

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan salah satu unsur yang sangat penting dalam mencapai mutu kehidupan untuk pembangunan nasional dan mewujudkan manusia Indonesia seutuhnya. Pembangunan kesehatan bertujuan untuk memberikan kesempatan seluas-luasnya bagi masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan optimal.

Dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat hal yang perlu dilakukan diantaranya yaitu dengan menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan adalah upaya yang diselenggarakan secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatnya kesehatan perorangan, keluarga, kelompok atau masyarakat yang diwujudkan antara lain dengan membangun puskesmas di seluruh Indonesia.

Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) adalah salah satu sarana pelayanan kesehatan masyarakat yang sangat penting di Indonesia dan merupakan unit pelaksana teknis dinas kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di satu wilayah kerja.

Pembangunan harus berwawasan kesehatan yang mengandung makna bahwa setiap pembangunan harus mempunyai kontribusi terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat, baik secara langsung maupun tidak langsung.

Visi Pembangunan Kesehatan Kabupaten Garut yaitu terwujudnya pembangunan kesehatan menuju masyarakat yang bermartabat, nyaman dan sejahtera.

Profil Kesehatan Kabupaten Garut memuat berbagai data kesehatan antara lain : mortalitas dan morbiditas serta status gizi juga data pendukung lain berhubungan dengan masalah-masalah kesehatan, seperti : data kependudukan, tingkat pendidikan serta gambaran sosial

ekonomi. Data-data tersebut dianalisis lebih lanjut dan dipresentasikan dalam bentuk tabel maupun grafik.

## 1.2 Tujuan

Tujuan disusunnya Profil Kesehatan Kabupaten Garut tahun 2016 adalah untuk memberikan gambaran mengenai berbagai aspek dalam bidang kesehatan dan sebagai sarana evaluasi pencapaian pembangunan kesehatan tahun 2016 sehingga dapat dijadikan sebagai bahan perencanaan program pembangunan kesehatan yang lebih efektif dan efisien untuk menunjang meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Kabupaten Garut selanjutnya.

## 1.3 Sistematika Penyajian

Dasar penyusunan Profil Kesehatan Kabupaten Garut tahun 2016 adalah gambaran situasi kesehatan di Kabupaten Garut yang diterbitkan satu kali dalam satu tahun. Penyusunannya berlandaskan pada beberapa peraturan perundang-undangan yaitu sebagai berikut:

- Undang-Undang Nomor. 22 Tahun 1999 Tentang Pemerintahan Daerah yang di Sempurnakan dengan Undang-Undang Nomor.23 Tahun 2014
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor. 1202/Menkes/SK/VII/2003 Tentang **Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Propinsi Sehat dan Kab/Kota Sehat**
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor. 1445 /Menkes /SK / X / 2003 Tentang **Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kab/Kota.**

Mekanisme pengumpulan data profil yaitu dengan berdasarkan hasil laporan kegiatan pada tahun 2016 dan laporan bulanan yang melibatkan enam puluh tujuh (67) puskesmas kemudian di validasi oleh semua pemegang program Dinas Kesehatan.

Beberapa masalah yang ditemukan dalam penyusunan profil kesehatan tahun 2016 diantaranya yaitu ;

1. Perbedaan data yang ada di bagian perencanaan dengan pengelola program bidang masing-masing terutama variabel data kuantitas karena mekanisme pencatatan dan pelaporan yang bervariasi ;
2. Strategi penyusunan profil masih berorientasi pada akhir tahun kegiatan yang akan ditampilkan, proses penyusunan harus dimulai bersamaan pada awal proses kegiatan;
3. Banyaknya data yang harus dianalisa dengan melibatkan banyak sumber sehingga menimbulkan banyak persepsi.

Profil Kesehatan Kabupaten Garut Tahun 2016 disusun dalam skema yang berisi tujuh (7) bab, yaitu :

- Bab I : Pendahuluan yang mencakup: Latar belakang, Tujuan serta Sistematika
- Bab II : Visi, Misi, Rencana Strategi dan Program Kesehatan
- Bab III : Gambaran Umum dan Perilaku Penduduk
- Bab IV : Situasi Derajat Kesehatan
- Bab V : Situasi Upaya Kesehatan
- Bab VI : Situasi Sumber Daya Kesehatan
- Bab VII : Penutup

Bagian terakhir dari profil Dinas Kesehatan Tahun 2016 adalah lampiran yang berisi tabel. Kumpulan tabel tersebut merupakan data yang berbentuk angka kumulatif maupun angka absolut yang menggambarkan situasi kesehatan masyarakat dan berbagai masalah kesehatan yang ada di Kabupaten Garut selama tahun 2016.



## **BAB II**

### **VISI DAN MISI PEMBANGUNAN**

Dalam upaya meningkatkan kualitas pembangunan di berbagai bidang, maka Kabupaten Garut telah menetapkan visi “Terwujudnya Kabupaten Garut yang Bermartabat, Nyaman dan Sejahtera”. Visi tersebut diikuti dengan empat (4) misi yaitu: (1) Meningkatkan tata kelola pelayanan pendidikan dan kesehatan yang berkualitas, terjangkau, prima untuk mewujudkan kehidupan masyarakat bermartabat dan agamis, (2) Mewujudkan kemandirian ekonomi masyarakat berbasis potensi lokal, (3) Mewujudkan kualitas infrastruktur yang memadai serta lingkungan yang sehat, aman dan nyaman, (4) Mewujudkan pelayanan publik yang profesional dan amanah serta membangun kehidupan sosial politik yang demokratis dan berbudaya luhur.

Dinas Kesehatan merupakan salah satu dari Satuan Kerja Perangkat Daerah Pemerintah Kabupaten Garut yang memiliki tujuan menyelesaikan permasalahan kesehatan dengan berbagai fenomena yang aktual, khususnya dalam aksesibilitas dan mutu pelayanan kesehatan masyarakat.

#### **2.1 Visi dan Misi Dinas Kesehatan Kabupaten Garut**

Untuk mendukung visi dan misi pembangunan Kabupaten Garut maka Dinas Kesehatan memiliki visi “Mewujudkan Pembangunan Kesehatan Menuju Masyarakat yang Bermartabat, Nyaman dan Sejahtera”. Dalam mewujudkan misi tersebut, maka dirumuskan misi sebagai berikut:

1. Meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya.
2. Memberdayakan masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat.
3. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berjenjang, prima dan profesional.

4. Menyelenggarakan manajemen kesehatan dengan sumber daya yang berkualitas.

## 2.2 Rencana Strategi Kesehatan

Rencana strategi yang disusun untuk mendukung dan mencapai Visi dan Misi Dinas Kesehatan Kabupaten Garut yaitu sebagai berikut :

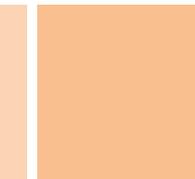
1. Peningkatan pelayanan kesehatan ibu, bayi, anak dan kelompok masyarakat berisiko dengan pengembangan pemantauan kesehatan ibu, bayi dan anak.
2. Pemantauan penyakit menular dan tidak menular.
3. Pengembangan lingkungan sehat dan peningkatan sanitasi lingkungan.
4. Pemantauan status gizi masyarakat.
5. Kerjasama dan kemitraan dalam pemberdayaan masyarakat.
6. Penyebaran puskesmas PONED di kecamatan sesuai rasio.
7. Penyebaran puskesmas di kecamatan sesuai dengan rasio penduduk.
8. Peningkatan akuntabilitas dan pelayanan publik.
9. Pembinaan, pengawasan kapasitas sumber daya kesehatan.

## 2.3 Program Kesehatan

Program merupakan rangkaian kegiatan-kegiatan atau seperangkat tindakan untuk mencapai tujuan.

