela.

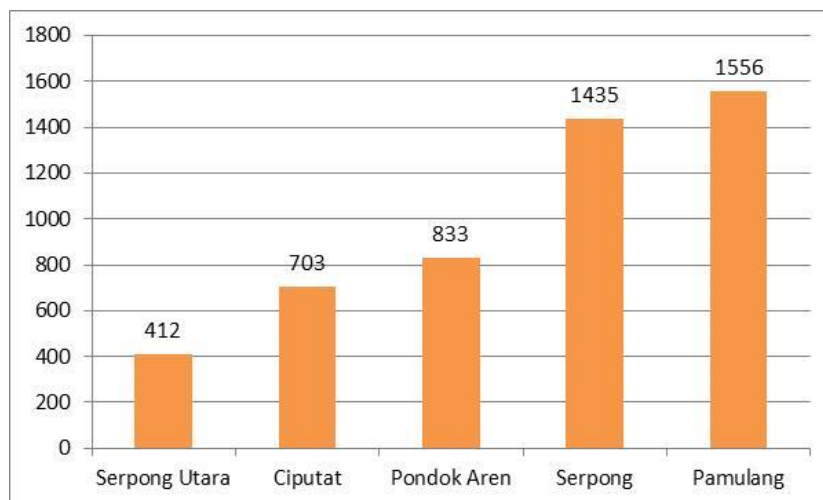
Gambar 5.19 Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap Tahun 2016-2020



Pada tahun 2020; cakupan imunisasi dasar lengkap di Kota Tangerang Selatan sebesar 76;60%. Angka ini merupakan cakupan imunisasi dasar lengkap

yang terendah dalam kurun waktu 2016-2020 sebagai dampak dari adanya pandemic Covid-19.

Gambar 5.20 Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap per Kecamatan Tahun 2020



Pada Gambar 5.17 Di atas; diketahui bahwa cakupan imunisasi dasar lengkap tertinggi di Kecamatan Pamulang dan yang paling rendah di Kecamatan Serpong Utara.

b. Angka Drop Out Cakupan Imunisasi DPT/HB/HiB1-Campak

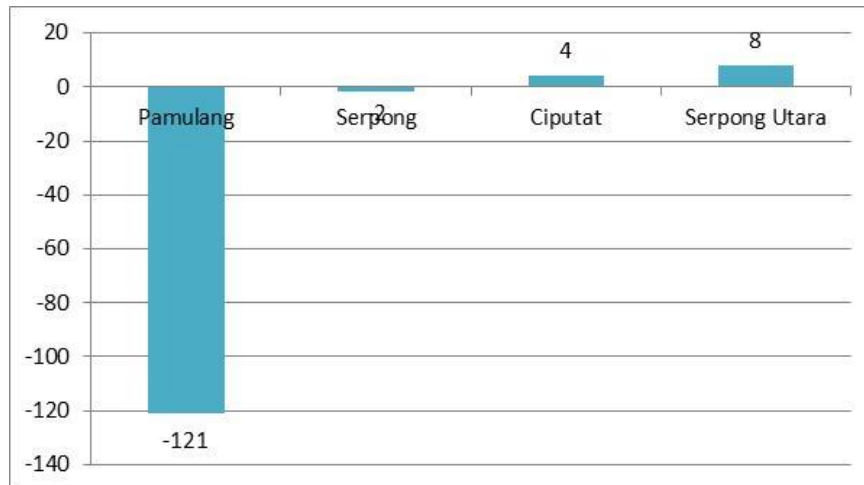
Sebelum anak berusia satu tahun; imunisasi dasar pada bayi seharusnya diberikan secara lengkap sesuai dengan umurnya. Pada kondisi ini; diharapkan sistem kekebalan tubuh dapat bekerja secara optimal dengan efek simpang yang ditimbulkan seminimal mungkin. Meskipun demikian; pada kondisi tertentu beberapa bayi tidak mendapatkan imunisasi dasar secara lengkap. Kelompok inilah yang disebut dengan *drop out (DO)* imunisasi. Angka *drop-out* ini menjadi indikator pemanfaatan layanan imunisasi.

Untuk mengetahui angka *drop-out*, dapat dilakukan penghitungan melalui *drop-out* imunisasi DPT-HB-Hib1 ke DPT-HB-Hib3 atau *drop-out* imunisasi DPT-HB-Hib1 ke Campak Rubela 1. Angka *drop-out* imunisasi DPT-HB-Hib1 ke DPT-HB-Hib3 diperoleh dengan menghitung selisih penurunan cakupan imunisasi DPT-HB-Hib3 terhadap cakupan imunisasi DPT-HB-Hib1. Sedangkan; angka *drop-out* imunisasi DPT-HB-Hib1 ke Campak Rubela 1 diperoleh dengan menghitung selisih penurunan cakupan imunisasi Campak Rubela 1 terhadap cakupan imunisasi DPT-

HB-Hib1. Pemanfaatan layanan imunisasi dianggap baik apabila angka *drop-out* <5% sehingga angka *drop-out* dari DPT-HB-Hib 1 ke DPT-HB-Hib3 atau DPT-HB-Hib1 ke Campak Rubela 1 diharapkan tidak melebihi 5%.

Angka dropout di Kota Tangerang Selatan tahun 2020 dapat dilihat pada Gambar 5.18

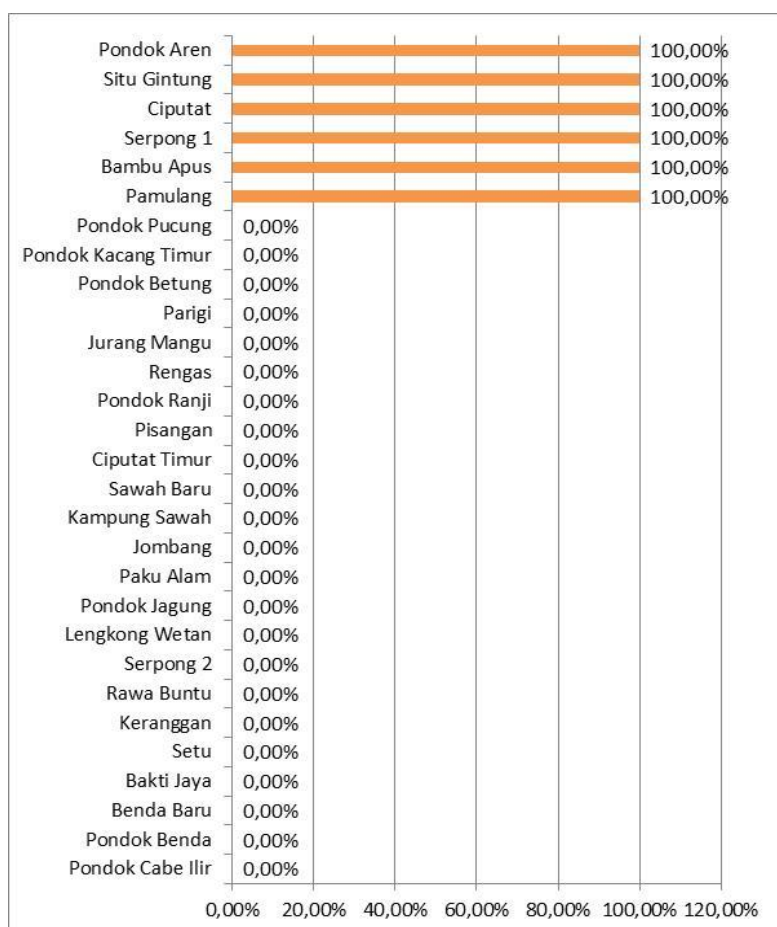
Gambar 5.21 Angka Drop Out Tahun 2020



c. Desa/Kelurahan UCI (Universal Child Immunization)

Pada tahun 2020 cakupan kelurahan UCI di Kota Tangerang Selatan sebesar 20;37%. Kelurahan yang memiliki capaian UCI 100% berada dalam binaan puskesmas pondok aren; situ gantung; ciputat; serpong 1; bambu apus dan pamulang. Sisanya belum melaksanakan UCI sebagai imbas terjadinya pandemi Covid-19.

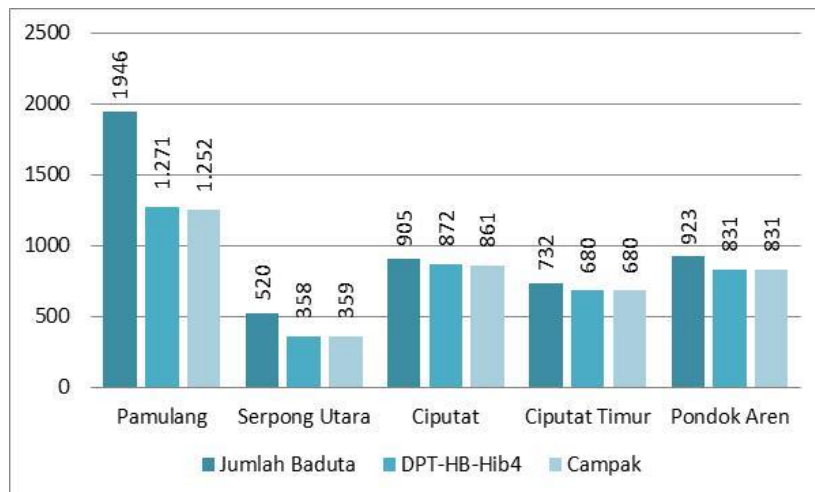
Gambar 5.22 Cakupan Kelurahan UCI Tahun 2020



d. Imunisasi Lanjutan pada Anak Baduta

Imunisasi lanjutan pada anak baduta (bawah dua tahun) diperlukan untuk mempertahankan tingkat kekebalan agar tetap tinggi sehingga dapat memberikan perlindungan dengan optimal. Beberapa jenis imunisasi dasar yang diberikan pada saat bayi memerlukan dosis lanjutan (*booster*) untuk meningkatkan kekebalannya; salah satunya melalui pemberian imunisasi lanjutan pada usia 18 bulan. Perlindungan optimal dari pemberian imunisasi lanjutan ini hanya didapat apabila anak tersebut telah mendapat imunisasi dasar secara lengkap. Karena itu; sejak tahun 2014; secara nasional program imunisasi lanjutan masuk ke dalam program imunisasi rutin dengan memberikan 1 dosis DPT-HB-HiB4 dan Campak Rubela 2 kepada anak usia 18-24 bulan.

Gambar 5.23 Imunisasi DPT-HB-Hib4 Tahun 2020



Cakupan imunisasi DPT-HB-Hib4 pada anak usia 18-24 bulan tahun 2020 sebesar 59,5%; sedangkan cakupan imunisasi campak rubella 2 pada anak usia 18-24 bulan tahun 2020 sebesar 59%. Apabila dilihat menurut kecamatan; cakupan imunisasi DPT-HB-Hib4 dan campak rubella 2 sangat bervariasi. Adapun kecamatan dengan cakupan imunisasi DPT-HB-Hib4 dan campak rubella 2 tertinggi adalah Kecamatan Pamulang.

e. Imunisasi Anak Sekolah

Selain imunisasi lanjutan pada baduta; untuk mempertahankan tingkat kekebalan pada anak sehingga dapat terlindungi dari Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I); juga dilakukan imunisasi lanjutan pada anak usia sekolah. Pelaksanaan imunisasi lanjutan pada anak usia sekolah dilakukan melalui kegiatan Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) yang terintegrasi dengan kegiatan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS). Jenis imunisasi yang diberikan pada pelaksanaan BIAS antara lain Campak Rubella; Tetanus dan Difteri. Pada daerah yang menjadi lokus pelaksanaan program demonstrasi imunisasi Human Papilloma Virus (HPV); ada tambahan pemberian imunisasi HPV pada kegiatan BIAS. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi; pelaksanaan imunisasi pada BIAS diberikan pada anak usia kelas 1 (Campak Rubella dan DT); 2 (Td) dan 5 (Td) SD/MI/ sederajat. Pelaksanaan BIAS pada masa

pandemi COVID-19 sangat terdampak dan tidak dapat berjalan dengan baik karena tidak adanya pelaksanaan belajar mengajar secara tatap muka di sekolah.

3. Pelayanan Kesehatan Anak Usia Sekolah

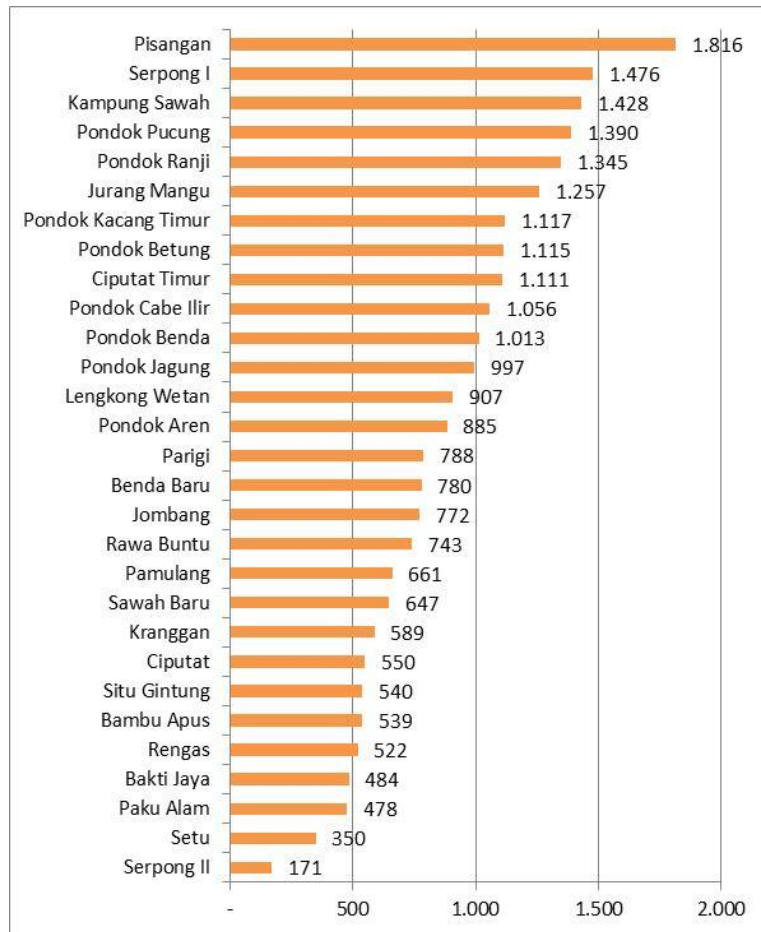
Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak pasal 28; pelayanan kesehatan anak usia sekolah dan remaja dilakukan melalui usaha kesehatan sekolah dan pelayanan kesehatan peduli remaja. Kegiatan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) merupakan kegiatan lintas sektor; yang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

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

Pelayanan kesehatan anak usia sekolah bertujuan untuk mendeteksi dini risiko penyakit pada anak sekolah agar dapat ditindaklanjuti secara dini; meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan anak yang optimal; sehingga dapat menunjang proses belajar mereka dan pada akhirnya menciptakan anak usia sekolah yang sehat dan berprestasi.

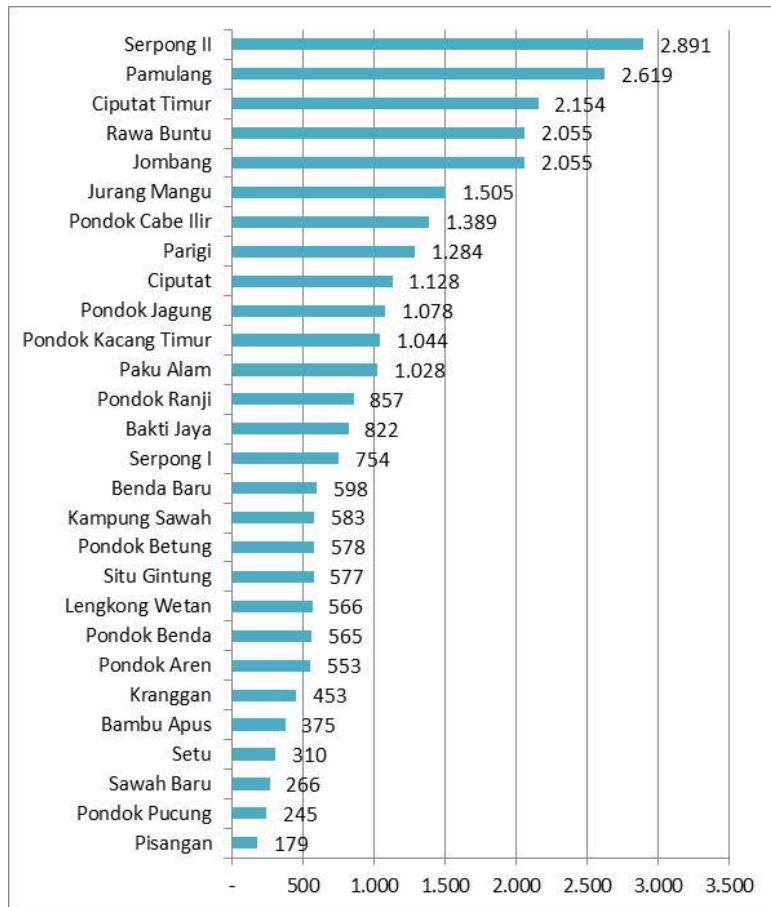
Hasil dari pelayanan kesehatan di sekolah juga dapat dipergunakan sebagai bahan perencanaan dan evaluasi UKS bagi puskesmas; sekolah dan Tim Pembina UKS (TP UKS) agar pelaksanaan peningkatan kesehatan anak sekolah dapat lebih tepat sasaran dan tujuan.

Gambar 5.24 Cakupan Sekolah SD/Sederajat yang Mendapat Pelayanan Kesehatan Tahun 2020



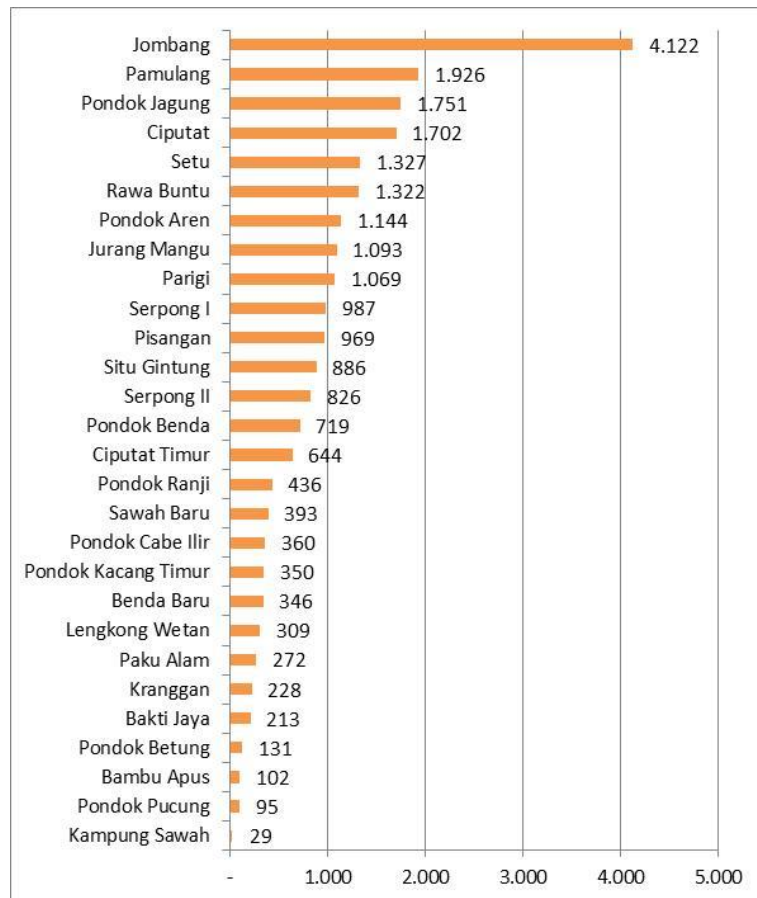
Cakupan sekolah SD/ sederajat yang mendapat pelayanan kesehatan di Kota Tangerang Selatan pada tahun 2020 adalah 100%. Dengan jumlah sasaran terbanyak pada puskesmas pisang (1.816 anak); diikuti puskesmas serpong 1 (1.476 anak); dan puskesmas kampung sawah (1.428 anak). Sementara puskesmas dengan sasaran paling sedikit adalah serpong II.

