

**PERATURAN BUPATI LIMA PULUH KOTA
NOMOR 99 TAHUN 2018 TENTANG
RENCANA STRATEGIS DINAS KESEHATAN
KABUPATEN LIMA PULUH KOTA
TAHUN 2016 - 2021**



**DINAS KESEHATAN
KABUPATEN LIMA PULUH KOTA
TAHUN 2018**



Lampiran : Peraturan Bupati Lima Puluh Kota
Nomor : 99 Tahun 2018
Tanggal : 14 Desember 2018
Tentang Rencana Strategis Dinas Kesehatan
Kabupaten Lima Puluh Kota Tahun 2016 -
2021

DAFTAR ISI

BAB I	:	PENDAHULUAN	
		1.1 Latar Belakang	1
		1.2 Landasan Hukum	3
		1.3 Maksud dan Tujuan	4
		1.4 Sistematika Penulisan	5
BAB II	:	GAMBARAN PELAYANAN DINAS KESEHATAN KABUPATEN LIMA PULUH KOTA	
		2.1 Tugas, Fungsi dan Struktur Organisasi Dinas Kesehatan	7
		2.2 Sumber Daya Dinas Kesehatan Sarana Kesehatan	36
		2.2.1 Sarana Kesehatan	36
		2.2.2 Tenaga Kesehatan	39
		2.2.3 Analisis Lingkungan Strategis Organisasi	40
		2.3. Kinerja Pelayanan Dinas Kesehatan	42
		2.3.1 Derajat Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota	42
		2.3.2 Capaian Program Pelayanan Kesehatan Dasar	49
		2.3.3 Capaian Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan	77
		2.4 Tantangan dan Peluang Pengembangan Pelayanan Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota	87
		2.4.1 Tantangan Pengembangan Pelayanan Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota	87
		2.4.2 Peluang Pengembangan Pelayanan Dinas kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota	91
		2.4.3 Kelemahan Organisasi	92

	2.4.4	Kekuatan Organisasi	94
	2.4.5	Strategi Dinas Kesehatan Terkait Dengan Kekuatan, Kelemahan, Peluang dan Ancaman Yang Dihadapi	95
BAB III	:	PERMASALAHAN DAN ISU STRATEGIS DINAS KESEHATAN	
	3.1	Identifikasi Permasalahan Tugas Pokok dan Fungsi Pelayanan Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota	107
	3.2	Telaahan Visi, Misi dan Program Kepala Daerah dan Wakil Kepala Daerah Terpilih	111
	3.3	Telaahan Renstra Kementerian Kesehatan dan Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat	113
	3.4	Telaah Rencana Tata Ruang dan Kajian Lingkungan Hidup Strategis	121
	3.5	Isu-isu Strategis Bidang Kesehatan	122
BAB IV	:	TUJUAN DAN SASARAN	
	4.1	Tujuan dan Sasaran Jangka Menengah Dinas Kesehatan	130
	4.1.1	Tujuan	131
	4.1.2	Sasaran	132
BAB V	:	STRATEGI DAN ARAH KEBIJAKAN	
	5.1	Strategi dan Arah Kebijakan	135
BAB VI	:	RENCANA PROGRAM DAN KEGIATAN SERTA PENDANAAN INDIKATIF	
	6.1	Rencana Program dan Kegiatan. Indikator Kinerja, Kelompok Sasaran, dan Pendanaan Indikatif	138
BAB VII	:	KINERJA PENYELENGGARAAN BIDANG KESEHATAN	
	7.1	Indikator Kinerja Dinas Kesehatan Yang Mengacu Pada Tujuan dan Sasaran RPJMD	157
BAB VIII	:	PENUTUP	160

DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel	2.1. Rasio Puskesmas Terhadap 30.000 Penduduk Menurut Kecamatan di Kab. Lima Puluh Kota Tahun 2015	36
Tabel	2.2. Jumlah Sarana Kesehatan dan Kondisinya di Kab. Lima Puluh Kota Tahun 2015	37
Tabel	2.3. Data Dasar RSUD Suliki Tahun 2015	38
Tabel	2.4. Jumlah Sarana Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat Tahun 2015	38
Tabel	2.5. Ratio Tenaga Kesehatan per 100.000 Penduduk Tahun 2015 di Kab. Lima Puluh Kota	39
Tabel	2.6. Angka Kematian Bayi per 1.000 Kelahiran Hidup Kab. Lima Puluh Kota Tahun 2011 - 2015	43
Tabel	2.7. Angka Kematian Ibu per 100.000 Kelahiran Hidup di Kab. Lima Puluh Kota Tahun 2011 - 2015	44
Tabel	2.8. Angka Kematian Balita per 1.000 kelahiran hidup Kab. Lima Puluh Kota Tahun 2011 - 2015	45
Tabel	2.9. Prevalensi Kasus Baru BTA (+) Kab. Lima Puluh Kota Tahun 2011 - 2015	46
Tabel	2.10. Incidence Rate DBD Kab. Lima Puluh Kota Tahun 2011 - 2015	47
Tabel	2.11. Kasus Diare Yang Ditangani Kab. Lima Puluh Kota Tahun 2011 - 2015	48
Tabel	2.12. Prevalensi Balita Status Gizi Buruk (BB/U) Kab. Lima Puluh Kota Tahun 2011- 2015	49
Tabel	2.13. Cakupan K1 dan K4 Bumil Kab. Lima Puluh Kota Tahun 2011 - 2015	52
Tabel	2.14. Cakupan K1 dan K4 Puskesmas Kab. Lima Puluh Kota Tahun 2015	52
Tabel	2.15. Cakupan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan Kab. Lima Puluh Kota Tahun 2011-2015	54
Tabel	2.16. Cakupan Linakes Kab. Lima Puluh Kota Tahun 2015	55
Tabel	2.17. Jumlah Ibu Hamil Resti dan Dirujuk Kab. Lima Puluh Kota Tahun 2011 - 2015	56
Tabel	2.18. Cakupan Kunjungan Nifas (KF) Kab. Lima Puluh Kota Tahun 2011 - 2015	57
Tabel	2.19. Cakupan KN 1 dan KN Lengkap Kab. Lima Puluh Kota Tahun 2011 - 2015	59
Tabel	2.20. Cakupan KN Lengkap per Puskesmas Kab. Lima Puluh Kota Tahun 2015	60
Tabel	2.21. Cakupan Jorong UCI Per Puskesmas Kab. Lima Puluh Kota Tahun 2015	61
Tabel	2.22. Cakupan Jorong UCI Kab. Lima Puluh Kota Tahun 2011 - 2015	63
Tabel	2.23. Cakupan Immunisasi Campak Per Puskemas Kab. Lima Puluh Kota Tahun 2015	63
Tabel	2.24. Cakupan Pelayanan Kesehatan RS Kab. Lima Puluh Kota Tahun 2011 - 2015	65

Tabel	2.25.	Cakupan Peserta Jaminan Kesehatan Kab. Lima Puluh Kota Tahun 2011 – 2015	66
Tabel	2.26.	Cakupan CNR dan Succes Rate TB Kab. Lima Puluh Kota Tahun 2015	67
Tabel	2.27.	Tabel CNR dan Succer Rate TB Paru Kab. Lima Puluh Kota Tahun 2011 – 2015	69
Tabel	2.28.	Penemuan Pneumonia pada Balita Kab. Lima Puluh Kota Tahun 2011 – 2015	70
Tabel	2.29.	Insiden Rate DBD dan Kematian Akibat DBD Kab. Lima Puluh Kota Tahun 2011 - 2015	72
Tabel	2.30.	Cakupan Vit A Bayi dan Anak Balita Kab. Lima Puluh Kota Tahun 2011 – 2015	74
Tabel	2.31.	Cakupan Penimbangan Balita di Posyandu (D/S) Kab. Lima Puluh Kota Tahun 2011 – 2015	75
Tabel	2.32.	Cakupan Pemberian Tablet FE 1 dan FE 3 Bumil Kab. Lima Puluh Kota Tahun 2011 - 2015	76
Tabel	2.33.	Cakupan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Tahun 2015	77
Tabel	2.34.	Pencapaian Kinerja Pelayanan Dinas Kesehatan Kab. Lima Puluh Kota Tahun 2011 - 2015	80
Tabel	2.35.	Anggaran dan Realisasi Keuangan Pelayanan Dinas Kesehatan Kab. Lima Puluh Kota Tahun 2011 - 2015	85
Tabel	4.1.	Hubungan antara Visi, Misi, Tujuan dan Sasaran dalam RPJMD 2016-2021	131
Tabel	4.2.	Tujuan dan Sasaran Jangka Menengah Pelayanan Dinas Kesehatan	134
Tabel	5.1.	Tujuan, Sasaran, Strategi dan Kebijakan	136
Tabel	6.1.	Rencana Program dan Kegiatan, Indikator Kinerja, Kelompok Sasaran dan Pendanaan Indikatif Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota	143



PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan pada hakekatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen Bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan 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. Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh kesinambungan antar upaya program dan sektor, serta kesinambungan dengan upaya-upaya yang telah dilaksanakan oleh periode sebelumnya.

Permendagri 86 Tahun 2017 Tentang Tata Cara Perencanaan, Pengendalian Dan Evaluasi Pembangunan Daerah, Tata Cara Evaluasi Rancangan Peraturan Daerah Tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah Dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, Serta Tata Cara Perubahan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, Dan Rencana Kerja Pemerintah Daerah, mengatur bahwa setiap SKPD perlu menyusun Rencana Strategis (Renstra) yang mengacu pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD). Renstra Dinas Kesehatan merupakan dokumen perencanaan yang bersifat indikatif memuat program-program pembangunan kesehatan yang akan dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan dan menjadi acuan dalam penyusunan perencanaan tahunan. Penyusunan Renstra Dinas Kesehatan dilaksanakan melalui pendekatan: teknokratik, politik, partisipatif, atas-bawah (*top-down*), dan bawah-atas (*bottom-up*).

Pendekatan politik memandang bahwa pemilihan Presiden/Kepala Daerah adalah proses penyusunan rencana, karena rakyat pemilih menentukan pilihannya berdasarkan program-program pembangunan yang ditawarkan masing-masing calon Presiden/Kepala Daerah. Oleh karena itu, rencana pembangunan adalah penjabaran dari agenda-agenda pembangunan yang ditawarkan Presiden/Kepala Daerah pada saat kampanye ke dalam rencana pembangunan jangka menengah. Perencanaan dengan pendekatan teknokratik dilaksanakan dengan menggunakan metoda dan kerangka berpikir ilmiah oleh

lembaga atau satuan kerja yang secara fungsional bertugas untuk itu. Perencanaan dengan pendekatan partisipatif dilaksanakan dengan melibatkan semua pihak yang berkepentingan (stakeholders) terhadap pembangunan. Pelibatan mereka adalah untuk mendapatkan aspirasi dan menciptakan rasa memiliki. Sedangkan pendekatan atas-bawah dan bawah-atas dalam perencanaan dilaksanakan menurut jenjang pemerintahan. Rencana hasil proses atas-bawah dan bawah-atas diselaraskan melalui musyawarah yang dilaksanakan baik di tingkat nasional, provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, dan desa.

Pembangunan kesehatan Nasional pada periode 2015-2019 adalah Program Indonesia Sehat dengan sasaran meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Sasaran pokok RPJMN 2015-2019 adalah: (1) meningkatnya status kesehatan dan gizi ibu dan anak; (2) meningkatnya pengendalian penyakit; (3) meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan; (4) meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan universal melalui Kartu Indonesia Sehat dan kualitas pengelolaan SJSN Kesehatan, (5) terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan, obat dan vaksin; serta (6) meningkatkan responsivitas sistem kesehatan.

Program Indonesia Sehat dilaksanakan dengan 3 pilar utama yaitu paradigma sehat, penguatan pelayanan kesehatan dan jaminan kesehatan nasional: 1) pilar paradigma sehat dilakukan dengan strategi pengarusutamaan kesehatan dalam pembangunan, penguatan promotif preventif dan pemberdayaan masyarakat; 2) penguatan pelayanan kesehatan dilakukan dengan strategi peningkatan akses pelayanan kesehatan, optimalisasi sistem rujukan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan, menggunakan pendekatan *continuum of care* dan intervensi berbasis risiko kesehatan; 3) sementara itu jaminan kesehatan nasional dilakukan dengan strategi perluasan sasaran dan *benefit* serta kendali mutu dan kendali biaya.

Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota Tahun 2016 – 2021 adalah dokumen perencanaan sebagai arah dan acuan sekaligus kesepakatan bagi seluruh komponen Dinas Kesehatan Kabupaten dalam mewujudkan cita-cita dan tujuan sesuai dengan visi, misi dan arah kebijakan pembangunan kesehatan yang disepakati bersama. Dengan demikian Rencana

Strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota mensinergikan perencanaan pembangunan kesehatan nasional dan daerah melalui program program kesehatan dan merupakan satu kesatuan dari Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Kabupaten Lima Puluh Kota. Penyusunannya dilakukan melalui satu proses berkelanjutan dari pembuatan keputusan berisiko dengan memanfaatkan sebanyak-banyaknya pengetahuan antisipatif, pengorganisasian usaha-usaha pelaksanaan keputusan tersebut dan mengukur hasilnya melalui umpan-balik yang terorganisasi dan sistematis. Dengan mengacu dokumen ini maka seluruh upaya yang dilakukan oleh masing-masing pelaku pembangunan kesehatan bersifat sinergis, koordinatif dan melengkapi satu dengan lainnya didalam satu pola sikap dan satu pola tindak.

Renstra berfungsi sebagai pedoman dalam penyusunan Rencana Kerja Tahunan Dinas, dasar penilaian kinerja Kepala SKPD. Disamping itu juga dapat berfungsi sebagai bahan evaluasi yang penting agar pembangunan dapat berjalan secara lebih sistematis, komprehensif dan tetap focus pada penyelesaian masalah mendasar yang dihadapi Kabupaten Lima Puluh Kota, khususnya dibidang kesehatan.

1.2. Landasan Hukum

Beberapa landasan hukum yang digunakan sebagai acuan dalam penyusunan Renstra ini diantaranya adalah:

1. Undang-undang No.12 Tahun 1956 tentang Pembentukan Daerah Otonom Kabupaten dalam Lingkungan Sumatera Tengah;
2. Undang-Undang No. 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional;
3. Undang-Undang No. 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah;
4. Undang-Undang No. 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional tahun 2005 – 2025;
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah;
7. Peraturan Pemerintah No. 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah;
8. Peraturan Pemerintah No. 8 Tahun 2008 tentang Tahapan, Tata Cara Penyusunan, Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah;

9. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional;
10. Peraturan Presiden Nomor 2 Tahun 2015 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2015-2019;
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 59 Tahun 2007 tentang Perubahan Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 13 Tahun 2006, tentang Pengelolaan Keuangan Daerah;
12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 86 Tahun 2017 Tentang Tata Cara Perencanaan, Pengendalian Dan Evaluasi Pembangunan Daerah, Tata Cara Evaluasi Rancangan Peraturan Daerah Tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah Dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, Serta Tata Cara Perubahan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, Dan Rencana Kerja Pemerintah Daerah;
13. Permendagri No 98 Tahun 2018 Tentang Sistem Informasi Pembangunan Daerah;
14. Peraturan Daerah No 4 Tahun 2018 Tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Kabupaten Lima Puluh Kota No. 6 Tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah Kabupaten Lima Puluh Kota 2006 – 2025;
15. Peraturan Daerah Kabupaten Lima Puluh Kota No. 6 Tahun 2016 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Kabupaten Lima Puluh Kota 2016 – 2021.

1.3. Maksud dan Tujuan

Maksud penyusunan Perubahan Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota Tahun 2016 – 2021 adalah untuk menyikapi perubahan kebijakan daerah dalam rangka menyesuaikan dengan penyelenggaraan urusan pemerintah daerah / kewenangan sebagai implementasi Undang-Undang 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah, Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 Tentang Perangkat Daerah dan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 86 Tahun 2017 Tentang Tata Cara Perencanaan, Pengendalian dan Evaluasi Pembangunan Daerah, Tata Cara Evaluasi Rancangan Peraturan Daerah Tentang Rencana Pembangunan jangka panjang daerah dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah daerah, Serta Tata Cara Perubahan Rencana Pembangunan Jangka Panjang daerah, Rencana

Pembangunan Jangka Menengah Daerah dan Rencana Kerja Pemerintah Daerah, maka dokumen Renstra Dinas Kesehatan yang telah ditetapkan sebelumnya dirubah dengan tetap mengikuti kaidah peraturan perundang-undangan yang berlaku, disamping untuk memepertegas tujuan, sasaran dan indikator kinerja Dinas Kesehatan Kab. Lima Puluh Kota.

Adapun tujuan penyusunan Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota tahun 2016 - 2021 adalah sebagai berikut :

- a. Penyesuaian terhadap tujuan, sasaran dan indikator kinerja berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 Tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah dan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 53 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Review atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.
- b. Menjabarkan Program dan Kegiatan Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota ke dalam Program dan Kegiatan untuk jangka waktu 5 (lima) tahun (2016 – 2021).
- c. Memberikan pedoman untuk penyusunan Rencana Kerja Tahunan yang dituangkan dalam Rencana Kerja (Renja) Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota.
- d. Menjadi pedoman dalam pelaksanaan program dan kegiatan Dinas Kesehatan sesuai dengan kewenangan, tugas pokok dan fungsi Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota.

1.4. Sistematika Penulisan

Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota Tahun 2016 – 2021 disusun dengan sistematika sebagai berikut :

BAB I PENDAHULUAN

Bab ini memuat latar belakang perlunya Rencana Strategis. Disamping itu dilengkapi dengan landasan hukum penyusunan Rencana Strategis, maksud dan tujuan, serta sistematika penulisan Rencana Strategis.

BAB II GAMBARAN PELAYANAN DINAS KESEHATAN

Bab ini memuat informasi tentang peran (tugas dan fungsi) Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota dalam penyelenggaraan urusan pemerintahan daerah, mengulas secara ringkas apa saja

sumber daya yang dimiliki Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota dalam penyelenggaraan tugas dan fungsinya, mengemukakan kinerja pelayanan Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota, dan mengulas tantangan dan peluang dalam pengembangan Pelayanan di Dinas Kesehatan.

BAB III PERMASALAHAN DAN ISU-ISU STRATEGIS DINAS KESEHATAN.

Bab ini menguraikan tentang identifikasi permasalahan berdasarkan Tugas Pokok dan Fungsi pelayanan Dinas Kesehatan; Telaahan visi, misi dan program Bupati dan Wakil Bupati Lima Puluh Kota; Telaahan Renstra Kementerian Kesehatan, Renstra Dinas Kesehatan Propinsi Sumatera Barat dan Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota; Telaahan Rencana Tata Ruang dan Wilayah dan Kajian Lingkungan Hidup Strategis serta Penentuan isu-isu strategis.

BAB IV TUJUAN DAN SASARAN

Bab ini memuat rumusan pernyataan Tujuan dan Sasaran Jangka Menengah Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota.

BAB V STRATEGI DAN ARAH KEBIJAKAN

Bab ini memuat rumusan pernyataan strategi dan arah kebijakan Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota dalam lima tahun mendatang.

BAB VI RENCANA PROGRAM DAN KEGIATAN SERTA PENDANAAN

Bab ini memuat rencana program dan kegiatan, indikator kinerja, kelompok sasaran, dan pendanaan indikatif (Perumusan rencana program, kegiatan, indikator kinerja, kelompok sasaran, dan pendanaan indikatif).

BAB VII. KINERJA PENYELENGGARAAN BIDANG KESEHATAN

Pada bab ini dikemukakan indikator kinerja Dinas Kesehatan yang secara langsung menunjukkan kinerja yang akan dicapai Dinas Kesehatan dalam lima tahun mendatang sebagai komitmen untuk pencapaian tujuan dan sasaran RPJMD

BAB VIII PENUTUP



GAMBARAN PELAYANAN DINAS KESEHATAN

Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota ditetapkan berdasarkan Peraturan Daerah Kabupaten Lima Puluh Kota Nomor 5 Tahun 2016 Tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah.

Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota mempunyai tugas membantu Bupati melaksanakan urusan pemerintahan dan tugas pembantuan bidang Kesehatan yang menjadi kewenangan daerah dan tugas pembantuan yang ditugaskan kepada daerah Kabupaten.

Dinas Kesehatan didukung oleh 731 personil. Terdiri dari 23 Tenaga Struktural, 628 tenaga Fungsional tertentu Bidang Kesehatan dan 80 Fungsional Umum. Sarana dan Prasarana yang dimiliki adalah 1 gedung Dinas Kesehatan, 22 Puskesmas, 1 IFK, 88 Puskesmas Pembantu dan 164 Pos Kesehatan Nagari (Poskesri).

2.1. Tugas, Fungsi dan Struktur Organisasi Dinas Kesehatan.

Pengelolaan bidang kesehatan telah diatur dalam Peraturan Daerah Kabupaten Lima Puluh Kota Nomor 15 Tahun 2016 Tentang Pembentukan dan Susunan Organisasi Perangkat Daerah. Sesuai dengan Peraturan Bupati Nomor 48 Tahun 2016, maka Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota mempunyai tugas membantu Bupati melaksanakan urusan pemerintahan dan tugas pembantuan bidang Kesehatan. Untuk menyelenggarakan tugas tersebut Dinas Kesehatan mempunyai fungsi:

- 1) Perumusan kebijakan di bidang kesehatan masyarakat, pencegahan dan pengendalian penyakit, pelayanan kesehatan, kefarmasian, alat kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan dan perbekalan kesehatan Rumah tangga (PKRT) serta sumber daya kesehatan;
- 2) Pelaksanaan kebijakan di bidang kesehatan masyarakat, pencegahan dan pengendalian penyakit, pelayanan kesehatan, kefarmasian, alat kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan dan perbekalan kesehatan Rumah tangga (PKRT) serta sumber daya kesehatan;
- 3) Pelaksanaan evaluasi dan pelaporan di bidang kesehatan masyarakat, pencegahan dan pengendalian penyakit, pelayanan kesehatan, kefarmasian, alat kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan dan perbekalan kesehatan Rumah tangga (PKRT) serta sumber daya kesehatan;

- 4) Pelaksanaan administrasi dinas sesuai dengan lingkup tugasnya; dan
- 5) Pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh Bupati terkait dengan bidang Kesehatan.

Susunan Organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota terdiri dari :

- 1) Kepala Dinas;
- 2) Sekretariat;
- 3) Bidang Kesehatan Masyarakat;
- 4) Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit;
- 5) Bidang Pelayanan Kesehatan;
- 6) Bidang Sumber Daya Kesehatan;
- 7) Unit Pelaksana Teknis ;
- 8) Kelompok Jabatan Fungsional.

Setiap Kepala Bidang membawahi 3 (tiga) Kepala Seksi sesuai bidangnya.

Sedangkan Sekretariat dibantu 3 (tiga) Kepala Sub Bagian.

Adapun Tugas dan Fungsi Sekretariat, Kepala Bidang, Kepala Seksi dan Kepala Sub Bagian adalah sebagai berikut :

1) Sekretariat

a. Tugas :

Sekretaris mempunyai tugas membantu Kepala Dinas mengelola urusan kesekretariatan yang meliputi hukum, kepegawaian, administrasi umum, keuangan, pengelolaan aset, program dan informasi kesehatan Dinas Kesehatan.

b. Fungsi :

- (1) Penyiapan perumusan kebijakan operasional tugas administrasi di lingkungan Dinas Kesehatan
- (2) Koordinasi pelaksanaan tugas dan pemberian dukungan administrasi kepada seluruh unsur organisasi di lingkungan Dinas Kesehatan kabupaten.
- (3) Pemantauan, evaluasi dan pelaporan pelaksanaan tugas administrasi di lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten; dan
- (4) Pengelolaan aset yang menjadi tanggung jawab Dinas Kesehatan Kabupaten.

Sekretariat terdiri dari :

a) Sub Bagian Hukum, Kepegawaian dan Umum;

Kepala Sub Bagian Hukum, Kepegawaian dan Umum mempunyai tugas membantu Sekretaris dalam melaksanakan penyiapan dan koordinasi penatalaksanaan hukum, kepegawaian dan dukungan administrasi umum serta penatalaksanaan hubungan masyarakat yang menjadi tanggung jawab Dinas.

Dalam melaksanakan tugas Kepala Sub Bagian Hukum, Kepegawaian dan Umum menyelenggarakan fungsi :

- a. Penyusunan perencanaan program Sub Bagian Hukum, Kepegawaian dan Umum;
- b. Pelaksanaan koordinasi, kegiatan hukum, kepegawaian dan administrasi umum;
- c. Pelaksanaan tugas administrasi umum Dinas;
- d. Pelaksanaan tugas lain, yang diberikan oleh Pimpinan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Uraian tugas Kepala Sub Bagian Hukum, Kepegawaian dan Umum adalah sebagai berikut :

- a. Membantu Sekretaris, dalam melaksanakan tugas dalam urusan hukum, kepegawaian dan administrasi umum;
- b. Menyusun rencana dan program kerja sebagai pedoman dalam pelaksanaan tugas;
- c. Menyiapkan bahan penyusunan dan membantu pelaksanaan penelaahan peraturan perundang-undangan urusan kesekretariatan di bidang hukum, kepegawaian dan administrasi umum;
- d. Melaksanakan koordinasi/konsultasi masalah hukum, administrasi umum, administrasi kepegawaian dinas dengan perangkat daerah yang terkait;
- e. Mengkoordinasikan pelaksanaan pelayanan di bidang kepegawaian lingkup Dinas;
- f. Mengkoordinasikan pelaksanaan tugas pengetikan, penggandaan, dan kearsipan administrasi umum dan administrasi kepegawaian;
- g. Mengatur administrasi dan pelaksanaan surat masuk dan surat keluar sesuai dengan ketentuan yang berlaku;

- h. Mengusulkan kebutuhan, pengangkatan, penempatan dan pemindahan serta pemberhentian ASN di lingkungan dinas sesuai kewenangannya;
- i. Mengusulkan peningkatan kesejahteraan, penghargaan, dan perlindungan ASN sesuai kewenangannya;
- j. Mengumpulkan, mengoreksi, dan pengolahan data kepegawaian;
- k. Melaksanakan kegiatan yang berkaitan dengan peningkatan kesejahteraan pegawai dan pembinaan hukum serta ketatalaksanaan pegawai di lingkup Dinas;
- l. Merencanakan dan mengusulkan kebutuhan barang inventaris/perlengkapan dinas;
- m. Melaksanakan evaluasi dan pelaporan pelaksanaan tugas/kegiatan sesuai ketentuan yang berlaku; dan
- n. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Pimpinan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

b) Sub Bagian Keuangan dan Pengelolaan Aset;

Kepala Sub Bagian Keuangan dan Pengelolaan Aset mempunyai tugas membantu Sekretaris dalam melaksanakan penyiapan dan koordinasi penyelenggaraan urusan keuangan dan pengelolaan aset yang menjadi tanggung jawab Dinas.

Dalam melaksanakan tugas Kepala Sub Bagian Keuangan dan Pengelolaan Aset menyelenggarakan fungsi sebagai berikut :

- a. Penyusunan perencanaan program Sub Bagian Keuangan dan Pengelolaan Aset;
- b. Pelaksanaan koordinasi, kegiatan administrasi keuangan dan pengelolaan aset;
- c. Pelaksanaan tugas penatausahaan keuangan dan pengelolaan aset;
- d. Pelaksanaan tugas lain, yang diberikan oleh Pimpinan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Uraian tugas Kepala Sub Bagian Keuangan dan Pengelolaan Aset adalah sebagai berikut :

- a. Membantu Sekretaris, dalam melaksanakan tugas dalam urusan administrasi keuangan dan aset;

- b. Menyusun rencana dan program kerja sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
- c. Menyiapkan bahan penyusunan dan membantu penelaahan peraturan perundang-undangan urusan kesekretariatan di bidang administrasi keuangan dan asset;
- d. Menyiapkan bahan rencana anggaran belanja lingkup Dinas;
- e. Mengusulkan nama calon bendahara di lingkup Dinas;
- f. Membina dan mengawasi bendahara di lingkup Dinas;
- g. Mengkoordinasikan pelaksanaan penerimaan, pengeluaran dan pertanggungjawaban keuangan Dinas sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
- h. Meneliti kelengkapan Surat Perintah Pembayaran Uang Persediaan (SPP- UP), Surat Perintah Pembayaran Ganti Uang (SPP GU), Surat Perintah Pembayaran Tambahan Uang (SPP-TU), Surat Perintah Pembayaran Langsung (SPP-LS) gaji dan Surat Perintah Pembayaran Langsung (SPP-LS) pengadaan barang dan jasa;
- i. Melaksanakan verifikasi Surat Perintah Pembayaran (SPP) dan menyiapkan Surat Perintah Membayar (SPM) di lingkup Dinas;
- j. Melaksanakan verifikasi harian atas penerimaan Dinas dan verifikasi Surat Pertanggung Jawaban (SPJ);
- k. Melaksanakan verifikasi Surat Pertanggung Jawaban (SPJ);
- l. Menyiapkan bahan koordinasi dan melaksanakan serah terima penggunaan/ pemanfaatan asset;
- m. Menyiapan bahan koordinasi dan melaksanakan penatausahaan barang milik daerah;
- n. Menyiapkan bahan, menyusun, serta melaksanakan pencatatan seluruh barang milik daerah yang berada di lingkungan SKPD yang berasal dari APBD, maupun perolehan lain yang sah kedalam Kartu Inventaris Barang (KIB), Kartu Inventaris Ruangan (KIR), Buku Inventaris (BI) dan Buku Induk Inventaris (BIl), sesuai kodefikasi dan penggolongan barang milik daerah.
- o. Menyiapkan bahan, menyusun, serta melaksanakan pencatatan barang milik daerah yang dipelihara/diperbaiki kedalam kartu pemeliharaan.

- p. Menyiapkan bahan koordinasi dan Laporan Barang Pengguna Semesteran (LBPS) dan Laporan Barang Pengguna Tahunan (LBPT) serta Laporan Inventarisasi 5 (lima) tahunan yang berada di SKPD kepada pengelola;
- q. Menyiapkan bahan koordinasi dan usulan penghapusan barang milik daerah yang rusak atau tidak dipergunakan lagi
- r. Melaksanakan evaluasi dan pelaporan pelaksanaan tugas/kegiatan Sub Bagian Keuangan dan Pengelolaan Asset sesuai ketentuan yang berlaku; dan
- s. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Pimpinan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

c) Sub Bagian Program dan Infokes.