Adapun kebijakan untuk mencapai visi dan misi Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) Dinas Kesehatan tahun 2016 dirumuskan kedalam program kesehatan sebagai berikut:

1. Pelayanan administrasi perkantoran.
2. Peningkatan sarana dan prasarana aparatur.
3. Peningkatan disiplin aparatur.
4. Peningkatan pengembangan sistem pelaporan capaian kinerja dan keuangan.
5. Obat dan pembekalan kesehatan.

- 
6. Upaya kesehatan masyarakat.
  7. Promosi kesehatan dan dan pemberdayaan masyarakat.
  8. Perbaikan gizi masyarakat.
  9. Pengembangan lingkungan sehat.
  10. Pencegahan dan penanggulangan penyakit menular.
  11. Stadarisasi pelayanan kesehatan.
  12. Pelayanan kesehatan penduduk miskin.
  13. Pengadaan, peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana puskesmas/puskesmas pembantu dan pengadaan tanah untuk bangunan puskesmas dan jaringannya.
  14. Pengadaan, peningkatan sarana dan prasarana Rumah Sakit/ Rumah Sakit Jiwa/ Rumah Sakit Paru-paru.
  15. Pengawasan dan pengendalian kesehatan makanan.
  16. Peningkatan keselamatan ibu melahirkanmelahirkan dan anak.
  17. Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).



## BAB III

### GAMBARAN UMUM DAN PERILAKU PENDUDUK

#### 3.1 GAMBARAN UMUM DAN KEPENDUDUKAN

##### 1. Gambaran Umum Wilayah

Kabupaten Garut merupakan salah satu dari 27 Kabupaten/Kota yang berada di wilayah Propinsi Jawa Barat. Secara geografis Kabupaten Garut terletak di sebelah selatan Propinsi Jawa Barat dengan luas wilayah 3.065,19 Km<sup>2</sup> atau 306.519 Ha terletak diantara 6<sup>o</sup> 56'49"–7<sup>o</sup>45'00" Lintang Selatan dan 107<sup>o</sup>25'8" – 108<sup>o</sup>7'30" Bujur Timur dengan batas wilayah sebagai berikut :

- Sebelah Utara berbatasan dengan Kabupaten Bandung dan Sumedang
- Sebelah Timur berbatasan dengan Kabupaten Tasikmalaya
- Sebelah Selatan berbatasan dengan Samudra Indonesia
- Sebelah Barat berbatasan dengan Kabupaten Bandung dan Cianjur

Secara administratif wilayah Kabupaten Garut terdiri dari empat puluh dua (42) kecamatan yang membawahi sebanyak empat ratus dua puluh satu (421) desa dan dua puluh satu (21) kelurahan. Kondisi geografis yang strategis ini merupakan keuntungan bagi daerah Kabupaten Garut terutama dari segi komunikasi dan perhubungan. Kawasan utara merupakan daerah yang sebagian besar dataran rendah sedangkan kawasan selatan daerah bukit, pegunungan dan pantai.

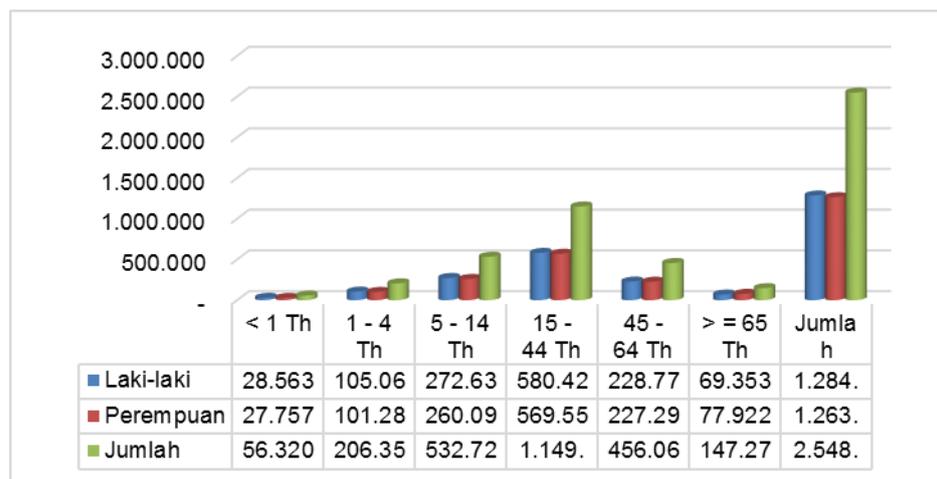
##### 2. Pertumbuhan Penduduk

Indikator tingkat pertumbuhan penduduk sangat berguna untuk memprediksi jumlah penduduk di suatu wilayah atau negara di masa yang akan datang. Dengan demikian, dapat diketahui pula

kebutuhan dasar penduduk di segenap bidang kehidupan termasuk di bidang kesehatan. Indikator tersebut sering disebut dengan Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP) yang sangat dipengaruhi oleh 3 (tiga) faktor yakni kelahiran, kematian, dan migrasi penduduk.

Jumlah penduduk Kabupaten Garut tahun 2016 adalah 2.569.505 jiwa yang terdiri dari jumlah penduduk laki-laki sebanyak 1.294.616 jiwa atau sebesar 50,4% dan jumlah penduduk perempuan sebanyak 1.274.889 jiwa atau sebesar 49.6% ( Badan Pusat Statistik-Kabupaten Garut, 2016).

**Grafik 3.1.**  
**Jumlah Penduduk Menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin**  
**Di Kabupaten Garut Tahun 2016**



*Sumber : Badan Pusat Statistik Kab. Garut Tahun 2016*

Pertumbuhan laju penduduk di Kabupaten Garut mengalami peningkatan setiap tahunnya hal ini akan berdampak kepada berbagai segi kehidupan termasuk terhadap beban ketergantungan dari ketiga faktor utama penunjang Indeks Pembangunan Manusia (IPM).

Indikator penting terkait distribusi penduduk adalah menurut kelompok umur rasio beban ketergantungan (*Dependency Ratio*). Rasio beban ketergantungan adalah angka yang menunjukkan perbandingan antara banyaknya orang yang tidak produktif (umur di bawah 15 tahun dan 65 tahun ke atas).

Analisa data berdasarkan *seks ratio* di Kabupaten Garut tahun 2016 menunjukkan angka 102 artinya bahwa setiap 100 orang perempuan terdapat 102 orang laki-laki.

Pertumbuhan penduduk adalah perubahan jumlah penduduk di suatu wilayah tertentu pada waktu tertentu dibandingkan dengan waktu sebelumnya. Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP) berguna untuk memperkirakan jumlah penduduk di masa yang akan datang.

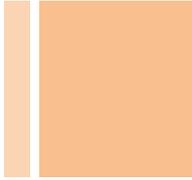
### **3. Persebaran dan Kepadatan Penduduk**

Tingkat kepadatan penduduk pada tahun 2016 dengan luas 3.065,19 km<sup>2</sup> rata-rata sebesar 824 jiwa/km<sup>2</sup> dengan sebaran yang tidak merata pada setiap kecamatannya dan terakumulasi di daerah perkotaan, khususnya di Kecamatan Tarogong Kidul dengan tingkat kepadatan penduduk setiap Km<sup>2</sup> nya mencapai 6.300 jiwa sedangkan tingkat kepadatan terendah terdapat di Kecamatan Pamulihan yang hanya ditempati oleh 137 jiwa setiap Km<sup>2</sup>.

## **3.2 GAMBARAN SOSIAL EKONOMI**

### **1. Penduduk Miskin**

Indikator kemiskinan ditentukan dengan nilai rupiah yang dibelanjakan untuk 2.100 kalori per kapita per hari ditambah dengan pemenuhan kebutuhan pokok minimum lainnya seperti perumahan, sandang, pendidikan, kesehatan dan transportasi. Kemiskinan menjadi hambatan besar dalam pemenuhan



kebutuhan primer sehingga berdampak pada morbiditas (angka kesakitan) masyarakat. Gizi buruk dan gizi kurang merupakan salah satu kondisi yang diakibatkan karena faktor ekonomi yang kurang, fenomena tersebut dapat menyebabkan; busung lapar, kwashiorkor dan penyakit kekurangan vitamin (*Xerophthalmia*, *Scorbut*, dan beri-beri).