Gambar 5.25 Cakupan Sekolah SMP/Sederajat yang Mendapat Pelayanan Kesehatan Tahun 2020



Cakupan sekolah SMP/ sederajat yang memperoleh pelayanan kesehatan di Kota Tangerang Selatan pada tahun 2020 sebesar 99,53%. Puskesmas dengan sasaran terbanyak adalah puskesmas serpong II (2.891 anak) dan puskesmas dengan sasaran paling sedikit adalah pisangan (179 anak). Terdapat 1 puskesmas yang tidak melaksanakan pelayanan kesehatan bagi anak sekolah SMP/ sederajat dikarenakan tidak ada SMP/ sederajat di wilayah kerjanya yaitu puskesmas rengas.

Gambar 5.26 Cakupan Sekolah SMA/Sederajat yang Mendapat Pelayanan Kesehatan Tahun 2020



Cakupan sekolah SMA/ sederajat yang memperoleh pelayanan kesehatan di Kota Tangerang Selatan pada tahun 2020 sebesar 99;40%. Puskesmas dengan sasaran terbanyak adalah puskesmas jombang (4.122 anak) dan puskesmas dengan sasaran paling sedikit adalah kampung sawah (29 anak). Terdapat 1 puskesmas yang tidak melaksanakan pelayanan kesehatan bagi anak sekolah SMA/ sederajat dikarenakan tidak ada SMA/ sederajat di wilayah kerjanya yaitu puskesmas rengas.

C.GIZI

Pada sub bab gizi ini akan dibahas terkait status gizi balita dan upaya pencegahan serta penanganan masalah gizi yaitu pemberian ASI eksklusif pada bayi usia sampai dengan 6 bulan; pemberian kapsul vitamin A pada balita 6-59

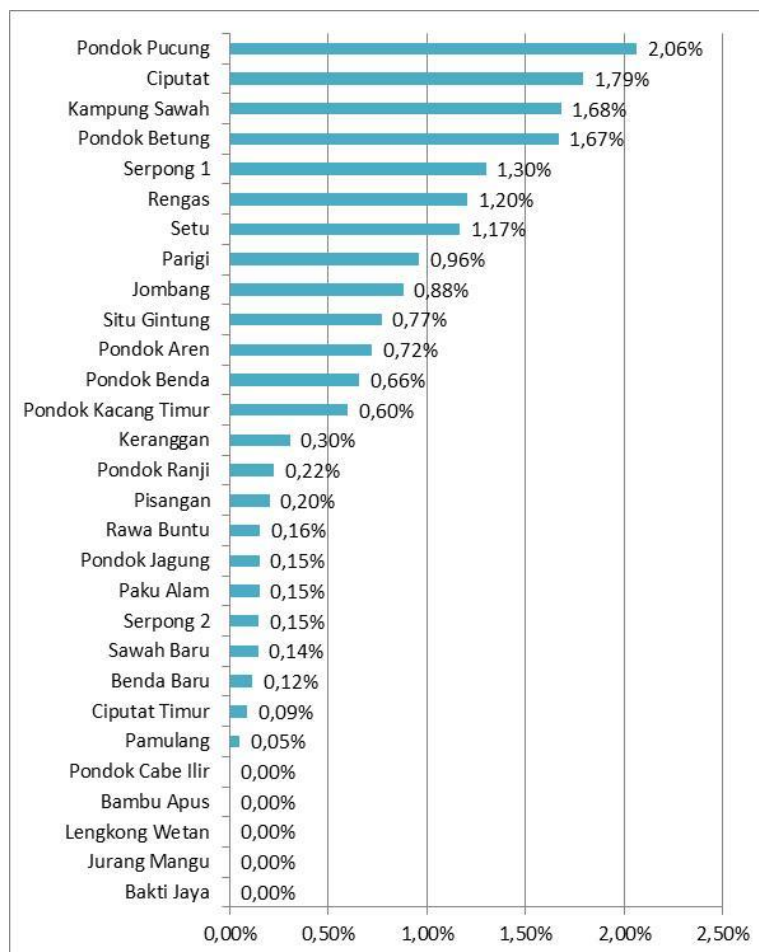
bulan; pemberian tablet tambah darah (TTD) pada remaja putri; serta pemberian makanan tambahan pada ibu hamil KEK dan balita gizi kurang.

1. Status Gizi Balita

Pengukuran status gizi didasarkan atas standar World Health Organization (WHO; 2005) dan telah ditetapkan pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak. Didalam peraturan tersebut menyebutkan bahwa status gizi balita dapat diukur berdasarkan tiga indeks; yaitu Berat Badan menurut Umur (BB/U); Tinggi Badan menurut Umur (TB/U); dan Berat Badan menurut Panjang atau Tinggi Badan (BB/PB atau TB).

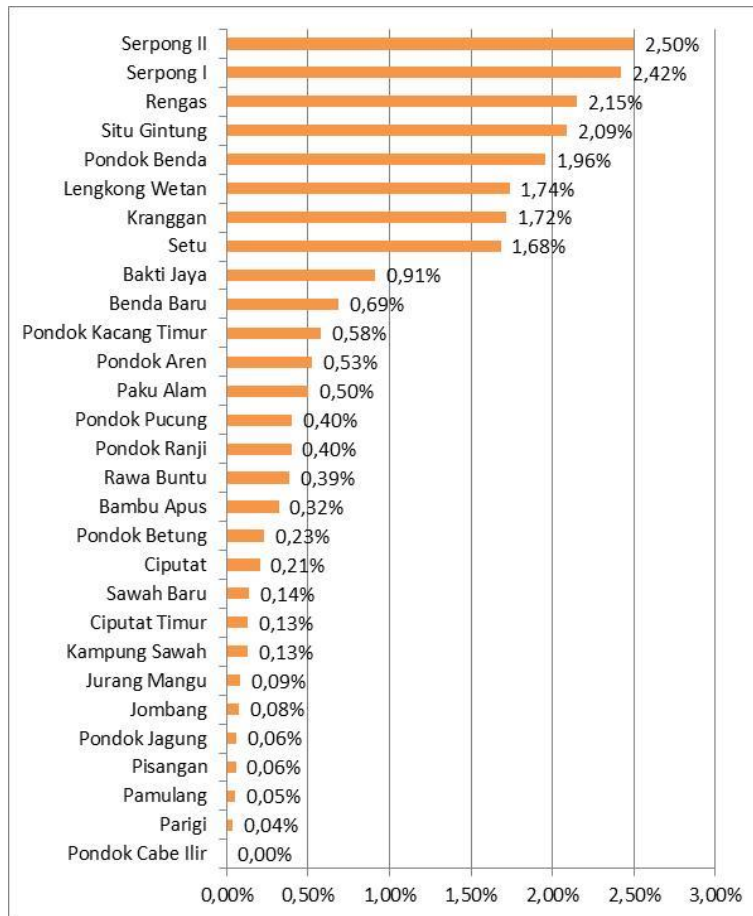
Kekurangan gizi pada balita berdasarkan indeks Berat Badan menurut Umur (BB/U) meliputi kategori berat badan sangat kurang dan berat badan kurang.

Gambar 5.27 Kasus BBLR Tahun 2020



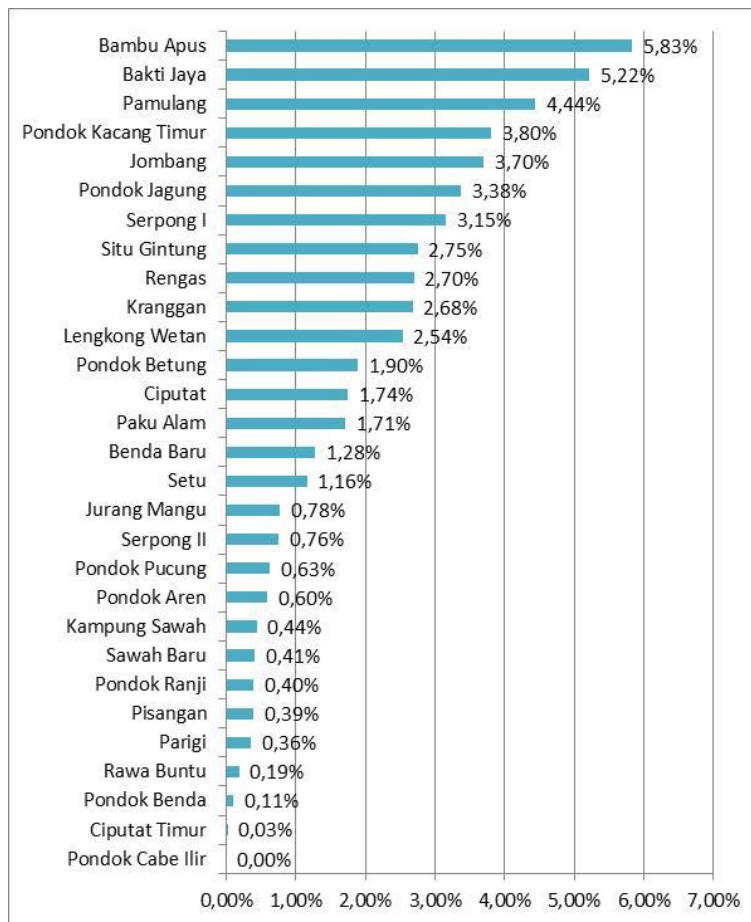
Pada tahun 2020; masih ditemukan kasus Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) sebanyak 160 kasus. Paling banyak ditemukan pada wilayah kerja puskesmas pondok pucung (2;06%/15 kasus) dan paling rendah di puskesmas pamulang (0;05%/1 kasus). Namun; adapula puskesmas yang di wilayah kerjanya sudah tidak ditemukan kasus BBLR yaitu di puskesmas pondok cabe ilir; bambu apus; lengkong wetan; jurang mangu; dan bakti jaya.

Gambar 5.28 Kasus Balita Kurus Tahun 2020



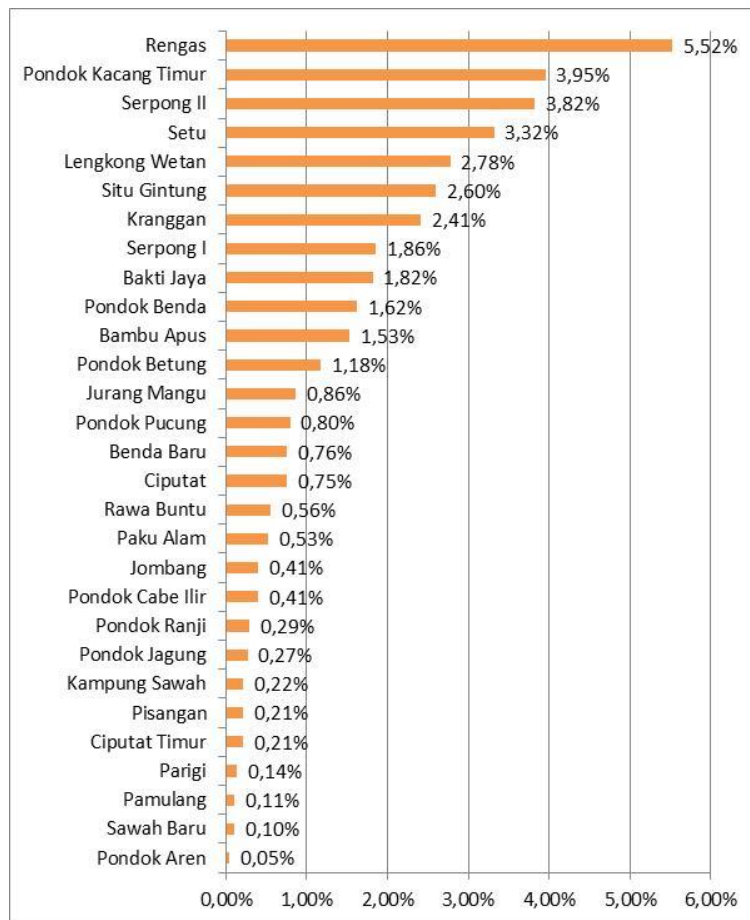
Untuk kasus balita kurus terdapat 607 kasus; dimana kasus paling banyak di puskesmas serpong II (2;50%/69 kasus) dan paling rendah di puskesmas parigi (0;04%/1 kasus). Terdapat 1 puskesmas yang sudah tidak ditemukan kasus balita kurus yaitu puskesmas pondok cabe ilir.

Gambar 5.29 Kasus Balita Pendek Tahun 2020



Sedangkan untuk cakupan balita pendek; pada tahun 2020 di Kota Tangerang Selatan masih ditemukan 1.881 kasus dengan jumlah kasus terbanyak di wilayah puskesmas bambu apus (5;83%/346 kasus) dan jumlah kasus paling sedikit di puskesmas ciputat timur (0;03%/1 kasus). Sama dengan kasus balita kurus; di puskesmas pondok cabe ilir juga sudah tidak ditemukan kasus balita pendek.

Gambar 5.30 Kasus Balita Gizi Buruk Tahun 2020



Untuk kasus balita gizi buruk; di Kota Tangerang Selatan pada tahun 2020 terdapat 1.119 kasus. Puskesmas rengas memiliki jumlah balita gizi buruk paling banyak (5;52%) dan puskesmas pondok aren memiliki jumlah balita gizi buruk paling sedikit (0;05%).

2. Upaya Pencegahan dan Penanganan Masalah Gizi

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

menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 tahun 2016 tentang Standar Produk Suplementasi Gizi; meliputi kapsul vitamin A; tablet tambah darah (TTD); makanan tambahan untuk ibu hamil; anak balita; dan anak usia sekolah; makanan pendamping ASI; dan bubuk multi vitamin dan mineral.

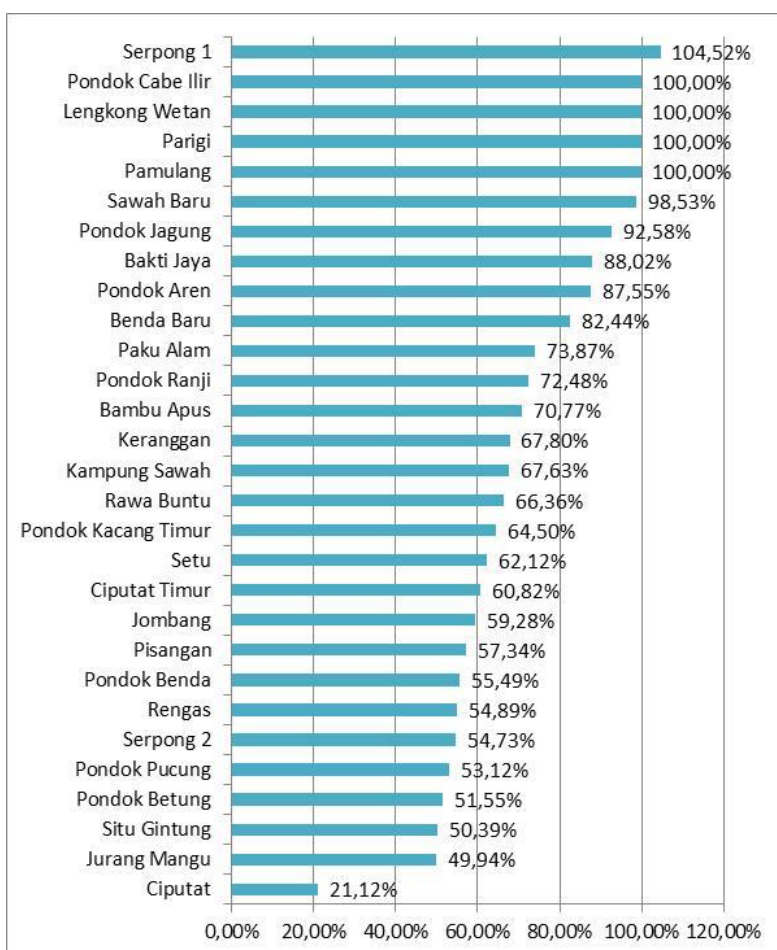
a. Inisiasi Menyusu Dini dan Pemberian ASI Eksklusif

Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dilakukan dengan cara meletakkan bayi secara tengkurap di dada atau perut ibu sehingga kulit bayi bersentuhan pada kulit ibu yang dilakukan sekurang-kurangnya satu jam segera setelah lahir. Jika kontak tersebut terhalang oleh kain atau dilakukan kurang dari satu jam maka dianggap belum sempurna dan tidak melakukan IMD.

Air Susu Ibu (ASI) eksklusif berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif adalah ASI yang diberikan kepada bayi sejak dilahirkan selama enam bulan; tanpa menambahkan dan/atau mengganti dengan makanan atau minuman lain (kecuali obat; vitamin; dan mineral). ASI mengandung kolostrum yang kaya akan antibodi karena mengandung protein untuk daya tahan tubuh dan bermanfaat untuk mematikan kuman dalam jumlah tinggi sehingga pemberian ASI eksklusif dapat mengurangi risiko kematian pada bayi. Kolostrum berwarna kekuningan yang dihasilkan pada hari pertama sampai dengan hari ketiga. Hari keempat sampai hari kesepuluh ASI mengandung immunoglobulin; protein; dan laktosa lebih sedikit dibandingkan kolostrum tetapi lemak dan kalornya lebih tinggi dengan warna susu yang lebih putih. Selain mengandung zat makanan; ASI juga mengandung enzim tertentu yang berfungsi sebagai zat penyerap yang tidak akan mengganggu enzim lain di usus. Susu formula tidak mengandung enzim tersebut sehingga penyerapan makanan sepenuhnya bergantung pada enzim yang terdapat di usus bayi.

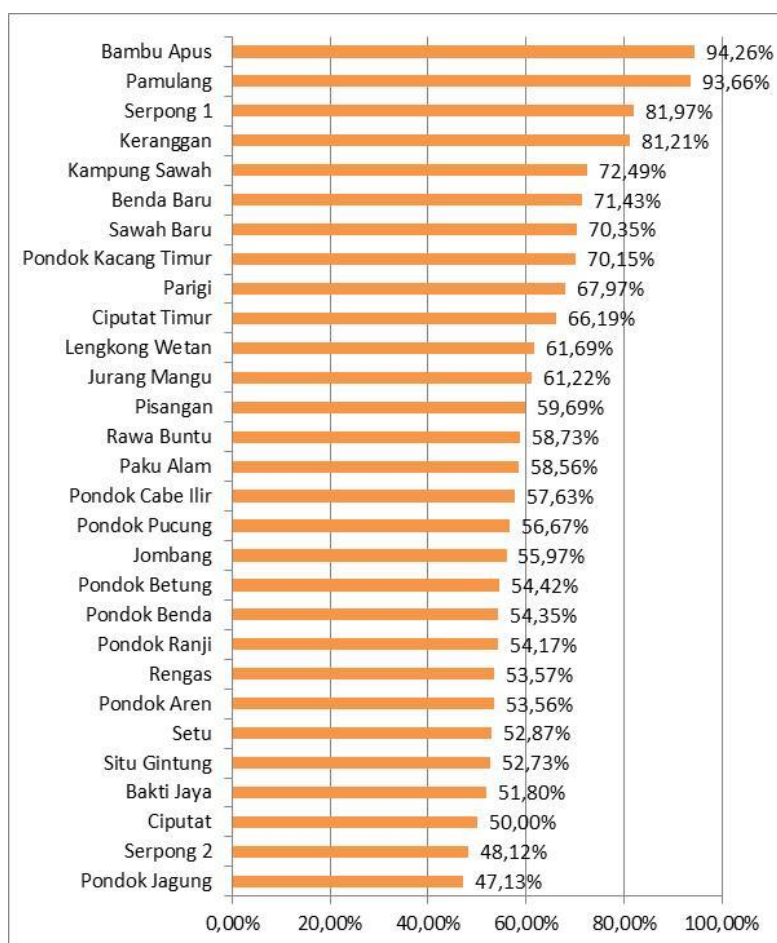
Pada tahun 2020; di Kota Tangerang Selatan persentase bayi baru lahir yang mendapat IMD yaitu sebesar 70,1%. Puskesmas dengan persentase terendah adalah puskesmas ciputat (241 bayi) dan yang tertinggi adalah puskesmas serpong 1 (416 bayi).