Kepala Sub Bagian Program dan Infokes mempunyai tugas membantu Sekretaris dalam melaksanakan penyiapan dan koordinasi penyusunan rumusan program dan informasi kesehatan yang menjadi tanggung jawab Dinas.

Dalam melaksanakan tugas Kepala Sub Bagian Program dan Infokes menyelenggarakan fungsi :

- a. Penyusunan perencanaan program Sub Bagian Program dan Infokes;
- b. Pelaksanaan koordinasi kegiatan perencanaan, pemantauan, evaluasi, dan pelaporan serta pengembangan sistem informasi, pengelolaan teknologi informasi, dan pengelolaan data dan informasi kesehatan;
- c. Pelaksanaan tugas penyusunan program dan informasi kesehatan Dinas;
- d. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Pimpinan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Uraian tugas kepala Sub Bagian Program dan Infokes adalah sebagai berikut :

- a. Membantu Sekretaris dalam melaksanakan tugas perencanaan program, evaluasi, pelaporan serta informasi kesehatan;
- b. Menyiapkan dan menyusun rencana dan program kerja sebagai pedoman dalam pelaksanaan tugas;

- c. Menyiapkan bahan penyusunan dan membantu penelaahan peraturan perundang-undangan urusan kesekretariatan di bidang program, sistem informasi, pengelolaan teknologi informasi, pengelolaan data dan informasi kesehatan;
- d. Menyusun dan melaksanakan Standar Operasional dan Prosedur (SOP) pelaksanaan tugas ;
- e. Menyusun rencana dan program kerja Dinas sebagai pedoman pelaksanaan tugas Dinas;
- f. Melaksanakan koordinasi/konsultasi program dan pelaporan dinas dengan perangkat daerah yang terkait;
- g. Mengkoordinasikan pelaksanaan pelayanan di bidang program kepada unit organisasi di lingkup Dinas;
- h. Menyiapkan penyusunan dan penerapan standar pelayanan, standar operasional prosedur dan standar pelayanan minimal bidang Kesehatan;
- i. Menyajikan data pelaksanaan kegiatan Dinas;
- j. Menyusun konsep laporan akuntabilitas kinerja instansi pemerintah;
- k. Melaksanakan evaluasi dan pelaporan pelaksanaan tugas/kegiatan Sub Bagian Program dan Infokes sesuai ketentuan yang berlaku;
- l. Melaksanakan pemantauan, evaluasi, dan pelaporan pengembangan sistem informasi, pengelolaan teknologi informasi, dan pengelolaan data dan informasi kesehatan;
- m. Mempersiapkan regulasi tentang tata laksana pelaporan dari unit pelayanan teknis dinas kesehatan;
- n. Mengembangkan sumberdaya informasi kesehatan termasuk pengelolaan perpustakaan Dinas dan Puskesmas;
- o. Menyusun konsep pembuatan profil dinas;
- p. Melaksanakan evaluasi dan pelaporan pelaksanaan tugas/kegiatan Dinas sesuai ketentuan yang berlaku; dan
- q. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Pimpinan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

2) Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat.

a. Tugas :

Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat mempunyai tugas membantu Kepala Dinas melaksanakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan operasional di bidang kesehatan keluarga, gizi masyarakat, promosi kesehatan, pemberdayaan masyarakat dan jaminan kesehatan, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan olah raga.

b. Fungsi :

- (1) Pelaksanaan Perumusan kebijakan daerah di bidang kesehatan keluarga, gizi masyarakat, promosi kesehatan, pemberdayaan masyarakat, jaminan kesehatan, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan olah raga;
- (2) Penyelenggaraan urusan pemerintah dan pelayanan umum di bidang kesehatan keluarga, gizi masyarakat, promosi kesehatan, pemberdayaan masyarakat, jaminan kesehatan, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan olah raga;
- (3) Pelaksanaan norma, standar, prosedur, dan kriteria dibidang kesehatan keluarga, gizi masyarakat, promosi kesehatan, pemberdayaan masyarakat, jaminan kesehatan, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan olah raga;
- (4) Penyusunan rencana program dan kegiatan bidang Kesehatan Masyarakat;
- (5) Pemantauan, evaluasi dan pelaporan di bidang kesehatan keluarga, gizi masyarakat, promosi kesehatan, pemberdayaan masyarakat, jaminan kesehatan, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan olah raga.
- (6) Pelaksanaan koordinasi kegiatan bidang Kesehatan Masyarakat; dan
- (7) Pelaksanaan fungsi lain yang terkait (administrasi) Bidang Kesehatan Masyarakat yang diberikan Pimpinan.

Bidang Kesehatan Masyarakat terdiri dari :

a) Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat

Kepala Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat mempunyai tugas membantu Kepala Bidang melaksanakan penyiapan perumusan dan pelaksanaan kebijakan operasional, bimbingan

teknis dan supervisi, serta pemantauan, evaluasi dan pelaporan di bidang kesehatan keluarga dan gizi masyarakat.

Dalam melaksanakan tugas Kepala Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat menyelenggarakan fungsi :

- a. Pelaksanaan Perumusan kebijakan daerah bidang Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat;
- b. Pelaksanaan norma, standar, prosedur, dan kriteria bidang pengendalian penduduk dan sistem informasi keluarga;
- c. Penyusunan rencana program dan kegiatan bidang Pengendalian Penduduk dan sistem informasi keluarga;
- d. pelaksanaan koordinasi kegiatan bidang Pengendalian Penduduk dan sistem informasi keluarga;
- e. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Pimpinan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Uraian tugas Kepala Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat sebagai berikut :

- a. menyusun dan melaksanakan Standar Operasional dan Prosedur (SOP) pelaksanaan tugas ;
- b. menyiapkan rumusan kebijakan di bidang kesehatan maternal dan neonatal, balita dan anak prasekolah, usia sekolah dan remaja, usia reproduksi dan keluarga berencana, lanjut usia, perlindungan kesehatan keluarga, peningkatan mutu dan kecukupan gizi, kewaspadaan gizi, penanggulangan masalah gizi, dan pengelolaan konsumsi gizi;
- c. menyiapkan pelaksanaan kebijakan di bidang kesehatan maternal dan neonatal, balita dan anak prasekolah, usia sekolah dan remaja, usia reproduksi dan keluarga berencana, lanjut usia, perlindungan kesehatan keluarga, peningkatan mutu dan kecukupan gizi, kewaspadaan gizi, penanggulangan masalah gizi, dan pengelolaan konsumsi gizi;
- d. menyusun norma, standar, prosedur, dan kriteria di bidang kesehatan maternal dan neonatal, balita dan anak prasekolah, usia sekolah dan remaja, usia reproduksi dan keluarga berencana, lanjut usia, perlindungan kesehatan keluarga, peningkatan mutu dan kecukupan gizi, kewaspadaan gizi, penanggulangan masalah gizi, dan pengelolaan konsumsi gizi;

- e. menyiapkan pemberian bimbingan teknis dan supervisi di bidang kesehatan maternal dan neonatal, balita dan anak prasekolah, usia sekolah dan remaja, usia reproduksi dan keluarga berencana, lanjut usia, perlindungan kesehatan keluarga, peningkatan mutu dan kecukupan gizi, kewaspadaan gizi, penanggulangan masalah gizi, dan pengelolaan konsumsi gizi;
- f. melaksanakan pemantauan, evaluasi, dan pelaporan di bidang kesehatan maternal dan neonatal, balita dan anak prasekolah, usia sekolah dan remaja, usia reproduksi dan keluarga berencana, lanjut usia, perlindungan kesehatan keluarga, peningkatan mutu dan kecukupan gizi, kewaspadaan gizi, penanggulangan masalah gizi, dan pengelolaan konsumsi gizi; dan
- g. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Pimpinan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

- b) Seksi Promosi, Pemberdayaan Masyarakat dan Jaminan Kesehatan; Kepala Seksi Promosi, Pemberdayaan Masyarakat dan Jaminan Kesehatan mempunyai tugas membantu Kepala Bidang melaksanakan penyiapan perumusan dan pelaksanaan kebijakan operasional, bimbingan teknis dan supervisi, serta pemantauan, evaluasi dan pelaporan di bidang promosi dan pemberdayaan masyarakat serta Jaminan Kesehatan.

Dalam melaksanakan tugas Kepala Seksi Promosi, Pemberdayaan Masyarakat dan Jaminan Kesehatan menyelenggarakan fungsi :

- a. Pelaksanaan Perumusan kebijakan daerah bidang Promosi, Pemberdayaan Masyarakat dan Jaminan Kesehatan;
- b. Pelaksanaan norma, standar, prosedur, dan kriteria bidang Promosi, Pemberdayaan Masyarakat dan Jaminan Kesehatan;
- c. Penyusunan rencana program dan kegiatan bidang Promosi, Pemberdayaan Masyarakat dan Jaminan Kesehatan;
- d. Pelaksanaan koordinasi kegiatan bidang Promosi, Pemberdayaan Masyarakat dan Jaminan Kesehatan;
- e. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Pimpinan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Uraian tugas Kepala Seksi Promosi, Pemberdayaan Masyarakat dan Jaminan Kesehatan sebagai berikut :

- a. menyusun dan melaksanakan Standar Operasional dan Prosedur (SOP) pelaksanaan tugas ;
 - b. menyiapkan rumusan kebijakan di bidang komunikasi, informasi, dan edukasi kesehatan, advokasi dan kemitraan, potensi sumber daya promosi kesehatan, pemberdayaan masyarakat dan jaminan kesehatan;
 - c. menyiapkan pelaksanaan kebijakan di bidang komunikasi, informasi, dan edukasi kesehatan, advokasi dan kemitraan, potensi sumber daya promosi kesehatan, pemberdayaan masyarakat dan jaminan kesehatan;
 - d. menyiapkan penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria di bidang komunikasi, informasi, dan edukasi kesehatan, advokasi dan kemitraan, potensi sumberdaya promosi kesehatan, pemberdayaan masyarakat dan jaminan kesehatan;
 - e. menyiapkan pemberian bimbingan teknis dan supervisi di bidang komunikasi, informasi, dan edukasi kesehatan, advokasi dan kemitraan, potensi sumber daya promosi kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat;
 - f. melaksanakan pemantauan, evaluasi, dan pelaporan di bidang komunikasi, informasi, dan edukasi kesehatan, advokasi dan kemitraan, potensi sumber daya promosi kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat; dan
 - g. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Pimpinan sesuai dengan tugas dan fungsinya.
- c) Seksi Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Kerja dan Olah Raga
Kepala Seksi Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Kerja dan Olah Raga mempunyai tugas membantu Kepala Bidang melaksanakan penyiapan perumusan dan pelaksanaan kebijakan operasional, bimbingan teknis dan supervisi, serta pemantauan, evaluasi dan pelaporan di bidang kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan olah raga.
Dalam melaksanakan tugas Seksi Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Kerja dan Olah Raga menyelenggarakan fungsi:

- a. Pelaksanaan Perumusan kebijakan daerah bidang Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Kerja dan Olah Raga;
- b. Pelaksanaan norma, standar, prosedur, dan kriteria bidang Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Kerja dan Olah Raga;
- c. Penyusunan rencana program dan kegiatan bidang Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Kerja dan Olah Raga;
- d. pelaksanaan koordinasi kegiatan bidang Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Kerja dan Olah Raga;
- e. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Pimpinan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Uraian tugas Kepala Seksi Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Kerja dan Olah Raga sebagai berikut :

- a. menyusun dan melaksanakan Standar Operasional dan Prosedur (SOP) pelaksanaan tugas dilingkungan ;
- b. menyiapkan rumusan kebijakan di bidang penyehatan air dan sanitasi dasar, penyehatan pangan, penyehatan udara, tanah, dan kawasan, pengamanan limbah, radiasi, kesehatan okupasi, kapasitas kerja, lingkungan kerja, dan kesehatan olahraga;
- c. menyiapkan pelaksanaan kebijakan di bidang penyehatan air dan sanitasi dasar, penyehatan pangan, penyehatan udara, tanah, dan kawasan, pengamanan limbah, radiasi, kesehatan okupasi, kapasitas kerja, lingkungan kerja, dan kesehatan olahraga;
- d. menyiapkan penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria di bidang penyehatan air dan sanitasi dasar, penyehatan pangan, penyehatan udara, tanah, dan kawasan, pengamanan limbah, radiasi, kesehatan okupasi, kapasitas kerja, lingkungan kerja, dan kesehatan olahraga;
- e. menyiapkan pemberian bimbingan teknis dan supervisi di bidang penyehatan air dan sanitasi dasar, penyehatan pangan, penyehatan udara, tanah, dan kawasan, pengamanan limbah, radiasi, kesehatan okupasi, kapasitas kerja, lingkungan kerja, dan kesehatan olahraga;
- f. melaksanakan pemantauan, evaluasi, dan pelaporan di bidang penyehatan air dan sanitasi dasar, penyehatan pangan, penyehatan udara, tanah, dan kawasan, pengamanan limbah,

radiasi, kesehatan okupasi, kapasitas kerja, lingkungan kerja, dan kesehatan olahraga;

g. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Pimpinan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

3) Kepala Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

a. Tugas:

Kepala Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit mempunyai tugas membantu Kepala Dinas melaksanakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan operasional di bidang surveilans dan imunisasi, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular, kesehatan jiwa dan Napza.

b. Fungsi :

- (1) Penyiapan perumusan kebijakan operasional di bidang surveilans dan imunisasi, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular, kesehatan jiwa dan Napza.;
- (2) Penyiapan pelaksanaan kebijakan operasional di bidang surveilans dan imunisasi, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular, kesehatan jiwa dan Napza.;
- (3) Penyiapan bimbingan teknis dan supervisi di bidang surveilans dan imunisasi, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular, kesehatan jiwa dan Napza.; dan
- (4) Pemantauan, evaluasi dan pelaporan di bidang surveilans dan imunisasi, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular, kesehatan jiwa dan Napza.

Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit terdiri dari :

- a) Seksi Surveilans, Imunisasi, dan Penanggulangan Krisis Kesehatan ;
Kepala Seksi Surveilans, Imunisasi, dan Penanggulangan Krisis Kesehatan mempunyai tugas membantu Kepala Bidang melaksanakan penyiapan perumusan dan pelaksanaan kebijakan operasional, bimbingan teknis dan supervisi, serta pemantauan,

evaluasi dan pelaporan di bidang surveilans, imunisasi dan penanggulangan krisis kesehatan.

Dalam melaksanakan tugas Kepala Seksi Surveilans, Imunisasi, dan Penanggulangan Krisis Kesehatan menyelenggarakan fungsi :

- a. Pelaksanaan Perumusan kebijakan daerah bidang Surveilans, Imunisasi, dan Penanggulangan Krisis Kesehatan;
- b. Pelaksanaan norma, standar, prosedur, dan kriteria bidang Surveilans, Imunisasi, dan Penanggulangan Krisis Kesehatan;
- c. Penyusunan rencana program dan kegiatan bidang Surveilans, Imunisasi, dan Penanggulangan Krisis Kesehatan;
- d. Pelaksanaan koordinasi kegiatan bidang Surveilans, Imunisasi, dan Penanggulangan Krisis Kesehatan; dan
- e. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Pimpinan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Uraian tugas Kepala seksi Surveilans, Imunisasi, dan Penanggulangan Krisis Kesehatan sebagai berikut :

- a. Menyusun dan melaksanakan Standar Operasional dan Prosedur (SOP) pelaksanaan tugas dilingkungan ;
- b. Menyiapkan bahan perumusan kebijakan di bidang kewaspadaan dini dan respon kejadian luar biasa dan wabah, imunisasi dasar, imunisasi lanjutan, imunisasi khusus dan dan penanggulangan krisis kesehatan;
- c. Menyiapkan bahan pelaksanaan kebijakan di bidang kewaspadaan dini dan respon kejadian luar biasa dan wabah, imunisasi dasar, imunisasi lanjutan, imunisasi khusus dan penanggulangan krisis kesehatan;
- d. Menyiapkan bahan penyusunan norma, standar, prosedur dan kriteria di bidang kewaspadaan dini dan respon kejadian luar biasa dan wabah, imunisasi dasar, imunisasi lanjutan, imunisasi khusus dan penanggulangan krisis kesehatan;
- e. Menyiapkan bahan bimbingan teknis dan supervisi di bidang kewaspadaan dini dan respon kejadian luar biasa dan wabah, imunisasi dasar, imunisasi lanjutan, imunisasi khusus dan penanggulangan krisis kesehatan;
- f. Melaksanakan pemantauan, evaluasi, dan pelaporan di bidang kewaspadaan dini dan respon kejadian luar biasa dan wabah,

imunisasi dasar, imunisasi lanjutan, imunisasi khusus dan penanggulangan krisis kesehatan; dan

g. Melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Pimpinan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

b) Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular;

Kepala Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular mempunyai tugas membantu Kepala Bidang melaksanakan penyiapan perumusan dan pelaksanaan kebijakan operasional, bimbingan teknis dan supervisi, serta pemantauan, evaluasi dan pelaporan di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit menular. Untuk melaksanakan tugas Kepala Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular menyelenggarakan fungsi:

- a. Pelaksanaan Perumusan kebijakan daerah bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular;
- b. Pelaksanaan norma, standar, prosedur, dan kriteria bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular;
- c. Penyusunan rencana program dan kegiatan bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular;
- d. Pelaksanaan koordinasi kegiatan bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular;
- e. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Pimpinan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Uraian tugas Kepala Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular sebagai berikut :

- a. Menyusun dan melaksanakan Standar Operasional dan Prosedur (SOP) pelaksanaan tugas ;
- b. Menyiapkan bahan perumusan kebijakan di bidang Pencegahan dan pengendalian penyakit menular langsung, dan penyakit tular vektor dan zoonotik;
- c. Menyiapkan bahan pelaksanaan kebijakan di bidang Pencegahan dan pengendalian penyakit menular langsung, dan penyakit tular vektor dan zoonotik;
- d. menyiapkan bahan penyusunan norma, standar, prosedur dan kriteria di bidang Pencegahan dan pengendalian penyakit menular langsung, dan penyakit tular vektor dan zoonotik;

- e. menyiapkan bahan bimbingan teknis dan supervisi di bidang Pencegahan dan pengendalian penyakit menular langsung, dan penyakit tular vektor dan zoonotik;
 - f. melaksanakan pemantauan, evaluasi, dan pelaporan di bidang Pencegahan dan pengendalian penyakit menular langsung, dan penyakit tular vektor dan zoonotik; dan
 - g. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Pimpinan sesuai dengan tugas dan fungsinya.
- c) Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular, Kesehatan Jiwa dan Napza.

Kepala Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular, Kesehatan Jiwa dan Napza mempunyai tugas melaksanakan penyiapan perumusan dan pelaksanaan kebijakan operasional, bimbingan teknis dan supervisi, serta pemantauan, evaluasi dan pelaporan di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular, kesehatan jiwa dan Napza.

Untuk melaksanakan tugas Kepala Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular, Kesehatan Jiwa dan Napza menyelenggarakan fungsi :

- a. Pelaksanaan Perumusan kebijakan daerah bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular, Kesehatan Jiwa dan Napza;
- b. Pelaksanaan norma, standar, prosedur, dan kriteria bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular, Kesehatan Jiwa dan Napza;
- c. Penyusunan rencana program dan kegiatan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular, Kesehatan Jiwa dan Napza;
- d. Pelaksanaan koordinasi kegiatan bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular, Kesehatan Jiwa dan Napza;
- e. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Pimpinan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Uraian tugas Kepala Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular, Kesehatan Jiwa dan Napza sebagai berikut :

- a. menyusun dan melaksanakan Standar Operasi dan Prosedur (SOP) pelaksanaan tugas dilingkungan Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular Kesehatan Jiwa dan Napza;
- b. menyiapkan bahan perumusan kebijakan di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit paru kronik dan gangguan imunologi, jantung dan pembuluh darah, kanker dan kelainan darah, diabetes mellitus dan gangguan metabolik, dan gangguan indera dan fungsional serta pencegahan dan pengendalian masalah kesehatan jiwa anak dan remaja, kesehatan jiwa dewasa dan lanjut usia, dan penyalahgunaan Napza;
- c. menyiapkan bahan pelaksanaan kebijakan di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit paru kronik dan gangguan imunologi, jantung dan pembuluh darah, kanker dan kelainan darah, diabetes mellitus dan gangguan metabolik, dan gangguan indera dan fungsional serta pencegahan dan pengendalian masalah kesehatan jiwa anak dan remaja, kesehatan jiwa dewasa dan lanjut usia, dan penyalahgunaan Napza;
- d. menyiapkan bahan penyusunan norma, standar, prosedur dan kriteria di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit paru kronik dan gangguan imunologi, jantung dan pembuluh darah, kanker dan kelainan darah, diabetes mellitus dan gangguan metabolik, dan gangguan indera dan fungsional serta pencegahan dan pengendalian masalah kesehatan jiwa anak dan remaja, kesehatan jiwa dewasa dan lanjut usia, dan penyalahgunaan Napza;
- e. menyiapkan bahan bimbingan teknis dan supervisi di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit paru kronik dan gangguan imunologi, jantung dan pembuluh darah, kanker dan kelainan darah, diabetes mellitus dan gangguan metabolik, dan gangguan indera dan fungsional serta pencegahan dan pengendalian masalah kesehatan jiwa anak dan remaja, kesehatan jiwa dewasa dan lanjut usia, dan penyalahgunaan Napza;
- f. melaksanakan pemantauan, evaluasi, dan pelaporan di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit paru kronik dan gangguan imunologi, jantung dan pembuluh darah, kanker dan

kelainan darah, diabetes mellitus dan gangguan metabolik, dan gangguan indera dan fungsional serta pencegahan dan pengendalian masalah kesehatan jiwa anak dan remaja, kesehatan jiwa dewasa dan lanjut usia, dan penyalahgunaan Napza; dan

g. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Pimpinan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

4) Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan

a. Tugas :

Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan mempunyai tugas membantu Kepala Dinas melaksanakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan operasional di bidang pelayanan kesehatan primer dan pelayanan kesehatan rujukan termasuk peningkatan mutunya, serta pelayanan kesehatan tradisional.

b. Fungsi :

- (1) Penyiapan perumusan kebijakan operasional di bidang pelayanan kesehatan primer dan pelayanan kesehatan rujukan termasuk peningkatan mutunya, serta pelayanan kesehatan tradisional;
- (2) Penyiapan pelaksanaan kebijakan operasional di bidang pelayanan kesehatan primer dan pelayanan kesehatan rujukan termasuk peningkatan mutunya, serta pelayanan kesehatan tradisional;
- (3) Penyiapan bimbingan teknis dan supervisi di bidang pelayanan kesehatan primer dan pelayanan kesehatan rujukan termasuk peningkatan mutunya, serta pelayanan kesehatan tradisional; dan
- (4) Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan di bidang pelayanan kesehatan primer dan pelayanan kesehatan rujukan termasuk peningkatan mutunya, serta pelayanan kesehatan tradisional.

Bidang Pelayanan Kesehatan terdiri dari :

a) Seksi Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional;

Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional mempunyai tugas membantu Kepala Bidang melaksanakan penyiapan perumusan dan pelaksanaan kebijakan operasional,

bimbingan teknis dan supervisi, pemantauan, evaluasi dan di bidang pelayanan kesehatan primer dan tradisional.

Dalam melaksanakan tugas Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional menyelenggarakan fungsi:

- a. Pelaksanaan Perumusan kebijakan daerah bidang Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional;
- b. Pelaksanaan norma, standar, prosedur, dan kriteria bidang Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional;
- c. Penyusunan rencana program dan kegiatan Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional;
- d. Pelaksanaan koordinasi kegiatan bidang Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional;
- e. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Pimpinan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Uraian tugas Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional sebagai berikut :

- a. menyusun dan melaksanakan Standar Operasional dan Prosedur (SOP) pelaksanaan tugas ;
- b. menyiapkan bahan rumusan kebijakan di bidang pelayanan kesehatan primer meliputi upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan pada pusat kesehatan masyarakat termasuk pelayanan kesehatan pada daerah sulit dan terpencil, kesehatan primer pada klinik dan praktik perorangan serta pelayanan kesehatan tradisional;
- c. menyiapkan bahan pelaksanaan kebijakan di bidang pelayanan kesehatan primer meliputi upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan pada pusat kesehatan masyarakat termasuk pelayanan kesehatan pada daerah sulit dan terpencil, kesehatan primer pada klinik dan praktik perorangan serta pelayanan kesehatan tradisional;
- d. menyiapkan bahan penyusunan norma, standar, prosedur dan kriteria di bidang pelayanan kesehatan primer meliputi upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan pada pusat kesehatan masyarakat termasuk pelayanan kesehatan pada daerah sulit dan terpencil, kesehatan primer pada klinik dan praktik perorangan serta pelayanan kesehatan tradisional;

- e. menyiapkan bahan bimbingan teknis dan supervisi di bidang pelayanan kesehatan primer meliputi upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan pada pusat kesehatan masyarakat termasuk pelayanan kesehatan pada daerah sulit dan terpencil, kesehatan primer pada klinik dan praktik perorangan serta pelayanan kesehatan tradisional;
- f. melaksanakan pemantauan, evaluasi, dan pelaporan di bidang pelayanan kesehatan primer meliputi upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan pada pusat kesehatan masyarakat termasuk pelayanan kesehatan pada daerah sulit atau terpencil, kesehatan primer pada klinik dan praktik perorangan serta pelayanan kesehatan tradisional;
- g. melaksanakan pembinaan dan penilaian tenaga kesehatan teladan dan Puskesmas berprestasi; dan
- h. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Pimpinan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

b) Seksi Pelayanan Kesehatan Rujukan;

Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Rujukan mempunyai tugas membantu Kepala Bidang melaksanakan penyiapan perumusan dan pelaksanaan kebijakan operasional, bimbingan teknis dan supervisi, pemantauan, evaluasi dan pelaporan di bidang pelayanan kesehatan rujukan

Dalam melaksanakan tugas Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Rujukan menyelenggarakan fungsi :

- a. Pelaksanaan Perumusan kebijakan daerah bidang Pelayanan Kesehatan Rujukan;
- b. Pelaksanaan norma, standar, prosedur, dan kriteria bidang Pelayanan Kesehatan Rujukan;
- c. Penyusunan rencana program dan kegiatan Pelayanan Kesehatan Rujukan;
- d. Pelaksanaan koordinasi kegiatan bidang Pelayanan Kesehatan Rujukan;
- e. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Pimpinan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Uraian tugas Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Rujukan sebagai berikut :

- a. menyusun dan melaksanakan Standar Operasional dan Prosedur (SOP) pelaksanaan tugas ;
- b. menyiapkan bahan rumusan kebijakan di bidang pelayanan medik dan keperawatan, penunjang, gawat darurat terpadu, pengelolaan rujukan, pemantauan serta sarana dan prasarana pada fasilitas pelayanan kesehatan rujukan;
- c. menyiapkan bahan pelaksanaan kebijakan di bidang pelayanan medik dan keperawatan, penunjang, gawat darurat terpadu, pengelolaan rujukan, pemantauan serta sarana dan prasarana pada fasilitas pelayanan kesehatan rujukan;
- d. menyiapkan bahan penyusunan norma, standar, prosedur dan kriteria di bidang pelayanan medik dan keperawatan, penunjang, gawat darurat terpadu, pengelolaan rujukan, pemantauan serta sarana dan prasarana pada fasilitas pelayanan kesehatan rujukan;
- e. menyiapkan bahan bimbingan teknis dan supervisi di bidang pelayanan medik dan keperawatan, penunjang, gawat darurat terpadu, pengelolaan rujukan, pemantauan serta sarana dan prasarana pada fasilitas pelayanan kesehatan rujukan;
- f. melaksanakan pemantauan, evaluasi, dan pelaporan di bidang pelayanan medik dan keperawatan, penunjang, gawat darurat terpadu, pengelolaan rujukan, pemantauan serta sarana dan prasarana pada fasilitas pelayanan kesehatan rujukan;
- g. melaksanakan pelayanan perizinan rumah sakit kelas C dan D dan fasilitas pelayanan kesehatan lain;
- h. membina tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis rumah sakit milik daerah;
- i. menganalisis laporan kinerja rumah sakit milik daerah; dan
- j. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Pimpinan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

c) Seksi Peningkatan Mutu dan Akreditasi.