Kemiskinan merupakan kondisi kehidupan yang serba kekurangan yang dialami seorang atau rumah tangga sehingga tidak mampu memenuhi kebutuhan minimal atau yang layak bagi kehidupannya. Kebutuhan dasar minimal yang dimaksud adalah yang berkaitan dengan kebutuhan pangan, sandang, perumahan dan kebutuhan sosial yang diperlukan oleh penduduk atau rumah tangga untuk memenuhi kebutuhan hidupnya secara layak.

Pengukuran kemiskinan dilakukan dengan cara menetapkan standar kebutuhan minimum, baik untuk makanan maupun non makanan yang harus dipenuhi seseorang untuk hidup layak. Nilai standar kebutuhan minimum tersebut digunakan sebagai garis pembatas untuk memisahkan antara penduduk miskin dan tidak miskin. Garis pembatas tersebut yang sering disebut dengan garis kemiskinan.

## **2. Status Pembangunan Manusia**

Status pembangunan manusia adalah sebuah pendekatan untuk melihat hasil dari suatu kegiatan pembangunan dimana pembangunan tersebut berorientasi pada peningkatan kesejahteraan masyarakat. Kondisi kesejahteraan dapat dilihat dari terpenuhinya kebutuhan penduduk terhadap pendidikan dan aksesibilitas kesehatan yang ditunjang oleh peningkatan pendapatan *percapita* yang ditandai oleh meningkatnya daya beli masyarakat.

**Tabel 3.1**  
**Pencapaian IPM Kabupaten Garut Tahun 2011 – 2015**

	2011	2012	2013	2014	2015
IPM	60,55	61,04	61,67	62,23	63,21
IK	77,52	77,58	77,64	77,67	77,98
AHH	70,39	70,43	70,47	70,49	70,69
AKI	202,07	193,29	184,5	177,39	169,94
AKB	50,62	49,95	49,45	48,46	47,74

*Sumber : Bappeda Tahun 2015*

Berdasarkan tabel diatas dapat digambarkan bahwa perkembangan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) Kabupaten Garut menunjukkan perkembangan yang semakin baik, hal tersebut dapat dilihat dengan pencapai Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Kabupaten Garut selama 5 (lima) tahun terakhir yang mengalami peningkatan. Indeks Kesehatan Kabupaten Garut setiap tahun mengalami peningkatan adapun untuk angka Indeks Kesehatan tahun 2016, Badan Pusat Statistik Kabupaten Garut belum mengeluarkan angka.

### **3.3 GAMBARAN LINGKUNGAN FISIK**

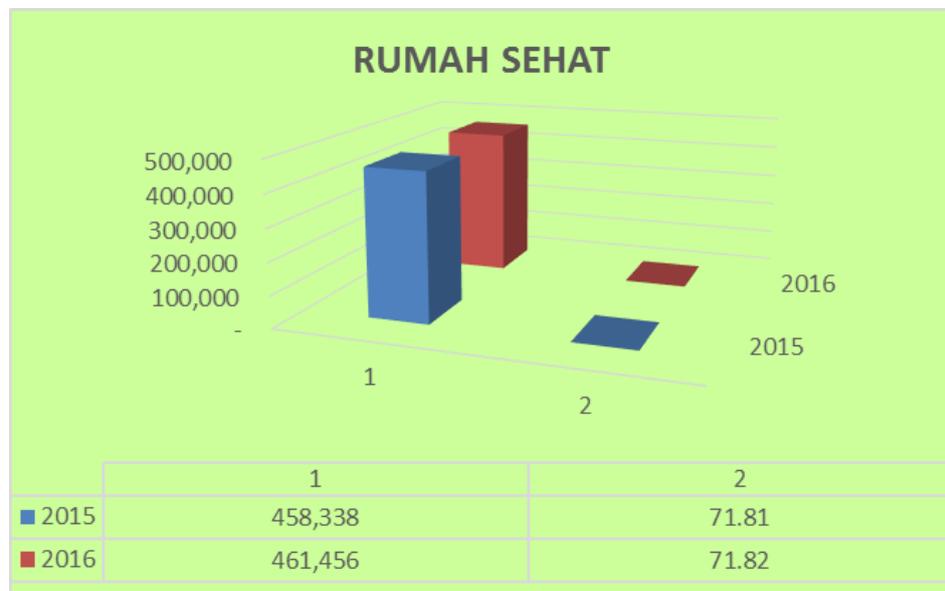
#### **1. Rumah Sehat**

Persentase jumlah rumah sehat tahun 2016 adalah 461.456 rumah atau 71,82 %, dari total rumah 642.555 yang ada di Kabupaten Garut. Sedangkan pada tahun 2015 jumlah rumah yang memenuhi syarat adalah 458.338 atau 71,81 %. Jika dilihat dari tahun 2015 ke tahun 2016 ada peningkatan jumlah rumah sehat sebesar 3.118 rumah. Adapun jumlah rumah yang dibina pada tahun 2016 yaitu

54.885 atau 27,08 %, dengan jumlah yang dibina sebanyak 21.557 (39,28 %).

Kondisi tersebut masih dibawah target bila dibandingkan dengan target yang ditetapkan oleh Kabupaten yaitu sebesar 75%. Hal ini dikarenakan masih rendahnya tingkat pengetahuan masyarakat akan pentingnya rumah sehat dan keterbatasan anggaran yang tersedia dari pemerintah daerah khususnya bagi petugas sanitasi yang ada di puskesmas untuk melakukan kegiatan-kegiatan pemeriksaan rumah diwilayah kerja masing-masing. Oleh karena itu diperlukan upaya-upaya antara lain peningkatan upaya penyuluhan di masyarakat tentang rumah sehat, inspeksi sanitasi rumah oleh petugas sanitasi di puskesmas, kerjasama lintas sektor agar mendapat dukungan dari berbagai pihak dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui kesehatan lingkungan dalam peningkatan rumah sehat.

**Grafik 3.2**  
**Perbandingan Rumah Sehat**  
**Kabupaten Garut Tahun 2015 dan 2016**



Sumber : Seksi Kesehatan Lingkungan, Tahun 2016

## 2. Sarana Air Bersih

Penduduk dengan akses berkelanjutan terhadap air minum berkualitas ( layak ) yang berasal dari sarana sumur gali, sumur bor, terminal air, mata air terlindungi, penampungan air hujan, dan perpipaan yang berasal dari PDAM atau BPSPAM, sebesar 1.977.299 atau 76,95 % dari total penduduk 2.569.505. Hal ini masih dibawah target Kabupaten yang menetapkan bahwa cakupan masyarakat akses terhadap air minum / air bersih sebesar 80%.

Kegiatan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan dalam upaya peningkatan cakupan air minum/air bersih diantaranya program Pamsimas, inspeksi sarana air bersih dalam upaya penurunan tingkat risiko pencemaran air yang digunakan oleh masyarakat serta pendataan sarana yang dibangun oleh masyarakat baik swadaya maupun bantuan dari pemerintah. Hal ini diharapkan agar terjadi sinkronisasi antara jumlah pemakai dengan sarana air bersih yang ada. Upaya-upaya lain dalam peningkatan cakupan air minum yaitu kerjasama lintas sektor dengan instansi yang lain.