Gambar 5.31 Cakupan IMD Tahun 2020



Secara umum; cakupan bayi baru lahir mendapat ASI eksklusif tahun 2020 di Kota Tangerang Selatan sebesar 57;9%. Persentase tertinggi cakupan pemberian ASI eksklusif terdapat pada puskesmas bambu apus (755 bayi) sementara cakupan pemberian ASI eksklusif terendah terdapat pada puskesmas pondok jagung (3.224 bayi).

Gambar 5.32 Cakupan Bayi Baru Lahir Mendapat ASI Eksklusif Tahun 2020

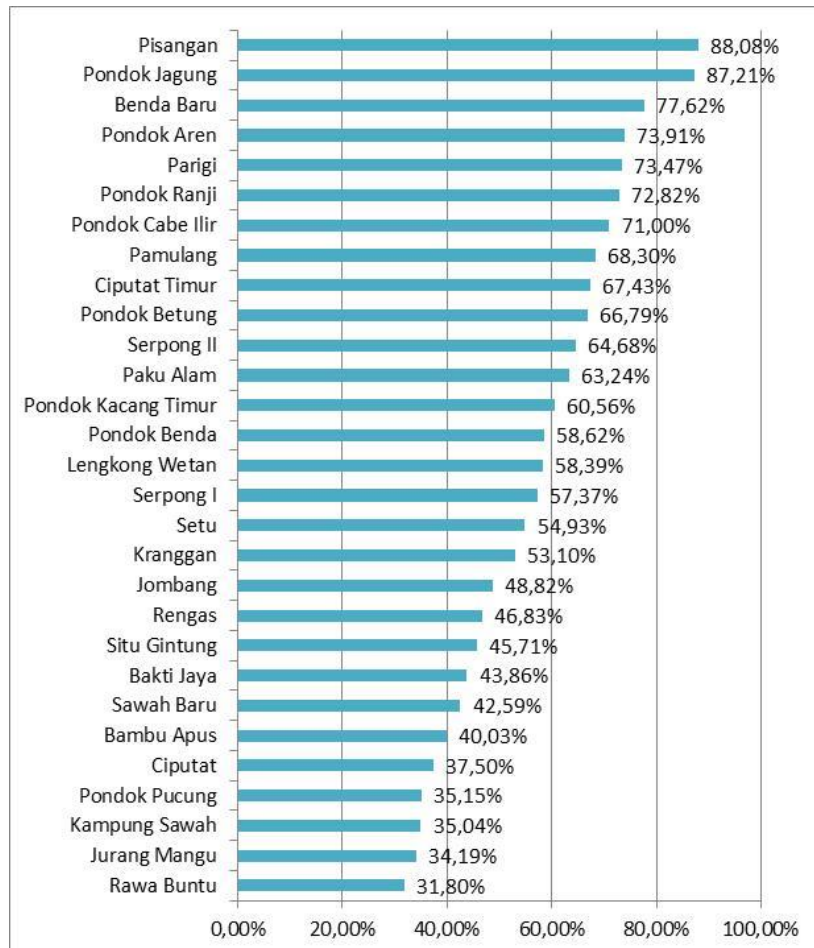


b. Penimbangan Balita

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

Persentase rata-rata balita yang ditimbang di Kota Tangerang Selatan pada tahun 2020 adalah 57,21% anak per bulan persentase tertinggi di puskesmas pisangang (3.878 anak) dan persentase terendah di puskesmas rawa buntu (1.518 anak).

Gambar 5.33 Rata-Rata Balita Ditimbang Tahun 2020



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

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

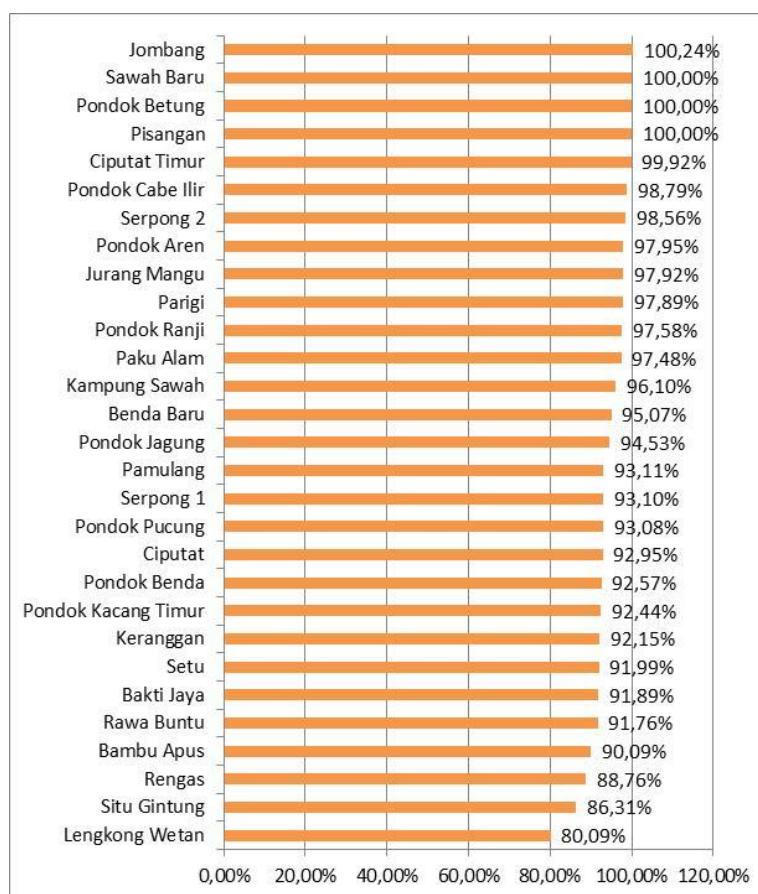
Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2015 tentang Standar Kapsul Vitamin A bagi Bayi; anak Balita; dan Ibu Nifas; kapsul vitamin A

merupakan kapsul lunak dengan ujung (*nipple*) yang dapat digunting; tidak transparan (*opaque*); dan mudah untuk dikonsumsi; termasuk dapat masuk ke dalam mulut balita. Kapsul vitamin A bagi bayi usia 6–11 bulan berwarna biru dan mengandung retinol (palmitat/asetat) 100.000 IU; sedangkan kapsul vitamin A untuk anak balita usia 12-59 bulan dan ibu nifas berwarna merah dan mengandung retinol (palmitat/asetat) 200.000 IU.

Sesuai dengan Panduan Manajemen Suplementasi Vitamin A waktu pemberian kapsul vitamin A pada bayi dan anak balita dilaksanakan serentak setiap bulan Februari dan Agustus. Frekuensi pemberian vitamin A pada bayi 6-11 bulan adalah 1 kali sedangkan pada anak balita 12-59 bulan sebanyak 2 kali.

Cakupan pemberian vitamin A pada balita di Kota Tangerang Selatan tahun 2020 yaitu sebesar 95%. Puskesmas dengan persentase tertinggi cakupan pemberian vitamin A adalah puskesmas jombang (4.937 balita); sedangkan puskesmas dengan persentase terendah adalah puskesmas lengkong wetan (1.782 balita).

Gambar 5.34 Cakupan Pemberian Kapsul Vitamin A Balita Tahun 2020



BAB VI. PENGENDALIAN PENYAKIT

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

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

A. PENYAKIT MENULAR LANGSUNG

1. Tuberkulosis

Tuberkulosis (TBC) saat ini masih merupakan masalah kesehatan masyarakat baik di Indonesia maupun internasional sehingga menjadi salah satu tujuan pembangunan kesehatan berkelanjutan (SDGs). Tuberkulosis adalah penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis* dan merupakan salah satu dari 10 penyebab utama kematian di seluruh dunia.

Beban penyakit yang disebabkan oleh tuberkulosis dapat diukur antara lain dengan insiden kasus dan mortalitas/kematian; seperti yang dijelaskan di bawah ini.

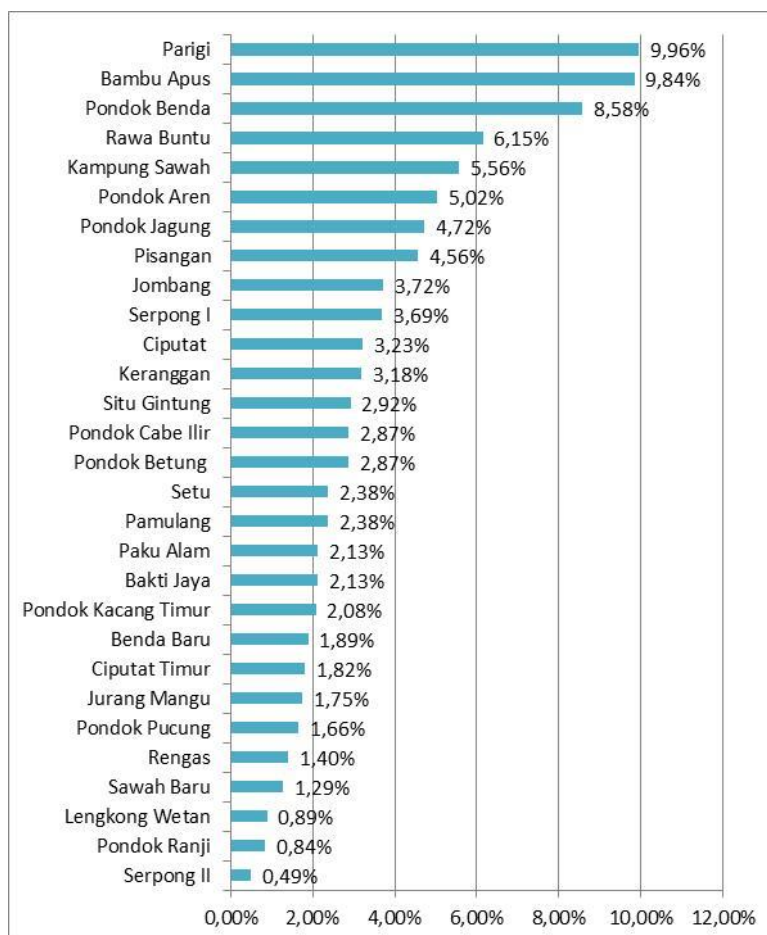
a. Insiden Tuberkulosis

Insiden tuberkulosis merupakan angka yang menunjukkan jumlah pasien baru yang ditemukan dan tercatat di antara 100.000 penduduk di suatu wilayah tertentu. Di Kota Tangerang Selatan pada tahun 2020; insiden tuberkulosis sebanyak 171 kasus.

b. Kasus Tuberkulosis Ditemukan

Pada tahun 2020 jumlah kasus tuberkulosis yang ditemukan sebanyak 7.986 kasus meningkat dibandingkan kasus tuberkulosis yang ditemukan pada tahun 2019 yaitu sebanyak 6.567 kasus. Jumlah kasus tertinggi dilaporkan dari puskesmas parigi.

Gambar 6.1 Kasus TB Tahun 2020



Jika dibandingkan dari jenis kelamin; jumlah kasus laki-laki lebih tinggi dibandingkan perempuan.

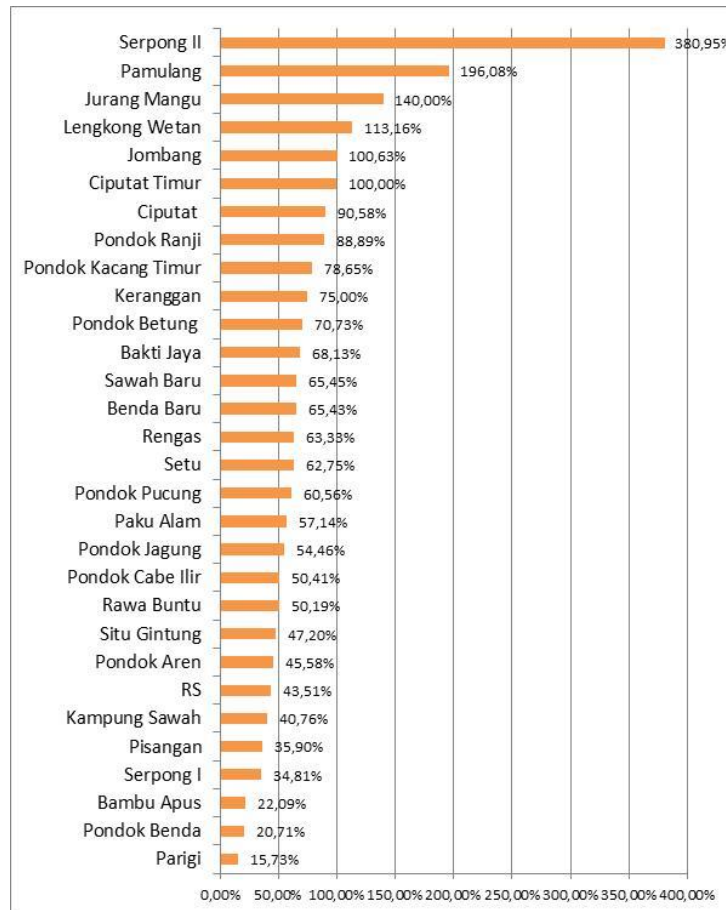
c. Cakupan Penemuan dan Pengobatan Khusus Tuberkulosis (Treatment Coverage/TC)

Treatment Coverage (TC) adalah jumlah kasus TB yang diobati dan dilaporkan pada tahun tertentu dibagi dengan perkiraan jumlah insiden kasus TB

pada tahun yang sama dan dinyatakan dalam persentase. TC menggambarkan seberapa banyak kasus tuberkulosis yang terjangkau oleh program.

TC kasus tuberkulosis di Kota Tangerang Selatan Tahun 2020 sebesar 49;61%.

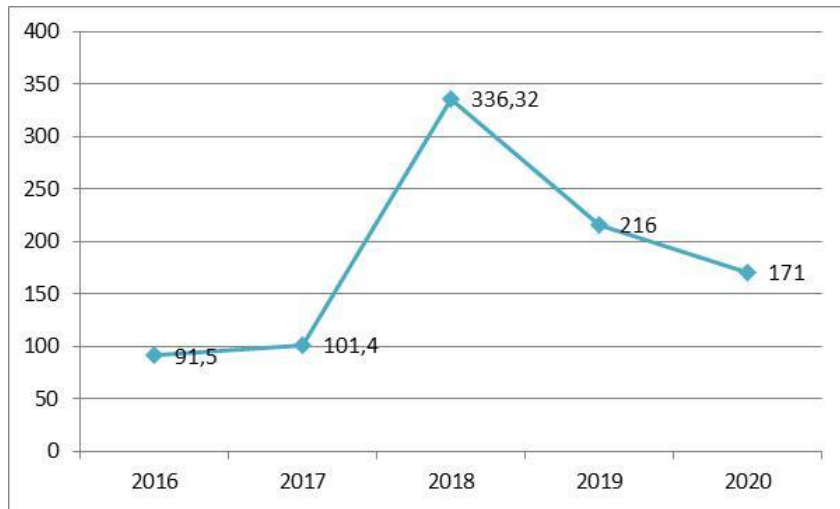
Gambar 6.2 Treatment Coverage/TC Tahun 2020



d. Angka Notifikasi Semua Kasus Tuberkulosis (Case Notification Rate/CNR)

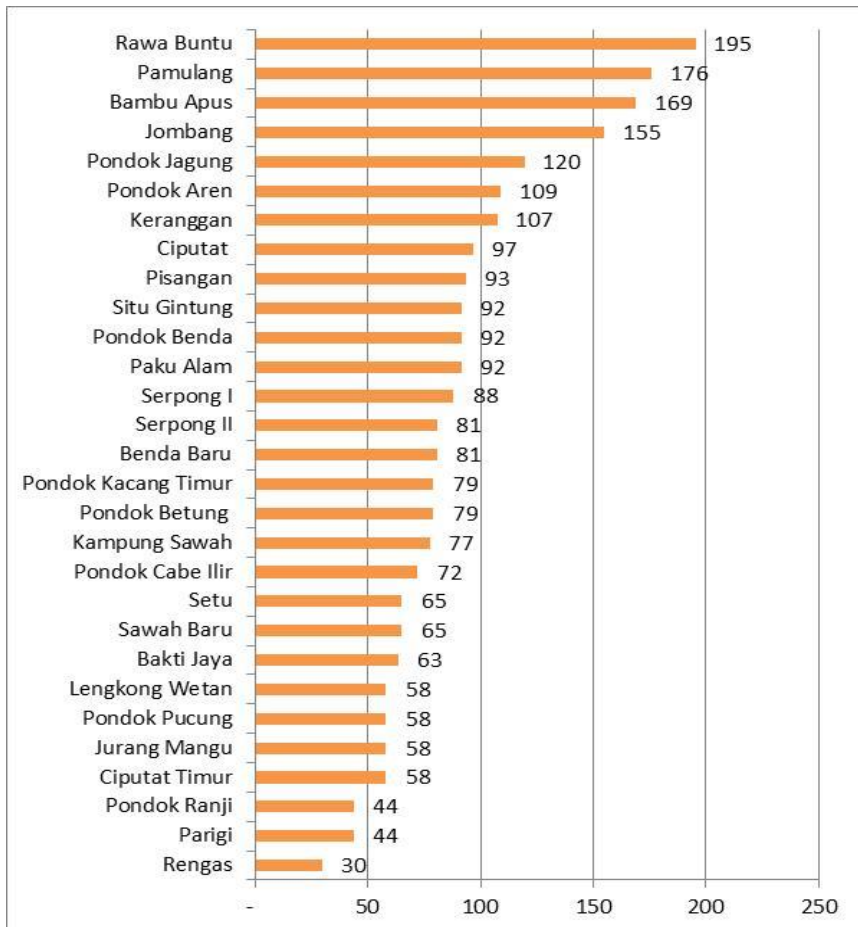
Case Notification Rate (CNR) adalah jumlah semua kasus tuberkulosis yang diobati dan dilaporkan di antara 100.000 penduduk yang ada di suatu wilayah tertentu. Angka ini apabila dikumpulkan serial; akan menggambarkan kecenderungan (tren) meningkat atau menurunnya penemuan kasus dari tahun ke tahun di suatu wilayah.

Gambar 6.3 Notifikasi Kasus TB per 100.000 Penduduk Tahun 2016-2020



Gambar di atas menunjukkan angka notifikasi semua kasus tuberkulosis per 100.000 penduduk dari tahun 2016-2020 yang secara umum memperlihatkan kecenderungan peningkatan CNR sampai tahun 2018 dan menurun pada tahun 2019 dan tahun 2020.