Kepala Seksi Peningkatan Mutu dan Akreditasi mempunyai tugas membantu Kepala Bidang melaksanakan penyiapan perumusan dan

pelaksanaan kebijakan operasional, bimbingan teknis dan supervisi, pemantauan, evaluasi dan pelaporan di bidang peningkatan mutu dan akreditasi pelayanan kesehatan primer dan rujukan

Dalam melaksanakan tugas Kepala Seksi Peningkatan Mutu, Akreditasi menyelenggarakan fungsi :

- a. Pelaksanaan Perumusan kebijakan daerah bidang Peningkatan Mutu dan Akreditasi pelayanan kesehatan primer dan rujukan;
- b. Pelaksanaan norma, standar, prosedur, dan kriteria bidang Peningkatan Mutu dan Akreditasi pelayanan kesehatan primer dan rujukan;
- c. Penyusunan rencana program dan kegiatan Peningkatan Mutu dan Akreditasi pelayanan kesehatan primer dan rujukan;
- d. Pelaksanaan koordinasi kegiatan bidang Peningkatan Mutu dan Akreditasi pelayanan kesehatan primer dan rujukan; dan
- e. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Pimpinan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Uraian tugas Kepala Seksi Peningkatan Mutu dan Akreditasi sebagai berikut :

- a. menyusun dan melaksanakan Standar Operasional dan Prosedur (SOP) pelaksanaan tugas ;
- b. menyiapkan bahan rumusan kebijakan di bidang mutu dan akreditasi pelayanan kesehatan primer, rujukan, dan pelayanan kesehatan lainnya;
- c. menyiapkan bahan pelaksanaan kebijakan di bidang mutu dan akreditasi pelayanan kesehatan primer, rujukan, dan pelayanan kesehatan lainnya;
- d. menyiapkan bahan penyusunan norma, standar, prosedur dan kriteria di bidang mutu dan akreditasi pelayanan kesehatan primer, rujukan, dan pelayanan kesehatan lainnya;
- e. menyiapkan bahan bimbingan teknis dan supervisi di bidang mutu dan akreditasi pelayanan kesehatan primer, rujukan, dan pelayanan kesehatan lainnya;
- f. melaksanakan pemantauan, evaluasi, dan pelaporan di bidang mutu dan akreditasi pelayanan kesehatan primer, rujukan, dan pelayanan kesehatan lainnya;

- g. memimpin dan mengkoordinasikan bawahan agar pelaksanaan tugas berjalan dengan harmonis dan saling mendukung sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- h. memeriksa dan mengevaluasi hasil kerja bawahan dengan cara mencocokkan dengan petunjuk kerja yang diberikan dan ketentuan yang berlaku agar tercapai kesesuaian dan kebenaran hasil kerja;
- i. menilai prestasi kerja bawahan berdasarkan hasil yang dicapai sebagai bahan pertimbangan dalam peningkatan karier ; dan
- j. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Pimpinan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

5) Kepala Bidang Sumber Daya Kesehatan.

a. Tugas:

Kepala Bidang Sumber Daya Kesehatan mempunyai tugas melaksanakan perumusan dan melaksanakan kebijakan operasional di bidang kefarmasian, alat kesehatan dan PKRT serta sumber daya manusia kesehatan.

b. Fungsi :

- (1) Penyiapan perumusan kebijakan operasional di bidang kefarmasian, perencanaan dan pengadaan obat, alat kesehatan, perbekalan kesehatan rumah tangga (PKRT) dan fasyankes primer serta sumber daya manusia kesehatan dan diklat;
- (2) Penyiapan pelaksanaan kebijakan operasional di bidang kefarmasian, perencanaan dan pengadaan obat, alat kesehatan, perbekalan kesehatan rumah tangga (PKRT) dan fasyankes primer serta sumber daya manusia kesehatan dan diklat;
- (3) Penyiapan bimbingan teknis dan supervisi di bidang kefarmasian, alat kesehatan, perbekalan kesehatan rumah tangga (PKRT) dan fasyankes primer serta sumber daya manusia kesehatan dan diklat;
- (4) Pemantauan, evaluasi dan pelaporan di bidang kefarmasian, perencanaan dan pengadaan obat, alat kesehatan, perbekalan kesehatan rumah tangga (PKRT) dan fasyankes primer serta sumber daya manusia kesehatan dan diklat;

Bidang Sumber Daya Kesehatan terdiri dari :

a) Seksi Pelayanan Kefarmasian;

Kepala Seksi Pelayanan Kefarmasian mempunyai tugas membantu Kepala Bidang melaksanakan penyiapan perumusan dan pelaksanaan kebijakan operasional, bimbingan teknis dan supervisi, serta pemantauan, evaluasi dan pelaporan di bidang pelayanan kefarmasian.

Dalam melaksanakan tugas Kepala Seksi Pelayanan Kefarmasian mempunyai fungsi sebagai berikut:

- a. Pelaksanaan Perumusan kebijakan daerah bidang pelayanan kefarmasian;
- b. Pelaksanaan norma, standar, prosedur, dan kriteria bidang pelayanan kefarmasian;
- c. Penyusunan rencana program dan kegiatan pelayanan kefarmasian;
- d. Pelaksanaan koordinasi kegiatan bidang pelayanan kefarmasian;
- e. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Pimpinan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Uraian tugas Kepala Seksi Pelayanan Kefarmasian sebagai berikut :

- a. Menyusun dan melaksanakan Standar Operasional dan Prosedur (SOP) pelaksanaan tugas ;
- b. Menyiapkan bahan perumusan kebijakan di bidang pelayanan kefarmasian, perencanaan obat dan pengadaan obat;
- c. Menyiapkan bahan pelaksanaan kebijakan di bidang pelayanan kefarmasian, perencanaan obat dan pengadaan obat;
- d. Menyiapkan bahan penyusunan norma, standar, prosedur dan kriteria di bidang pelayanan kefarmasian, perencanaan obat dan pengadaan obat;
- e. Menyiapkan bahan bimbingan teknis dan supervisi di bidang pelayanan kefarmasian, perencanaan obat dan pengadaan obat;
- f. Melaksanakan pemantauan, evaluasi, dan pelaporan di bidang pelayanan kefarmasian, perencanaan obat dan pengadaan obat;
- g. Melaksanakan pelayanan perizinan apotek, toko obat serta tindak lanjut hasil pengawasan;
- h. Melaksanakan pelayanan perizinan usaha mikro obat tradisional (UMOT) serta tindak lanjut hasil pengawasan;

- i. Melaksanakan pelayanan sertifikasi produksi pangan industri rumah tangga dan penyuluhan keamanan pangan pada IRTP
- j. Melaksanakan pemeriksaan dan monitoring Industri Rumah Tangga Pangan (IRTP), uji sampel pada IRTP dan tindak lanjut pengawasan; dan
- k. Melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Pimpinan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

b) Seksi Alat Kesehatan dan Fasyankes;

Kepala Seksi Alat Kesehatan dan Fasyankes mempunyai tugas membantu Kepala Bidang melaksanakan penyiapan perumusan dan pelaksanaan kebijakan operasional, bimbingan teknis dan supervisi, serta pemantauan, evaluasi dan pelaporan di bidang alat kesehatan, PKRT dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer.

Dalam melaksanakan tugas Kepala Seksi Alat Kesehatan dan Fasyankes menyelenggarakan fungsi :

- a. Pelaksanaan Perumusan kebijakan daerah bidang alat kesehatan, PKRT dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer;
- b. Pelaksanaan norma, standar, prosedur, dan kriteria bidang alat kesehatan, PKRT dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer;
- c. Penyusunan rencana program dan kegiatan alat kesehatan, PKRT dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer;
- d. Pelaksanaan koordinasi kegiatan bidang alat kesehatan, PKRT dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer;
- e. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Pimpinan sesuai dengan tugas dan fungsinya

Uraian tugas Kepala Seksi Alat Kesehatan dan Fasyankes sebagai berikut :

- a. Menyusun dan melaksanakan Standar Operasional dan Prosedur (SOP) pelaksanaan tugas ;
- b. Menyiapkan bahan perumusan kebijakan di bidang alat kesehatan, sarana dan prasarana pada fasilitas pelayanan kesehatan primer;
- c. Menyiapkan bahan pelaksanaan kebijakan di bidang alat kesehatan, sarana dan prasarana pada fasilitas pelayanan kesehatan primer;

- d. Menyiapkan bahan penyusunan norma, standar, prosedur dan kriteria di bidang alat kesehatan, sarana dan prasarana pada fasilitas pelayanan kesehatan primer;
- e. Menyiapkan bahan bimbingan teknis dan supervisi di bidang alat kesehatan, sarana dan prasarana pada fasilitas pelayanan kesehatan primer;
- f. Melaksanakan pemantauan, evaluasi, dan pelaporan di bidang alat kesehatan, sarana dan prasarana pada fasilitas pelayanan kesehatan primer;
- g. Melaksanakan pelayanan sertifikasi produksi alat kesehatan kelas 1 (satu) tertentu dan PKRT kelas 1 (satu) tertentu perusahaan rumah tangga serta tindak lanjut hasil pengawasan; dan
- h. Melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Pimpinan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

c) Seksi SDM Kesehatan dan Diklat.

Kepala Seksi SDM Kesehatan dan Diklat mempunyai tugas membantu Kepala Bidang melaksanakan penyiapan perumusan dan pelaksanaan kebijakan operasional, bimbingan teknis dan supervisi, serta pemantauan, evaluasi dan pelaporan di bidang sumber daya manusia kesehatan dan diklat.

Dalam melaksanakan tugas Kepala Seksi SDM Kesehatan dan Diklat menyelenggarakan fungsi :

- a. Pelaksanaan Perumusan kebijakan daerah bidang SDM Kesehatan dan Diklat;
- b. Pelaksanaan norma, standar, prosedur, dan kriteria bidang SDM Kesehatan dan Diklat;
- c. Penyusunan rencana program dan kegiatan SDM Kesehatan dan Diklat;
- d. Pelaksanaan koordinasi kegiatan bidang SDM Kesehatan dan Diklat;
- e. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Pimpinan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

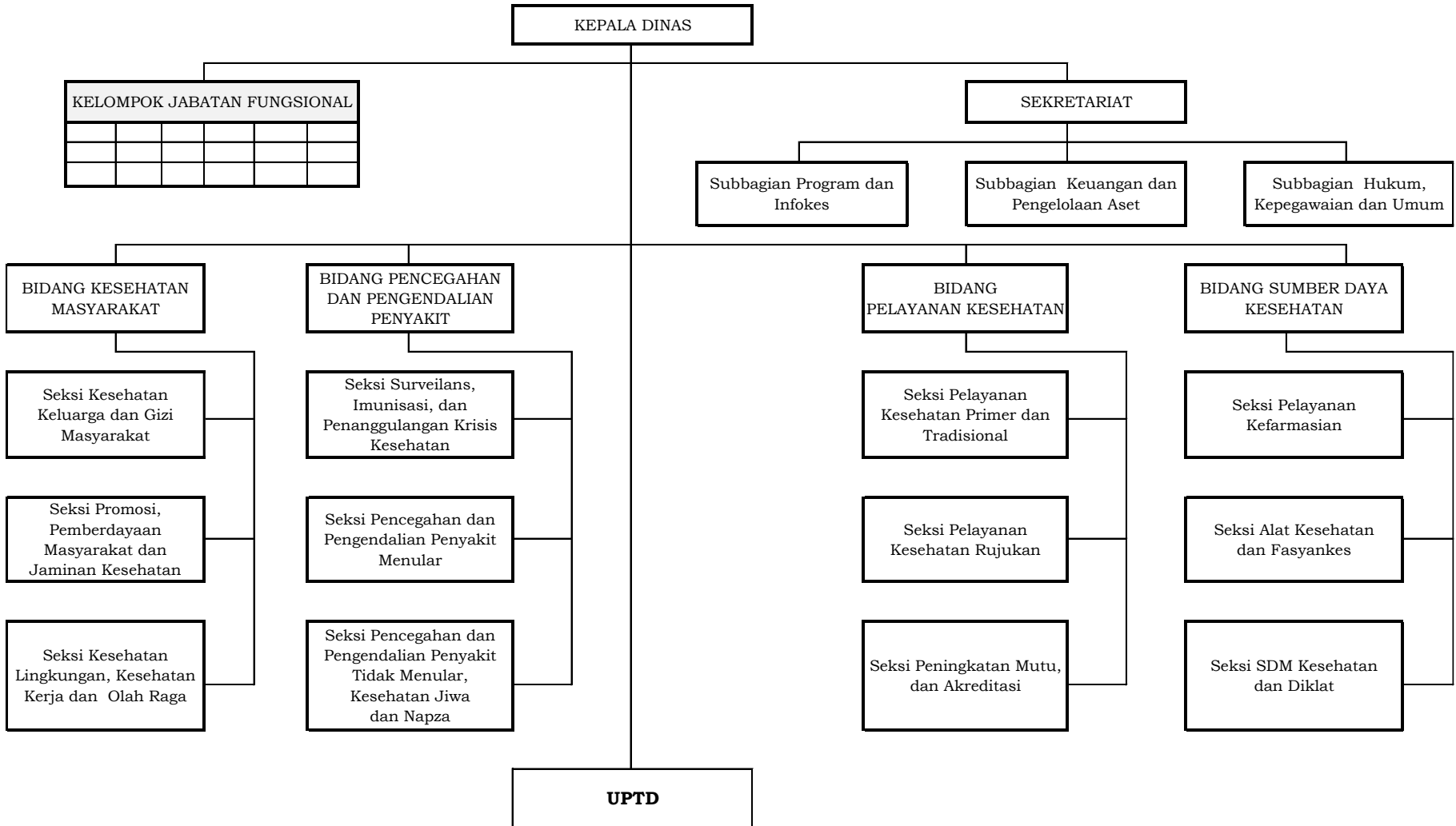
Uraian tugas Kepala Seksi SDM Kesehatan dan Diklat sebagai berikut :

- a. Menyusun dan melaksanakan Standar Operasional dan Prosedur (SOP) pelaksanaan tugas ;
- b. Menyiapkan bahan perumusan kebijakan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan di bidang perencanaan, pendayagunaan, peningkatan kompetensi, dan pembinaan mutu sumber daya manusia kesehatan;
- c. Menyiapkan bahan pelaksanaan kebijakan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan di bidang perencanaan, pendayagunaan, peningkatan kompetensi, dan pembinaan mutu sumber daya manusia kesehatan;
- d. Menyiapkan bahan penyusunan norma, standar, prosedur dan kriteria pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan di bidang perencanaan, pendayagunaan, peningkatan kompetensi, dan pembinaan mutu sumber daya manusia kesehatan;
- e. Menyiapkan bahan bimbingan teknis dan supervisi pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan di bidang perencanaan, pendayagunaan, peningkatan kompetensi, dan pembinaan mutu sumber daya manusia;
- f. Melaksanakan pemantauan, evaluasi, dan pelaporan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan di bidang perencanaan, pendayagunaan, peningkatan kompetensi, dan pembinaan mutu sumber daya manusia kesehatan;
- g. Melaksanakan penelitian dan pengembangan kesehatan yang mendukung perumusan kebijakan bidang kesehatan;
- h. Memfasilitasi peningkatan SDM Kesehatan dalam bidang IPTEK;
- i. Memfasilitasi Praktek Kerja Lapangan (PKL), magang, residensi, dan lain-lain dari institusi pendidikan di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota;
- j. Melaksanakan pelayanan perizinan praktik dan izin kerja tenaga kesehatan; dan
- k. Melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Pimpinan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Dilingkungan Dinas Kesehatan terdapat unit pelaksanaan teknis (UPT) dinas di bidang Kesehatan berupa Pusat kesehatan Masyarakat dan Instalasi Farmasi kabupaten sebagai unit organisasi bersifat fungsional dan unit layanan yang bekerja secara professional.

Selain UPT, terdapat juga Kelompok Jabatan Fungsional yang mempunyai tugas melaksanakan sebagian kegiatan Dinas secara professional sesuai dengan kebutuhan. Kelompok jabatan fungsional ini terdiri atas sejumlah tenaga dalam jenjang jabatan fungsional yang terbagi dalam berbagai kelompok sesuai dengan bidang keahlian dan ketrampilan. Jumlah jabatan fungsional ini ditentukan berdasarkan sifat, jenis, kebutuhan dan beban kerja.

**BAGAN STRUKTUR ORGANISASI
DINAS KESEHATAN KABUPATEN LIMA PULUH KOTA
TIPE A**



2.2. Sumber Daya Dinas Kesehatan.

2.2.1. Sarana Kesehatan

Sarana kesehatan meliputi puskesmas dan jaringannya, rumah sakit, kendaraan yang dimiliki, termasuk upaya kesehatan bersumber daya masyarakat antara lain posyandu, Posbindu, dan Poskestren.

a. Puskesmas dan jaringannya

Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang berada di wilayah kecamatan dan melaksanakan tugas operasional pembangunan kesehatan. Pembangunan puskesmas di tiap kecamatan memiliki peran yang sangat penting dalam memelihara kesehatan masyarakat. Pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan dasar dapat digambarkan secara umum oleh indikator rasio puskesmas terhadap 30.000 penduduk.

Pada tahun 2015 Kabupaten Lima Puluh Kota memiliki 22 puskesmas yang tersebar di 13 kecamatan. Pada tabel 2.1 berikut ini dapat kita lihat rasionya terhadap jumlah penduduk per kecamatan.

Tabel 2.1

Rasio Puskesmas Terhadap 30.000 Penduduk Menurut Kecamatan di Kab. Lima Puluh Kota Tahun 2015

No	Kecamatan	Jumlah Penduduk	Jumlah Puskesmas	Rasio/30.000 pddk
1	Akabiluru	26.890	2	0,44
2	Payakumbuh	34.076	1	1,13
3	Mungka	26.483	1	0,88
4	Guguk	35.950	2	0,60
5	Situjuah Limo	21.533	1	0,72
6	Lareh Sago	36.780	2	0,61
7	Luak	26.976	1	0,90
8	Harau	49.488	2	0,82
9	Suliki	15.173	1	0,50
10	Gunuang Omeh	13.265	1	0,44
11	Bukit Barisan	23.231	3	0,26
12	Pangkalan Koto	29.997	3	0,33
13	Kapur IX	29.143	2	0,48
	Total	368.985	22	0,56

Dari tabel diatas dapat kita lihat bahwa rasio puskesmas terhadap 30.000 penduduk ditiap kecamatan kurang dari 1/30.000 pddk, kecuali di kecamatan Payakumbuh1 Puskesmas melayani lebih dari 30.000 pddk. Untuk keseluruhan wilayah kabupaten, rasio mencapai 0,56/30.000 pddk.

Data dari Pusat Data dan Informasi, Kemenkes RI, 2015, tahun 2014 rasio puskesmas terhadap 30.000 penduduk adalah 1,16. Jadi dibandingkan data nasional, kabupaten Lima Puluh Kota masih berada diatas data nasional. Dari 22 puskesmas tersebut 4 diantaranya adalah puskesmas rawatan.

Selain puskesmas, sarana lainnya adalah puskesmas pembantu, polindes, puskesmas keliling dan kendaraan roda dua. Pada tabel 2.2 berikut ini dapat kita lihat jumlah dan keadaan sarana tersebut pada tahun 2015.

Tabel 2.2
Jumlah Sarana Kesehatan dan Kondisinya di Kab. Lima Puluh Kota
Tahun 2015

No	Jenis Sarana	Jumlah	Kondisi		
			Baik	Rusak Ringan	Rusak Berat
1	Puskesmas Pembantu	88	22	33	35
2	Polindes	164	41	61	62
3	Puskesmas Keliling	30	24	3	3
4	Kendaraan roda 2	198	126	31	41

Dari data diatas dapat kita simpulkan bahwa dari 88 buah puskesmas pembantu hanya 22 (24,4 %) yang kondisinya baik. Puskesmas keliling yang kondisinya baik adalah 24 Unit (73,1%), dan kendaraan roda dua (2) yang kondisinya baik adalah 126 unit (58%).

b. Rumah Sakit

Kabupaten Lima Puluh Kota memiliki satu (1) rumah sakit yang dikelola oleh Pemda Kabupaten. Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD)

Achmad Darwis Suliki adalah rumah sakit tipe C. Pada tabel 2.3 berikut ini dapat diketahui data dasar rumah sakit tersebut.

Tabel 2.3
Data Dasar RSUD Suliki Tahun 2015

No	Variabel	Jumlah TT
1	Kelas Utama	4
2	Kelas I	15
3	Kelas II	24
4	Kelas III	56
	Total	99

Dari data diatas dapat kita hitung rasio tempat tidur terhadap 100.000 penduduk adalah $17,76/100.000$ penduduk. Data nasional adalah pada tahun 2013 adalah $70,74/100.000$. Pemanfaatan tempat tidur pada tahun 2013 adalah 42,1%. Hal ini belum sesuai dengan standar nasional yang diharapkan yaitu 60% - 85%.

c. Sarana Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat

Ada beberapa jenis sarana kesehatan yang bersumberdaya masyarakat antara lain posyandu, polindes, pos obat desa (POD), tanaman obat keluarga (TOGA), pos kesehatan pesantren (Poskestren) dan Pos Upaya Kesehatan Kerja (UKK). Data pada tabel 2.4 berikut ini memberikan gambaran tentang upaya kesehatan bersumber daya masyarakat.

Tabel 2.4
Jumlah Sarana Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat Tahun 2015

No	UKBM	Jumlah	Rasio / Nagari
1	Posyandu	544	6,9
2	Polindes/Pokesri	164	2,1
3	Posbindu PTM	177	2,2
4	Nagari Siaga	79	1

Berdasarkan data diatas kita dapat menghitung rasio posyandu terhadap jumlah Nagari (79 Nagari) yaitu 6,9, jadi totalnya ditiap

Nagari telah ada minimal 6 (enam) posyandu. Data nasional untuk rasio posyandu adalah 3,85 dengan rata-rata perkelurahan/desa ada 4 posyandu, berarti rasio posyandu per Nagari di Kab. Lima Puluh Kota berada di atas angka nasional. Posyandu dibagi atas 4 strata yaitu pratama (67 buah), Madya (148 buah), purnama (227 buah), dan mandiri (102 buah).

Rasio Polindes/Poskesri terhadap jumlah Nagari adalah 2,1, berarti di tiap nagari minimal ada 2 Polindes/Poskesri. Sedangkan rasio Posbindu PTM 2,2. Berarti dalam satu Nagari minimal ada 2 Posbindu/PTM.

2.2.2. Tenaga Kesehatan

Data tenaga kesehatan di Kabupaten Lima Puluh Kota pada tahun 2015 dapat kita lihat pada tabel 2.5 berikut ini.

Tabel 2.5
Ratio Tenaga Kesehatan Per 100.000 Penduduk Tahun 2015
Di Kab. Lima Puluh Kota

No	Jenis Tenaga	Jumlah TH 2015	Rasio per 100.000 penduduk Thn 2015	Target Nasional Tahun 2014
1	Dokter Spesialis	12	3,26	10
2	Dokter Umum	36	9,78	40
3	Dokter Gigi	25	6,79	12
4	Perawat	161	43,73	158
5	Bidan	352	189,47	100
6	Perawat Gigi	27	7,33	15
7	Apoteker	6	1,62	9
8	Asisten Apoteker	35	9,48	18
9	Sarjana Kesmas	29	13,55	13
10	Sanitarian	15	4,07	15
11	Gizi	23	6,25	10
12	Keterapian Fisik	1	0,27	4

Dari data tersebut diatas, terlihat bahwa umumnya jumlah tenaga kesehatan masih kurang dibandingkan dengan target nasional. Rasio dokter umum terhadap 100.000 penduduk skala nasional pada tahun 2014 adalah 40/100.000 penduduk sedangkan di Kab. Lima Puluh Kota tahun 2015 baru sekitar 9,78/100.000 penduduk. Untuk dokter gigi angkanya sudah lebih tinggi dari angka nasional 6,79/100.000 penduduk (nasional 12/100.000 penduduk), masih banyak kekurangan yang dibutuhkan oleh Kab. Lima Puluh Kota. Selain itu sampai saat ini Kesebagian besar dokter dan dokter gigi di Puskesmas masih merangkap jabatan sebagai Kepala Puskesmas.

Tenaga kesehatan yang telah melebihi kebutuhan hanya sarjana kesehatan masyarakat dan Bidan. Di Kabupaten Lima Puluh Kota sampai ahkir tahun 2015 terdapat 50 orang sarjana kesehatan masyarakat dengan pembagian S2 sebanyak 7 orang dan 43 orang S1. Untuk sarjana kesehatan masyarakat tidak perlu penambahan jumlah, namun yang diperlukan adalah peningkatan kualitas. Rasio Bidan terhadap 100.000 penduduk dalam skala nasional sampai tahun 2015 adalah 100/100.000 penduduk, di Kab. Lima Puluh Kota rasionya adalah 100,92/100.000 penduduk. Jadi yang perlukan adalah peningkatan kualitas melalui pendidikan, karena umumnya tenaga bidan yang ada masih berlatar belakang D1 Kebidanan, untuk itu perlu ditingkatkan menjadi D3 kebidanan.

2.2.3. Analisis Lingkungan Strategis Organisasi

Analisis lingkungan strategis adalah deskripsi mengenai apa yang terjadi dalam lingkungan organisasi yang dapat memberikan pengaruh terhadap rencana strategis. Secara terstruktur, lingkungan strategis Dinas Kesehatan terdiri atas lingkungan internal dan lingkungan eksternal, yang masing-masing dapat diuraikan sebagai berikut :

1. Lingkungan Internal

Lingkungan internal terdiri atas dua faktor strategis yang secara keseluruhan dapat dikelola oleh manajemen Dinas Kesehatan, dan terdiri atas faktor kekuatan organisasi dan kelemahan organisasi.

Faktor Kekuatan Organisasi :

- a. Adanya struktur organisasi yang cukup efektif dalam menunjang pelaksanaan tugas pokok dan fungsi.
- b. Adanya standar operasi baku dalam menjalankan manajemen kesehatan.
- c. Tersusunnya program pembangunan kesehatan yang berorientasi pada pencapaian misi pembangunan kesehatan.
- d. Adanya komitmen seluruh jajaran organisasi untuk mewujudkan kinerja optimal dalam pembangunan kesehatan.

Faktor Kelemahan Organisasi :

- a. Belum mantapnya koordinasi lintas fungsi organisasi dalam rangka meningkatkan kualitas manajemen kesehatan.
- b. Belum meratanya sumber daya kesehatan yang siap untuk didayagunakan secara maksimal pada setiap puskesmas.
- c. Belum optimalnya perwujudan pemerataan pendayagunaan sumber daya kesehatan, khususnya SDM kesehatan.
- d. Belum optimalnya pengawasan dan pengendalian terhadap berbagai upaya kesehatan masyarakat.
- e. Relatif terbatasnya sarana dan prasarana yang mampu mendukung akselerasi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan.

2. Lingkungan Eksternal

Lingkungan eksternal terdiri atas dua faktor strategis yang karena berada pada lingkungan eksternal organisasi maka tidak dapat dikelola secara langsung oleh manajemen Dinas Kesehatan, namun dapat mempengaruhi upaya peningkatan kinerja organisasi. Dua faktor strategis dari lingkungan eksternal organisasi adalah faktor peluang organisasi dan ancaman atau tantangan organisasi.

Faktor Peluang Organisasi :

- a. Berkembangnya teknologi informasi untuk mendukung pemantapan manajemen kesehatan.

- b. Adanya kebijakan pemerintah yang menempatkan pembangunan kesehatan sebagai bagian penting dari pembangunan manusia Indonesia seutuhnya.
- c. Adanya bantuan program DAK bidang kesehatan dari Pemerintah Pusat dalam pembangunan kesehatan di daerah.
- d. Potensi sumberdaya masyarakat yang cukup kondusif untuk didayagunakan dan diberdayakan dalam pembangunan kesehatan.

Faktor Tantangan Organisasi :

- a. Meningkatnya tuntutan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas.
- b. Belum optimalnya keperansertaan para pemangku kepentingan (stakeholders) dan sumberdaya masyarakat dalam mewujudkan misi pembangunan kesehatan.
- c. Masih rendahnya tingkat keberdayaan masyarakat khususnya masyarakat miskin dalam mewujudkan kemandirian untuk hidup sehat.
- d. Luasnya sasaran yang harus dijangkau dalam upaya pembangunan kesehatan secara bermutu, merata, terjangkau dan berkesinambungan.

2.3. Kinerja Pelayanan Dinas Kesehatan.

2.3.1. Derajat Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota

Derajat kesehatan merupakan hasil akhir yang ingin dicapai dari Pembangunan Kesehatan Indonesia. Indikator yang menentukan derajat kesehatan masyarakat adalah mortalitas, morbiditas, dan status gizi. Mortalitas ditentukan oleh angka kematian bayi, angka kematian balita, angka kematian ibu melahirkan, dan angka harapan hidup. Morbiditas ditentukan oleh angka kesakitan malaria, angka kesembuhan penderita TB Paru BTA (+), Prevalensi HIV, Angka "Acute Flaccid Paralysis (AFP) pada anak usia < 15 tahun, dan angka kesakitan Demam Berdarah Dengue.

Status gizi ditentukan oleh presentase balita gizi buruk dan presentase kecamatan bebas rawan gizi.

1. Mortalitas

Mortalitas yang pertama dilihat adalah Angka Kematian Bayi (AKB). Angka Kematian Bayi dapat didefinisikan sebagai banyaknya bayi yang meninggal sebelum mencapai usia 1 tahun yang dinyatakan dalam 1.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama.

Angka kematian bayi (AKB) di Kabupaten Lima Puluh Kota tahun 2015 adalah 16,38/1000 kelahiran hidup (100 jiwa). Angka ini meningkat dibandingkan dengan angka di tahun 2014 yaitu 13,7 /1.000 kelahiran hidup (82 jiwa). Wilayah kerja yang memiliki jumlah kematian bayi tertinggi adalah Puskesmas Koto Tinggi sebanyak 13 jiwa. Target MDGs pada tahun 2015 adalah 23/1.000 kelahiran hidup, artinya angka kematian bay Kab. Lima Puluh Kota sudah jauh berada di bawah target MSG's. Pada tabel berikut ini dapat dilihat tren angka kematian bayi dari tahun 2011 – 2015.

Tabel 2.6
Angka Kematian Bayi per 1.000 kelahiran hhidup
Kab. Lima Puluh Kota
Tahun 2011 – 2015

Indikator	Tahun				
	2011	2012	2013	2014	2015
Kasus Kematian Bayi	92	92	96	82	100
Angka Kematian Bayi/ 1000 kelahiran hidup	15,26	15,2 6	15,7 4	13,6 6	16,3 8

Sumber : Sie Kesga dan KB

Angka kematian ibu merupakan ukuran penentu mortalitas berikutnya. Angka Kematian Ibu merupakan indikator penting dalam penentuan derajat kesehatan. Menurut hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (2007), angka kematian ibu secara nasional adalah 228 per 100.000 KLH. Berikut ini adalah angka kematian ibu di Kab. Lima Puluh Kota Tahun 2011-2015.

Tabel 2.7
 Angka Kematian Ibu per 100.000 kelahiran hidup
 di Kab. Lima Puluh Kota
 Tahun 2011 – 2015

Indikator	Tahun				
	2011	2012	2013	2014	2015
Kasus Kematian Ibu	10	5	3	8	4
Angka Kematian Ibu / 100.000 kelahiran hidup	165	82	49	133	65

Sumber : Sie Kesga dan KB

Jumlah kematian ibu (AKI) melahirkan Tahun 2015 sebesar 4 jiwa. Jumlah ini juga turun dari tahun 2014 sebanyak 8 jiwa. tabel 2.7 menggambarkan jumlah kematian ibu (AKI) dari tahun 2011 – 2015. Dari tabel diatas tersebut dapat kita lihat, bahwa angka kematian ibu pada tahun 2015 sudah mencapai target MDG, s tahun 2015, dimana pada tahun 2015 target MDG, s adalah 102 per 100.000 KLH. Padahal tahun sebelumnya (2014) angka kematian ibu di Kab. Lima Puluh Kota masih jauh dari target MDG's yaitu sebesar 133 per 100.000 KLH.