**Grafik 3.3**  
**Persentase Keluarga Memiliki Akses Air Bersih**  
**Kabupaten Garut Tahun 2013 – 2016**



Sumber :Seksi Kesehatan Lingkungan, Tahun 2016

### **3. Air Minum**

Persentase kualitas air minum di penyelenggara air minum yang memenuhi syarat kesehatan dari jumlah penyelenggara air minum sebanyak 87, dengan jumlah sampel yang diperiksa 82 sampel air minum. Sedangkan jumlah sampel yang diperiksa yang memenuhi syarat fisik, kimia, dan bakteriologi sebanyak 82 sampel atau 100%. Hal ini masih menunjukkan bahwa pemeriksaan kualitas air minum di penyelenggara air minum belum semuanya bisa diperiksa baik oleh petugas kesehatan maupun para penyelenggara tersebut karena terkait dengan biaya yang harus dikeluarkan, dan pengetahuan masyarakat tentang kualitas air minum masih kurang.

### **4. Jamban Sehat**

Persentase penduduk dengan akses terhadap fasilitas sanitasi yang layak (jamban sehat) menurut jenis jamban dari jumlah penduduk kabupaten Garut 2.569.505 dengan jenis jamban sebagai berikut :

#### **a. Leher angsa**

Jumlah sarana leher angsa yang ada yaitu sebanyak 321.371 dengan jumlah penduduk pengguna sebanyak 2.050.808. Adapun jumlah sarana yang memenuhi syarat yaitu sebanyak 244.231 dengan jumlah pengguna sebanyak 1.380.853 jiwa. Dari total keseluruhan persen penduduk pengguna jamban dengan leher angsa sebesar 67,33%.

#### **b. Plengsengan**

Jumlah sarana plengsengan yang ada yaitu sebanyak 42.280 dengan jumlah penduduk pengguna sebanyak 278.609. Adapun jumlah sarana yang memenuhi syarat sebanyak 34.311 dengan jumlah pengguna sebanyak 176.421 jiwa. Dari total keseluruhan pengguna jamban dengan leher angsa sebesar 63,32%.

### c. Cemplung

Jumlah sarana yang ada yaitu sebanyak 50.740 dengan jumlah pengguna sebanyak 269.599. Adapun jumlah sarana yang memenuhi syarat sebanyak 42.765 dengan jumlah pengguna sebanyak 234.101 jiwa. Dari total keseluruhan pengguna jamban dengan leher angsa yaitu sebesar 86,83 % sedangkan penduduk dengan akses sanitasi yang layak sebanyak 1.791.376 jiwa atau 69,70 %. Target yang ditetapkan Kabupaten yaitu sebesar 75%, maka hasil capaian tahun 2016 masih dibawah target dan masih terdapat kesenjangan sebesar 5,30 %. Hal ini bisa dilihat dari masih rendahnya sarana jamban di masyarakat, perilaku masyarakat terhadap jamban sehat serta kurangnya pengetahuan masyarakat tentang pentingnya jamban untuk kesehatan masih rendah. Adapun upaya – upaya yang sedang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Garut yaitu pelaksanaan STBM, pelaksanaan program PAMSIMAS, pelaksanaan kegiatan inspeksi sanitasi jamban serta pendataan sarana jamban di masyarakat.

**Grafik 3.4**  
**Persentase Keluarga Memiliki Jamban Sehat**  
**Kabupaten Garut Tahun 2013 – 2016**



Sumber : Seksi Kesehatan Lingkungan, Tahun 2016

## 5. SPAL (Sarana Pembuangan Air Limbah)

Sarana pembuangan air limbah merupakan bagian sanitasi pengendalian lingkungan permukiman yang harus dimiliki oleh penduduk. Jumlah penduduk masyarakat yang mempunyai sarana pembuangan air limbah tersebut yaitu sebanyak 2.569.505 dengan jumlah rumah 602.717.

Hasil kegiatan SPAL (Sarana Pembuangan Air Limbah) pada tahun 2016, dapat dilihat pada grafik di bawah ini :

**Grafik 3.5**  
**Persentase Sarana Pembuangan Air Limbah**  
**Kabupaten Garut Tahun 2013- 2016**



Sumber : Seksi Kesehatan Lingkungan, Tahun 2016

## 6. Sampah

Pengelolaan sampah merupakan salah satu kegiatan pengendalian lingkungan permukiman dalam menciptakan sanitasi total berbasis masyarakat dan pemerintah. Pada umumnya masyarakat perkotaan dan perdesaan telah melakukan pengelolaan sampah dengan tahapan sebagai berikut :

1. Pengumpulan dan pemilahan sampah sementara biasanya dilakukan didalam rumah dan halaman rumah
2. Pembuangan sampah yang telah dilakukan oleh masyarakat biasanya dilakukan pada tempat pembuangan sementara atau kebiasaan yang tidak boleh dilakukan oleh pemerintah,

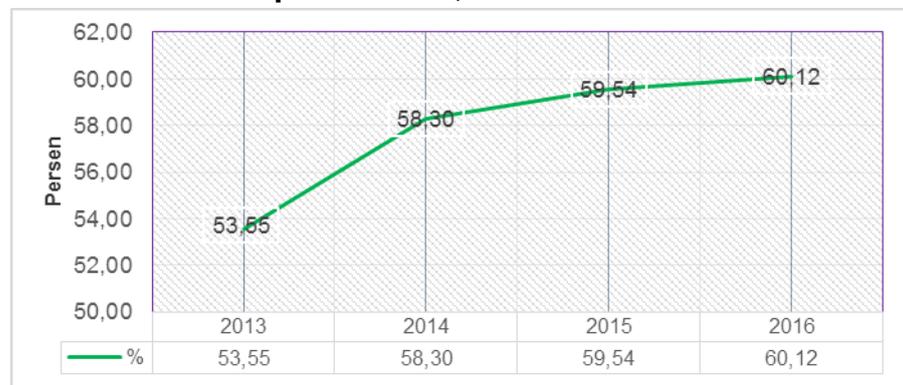
kebiasaan masyarakat melakukan pembakaran sampah atau dibuang ke sungai.

3. Pembuangan sampah sementara yang terkelola langsung dibuang ke tempat pembuangan akhir sampah.

Jenis-jenis sampah yang berada di masyarakat perkotaan dan perdesaan diantaranya :

1. Sampah organik dan an organik
2. Sampah bahaya dan tidak bahaya
3. Sampah cair dan padat

**Grafik 3.6**  
**Persentase Pengelolaan Sampah**  
**Kabupaten Garut, Tahun 2013 – 2016**



Sumber : Seksi Kesehatan Lingkungan, Tahun 2016

## 7. Kawasan Kecamatan dan Desa Sehat

Pengembangan kabupaten sehat adalah bagian dari dinamika dan semangat warga, pemerintah dan lembaga legislatif di daerah. Membangun potensi maksimal suatu kabupaten atau desa yang mana sementara itu pelayanan kesehatan yang ada belum memenuhi kebutuhan baik dari keterjangkauan, pemerataan dan kemudahan. Pemberian kewenangan kepercayaan kepada masyarakat secara pro aktif sesuai dengan amanah yang bermuatan dalam UU No. 32 Tahun 2014 tentang pemerintahan daerah antara lain menyelenggarakan pembangunan perkotaan dan

perdesaan yang ditunjang dengan peraturan bersama menteri dalam negeri dan menteri kesehatan tentang penyelenggaraan Kabupaten Kota Sehat, dengan tujuan tercapainya kondisi kabupaten yang bersih, nyaman, aman, dan sehat sehingga dapat meningkatkan sarana dan produktivitas serta perekonomian masyarakat. Penyelenggaraan Kabupaten telah terbentuk sebagai berikut :

1. Forum dan tim pembina kabupaten sehat
2. Forum Komunikasi Kecamatan Sehat sejumlah 23 kecamatan
3. Forum kelompok kerja desa/kelurahan sehat sebanyak 13 desa yang didukung dengan keberadaan forum desa siaga.