Gambar 6.4 Case Notification Rate/CNR Tahun 2020

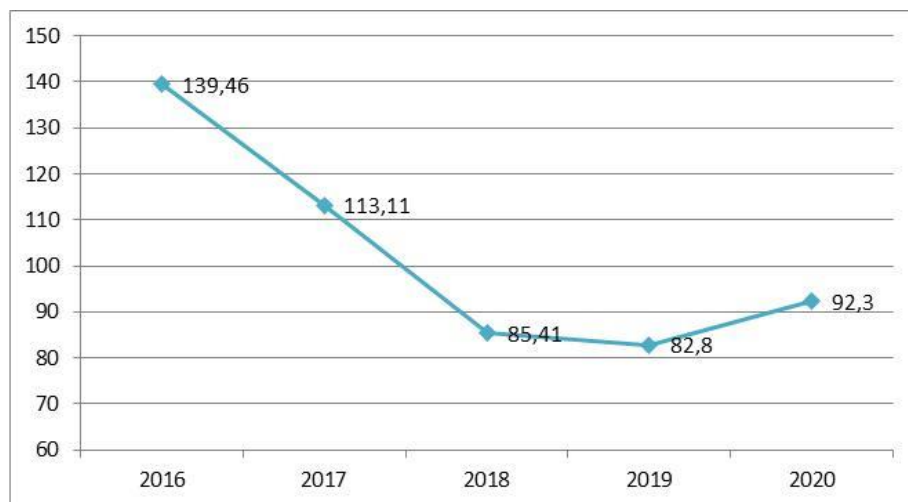


CNR semua kasus TB menurut puskesmas tahun 2020 antara 30 per 100.000 penduduk pada puskesmas rengas dan 195 per 100.000 penduduk di puskesmas rawa buntu.

e. Angka Keberhasilan Pengobatan

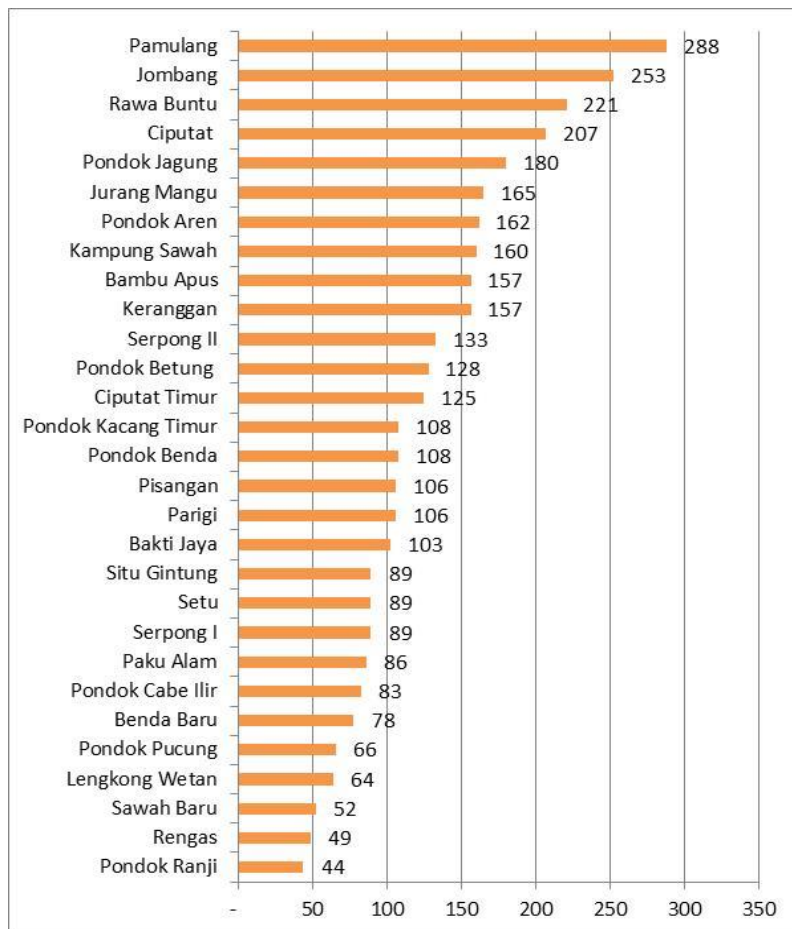
Angka keberhasilan pengobatan (*Success Rate*) merupakan indikator yang digunakan untuk mengevaluasi pengobatan tuberkulosis. Angka keberhasilan pengobatan yaitu jumlah semua kasus tuberkulosis yang sembuh dan pengobatan lengkap di antara semua kasus TB yang diobati dan dilaporkan.

Gambar 6.5 Angka Keberhasilan Pengobatan Tahun 2016-2020



Secara umum angka keberhasilan pengobatan tuberkulosis di Kota Tangerang Selatan pada tahun 2020 sebesar 92,3%.

Gambar 6.6 Angka Keberhasilan Pengobatan Tahun 2020



Puskesmas dengan angka keberhasilan pengobatan paling tinggi pada tahun 2020 adalah puskesmas pamulang dan paling rendah adalah puskesmas pondok ranji.

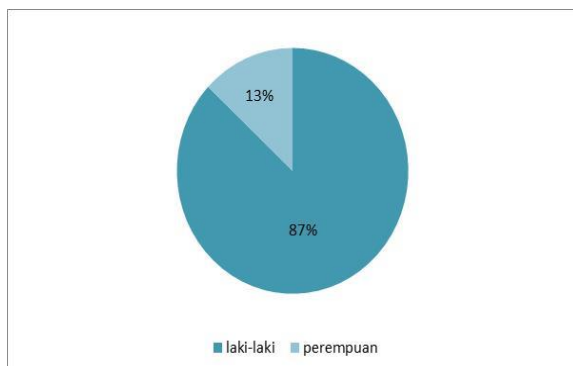
2. HIV dan AIDS

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus yang menginfeksi sel darah putih yang menyebabkan turunnya kekebalan tubuh manusia. Infeksi tersebut menyebabkan penderita mengalami penurunan kekebalan sehingga sangat mudah untuk terinfeksi berbagai macam penyakit lain. Sedangkan *Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)* adalah sekumpulan gejala yang timbul karena turunnya kekebalan tubuh yang disebabkan infeksi oleh HIV. Orang yang terinfeksi HIV memerlukan pengobatan Antiretroviral (ARV) untuk menekan jumlah virus HIV di dalam tubuh. Virus yang tertekan (tersupresi) tidak berpotensi menular kepada

orang lain; dan orang dengan HIV akan memiliki kualitas hidup yang baik. Penemuan kasus pada stadium awal dan segera mendapatkan pengobatan ARV; membuat seseorang tidak jatuh pada HIV stadium lanjut (AIDS). Pada HIV stadium lanjut (AIDS) terjadi potensi masuknya infeksi-infeksi lainnya yang dikenal dengan infeksi oportunistik. Program pengendalian HIV di Indonesia bertujuan untuk: 1) Menurunkan hingga meniadakan infeksi baru; 2) Menurunkan hingga meniadakan kematian terkait AIDS; dan 3) Menurunkan stigma dan diskriminasi.

di Kota Tangerang Selatan pada tahun 2020 jumlah estimasi orang dengan resiko terinfeksi HIV sebanyak 890 orang; dimana laki-laki memiliki proporsi lebih besar dibandingkan perempuan. Jumlah orang dengan resiko terinfeksi HIV yang mendapat pelayanan kesehatan sesuai standar sebanyak 406 orang (445;62%); dan persentase orang dengan resiko terinfeksi HIV yang mendapatkan pelayanan deteksi dini HIV sesuai standar sebesar 45;6%. Jumlah kasus HIV paling banyak ditemukan pada rentang usia 25-49 tahun dan paling rendah pada usia ≤ 4 tahun. Sebagaimana terlihat dalam Gambar

Gambar 6.7 Kasus HIV per Jenis Kelamin Tahun 2020

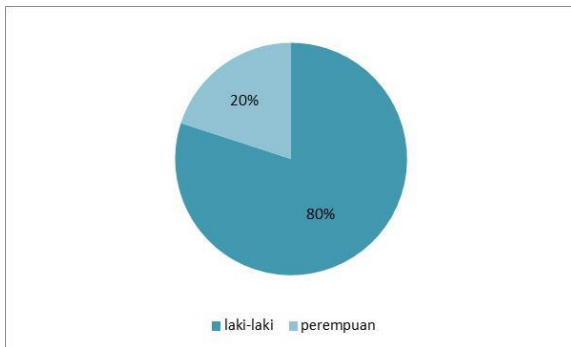


Gambar 6.8 Kasus HIV per Kelompok Umur Tahun 2020

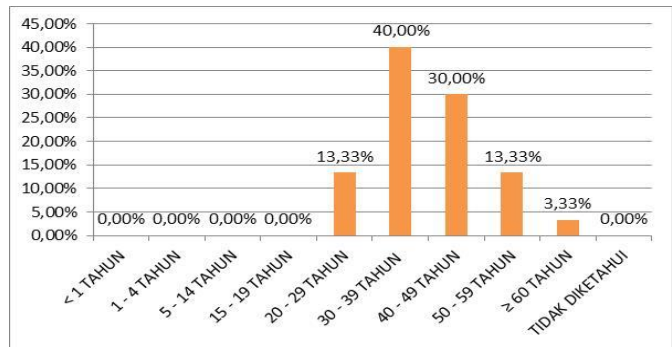


Sedangkan untuk kasus AIDS; pada tahun 2020 ditemukan 22 kasus baru di Kota Tangerang Selatan; dengan proporsi laki-laki lebih besar dibandingkan perempuan. Untuk rentang usia; kasus AIDS ditemukan paling banyak pada usia 30-39 tahun dan paling rendah pada ≥ 60 tahun.

Gambar 6.9 Kasus AIDS per Jenis Kelamin Tahun 2020



Gambar 6.10 Kasus AIDS per Kelompok Umur Tahun 2020



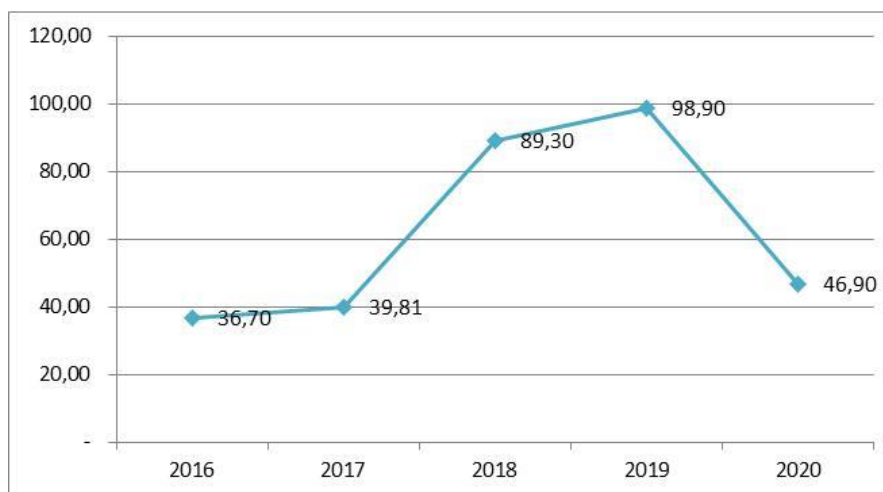
3. Pneumonia

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

- < 2 bulan : = 60/menit;
- 2 - < 12 bulan : = 50/menit;
- 1 - < 5 tahun : = 40/menit.

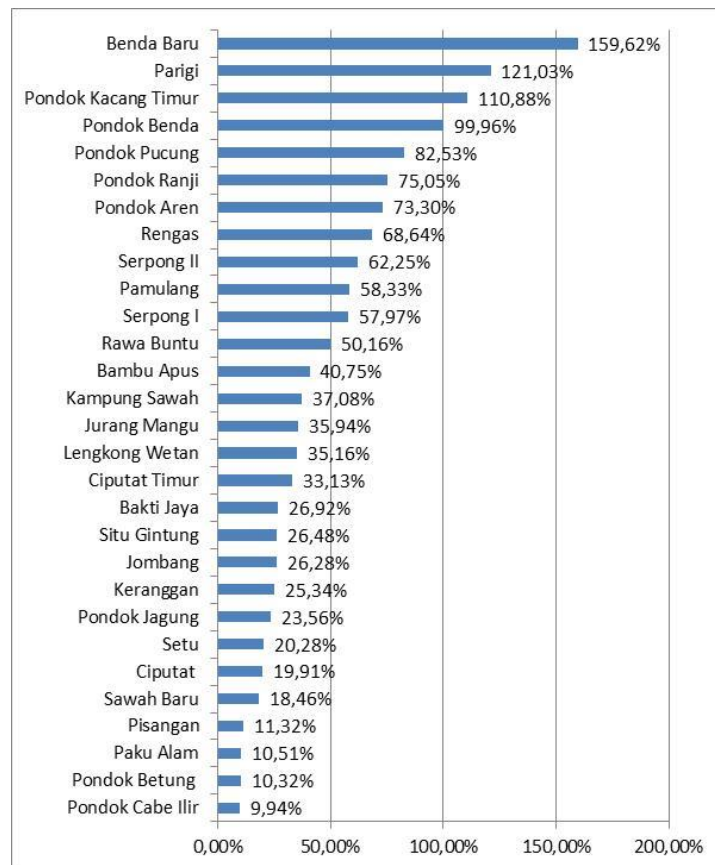
Salah satu upaya yang dilakukan untuk mengendalikan penyakit ini yaitu dengan meningkatkan penemuan pneumonia pada balita.

Gambar 6.11 Cakupan Penemuan Pneumonia pada Balita Tahun 2016-2020



Cakupan penemuan pneumonia pada balita di Kota Tangerang Selatan pada tahun 2020 menurun dibandingkan tahun 2019. Penurunan ini lebih disebabkan dampak dari pandemic Covid-10; dimana adanya stigma pada penderita Covid-19 yang berpengaruh pada penurunan jumlah kunjungan balita batuk atau kesulitan bernapas di puskesmas.

Gambar 6.12 Cakupan Pneumonia pada Balita per Puskesmas Tahun 2020



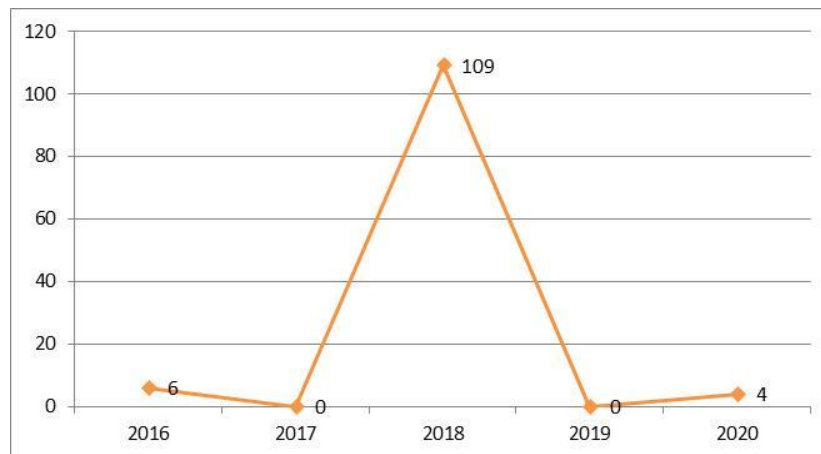
Puskesmas dengan cakupan pneumonia pada balita tertinggi berada di puskesmas benda baru (159;62%) dan paling rendah di puskesmas pondok cabe ilir (9;94%).

4. Hepatitis

Hepatitis merupakan peradangan hati yang dapat berkembang menjadi fibrosis; sirosis atau kanker hati. Hepatitis disebabkan oleh berbagai faktor; seperti infeksi virus; zat beracun; dan penyakit autoimun. Penyebab paling umum Hepatitis adalah infeksi Virus Hepatitis A; B; C; D dan E. Untuk Hepatitis A dan Hepatitis E;

besaran masalah tidak diketahui dengan pasti. Namun mengingat kondisi sanitasi lingkungan; higiene dan sanitasi pangan; serta perilaku hidup bersih dan sehat yang belum optimal; maka masyarakat Indonesia merupakan kelompok berisiko untuk tertular Hepatitis A dan Hepatitis E.

Gambar 6.13 Kasus Hepatitis B Tahun 2016-2020



Gambar 6.10 Menunjukkan jumlah kasus hepatitis B di Kota Tangerang Selatan tahun 2016-2020.

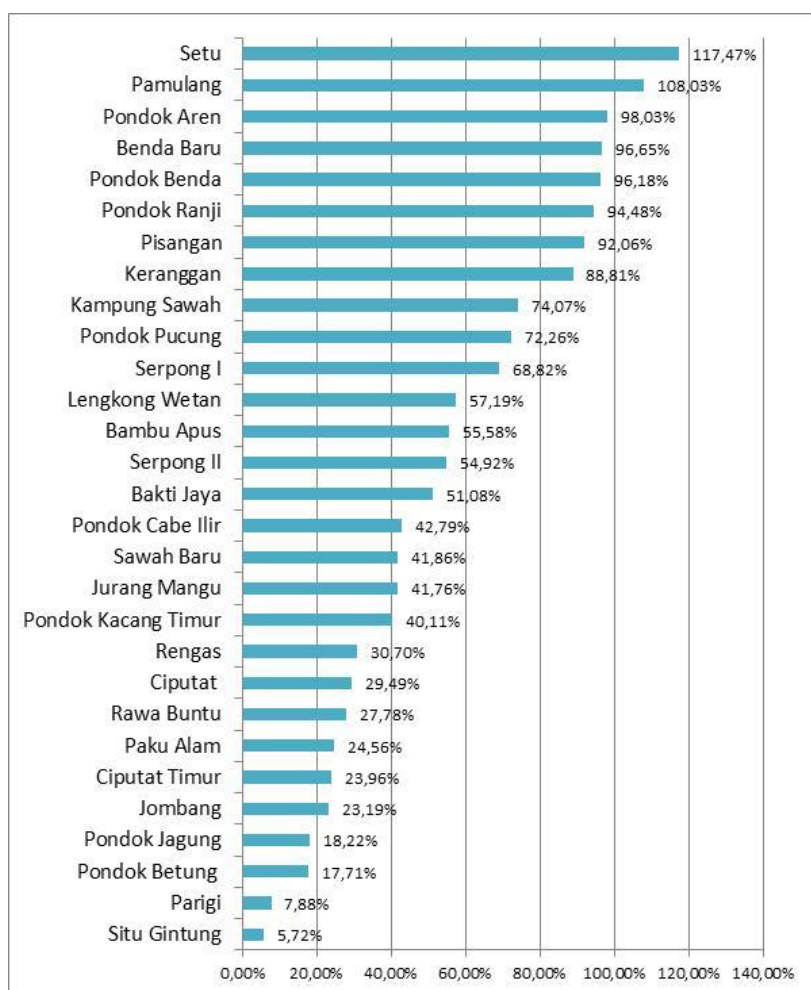
5. Diare

Penyakit Diare merupakan penyakit endemis yang berpotensi menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB) dan masih menjadi penyumbang angka kematian di Indonesia terutama pada balita.

a. Cakupan Pelayanan Penderita Diare

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

Gambar 6.14 Cakupan Pelayanan Diare Tahun 2020



Pada tahun 2020; cakupan pelayanan penderita diare pada semua umur sebesar 52;57% dan cakupan pelayanan penderita diare pada balita sebesar 117;33%. Puskesmas dengan cakupan pelayanan penderita diare tertinggi adalah puskesmas setu dan puskesmas dengan cakupan pelayanan diare terendah adalah puskesmas situ gantung.

b. Penggunaan Oralit dan Zink

LINTAS DIARE (Lima Langkah Tuntaskan Diare) menganjurkan bahwa semua penderita diare harus mendapatkan oralit maka target penggunaan oralit adalah 100% dari semua kasus diare yang mendapatkan pelayanan di puskesmas dan kader. Tahun 2020 penggunaan oralit belum mencapai target yaitu 93%.

Tidak tercapainya target tersebut disebabkan pemberi layanan di Puskesmas dan kader belum memberikan oralit sesuai dengan standar tata laksana yaitu sebanyak 6 bungkus/penderita diare. Selain itu; masyarakat masih belum mengetahui tentang manfaat oralit sebagai cairan yang harus diberikan pada setiap penderita diare untuk mencegah terjadinya dehidrasi.

Selain oralit; balita juga diberikan zink yang merupakan mikronutrien yang berfungsi untuk mengurangi lama dan tingkat keparahan diare; mengurangi frekuensi buang air besar; mengurangi volume tinja serta mencegah terjadinya diare berulang diare pada tiga bulan berikutnya. Penggunaan zink selama 10 hari berturut-turut pada saat balita diare merupakan terapi diare balita. Pada tahun 2020 cakupan pemberian zink sebesar 96,6%.