Angka kematian ibu merupakan ukuran yang sensitive terhadap pelayanan kesehatan dan merupakan indikator untuk keberhasilan pembangunan sektor kesehatan. AKI mengacu pada kematian ibu yang terkait dengan masa kehamilan, persalinan, dan nifas.

Beberapa terobosan dalam penurunan AKI dan AKB di Indonesia telah dilakukan, salah satunya Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K). Program tersebut menitikberatkan kepedulian dan peran keluarga dan masyarakat dalam melakukan upaya deteksi dini, menghindari risiko kesehatan pada ibu hamil, serta menyediakan akses dan pelayanan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal dasar di tingkat Puskesmas (PONED) dan pelayanan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal komprehensif di Rumah Sakit (PONEK). Dalam implementasinya, P4K merupakan

salah satu unsur dari Desa Siaga.P4K mulai diperkenalkan oleh Menteri Kesehatan pada tahun 2007. Pelaksanaan P4K di desa-desa tersebut perlu dipastikan agar mampu membantu keluarga dalam membuat perencanaan persalinan yang baik dan meningkatkan kesiapsiagaan keluarga dalam menghadapi tanda bahaya kehamilan, persalinan, dan nifas agar dapat mengambil tindakan yang tepat.

Dilakukan pula kegiatan Audit Maternal Perinatal (AMP), yang merupakan upaya dalam penilaian pelaksanaan serta peningkatan mutu pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir. Kegiatan ini dilakukan melalui pembahasan kasus kematian ibu atau bayi baru lahir sejak di level masyarakat sampai di level fasilitas pelayanan kesehatan. Salah satu hasil kajian yang didapat dari AMP adalah kendala yang timbul dalam upaya penyelamatan ibu pada saat terjadi kegawatdaruratan maternal dan bayi baru lahir. Kajian tersebut juga menghasilkan rekomendasi intervensi dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan ibu dan bayi di masa mendatang.

Angka mortalitas berikutnya adalah angka kematian balita. Angka kematian Balita (AKABA) menggambarkan peluang untuk meninggal pada fase antara kelahiran dan sebelum umur 5 tahun. Berikut ini adalah Tabel angka kematian balita per 1.000 kelahiran hidup di Kab. Lima Puluh Kota Tahun 2011 – 2015

Tabel 2.8
Angka Kematian Balita per 1.000 kelahiran hidup
Kab. Lima Puluh Kota
Tahun 2011 – 2015

Indikator	Tahun				
	2011	2012	2013	2014	2015
Kasus Kematian Balita	106	101	105	97	110
Angka Kematian Balita / 1000 kelahiran hidup	17,5	16,76	17,21	16,16	18,02

Sumber : Sie Kesga dan KB

Dari tahun 2011 – 2015 di Kab. Lima Puluh Kota cenderung terjadi peningkatan. Walaupun pada tahun 2014 terjadi penurunan kasus kematian balita yaitu 97 kasus, dan meningkat lagi pada tahun 2015 sebanyak 110 kasus.

2. Morbiditas

Tingkat kesakitan (morbiditas) menggambarkan situasi derajat kesehatan masyarakat yang ada di wilayah tersebut. Tingkat morbiditas penyakit menular terkait dengan komitmen internasional yang senantiasa menjadi sorotan dalam membandingkan kondisi kesehatan antar negara. Pada bagian ini disajikan gambaran morbiditas penyakit menular yang dapat menjelaskan keadaan derajat kesehatan masyarakat di Kabupaten Lima Puluh Kota sepanjang tahun 2011-2015

a) Penyakit TB Paru

Angka kasusbaru penderita TB Paru BTA (+) pada tahun 2015 sebesar 208 kasus (56,37 %) dengan jumlah penderita sembuh sebanyak 165 orang. Pada tahun 2014 jumlah penderita BTA (+) yang ditemukan adalah 193kasus (63,61%), jumlah penderita sembuh 177 orang atau 77,29%.. Pada tabel berikut ini dapat kita lihat kasus TB Paru BTA (+) dari tahun 2011 – 2015.

Tabel 2.9
Prevalensi Kasus Baru BTA (+) Kab. Lima Puluh Kota
Tahun 2011 – 2015

Indikator	Tahun				
	2011	2012	2013	2014	2015
Kasus penderita Baru	208	226	229	193	208
Persentase	59,1	63,5	63,61	52,42	56,37

Sumber : Sie Pengendalian dan Pemberantasan Penyakit

b) Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD)

Demam Berdarah Dengue disebabkan oleh virus Dengue yang ditularkan oleh nyamuk *Aedes Aegypti*, mulai menjangkiti Indonesia sejak tahun 1968. Pada tahun 2014 angka kesakitan Demam Berdarah sebanyak 147 kasus, dengan 1 orang meninggal. Pada tahun 2015, kejadian demam berdarah meningkat menjadi 190 kasus, dan terdapat 2 orang meninggal. Pada tahun 2015 ini kasus terbanyak terjadi di kecamatan Payakumbuh yaitu sebanyak 71 kasus.

Pada tabel berikut dapat dilihat incidence rate kasus demam berdarah dari tahun 2011-2015, dimana terjadi peningkatan kasus dari tahun ke tahun.

Tabel 2.10
Incidence Rate DBD Kab. Lima Puluh Kota
Tahun 2011 – 2015

Indikator	Tahun				
	2011	2012	2013	2014	2015
Jumlah Kasus	77	102	116	147	190
Incidence Rate	21,9	28,6	32,2	39,93	51,6

Sumber : Sie Pengendalian dan Pemberantasan Penyakit

c) Diare

Diare adalah penyakit yang terjadi ketika terjadi perubahan konsistensi feses selain dari frekuensi buang air besar. Seorang dikatakan menderita Diare bila feses lebih berair dari biasanya, atau bila buang air besar tiga kali atau lebih, atau buang air besar yang berair tapi tidak berdarah dalam waktu 24 jam (Profil Kesehatan Indonesia 2012)

Jumlah perkiraan kasus diare adalah 10% dari jumlah penduduk dikalikan dengan angka kesakitan (angka kesakitan nasional 214 per 1.000 penduduk).

Tabel 2.11
Kasus Diare Yang Ditangani Kab. Lima Puluh Kota
Tahun 2011 - 2015

Indikator	Tahun				
	2011	2012	2013	2014	2015
Target Kasus	14.893	15.060	7.473	7.878	7.896
Kasus Ditangani	7.675	6.176	6.827	7.017	6.990
Persentase	51,5	41,0	91,35	89,07	88,52

Sumber : Sie Pengendalian dan Pemberantasan Penyakit

3. Status Gizi

Status gizi merupakan salah satu ukuran dalam pencapaian derajat kesehatan. Terjadinya gizi buruk pada balita antara lain karena kurangnya asupan gizi dan serangan penyakit infeksi. Faktor penyebab tidak langsung adalah rendahnya daya beli dan ketidaktersediaan pangan yang bergizi, keterbatasan pengetahuan tentang pangan yang bergizi terutama untuk ibu dan anak balita.

Upaya mengatasi prevalensi gizi buruk dilakukan antara lain melalui :

- 1) Penanggulangan kurang energi protein (KEP), anemia gizi besi, gangguan akibat kurang yodium, kurang vitamin A, dan kekurangan zat gizi mikro lainnya;
- 2) Pemberdayaan masyarakat untuk pencapaian keluarga sadar gizi;
- 3) Pemberian subsidi pangan bagi penduduk miskin;
- 4) Peningkatan partisipasi masyarakat melalui revitalisasi pelayanan posyandu, dan;
- 5) Pelayanan gizi bagi ibu hamil (berupa tablet besi) dan balita (berupa Makanan Pendamping ASI) dari keluarga miskin.

Pada tabel berikut ini, dapat kita ketahui status gizi buruk balita di Kab. Lima Puluh Kota dari tahun 2011 – 2015

Tabel 2.12
Prevalensi Balita Status Gizi Buruk (BB/U) Kab. Lima Puluh Kota
Tahun 2011- 2015

Indikator	Tahun				
	2011	2012	2013	2014	2015
Jumlah Kasus	448	279	385	248	300
Persentase	0,9	1,1	0,7	1,1	1,2

Sumber : Seksi Gizi Masyarakat

Indikator BB/U memberikan gambaran tentang status gizi secara umum, mengindikasikan ada tidaknya masalah gizi pada balita, tetapi tidak mengindikasikan apakah masalah gizi tersebut kronis atau akut. Berdasarkan indikator ini status gizi balita dinyatakan atas 4 kategori yaitu gizi buruk, gizi kurang, gizi baik, dan gizi lebih. Peran serta masyarakat dalam penimbangan balita menjadi sangat penting dalam deteksi dini kasus gizi kurang dan gizi buruk. Dengan rajin menimbang balita, maka pertumbuhan balita dapat dipantau secara intensif. Sehingga bila berat badan anak tidak naik ataupun jika ditemukan penyakit akan dapat segera dilakukan upaya pemulihan dan pencegahan supaya tidak menjadi gizi kurang atau gizi buruk. Semakin cepat ditemukan, maka penanganan kasus gizi kurang atau gizi buruk akan semakin baik. Penanganan yang cepat dan tepat sesuai tata laksana kasus anak gizi buruk akan mengurangi risiko kematian sehingga angka kematian akibat gizi buruk dapat ditekan.

2.3.2. Capaian Program Pelayanan Kesehatan Dasar

Tujuan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, serta dalam mewujudkan visi dan misi Dinas Kesehatan, dimana salah satu strategi utamanya adalah “ Meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan yang berkualitas “. Untuk mencapai keadaan tersebut telah dilakukan berbagai upaya kesehatan

masyarakat. Uraian berikut ini memberikan gambaran mengenai situasi upaya kesehatan lima tahun terakhir khususnya selama tahun 2015.

1. Pelayanan Kesehatan Dasar

a) Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

Kesehatan ibu hamil sangat mempengaruhi pertumbuhan janin yang dikandungnya, dan akan mempengaruhi pertumbuhan bayi. Gangguan kesehatan yang dialami seorang ibu sedang hamil bisa berpengaruh pada kesehatan janin dalam kandungan hingga kelahiran dan masa pertumbuhan bayi dan anaknya.

Pelayanan kesehatan ibu hamil diberikan kepada ibu hamil yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Proses ini dilakukan selama rentang usia kehamilan ibu yang dikelompokkan sesuai usia kehamilan menjadi trimester pertama, trimester kedua, dan trimester ketiga. Pelayanan kesehatan ibu hamil yang diberikan harus memenuhi elemen 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 toksoid 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 keluarga berencana);
9. Pelayanan tes laboratorium sederhana, minimal tes hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan protein urin dan

pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya); dan

10. Tatalaksana kasus.

Kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu hamil tidak hanya dari sisi akses. Kualitas pelayanan yang diberikan juga harus ditingkatkan, di antaranya pemenuhan semua komponen pelayanan kesehatan ibu hamil harus diberikan saat kunjungan.

1) Pelayanan Antenatal (K1 dan K4)

Pelayanan antenatal merupakan pelayanan kesehatan pada ibu hamil yang dilakukan oleh tenaga kesehatan profesional. Pada pelayanan antenatal yang diberikan seperti pengukuran berat badan dan tekanan darah, pemeriksaan tinggi fundus uteri, imunisasi Tetanus Toxoid (TT) serta pemberian tablet besi pada ibu hamil selama kehamilan. Hasil pelayanan antenatal dapat dilihat dari cakupan kunjungan ibu hamil 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. Pada tabel berikut dapat kita lihat cakupan pelayanan antenatal pada lima tahun terakhir.

Tabel 2.13
Cakupan K1 dan K4 Bumil Kab. Lima Puluh Kota
Tahun 2011 – 2015

Indikator	Tahun				
	2011	2012	2013	2014	2015
K1	86,87	84,80	86	80,52	86,47
K4	63,12	60,55	71,64	65,52	75,67

Sumber : Sie Kesga dan KB

Cakupan Kunjungan Pertama (K1) Ibu hamil tahun 2015 sebesar 86,47% belum mencapai target 100%, walaupun cakupan ini telah meningkat dari tahun sebelumnya sebesar 80,52%. Demikian pula dengan cakupan K4 tahun 2015 sebesar 75,47% masih belum mencapai target 95%, walaupun sudah jauh meningkat dari tahun 2014 sebesar 65,52%. Namun secara Nasional Cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil K4 pada tahun 2015 telah memenuhi target Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan sebesar 72%.

Pada tahun 2015, puskesmas dengan cakupan pelayanan K4 tertinggi adalah Puskesmas Tanjung Pati (93,56%), sedangkan puskesmas dengan cakupan terendah adalah Baruh Gunuang (49,71%). Target K4 pada tahun 2015 adalah 90%. Pada tabel berikut ini dapat dilihat pencapaian K1 dan K4 per puskesmas.

Tabel 2.14
Cakupan K1 dan K4 Puskesmas Kab. Lima Puluh Kota
Tahun 2015

NO	PUSKESMAS	K1	K4
1	Koto Baru Simalanggang	83,19	72,73
2	Batu Hampar	82,61	70,59
3	Piladang	90,12	83,13
4	Mungo	95,13	83,02

NO	PUSKESMAS	K1	K4
5	Halaban	91,67	79,17
6	Pakan Rabaa	87,19	78,15
7	Situjuh	80,47	70,22
8	Taram	92,31	81,03
9	Tanjung Pati	98,84	93,56
10	Dangung-Dangung	91,45	77,90
11	Padang Kandis	83,26	73,13
12	Mungka	99,04	84,46
13	Suliki	79,61	70,67
14	Maek	67,98	61,40
15	Baruh Gunuang	66,29	49,71
16	Banja Laweh	77,78	68,75
17	Koto Tinggi	67,41	58,79
18	Muaro Paiti	68,97	58,46
19	Sialang	96,28	73,31
20	Pangkalan	82,29	73,77
21	Rimbo Data	93,75	80,21
22	Gunung Malintang	81,10	73,17

Sumber : Sie Kesga dan KB

2) Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan

Upaya lain yang dilakukan untuk menurunkan kematian ibu dan kematian bayi yaitu dengan mendorong agar setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih yaitudokter spesialis kebidanan dan kandungan (SpOG), dokter umum, dan bidan, sertadiupayakan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Pertolongan persalinan adalah proses pelayanan persalinan yang dimulai pada kala I sampai dengan kala IV persalinan.

Keberhasilan program ini diukur melalui indikator persentase persalinan ditolong tenaga kesehatan terlatih

(Cakupan PN) dan persentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan(cakupan PF).

Pada masa persalinan, komplikasi dan kematian ibu maternal serta bayi baru lahir sering terjadi, hal ini disebabkan salah satunya oleh pertolongan persalinan yang tidak dilakukan oleh tenaga kesehatan yang profesional. Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dari tahun 2011 – 2015 dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 2. 15
Cakupan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan
Kab. Lima Puluh Kota
Tahun 2011-2015

Indikator	Tahun				
	2011	2012	2013	2014	2015
Linakes	75,76	74,62	77,92	74,48	74,05

Sumber : Sie Kesga dan KB

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa Persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan cenderung menurun dari tahun 2013-2015, dan belum mencapai target Linakes 95% pada Tahun 2015. Secara nasional, indikator tersebut juga belum memenuhi target Renstra Kementerian Kesehatan sebesar 75%. Secara keseluruhan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di tahun 2015 menurun dibandingkan tahun 2014.

Analisis kematian ibu yang dilakukan Direktorat Bina Kesehatan Ibu pada tahun 2010 membuktikan bahwa kematian ibu terkait erat dengan penolong persalinan dan tempat/fasilitas persalinan. Persalinan yang ditolong tenaga kesehatan terbukti berkontribusi terhadap turunnya risiko kematian ibu. Demikian pula dengan tempat/fasilitas, jika persalinan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan, juga akan semakin menekan risiko kematian ibu.

Oleh karena itu, Kementerian Kesehatan tetap konsisten dalam menerapkan kebijakan bahwa seluruh persalinan harus ditolong oleh tenaga kesehatan dan didorong untuk dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Berikut ini tabel cakupan Linakes tahun 2015 per Puskesmas

Tabel 2.16
Cakupan Linakes Kab. Lima Puluh Kota
Tahun 2015

NO	PUSKESMAS	LINAKES
1	Koto Baru Simalanggang	72,45
2	Batu Hampar	71,85
3	Piladang	82,33
4	Mungo	70,68
5	Halaban	70,31
6	Pakan Rabaa	69,23
7	Situjuh	75,00
8	Taram	81,72
9	Tanjung Pati	95,26
10	Dangung-Dangung	75,84
11	Padang Kandis	67,59
12	Mungka	77,85
13	Suliki	70,09
14	Maek	65,60
15	Baruh Gunuang	53,89
16	Banja Laweh	60,58
17	Koto Tinggi	63,76
18	Muaro Paiti	58,71
19	Sialang	74,91
20	Pangkalan	76,53
21	Rimbo Data	77,17
22	Gunung Malintang	77,07

Sumber : Sie. Kesga dan KB

Pada tahun 2015, cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan tertinggi terdapat di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Pati (95,26%) serta mencapai target 90% dan terendah di Puskesmas Baruh Gunuang (53,89%).

3) Deteksi Resiko, Rujukan Kasus

Resiko tinggi /komplikasi adalah keadaan penyimpangan dari normal, yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi. Risti/komplikasi kebidanan meliputi Hb < 8 g%, tekanan darah tinggi (sistole > 140 mmHg, diastole > 90 mmHg) oedema nyata, eklampsia, perdarahan pervaginam, ketuban pecah dini, letak lintang pada usia kehamilan > 32 minggu, letak sungsang pada primigravida, infeksi berat/sepsis, persalinan prematur.

Pada tabel berikut dapat kita lihat jumlah ibu hamil risti dan jumlah yang dirujuk dari tahun 2011 sampai dengan tahun 2015.

Tabel 2. 17
Jumlah Ibu Hamil Resti dan Dirujuk Kab. Lima Puluh Kota
Tahun 2011 – 2015

Indikator	Tahun				
	2011	2012	2013	2014	2015
Resti Bumil	62,86	25,59	56,26	65,47	82,4
Dirujuk	8,7	17,1	31,7	40,6	61,1

Sumber : Sie Kesga dan KB

4) Kunjungan Nifas (KF)

Pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan pada ibu nifas sesuai standar, yang dilakukan sekurang-kurangnya 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. Masa nifas dimulai dari enam jam sampai dengan 42 hari pasca persalinan.

Jenis pelayanan kesehatan ibu nifas yang diberikan terdiri dari :

- 1) Pemeriksaan tanda vital (tekanan darah, nadi, nafas, dan suhu);
- 2) Pemeriksaan tinggi puncak rahim (*fundus uteri*);
- 3) Pemeriksaan lochia dan cairan *per vaginam* lain;
- 4) Pemeriksaan payudara dan pemberian anjuran ASI eksklusif;
- 5) Pemberian komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) kesehatan ibu nifas dan bayibaru lahir, termasuk keluarga berencana;
- 6) Pelayanan keluarga berencana pasca persalinan.

Tabel berikut menyajikan cakupan kunjungan nifas di Kab. Lima Puluh Kota sejak tahun 2011 sampai dengan tahun 2015.

Tabel 2. 18
Cakupan Kunjungan Nifas (KF) Kab. Lima Puluh Kota
Tahun 2011 - 2015

Indikator	Tahun				
	2011	2012	2013	2014	2015
Kunjungan Nifas	4.938	5.254	5.645	5.422	5.753
Cakupan KN	67,43	65,59	71,79	67,44	69,33

Sumber : Sie Kesga dan KB

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa Persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan cenderung turun naik dari tahun 2011-2015. Pada Tahun 2015 cakupan kunjungan nifas masih belum mencapai target sebesar 91%, walaupun

dari tahun 2014 telah terjadi peningkatan cakupan KF sebesar 1,89%.

5) Kunjungan Neonatal Pertama (KN1) dan Kunjungan Neonatal Lengkap (KN Lengkap)

Neonatus adalah bayi baru lahir yang berusia sampai dengan 28 hari. Pada masa tersebut 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, berbagai masalah kesehatan bisa muncul. Sehingga tanpa penanganan yang tepat, bisa berakibat fatal. Beberapa upaya kesehatan dilakukan untuk mengendalikan risiko pada kelompok ini di antaranya dengan mengupayakan agar persalinan dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan serta menjamin tersedianya pelayanan kesehatan sesuai standar pada kunjungan bayi baru lahir.

Bayi hingga usia kurang satu bulan merupakan golongan umur yang memiliki risiko gangguan kesehatan paling tinggi. Upaya kesehatan dilakukan untuk mengurangi resiko tersebut, pelayanan kesehatan pada neonatus (0-28 hari) minimal dua kali, satu kali pada 0 – 7 hari dan satu kali lagi pada umur 8 – 28 hari.

Kunjungan neonatal pertama (KN1) adalah cakupan pelayanan kesehatan bayi baru lahir (umur 6 jam-48 jam) di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu yang ditangani sesuai standar oleh tenaga kesehatan terlatih di seluruh sarana pelayanan kesehatan. Pelayanan yang diberikan saat kunjungan neonatal yaitu pemeriksaan sesuai standar Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) dan konseling perawatan bayi baru lahir termasuk ASI eksklusif dan perawatan tali pusat. Pada kunjungan neonatal

pertama (KN1), bayi baru lahir mendapatkan vitamin K1 injeksi dan imunisasi hepatitis B0 (bila belum diberikan pada saat lahir).

Selain KN1, indikator yang menggambarkan pelayanan kesehatan bagi neonatal adalah Kunjungan Neonatal Lengkap (KN lengkap) yang mengharuskan agar setiap bayi baru lahir memperoleh pelayanan Kunjungan Neonatal minimal tiga kali sesuai standar di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun

Cakupan KN 1 dan KN Lengkap selama periode 2011 – 2015 dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 2.19
Cakupan KN 1 dan KN Lengkap Kab. Lima Puluh Kota
Tahun 2011 - 2015

Indikator	Tahun				
	2011	2012	2013	2014	2015
KN 1	97,40	98,39	81,10	78,24	76,69
KN Lengkap	76,06	92,25	76,82	72,16	73,95

Sumber : Sie Kesga dan KB

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa terjadi penurunan cakupan KN1 dari tahun ke tahun. Sedangkan untuk KN Lengkap cenderung terjadi penurunan dan peningkatan dari tahun 2011 – 2015. Capaian KN1 Indonesia pada tahun 2015 sebesar 83,67% dari target 75% dan Kab. Lima Puluh Kota masih jauh dibawah capaian Nasional walaupun sudah mencapai target Nasional sebesar 75%. Sedangkan capaian KN Lengkap Kab. Lima Puluh Kota (73,95%) juga masih jauh berada dibawah Capaian KN lengkap di Indonesia pada tahun 2015 sebesar 77,31%. Pada tabel berikut ini kita bisa melihat cakupan KN 1 dan KN Lengkap pada masing-masing puskesmas Tahun 2015.

Tabel 2.20
Cakupan KN Lengkap per Puskesmas

Kab. Lima Puluh Kota
Tahun 2015

NO	PUSKESMAS	KN 1	KN Lengkap
1	Koto Baru Simalanggang	74,07	70,64
2	Batu Hampar	74,37	71,83
3	Piladang	82,35	84,16
4	Mungo	71,97	69,20
5	Halaban	72,46	63,93
6	Pakan Rabaa	65,42	58,59
7	Situjuh	78,52	78,09
8	Taram	89,01	78,87
9	Tanjung Pati	99,86	96,60
10	Dangung-Dangung	79,08	77,30
11	Padang Kandis	70,87	68,93
12	Mungka	80,42	80,25
13	Suliki	74,15	79,38
14	Maek	69,23	66,35
15	Baruh Gunuang	59,63	59,63
16	Banja Laweh	63,85	61,54
17	Koto Tinggi	63,38	60,21
18	Muaro Paiti	64,23	57,75
19	Sialang	78,81	77,70
20	Pangkalan	78,52	76,30
21	Rimbo Data	81,61	83,91
22	Gunung Malintang	79,33	78,00

Sumber : Sie Kesga dan KB

Dari 22 puskesmas puskesmas yang angka cakupan KN 1 dan KN Lengkap tertinggi, yaitu Puskesmas Tanjung Pati. Sedangkan Puskesmas dengan capaian KN1 terendah adalah Puskesmas Baruh Gunuang (59,63%) sedangkan

capaian KN Lengkap terendah adalah Puskesmas Muaro Paiti (57,75%).

b) Pelayanan Imunisasi

Program imunisasi rutin meliputi pemberian imunisasi untuk bayi umur 0 – 1 tahun, imunisasi pada ibu hamil dan imunisasi buat anak SD. Pencapaian Universal Child Immunization (UCI) pada dasarnya merupakan proksi terhadap cakupan atas imunisasi secara lengkap pada kelompok bayi. Bila cakupan UCI dikaitkan dengan batasan suatu wilayah tertentu, berarti dalam wilayah tersebut menggambarkan besarnya tingkat kekebalan masyarakat atau bayi terhadap penularan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I).

Suatu wilayah dikatakan telah mencapai UCI jika >80% bayi diwilayah tersebut telah mendapat imunisasi lengkap. Dari 22 puskesmas di Kabupaten Lima Puluh Kota pada tahun 2015, pencapaian UCI jorong tertinggi terdapat di wilayah Puskesmas Dangung-Dangung (100%). Terendah di wilayah kerja Puskesmas Koto Tinggi (52,94%).

Tabel berikut ini menggambarkan Cakupan Jorong UCI Kab. Lima Puluh Kota Tahun 2015.

Tabel 2.21
Cakupan Jorong UCI Per Puskesmas Kab. Lima Puluh Kota
Tahun 2015

NO	PUSKESMAS	Jorong UCI
1	Koto Baru Simalanggang	55,56
2	Batu Hampar	64,71
3	Piladang	55,56
4	Mungo	76,47
5	Halaban	55,56
6	Pakan Rabaa	87,10
7	Situjuh	70,37

NO	PUSKESMAS	Jorong UCI
8	Taram	89,47
9	Tanjung Pati	72,00
10	Dangung-Dangung	100,00
11	Padang Kandis	57,14
12	Mungka	75,00
13	Suliki	68,75
14	Maek	66,67
15	Baruh Gunuang	64,29
16	Banja Laweh	72,73
17	Koto Tinggi	52,94
18	Muaro Paiti	60,00
19	Sialang	81,82
20	Pangkalan	68,42
21	Rimbo Data	83,33
22	Gunung Malintang	87,50

Sie. Imunisasi, Surveilans dan Wabah Bencana

Pada tahun 2015 jumlah jorong diwilayah kab. Lima Puluh Kota bertambah menjadi 407, seiring dengan adanya pemekaran jorong menjadi nagari .Pada tabel berikut ini dapat diketahui grafik pencapaian UCI jorong dari tahun 2011 - 2015 di Kabupaten Lima Puluh Kota.

Tabel 2.22
Cakupan Jorong UCI Kab. Lima Puluh Kota
Tahun 2011 - 2015

Indikator	Tahun
-----------	-------

	2011	2012	2013	2014	2015
Jorong UCI	56,11	64,34	69,04	70,76	71,74

Sie. Imunisasi, Surveilans dan Wabah Bencana

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa terus terjadi peningkatan cakupan Jorong UCI di Kab. Lima Puluh Kota dari Tahun 2011 – 2015.

Indikator UCI adalah cakupan imunisasi lengkap pada bayi. Bayi dapat dikatakan telah mendapatkan imunisasi lengkap apabila telah mendapatkan semua jenis imunisasi yaitu BCG 1 kali, DPT/HB 3 kali(DPT/HB 1, 2, 3), Polio 4 kali (Polio1, 2, 3, 4), Campak 1 kali dan Hepatitis B 0 pada umur 0 – 7 hari.

Dari semua jenis imunisasi yang diberikan pada bayi, imunisasi campak menggambarkan tingkat perlindungan imunisasi pada bayi, hal ini disebabkan imunisasi campak merupakan antigen kontak terakhir dari semua imunisasi yang diberikan pada bayi. Pada tabel memperlihatkan peta cakupan imunisasi campak menurut puskesmas tahun 2015.

Tabel 2.23
Cakupan Imunisasi Campak Per Puskesmas
Kab. Lima Puluh Kota
Tahun 2015

NO	PUSKESMAS	Imunisasi Campak
1	Koto Baru Simalanggang	43,54
2	Batu Hampar	50,75
3	Piladang	65,87
4	Mungo	61,40
5	Halaban	60,42
6	Pakan Rabaa	55,82
7	Situjuh	46,90
8	Taram	72,46
9	Tanjung Pati	69,37

NO	PUSKESMAS	Immunisasi Campak
10	Dangung-Dangung	89,64
11	Padang Kandis	56,70
12	Mungka	38,13
13	Suliki	40,52
14	Maek	45,64
15	Baruh Gunuang	46,00
16	Banja Laweh	61,79
17	Koto Tinggi	47,01
18	Muaro Paiti	50,00
19	Sialang	53,94
20	Pangkalan	42,41
21	Rimbo Data	78,31
22	Gunung Malintang	80,85

Sumber : Sie Imunisasi, Surveilans dan Wabah Bencana

Dari tabel diatas, dapat kita ketahui bahwa hanya ada 2 puskesmas yang cakupan imunisasi campaknya sudah diatas 80% yaitu Puskesmas Dangung-Dangung dan Gunung Malintang. Cakupan terendah terdapat di puskesmas Suliki (40,52%).

2. **Pelayanan Kesehatan Rujukan**

1) Indikator Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit

Penilaian tingkat keberhasilan pelayanan di rumah sakit biasanya dilihat dari berbagai segi yaitu tingkat pemanfaatan sarana, mutu, dan tingkat efisiensi pelayanan. Beberapa indikator standar terkait dengan pelayanan kesehatan di rumah sakit yang dipantau antara lain pemanfaatan tempat tidur (BOR), rata-rata lama hari perawatan (LOS), rata-rata selang waktu pemakaian tempat tidur (TOI).

Di kabupaten Lima Puluh Kota terdapat satu rumah sakit umum daerah yang dikelola oleh Pemda Kab. Lima Puluh Kota.

Pada tabel berikut ini dapat kita lihat capaian indikator pelayanan rumah sakit dari tahun 2011 – 2015.