Dengan kegiatan sembilan ( 9 ) tatanan diantaranya tujuh ( 7 ) kawasan dan dua ( 2 ) kehidupan sebagai berikut di bawah ini :

1. Kawasan permukiman saran dan prasarana umum
2. Kawasan lalu lintas tertib dan pelayanan transportasi
3. Kawasan pertambangan sehat
4. Kawasan hutan sehat
5. Kawasan industri dan perkantoran sehat
6. Kawasan pariwisata sehat
7. Kawasan pangan dan gizi
8. Kehidupan masyarakat sehat yang mandiri
9. Kehidupan sosial yang sehat

**Tabel 3.2**  
**Capaian Kelembagaan Kabupaten Garut Sehat**  
**Tahun 2016**

No	Lembaga	Capaian Kegiatan	Target		Realisasi
			∑	%	%
1	Forum Kabupaten	1	1	100	100
2	Forum Komunikasi Kecamatan	18	42	50	40
3	Forum pokja desa/ kelurahan	5	442	50	1

Sumber : Seksi Kesehatan Lingkungan, Tahun 2016

## 8. STBM

Persentase desa yang melaksanakan STBM (Sanitasi Total Berbasis Masyarakat) yaitu sebanyak sebanyak 313 desa atau 70,80% dari jumlah desa sebanyak 442 desa, dengan jumlah desa yang sudah SBS ( Stop Buang Air Besar Sembarangan ) sebanyak 138 desa atau 31,22%. Hal ini masih jauh dari harapan karena belum semua desa melaksanakan STBM serta masih banyak desa dengan program PAMSIMAS desanya masih belum menjadi desa ODF (Open Defecation free ) atau desa stop buang air besar sembarangan.

Upaya yang sedang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Garut yaitu dengan cara melaksanakan kegiatan pemucuan-pemucuan baik di desa PAMSIMAS maupun desa bukan program PAMSIMAS. Sedangkan desa yang mendapatkan program PAMSIMAS menjadi syarat mutlak untuk menjadi desa ODF. Untuk menunjang kegiatan pemucuan diseluruh puskesmas harus didukung oleh kepala puskesmas serta dengan dukungan biaya yang berasal dari dana BOK. Peningkatan dan percepatan desa-desa ODF merupakan tanggung jawab wilayah kerja masing-masing

## 9. TTU

Persentase TTU ( Tempat Tempat Umum ) yang memenuhi syarat yang terdiri dari sarana pendidikan, sarana kesehatan, sarana hotel sebanyak 1.890 atau sebesar 69,91% dari jumlah TTU yang ada sebanyak 2.707. Apabila dilihat dari hasil capaian tahun 2016, maka capaian tersebut masih dibawah target yang ditetapkan kabupaten yaitu sebesar 75%. Adapun upaya yang sedang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Garut yaitu melakukan pemeriksaan dan melakukan inspeksi tempat-tempat umum oleh petugas sanitasi diseluruh puskesmas dalam upaya

meningkatkan Tempat-Tempat Umum (TTU) yang memenuhi syarat kesehatan.

## 10. T P M

TPM menurut status *hygiene* sanitasi yang memenuhi syarat yaitu sebanyak 1053 TPM atau sebesar 57,37% dari jumlah TPM sebanyak 1830 yang ada. Sedangkan TPM yang tidak memenuhi syarat *hygiene* sanitasi yaitu sebanyak 777 atau sebesar 42,45%. Apabila dilihat dari hasil capaian tahun 2016, maka capaian tersebut masih dibawah target yang ditetapkan oleh kabupaten yaitu sebesar 75%. Adapun upaya yang sedang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Garut yaitu dengan cara melakukan pemeriksaan dan melakukan inspeksi TPM oleh petugas sanitasi di seluruh puskesmas dalam upaya peningkatan TPM memenuhi syarat kesehatan.

Jumlah TPM yang dibina yaitu sebanyak 607 atau sebesar 78,12% sedangkan jumlah TPM diuji petik yaitu sebanyak 217 atau sebesar 20,97%. Hal ini menunjukkan bahwa masih banyak TPM yang belum dibina dan diuji petik, tetapi upaya tersebut masih terus dilaksanakan untuk meningkatkan TPM yang sesuai syarat.

### 3.4 GAMBARAN PERILAKU MASYARAKAT

#### 1. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

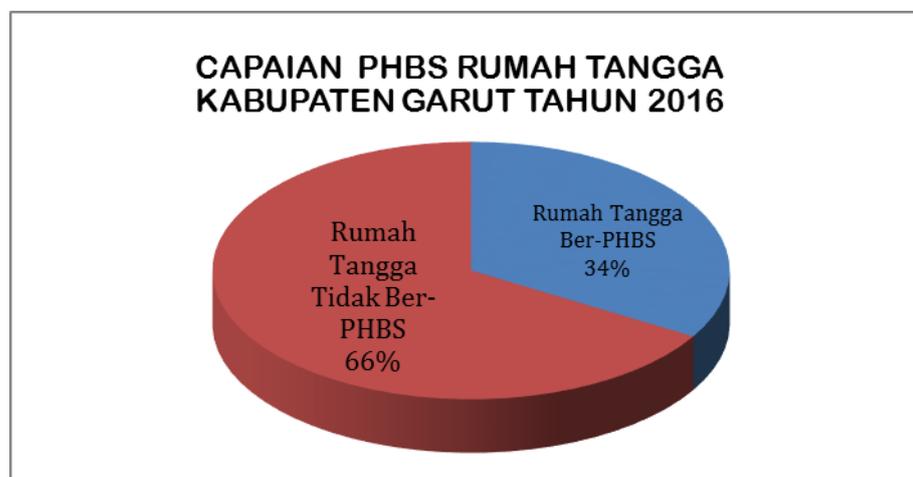
PHBS adalah upaya untuk memberikan pengalaman belajar atau menciptakan suatu kondisi bagi perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat, dengan membuka jalur komunikasi, memberikan informasi dan edukasi untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku, sehingga membantu masyarakat mengenali dan mengatasi masalah sendiri, dalam tatanan rumah tangga, agar dapat menerapkan cara-cara hidup

sehat dalam rangka menjaga, memelihara, dan meningkatkan kesehatan.

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) merupakan program dalam upaya peningkatan perilaku masyarakat kearah yang lebih sehat sesuai dengan strategi yang dicanangkan Kementerian Kesehatan guna pencapaian sMDG'S. PHBS merupakan kumpulan perilaku yang diharapkan dapat diterapkan individu dalam rumah tangga secara sadar yang meliputi sepuluh (10) indikator, yaitu antara lain: persalinan oleh tenaga kesehatan, bayi diberikan Asi Eksklusif, balita ditimbang secara rutin, menggunakan air bersih , mencuci tangan memakai sabun, menggunakan jamban sehat, memberantas jentik nyamuk seminggu sekali, makan buah dan sayur, melakukan aktifitas fisik setiap hari dan tidak merokok di dalam ruangan.

Adapun capaian hasil cakupan rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat dapat dilihat pada grafik dibawah ini:

**Grafik 3.7**  
**Persentase Perilaku Hidup Bersih dan Sehat**  
**Rumah Tangga Kabupaten Garut**  
**Tahun 2016**



Sumber : Seksi Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

Capaian rumah tangga ber-PHBS Kabupaten Garut Tahun 2016 yaitu sebanyak 193.174 atau sebesar 33,57% dari total rumah tangga yang dipantau sebanyak 575.412.

Hal ini disebabkan karena belum dilaksanakannya pemantauan secara berkala, serta teknik pendataan yang belum tepat. Dari sepuluh (10) indikator PHBS tatanan rumah tangga tersebut sebagian besar masyarakat belum mampu melaksanakan PHBS untuk indikator merokok didalam rumah sehingga hal ini menjadi indikator dengan nilai terendah.

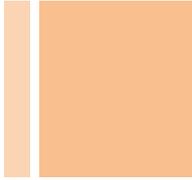
## **2. Desa dan Kelurahan Siaga Aktif**

Desa dan kelurahan siaga aktif adalah desa dan kelurahan yang penduduknya dapat mengakses dengan mudah sarana pelayanan kesehatan dasar, dapat mengembangkan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) dan menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) hal ini berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No1529/MENKES/SK/X/2010.