6. Kusta

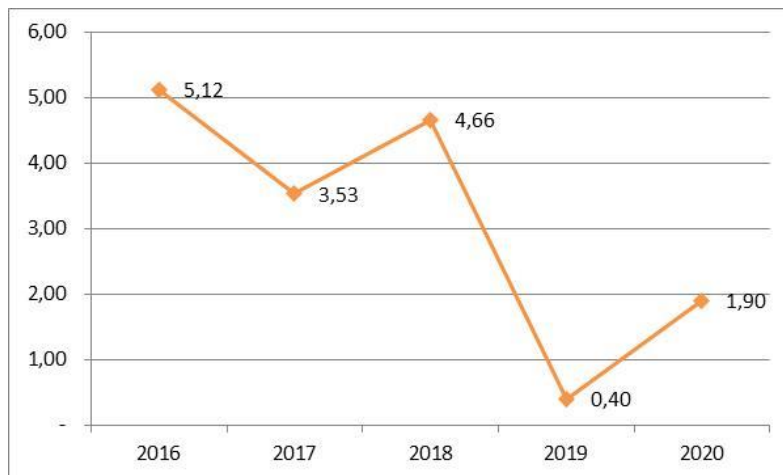
Mycobacterium leprae merupakan bakteri penyebab penyakit kusta. Penyakit infeksi kronis ini menyerang kulit; saraf tepi; mukosa saluran pernafasan atas dan mata. Penatalaksanaan kasus kusta yang buruk dapat menyebabkan kusta menjadi progresif; menyebabkan kerusakan permanen pada kulit; saraf; anggota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

a. Angka Prevalensi dan Angka Penemuan Kasus Baru

Tahun 2020; pandemi COVID-19 menyebabkan deteksi dini kasus di masyarakat berjalan kurang optimal akibat adanya pembatasan kegiatan mengumpulkan masyarakat. Selain itu; sebagian besar sumber daya kesehatan juga difokuskan pada penanggulangan COVID-19; sehingga program berjalan kurang maksimal dan penemuan kasus baru mengalami penurunan.

Pada tahun 2020 dilaporkan terdapat 26 kasus baru kusta yang 96,15% diantaranya merupakan kusta tipe multi basiler (MB).

Gambar 6.15 Angka Penemuan Kasus Baru per 100.000 Penduduk Tahun 2016-2020

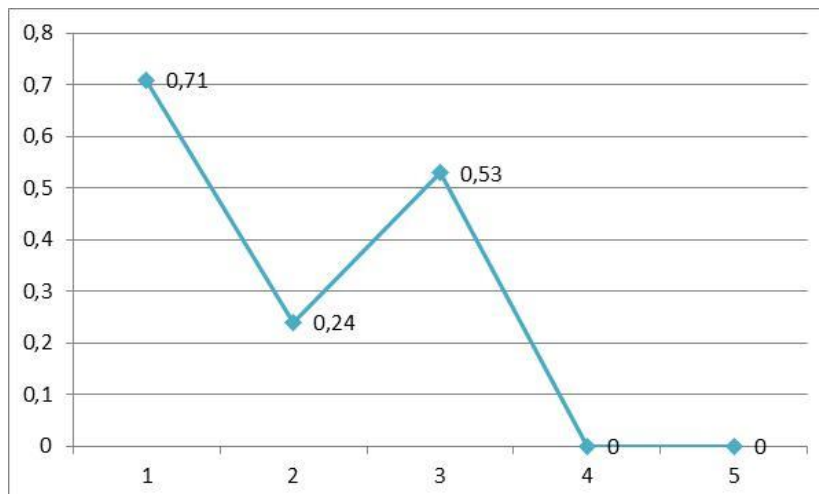


Gambar di atas menunjukkan fluktuasi angka penemuan kasus baru per 100.000 penduduk dari tahun 2016-2020.

b. Angka Cacat Tingkat 2

Peningkatan deteksi kasus sejak dini diperlukan dalam pengendalian kasus kusta. Salah satu indikator yang digunakan untuk menunjukkan keberhasilan dalam mendeteksi kasus baru kusta secara dini adalah angka cacat tingkat 2.

Gambar 6.16 Angka Cacat Tingkat 2 Tahun 2020

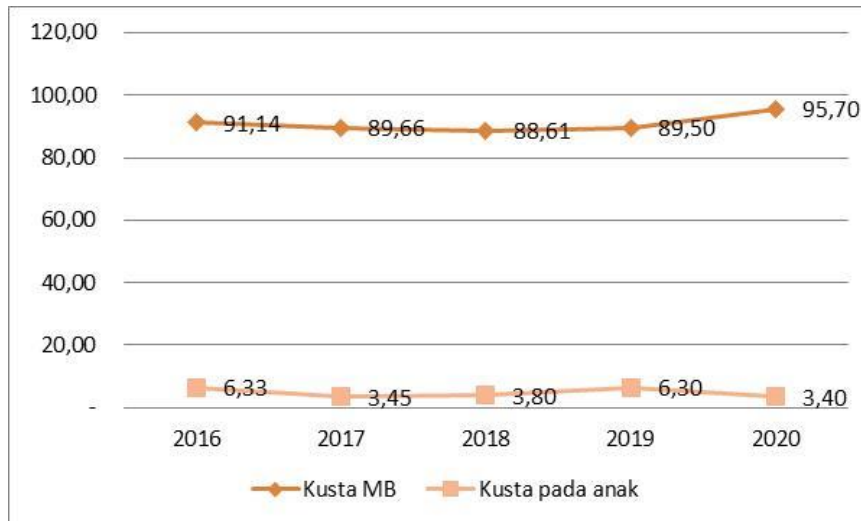


Tidak ditemukan cacat tingkat 2 pada kasus baru tahun 2020 di Kota Tangerang Selatan.

c. Proporsi Kusta Multibasiler (MB) dan Proporsi Penderita Kusta pada Anak

Proporsi kusta MB dan proporsi penderita kusta pada anak (0-14 tahun) di antara penderita baru memperlihatkan adanya sumber penularan tersembunyi serta tingginya tingkat penularan di masyarakat.

Gambar 6.17 Proporsi Kusta MB dan Kusta pada Anak Tahun 2020



Tidak banyak terjadi perubahan proporsi kusta MB selama periode 2016-2020. Kasus kusta tipe MB masih mendominasi di Kota Tangerang Selatan menunjukkan banyaknya sumber penularan di masyarakat. Puskesmas parigi memiliki proporsi kusta MB tertinggi tahun 2020.

Begitu juga dengan proporsi kusta anak pada periode yang sama tidak banyak mengalami perubahan. Puskesmas dengan proporsi kusta pada anak tertinggi yaitu puskesmas ciputat.

1. Coronavirus Disease (COVID-19)

Coronavirus disease (COVID-19) merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh jenis virus corona yang baru ditemukan yaitu *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 SARS-CoV-2*). Kasus COVID-19 dilaporkan pertama kali pada tanggal 31 Desember 2019 di Kota Wuhan; Provinsi Hubei; Cina. Sejak saat itu; penyakit ini menyebar ke seluruh dunia dan pada tanggal 11 Maret 2020 WHO menetapkan COVID-19 sebagai pandemi.

Infeksi COVID-19 dapat menimbulkan gejala ringan; sedang atau berat. Gejala klinis utama yang muncul yaitu demam (suhu $>38^{\circ}\text{C}$); batuk; nyeri tenggorok; kongesti hidung; sakit kepala; dan kesulitan bernafas. Selain itu dapat disertai dengan sesak memberat; fatigue; mialgia; hilang penciuman dan pembauan atau ruam kulit; gejala gastrointestinal seperti diare dan gejala saluran nafas lain. Pada kasus berat perburukan secara cepat dan progresif; seperti ARDS; syok septik; asidosis metabolik yang sulit dikoreksi dan beberapa pasien; geala yang muncul ringan; bahkan tidak disertai demam. Kebanyakan pasien memiliki prognosis baik; dengan sebagian kecil dalam kondisi kritis bahkan meninggal. Orang lanjut usia dan dengan kondisi medis yang sudah ada sebelumnya seperti tekanan darah tinggi; gangguan jantung; dan paru; diabetes dan kanker berisiko lebih besar mengalami keparahan.

COVID-19 ditularkan melalui droplet; penularan terjadi ketika seseorang berada pada jarak dekat (dalam 1 meter) dengan seseorang yang memiliki gejala pernafasan (misalnya: batuk atau bersin) sehingga droplet berisiko mengenai mukosa (mulut dan hidung) atau konjungtiva (mata). Penularan juga dapat terjadi melalui benda dan permukaan yang terkontaminasi droplet di sekitar orang yang terinfeksi. Oleh karena itu; penularan virus COVID-19 dapat terjadi melalui kontak langsung dengan orang yang terinfeksi dan kontak tidak langsung dengan permukaan atau benda yang digunakan pada orang yang terinfeksi.

Kebijakan penanggulangan wabah penyakit menular diatur oleh Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang wabah penyakit Menular; Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular; dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1501/Menkes/Per/X/2010 tentang Jenis Penyakit Menular Tertentu yang dapat menimbulkan wabah dan upaya penanggulangan. Dan dalam rangka upaya penanggulangan dini wabah COVID19; Menteri Kesehatan telah mengeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor K.01.07/MENKES/104/2020 tentang Penetapan Infeksi Novel Coronavirus (Infeksi 2019-nCoV) sebagai jenis penyakit yang dapat menimbulkan wabah dan upaya penanggulangannya. Penetapan didasari oleh pertimbangan bahwa infeksi Novel Coronavirus (infeksi 2019-nCoV) telah dinyatakan WHO sebagai Kedaruratan

B. PENYAKIT YANG DAPAT DICEGAH DENGAN IMUNISASI (PD3I)

1. Tetanus Neonatorum

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

Di Kota Tangerang Selatan tahun 2020; Case Fatality Rate (CFR) 0%.

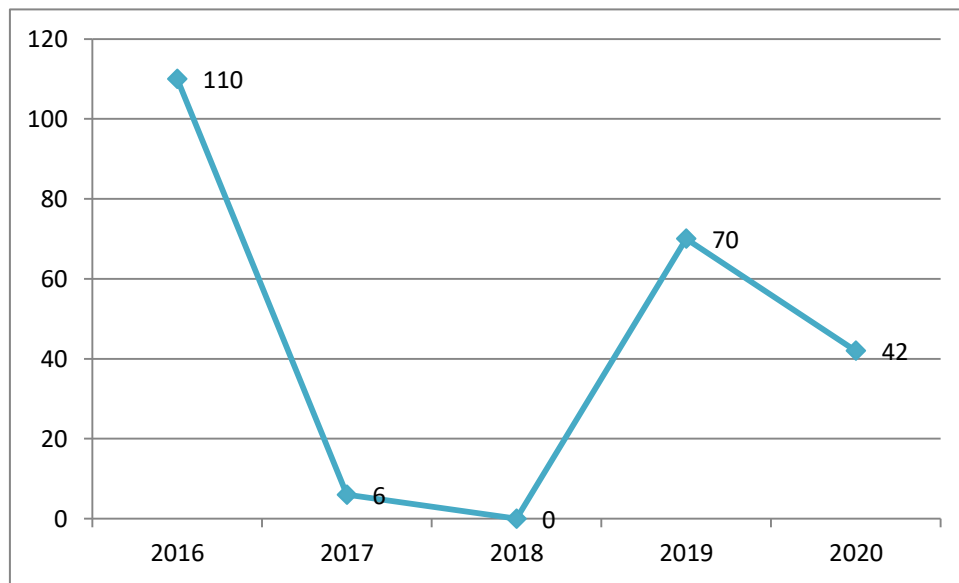
2. Campak

Penyakit campak merupakan penyakit yang sangat menular. Campak menjadi penyebab penting kematian anak-anak di seluruh dunia. Kelompok anak usia pra sekolah dan usia SD merupakan kelompok rentan tertular penyakit campak. Penyakit campak disebabkan oleh virus dari *genus Morbillivirus* dan termasuk golongan Paramyxovirus. Campak disebut juga morbili atau measles. Campak ditularkan melalui udara yang terkontaminasi droplet dari hidung; mulut; atau tenggorokan orang yang terinfeksi. Gejala awal biasanya muncul 10-12 hari setelah infeksi; termasuk demam tinggi; pilek; mata merah; dan bintik-bintik putih kecil di bagian dalam mulut. Beberapa hari kemudian; ruam berkembang; mulai pada wajah dan leher bagian atas dan secara bertahap menyebar ke bawah. Campak berat mungkin terjadi pada anak-anak yang menderita kurang gizi; terutama pada mereka yang kekurangan vitamin A; atau yang sistem kekebalan tubuhnya telah dilemahkan oleh penyakit lain. Komplikasi yang paling serius termasuk kebutaan; ensefalitis (infeksi yang menyebabkan pembengkakan otak); diare berat dan dehidrasi; serta

infeksi pernafasan berat seperti pneumonia. Seseorang yang pernah menderita campak akan mendapatkan kekebalan terhadap penyakit tersebut seumur hidupnya.

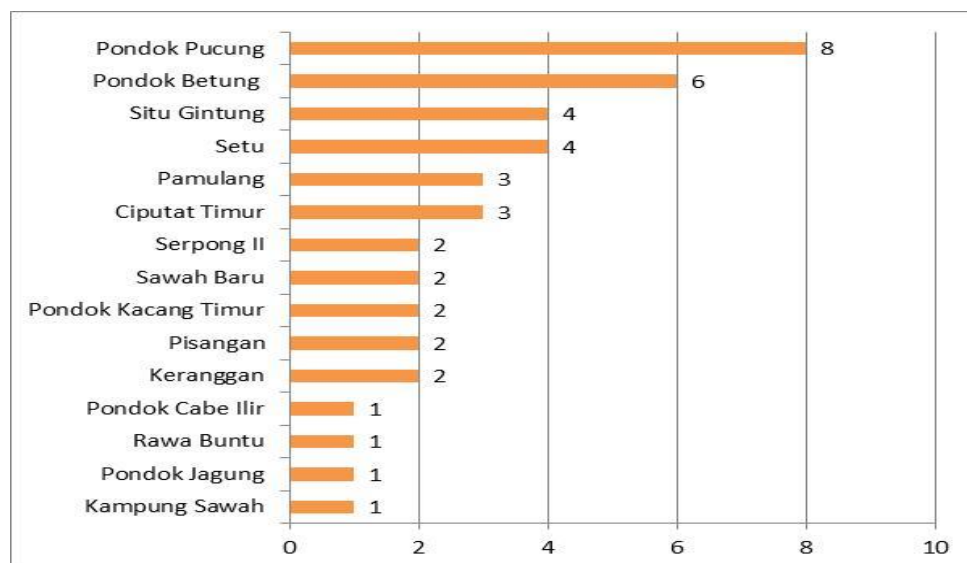
Jika dilihat dari tahun 2016 sampai tahun 2020; kasus campak mengalami kecenderungan menurun; dimana terjadi peningkatan pada tahun 2019; namun kembali turun pada tahun 2020.

Gambar 6.18 Kasus Campak Tahun 2016-2020



Pada tahun 2020; di Kota Tangerang Selatan masih ditemukan 42 kasus campak yang tersebar di 15 wilayah kerja puskesmas; dimana kasus paling banyak terdapat di puskesmas pondok pucung dan kasus paling sedikit di puskesmas pondok cabe ilir; rawa buntu; pondok jagung dan kampung sawah.

Gambar 6.19 Kasus Campak per Puskesmas Tahun 2020



3. Difteri

Difteri adalah salah satu penyakit yang sangat menular yang dapat dicegah dengan imunisasi; disebabkan oleh bakteri *Corynebacterium diphtheriae strain toksigenik*. Manusia adalah satu-satunya *reservoir Corynebacterium diphtheriae*. Penularan terjadi secara droplet (percikan ludah) dari batuk; bersin; muntah; melalui alat makan; atau kontak erat langsung dari lesi di kulit.

Difteri merupakan jenis penyakit menular yang dapat menimbulkan KLB/Wabah seperti tercantum dalam Permenkes 1501 tahun 2010. Kegiatan penanggulangan KLB Difteri dilakukan dengan melibatkan program-program terkait yaitu surveilans epidemiologi; program imunisasi; klinisi; laboratorium dan program kesehatan lainnya serta lintas sektor terkait.

KLB Difteri terjadi jika suatu wilayah kab/kota dinyatakan KLB Difteri jika ditemukan satu suspek Difteri dengan konfirmasi laboratorium kultur positif atau jika ditemukan suspek Difteri yang mempunyai hubungan epidemiologi dengan kasus kultur positif.

Kebijakan dalam penanggulangan KLB Difteri antara lain:

1. Setiap Kejadian Luar Biasa (KLB) harus dilakukan penyelidikan dan penanggulangan sesegera mungkin untuk menghentikan penularan dan mencegah komplikasi dan kematian
2. Dilakukan tatalaksana kasus di rumah sakit dengan menerapkan prinsip kewaspadaan seperti menjaga kebersihan tangan; penempatan kasus di ruang tersendiri /isolasi; dan mengurangi kontak erat kasus dengan orang lain
3. Setiap suspek Difteri dilakukan pemeriksaan laboratorium dengan kultur
4. Setiap kontak erat diberi kemoprofilaksis
5. Kontak erat diberikan imunisasi pada saat penyelidikan epidemiologi
6. Pengambilan spesimen pada kontak erat dapat dilakukan jika diperlukan sesuai dengan kajian epidemiologi
7. Setiap suspek Difteri dilakukan ORI (respon pemberian imunisasi pada KLB) sesegera mungkin; sebaiknya luas wilayah ORI dilakukan untuk satu (1) kab/kota tetapi jika tidak memungkinkan karena sesuatu hal maka ORI minimal

dilakukan satu (1) kecamatan dengan sasaran sesuai kajian epidemiologi dan interval ORI 0-1-6 bulan

8. ORI dilanjutkan sampai selesai walaupun status KLB Difteri di suatu wilayah kabupaten/kota dinyatakan telah berakhir.

Pada tahun 2020; di Kota Tangerang Selatan tidak ditemukan kasus difteri.

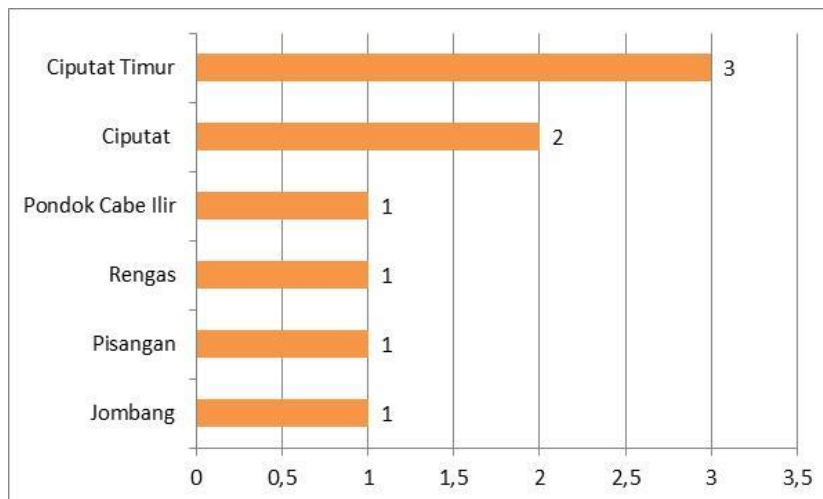
4. Polio dan AFP (Acute Flaccid Paralysis/Lumpuh Layu Akut)

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

Penemuan adanya transmisi virus polio liar dapat dilakukan melalui surveilans AFP; dimana semua kasus lumpuh layu akut pada anak usia <15 tahun (yang merupakan kelompok rentan terhadap penyakit polio) diamati. Surveilans AFP merupakan indikator sensitivitas deteksi virus polio liar. Surveilans *AFP* juga penting untuk dokumentasi mengenai tidak adanya virus polio liar sebagai syarat sertifikasi bebas polio.

Kasus lumpuh layu akut yang terjadi secara akut (mendadak); bukan disebabkan oleh ruda paksa yang diduga kasus polio sampai dibuktikan dengan pemeriksaan laboratorium bukan kasus polio adalah definisi dari nonpolio *AFP*.

Gambar 6.20 Kasus AFP Tahun 2020



di Kota Tangerang Selatan; pada tahun 2020 dari 8.408 jumlah penduduk berusia < 15 tahun terdapat 9 jumlah kasus AFP (non polio); dengan jumlah kasus paling banyak di puskesmas ciputat timur; dan kasus paling sedikit di puskesmas pondok cabe ilir; rengas; pisangang; dan jombang.