Tabel. 2.24
Cakupan Pelayanan Kesehatan RS Kab. Lima Puluh Kota
Tahun 2011 – 2015

Indikator	Tahun				
	2011	2012	2013	2014	2015
BOR	53,14	53,41	31,61	31,98	37,38
LOS	3,74	3,69	3,49	2,83	3,11
TOI	3,30	3,22	7,98	6,53	6,26

Sumber : RSUD Suliki

Berdasarkan tabel diatas, menunjukkan bahwa pemakaian tempat tidur di RSUD Suliki selama empat tahun terakhir cenderung menurun setiap tahunnya.. Pada tahun 2014LOS menurun dari tahun sebelumnya, dan meningkat lagi pada tahun 2015..

3. **Pelayanan Kesehatan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Nasional**
Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Nasional adalah terselenggaranya jaminan pemeliharaan kesehatan bagi seluruh masyarakat secara berhasil guna dan berdaya guna yang mulai diberlakukan sejak 1 Januari 2014, diharapkan pada tahun 2019 semua masyarakat di Indonesia telah memiliki Jaminan Kesehatan (Total Coverage).

Cakupan peserta program jaminan kesehatan Nasional pada masyarakat Kab. Lima Puluh Kota baik PBI maupun peserta mandiri dari tahun 2011 – 2015 dapat dilihat dari tabel berikut ini.

Tabel 2.25
Cakupan Peserta Jaminan Kesehatan Kab. Lima Puluh Kota
Tahun 2011 – 2015

Indikator	Tahun
-----------	-------

	2011	2012	2013	2014	2015
Peserta JKN	37,75	44,48	54,92	48,80	53,33

Sumber : Sie Jaminan Kesehatan

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa kepesertaan JKN cenderung meningkat, sejalan dengan ditetapkan aturan tentang JKN.

4. Pencegahan Dan Pemberantasan Penyakit

a) Pengendalian TB Paru

Tuberkulosis merupakan penyakit yang menjadi perhatian global. Dengan berbagai upaya pengendalian yang dilakukan, insidens dan kematian akibat tuberkulosis telah menurun, namun tuberkulosis diperkirakan masih menyerang 9,6 juta orang dan menyebabkan 1,2 juta kematian pada tahun 2014. India, Indonesia dan China merupakan negara dengan penderita tuberkulosis terbanyak yaitu berturut-turut 23%, 10% dan 10% dari seluruh penderita di dunia (WHO, Global Tuberculosis Report, 2015).

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Sumber penularan yaitu pasien TB BTA (bakteri tahan asam) positif melalui percik relik dahak yang dikeluarkannya. TB dengan BTA negatif juga masih memiliki kemungkinan menularkan penyakit TB meskipun dengan tingkat penularan yang kecil.

Sejak tahun 1995, program Pemberantasan Penyakit Tuberkulosis Paru, telah dilaksanakan dengan strategi DOTS (Directly Observed Treatment, Shortcourse chemotherapy) yang direkomendasikan oleh WHO. Perkembangan selanjutnya seiring dengan pembentukan GERDUNAS-TB, program pemberantasan berubah menjadi Program Penanggulangan Tuberkulosis. Program ini tetap dilakukan dengan strategi DOT dan

memberikan angka kesembuhan yang tinggi. Kegiatan yang dilakukan dalam program penanggulangan TBC antara lain meliputi penemuan penderita dengan pemeriksaan dahak di sarana pelayanan kesehatan dan diikuti dengan pemberian paket pengobatan.

Angka notifikasi kasus (CNR) adalah angka yang menunjukkan jumlah pasien baru yang ditemukan dan tercatat di antara 100.000 penduduk di suatu wilayah tertentu. Angka ini apabila dikumpulkan serial akan menggambarkan kecenderungan penemuan kasus dari tahun ke tahun di wilayah tersebut. Angka ini berguna untuk menunjukkan kecenderungan (tren) meningkat atau menurunnya penemuan pasien pada wilayah tersebut.

Tabel berikut ini merupakan cakupan Kasus TB Paru BTA + dan Succes rate TB Paru Kab. Lima Puluh Kota Tahun 2015.

Tabel 2.26
Cakupan CNR dan Succes Rate TB Kab. Lima Puluh Kota
Tahun 2015

NO	PUSKESMAS	Kasus Baru TB Paru BTA +	Succes Rate
1	Koto Baru Simalanggang	24	84,62
2	Batu Hampar	12	85,71
3	Piladang	6	50,00
4	Mungo	29	95,24
5	Halaban	7	83,33
6	Pakan Rabaa	9	100
7	Situjuh	13	93,33
8	Taram	11	100
NO	PUSKESMAS	Kasus Baru TB Paru BTA +	Succes Rate
9	Tanjung Pati	16	88,24

10	Dangung-Dangung	11	66,67
11	Padang Kandis	2	80,00
12	Mungka	11	83,33
13	Suliki	4	66,67
14	Maek	6	100
15	Baruh Gunuang	1	100
16	Banja Laweh	2	66,67
17	Koto Tinggi	3	60,00
18	Muaro Paiti	4	80,00
19	Sialang	4	100
20	Pangkalan	15	91,67
21	Rimbo Data	3	100
22	Gunung Malintang	5	100
23	RSUD AD Suliki	10	80
	Kab. Lima Puluh Kota	208	87,05
	CNR Kasus Baru/100.000 Pddk	56,37	

Sumber : Sie Pengendalian dan pemberantasan penyakit

Pada tabel diatas dapat kita ketahui bahwa angka notifikasi Kasus Baru TB Paru BTA + tahun 2015 masih dibawah angka notifikasi kasus baru tuberkulosis Nasional pada tahun 2015 sebesar 74 per 100.000.

Pada tabel berikut ini dapat kita ketahui gambaran CNR dan Succes rate Kabupaten Lima Puluh Kota dari tahun 2011 – 2015.

Tabel 2.27
Tabel CNR dan Succer Rate TB Paru Kab. Lima Puluh Kota
Tahun 2011 – 2015

Indikator	2011	2012	2013	2014	2015
-----------	------	------	------	------	------

CDR kasus baru TB per 100.000 pddk	38,78	39,65	63,61	52,47	56,37
Success rate	85,28	85,65	78,76	84,72	87,05

Sumber : Sie Pengendalian dan Pemberantasan Penyakit

Salah satu upaya untuk mengendalikan tuberkulosis yaitu dengan pengobatan. Indikator yang digunakan sebagai evaluasi pengobatan yaitu angka keberhasilan pengobatan (*Success Rate*). Angka keberhasilan pengobatan ini dibentuk dari penjumlahan angka kesembuhan (*Cure Rate*) dan angka pengobatan lengkap

Target keberhasilan pengobatan (success rate) program TB secara nasional adalah 85% dari seluruh penderita TB. Angka keberhasilan pengobatan adalah angka yang menunjukkan presentase pasien TB BTA positif yang menyelesaikan pengobatan (baik yang sembuh maupun pengobatan lengkap) diantara pasien TB BTA positif yang tercatat. Pada tahun 2011 dan 2012 angka keberhasilan pengobatan TB telah mencapai target nasional, sedangkan tahun 2013 angka keberhasilan pengobatan menurun menjadi 78,76%. Namun meningkat lagi pada tahun 2014 dan tahun 2015 bisa melampaui target yang ditetapkan WHO sebesar 85%.

b) Pengendalian Penyakit ISPA

Pengendalian penyakit ISPA (Infeksi Saluran Pernafasan Akut) difokuskan pada upaya penemuan secara dini dan tatalaksana kasus yang cepat dan tepat terhadap penderita Pneumonia balita yang ditemukan. Jumlah perkiraan penderita pneumonia balita adalah 10% dari jumlah balita disatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Adapun target penemuan penderita pneumonia balita tahun 2011-2015 dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Pneumonia menyerang semua umur di semua wilayah, namun terbanyak terjadi di Asia Selatan dan Afrika sub-Sahara (*www.who.int*). Populasi yang rentan terserang pneumonia adalah anak-anak usia kurang dari 2 tahun, usia lanjut lebih dari 65 tahun dan orang yang memiliki masalah kesehatan (malnutrisi, gangguan imunologi).

Pneumonia adalah infeksi akut yang mengenai jaringan paru-paru (alveoli) yang dapat disebabkan oleh berbagai mikroorganisme seperti virus, jamur dan bakteri. Gejala penyakit pneumonia yaitu menggigil, demam, sakit kepala, batuk, mengeluarkan dahak, dan sesak napas.

Salah satu upaya yang dilakukan untuk mengendalikan penyakit ini yaitu

dengan meningkatkan penemuan pneumonia pada balita. Perkiraan kasus pneumonia secara nasional sebesar 3,55% namun angka perkiraan kasus di provinsi Sumatera Barat ditetapkan sebesar 3,91%

Tabel 2.28
Penemuan Pneumonia pada Balita Kab. Lima Puluh Kota
Tahun 2011 – 2015

Indikator	Tahun				
	2011	2012	2013	2014	2015
Penemuan Pneumonia pada balita	12,3	9,2	10,2	14,38	15,7

Sumber : Sie Pengendalian dan Pemberantasan Penyakit

Pada tahun 2015 target penemuan penderita pneumonia adalah 86%. sedangkan yang ditemukan di Kab. Lima Puluh kota sekitar 15,7% (606 balita), sedangkan secara Nasional pencapaian penemuan pneumonia pada balita adalah 63,45%.

Cakupan penemuan penderita pneumonia masih tetap rendah disebabkan adanya hambatan yang ditemui dalam

meningkatkan cakupan penemuan Pneumonia balita di puskesmas yaitu:

- a. Tenaga terlatih tidak melaksanakan MTBS/Tatalaksana Standar ISPA di puskesmas.
 - b. Pembiayaan (logistik dan operasional) terbatas.
 - c. Pembinaan (bimbingan teknis, monitoring dan evaluasi) secara berjenjang masih sangat kurang.
 - d. ISPA merupakan pandemi yang dilupakan/tidak prioritas sedangkan masalah ISPA merupakan masalah multisektoral.
 - e. Gejala Pneumonia sukar dikenali oleh orang awam maupun tenaga kesehatan yang tidak terlatih.
- c) Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit yang disebabkan oleh virusdengue yang tergolong *Arthropod-Borne Virus*, genus *Flavivirus*, dan famili *Flaviviridae*. DBD ditularkan melalui gigitan nyamuk dari genus *Aedes*, terutama *Aedes aegypti* atau *Aedes albopictus*. Penyakit DBD dapat muncul sepanjang tahun dan dapat menyerang seluruhkelompok umur. Penyakit ini berkaitan dengan kondisi lingkungan dan perilaku masyarakat.

Demam Berdarah Dengue (DBD) mulai ditemukan di Kabupaten Lima Puluh Kota sejak tahun 2011, namun pada tahun tersebut penyakit DBD masih merupakan kasus import, dimana sebenarnya penderita terjangkit penyakit di daerah lain, dan dirawat di Kab. Lima Puluh Kota. Pada tahun 2014 ditemukan 147 kasus DBD dengan 1 orang meninggal (CFR =0,7%). Sedangkan pada tahun 2015 terjadi peningkatan kasus menjadi 190 kasus dengan 2 kematian. Penyebab penyakit DBD adalah virus dengue yang ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus* yang hidup digenangan air bersih

disekitar rumah. Saat ini dikenal 4 serotipe virus dengue yaitu Den-1, Den-2, Den-3, dan Den-4.

Pemberantasan penyakit demam berdarah dengue dititik beratkan pada 3 upaya berikut ini yaitu 1) Peningkatan kegiatan surveilans penyakit dan surveilans vektor, 2) Diagnosis dini dan pengobatan, 3) Peningkatan upaya pemberantasan vektor penular penyakit DBD. Pemberantasan vektor dilakukan melalui penggerakan peran serta masyarakat melalui Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dengan kegiatan utamanya 3 M plus (Menguras, Menutup dan Mengubur) plus Menabur Larvasida (Abate).

Adapun yang menjadi indikator program pemberantasan dan penanggulangan penyakit demam berdarah dengue yaitu :

- 1) Desa endemis DBD melaksanakan PSN DBD (%) = 65%
- 2) Rumah yang bebas jentik didaerah endemis (%) = >95%
- 3) Kejadian DBD yang ditangani sesuai standar (%) = 60%
- 4) Angka kesakitan DBD per 100.000 penduduk = 20 / 100.000 pdk
- 5) Angka kematian DBD = <1

Adapun angka kesakitan DBD dan yang meninggal akibat DBD dari tahun 2011 – 2015 dapat dilihat dari tabel berikut ini

Tabel 2.29
Insiden Rate DBD dan Kematian Akibat DBD
Kab. Lima Puluh Kota
Tahun 2011 - 2015

Indikator	Tahun				
	2011	2012	2013	2014	2015
Kasus DBD	77	102	116	147	190
Insiden Rate DBD per 100.000 penduduk	21,9	28,6	32,2	39,93	51,6
Indikator	Tahun				
	2011	2012	2013	2014	2015

Kematian akibat DBD	0	0	1	1	2
---------------------	---	---	---	---	---

Sumber : Sie Pengendalian dan Pemberantasan Penyakit

Dari Tahun 2011 – 2015 cenderung terjadi peningkatan kasus DBD dan kematian akibat DBD di Kab. Lima Puluh Kota.

5. Perbaikan Gizi Masyarakat

a) Pemberian Kapsul Vitamin A

Vitamin A adalah salah satu zat gizi mikro yang diperlukan oleh tubuh yang berguna untuk meningkatkan daya tahan tubuh (imunitas) dan kesehatan mata. Anak yang menderita kurang vitamin A, bila terserang campak, diare atau penyakit infeksi lain, penyakit tersebut akan bertambah parah dan dapat mengakibatkan kematian. Infeksi akan menghambat kemampuan tubuh untuk menyerap zat-zat gizi dan pada saat yang sama akan mengikis habis simpanan vitamin A dalam tubuh.

Dalam lampiran Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2015 dinyatakan bahwa untuk mengurangi risiko kesakitan dan kematian pada balita dengan kekurangan Vitamin A, pemerintah menyelenggarakan kegiatan pemberian Vitamin A dalam bentuk kapsul vitamin A biru 100.000 IU bagi bayi usia enam sampai dengan sebelas bulan, kapsul vitamin A merah 200.000 IU untuk anak balita usia dua belas sampai dengan lima puluh sembilan bulan, dan ibu nifas.

Menurut Panduan Manajemen Suplementasi Vitamin A, pemberian suplementasi Vitamin A diberikan kepada seluruh balita umur 6-59 bulan secara serentak melalui posyandu yaitu; bulan Februari atau Agustus pada bayi umur 6-11 bulan serta bulan Februari dan Agustus pada anak balita 12-59 bulan.

Kekurangan vitamin A untuk jangka waktu lama juga akan mengakibatkan terjadinya gangguan pada mata, dan bila anak

tidak segera mendapat vitamin A akan mengakibatkan kebutaan. Pada tabel berikut ini dapat kita lihat cakupan pemberian vitamin A bayi dan anak balita dari tahun 2011 – 2015.

Tabel 2.30
Cakupan Vit A Bayi dan Anak Balita Kab. Lima Puluh Kota
Tahun 2011 – 2015

Indikator	Tahun				
	2011	2012	2013	2014	2015
Vit A Bayi	79,94	79,86	73,25	75,87	70,49
Vit A anak balita	79,08	74,70	77,65	75,12	68,96

Sumber : Sie Gizi Masyarakat

Pada tabel diatas terlihat adanya penurunan cakupan pemberian vitamin pada bayi dan anak balita dari tahun 2013 sampai tahun 2015, serta belum mencapai target pemberian Vit A sebesar 90%. Masih rendahnya cakupan distribusi Vit A ini antara lain disebabkan oleh tingkat partisipasi masyarakat dalam penimbangan balita di posyandu (D/S) juga rendah, dimana pada tahun 2015 cakupan penimbangan balita di Posyandu (D/S) hanya 54,81%.

b) Cakupan Penimbangan Balita di Posyandu (D/S)

Cakupan penimbangan balita di posyandu (D/S) adalah jumlah balita yang ditimbang di seluruh posyandu yang melapor di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu dibagi jumlah seluruh balita yang ada di seluruh posyandu yang melapor di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

Tabel 2.31
Cakupan Penimbangan Balita di Posyandu (D/S)
Kab. Lima Puluh Kota
Tahun 2011 – 2015

Indikator	Tahun				
	2011	2012	2013	2014	2015
D/S	67,14	51,93	58,35	55,96	54,81

Sumber : Seksi Gizi Masyarakat

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa 85% target D/S, tidak pernah tercapai dari tahun 2011 – 2015. Hal ini berarti bahwa tingkat partisipasi masyarakat untuk datang ke Posyandu masih rendah. Biasanya para orang tuha hanya rajin membawa balita ke Posyandu hanya pada waktu jadwal immunisasi. Setelah jadwal immunisasi balitanya lengkap, para orang tua cenderung untuk meninggalkan Posyandu dan tidak menganggap penimbangan di Posyandu itu tidak perlu.

Peran serta masyarakat dalam penimbangan balita menjadi sangat penting dalam deteksi dini kasus gizi kurang dan gizi buruk. Dengan rajin menimbang balita, maka pertumbuhan balita dapat dipantau secara intensif. Sehingga bila berat badan anak tidak naik ataupun jika ditemukan penyakit akan dapat segera dilakukan upaya pemuliharaan pencegahan supaya tidak menjadi gizi kurang atau gizi buruk. Semakin cepat ditemukan, maka penanganan kasus gizi kurang atau gizi buruk akan semakin baik. Penanganan yang cepat dan tepat sesuai tata laksana kasus anak gizi buruk akan mengurangi risiko kematian sehingga angka kematian akibat gizi buruk dapat ditekan.

Upaya yang telah dilakukan untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam penimbangan balita di posyandu yaitu melalui kerjasama lintas program dan lintas sektor, serta melibatkan peran aktif masyarakat dalam penimbangan balita.

- c) Pemberian Tablet Besi

Tablet besi (Fe) diberikan pada ibu hamil untuk mengatasi kasus anemia serta meminimalisasi dampak buruk akibat kekurangan Fe khususnya yang dialami ibu hamil.

Tablet Fe sangat penting bagi kesehatan ibu hamil, diantaranya yaitu :

- Mencegah terjadinya anemi defisiensi besi
- Mencegah terjadinya perdarahan pada saat persalinan
- Dapat meningkatkan asupan nutrisi bagi janin
- Anemi dan perdarahan dapat dicegah, maka kematian ibu pun dapat diturunkan

Pada tabel berikut ini dapat kita lihat cakupan pemberian tablet besi pada ibu hamil Fe1 dan Fe3 dari tahun 2011 – 2015.

Tabel 2.32
Cakupan Pemberian Tablet FE 1 dan FE 3 Bumil
Kab. Lima Puluh Kota
Tahun 2011 - 2015

Indikator	Tahun				
	2011	2012	2013	2014	2015
FE 1 Bumil	86,87	84,64	86,19	80,52	85,60
FE 3Bumil	63,12	60,54	71,64	65,52	72,51

Sumber : Seksi Gizi Masyarakat

Dari tabel diatas dapat kita lihat bahwa cakupan FE1 dan FE3 Bumil cenderung turun naik dari tahun 2011-2015. Dan cakupan FE 1 dan FE 3 bumil tahun 2015 masih jauh dari target yang telah ditetapkan yaitu sebesar 97% untuk FE 1 dan 95% untuk FE 3.

2.3.3. Capaian Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan

Standar pelayanan minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang

berhak diperoleh setiap warga Negara secara minimal. Indikator SPM merupakan tolok ukur prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian suatu SPM tertentu, berupa masukan, proses, hasil dan/atau manfaat pelayanan. Pada table berikut ini dapat kita lihat cakupan Standar Pelayanan Minimal (SPM) tahun 2014.

Tabel 2.31
Cakupan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan
Tahun 2015

No.	INDIKATOR – SPM	REALISASI	SASARAN	Cakupan (%)
1	Kunjungan Bumil K4 (95%)	6.579	8.694	75,67
2	Komplikasi Kebidanan yang Ditangani (80%)	1.432	1.739	82,4
3	Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan yang Memiliki Kompetensi Kebidanan (90%)	6.145	8.298	74,05
4	Pelayanan Nifas (90%)	5.753	8.298	69,33
5	Neonatus dengan Komplikasi yang Ditangani (80%)	724	1.185	61,1
6	Kunjungan Bayi (90%)	6.205	7.455	83,2
7	Desa/ Kelurahan Universal Child Immunization (UCI) (100%)	292	407	71,74
8	Pelayanan Anak Balita (90%)	18.770	31.140	60,28
9	Pemberian Makanan Pendamping ASI pada Anak usia 6 - 24 bulan Keluarga	~	~	~

No.	INDIKATOR – SPM	REALISASI	SASARAN	Cakupan (%)
	Miskin (100%)			
10	Balita Gizi Buruk Mendapat Perawatan (100%)	12	12	100
11	Penjaringan Kesehatan Siswa SD dan Setingkat (100%)	7.895	8.169	96,65
12	Peserta KB Aktif (70%)	49.202	63.562	77,4
13	Penemuan Dan Penanganan Penderita Penyakit - Acute Flacid Paralysis (AFP) rate per 100.000 penduduk < 15 tahun (≥ 2)	0	109.542	0
14	Penemuan Dan Penanganan Penderita Penyakit - Penemuan Penderita Pneumonia Balita (100%)	606	3.859	15,70
15	Penemuan Dan Penanganan Penderita Penyakit - Penemuan pasien baru TB BTA Positif (100%)	208	368.985	56,37
16	Penemuan Dan Penanganan Penderita Penyakit - Penderita DBD yang ditangani (100%)	190	190	100
17	Penemuan Dan Penanganan Penderita Penyakit - Penemuan penderita diare (100%)	6.990	7.896	88,52
18	Pelayanan Kesehatan Dasar Pasien Masyarakat Miskin (100%)	145.251	130.898	> 100%

No.	INDIKATOR – SPM	REALISASI	SASARAN	Cakupan (%)
19	Pelayanan Kesehatan Rujukan Pasien Masyarakat Miskin (100%)	3.320	21.788	15
20	Pelayanan Gawat Darurat level 1 yang harus diberikan Sarana Kesehatan (RS) di Kab/ Kota (100%)	1	1	100
21	Desa/kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi < 24 jam (100%)	1	1	100
22	Desa Siaga Aktif (80%)	79	79	100

2.4. Tantangan dan Peluang Pengembangan Pelayanan Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota

2.4.1. Tantangan Pelayanan Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota

Tantangan/ancaman kedepan yang dihadapi dalam bidang kesehatan masih cukup berat, antara lain :

- a. Peningkatan kasus penyakit degenerative (non communicable disease) yang disertai masih tingginya angka penyakit menular (communicable disease), serta munculnya penyakit-penyakit baru (new emerging disease) ditengah masyarakat merupakan salah satu tantangan yang harus dihadapi. Beberapa penyakit menular yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat, antara lain, Demam Berdarah Dengue (DBD), diare, malaria, *tuberculosis* (TB), *humanimmunodeficiency virus* (HIV) dan *acquired immune deficiencysyndrome* (AIDS). Di samping itu, penyakit zoonotik dalam beberapa tahun terakhir muncul menjadi masalah kesehatan

masyarakat yang berpotensi menimbulkan pandemik, seperti flu burung dan influenza tipe A baru (virus H1N1). Indonesia juga masih dihadapkan pada beberapa penyakit yang terabaikan (*neglected infectious diseases*) seperti kusta, *filariasis* (kaki gajah), *schistosomiasis* (demam keong). Penyakit tidak menular (PTM) cenderung terus meningkat terutama hipertensi, jantung koroner, diabetes mellitus, kanker, gangguan mental emosional, dan trauma.

- b. Masih tingginya angka kesakitan dan kematian akibat penyakit menular dan tidak menular disebabkan oleh masih buruknya kondisi kesehatan lingkungan, perilakumasyarakat yang belum mengikuti pola perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), dan belum optimalnya upaya-upaya penanggulangan penyakit. Faktor risiko utama pada penyakit tidak menular, antara lain, pola makan yang tidak sehat, kegiatan fisik yang kurang/tidak aktif, dan kebiasaan merokok (29,2 persen). Rendahnya kondisi kesehatan lingkungan ditandai dengan rumah tangga yang memiliki akses kepada air bersih nonperpipaan baru mencapai 57,2 persen, sedangkan rumah tangga yang memiliki akses terhadap sanitasi layak sebesar 69,3 persen (Laporan MDGs, 2012). Kondisi ini juga dipengaruhi oleh perubahan iklim global yang memicu meningkatnya beberapa faktor risiko penyakit menular. *Tantangan ke depan adalah meningkatkan cakupan dan kualitas pencegahan penyakit, pengendalian faktor risiko, peningkatan survailans epidemiologi, peningkatan kegiatan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE), peningkatan tatalaksana kasus, peningkatan kesehatan lingkungan, penguatan kerjasama lintas sektor, serta kesiapsiagaan menghadapi pandemi penyakit zoonotik.*
- c. Status kesehatan ibu dan anak masih rendah. Kesehatan ibu dan anak merupakan indikator utama dalam penentuan derajat kesehatan masyarakat, selain selain menunjukkan kinerja pelayanan kesehatan nasional juga menjadi komitmen internasional dalam pencapaian target *Sustainable Development Goals* (SDGs) (Tujuan 2 dan 3).

- d. Kematian bayi dan neonatal disebabkan oleh masih rendahnya status gizi ibu hamil; masih rendahnya pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif; masih tingginya angka kesakitan terutama diare, asfiksia, dan infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) akibat buruknya kondisi kesehatan lingkungan, seperti rendahnya cakupan air bersih dan sanitasi, dan kondisi perumahan yang tidak sehat; serta belum optimalnya pemanfaatan posyandu di samping determinan sosialbudaya lainnya. *Tantangan ke depan adalah meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak melalui perbaikan gizi, peningkatan pengetahuan ibu, pemenuhan ketersediaan tenaga kesehatan, penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan, dan peningkatan cakupan dan kualitas imunisasi, serta meningkatkan kualitas kesehatan lingkungan*
- e. Rendahnya kesadaran masyarakat akan pentingnya menjaga kesehatan. Ini terlihat dari rendahnya cakupan sanitasi dasar di masyarakat, serta masih tingginya angka kesakitan yang berbasis sanitasi dasar seperti diare, TB Paru, Demam Berdarah, dan ISPA. *Tantangan kedepan adalah peningkatan kualitas kesehatan lingkungan dengan meningkatkan akses masyarakat terhadap air bersih, jamban keluarga yang memenuhi syarat kesehatan, dan rumah sehat.*
- f. Status gizi masyarakat masih rendah. Kekurangan gizi pada anak balita telah menurun, namun masih tetap menjadi masalah kesehatan masyarakat yang cukup penting. Hasil penimbangan missal tahun 2015, prevalensi kekurusan di Kabupaten Lima Puluh Kota pada meningkat dari 5,7% menjadi 6,48 %. Permasalahan gizi yang lain adalah kurang vitamin A (KVA), kurang yodium (gangguan akibat kurang yodium/ GAKY), anemia gizi besi dan kekurangan zat gizi mikro lainnya. Kekurangan gizi pada waktu yang lama menyebabkan tingginya prevalensi anak balita yang pendek. Di samping itu, status gizi ibu hamil yang masih rendah juga menjadi salah satu penyebab masih tingginya bayi lahir dengan berat badan

rendah (BBLR). Sementara itu, keadaan gizi-lebih menunjukkan kecenderungan yang meningkat. *Tantangan ke depan adalah meningkatkan status gizi masyarakat dengan focus pada ibu hamil dan anak usia 0-2 tahun, meningkatkan pola hidup sehat, menjamin kecukupan zat gizi dengan memperkuat kerjasama lintas sektor, meningkatkan pemberdayaan masyarakat, dan meningkatkan kualitas kesehatan lingkungan.*

- g. Ketersediaan obat dan pengawasan obat-makanan masih terbatas. Ketersediaan dan pemerataan obat dan perbekalan kesehatan terus membaik, tetapi keterjangkauan, penggunaan dan mutu obat, serta pengawasan obat dan makanan belum optimal. Hal ini terlihat dengan masih banyaknya beredar ditengah-tengah masyarakat obat yang belum terdaftar pada Balai Pengawasan Obat dan Makanan.
- h. Keamanan makanan masih belum terjamin, yang ditandai dengan penyalahgunaan formalin, penyalahgunaan bahan berbahaya lain, cemaran mikroba dalam produk makanan termasuk pada jajanan anak sekolah, serta berbagai peralatan dan kemasan makanan yang mengandung bahan kimia berbahaya. Di samping itu, peredaran narkotika, psikotropika, dan zat adiktif (NAPZA) ilegal di Indonesia tidak terlepas dari kondisi global dunia. Saat ini Indonesia tidak saja menjadi negara tujuan dan transit perdagangan NAPZA ilegal, tetapi telah menjadi produsen NAPZA ilegal, khususnya golongan *Amphetamine Type Stimulate (ATS)*, dengan semakin meningkatnyatemuan laboratorium ilegal (*clandestine laboratory*) belakangan ini. *Tantangan ke depan adalah meningkatkan ketersediaan, keterjangkauan, dan pemerataan obat dengan terus meningkatkan produksi obat nasional melalui pemanfaatan bahan baku obat dalam negeri, pengawasan peredaran NAPZA ilegal, peningkatan penegakan hukum sebagai tindak lanjut dari hasil penyidikan terhadap pelanggaran, serta pengawasan obat dan makanan yang dilakukan secara komprehensif dan sistemik dari produksi hingga konsumsi.*

- i. Prilaku masyarakat, antara lain gaya hidup (life style) yang mempengaruhi peningkatan kasus penyakit degenerative. Ditambah kebiasaan masyarakat kita yang belum melaksanakan pola hidup sehat. *Tantangan kedepan adalah meningkatkan kualitas hidup masyarakat melalui penerapan gaya hidup sehat.*
- j. Pemberdayaan masyarakat dalam pembangunan kesehatan belum optimal. Pemberdayaan masyarakat dibidang kesehatan diwujudkan dalam bentuk promosi kesehatan dan UKBM seperti Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), Pos Upaya Kesehatan Kerja (Pos UKK), Pos Obat Desa (POD) dan Nagari Siaga. Belum optimalnya upaya pemberdayaan masyarakat disebabkan antara lain, belum dipadukannya kegiatan yang berdampak pada peningkatan pendapatan masyarakat. *Tantangan ke depan adalah peningkatan promosi kesehatan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat melalui kerjasama lintas sector yang didukung oleh kebijakan dan peraturan perundangan*
- k. Keberadaan daerah sebagai daerah rawan bencana, seperti longsor, banjir, dan gempa. Terjadinya bencana alam cenderung meningkatkan kejadian penyakit menular, karena perubahan keadaan lingkungan menjadi lebih buruk.