Pada tahun 2016, jumlah desa/kelurahan yang ada di Kabupaten Garut yaitu sebanyak empat ratus empat puluh dua (442) desa/kelurahan sedangkan yang dibina yaitu sebanyak 408 atau sebesar 92,3% telah menjadi desa/kelurahan siaga aktif.

Peningkatan cakupan desa/kelurahan siaga aktif ini salah satunya didukung karena sebanyak delapan puluh sembilan (89) desa telah mengalokasikan Anggaran Dana Desanya (ADD) dan sebanyak empat puluh empat (44) desa mendapatkan anggaran dari sumber dana lainnya.

Kemudahan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dasar melalui puskesmas, Puskesmas Pembantu (Pustu), Pos Bersalin Desa (Polindes) serta Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) ditunjang dengan adanya pengembangan UKBM



terutama posyandu yang dilaksanakan secara rutin serta pembinaan dan penerapan PHBS di tatanan rumah tangga, pencapaian desa dan kelurahan siaga aktif di Kabupaten Garut sudah lebih dari target yang ditetapkan dalam Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten/ Kota dari target 85 % akan tetapi tingkat perkembangannya belum sesuai dengan yang diharapkan.

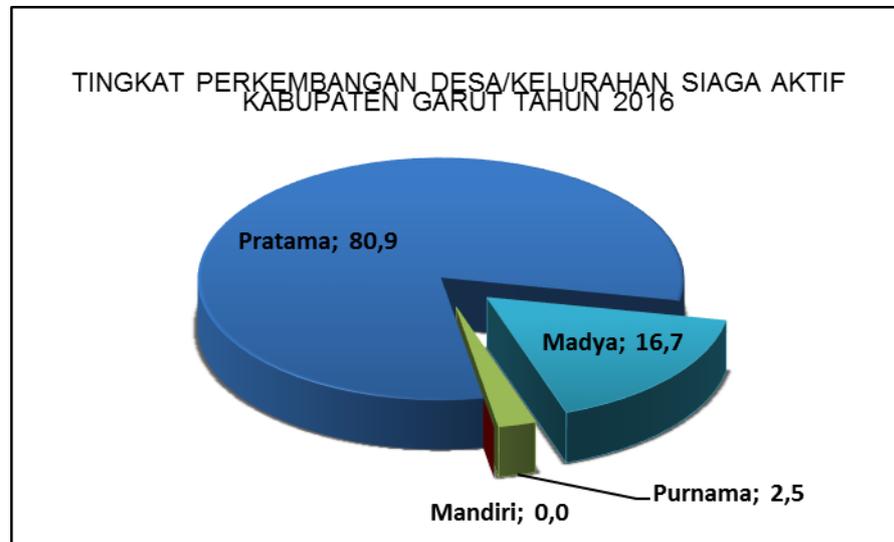
Tingkat perkembangan desa dan kelurahan siaga aktif sebagian besar masih pada tahap perkembangan pratama yaitu sebesar 80,9% , Madya 16,7% Purnama 2,5% dan Mandiri 0% yang ditentukan berdasarkan delapan (8) indikator perkembangan desa/kelurahan siaga aktif

Dari hasil analisa program untuk tahapan desa/kelurahan siaga aktif sebagian besar masih pada tahap perkembangan pratama dikarenakan masih banyak indikator yang belum terlaksana secara optimal diantaranya adalah :

- a. Belum rutinya pertemuan yang dilaksanakan forum desa dan kelurahan siaga aktif.
- b. Sebagian besar desa yaitu sebanyak dua ratus tujuh puluh lima (275) desa belum mengalokasikan Anggaran Dana Desa (ADD) untuk kegiatan khusus pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif.
- c. Sebagian besar desa belum dapat mengeluarkan kebijakan yang mendukung peningkatan upaya-upaya kesehatan.

Adapun presentase rumah tangga ber- PHBS di Kabupaten Garut Tahun 2016, dapat digambarkan dengan grafik sebagai berikut:

**Grafik 3.8**  
**Persentase Desa/Kelurahan Siaga Aktif**  
**Kabupaten Garut Tahun 2016**



*Sumber : Seksi Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat*

### 3. Posyandu

Posyandu merupakan bentuk Upaya Kesehatan Besumberdaya Masyarakat (UKBM) yang sudah secara rutin dilaksanakan dimasyarakat sehingga kontribusinya sangat besar dalam pemberian pelayanan kesehatan terhadap masyarakat melalui lima (5) program pokok kegiatan dan upaya berbagai pengembangannya.

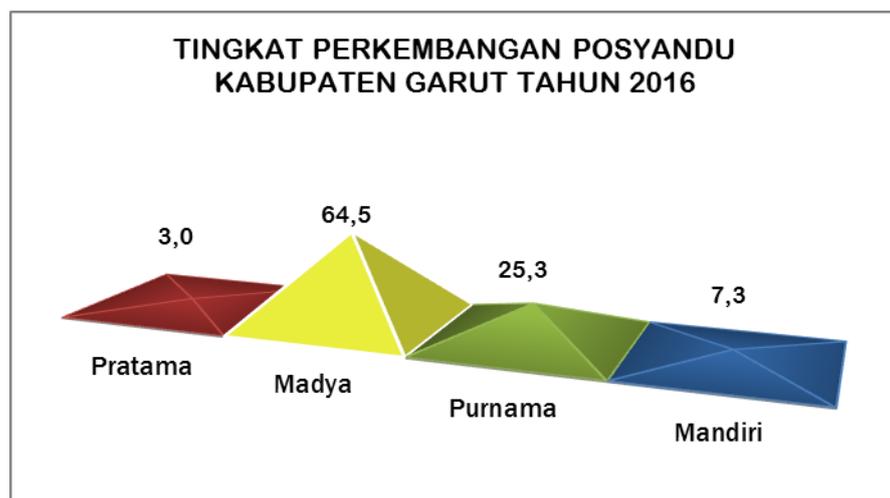
Jumlah posyandu pada tahun 2016 yaitu sebanyak 4000 dan mengalami penambahan sebanyak tiga puluh tujuh (37) posyandu apabila dibandingkan dengan tahun 2015. Adapun tingkat perkembangan posyandu pada tahun 2016 yaitu pratama sebanyak 119, posyandu (3,0%), madya 2.578 posyandu (64,5%), purnama 1010, posyandu (25,3%) dan mandiri 293 posyandu ( 7,3%).

Pencapaian posyandu aktif (Purnama Mandiri) baru mencapai 1303, posyandu (32,6%) masih dibawah target yakni 50% di tahun 2016.

Hal ini disebabkan karena sebanyak 2697 posyandu atau sebesar 67,4% program dana sehatnya masih belum terbentuk, pencapaian kegiatannya kurang dari 50 % yang artinya bahwa sebagian masyarakat yang ada diwilayah tersebut belum mengikuti program dana sehat.

Presentase strata posyandu yang ada di Kabupaten Garut Tahun 2016 dapat digambarkan pada gambar dibawah ini:

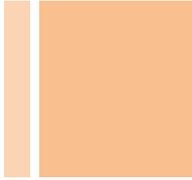
**Grafik 3.9**  
**Presentase Strata Posyandu**  
**Kabupaten Garut Tahun 2016**



Sumber : Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

#### 4. Pos Kesehatan Desa (Poskesdes)

Poskesdes merupakan bentuk Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) yang memberikan pelayanan dasar lengkap di desa selain polindes dan puskesmas pembantu.