Pada tahun 2020 pemerintah Kota Tangerang Selatan melalui Dinas Kesehatan telah melakukan berbagai upaya dalam mencegah dan mengendalikan penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I). upaya-upaya tersebut yaitu sebagai berikut.

1. Meningkatkan cakupan imunisasi dasar dan lanjutan; karena imunisasi merupakan pencegahan spesifik dari PD3I;
2. Melakukan bimbingan teknis dan supervisi program surveilans dan Imunisasi;
3. Melaksanakan peningkatan kapasitas PD3I dalam rangka meningkatkan cakupan surveilans *AFP* dan Campak-Rubella serta pengendalian Difteri;
4. Menyusun; menyediakan; dan mendistribusikan petunjuk teknis surveilans PD3I selama pandemi Covid-19;
5. Menyediakan dan mendistribusikan media komunikasi; informasi; dan edukasi (KIE) program surveilans PD3I;
6. Melaksanakan pertemuan rutin dengan Komisi Ahli (Komli) Difteri; Komli CampakRubella/CRS; Komli surveilans AFP dan Komli Eradikasi Polio (ERAPO); untuk membahas hal-hal penting dan mendesak dalam rangka pengendalian PD3I;

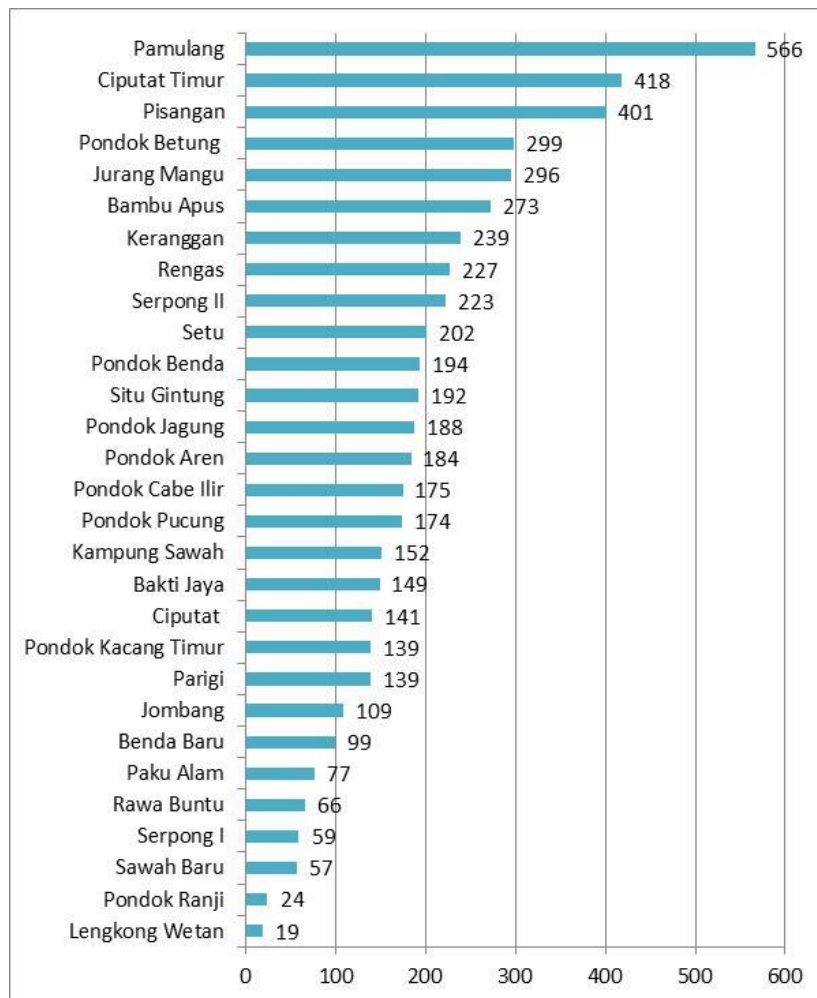
7. Melaksanakan pertemuan jejaring laboratorium Differi; Campak-Rubella/CRS; dan Polio;
8. Melakukan pendampingan Penyelidikan Epidemiologi penyakit potensial KLB termasuk PD3I ke wilayah-wilayah.

C.DAMPAK KESEHATAN AKIBAT BENCANA

Menurut Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana; bencana dikategorikan menjadi bencana alam; bencana non alam; dan bencana sosial. Bencana alam adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang disebabkan oleh alam antara lain berupa gempa bumi; tsunami; gunung meletus; banjir; kekeringan; angin topan; dan tanah longsor. Bencana non alam adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa non alam antara lain berupa gagal teknologi; gagal modernisasi; epidemi; dan wabah penyakit. Sedangkan; bencana social adalah bencana yang diakibatkan oleh manusia meliputi konflik sosial antarkelompok atau antar komunitas masyarakat dan teror.

Di Kota Tangerang Selatan terjadi 5.481 KLB pada tahun 2020. Jumlah ini meningkat jika dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya dikarenakan Covid-19 yang ditetapkan sebagai pandemi.

Gambar 6.21 Jumlah KLB Tahun 2020



Dari 29 puskesmas; puskesmas pamulang yang terbanyak mengalami KLB di tahun 2020 yaitu sebanyak 566 kejadian; dan puskesmas lengkong wetan yang paling sedikit mengalami KLB yaitu sebanyak 19 kejadian.

D.PENYAKIT TULAR VEKTOR DAN ZONOSIS

1. Demam Berdarah Dengue (DBD)

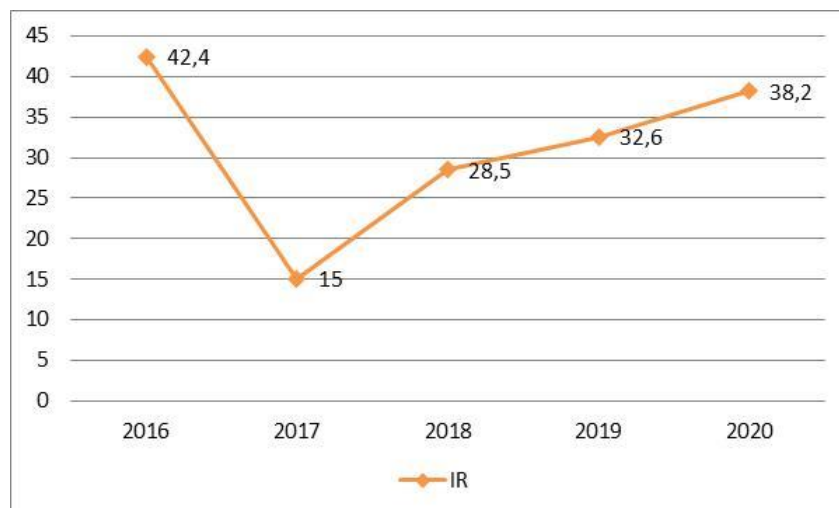
Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh virus Dengue dan ditularkan melalui vektor nyamuk dari spesies *Aedes aegypti* atau *Aedes albopictus*. Peran vektor dalam penyebaran penyakit menyebabkan kasus banyak ditemukan pada musim hujan ketika munculnya banyak genangan air yang menjadi tempat perindukan nyamuk. Selain iklim dan kondisi lingkungan; beberapa studi menunjukkan bahwa DBD berhubungan dengan mobilitas dan

kepadatan penduduk; dan perilaku masyarakat. Faktor-faktor yang mempengaruhi tersebut menjadi landasan dalam upaya pencegahan dan pengendalian DBD.

a. Kesakitan dan Kematian Akibat DBD

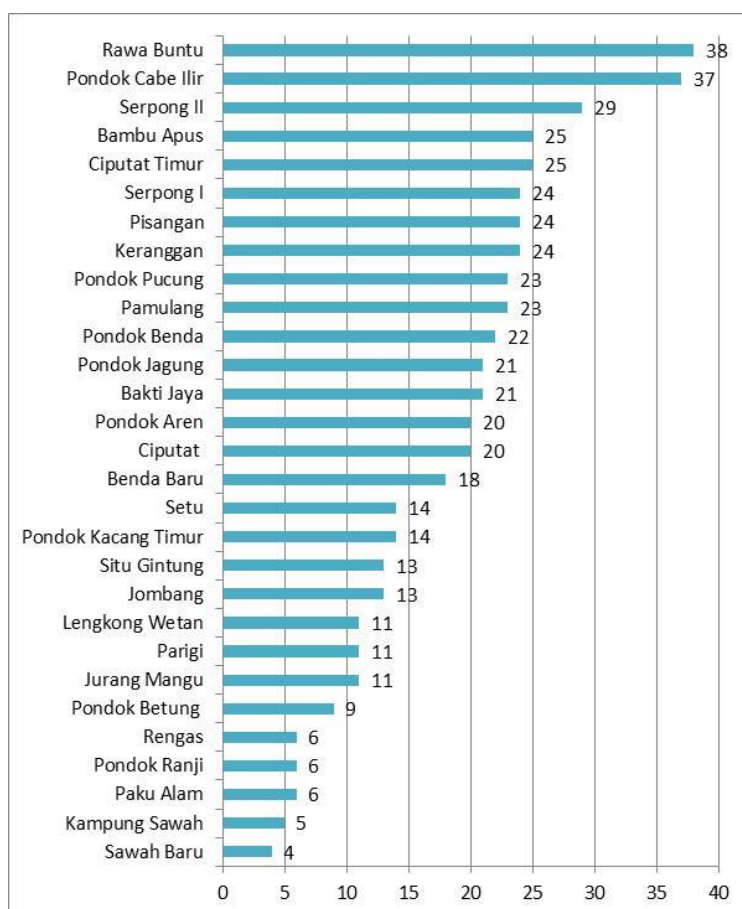
Kasus DBD ditegakkan dengan diagnosa yang terdiri dari gejala klinis dan hasil laboratorium yang megindikasikan penurunan trombosit $< 100.000/mm^3$ dan adanya kebocoran plasma yang ditandai dengan peningkatan hematokrit $> 20\%$. Kasus DBD yang dilaporkan pada tahun 2020 di Kota Tangerang Selatan tercatat sebanyak 517 kasus. Jumlah ini meningkat dibandingkan tahun 2019 yang sebesar 417. Jumlah kasus kematian DBD pada tahun 2020 sebanyak 2 kematian; jumlah ini sama dengan tahun 2019. Kesakitan dan kematian dapat digambarkan dengan menggunakan indikator *incidence rate (IR)* per 100.000 penduduk dan *case fatality rate (CFR)* dalam bentuk persentase.

Gambar 6.22 Incidence Rate (IR) DBD Tahun 2016-2020



incidence rate (IR) DBD pada tahun 2020 sebesar 38;2 per 100.000 penduduk.

≥Gambar 6.23 Incidence Rate (IR) DBD per Puskesmas Tahun 2020



Puskesmas dengan IR DBD tertinggi yaitu puskesmas rawa buntu (38). Sedangkan puskesmas dengan IR DBD terendah yaitu puskesmas sawah baru (4). Selain angka kesakitan; besaran masalah DBD juga dapat diketahui dari angka kematian atau *CFR* yang diperoleh dari proporsi kematian terhadap seluruh kasus yang dilaporkan. Secara umum; *CFR* DBD di Kota Tangerang Selatan sebesar 0;4%. Suatu wilayah dikatakan memiliki *CFR* tinggi jika telah melebihi 1%. Tingginya *CFR* memerlukan langkah peningkatan kualitas pelayanan kesehatan. Upaya edukasi kepada masyarakat juga diperlukan untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat agar segera memeriksakan diri ke sarana kesehatan jika ada anggota keluarganya yang memiliki gejala DBD. Hal ini menjadi penting sebagai pertolongan segera untuk mencegah keparahan dan komplikasi yang berujung pada fatalitas.

Gambar 6.24 *Case Fatality Rate (CFR) DBD per Puskesmas Tahun 2020*



2. Filariasis

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

Di Kota Tangerang Selatan; selama kurun waktu 2016-2020 belum pernah terjadi kasus filariasi.

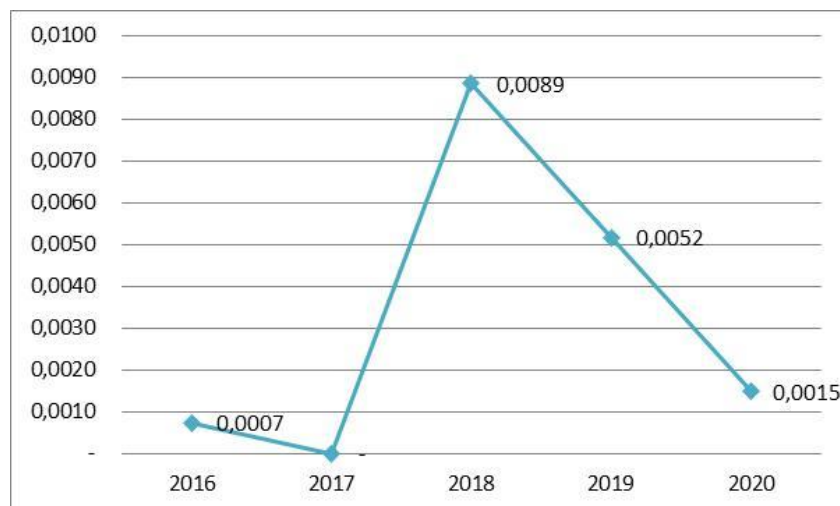
3. Malaria

Malaria merupakan salah satu penyakit menular selain HIV AIDS dan Tuberkulosis yang pengendaliannya menjadi bagian dari tujuan *Sustainable Development Goals (SDGs)* sebagai komitmen global yang harus dicapai pada akhir tahun 2030. Pada tingkat nasional program eliminasi malaria ditetapkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 293/Menkes/SK/IV/2009 tanggal 28 April 2009 tentang “Eliminasi Malaria di Indonesia”. Target program eliminasi malaria adalah seluruh wilayah di Indonesia bebas dari malaria selambat-lambatnya tahun 2030.

a. Angka Kesakitan Malaria

Angka kesakitan malaria digambarkan dengan indikator *Annual Parasite Incidence (API)* per 1.000 penduduk; yaitu proporsi antara pasien positif malaria terhadap penduduk berisiko di wilayah tersebut dengan konstanta 1.000. pada tahun 2020 angka kesakitan malaria di Kota Tangerang Selatan 2 per 1.000 penduduk yaitu 0;0015.

Gambar 6.25 *Annual Parasite Incidence (API)* per 1.000 penduduk Tahun 2016-2020



Dari seluruh kasus malaria; seluruhnya telah terkonfirmasi laboratorium.

Kasus malaria di Kota Tangerang Selatan pada tahun 2020 ditemukan pada wilayah kerja puskesmas paku alam dan puskesmas pisangang masing-masing 1 kasus.

b. Pengobatan Malaria

Pengobatan malaria secara efektif dilakukan dengan pemberian *ACT* (*Artemisinin-based Combination Therapy*) pada 24 jam pertama pasien panas dan obat harus diminum habis.

Dari 2 kasus malaria di tahun 2020; seluruhnya sudah diberikan ACT.

E. PENYAKIT TIDAK MENULAR

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

Seiring dengan pertumbuhan ekonomi yang cepat; meningkatnya urbanisasi; terjadinya perubahan iklim dan transisi pekerjaan serta kemajuan teknologi menyebabkan terjadinya pola hidup sedentary di masyarakat dan berdampak pada timbulnya beban ganda akibat PTM dan penyakit infeksi emerging. Gambaran beban ganda semakin terlihat nyata saat masa pandemi Covid-19 ini.

Menurut WHO meningkatnya penyakit tidak menular terutama didorong oleh empat factor risiko utama yaitu pola makan yang tidak sehat; kurang aktivitas fisik; penggunaan tembakau; dan penggunaan alkohol yang berbahaya. Penyakit tidak menular menimbulkan konsekuensi kesehatan yang berdampak bagi individu; keluarga dan komunitas; dan mengancam sistem kesehatan. Besarnya biaya sosial ekonomi yang disebabkan oleh PTM membuat pencegahan dan pengendalian penyakit ini menjadi hal yang penting pada saat ini.

Untuk menurunkan kecenderungan peningkatan kasus penyakit tidak menular tersebut; tentu saja dibutuhkan program pengendalian yang dalam hal ini telah dan terus dilakukan oleh Dinas Kesehatan.

1. Hipertensi

Hipertensi adalah istilah medis dari penyakit tekanan darah tinggi. Kondisi ini dapat mengakibatkan berbagai komplikasi kesehatan yang membahayakan nyawa sekaligus meningkatkan risiko terjadinya penyakit jantung; stroke; bahkan kematian.

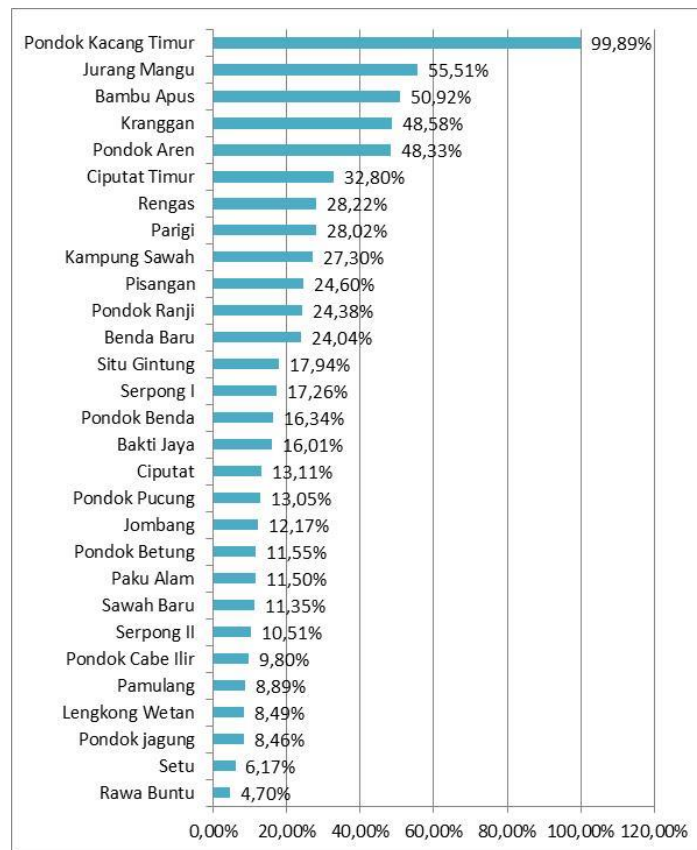
Tekanan darah bisa diartikan sebagai kekuatan yang diberikan oleh sirkulasi darah terhadap dinding arteri tubuh; yaitu pembuluh darah utama yang berada dalam tubuh. Besarnya tekanan ini bergantung pada resistensi pembuluh darah dan seberapa keras jantung bekerja. Semakin banyak darah yang dipompa oleh jantung dan semakin sempit pembuluh darah arteri; maka tekanan darah akan semakin tinggi.

Hipertensi dapat diketahui dengan rutin melakukan pemeriksaan tekanan darah. Setidaknya; orang dewasa dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan darah; termasuk tekanan darah setiap lima tahun sekali.

Penulisan hasil tekanan darah berupa dua angka. Angka pertama atau sistolik mewakili tekanan dalam pembuluh darah ketika jantung berkontraksi atau berdetak. Sementara itu; angka kedua atau diastolik mewakili tekanan di dalam pembuluh darah ketika jantung beristirahat di antara detaknya.

Seseorang bisa dikatakan mengalami hipertensi bila pembacaan tekanan darah sistolik pada pengukuran selama dua hari berturut-turut menunjukkan hasil yang lebih besar dari 140 mmHg; dan/atau pembacaan tekanan darah diastolik menunjukkan hasil yang lebih besar dari 90 mmHg.