2.4.2. Peluang Pengembangan Pelayanan Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota

- a. Adanya dana perbantuan dari pemerintah pusat seperti adanya dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) dan Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional yang langsung diberikan pada puskesmas sebagai pusat pelayanan masyarakat tingkat pertama, merupakan peluang untuk pembiayaan tambahan pelaksanaan program kesehatan dasar di tingkat puskesmas
- b. Adanya keinginan masyarakat untuk secara swadaya ikut serta dalam asuransi kesehatan secara mandiri merupakan peluang dalam pengembangan asuransi kesehatan bagi seluruh masyarakat.

- c. Peran serta LSM dalam program kemitraan peningkatan derajat kesehatan masyarakat seperti adanya Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat, menjadi peluang dalam meningkatkan peran serta masyarakat dan Lembaga Swadaya Masyarakat.
- d. Potensi wilayah yang dapat menggerakkan ekonomi masyarakat akan mampu meningkatkan kemampuan masyarakat dalam kemandirian disektor kesehatan.
- e. Pertumbuhan perguruan tinggi swasta yang bergerak dalam menciptakan tenaga kesehatan yang handal dan bermutu merupakan peluang dalam mengatasi masalah ketersediaan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan berkualitas.
- f. Adanya kepedulian sector swasta, melalui *Coorporate Social responsibility* dapat menjadi peluang dalam mengatasi masalah kesehatan masyarakat.
- g. Peluang selanjutnya yang mendukung pembangunan kesehatan adalah perubahan kependudukan menunjukkan hal-hal yang menggembirakan, karena laju pertumbuhan penduduk sudah dibawah 1,05 persen per tahun, jumlah anggota rumah tangga rata-rata adalah 4 orang (2014) dan golongan balita jumlah dan persentasenya cenderung menurun, walaupun masih tetap menjadi kelompok umur dengan jumlah terbanyak. Di samping itu, pendidikan masyarakat makin meningkat, terlihat dari tingginya angka melek huruf, partisipasi murni sekolah anak-anak berusia 7-12 tahun serta makin meningkatnya anak-anak yang dapat menamatkan pendidikan tingkat SD, sekolah lanjutan tingkat pertama (SLTP), sekolah lanjutan tingkat atas (SLTA), dan akademi/universitas. Peluang berikutnya adalah makin meningkatnya pendapatan per kapita diikuti oleh penurunan jumlah dan persentase penduduk miskin secara bermakna
- h. Komunikasi, informasi, dan transportasi yang makin membaikjuga memberi peluang untuk mempercepat pencapaian pemerataan pelayanan kesehatan. Kemajuan di bidang teknologi pertanian

berupa penerapan bioteknologi pertanian ditunjang dengan peningkatan upaya pertanian lainnya diharapkan dapat mempertahankan swasembada pangan, meningkatkan kuantitas dan kualitas bahan makanan sehingga dapat meningkatkan status gizi masyarakat. Peluang lainnya adalah hasil berbagai upaya deregulasi, debirokratisasi dan desentralisasi di bidang kesehatan sehingga lebih memantapkan pengelolaan upaya kesehatan. Dengandemikian, penanggulangan masalah akan lebih spesifik untuk setiappropinsi atau wilayah tertentu sehingga akan lebih sesuai dengan kebutuhan dan kondisi daerah setempat.

2.4.3. Kelemahan organisasi

- a. Ketersediaan tenaga kesehatan masih terbatas. Jumlah, jenis, dan kualitas tenaga kesehatan terus meningkat, tetapi distribusinya belum merata. Distribusi tenaga kesehatan strategis (Dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, bidan, perawat, sanitarian, nutrisisionis) yang belum merata. Kualitas tenaga kesehatan juga masih rendah akibat belum optimalnya sistem akreditasi institusi pendidikan kesehatan dan sertifikasi lulusan. *Tantangan ke depan adalah memperbaiki kualitas perencanaan, produksi dan pendayagunaan yang menjamin terpenuhinya jumlah, mutu, dan persebaran SDM kesehatan terutama di daerah terpencil, tertinggal, perbatasan dan daerah kepulauan yang didukung dengan penguatan regulasi termasuk akreditasi dan sertifikasi.*
- b. Manajemen *pembangunankesehatan* belum efektif. Efektivitas manajemen pembangunan kesehatan yang meliputi pengelolaan sistem informasi kesehatan, administrasi dan penataan hukum kesehatan, serta pengembangan dan pemanfaatan hasil penelitian pengembangan kesehatan masih belum optimal. Arus informasi data survailans epidemiologi dari daerah ke pusat dan sebaliknya terutama yang berbasis fasilitas sejak desentralisasi mengalami berbagai hambatan. Ketersediaan data lebih mengandalkan hasil

survei yang periode ketersediaannya belum sesuai dengan keperluan perencanaan dan evaluasi program.

Penyusunan peraturan perundang-undangan, harmonisasi peraturan, pelayanan advokasi hukum, peningkatan kesadaran hukum bagi aparat kesehatan belum terlaksana dengan baik. Sementara itu, sebagian besar hasil penelitian dan pengembangan belum dimanfaatkan sebagai dasar pengambilan keputusan. Kegiatan penelitian dan pengembangan kesehatan perlu terus ditingkatkan terutama dalam pengembangan produk obat dan vaksin, serta rancang bangun alat-alat kesehatan untuk mencapai kemandirian. *Tantangan ke depan adalah bagaimana meningkatkan efektivitas dan kualitas manajemen pembangunan kesehatan melalui penguatan system informasi dan survailans kesehatan, pengelolaan administrasi dan hukum, serta penelitian dan pengembangan kesehatan.*

- c. Pembiayaan kesehatan untuk memberikan jaminan perlindungan kesehatan masyarakat masih terbatas. Pembiayaan kesehatan cenderung meningkat, tapi belum sepenuhnya memberikan jaminan perlindungan kesehatan masyarakat. Anggaran kesehatan masih berasal terutama dari APBD kabupaten, APBD Propinsi, Dana Alokasi Khusus (DAK), dan dana dekonsentrasi. Sampai tahun 2015 pembiayaan sector kesehatan di Kabupaten Lima Puluh Kota baru sekitar 8,51% dari total APBD dari yang seharusnya yaitu 10% dari total APBD. Disamping itu efisiensi alokatif dan efisiensi teknis pembiayaan pemerintah belum optimal dan masih cenderung lebih banyak untuk penyediaan sarana dan prasarana kesehatan dari pada pembiayaan operasional. *Tantangan ke depan adalah meningkatkan pembiayaan kesehatan yang diikuti oleh peningkatan perlindungan finansial terhadap risiko kesehatan yang mencakup seluruh masyarakat Lima Puluh Kota serta peningkatan efisiensi penggunaan anggaran.*

2.4.4. Kekuatan Organisasi

- a. Kewenangan Untuk melakukan fasilitas bidang kesehatan
- b. Tersedia sumber daya manusia kesehatan dalam jumlah yang cukup
- c. Adanya jaringan komunikasi di tingkat kabupaten yang merupakan jaringan SIKNAS online dari Kementrian Kesehatan
- d. Adanya Standar pelayanan minimal bidang kesehatan (SPM)
- e. Struktur organisasi serta uraian tugas yang jelas pada masing bidang dan seksi
- f. Adanya kebijakan-kebijakan di bidang kesehatan yang bisa mendukung percepatan pembangunan di bidang kesehatan
- g. Adanya Standar Operasional Prosedur (SOP), Juklak dan Juknis dan modul kegiatan program
- h. Adanya political will dari pimpinan daerah dalam percepatan pembangunan kesehatan
- i. Adanya system informasi kesehatan yang berjenjang dari puskesmas ke Dinas kesehatan sampai ke Tingkat Pusat yang berbasis Website
- j. Adanya Kebijakan Program tentang Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin yang terintegrasi dengan BPJS
- k. Adanya sistem pembinaan secara berjenjang sampai tingkat wilayah

2.5. Strategi Dinas Kesehatan terkait dengan kekuatan, kelemahan, peluang, dan ancaman yang dihadapi

Pada matrik analisa SWOT (Strengths, weaknesses, opportunities dan threats) dijabarkan strategi yang akan dilakukan dalam menghadapi ancaman dalam bidang kesehatan dengan memperhatikan kekuatan dan kelemahan organisasi serta mempertimbangkan peluang-peluang yang ada

Analisa SWOT			
Kekuatan (Strength)	Kelemahan (Weakness)	Peluang (Opportunity)	Ancaman (Threath)

Analisa SWOT			
Kekuatan (Strength)	Kelemahan (Weakness)	Peluang (Opportunity)	Ancaman (Threath)
Tersedianya infrastruktur sarana dan prasarana kesehatan yang memadai, yang tersebar sampai ke tingkat jorong	Distribusi tenaga kesehatan strategis (Dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, bidan, perawat, sanitarian, nutrisisionis) yang belum merata. Kualitas tenaga kesehatan juga masih rendah akibat belum optimalnya sistem akreditasi institusi pendidikan kesehatan dan sertifikasi lulusan	Adanya dana perbantuan dari pemerintah pusat	Peningkatan kasus penyakit degenerative (non communicable disease) yang disertai masih tingginya angka penyakit menular (communicable disease), serta munculnya penyakit-penyakit baru (new emerging disease) ditengah masyarakat
Tersedia sumber daya manusia kesehatan dalam jumlah yang cukup	Manajemen pembangunan kesehatan belum efektif. Efektivitas manajemen pembangunan kesehatan yang meliputi pengelolaan sistem	Adanya keinginan masyarakat untuk secara swadaya ikut serta dalam asuransi kesehatan	Masih tingginya angka kesakitan dan kematian akibat penyakit menular dan tidak menular

Analisa SWOT			
Kekuatan (Strength)	Kelemahan (Weakness)	Peluang (Opportunity)	Ancaman (Threath)
	informasi kesehatan, administrasi dan penataan hukum kesehatan, serta pengembangan dan pemanfaatan hasil penelitian pengembangan kesehatan masih belum optimal		
Adanya jaringan komunikasi di tingkat kabupaten yang merupakan jaringan SIKNAS online dari Kementrian Kesehatan	Sebagian besar hasil penelitian dan pengembangan belum dimanfaatkan sebagai dasar pengambilan keputusan	Peran serta LSM dalam program kemitraan peningkatan derajat kesehatan masyarakat , serta adanya Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat.	Status kesehatan ibu dan anak masih rendah. Kematian bayi dan neonatal disebabkan oleh masih rendahnya status gizi ibu hamil; masih rendahnya pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif;

Analisa SWOT

Kekuatan (Strength)	Kelemahan (Weakness)	Peluang (Opportunity)	Ancaman (Threat)
Struktur organisasi serta uraian tugas yang jelas pada masing bidang dan seksi	<p>Pembiayaan kesehatan untuk memberikan jaminan perlindungan kesehatan masyarakat masih terbatas.</p> <p>Pembiayaan kesehatan cenderung meningkat, tapi belum sepenuhnya memberikan jaminan perlindungan kesehatan masyarakat.</p> <p>Anggaran kesehatan masih berasal terutama dari APBD kabupaten, APBD Propinsi, Dana Alokasi Khusus (DAK), dana dekonsentrasi, dan dana perbantuan.</p>	Potensi wilayah yang dapat menggerakkan ekonomi masyarakat	Masih tingginya angka kesakitan terutama diare, asfiksia, dan infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) akibat buruknya kondisi kesehatan lingkungan

Analisa SWOT			
Kekuatan (Strength)	Kelemahan (Weakness)	Peluang (Opportunity)	Ancaman (Threath)
	Sampai tahun 2015 pembiayaan sector kesehatan di Kabupaten Lima Puluh Kota baru sekitar 7,17% dari total APBD dari yang seharusnya yaitu 10% dari total APBD		
Adanya kebijakan-kebijakan di bidang kesehatan yang bisa mendukung percepatan pembangunan di bidang kesehatan	Efisiensi alokatif dan efisiensi teknis pembiayaan pemerintah belum optimal dan masih cendrung lebih banyak untuk penyediaan sarana dan prasarana kesehatan dari pada pembiayaan operasional	Pertumbuhan perguruan tinggi swasta yang bergerak dalam menciptakan tenaga kesehatan yang handal dan bermutu	Rendahnya kesadaran masyarakat akan pentingnya menjaga kesehatan. Ini terlihat dari rendahnya cakupan sanitasi dasar di masyarakat, serta masih tingginya angka kesakitan yang berbasis sanitasi dasar seperti diare, TB Paru,

Analisa SWOT			
Kekuatan (Strength)	Kelemahan (Weakness)	Peluang (Opportunity)	Ancaman (Threath)
			Demam Berdarah, dan ISPA
Adanya political will dari pimpinan daerah dalam percepatan pembangunan kesehatan		Adanya kepedulian sector swasta, melalui <i>Coorporate Social responsibility</i> dapat menjadi peluang dalam mengatasi masalah kesehatan masyarakat.	Status gizi masyarakat masih rendah. Kekurangan gizi pada anak balita telah menurun, namun masih tetap menjadi masalah kesehatan masyarakat yang cukup penting.
		Perubahan kependudukan menunjukkan hal-hal yang menggembirakan, karena laju pertumbuhan penduduk sudah dibawah 1,011persen per tahun,	Keamanan makanan masih belum terjamin

Analisa SWOT			
Kekuatan (Strength)	Kelemahan (Weakness)	Peluang (Opportunity)	Ancaman (Threath)
		Pendidikan masyarakat makin meningkat.	Prilaku masyarakat, antara lain gaya hidup (life style) yang mempengaruhi peningkatan kasus penyakit degenerative. Ditambah kebiasaan masyarakat kita yang belum melaksanakan pola hidup sehat
		Komunikasi, informasi, dan transportasi yang makin membaikjuga memberi peluang untuk mempercepat pencapaian pemerataan pelayanan kesehatan.	Pemberdayaan masyarakat dalam pembangunan kesehatan belum optimal.

Analisa SWOT			
Kekuatan (Strength)	Kelemahan (Weakness)	Peluang (Opportunity)	Ancaman (Threath)
		<p>Kemajuan di bidang teknologi pertanian berupa penerapan bioteknologi pertanian ditunjang dengan peningkatan upaya pertanian lainnya</p>	<p>Keberadaan daerah sebagai daerah rawan bencana, seperti longsor, banjir, dan gempa. Terjadinya bencana alam cenderung meningkatkan kejadian penyakit menular, karena perubahan keadaan lingkungan menjadi lebih buruk</p>
		<p>Upaya deregulasi, debirokratisasi dan desentralisasi di bidang kesehatan sehingga lebih memantapkan pengelolaan upaya kesehatan.</p>	

Ada pun kondisi lingkungan internal dan eksternal dapat dijabarkan dalam table berikut ini :

Eksternal	Strategi (Kekuatan – Peluang)	Strategi (Kekuatan – Ancaman)
	<p>a. Meningkatkan pemberdayaan masyarakat, swasta dan masyarakat madani dalam pembangunan kesehatan melalui kemitraan</p> <p>b. Melakukan penataan dan pengembangan system informasi kesehatan untuk menjamin ketersediaan data dan informasi kesehatan melalui pengaturan system informasi yang komprehensif dan pengembangan jejaring</p> <p>c. Peningkatan promosi kesehatan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat melalui kerjasama lintas sector yang didukung oleh kebijakan dan peraturan perundang-undangan.</p> <p>d. Mengembangkan sistem asuransi kesehatan melalui program Jaminan Kesehatan Nagari dalam memaju tercapainya total coverage</p>	<p>a. Meningkatkan pelayanan kesehatan yang merata, terjangkau, bermutu dan berkeadilan serta berbasis bukti, dengan penguatan pada upaya promotif – preventif.</p> <p>b. Meningkatkan upaya promosi kesehatan kepada masyarakat dalam perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) terutama pada pemberian ASI eksklusif, perilaku tidak merokok, dan sanitasi</p> <p>c. Meningkatkan kualitas kesehatan lingkungan dengan meningkatkan akses masyarakat terhadap air bersih, jamban keluarga yang memenuhi syarat kesehatan, dan rumah sehat</p>

	<p>jaminan social kesehatan nasional</p> <p>e. Mengembangkan kerjasama dengan sector swasta melalui pemanfaatan program CSR pada perusahaan-perusahaan swasta dan BUMN</p>	
Internal	<p>Strategi (Kelemahan – Peluang)</p> <p>a. Meningkatkan efektifitas dan kualitas manajemen pembangunan kesehatan melalui penguatan system informasi dan surveylans kesehatan, pengelolaan administrasi dan hukum, serta penelitian dan pengembangan kesehatan</p> <p>b. Penguatan peraturan perundang-undangan dalam aspek standarisasi, akreditasi, sertifikasi kompetensi serta penerapannya dalam praktek kedokteran dan profesi kesehatan lainnya</p> <p>c. Peningkatan kerjasama dengan institusi pendidikan serta organisasi profesi kesehatan dalam peningkatan kualitas tenaga kesehatan</p>	<p>Strategi (Kelemahan – Ancaman)</p> <p>a. Meningkatkan ketersediaan pemerataan dan keterjangkauan obat dan alat kesehatan serta menjamin keamanan/khasiat, kemanfaatan, dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan</p> <p>b. Meningkatkan pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan yang merata dan bermutu</p> <p>c. Memperbaiki kualitas perencanaan, produksi dan pendayagunaan yang menjamin terpenuhinya jumlah, mutu, dan persebaran SDM kesehatan terutama di daerah terpencil yang didukung dengan penguatan regulasi termasuk</p>

	<p>d. Meningkatkan pembiayaan kesehatan yang diikuti dengan peningkatan perlindungan financial terhadap resiko kesehatan yang mencakup seluruh masyarakat Lima Puluh Kota serta peningkatan efisiensi penggunaan anggaran</p>	<p>akreditasi dan sertifikasi</p> <p>d. Mengembangkan system peringatan dini untuk penyebaran informasi terjadinya bencana, wabah/KLB dan cara menghindari kepanikan serta jatuhnya korban lebih banyak</p> <p>e. Mengembangkan system hotline dan respon cepat dengan memanfaatkan dana Corporate Social Responsibility dari perusahaan-perusahaan</p>
--	---	---

Tabel 2.32
 Anggaran dan Realisasi Pendanaan Pelayanan Dinas Kesehatan Tahun 2011 - 2015
 Kabupaten Lima Puluh Kota

Program	Anggaran pada Tahun ke -					Realisasi Anggaran pada Tahun ke -					Rasio antara Realisasi dan Anggaran Tahun ke -				
	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)
Program Pelayanan Administrasi Perkantoran	761,323,500	699,672,000	830,190,000	1,087,095,000	913,437,000	639,578,334	536,853,575	689,926,912	880,297,295	763,071,529	84	77	83	81	84
Program Peningkatan Sarana dan Prasarana Aparatur	495,648,500	372,966,000	519,557,800	608,672,000	990,281,000	454,265,215	255,156,945	419,536,435	438,723,762	845,061,006	92	68	81	72	85
Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Aparatur	204,700,000	245,249,000	287,765,000	313,561,000	239,429,500	183,389,500	189,575,700	233,223,130	212,152,800	188,074,409	90	77	81	68	79
Program Peningkatan Pengembangan Sistem Pelaporan Capaian Kinerja dan Keuangan	1,610,000	28,811,500	25,960,000	36,190,000	37,712,000	1,503,000	17,847,500	18,877,400	27,371,800	33,676,700	93	62	73	76	89
Program Obat dan Perbekalan Kesehatan	1,683,903,513	1,326,575,500	1,440,682,500	2,223,209,500	1,295,351,500	1,314,292,000	1,175,881,500	1,383,974,960	2,210,069,860	1,194,762,420	78	89	96	99	92
Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin di Puskesmas dan Jaringannya	659,058,480	-	-	-	-	393,793,795	-	-	-	-	60	-	-	-	-

Program Upaya Kesehatan Masyarakat	-	874,893,000	1,529,143,500	6,089,667,517	19,243,815,375	-	735,622,060	1,436,153,723	2,297,406,921	2,192,419,998	-	84	94	38	11	3,
Program Pengawasan Obat dan Makanan	38,465,000	117,045,000	52,096,000	45,447,500	55,240,000	36,338,000	92,322,500	35,675,900	40,247,500	53,837,400	94	79	68	89	97	3,
Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat	266,030,000	769,640,757	824,577,290	655,613,000	642,252,300	185,639,000	382,759,000	484,261,400	259,028,681	574,026,750	70	50	59	40	89	75
Program Perbaikan Gizi Masyarakat	90,212,500	171,200,000	172,408,500	165,459,000	192,381,000	82,932,699	155,122,700	167,485,200	162,626,385	190,670,225	92	91	97	98	99	20
Program Pengembangan Lingkungan Sehat	42,197,500	117,080,000	287,830,000	280,788,500	217,890,900	36,592,800	101,602,500	222,924,600	214,233,497	201,024,258	87	87	77	76	92	35
Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular	273,226,500	335,818,500	398,336,500	732,015,500	690,828,000	246,135,500	264,950,500	337,104,925	367,110,900	371,802,500	90	79	85	50	54	83
Program Standarisasi Pelayanan Kesehatan	41,435,000	189,260,500	110,900,000	163,606,500	220,000,000	34,929,500	176,318,000	102,701,400	150,181,545	184,281,750	84	93	93	92	84	35
Program Pengadaan, Peningkatan dan Perbaikan Sarana dan Prasarana Puskesmas/ Puskesmas Pembantu dan Jaringannya	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	5,069,430,197	5,181,631,129	5,550,532,671	83	83	91	80	77	95

Program Kemitraan Peningkatan Pelayanan Kesehatan	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	3,472,548,726	2,265,624,211	2,905,983,800	100	68	89	98	100	31
Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Anak Balita	-	56,075,000	193,610,000	143,256,000	121,371,000	-	39,845,000	173,580,000	142,853,000	119,975,000		71	90	100	99	24
Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Lansia	8,710,000	5,315,000	8,043,000	14,087,500	24,165,000	6,405,000	5,314,500	7,958,000	14,077,500	23,145,000	74	100	99	100	96	3,
Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak	183,325,000	81,475,000	70,445,800	80,085,000	116,784,900	148,720,350	70,015,000	70,095,000	69,935,000	112,898,900	81	86	100	87	97	(1
Program Pengawasan dan Pengendalian Kesehatan Makanan	-	28,645,000	33,148,000	39,230,000	42,297,000	-	28,443,000	28,138,000	36,193,000	41,652,000		99	85	92	98	8,
Total	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	##### #	##### #	##### #	84	77	88	70	44	5,

3.1. Identifikasi Permasalahan Berdasarkan Tugas Pokok dan Fungsi Pelayanan Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota

Visi daerah sebagai mana yang dituangkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Kabupaten Lima Puluh Kota adalah :

“MEWUJUDKAN KABUPATEN LIMA PULUH KOTA SEJAHTERA DAN DINAMIS “YANG MANTAP” BERLANDASKAN IMAN DAN TAQWA

Pada Visi Kabupaten Lima Puluh Kota terdapat 4 (empat) kata kunci yaitu Sejahtera, Dinamis, “Mantap”, serta Iman dan Taqwa. **Sejahtera** adalah merupakan refleksi dari berkurangnya masyarakat miskin, meningkatnya pendapatan dan daya beli masyarakat, meningkatnya kualitas hidup dan lingkungan, serta terpenuhinya sarana dan prasarana pendidikan, kesehatan, dan ekonomi. **Dinamis** adalah gambaran suatu sikap yang responsif terhadap perubahan dan pembaharuan. **Mantap** adalah akronim dari Maju, Amanah, Bermartabat, dan Berpendidikan yang merupakan satu kesatuan kalimat yang menggambarkan sikap pemerintah daerah dalam penyelenggaraan pemerintahan yang mandiri, terbuka, bisa dipercaya, dan punya harga diri dengan nilai-nilai keterpelajaran. Sedangkan **Iman dan Taqwa** merupakan persyaratan mutlak untuk dapat terwujudnya kehidupan agamais, serta untuk menjadikan masyarakat yang saleh dan taat pada tuntunan ajaran agama yang diyakini. Pembangunan di bidang atau sektor apapun tidak akan mendatangkan kemaslahatan dan keberkahan tanpa dilandasi oleh iman dan taqwa. Suatu capaian pembangunan dapat menjadi tidak bermakna tanpa dilandasi kehidupan masyarakat yang penuh berkah dan ampunan dari Tuhannya. Oleh karena itu, pembangunan yang diarahkan untuk mencapai rakyat yang sejahtera dan dinamis yang”mantap” itu harus dilandasi oleh Iman dan Taqwa sebagai ruh-nya.

Iman dan taqwa dapat diukur dari semakin baiknya etika dan moral masyarakat berdasarkan norma agama, norma hukum, norma adat dan kebiasaan yang berlaku dalam kehidupan masyarakat, berbangsa dan bernegara, yang tercermin pula dari kualitas kehidupan beragama serta kerukunan diantara umat beragama/antar umat beragama dan semakin kokohnya pelaksanaan filosof “Adat Bersandi Syarak, Syarak Bersandi Kitabullah”.

Upaya untuk mewujudkan visi menjadi daerah yang sejahtera dan dinamis yang ‘mantap berlandaskan iman dan taqwa yang telah dirumuskan diatas adalah melalui 6 Misi Pembangunan Daerah sebagai berikut:

1. Meningkatkan kualitas kehidupan beragama, beradat dan berbudaya.
2. Meningkatkan taraf hidup masyarakat melalui revitalisasi perekonomian dan reformasi kelembagaan berbasis masyarakat dengan pemanfaatan potensi daerah.
3. Meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Meningkatkan tata kelola pemerintahan dan kualitas pelayanan publik.
5. Memperkuat kelembagaan nagari untuk melaksanakan pembangunan berbasis jorong.
6. Meningkatkan infrastruktur untuk percepatan pembangunan dan daerah basis perjuangan.

Untuk mewujudkan misi tersebut dituangkan kedalam 11 agenda prioritas pembangunan antara lain :

1. Revolusi mental
2. Revitalisasi pertanian menuju agroindustri
3. Pariwisata dan ekonomi kreatif
4. Investasi dan kemudahan berusaha
5. Penguatan ekonomi kerakyatan
2. Akselerasi pembangunan sumber daya manusia.
3. Reformasi birokrasi.

4. Penguatan nagari.
5. Penataan ruang dan kawasan strategis.
6. Fasilitas umum dan fasilitas sosial berwawasan lingkungan dan berkelanjutan.
7. Pengembangan daerah basis perjuangan

Visi dan misi daerah ini dijabarkan secara teknokratis dan partisipatif ke dalam tujuan dan sasaran. Dalam bidang kesehatan tujuan dan sasaran adalah sebagai berikut :

Tujuan : Terwujudnya pelayanan kesehatan bermutu dan terjangkau

Sasaran : 1. Meningkatkan kuantitas dan kualitas sarana dan prasarana Kesehatan

2. Pemenuhan akses pelayanan kesehatan yang berkualitas (ibu, anak, remaja dan lanjut usia)

3. Meningkatnya penyehatan lingkungan serta Pencegahan dan penanggulangan penyakit

4. Meningkatnya layanan BLUD RSUD AD

Terkait dengan dengan visi dan misi, serta tujuan dan sasaran yang ingin dicapai dalam bidang kesehatan, maka Dinas Kesehatan mempunyai tugas melaksanakan urusan pemerintah di bidang kesehatan. Untuk menyelesaikan tugas tersebut maka Dinas Kesehatan berfungsi :

1) Perumusan kebijakan teknis dalam urusan kesehatan

2) Penyelenggaraan urusan pemerintahan dan pelayanan umum dibidang kesehatan

3) Pembinaan dan pelaksanaan urusan di bidang kesehatan

4) Pembinaan unit pelaksanaan teknis dinas

5) Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan ruang lingkup bidang tugasnya

Dalam pelaksanaan tugas pokok dan fungsi ada beberapa permasalahan yang dihadapi dinas kesehatan secara teknis antara lain :

- Rendahnya derajat kesehatan masyarakat (sanitasi, air minum, lingkungan, sampah)
- Masih tingginya angka kematian ibu melahirkan (65,52 per 100.000)
- Kesenjangan distribusi tenaga kesehatan masih tinggi (12,22 per 100.000 penduduk atau 1 dokter melayani 8.184 orang penduduk)
- Rendahnya angka harapan hidup (tahun 2015 : 68,83 tahun)
- Belum optimalnya ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan (jumlah rumah sakit, puskesmas, pusku, poskesri, posyandu)
- Belum optimalnya perluasan cakupan dan pelayanan jaminan kesehatan masyarakat
- Masih banyaknya ditemukan penderita (penyakit) yang belum tertangani dengan baik.
- Masih adanya orang yang hidup dalam pasungan.

Faktor penghambat pelaksanaan tugas pokok dan fungsi bila dilihat dari masalah yang ada secara teknis tidak ada, namun ada beberapa hal yang merupakan kendala di lapangan yaitu :

- 1) Keinginan masyarakat untuk sehat secara mandiri masih kurang. Masyarakat belum merasa bahwa kesehatan itu sangat penting, sehingga kegiatan preventif dan promotif belum berjalan dengan baik.
- 2) Kompetensi tenaga kesehatan yang masih belum memenuhi standar. Secara kuantitas jumlahnya cukup, namun kualitasnya masih kurang.
- 3) Anggaran yang terbatas, sehingga kegiatan tidak berjalan sebagaimana mestinya.

Ada faktor penghambat keberhasilan, tentu ada faktor yang mendukung, sehingga secara bertahap masalah dan hambatan yang ada diharapkan bisa diatasi yaitu :

- 1) Dukungan dari Pemerintah Daerah berupa kebijakan-kebijakan kepala daerah yang memberikan ruang gerak kepada Dinas Kesehatan untuk lebih kreatif, inovatif dalam upaya memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat.

- 2) Adanya dukungan dari pemerintah pusat dan provinsi melalui dana perbantuan dan dana dekonsentrasi, membantu mengatasi masalah namun belum optimal.
- 3) Dukungan lintas sector terkait di bidang kesehatan seperti dari Kantor Ketahanan Pangan, Badan Pemberdayaan Perempuan dan KB, Dinas Pendidikan, Departemen Agama, Badan Perpustakaan dan Arsip Daerah dan lain sebagainya.