Poskesdes yang dikatakan beroperasi yaitu poskesdes tersebut mudah di akses oleh masyarakat, memberikan pelayanan dasar setiap hari. Jumlah bangunan poskesdes di Kabupaten Garut yaitu sebanyak 125 poskesdes sedangkan poskesdes yang telah beroperasi yaitu sebanyak 122 poskesdes atau sebesar 97,6% dan sebanyak sebelas (11) poskesdes diantaranya sulit dijangkau oleh masyarakat. Hal ini dikarenakan letak geografis tetapi masih dapat memberikan pelayanan dasar dan melaksanakan pembinaan UKBM. Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) merupakan bentuk Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) yang memberikan pelayanan dasar lengkap di desa selain Pos Bersalin Desa (Polindes) dan Puskesmas Pembantu.

Apabila dilihat dari jumlah fisik, poskesdes yang ada di Kabupaten Garut yaitu sebanyak seratus empat puluh satu (141) tetapi apabila dilihat dari petunjuk teknis (pelayanan) bahwa poskesdes merupakan pos kesehatan desa yang memberikan pelayanan dasar setiap hari dan melaksanakan Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) serta memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak oleh tenaga kebidanan hanya sebanyak seratus dua puluh satu (121) atau sebesar 85.81%. Sedangkan dua puluh (20) poskesdes lainnya tidak dapat memberikan pelayanan setiap hari dan belum memberikan pelayanan berbasis UKBM, ini disebabkan oleh kurangnya tenaga kesehatan sebagai penanggungjawab poskesdes dalam memberikan pelayanan sesuai petunjuk teknis.

## BAB IV

### DERAJAT KESEHATAN

Derajat kesehatan merupakan pilar utama sejalan dengan pendidikan dan ekonomi yang erat berhubungan dengan peningkatan kualitas sumber daya manusia, sehingga dengan kondisi derajat kesehatan masyarakat yang tinggi diharapkan akan tercipta sumber daya manusia yang tangguh, produktif dan mampu bersaing untuk menghadapi semua tantangan yang akan dihadapi dalam pembangunan, terdapat korelasi positif antara derajat kesehatan masyarakat dengan produktifitas. Produktifitas merupakan perwujudan dari kualitas sumber daya manusia yang handal sehingga dapat mendukung peningkatan ekonomi dan pembangunan yang pada akhirnya akan mewujudkan kesejahteraan masyarakat dan meningkatkan kualitas suatu bangsa.

Indikator derajat kesehatan dapat dilihat dari; Umur Harapan Hidup (UHH), Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Balita (AKABA), Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kesakitan/Kematian serta status gizi masyarakat.

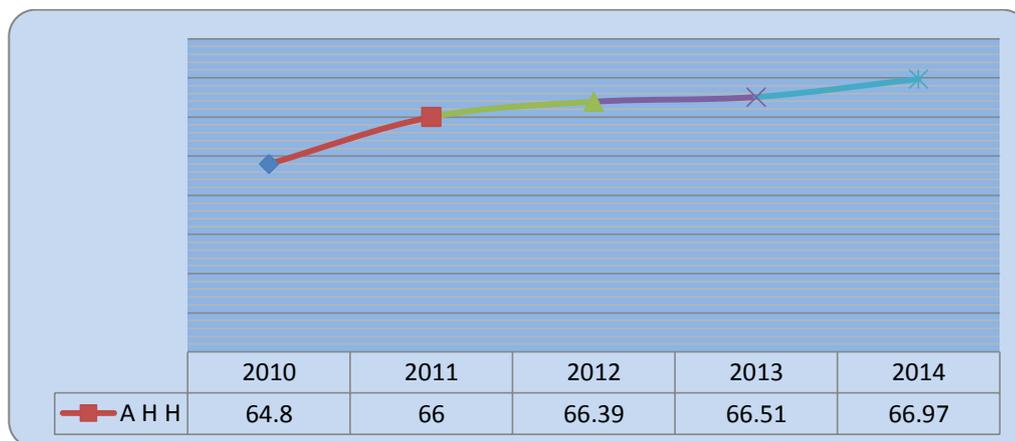
Derajat kesehatan masyarakat Kabupaten Garut Tahun 2016 dapat diketahui dengan melihat indikator : Umur Harapan Hidup (UHH), mortalitas, morbiditas serta status gizi.

#### 4.1 Umur Harapan Hidup (UHH)

Umur Harapan Hidup (UHH) merupakan indikator yang menggambarkan keberhasilan taraf hidup suatu daerah sehingga UHH dijadikan indikator untuk mengevaluasi kinerja pemerintah, kesejahteraan masyarakat serta meningkatnya derajat kesehatan suatu wilayah bisa digambarkan melalui Umur Harapan Hidup (UHH). Selain itu UHH juga digunakan sebagai salah satu dasar perhitungan Indeks Pembangunan Manusia (IPM).

Grafik 4.1

Angka Harapan Hidup Di Kabupaten Garut Tahun 2010 – 2014



Sumber : BPS Kab.Garut, Tahun 2016

Dari Grafik diatas dapat terlihat bahwa angka Umur Harapan Hidup (UHH) Kabupaten Garut dari tahun 2010 sampai dengan tahun 2014 terus meningkat meskipun belum menunjukkan peningkatan angka yang signifikan. Sedangkan angka Umur Harapan Hidup tahun 2015 dan 2016 masih dalam proses perhitungan dan Badan Perhitungan Statistik (BPS) Kabupaten Garut belum mengeluarkan angka resmi untuk Angka Harapan Hidup tahun 2015 dan tahun 2016.

#### 4.2 Mortalitas / Kematian

Mortalitas atau kematian merupakan salah satu dari tiga (3) komponen demografi selain fertilitas dan migrasi, yang dapat mempengaruhi jumlah dan komposisi umur penduduk.

Menurut WHO, kematian merupakan suatu peristiwa menghilangnya semua tanda-tanda kehidupan secara permanen, yang bisa terjadi setiap saat setelah kelahiran hidup.

Kasus kematian banyak berkaitan dengan masalah sosial, ekonomi, budaya maupun masalah yang dipengaruhi oleh kesehatan lingkungan. Indikator kematian dapat dilihat untuk memonitor kinerja pemerintah dalam peningkatan pembangunan dan kesejahteraan masyarakat.

Mortalitas juga menggambarkan derajat kesehatan masyarakat di wilayah tertentu.

Di Kabupaten Garut salah satu kematian yang harus mendapat perhatian khusus adalah masih tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB).

### **1. Angka Kematian Ibu (AKI)**

Angka kematian Ibu (AKI) atau Maternal Mortality Rate (MMR) merupakan indikator penting yang menggambarkan besarnya resiko fase kehamilan, persalinan serta fase nifas (42 hari setelah melahirkan) diantara 100 ribu kelahiran hidup dalam wilayah pada kurun waktu tertentu. Kematian ibu adalah kematian ibu yang sedang dalam keadaan hamil, saat dalam proses persalinan maupun setelah melahirkan sampai empat puluh dua (42) hari.

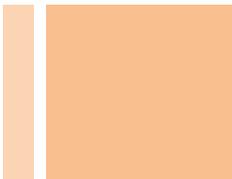
Jumlah kematian ibu pada tahun 2016 yaitu sebanyak tujuh puluh empat (74) kasus dari total kelahiran sebanyak lima puluh enam ribu seratus tujuh puluh tujuh (56.177) dengan rasio 131,73.

Penyebab meningkatnya jumlah kasus kematian ibu pada tahun 2016 di Kabupaten Garut disebabkan oleh tiga (3) faktor, yaitu faktor langsung, faktor tidak langsung dan faktor determinan.

Faktor penyebab langsung kematian ibu tahun 2016 diantaranya yaitu pendarahan, eklamsia dan infeksi sedangkan faktor penyebab tidak langsung yaitu disebabkan oleh 3T (Terlambat mengenal tanda bahaya, Terlambat mengambil keputusan rujukan, Terlambat mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan) dan T4 (Terlalu muda, Terlalu Tua, Terlalu sering, Terlalu banyak).