Gambar 6.26 Estimasi Penderita Hipertensi \geq 15 tahun Tahun 2020



Pada tahun 2020; sebanyak 24,8% jumlah estimasi penderita hipertensi berusia \geq 15 tahun yang mendapatkan pelayanan sesuai standar. Dengan cakupan pelayanan hipertensi terbanyak adalah puskesmas pondok kacang timur (99,89%) dan cakupan pelayanan terendah di puskesmas rawa buntu (4,7%).

2. Diabetes Melitus (DM)

Diabetes adalah penyakit kronis atau yang berlangsung jangka panjang yang ditandai dengan meningkatnya kadar gula darah (glukosa) hingga di atas nilai normal. Ada dua jenis utama diabetes; yaitu diabetes tipe 1 dan tipe 2.

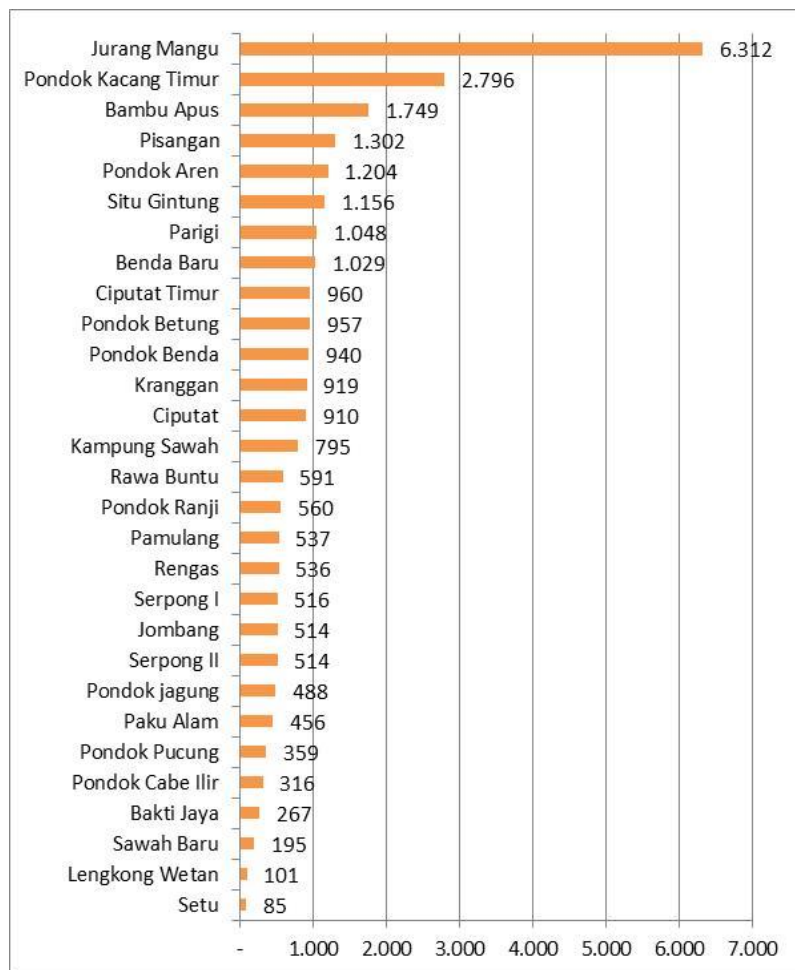
Diabetes disebabkan karena adanya gangguan dalam tubuh; sehingga tubuh tidak mampu menggunakan glukosa darah ke dalam sel; sehingga glukosa menumpuk dalam darah.

Pada diabetes tipe 1; gangguan ini disebabkan sistem kekebalan tubuh yang biasanya menyerang virus atau bakteri berbahaya lainnya; malah menyerang dan

menghancurkan sel penghasil insulin. Akibatnya; tubuh kekurangan atau bahkan tidak dapat memproduksi insulin sehingga gula yang seharusnya diubah menjadi energi oleh insulin menyebabkan terjadinya penumpukan gula dalam darah.

Sedangkan pada diabetes tipe 2; tubuh bisa menghasilkan insulin secara normal; tetapi insulin tidak digunakan secara normal. Kondisi ini dikenal juga sebagai resistensi insulin.

Gambar 6.27 Kasus DM Tahun 2020

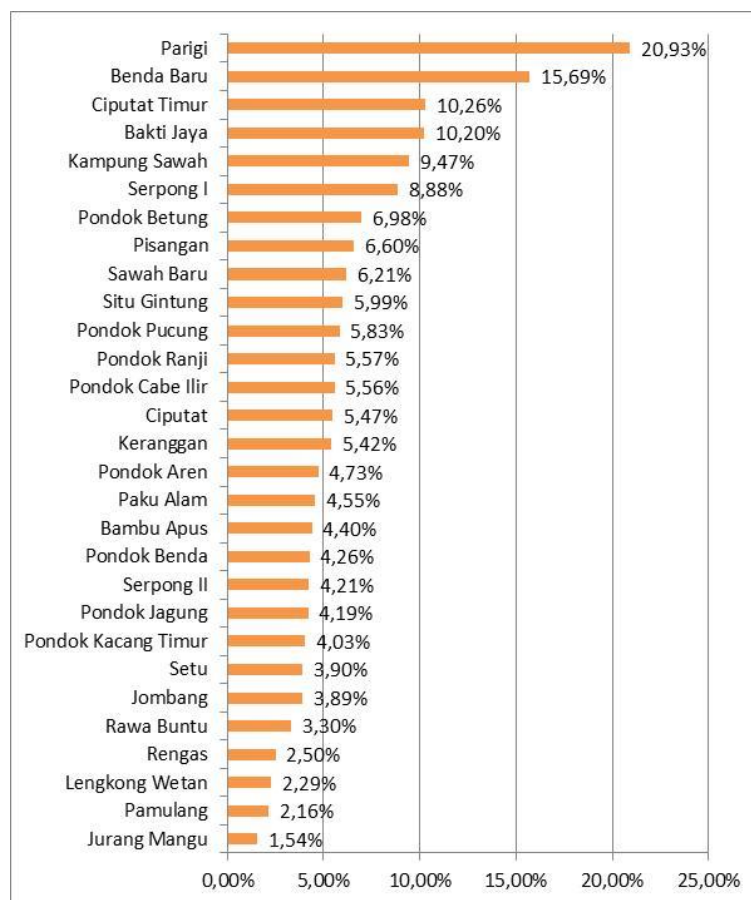


Untuk kasus diabetes mellitus; pada tahun 2020 di Kota Tangerang Selatan ditemukan sebanyak 28.112 penderita DM dan seluruhnya (100%) sudah mendapatkan pelayanan sesuai standar. Jumlah penderita DM terbanyak berada pada wilayah puskesmas jurang mangu (6.312 penderita) dan jumlah penderita DM terendah ada pada wilayah puskesmas setu (85 penderita).

3. Deteksi Dini Kanker Leher Rahim dan Payudara

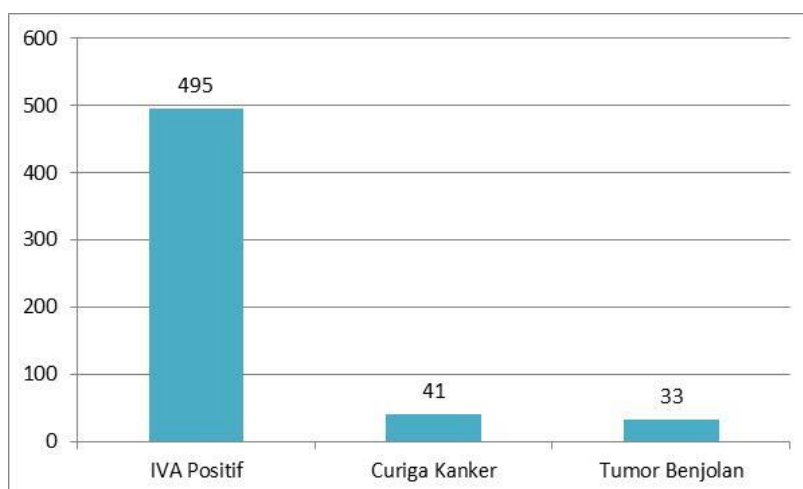
Kanker payudara dan kanker leher rahim merupakan jenis kanker yang memiliki kontribusi tertinggi terhadap prevalensi kanker pada perempuan di Indonesia. Kedua jenis kanker ini memiliki angka kematian yang tinggi yang disebabkan terlambatnya deteksi dini. Penyintas kanker payudara dan leher rahim pada umumnya terdeteksi pada stadium lanjut. Kanker leher rahim dapat ditemukan pada tahap sebelum kanker (lesi prakanker) dengan metoda IVA dan papsmear. Deteksi dini dapat menekan angka kematian dan pembiayaan kesehatan.

Gambar 6.28 Deteksi Dini Kanker Leher Rahim melalui Metode IVA Tahun 2020



Secara umum; sebanyak 5,7% perempuan usia 30-50 tahun telah menjalani deteksi dini kanker leher Rahim melalui metode IVA. Puskesmas dengan cakupa IVA tertinggi adalah puskesmas parigi (20,93%). Sedangkan puskesmas dengan cakupan IVA terendah adalah puskesmas jurang mangu (1,54%).

Gambar 6.29 Hasil Pemeriksaan IVA Tahun 2020



Gambar di atas menunjukkan bahwa pada tahun 2020 dari hasil pemeriksaan IVA telah ditemukan 495 IVA positif; 41 curiga kanker; dan 33 tumor benjolan.

F. KESEHATAN JIWA DAN NAPZA

1. Pelayanan Kesehatan Jiwa

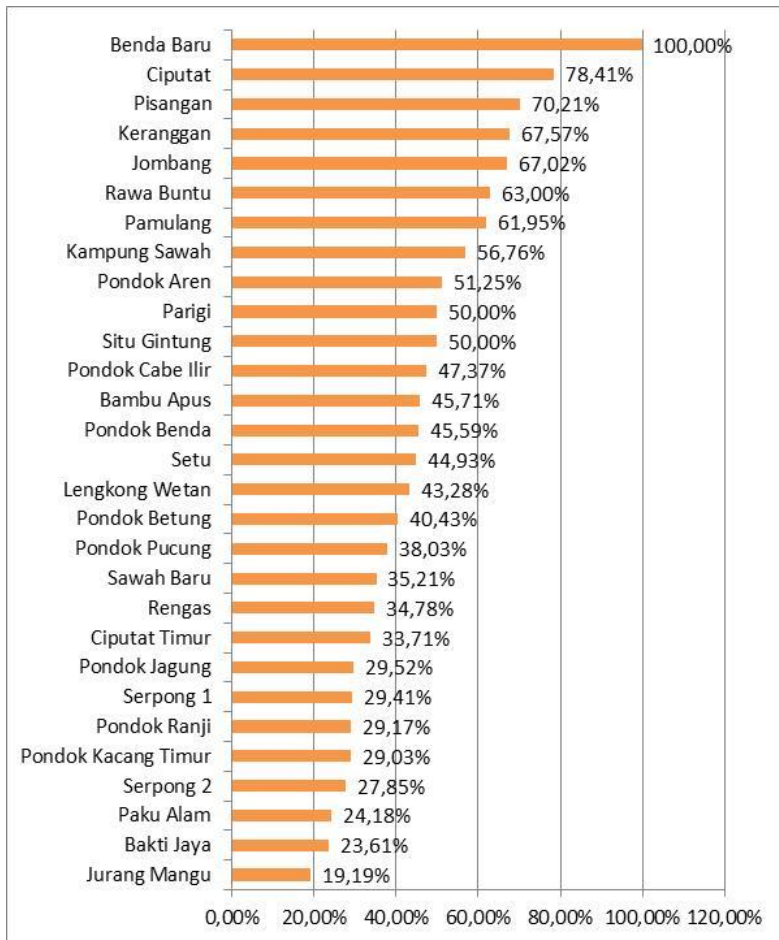
a. Persentase Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Berat yang Mendapatkan Layanan

ODGJ adalah orang yang didiagnosis oleh psikiater; dokter; psikolog klinis sebagai penderita Skizofrenia atau Psikosis Akut dan harus mendapat layanan dan penanganan di fasilitas pelayanan kesehatan (Puskesmas; Klinik; RSUD dengan Layanan Keswa; RSJ).

ODGJ berat mendapat pelayanan sesuai standar di fasilitas pelayanan kesehatan; berupa: pemeriksaan kesehatan jiwa (wawancara psikiatrik dan pemeriksaan status mental); pemberian informasi dan edukasi; tatalaksana awal; pemberian pengobatan dasar dan atau melakukan rujukan bila diperlukan.

Berdasarkan laporan; pada tahun 2020 persentase ODGJ yang mendapat layanan sebesar 45;9%. Dari 29 puskesmas yang melaporkan; capaian tertinggi di puskesmas benda baru (100%) dan puskesmas dengan capaian terendah adalah puskesmas jurang mangu (19;19%).

Gambar 6.30 ODGJ yang Mendapat Pelayanan Tahun 2020



BAB VII. KESEHATAN LINGKUNGAN

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

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

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

Lingkungan Hidup; Pertanian; Pekerjaan Umum- Perumahan Rakyat dan lainnya) hingga ke hilir yaitu dampak kesehatan. Kementerian Kesehatan sendiri fokus kepada pengelolaan dampak kesehatan.

A. AIR MINUM

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

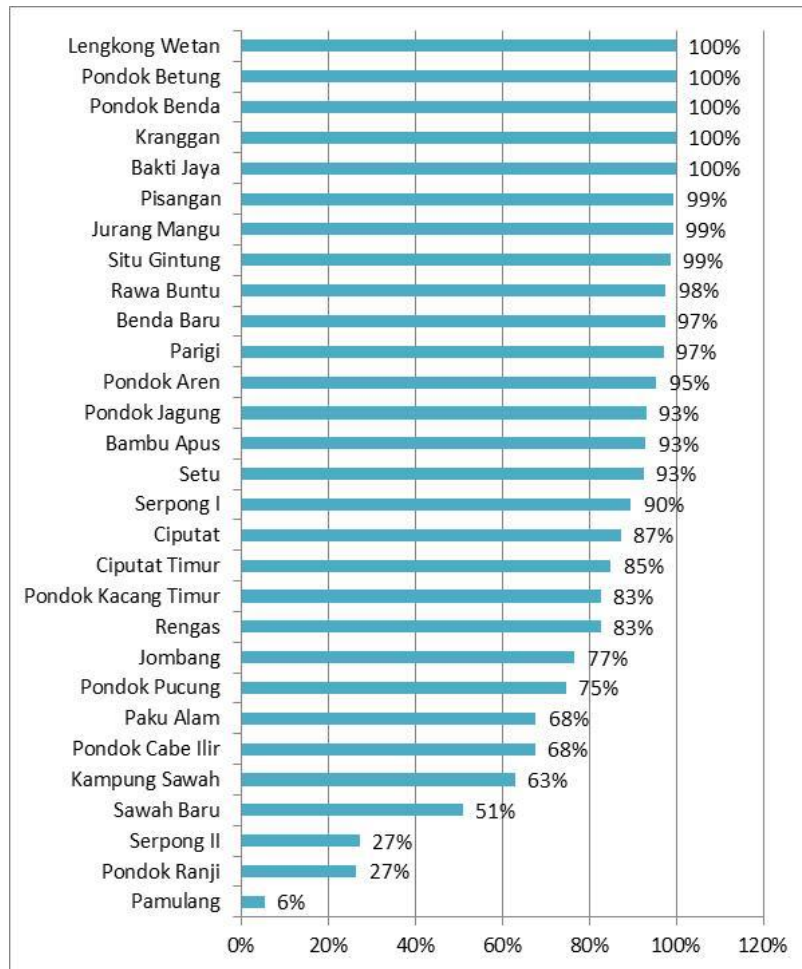
Air minum yang aman bagi kesehatan menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 492 Tahun 2010 adalah air minum yang memenuhi persyaratan secara fisik; mikrobiologis; kimia; dan radioaktif. Secara fisik; air minum yang sehat adalah tidak berbau; tidak berasa; tidak berwarna serta memiliki total zat padat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

Untuk menjaga kualitas air minum yang dikonsumsi masyarakat; diperlukan pengawasan kualitas air minum baik secara eksternal maupun internal. Pengawasan kualitas air minum secara eksternal dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Pengawasan secara internal dilakukan oleh pelaksana penyelenggara air minum yaitu Badan Usaha Milik Negara/Badan Usaha Milik Daerah; koperasi; Badan Usaha Swasta; usaha perorangan; kelompok masyarakat; dan/atau individual yang melakukan kegiatan penyediaan air minum.

Kegiatan pengawasan kualitas air minum menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 492 Tahun 2010 pasal 4 ayat 4 meliputi inspeksi sanitasi; pengambilan sampel air; pengujian kualitas air; analisis hasil pemeriksaan

laboratorium; rekomendasi; dan tindak lanjut. Kegiatan yang sudah dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan dalam pengawasan kualitas air minum adalah Inspeksi Kesehatan Lingkungan atau IKL. Pelaksanaan IKL dilakukan oleh tenaga sanitarian puskesmas; kader kesehatan lingkungan; atau kader lain di desa yang telah mendapatkan pelatihan praktis pemantauan kualitas sarana air minum.

Gambar 7.1 Sarana Air Minum yang Diawasi/Diperiksa Kualitasnya Tahun 2020



Pada tahun 2020; sarana air minum yang diawasi/diperiksa kualitas air minumnya sesuai standar sebanyak 315.110 sarana (79,3%). Puskesmas dengan persentase tertinggi sarana air minum yang diawasi sesuai standar yaitu puskesmas lengkong wetan; pondok betung; pondok benda; keranggan; dan bakti jaya (100%). Sedangkan puskesmas terendah yaitu puskesmas pamulang (6%).

Tabel 7.1 Akses Air Minum yang Aman Tahun 2020

PUSKESMAS	AKSES AIR MINUM	
	AMAN (%)	TIDAK AMAN (%)
Bakti Jaya	78;95	21;05
Benda Baru	60;00	40;00
Ciputat	100;00	0;00
Ciputat Timur	100;00	0;00
Jombang	98;43	1;57
Jurang Mangu	89;55	10;45
Kampung Sawah	95;42	4;58
Kranggan	83;33	16;67
Paku Alam	75;00	25;00
Pamulang	100;00	0;00
Parigi	88;33	11;67
Pisangan	94;74	5;26
Pondok Aren	66;00	34;00
Pondok Benda	100;00	0;00
Pondok Betung	65;87	34;13
Pondok Jagung	86;25	13;75
Pondok Kacang Timur	100;00	0;00
Pondok Pucung	37;50	62;50
Pondok Ranji	60;00	40;00
Rawa Buntu	91;67	8;33
Rengas	86;67	13;33
Sawah Baru	97;83	2;17
Serpong I	100;00	0;00
Serpong II	49;17	50;83
Setu	65;00	35;00
Situ Gintung	100;00	0;00
Lengkong Wetan	88;57	11;43
Bambu Apus	100;00	0;00
Pondok Cabe Ilir	100;00	0;00

Rumah tangga harus memiliki akses air minum layak dan bersih dalam mendukung kesehatan lingkungan dan kesehatan masyarakat. Kebutuhan air minum; tidak hanya dilihat dari kuantitasnya tetapi juga dari kualitas air minum.

Pemenuhan kebutuhan air minum di rumah tangga dapat diukur dari akses air minum layak.

Menurut BPS (Badan Pusat Statistik) yang dipublikasikan melalui Indikator Perumahan dan Kesehatan Lingkungan 2020; beberapa faktor yang berpengaruh terhadap akses air minum layak diantaranya adalah:

1. jenis sumber air utama yang digunakan oleh rumah tangga untuk diminum berasal dari air leding; sumur bor atau sumur pompa ;sumur terlindung; mata air terlindung dan air hujan;
2. jenis sumber air utama yang digunakan oleh rumah tangga berasal dari air kemasan bermerk atau air isi ulang namun sumber air utama untuk mandi; mencuci dan lain-lain yang digunakan berasal dari air leding; sumur bor atau sumur pompa; sumur terlindungi; mata air terlindungi; dan air hujan.

Perbedaan klasifikasi dengan sebelumnya adalah tidak lagi memasukkan karakteristik jarak ke tempat pembuangan limbah/kotoran/tinja terdekat.