3.2. Telaahan Visi, Misi dan Program Kepala Daerah dan Wakil Kepala Daerah Terpilih

Dalam Peraturan Daerah Kab. Lima Puluh Kota Nomor 6 Tahun 2016 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Kab. Lima Puluh Kota Tahun 2016 – 2021, telah ditetapkan Visi pembangunan daerah untuk tahun 2016-2021 adalah:

TERWUJUDNYA KABUPATEN LIMA PULUH KOTA SEJAHTERA DAN DINAMIS “YANG MANTAP” BERLANDASKAN IMAN DAN TAQWA.

Upaya untuk mewujudkan visi menjadi daerah yang sejahtera dan dinamis yang ‘mantap berlandaskan iman dan taqwa yang telah dirumuskan diatas adalah melalui 6 Misi Pembangunan Daerah sebagai berikut:

1. Meningkatkan kualitas kehidupan beragama, beradat dan berbudaya.
2. Meningkatkan taraf hidup masyarakat melalui revitalisasi perekonomian dan reformasi kelembagaan berbasis masyarakat dengan pemanfaatan potensi daerah.
3. Meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Meningkatkan tata kelola pemerintahan dan kualitas pelayanan publik.
5. Memperkuat kelembagaan nagari untuk melaksanakan pembangunan berbasis jorong.

6. Meningkatkan infrastruktur untuk percepatan pembangunan dan daerah basis perjuangan.

Sesuai dengan tugas pokok dan fungsi SKPD Dinas Kesehatan, maka yang menjadi penekanan adalah Misi 3 yakni “Meningkatkan Kaulitas Sumber Daya Manusia” dengan tujuan kedua dari Misi 3 yaitu :

Terwujudnya Pelayanan kesehatan bermutu dan terjangkau, dengan sasaran-sasaran pembangunan sebagai berikut:

1. Meningkatkan kuantitas dan kualitas sarana dan prasarana kesehatan
2. Pemenuhan akses pelayanan kesehatan yang berkualitas (Ibu, Anak dan Lanjut Usia)
3. Meningkatnya penyehatan lingkungan serta Pencegahan dan penanggulangan penyakit
4. Meningkatkan layanan BLUD RSUD AD

Dalam rangka mewujudkan visi dan melaksanakan misi Pembangunan Daerah Kab. Lima Puluh Kota Tahun 2016 – 2021, maka beberapa permasalahan pelayanan kesehatan yang dihadapi saat ini adalah :

1. Sarana dan prasarana pelayanan kesehatan yang masih perlu ditingkatkan.
2. Masih tingginya prevalensi penyakit menular dan terus meningkatnya prevalensi penyakit tidak menular dan Degeneratif.
3. Masih rendahnya kualitas kesehatan lingkungan.

Faktor-faktor yang dapat menjadi penghambat dalam pencapaian misi 3 antara lain :

- a. Masih rendahnya kesadaran masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat.
- b. Kualitas, kuantitas dan sebaran SDM Kesehatan yang masih belum optimal.
- c. Disparitas sarana dan prasarana pelayanan kesehatan.

Sedangkan faktor yang dapat menjadi pendorong pencapaian misi 3 antara lain adalah :

- a. Dedikasi dan loyalitas SDM Kesehatan yang ada untuk melaksanakan tugasnya yang cukup tinggi.
- b. Kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan berkeadilan sangat tinggi.
- c. Adanya Sistem Jaminan Kesehatan Nasional.

3.3. Telaah Renstra Kementerian Kesehatan dan Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat

Permasalahan nasional di bidang kesehatan, hampir sama di seluruh Indonesia. Secara umum terjadi penurunan angka kesakitan, namun penularan infeksi penyakit menular utama ATM (AIDS/HIV, TBC dan Malaria) masih merupakan masalah kesehatan yang menonjol dan perlu upaya keras untuk dapat mencapai target. Selain itu, terdapat beberapa penyakit seperti penyakit Filariasis, Kusta, Frambusia cenderung meningkat kembali. Disamping itu, terjadinya peningkatan penyakit tidak menular yang berkontribusi besar terhadap kesakitan dan kematian, utamanya pada penduduk perkotaan.

Target cakupan imunisasi belum tercapai, perlu peningkatan upaya preventif dan promotif seiring dengan upaya kuratif dan rehabilitative. Akibat dari cakupan *Universal Child Immunization (UCI)* yang belum tercapai akan berpotensi timbulnya kasus-kasus Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) di beberapa daerah resiko tinggi yang selanjutnya dapat mengakibatkan munculnya wabah. Untuk menekan angka kesakitan dan kematian akibat PD3I perlu upaya imunisasi dengan cakupan yang tinggi dan merata.

Dalam pembiayaan kesehatan, permasalahannya lebih pada alokasi yang cenderung pada upaya kuratif dan masih kurangnya anggaran untuk biaya operasional dan kegiatan langsung untuk puskesmas. Akibat pembiayaan yang cenderung kuratif dibandingkan preventif dan promotif mengakibatkan pengeluaran pembiayaan yang tidak efektif dan efisien, sehingga berpotensi menimbulkan masalah pada kecukupan dan optimalisasi pemanfaatan pembiayaan kesehatan. Disamping itu

terhambatnya realisasi anggaran juga terjadi karena proses anggaran yang terlambat.

Dalam hal ketenagaan, jumlah dan jenis tenaga kesehatan terus meningkat namun kebutuhan dan pemerataan distribusinya belum terpenuhi, utamanya di Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK). Kualitas tenaga kesehatan juga masih rendah, pengembangan karier belum berjalan, system penghargaan dan sanksi belum sebagai mana mestinya.

Cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan mengacu pada SKN, tetapi pelaksanaannya belum optimal, belum terintegrasi dengan system lainnya. Perencanaan pembangunan kesehatan antara Pusat dan Daerah belum sinkron dan dirasa masih perlu peningkatan koordinasi Pusat-daerah di tingkat pimpinan.

Masalah lainnya adalah lemahnya Sistem Informasi Kesehatan di era kebijakan desentralisasi. Keterbatasan data menjadi kendala dalam pemetaan masalah dan penyusunan kebijakan. Pemanfaatan data belum optimal dan surveilans belum dilaksanakan secara menyeluruh dan berkesinambungan.

Pembangunan kesehatan pada periode 2015-2019 adalah Program Indonesia Sehat dengan sasaran meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Sasaran pokok RPJMN 2015-2019 adalah: (1) meningkatnya status kesehatan dan gizi ibu dan anak; (2) meningkatnya pengendalian penyakit; (3) meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan; (4) meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan universal melalui Kartu Indonesia Sehat dan kualitas pengelolaan SJSN Kesehatan, (5) terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan, obat dan vaksin; serta (6) meningkatkan responsivitas sistem kesehatan.

Program Indonesia Sehat dilaksanakan dengan 3 pilar utama yaitu paradigma sehat, penguatan pelayanan kesehatan dan jaminan kesehatan

nasional: 1) pilar paradigma sehat di lakukan dengan strategi pengarusutamaan kesehatan dalam pembangunan, penguatan promotif preventif dan pemberdayaan masyarakat; 2) penguatan pelayanan kesehatan dilakukan dengan strategi peningkatan akses pelayanan kesehatan, optimalisasi sistem rujukan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan, menggunakan pendekatan *continuum of care* dan intervensi berbasis risikokesehatan; 3) sementara itu jaminan kesehatan nasional dilakukan dengan strategi perluasan sasaran dan *benefit* serta kendali mutu dan kendali biaya.

Secara Nasional, Sasaran strategis Kementerian Kesehatan 2015-2019, untuk mengatasi berbagai masalah diatas adalah :

1. Meningkatnya Kesehatan Masyarakat, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
 - a. Meningkatnya persentase persalinan di fasilitas kesehatan sebesar 85%.
 - b. Menurunnya persentase ibu hamil kurang energi kronik sebesar 18,2%.
 - c. Meningkatnya persentase kabupaten dan kota yang memiliki kebijakan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) sebesar 80%.
2. Meningkatnya Pengendalian Penyakit, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
 - a. Persentase kab/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan sebesar 40%.
 - b. Penurunan kasus Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) tertentu sebesar 40%.
 - c. Kab/Kota yang mampu melaksanakan kesiapsiagaan dalam penanggulangan kedaruratan kesehatan masyarakat yang berpotensi wabah sebesar 100%.
 - d. Menurunnya prevalensi merokok pada pada usia ≤ 18 tahun sebesar 5,4%.
3. Meningkatnya Akses dan Mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:

- a. Jumlah kecamatan yang memiliki minimal 1 Puskesmas yang terakreditasi sebanyak 5.600.
- b. Jumlah kab/kota yang memiliki minimal 1 RSUD yang terakreditasi sebanyak 481 kab/kota.
4. Meningkatnya akses, kemandirian, dan mutu sediaan farmasi dan alat kesehatan, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
 - a. Persentase ketersediaan obat dan vaksin di Puskesmas sebesar 90%.
 - b. Jumlah bahan baku obat, obat tradisional serta alat kesehatan yang diproduksi di dalam negeri sebanyak 35 jenis.
 - c. Persentase produk alat kesehatan dan PKRT diperedaran yang memenuhi syarat sebesar 83%.
5. Meningkatnya Jumlah, Jenis, Kualitas dan Pemerataan Tenaga Kesehatan, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
 - a. Jumlah Puskesmas yang minimal memiliki 5 jenis tenaga kesehatan sebanyak 5.600 Puskesmas.
 - b. Persentase RS kab/kota kelas C yang memiliki 4 dokter spesialis dasar dan 3 dokter spesialis penunjang sebesar 60%.
 - c. Jumlah SDM Kesehatan yang ditingkatkan kompetensinya sebanyak 56,910 orang.
6. Meningkatnya sinergitas antar Kementerian/Lembaga, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
 - a. Meningkatnya jumlah kementerian lain yang mendukung pembangunan kesehatan.
 - b. Meningkatnya persentase kab/kota yang mendapat predikat baik dalam pelaksanaan SPM sebesar 80%.
7. Meningkatnya daya guna kemitraan dalam dan luar negeri, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
 - a. Jumlah dunia usaha yang memanfaatkan CSR untuk program kesehatan sebesar 20%.
 - b. Jumlah organisasi kemasyarakatan yang memanfaatkan sumber dayanya untuk mendukung kesehatan sebanyak 15.

- c. Jumlah kesepakatan kerja sama luar negeri di bidang kesehatan yang diimplementasikan sebanyak 40.
8. Meningkatnya integrasi perencanaan, bimbingan teknis dan pemantauan-evaluasi, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
 - a. Jumlah provinsi yang memiliki rencana lima tahun dan anggaran kesehatan terintegrasi dari berbagai sumber sebanyak 34 provinsi.
 - b. Jumlah rekomendasi monitoring evaluasi terpadu sebanyak 100 rekomendasi.
9. Meningkatnya efektivitas penelitian dan pengembangan kesehatan, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
 - a. Jumlah hasil penelitian yang didaftarkan HKI sebanyak 35 buah.
 - c. Jumlah rekomendasi kebijakan berbasis penelitian dan pengembangan kesehatan yang diadvokasikan ke pengelola program kesehatan dan atau pemangku kepentingan sebanyak 120 rekomendasi.
 - d. Jumlah laporan Riset Kesehatan Nasional (Riskesnas) bidang kesehatan dan gizi masyarakat sebanyak 5 laporan.
10. Meningkatnya tata kelola pemerintahan yang baik dan bersih, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
 - a. Persentase satuan kerja yang dilakukan audit memiliki temuan kerugian negara $\leq 1\%$ sebesar 100%.
11. Meningkatnya kompetensi dan kinerja aparatur Kementerian Kesehatan, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
 - a. Meningkatnya persentase pejabat struktural di lingkungan Kementerian Kesehatan yang kompetensinya sesuai persyaratan jabatan sebesar 90%.
 - b. Meningkatnya persentase pegawai Kementerian Kesehatan dengan nilai kinerja minimal baik sebesar 94%.
12. Meningkatkan sistem informasi kesehatan integrasi, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
 - a. Meningkatnya persentase Kab/Kota yang melaporkan data kesehatan prioritas secara lengkap dan tepat waktu sebesar 80%.

Adapun Strategi pembangunan kesehatan 2015-2019 meliputi:

- a. Akselerasi Pemenuhan Akses Pelayanan Kesehatan Ibu, Anak, Remaja, dan Lanjut Usia yang Berkualitas.
- b. Mempercepat Perbaikan Gizi Masyarakat.
- c. Meningkatkan Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
- d. Meningkatkan Akses Pelayanan Kesehatan Dasar yang Berkualitas
- e. Meningkatkan Akses Pelayanan Kesehatan Rujukan yang Berkualitas
- f. Meningkatkan Ketersediaan, Keterjangkauan, Pemerataan, dan Kualitas Farmasi dan Alat Kesehatan
- g. Meningkatkan Pengawasan Obat dan Makanan
- h. Meningkatkan Ketersediaan, Penyebaran, dan Mutu Sumber Daya Manusia Kesehatan
- i. Meningkatkan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat
- j. Meningkatkan Manajemen, Penelitian Pengembangan dan Sistem Informasi
- k. Memantapkan Pelaksanaan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) Bidang Kesehatan
- l. Mengembangkan dan Meningkatkan Efektifitas Pembiayaan Kesehatan

Arah kebijakan dan strategi Kementerian Kesehatan didasarkan pada arah kebijakan dan strategi nasional sebagaimana tercantum di dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019. Untuk menjamin dan mendukung pelaksanaan berbagai upaya kesehatan yang efektif dan efisien maka yang dianggap prioritas dan mempunyai daya ungkit besar di dalam pencapaian hasil pembangunan kesehatan, dilakukan upaya secara terintegrasi dalam fokus dan lokus dan fokus kegiatan, kesehatan, pembangunan kesehatan.

Arah kebijakan Kementerian Kesehatan mengacu pada tiga hal penting yakni:

1. Penguatan Pelayanan Kesehatan Primer (*Primary Health Care*)
Puskesmas mempunyai fungsi sebagai pembina kesehatan wilayah melalui 4 jenis upaya yaitu:
 - a. Meningkatkan dan memberdayakan masyarakat.
 - b. Melaksanakan Upaya Kesehatan Masyarakat.
 - c. Melaksanakan Upaya Kesehatan Perorangan.
 - d. Memantau dan mendorong pembangunan berwawasan kesehatan.
2. Penerapan Pendekatan Keberlanjutan Pelayanan (*Continuum Of Care*).
Pendekatan ini dilaksanakan melalui peningkatan cakupan, mutu, dan keberlangsungan upaya pencegahan penyakit dan pelayanan kesehatan ibu, bayi, balita, remaja, usia kerja dan usia lanjut.
3. Intervensi Berbasis Risiko Kesehatan.
Program-program khusus untuk menangani permasalahan kesehatan pada bayi, balita dan lansia, ibu hamil, pengungsi, dan keluarga miskin, kelompok-kelompok berisiko, serta masyarakat di daerah terpencil, perbatasan, kepulauan, dan daerah bermasalah kesehatan.

Berdasarkan RPJMD Provinsi Sumatera Barat 2016-2021 beberapa Strategi Pembangunan Kesehatan yang dilaksanakan melalui :

- 1) Meningkatkan keterpaduan dalam pelayanan kesehatan masyarakat yang lebih merata
- 2) Meningkatkan pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan;
- 3) Meningkatkan akses layanan kesehatan dasar dan rujukan yang berkualitas;
- 4) Meningkatkan jumlah dan kualitas sumber daya kesehatan serta kefarmasian dan alat kesehatan
- 5) Meningkatkan Komitmen Pemerintah Daerah dalam peningkatan pembiayaan promotif dan preventif untuk layanan kesehatan;
- 6) Meningkatkan jaminan kesehatan masyarakat kurang mampu.

Dengan arah kebijakan yang dilaksanakan melalui :

- 1) Peningkatan layanan kesehatan dengan lebih menitikberatkan pada upaya promotif dan preventif dibandingkan dengan upaya kuratif ;
- 2) Pemberdayaan masyarakat dan peningkatan upaya promosi kesehatan;
- 3) Penguatan gerakan masyarakat, lembaga pemerintah dengan swasta dalam peningkatan upaya kesehatan masyarakat ;
- 4) Peningkatan pelayanan dasar dan rujukan yang berkualitas;
- 5) Peningkatan akreditasi rumah sakit daerah;
- 6) Peningkatan perbaikan gizi masyarakat ;
- 7) Peningkatan pelayanan kesehatan ibu dan anak ;
- 8) Peningkatan cakupan akses, keterjangkauan dan mutu pelayanan kesehatan ;
- 9) Peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan dan gizi dengan fokus utama pada 1000 hari kehidupan manusia ;
- 10) Peningkatan pencegahan dan pengendalian penyakit menular terutama HIV dan Tuberkulosis;
- 11) Peningkatan pemerataan dan kualitas kesehatan lingkungan ;
- 12) Peningkatan ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan dan kualitas farmasi dan alat kesehatan ;
- 13) Peningkatan jumlah dan kualitas sumber daya kesehatan yang memiliki kompetensi dan terstandarisasi ;
- 14) Peningkatan kualitas pelayanan dan rehabilitasi gangguan kesehatan kejiwaan ;
- 15) Peningkatan efektifitas pembiayaan kesehatan ;
- 16) Peningkatan ketidaktepatan sasaran pemberian jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin.

3.4. Telaah Rencana Tata Ruang dan Kajian Lingkungan Hidup Strategis

Tabel 3.1 Permasalahan Pelayanan OPD berdasarkan Analisis KLHS beserta Faktor Penghambat dan Pendorong Keberhasilan Penanganannya

No	Hasil KLHS terkait dengan tugas dan fungsi Dinas Kesehatan	Permasalahan Pelayanan OPD	Faktor	
			Penghambat	Pendorong
	1. Pemenuhan sarana dan prasarana untuk pembangunan gedung administrasi dan gedung pelayanan dasar dan rujukan 2. Peningkatan SPAL (Sarana Pembuangan Air Limbah) Puskesmas 3. Peningkatan sarana air bersih dan jamban keluarga 4. Pemantauan dan pengamatan terhadap perkembangan penyakit berbasis yang berkaitan dengan iklim/cuaca 5. Peningkatan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi).	1. Pembangunan kesehatan belum berwawasan lingkungan 2. Belum ada juknis tentang pembangunan berwawasan lingkungan 3. Masih belum maksimalnya kesatuan gerak dengan sektor lain dalam peningkatan lingkungan sehat	1. Belum maksimalnya Koordinasi dengan sektor terkait lingkungan 2. Kurangnya kompetensi sumber daya tenaga	1. Sasaran Renstra Kementerian Kesehatan adalah pembangunan berwawasan kesehatan 2. Banyak lintas sektor mempunyai tupoksi terkait lingkungan

3.5. Isu-Isu Strategis Bidang Kesehatan

3.5.1. Lingkungan Strategis Nasional dan Provinsi

1. **Perkembangan Penduduk.** Pertumbuhan penduduk Indonesia ditandai dengan adanya *window opportunity* di mana rasio ketergantungannya positif, yaitu jumlah penduduk usia produktif

lebih banyak dari pada yang usia non-produktif, yang puncaknya terjadi sekitar tahun 2030. Jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2015 adalah 256.461.700 orang. Dengan laju pertumbuhan sebesar 1,19% pertahun, maka jumlah penduduk pada tahun 2019 naik menjadi 268.074.600 orang.

Jumlah wanita usia subur akan meningkat dari tahun 2015 yang diperkirakan sebanyak 68,1 juta menjadi 71,2 juta pada tahun 2019. Dari jumlah tersebut, diperkirakan ada 5 juta ibu hamil setiap tahun. Angka ini merupakan estimasi jumlah persalinan dan jumlah bayi lahir, yang juga menjadi petunjuk beban pelayanan ANC, persalinan, dan neonatus/bayi. Penduduk usia kerja yang meningkat dari 120,3 juta pada tahun 2015 menjadi 127,3 juta pada tahun 2019. Penduduk berusia di atas 60 tahun meningkat, yang pada tahun 2015 sebesar 21.6 juta naik menjadi 25,9 juta pada tahun 2019. Jumlah lansia di Indonesia saat ini lebih besar dibanding penduduk benua Australia yakni sekitar 19 juta. Implikasi kenaikan penduduk lansia ini terhadap sistem kesehatan adalah (1) meningkatnya kebutuhan pelayanan sekunder dan tersier, (2) meningkatnya kebutuhan pelayanan *home care* dan (3) meningkatnya biaya kesehatan. Konsekuensi logisnya adalah pemerintah harus juga menyediakan fasilitas yang ramah lansia dan menyediakan fasilitas untuk kaum *disable* mengingat tingginya proporsi disabilitas pada kelompok umur ini.

Masalah penduduk miskin yang sulit berkurang akan masih menjadi masalah penting. Secara kuantitas jumlah penduduk miskin bertambah, dan ini menyebabkan permasalahan biaya yang harus ditanggung pemerintah bagi mereka. Tahun 2014 pemerintah harus memberikan uang premium jaminan kesehatan sebanyak 86,4 juta orang miskin dan mendekati miskin. Data BPS menunjukkan bahwa ternyata selama tahun 2013 telah terjadi kenaikan indeks kedalaman kemiskinan dari 1,75% menjadi 1,89% dan indeks keparahan kemiskinan dari 0,43% menjadi 0,48%. Hal ini berarti

tingkat kemiskinan penduduk Indonesia semakin parah, sebab semakin menjauhi garis kemiskinan, dan ketimpangan pengeluaran penduduk antara yang miskin dan yang tidak miskin pun semakin melebar.

Tingkat pendidikan penduduk merupakan salah satu indikator yang menentukan Indeks Pembangunan Manusia. Di samping kesehatan, pendidikan memegang porsi yang besar bagi terwujudnya kualitas SDM Indonesia. Namun demikian, walaupun rata-rata lama sekolah dari tahun ke tahun semakin meningkat, tetapi angka ini belum memenuhi tujuan program wajib belajar 9 tahun. Menurut perhitungan Susenas Triwulan I tahun 2013, rata-rata lama sekolah penduduk usia 15 tahun ke atas di Indonesia adalah 8,14 tahun. Keadaan tersebut erat kaitannya dengan Angka Partisipasi Sekolah (APS), yakni persentase jumlah murid sekolah di berbagai jenjang pendidikan terhadap penduduk kelompok usia sekolah yang sesuai.

2. **Disparitas Status Kesehatan.** Meskipun secara nasional kualitas kesehatan masyarakat telah meningkat, akan tetapi disparitas status kesehatan antar tingkat sosial ekonomi, antar kawasan, dan antar perkotaan-pedesaan masih cukup tinggi. Angka kematian bayi dan angka kematian balita pada golongan termiskin hampir empat kali lebih tinggi dari golongan terkaya. Selain itu, angka kematian bayi dan angka kematian ibu melahirkan lebih tinggi di daerah pedesaan, di kawasan timur Indonesia, serta pada penduduk dengan tingkat pendidikan rendah. Persentase anak balita yang berstatus gizi kurang dan buruk di daerah pedesaan lebih tinggi dibandingkan daerah perkotaan.
3. **Disparitas Status Kesehatan Antar Wilayah.** Beberapa data kesenjangan bidang kesehatan dapat dilihat pada hasil Riskesdas 2013. Proporsi bayi lahir pendek, terendah di Provinsi Bali (9,6%) dan tertinggi di Provinsi NTT (28,7%) atau tiga kali lipat dibandingkan yang terendah. Kesenjangan yang cukup memprihatinkan terlihat pada bentuk partisipasi masyarakat di

bidang kesehatan, antara lain adalah keteraturan penimbangan balita (penimbangan balita >4 kali ditimbang dalam 6 bulan terakhir). Keteraturan penimbangan balita terendah di Provinsi Sumatera Utara (hanya 12,5%) dan tertinggi 6 kali lipat di Provinsi DI Yogyakarta (79,0%). Ini menunjukkan kesenjangan aktivitas Posyandu antar provinsi yang lebar. Dibandingkan tahun 2007, kesenjangan ini lebih lebar, ini berarti selain aktivitas Posyandu makin menurun, variasi antar provinsi juga semakin lebar.

4. **Diberlakukannya Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).** Menurut peta jalan menuju Jaminan Kesehatan Nasional ditargetkan pada tahun 2019 semua penduduk Indonesia telah tercakup dalam JKN (*Universal Health Coverage* - UHC). Diberlakukannya JKN ini jelas menuntut dilakukannya peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan, baik pada fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun fasilitas kesehatan tingkat lanjutan, serta perbaikan sistem rujukan pelayanan kesehatan. Untuk mengendalikan beban anggaran negara yang diperlukan dalam JKN memerlukan dukungan dari upaya kesehatan masyarakat yang bersifat promotif dan preventif agar masyarakat tetap sehat dan tidak mudah jatuh sakit. Perkembangan kepesertaan JKN ternyata cukup baik. Sampai awal September 2014, jumlah peserta telah mencapai 127.763.851 orang (105,1% dari target). Penambahan peserta yang cepat ini tidak diimbangi dengan peningkatan jumlah fasilitas kesehatan, sehingga terjadi antrian panjang yang bila tidak segera diatasi, kualitas pelayanan bisa turun.
5. **Kesetaraan Gender.** Kualitas SDM perempuan harus tetap perlu ditingkatkan, terutama dalam hal: (1) perempuan akan menjadi mitra kerja aktif bagi laki-laki dalam mengatasi masalah-masalah sosial, ekonomi, dan politik; dan (2) perempuan turut mempengaruhi kualitas generasi penerus karena fungsi reproduksi perempuan berperan dalam mengembangkan SDM di masa mendatang. Indeks Pemberdayaan Gender (IPG) Indonesia telah meningkat dari 63,94

pada tahun 2004 menjadi 68,52 pada tahun 2012. Peningkatan IPG tersebut pada hakikatnya disebabkan oleh peningkatan dari beberapa indikator komponen IPG, yaitu kesehatan, pendidikan, dan kelayakan hidup.

6. **Berlakunya Undang-Undang Tentang Desa.** Pada bulan Januari 2014 telah disahkan UU Nomor 6 tahun 2014 tentang Desa. Sejak itu, maka setiap desa dari 77.548 desa yang ada, akan mendapat dana alokasi yang cukup besar setiap tahun. Dengan simulasi APBN 2015 misalnya, ke desa akan mengalir rata-rata Rp 1 Miliar. Kucuran dana sebesar ini akan sangat besar artinya bagi pemberdayaan masyarakat desa. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dan pengembangan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) akan lebih mungkin diupayakan di tingkat rumah tangga di desa, karena cukup tersedianya sarana-sarana yang menjadi faktor pemungkinnya (*enabling factors*).
7. **Menguatnya Peran Provinsi.** Dengan diberlakukannya UU Nomor 23 tahun 2014 sebagai pengganti UU Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, Provinsi selain berstatus sebagai daerah juga merupakan wilayah administratif yang menjadi wilayah kerja bagi gubernur sebagai wakil Pemerintah Pusat. Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang Kesehatan yang telah diatur oleh Menteri Kesehatan, maka UU Nomor 23 tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah yang baru ini telah memberikan peran yang cukup kuat bagi provinsi untuk mengendalikan daerah-daerah kabupaten dan kota di wilayahnya. Pengawasan pelaksanaan SPM bidang Kesehatan dapat diserahkan sepenuhnya kepada provinsi oleh Kementerian Kesehatan, karena provinsi telah diberi kewenangan untuk memberikan sanksi bagi Kabupaten/Kota berkaitan dengan pelaksanaan SPM.
8. **Berlakunya Peraturan Tentang Sistem Informasi Kesehatan.** Pada tahun 2014 juga diberlakukan Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 46 tentang Sistem Informasi Kesehatan (SIK). PP ini mensyaratkan agar

data kesehatan terbuka untuk diakses oleh unit kerja instansi Pemerintah dan Pemerintah Daerah yang mengelola SIK sesuai dengan kewenangan masing-masing.

Sedangkan isu strategis di Bidang Kesehatan di Tingkat Provinsi Sumatera Barat dalam Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat adalah :

1. Masih tingginya Kematian Bayi
2. Masih tingginya Kematian Ibu
3. Masih tingginya prevalensi balita gizi kurang dan *stunting*
4. Masih tingginya penyakit menular dan tidak menular
5. Masih tingginya permasalahan kesehatan akibat bencana
6. Belum optimalnya dukungan manajemen
7. Masih rendahnya akses sanitasi dasar
8. Belum optimalnya pemenuhan Sumber Daya kesehatan
9. Masih rendahnya Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
10. Masih tingginya kasus gangguan jiwa
11. Kurang tersedianya data dan informasi yang memadai sesuai kebutuhan dan tepat waktu
12. Masih belum optimalnya mutu Unit Pelayanan Teknis Dinas (UPTD)

3.5.2. Lingkungan Strategis Regional

Saat mulai berlakunya Masyarakat Ekonomi ASEAN (MEA) secara efektif pada tanggal 1 Januari 2016. Pemberlakuan ASEAN *Community* yang mencakup total populasi lebih dari 560 juta jiwa, akan memberikan peluang (akses pasar) sekaligus tantangan tersendiri bagi Indonesia. Implementasi ASEAN *Economic Community*, yang mencakup liberalisasi perdagangan barang dan jasa serta investasi sektor kesehatan. Perlu dilakukan upaya meningkatkan daya saing (*competitiveness*) dari fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan dalam negeri. Pembenahan fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan yang ada, baik dari segi sumber daya manusia,

peralatan, sarana dan prasarananya, maupun dari segi manajemennya perlu digalakkan. Akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan (Rumah Sakit, Puskesmas, dan lain-lain) harus dilakukan secara serius, terencana, dan dalam tempo yang tidak terlalu lama.

Hal ini berkaitan dengan perjanjian pengakuan bersama (*Mutual Recognition Agreement - MRA*) tentang jenis-jenis profesi yang menjadi cakupan dari mobilitas. Dalam MRA tersebut, selain insinyur, akuntan, dan lain-lain, juga tercakup tenaga medis/dokter, dokter gigi, dan perawat. Tidak tertutup kemungkinan di masa mendatang, akan dicakupi pula jenis-jenis tenaga kesehatan lain.

Betapa pun, daya saing tenaga kesehatan dalam negeri juga harus ditingkatkan. Institusi-institusi pendidikan tenaga kesehatan harus ditingkatkan kualitasnya melalui pembenahan dan akreditasi.