B. AKSES SANITASI LAYAK

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

Menurut Panduan 5 Pilar STBM (Sanitasi Total Berbasis Masyarakat); jamban sehat adalah jamban yang memenuhi kriteria bangunan dan persyaratan kesehatan. Persyaratan kesehatan yang dimaksud adalah tidak mengakibatkan terjadinya penyebaran bahan-bahan yang berbahaya bagi manusia akibat pembuangan

kotoran manusia dan dapat mencegah vektor pembawa untuk menyebarkan penyakit pada pemakai dan lingkungan sekitarnya.

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

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

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

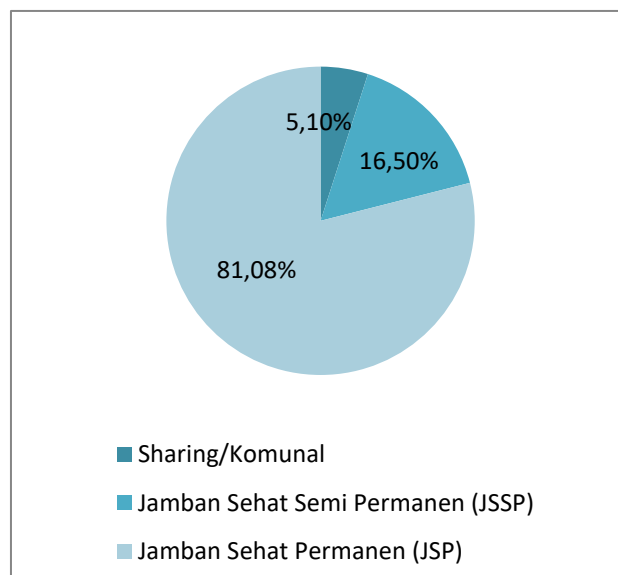
2. Bangunan tengah jamban

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

3. Bangunan bawah

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

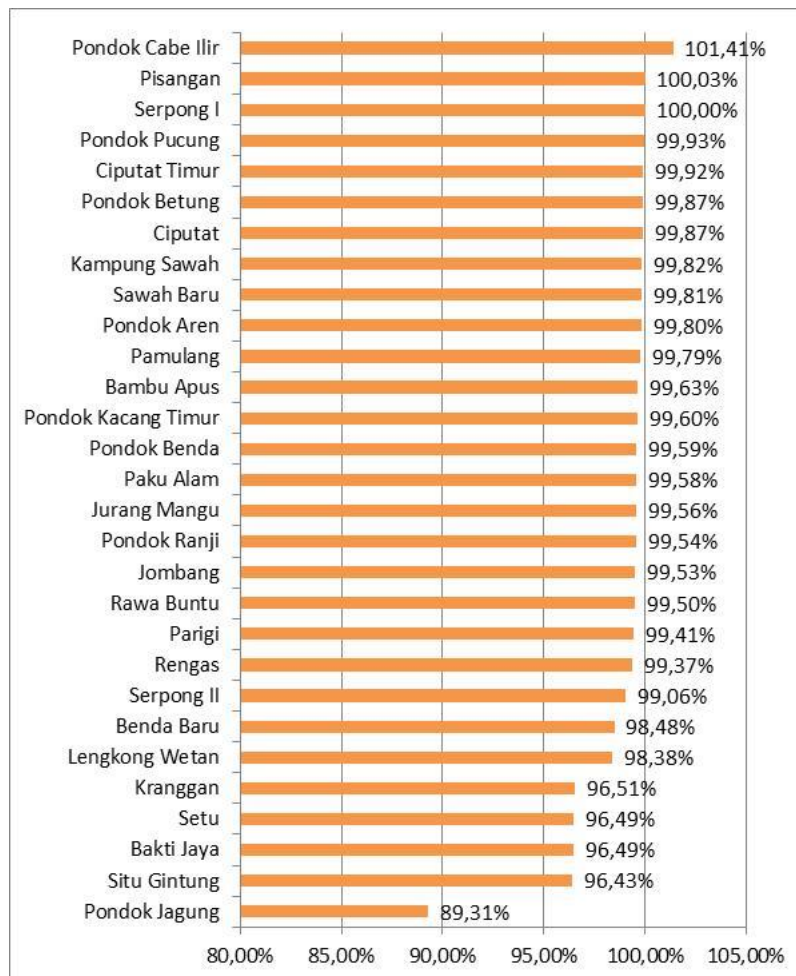
Gambar 7.2 Proporsi Sarana Jamban Sehat Tahun 2020



Sarana jamban sehat dapat diklasifikasi menjadi jamban sharing/komunal; jamban sehat semi permanen (JSSP); dan jamban sehat permanen (JSP). Jamban sharing/komunal merupakan jamban yang digunakan bersama dalam masyarakat

(pengguna lebih dari satu keluarga). JSSP belum menggunakan konstruksi leher angsa tetapi memiliki tutup dan terletak di dalam rumah. JSP adalah jamban yang sudah menggunakan konstruksi leher angsa dan terletak di dalam rumah. Pada tahun 2020; 81,08% keluarga di Kota Tangerang Selatan sudah menggunakan JSP. Sisanya 16,50% menggunakan JSSP dan 5,10% menggunakan jamban sharing/komunal.

Gambar 7.3 Keluarga dengan Akses Fasilitas Sanitasi yang Layak Tahun 2020



Persentase keluarga dengan akses fasilitas sanitasi yang layak (jamban sehat) di Kota Tangerang Selatan tahun 2020 adalah 97,7%. Puskesmas dengan persentase tertinggi keluarga dengan akses terhadap fasilitas sanitasi yang layak (jamban sehat) adalah di puskesmas pondok cabe ilir (101,41%) puskesmas dengan persentase terendah adalah puskesmas pondok jagung (89,31%).

C. SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT (STBM)

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

Masyarakat menyelenggarakan STBM secara mandiri dengan berpedoman pada Pilar STBM yang bertujuan untuk memutus mata rantai penularan penyakit dan keracunan. Pilar STBM terdiri atas perilaku:

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

Mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2014; strategi penyelenggaraan STBM meliputi 3 (tiga) komponen yang saling mendukung satu dengan yang lain; yang disebut dengan 3 Komponen Sanitasi Total adalah sebagai berikut: 1.) Penciptaan lingkungan yang kondusif (*enabling environment*); 2.) Peningkatan kebutuhan sanitasi (*demand creation*); 3.) Peningkatan penyediaan akses sanitasi (*supply improvement*).

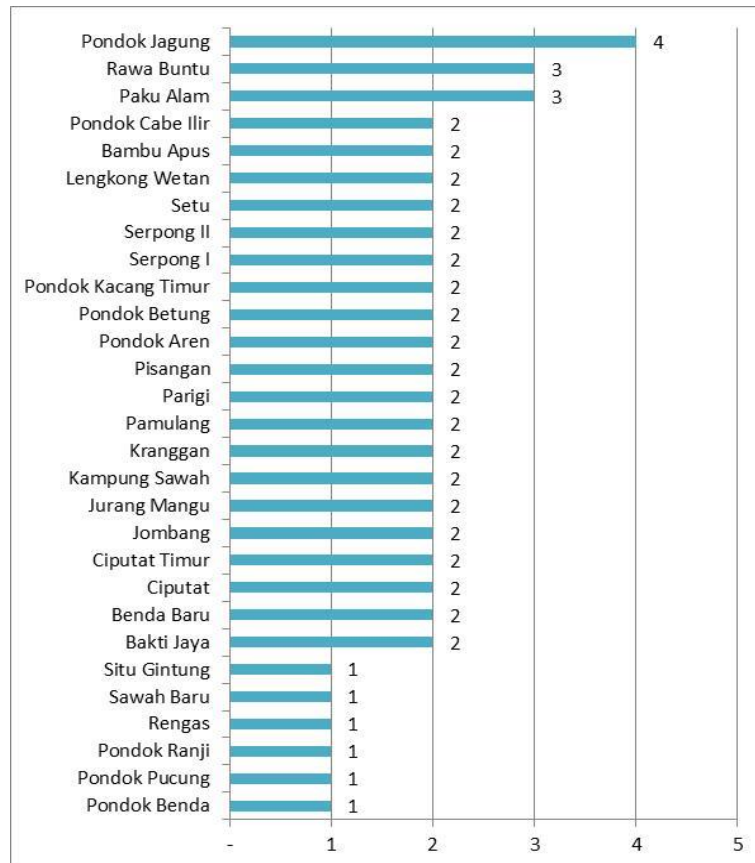
Jumlah desa/kelurahan yang melaksanakan STBM adalah jumlah kumulatif desa/kelurahan yang terverifikasi melaksanakan STBM. Akumulasi jumlah desa/kelurahan yang terverifikasi sebagai desa/kelurahan melaksanakan STBM adalah desa/kelurahan yang memenuhi kriteria sebagai berikut:

1. Telah dilakukan pemicuan STBM (upaya untuk menuju perubahan perilaku masyarakat yang higienis dan saniter melalui pemberdayaan masyarakat dengan metode partisipatori berprinsip pada pendekatan *CLTS (Community-Led Total Sanitation)*).

2. Telah memiliki *natural leader* (anggota masyarakat baik individu maupun kelompok masyarakat yang memotori gerakan STBM di masyarakat tersebut).
3. Telah memiliki Rencana Kerja Masyarakat (RKM).

Pada tahun 2020; jumlah desa/kelurahan yang telah melaksanakan STBM sudah mencapai 100% (56 kelurahan) di Kota Tangerang Selatan.

Gambar 7.4 Desa/Kelurahan Melaksanakan STBM Tahun 2020



Desa/Kelurahan Stop BABS (SBS) dalam pilar STBM dapat mencapai status SBS dengan indikator sebagai berikut:

- a. Semua masyarakat telah BAB hanya di jamban yang sehat dan membuang tinja/kotoran bayi hanya ke jamban yang sehat (termasuk di sekolah).
- b. Tidak terlihat tinja manusia di lingkungan sekitar.
- c. Ada penerapan sanksi; peraturan atau upaya lain oleh masyarakat untuk mencegah kejadian BAB di sembarang tempat.
- d. Ada mekanisme pemantauan umum yang dibuat masyarakat untuk mencapai 100% KK mempunyai jamban sehat.
- e. Ada upaya atau strategi yang jelas untuk dapat mencapai sanitasi total.

Gambar 7.5 Desa/Kelurahan SBS Tahun 2020



Secara umum; persentase desa/kelurahan SBS tahun 2020 adalah 16;1%. Dengan persentase desa/kelurahan SBS tertinggi di wilayah puskesmas serpong 1 dan ciputat timur (100%) diikuti puskesmas pondok cabe ilir; pondok jagung; ciputat (50%); puskesmas rawa buntu (33;33%) dan sisanya belum memenuhi kriteria desa/kelurahan SBS.

D. TEMPAT DAN FASILITAS UMUM (TFU) YANG DILAKUKAN PENGAWASAN SESUAI STANDAR

Tempat dan Fasilitas Umum (TFU) yang dilakukan pengawasan sesuai standar adalah TFU yang dilakukan pengawasan dengan menggunakan formulir Inspeksi Kesehatan Lingkungan (IKL) di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun. TFU adalah lokasi; sarana; dan prasarana antara lain: fasilitas kesehatan; fasilitas pendidikan; tempat ibadah; hotel; rumah makan dan usaha lain yang sejenis; sarana olahraga; sarana transportasi darat; laut; udara; dan kereta api;

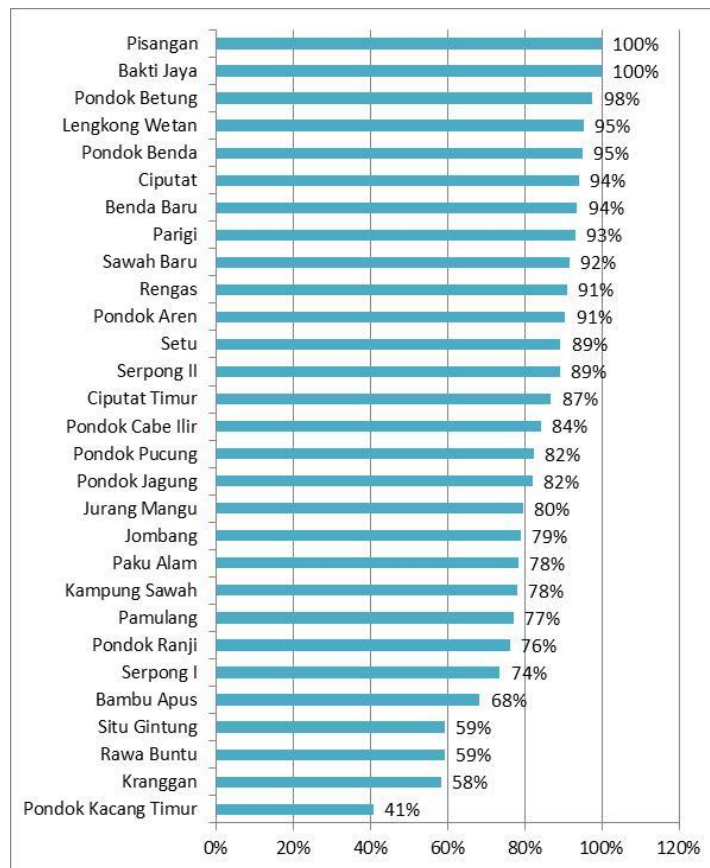
stasiun dan terminal; pasar dan pusat perbelanjaan; pelabuhan; bandar udara; dan pos lintas batas darat negara; dan tempat dan fasilitas umum lainnya. Ruang lingkup pengawasan pada TFU telah ditetapkan yaitu pada tiga lokus yang menjadi prioritas sesuai dengan indikator Renstra Direktorat Kesehatan Lingkungan tahun 2020 – 2024; Pemerintah Daerah wajib melakukan pengawasan sesuai standar minimal pada 3 (tiga) lokus dari tempat dan fasilitas umum tersebut; yaitu:

1. Sekolah yang dimaksud adalah sekolah yang dimiliki oleh pemerintah dan swasta yang terdiri dari SD/MI dan SMP/MTs yang terdaftar di Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan dan Kementerian Agama
2. Puskesmas yang dimaksud adalah yang berada di wilayah kerjanya
3. Pasar adalah pasar rakyat yang telah dilakukan revitalisasi dan terdaftar di Kementerian Perdagangan

Pengawasan sesuai standar yang dimaksud adalah kunjungan untuk mengetahui faktor risiko kesehatan lingkungan dengan menggunakan formulir IKL melalui pengamatan fisik media lingkungan; pengukuran media lingkungan dan analisis risiko kesehatan lingkungan serta rekomendasi perbaikan.

TFU dinyatakan telah dilakukan pengawasan sesuai standar apabila telah dilakukan IKL dengan mengisi form yang sudah ditentukan dan melakukan pengukuran kualitas lingkungan dengan peralatan pendukung (Sanitarian Kit) yang tersedia di Puskesmas atau Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan tujuan untuk mengidentifikasi faktor risiko penyakit akibat lingkungan dan selanjutnya memberikan rekomendasi hasil pengawasan tersebut pada sektor terkait untuk dilakukan perbaikan dan peningkatan kualitas lingkungan dalam upaya mewujudkan TFU yang bersih; aman; nyaman dan sehat.

Gambar 7.6 Tempat Fasilitas Umum dilakukan Pengawasan Tahun 2020



Secara umum; persentase TFU yang dilakukan pengawasan sesuai standar pada tahun 2020 adalah 81;8%. Puskesmas dengan persentase TFU tertinggi adalah puskesmas pisang dan bakti jaya (100%). Sedangkan puskesmas pondok kacang timur (41%) memiliki persentase TFU sesuai standar yang paling rendah.

E. TEMPAT PENGELOLAAN PANGAN (TPP)

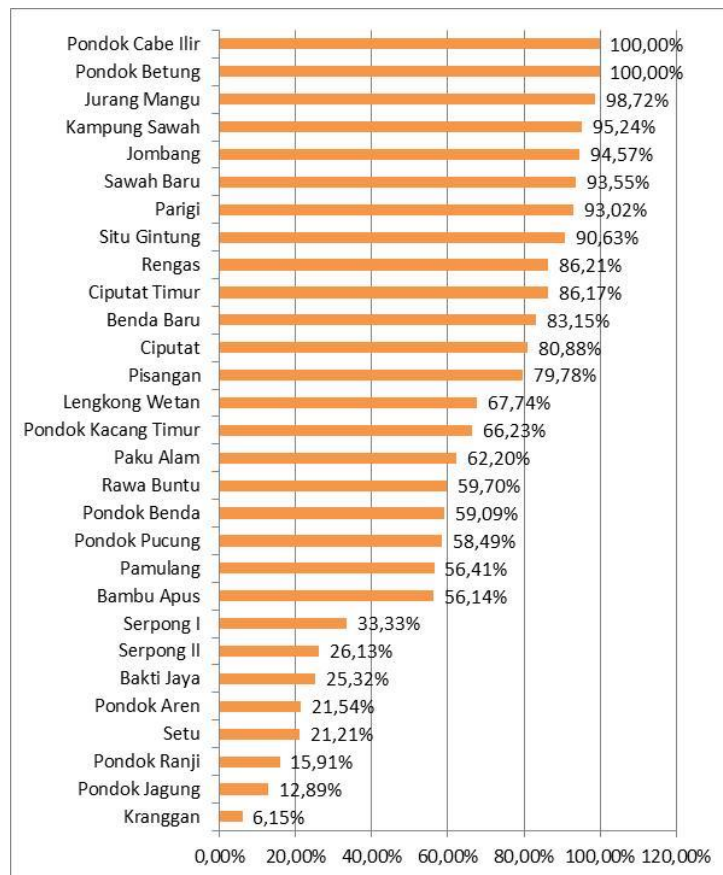
Tempat Pengelolaan Pangan (TPP) adalah usaha pengelolaan makanan yang meliputi jasaboga atau catering; rumah makan dan restoran; depot air minum; kantin; dan makanan jajanan yang memiliki potensi yang cukup besar untuk menimbulkan gangguan kesehatan terutama penyakit yang diakibatkan oleh pangan atau Food Borne Diseases. Setiap TPP harus menerapkan higiene sanitasi pangan agar pangan yang dihasilkan aman dan sehat untuk dikonsumsi; untuk itu perlu memperhatikan higiene sanitasi dalam pengelolaan pangan di TPP mulai dari pemilihan bahan baku; penyimpanan bahan pangan; pengolahan pangan;

penyimpanan pangan matang; sampai dengan penyajian; selain itu juga harus memperhatikan 4 (empat) aspek higiene sanitasi dalam bangunan; peralatan; penjamah pangan dan pangan yang dihasilkan.

Dalam rangka memastikan TPP memenuhi syarat higiene sanitasi; maka perlu dilakukan IKL oleh petugas puskesmas; disamping itu TPP juga dapat melakukan penilaian mandiri terkait kondisi higiene sanitasinya dengan mengisi buku rapor yang sudah dikembangkan oleh Direktorat Kesehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan agar TPP tersebut mendapatkan gambaran kondisi hygiene sanitasi dan dapat melakukan perbaikan kualitas TPP secara mandiri sebelum petugas datang untuk melakukan IKL.

Apabila TPP memenuhi syarat berdasarkan hasil IKL maka dapat mengajukan sertifikat laik higiene sanitasi ke Dinas Kesehatan setempat dengan memenuhi persyaratan lainnya yaitu pemeriksaan sampel pangan dan penjamah pangan yang sudah dilatih higiene sanitasi pangan dibuktikan dengan kepemilikan sertifikat.

Gambar 7.7 Tempat Pengelolaan Pangan Memenuhi Syarat Sesuai Standar Tahun 2020



Persentase TPP yang memenuhi syarat sesuai standar di Kota Tangerang Selatan pada tahun 2020 sebesar 54,4%. Puskesmas dengan persentase tertinggi TPP yang memenuhi syarat sesuai standar adalah puskesmas pondok cabe ilir dan pondok betung (100%). Sedangkan puskesmas dengan persentase terendah adalah puskesmas keranggan (6,15%).