3.5.3. **Lingkungan Strategis Global**

Dengan akan berakhirnya agenda *Millennium Development Goals* (MDGs) pada tahun 2015, banyak negara mengakui keberhasilan dari MDGs sebagai pendorong tindakan-tindakan untuk mengurangi kemiskinan dan meningkatkan pembangunan masyarakat. Khususnya dalam bentuk dukungan politik. Kelanjutan program ini disebut *Sustainable Development Goals (SDGs)*, yang meliputi 17 *goals*. Dalam bidang kesehatan fakta menunjukkan bahwa individu yang sehat memiliki kemampuan fisik dan daya pikir yang lebih kuat, sehingga dapat berkontribusi secara produktif dalam pembangunan masyarakatnya.

Aksesinya Konvensi Kerangka Kerja Pengendalian Tembakau. *Framework Convention on Tobacco Control* (FCTC) merupakan respon global yang paling kuat terhadap tembakau dan produk tembakau (rokok), yang merupakan penyebab berbagai penyakit fatal. Sampai saat ini telah ada sebanyak 179 negara di dunia yang meratifikasi FCTC tersebut. Indonesia merupakan salah satu negara penggagas dan bahkan turut merumuskan FCTC. Akan tetapi sampai kini justru Indonesia belum mengaksesinya. Sudah banyak desakan dari berbagai pihak kepada Pemerintah untuk

segera mengaksesi FCTC. Selain alasan manfaatnya bagi kesehatan masyarakat, juga demi menjaga nama baik Indonesia di mata dunia.

Liberalisasi perdagangan barang dan jasa dalam konteks WTO - Khususnya *General Agreement on Trade in Service, Trade Related Aspects on Intellectual Property Rights* serta *Genetic Resources, Traditional Knowledge and Folklores* (GRTKF) merupakan bentuk-bentuk komitmen global yang juga perlu disikapi dengan penuh kehati-hatian.

Prioritas yang dilakukan adalah mempercepat penyelesaian MoU ke arah perjanjian yang *operasional* sifatnya, sehingga hasil kerjasama antar negara tersebut bisa dirasakan segera.

Berdasarkan isu strategis nasional, regional, internasional dan global, maka dapat dijabarkan isu-isu strategis pembangunan bidang kesehatan untuk kabupaten yaitu :

- 1) Pelayanan kesehatan ibu dan anak yang sesuai standar belum terlaksana dengan baik.
- 2) Belum teratasinya permasalahan gizi secara menyeluruh.
- 3) Masih tingginya angka kesakitan dan kematian akibat penyakit menular .
- 4) Mulai tingginya angka kesakitan akibat penyakit tidak menular.
- 5) Belum terlindunginya masyarakat secara maksimal terhadap beban pembiayaan kesehatan.
- 6) Belum terpenuhinya jumlah, jenis, kualitas, serta penyebaran sumberdaya manusia kesehatan, dan belum optimalnya dukungan kerangka regulasi ketenagaan kesehatan
- 7) Belum optimalnya ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan obat esensial, penggunaan obat yang tidak rasional, dan penyelenggaraan pelayanan kefarmasian yang berkualitas.
- 8) Masih terbatasnya kemampuan manajemen dan informasi kesehatan, meliputi penyediaan data dan informasi yang cepat, tepat dan akurat serta operasional, pengelolaan administrasi dan hukum kesehatan.

- 9) Permasalahan manajerial dalam sinkronisasi perencanaan kebijakan, program, dan anggaran serta masih terbatasnya koordinasi dan integrasi lintas sector.
- 10) Disparitas antar wilayah, golongan ekonomi, dan tertinggal-tidak tertinggal masih terjadi dan belum terjadi perbaikan secara signifikan. Perlu pendekatan pembangunan sesuai kondisi wilayah.
- 11) Pemberdayaan masyarakat dalam pembangunan kesehatan belum dilakukan secara optimal.
- 12) Belum tersedianya biaya operasional yang memadai di puskesmas.
- 13) Dukungan manajemen dalam peningkatan pelayanan kesehatan, yang termasuk di dalamnya adalah *good governance*, desentralisasi bidang kesehatan, dan struktur organisasi yang efektif dan efisien.



TUJUAN DAN SASARAN

4.1. Tujuan dan Sasaran Jangka Menengah Dinas Kesehatan

Sesuai dengan Visi Bupati dan Wakil Bupati terpilih, maka visi pembangunan daerah jangka menengah Kabupaten Lima Puluh Kota Tahun 2016-2021 yaitu **“MEWUJUDKAN KABUPATEN LIMA PULUH**

KOTA SEJAHTERA DAN DINAMIS “YANG MANTAP” BERLANDASKAN IMAN DAN TAQWA “sebagaimana diamanatkan dalam Peraturan Daerah Nomor 06 Tahun 2016 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Kabupaten Lima Puluh Kota Tahun 2016-2021.

Pada Visi Kabupaten Lima Puluh Kota terdapat 4 (empat) kata kunci yaitu Sejahtera, Dinamis, “Mantap”, serta Iman dan Taqwa.

Sejahtera, adalah merupakan refleksi dari berkurangnya masyarakat miskin, meningkatnya pendapatan dan daya beli masyarakat, meningkatnya kualitas hidup dan lingkungan, serta terpenuhinya sarana dan prasarana pendidikan, kesehatan, dan ekonomi.

Dinamis, adalah gambaran suatu sikap yang responsif terhadap perubahan dan pembaharuan.

Mantap, adalah akronim dari Maju, Amanah, Bermartabat, dan Berpendidikan yang merupakan satu kesatuan kalimat yang menggambarkan sikap pemerintah daerah dalam penyelenggaraan pemerintahan yang mandiri, terbuka, bisa dipercaya, dan punya harga diri dengan nilai-nilai keterpelajaran.

Iman dan Taqwa, merupakan persyaratan mutlak untuk dapat terwujudnya kehidupan agamis, serta untuk menjadikan masyarakat yang saleh dan taat pada tuntunan ajaran agama yang diyakini.

Upaya untuk mewujudkan visi menjadi daerah yang sejahtera dan dinamis yang “mantap” berlandaskan iman dan taqwa yang telah dirumuskan diatas adalah melalui 6 Misi Pembangunan Daerah sebagai berikut:

1. Meningkatkan kualitas kehidupan beragama, beradat dan berbudaya.
2. Meningkatkan taraf hidup masyarakat melalui revitalisasi perekonomian dan reformasi kelembagaan berbasis masyarakat dengan pemanfaatan potensi daerah.
3. Meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Meningkatkan tata kelola pemerintahan dan kualitas pelayanan publik.
5. Memperkuat kelembagaan nagari untuk melaksanakan

pembangunan berbasis jorong.

6. Meningkatkan infrastruktur untuk percepatan pembangunan dan daerahbasis perjuangan.

Dinas Kesehatan melaksanakan Misi 3 yaitu meningkatkan kualitas sumber daya manusia dengan tujuan terwujudnya pelayanan kesehatan bermutu dan terjangkau. Indikator Kinerja Utama Kepala Daerah Kabupaten Lima Puluh Kota adalah Meningkatnya Derajat Kesehatan Masyarakat dengan Indikator Kinerja Meningkatnya usia harapan hidup masyarakat Kabupaten Lima Puluh Kota.

Tabel 4.1

Hubungan antara Visi, Misi, Tujuan dan Sasaran dalam RPJMD 2016-2021

VISI	MISI	IKU	Indikator Kinerja
Mewujudkan Kabupaten Lima Puluh Kota Sejahtera dan Dinamis yang “Mantap” Berlandaskan Iman dan Taqwa.	Misi 3: Meningkatkan kualitas sumber daya manusia	Meningkatnya Derajat Kesehatan Masyarakat	Meningkatnya Usia Harapan Hidup

4.1.1. Tujuan

Tujuan dan sasaran Dinas Kesehatan yang hendak dicapai dalam kurun waktu 5 tahun kedepan mengacu kepada pernyataan visi dan misi serta didasarkan pada isu-isu analisis strategis yang tertuang dalam RPJMD Kabupaten Lima Puluh Kota. Tujuan dan sasaran adalah perumusan sasaran yang selanjutnya akan menjadi dasar penyusunan kinerja selama lima tahun. Tujuan yang akan dicapai Dinas Kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.
2. Meningkatkan pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan.
3. Meningkatkan kuantitas dan kualitas Sumber Daya Kesehatan.
4. Meningkatkan tertib administrasi perkantoran, dan pengelolaan aset.

4.1.2. Sasaran

Sasaran adalah hasil yang diharapkan dari suatu tujuan dan menggambarkan hal-hal yang ingin dicapai, diformulasikan secara terukur, spesifik, mudah dicapai melalui tindakan-tindakan yang akan dilakukan secara operasional. Berdasarkan hal tersebut, maka Dinas Kesehatan menetapkan sasaran sebagai berikut:

1. Dalam mewujudkan tujuan pertama “Meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat”, maka ditetapkan sasaran sebagai berikut:
 - a. Meningkatnya Upaya Kesehatan Ibu dengan indikator sasarannya adalah persentase kasus kematian ibu saat melahirkan $\leq 0.027\%$ pada tahun 2021.
 - b. Meningkatnya Upaya Kesehatan Bayi dan Anak Balita dengan indikator sasarannya adalah persentase kematian balita 0.21% pada tahun 2021.
 - c. Meningkatnya pelayanan kesehatan pada masyarakat dengan indikator sasarannya Visite Rate sebesar 1.40 pada tahun 2021.
2. Dalam mewujudkan tujuan kedua “Meningkatkan pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan”, maka ditetapkan sasaran adalah
 - a. Menurunnya angka kesakitan dengan indikator sasaran adalah Prevalensi Kejadian Penyakit 0.21 pada tahun 2021.
3. Dalam mewujudkan tujuan ketiga “Meningkatkan kuantitas dan kualitas Sumber Daya Kesehatan”, maka ditetapkan sasaran :
 - a. Terpenuhinya sumberdaya kesehatan dengan indikator sasaran adalah persentase puskesmas memiliki sumberdaya sesuai standar menjadi 80% pada tahun 2021.
4. Dalam mewujudkan tujuan ke-empat “Meningkatkan tertib administrasi perkantoran, dan pengelolaan aset”, maka ditetapkan sasaran sebagai berikut :
 - a. Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja dan Keuangan Dinas Kesehatan dengan indikator sasaran:

- 1) Persentase Temuan Pengelolaan Anggaran dan Aset oleh BPK/ Inspektorat yg ditindaklanjuti menjadi 100% pada tahun 2021
- 2) Kategori Hasil evaluasi LAKIP Dinas Kesehatan oleh Inspektorat menjadi A pada tahun 2021

Tabel 4.2
Tujuan dan Sasaran Jangka Menengah Pelayanan Dinas Kesehatan

NO	TUJUAN	SASARAN	INDIKATOR TUJUAN/ SASARAN	TARGET KINERJA TUJUAN/ SASARAN PADA TAHUN KE-					
				2016	2017	2018	2019	2020	2021
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
1	Meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat	Meningkatnya Upaya Kesehatan Ibu	Persentase kasus kematian ibu saat melahirkan	0,03%	0.03%	0.030%	0.029%	0.028%	0.027%
		Meningkatnya Upaya Kesehatan Bayi dan Anak Balita	Persentase kematian balita	0,26%	0,25%	0,24%	0,23%	0,22%	0,21%
		Meningkatnya pelayanan kesehatan pada masyarakat	Visite Rate	2.18	2.20	2,25	2.30	2.35	2,40
2	Meningkatkan pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan	Menurunnya angka kesakitan	Prevalensi Kejadian Penyakit	17%	16%	15%	14%	13%	12%
3	Meningkatkan kuantitas dan kualitas Sumber Daya Kesehatan	Terpenuhinya sumber daya kesehatan	Persentase Puskesmas memiliki sumber daya sesuai standar	40%	50%	55%	60%	70%	80%
4	Meningkatkan tertib administrasi perkantoran, dan pengelolaan aset.	Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja dan Keuangan Dinas Kesehatan	Persentase Temuan Pengelolaan Anggaran dan Aset oleh BPK/ Inspektorat yg ditindaklanjuti	100%	100%	100%	100%	100%	100%
			Kategori Hasil Evaluasi SAKIP Dinas Kesehatan Oleh Inspektorat	70	70	75	80	85	85



STRATEGI DAN ARAH KEBIJAKAN

5.1. Strategi dan Arah Kebijakan

Strategi merupakan langkah-langkah yang berisi program- program indikatif untuk mewujudkan visi dan misi. Strategi adalah salah satu rujukan penting dalam perencanaan pembangunan daerah (*strategy focussed-management*). Rumusan strategi tersebut berupa pernyataan yang menjelaskan bagaimana tujuan dan sasaran akan dicapai yang selanjutnya diperjelas dengan serangkaian arah kebijakan.

Strategi dan arah kebijakan pembangunan kesehatan merupakan rumusan perencanaan komperhensif mengacu kepada bagaimana Pemerintah Daerah mencapai tujuan dan sasaran RPJMD dengan efektif dan efisien selama 5 (lima) tahun ke depan.

Visi dan Misi yang telah dirumuskan dan dijelaskan tujuan serta sasarannya, perlu dipertegas tentang upaya atau cara untuk mencapai tujuan dan sasaran misi tersebut melalui strategi yang dipilih, serta arah kebijakan dari setiap strategi terpilih.

Strategi dan arah kebijakan Dinas Kesehatan mengacu kepada strategi RPJMD Pemerintah Kabupaten Lima Puluh yang tertuang dalam Misi 3 yaitu **Meningkatkan kualitas sumber daya manusia** yang secara rinci dijabarkan dalam strategi Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota sebagai berikut:

Tabel 5.1
Tujuan, Sasaran, Strategi dan Kebijakan

VISI : Mewujudkan Kabupaten Lima Puluh Kota Sejahtera dan Dinamis Yang "Mantap" Berlandaskan Iman dan Taqwa				
MISI 3 : Meningkatkan kualitas sumber daya manusia				
Tujuan	Sasaran	Strategi	Arah Kebijakan	
Meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat	Meningkatnya Upaya Kesehatan Ibu	Meningkatkan pelayanan kesehatan ibu.	Peningkatan akses pelayanan kesehatan dan gizi bagi remaja putri, ibu hamil dan ibu menyusui	
	Meningkatnya Upaya Kesehatan Bayi dan Anak Balita	Meningkatkan pelayanan kesehatan bayi dan Anak balita	Peningkatan akses pelayanan kesehatan dan gizi bagi balita.	
	Meningkatnya pelayanan kesehatan pada masyarakat		Meningkatkan akses pelayanan kesehatan bagi penduduk, terutama penduduk miskin	Pembayaran iuran jaminan kesehatan (JKN) penduduk miskin non PBI dan kelompok tertentu
			Menerapkan standar mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan	Pelaksanaan akreditasi puskesmas/ RS dan pemantauan implementasinya secara berkala
Meningkatkan pencegahan dan pengendalian penyakit serta penyehatan lingkungan	Menurunnya angka kesakitan	Mengembangkan jejaring kemitraan dengan elemen masyarakat, pemerintah dan swasta	Peningkatan peran serta dan pemahaman masyarakat tentang PHBS, pengawasan kualitas lingkungan serta pengembangan wilayah sehat	

Tujuan	Sasaran	Strategi	Arah Kebijakan
		Peningkatan Pencegahan dan Pengendalian penyakit menular dan tidak menular	Meningkatkan pencegahan dan pengendalian penyakit menular dan tidak menular
Meningkatkan kuantitas dan kualitas Sumber Daya Kesehatan	Terpenuhinya sumber daya kesehatan	Pemenuhan kebutuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan sesuai standar dan perkembangan teknologi dibidang kesehatan	Pengadaan, Peningkatan dan Perbaikan Sarana, Prasarana Puskesmas dan RS
		Meningkatkan kualitas Sumber Daya Manusia Kesehatan	Peningkatan mutu SDM Kesehatan melalui sertifikasi, akreditasi dan pendidikan pelatihan
Meningkatkan tertib administrasi perkantoran, dan pengelolaan aset.	Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja dan Keuangan Dinas Kesehatan	Pengawasan dan pengendalian pengelolaan administrasi barang/asset daerah	Pencatatan dan Pelaporan barang/aset daerah melalui SIMDA Barang
		Peningkatan capaian kinerja pelayanan kesehatan sesuai target yang ditentukan	Meningkatkan akuntabilitas kinerja Dinas Kesehatan

6.1. Rencana Program dan Kegiatan, Indikator Kinerja, Kelompok Sasaran, dan Pendanaan Indikatif.

Untuk mencapai Visi yang telah ditetapkan, maka Dinas Kesehatan kabupaten Lima Puluh Kota membagi kegiatan dalam beberapa kelompok sehingga dalam memberikan pelayanan dapat terarah. Program dan kegiatan tersebut yaitu :

1. Program Obat dan Perbekalan Kesehatan.

- 1) Pengadaan Obat dan Perbekalan Kesehatan
- 2) Peningkatan Pemerataan Obat dan Perbekalan Kesehatan
- 3) Peningkatan Mutu Penggunaan Obat dan Perbekalan Kesehatan
- 4) Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan
- 5) Distribusi Obat dan e-Logistik

2. Program Upaya Kesehatan Masyarakat

- 1) Pemeliharaan dan Pemulihan Kesehatan
- 2) Peningkatan Kesehatan Masyarakat
- 3) Penyediaan Biaya Operasional dan Pemeliharaan
- 4) Penyediaan jasa pelayanan dan biaya operasional kesehatan FKTP
- 5) Penyusunan Akreditasi Puskesmas
- 6) Penyediaan Dukungan Bantuan Operasional (22 Puskesmas)
- 7) Manajemen BOK
- 8) BOK Kesehatan
- 9) Peningkatan Pelayanan dan penanggulangan Masalah Kesehatan
- 10) Pengendalian Penyakit Tidak Menular
- 11) Penanggulangan Gangguan Indera dan Fungsional
- 12) Pembinaan Pelayanan Kesehatan Jiwa dan Napza
- 13) Penanggulangan Krisis Kesehatan
- 14) Upaya Kesehatan Kerja dan Olahraga
- 15) Upaya Kesehatan Tradisional dan Komplementer
- 16) Upaya Kesehatan Rujukan

3. Program Pengawasan Obat dan Makanan

- 1) Peningkatan Pemberdayaan Konsumen/Masyarakat di Bidang Obat dan Makanan
- 2) Peningkatan Pengawasan Keamanan Pangan dan Bahan Berbahaya

3) Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan

4. Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

- 1) Pengembangan Media Promosi dan Informasi Sadar Hidup Sehat
- 2) Penyuluhan Masyarakat Pola Hidup Sehat
- 3) Peningkatan Pendidikan Tenaga Penyuluh Kesehatan
- 4) Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan
- 5) Pengembangan Nagari Siaga

5. Program Perbaikan Gizi Masyarakat

- 1) Penyusunan Peta Informasi Masyarakat Kurang Gizi
- 2) Pemberian Tambahan Makanan dan Vitamin
- 3) Penanggulangan Kurang Energi Protein (KEP), Anemia Gizi Besi, Gangguan Akibat Kurang Yodium (GAKY), Kurang Vitamin A dan Kekurangan Zat Gizi Mikro Lainnya
- 4) Pemberdayaan Masyarakat untuk Pencapaian Keluarga Sadar Gizi
- 5) Peningkatan Gizi Lebih
- 6) Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan

6. Program Pengembangan Lingkungan Sehat

- 1) Pengkajian Pengembangan Lingkungan Sehat
- 2) Penyuluhan Menciptakan Lingkungan Sehat
- 3) Sosialisasi Kebijakan Lingkungan Sehat
- 4) Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan

7. Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular

- 1) Penyemprotan/Fogging Sarang Nyamuk
- 2) Pelayanan Vaksinasi bagi Balita dan Anak Sekolah
- 3) Pelayanan Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular
- 4) Peningkatan Imunisasi
- 5) Peningkatan Surveillance Epidemiologi dan Penanggulangan Wabah
- 6) Peningkatan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (Kie) Pencegahan dan Pemberantasan
- 7) Komisi Penanggulangan AIDS
- 8) Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan

8. Program Standarisasi Pelayanan Kesehatan

- 1) Penyusunan Standar Pelayanan Kesehatan
- 2) Evaluasi dan Pengembangan Standar Pelayanan Kesehatan
- 3) Pembangunan dan Pemutakhiran Data Dasar Standar Pelayanan Kesehatan
- 4) Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan
- 5) Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan

9. Program Pengadaan, Peningkatan dan Perbaikan Sarana dan Prasarana Puskesmas/Puskesmas Pembantu dan Jaringannya

- 1) Pembangunan Puskesmas
- 2) Pembangunan Puskesmas Pembantu
- 3) Pengadaan Puskesmas Keliling
- 4) Pengadaan Sarana dan Prasarana Puskesmas
- 5) Pengadaan Sarana dan Prasarana Puskesmas Pembantu
- 6) Pemeliharaan Rutin/Berkala Sarana dan Prasarana Puskesmas
- 7) Pemeliharaan Rutin/Berkala Sarana dan Prasarana Puskesmas Pembantu
- 8) Pemeliharaan Rutin/Berkala Sarana dan Prasarana Puskesmas Keliling
- 9) Rehabilitasi Sedang/Berat Puskesmas Pembantu
- 10) Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan

10. Program Kemitraan Peningkatan Pelayanan Kesehatan

- 1) Kemitraan Asuransi Kesehatan Masyarakat
- 2) Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan

11. Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Anak Balita

- 1) Penyuluhan Kesehatan Anak Balita
- 2) Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan

12. Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Lansia

- 1) Pelayanan Pemeliharaan Kesehatan
- 2) Pelayanan Kesehatan
- 3) Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan

13. Program Pengawasan dan Pengendalian Kesehatan Makanan

- 1) Pengawasan dan Pengendalian Keamanan dan Kesehatan Makanan Hasil Produksi Rumah Tangga
- 2) Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan

14. Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak

- 1) Pembinaan pelayanan ibu dan reproduksi
- 2) Jaminan Persalinan
- 3) Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan

15. Program Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan BLUD

- 1) Pengembangan dan peningkatan pelayanan BLUD Puskesmas

16. Program Pelayanan Administrasi Perkantoran

- 1) Penyediaan jasa surat menyurat
- 2) Penyediaan jasa komunikasi, sumber daya air dan listrik
- 3) Penyediaan jasa pemeliharaan dan perizinan kendaraan dinas/operasional
- 4) Penyediaan jasa administrasi keuangan
- 5) Penyediaan jasa kebersihan kantor
- 6) Penyediaan Alat Tulis Kantor
- 7) Penyediaan barang cetakan dan penggandaan
- 8) Penyediaan komponen instalasi listrik/penerangan bangunan kantor
- 9) Penyediaan bahan bacaan dan peraturan perundang-undangan
- 10) Penyediaan makanan dan minuman
- 11) Rapat-rapat kordinasi dan konsultasi ke luar daerah

17. Program Peningkatan Sarana dan Prasarana Aparatur

- 1) Pembangunan Gedung Kantor
- 2) Pengadaan Kendaraan Dinas / Operasional
- 3) Pengadaan Peralatan Gedung Kantor
- 4) Pengadaan Mebeleur
- 5) Pemeliharaan rutin/berkala kendaraan dinas/operasional
- 6) Pemeliharaan rutin/berkala peralatan gedung kantor

18. Program Peningkatan Disiplin Aparatur

- 1) Pengadaan Pakaian Dinas Beserta Perlengkapannya

19. Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Aparatur

- 1) Pendidikan dan pelatihan formal
- 2) Sosialisasi Peraturan Perundang-undangan
- 3) Bimbingan Teknis Implementasi Peraturan Perundang-undangan

20. Program Peningkatan Pengembangan Sistem Pelaporan Capaian Kinerja dan Keuangan

- 1) Penyusunan laporan capaian kinerja dan ikhtisar realisasi kinerja SKPD
- 2) Penyusunan Pelaporan Keuangan Akhir Tahun

Adapun Rencana program, Kegiatan, Indikator Kinerja, Kelompok Sasaran, dan Pendanaan Indikatif yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten tahun 2016 – 2021 dapat dilihat dalam tabel VI.1 berikut ini :



KINERJA PENYELENGGARAAN BIDANG KESEHATAN

7.1. Indikator Kinerja Dinas Kesehatan Yang Mengacu Pada Tujuan Dan Sasaran RPJMD

Kinerja instansi adalah ukuran kuantitatif dan/atau kualitatif yang menggambarkan tingkat pencapaian suatu sasaran atau tujuan yang ditetapkan organisasi. Kinerja instansi pemerintahan adalah gambaran mengenai tingkat pencapaian sasaran ataupun tujuan instansi pemerintahan sebagai penjabaran dari visi, misi, dan strategi instansi pemerintah yang mengindikasikan tingkat keberhasilan dan kegagalan pelaksanaan kegiatan-kegiatan sesuai dengan program dan kebijakan yang ditetapkan. Setiap instansi pemerintah wajib menetapkan indikator kinerja utama di lingkungan masing-masing (Permenpan No. PER.20/M.PAN/II/2000 tentang Petunjuk Penyusunan Indikator Kinerja Utama)

Indikator harus memenuhi karakteristik indikator kinerja yang baik dan cukup memadai guna pengukuran kinerja unit organisasi bersangkutan yaitu :

- a. Spesifik, indikator kinerja harus sesuai dengan program dan atau kegiatan sehingga mudah dipahami dalam memberikan informasi yang tepat tentang hasil atau capaian kinerja dari kegiatan dan atau sasaran.
- b. Dapat dicapai, indikator kinerja yang ditetapkan harus menantang namun bukan hal yang mustahil untuk dicapai dan dalam kendali instansi pemerintah.
- c. Relevan, suatu indikator kinerja harus dapat mengukur sedekat mungkin dengan hasil yang akan diukur
- d. Menggambarkan keberhasilan sesuatu yang diukur, indikator yang baik merupakan ukuran dari suatu keberhasilan. Harus terdapat kesepakatan tentang interpretasi terhadap hasil yang akan digunakan sebagai ukuran.
- e. Dapat dikuantifikasi dan diukur, indikator dalam angka (jumlah atau persentase nilai, tonase, dsb) atau dapat diukur untuk dapat ditentukan kapan dapat dicapai.

Pada era reformasi dan desentralisasi, keterbukaan publik terhadap pelayanan kesehatan merupakan suatu tuntutan yang harus dipenuhi oleh Dinas Kesehatan penyelenggara pelayanan kesehatan. Dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan di Kabupaten Limapuluh Kota, Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota harus berkontribusi secara langsung dalam rangka mendukung pencapaian tujuan dan sasaran Rencana Pembangunan Jangka

Menengah Daerah (RPJMD) yang ditunjukkan dengan Indikator kinerja Dinas Kesehatan yang Mengacu pada Tujuan dan sasaran RPJMD

Berikut ditampilkan indikator kinerja Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota yang secara langsung menunjukkan kinerja yang akan dicapai dalam lima tahun mendatang sebagai komitmen untuk mendukung pencapaian tujuan dan sasaran RPJMD Tahun 2016 - 2021

Tabel 7.1
Indikator Kinerja Perangkat Daerah yang Mengacu Pada Tujuan dan Sasaran RPJMD

No	Indikator	Kondisi Kinerja Pada Awal Periode RPJMD	Target Capaian Setiap Tahun						Kondisi Kinerja Pada Akhir Periode RPJMD
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
1	Persentase kasus kematian ibu saat melahirkan	0,03%	0,03%	0.03%	0.03%	0.029%	0.028%	0.027%	0.027%
2	Persentase kematian balita		0,26%	0,25%	0,24%	0,23%	0,22%	0,21%	0,21%
3	Visite Rate		1,10	1,20	1,25	1,30	1,35	1,40	1,40
4	Prevalensi Kejadian Penyakit		17%	16%	15%	14%	13%	12%	12%
5	Persentase Puskesmas memiliki sumber daya sesuai standar		40%	50%	55%	60%	70%	80%	80%
6	Persentase Temuan Pengelolaan Anggaran dan Aset oleh BPK/ Inspektorat yg ditindaklanjuti		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7	Kategori hasil evaluasi SAKIP Dinas Kesehatan oleh Inspektorat	CC	70	70	75	80	85	85	85



PENUTUP

Dengan direvisinya Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota tahun 2016-2021, maka revisi ini merupakan acuan dan pedoman dalam penyusunan perencanaan dan pelaksanaan program-program dan kegiatan pembangunan kesehatan tahunan selama sisa waktu tersisa dalam periode 2016-2021.

Rencana Strategis ini dapat digunakan untuk melakukan penilaian/monitoring program pembangunan bidang kesehatan di Kabupaten Lima Puluh Kota, dimana untuk mencapai Visi dan Misi dibidang kesehatan maka telah ditetapkan Tujuan dan Sasaran, Strategi dan Kebijakan, Rencana Program, Kegiatan, Indikator Kinerja, dan Pendanaan Indikatif dibidang kesehatan.

Keberhasilan pelaksanaan program dan kegiatan dibidang kesehatan sangat tergantung pada komitmen serta kesungguhan para penyelenggaranya dalam melaksanakan program dan kegiatan-kegiatan dalam pembangunan kesehatan dan ketersediaan penganggaran yang akan mendukung realisasi pelaksanaan program dan kegiatan, jika tidak tersedia anggaran yang mencukupi maka perlu diupayakan upaya efisiensi dan efektifitas pelaksanaan program dan kegiatan secara terintegrasi dan terkoordinasi dengan lintas program maupun lintas sektor terkait sehingga upaya pencapaian tujuan dapat diwujudkan.

Dengan adanya Rencana Strategis ini maka seluruh bidang terkait dapat melaksanakan program dan kegiatan yang sudah direncanakan dengan melakukan perencanaan persiapan kegiatan, pelaksanaan sesuai rencana yang sudah ditetapkan, melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan program secara tepat untuk dapat mengontrol ketercapaian tujuan dan sasaran yang sudah ditetapkan.

Rencana Strategis ini tentu masih terdapat kekurangan, saran terhadap upaya perbaikan akan sangat dibutuhkan agar upaya pencapaian tujuan pembangunan di bidang kesehatan akan dapat diwujudkan.

Payakumbuh, Desember 2018
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Lima Puluh Kota

dr. Hj. Tien Septino, M.Kes.
NIP. 19630910 199101 2 001