Faktor ke tiga merupakan faktor determinan sebagai penyebab kematian ibu yaitu masalah sosial, ekonomi dan budaya.

Kematian Ibu pada tahun 2016 yang disebabkan pendarahan sebanyak dua puluh dua (22) kasus, hipertensi dalam kehamilan/ekslamsia sebanyak dua puluh tiga (23) kasus, infeksi



sebanyak dua (2) kasus, abortus satu (1) kasus dan penyebab penyakit lain sebanyak enam belas (16) kasus serta penyebab lain-lain sepuluh (10) kasus. Dari seluruh kasus kematian ibu tersebut, sebanyak lima belas (15) kasus terjadi pada saat ibu hamil, dua puluh enam (26) kasus terjadi pada saat bersalin dan sebanyak tiga puluh tiga (33) kasus terjadi pada waktu nifas.

Apabila dibandingkan dengan tahun 2015, jumlah kematian Ibu mengalami peningkatan sebanyak dua puluh sembilan (29) kasus. Tempat kematian ibu sebanyak lima puluh enam (56) kasus terjadi di Rumah Sakit.

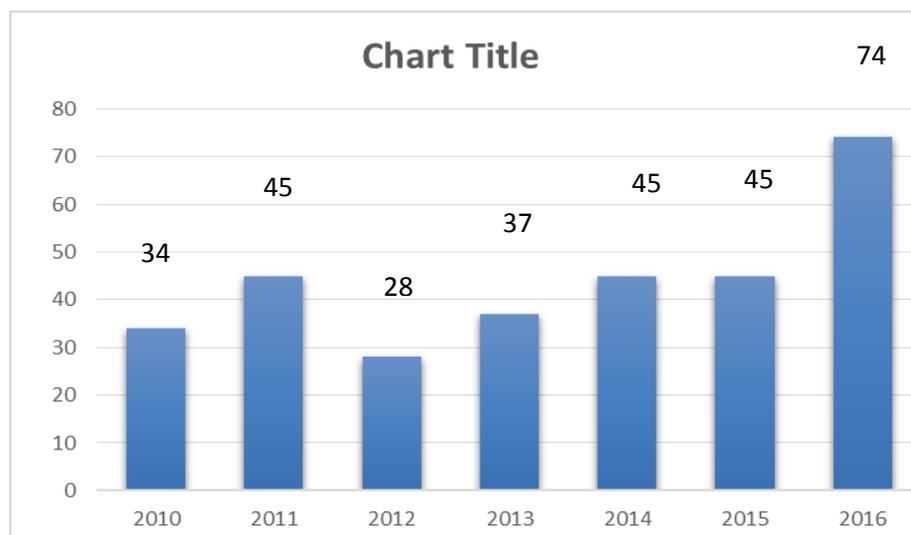
Upaya yang dilakukan untuk menurunkan angka kematian ibu, diantaranya yaitu:

1. Penatalaksanaan kasus kematian ibu dan bayi di PONED
2. Penelusuran kasus kematian ibu dan bayi bagi Bidan
3. Pembahasan kasus kematian ibu dan bayi di tingkat Desa
4. Peningkatan keterampilan bidan melalui MU (*midwifery update*)
5. Orientasi P4K bagi lintas sektor
6. Konsultasi Ahli
7. Pembahasan kasus kematian ibu dan bayi bagi tim pengkaji
8. Evaluasi program KIB
9. Advokasi dan rekomendasi
10. Survisi fasilitatif
11. Gerakan Garut Bebas dari Anemia (GEBETAN)

Dalam sistem pencatatan dan pelaporan masalah kematian ibu sudah tercatat dengan baik, hal ini disebabkan karena adanya kerja sama antara tenaga kesehatan dan masyarakat yang proaktif. Kerja sama antar lintas program maupun dengan lintas sektor pun sudah terjalin dengan baik. Adanya program AMP, *Outopsi verbal*, sistem *surveilan* yang semakin berjalan dengan baik turut mendukung sistem pencatatan dan pelaporan masalah

kematian ibu sehingga kasus kematian terlaporkan dalam dua puluh empat (24) jam.

**Grafik 4.2**  
**Jumlah Kematian Ibu Maternal**  
**Di Kabupaten Garut Tahun 2010 – 2016**



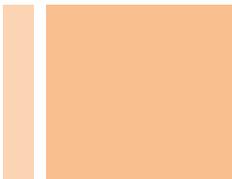
Sumber : Seksi Kesehatan Ibu dan Anak Tahun 2016

## 2. Angka Kematian Bayi (AKB)

Definisi operasional kematian bayi adalah bayi lahir hidup kemudian meninggal dari usia 29 (dua puluh sembilan) hari sampai usia 12 (dua belas) bulan kurang satu hari.

Angka Kematian Bayi (AKB) atau *Infant Mortality Rate (IMR)* merupakan indikator yang sangat sensitif terhadap upaya pelayanan kesehatan terutama yang berhubungan dengan bayi baru lahir perinatal dan neonatal.

Angka Kematian Bayi menggambarkan besarnya resiko kematian bayi kurang dari umur satu tahun (< 1 tahun) dalam 1000 (seribu) kelahiran hidup.



Jumlah kasus kematian bayi di Kabupaten Garut tahun 2016 yaitu sebanyak tiga ratus tiga puluh tiga (333) kasus, dari kelahiran hidup sebanyak 55.177 dengan rasio 5,92.

Adapun penyebab kematian bayi pada tahun 2016 disebabkan oleh Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) sebanyak seratus tiga puluh delapan (138) kasus, Asfiksia sebanyak seratus dua (102) kasus, kelainan bawaan sebanyak tiga puluh empat (34) kasus, pnemonia sebanyak empat (4) kasus, diare sebanyak dua (2) kasus, sepsis sebanyak enam (6) kasus, infeksi empat (4) kasus, tetanus neonatorum sebanyak dua (2) kasus dan disebabkan oleh lain-lain sebanyak empat puluh satu (41) kasus. Kematian bayi tahun 2016 terjadi di Rumah Sakit yaitu sebanyak dua ratus dua puluh lima (225) kasus.

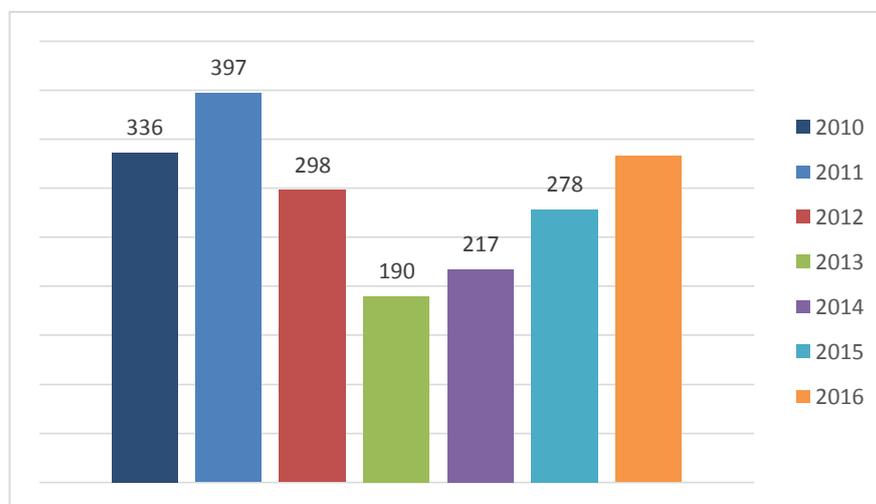
Apabila dibandingkan dengan tahun 2015 jumlah kasus kematian bayi mengalami peningkatan sebanyak lima puluh lima (55) kasus.

Adapun faktor-faktor penyebab meningkatnya kematian bayi di Kabupaten Garut tahun 2016, masih berhubungan erat dengan keadaan geografis, sosial ekonomi masyarakat, sarana prasarana serta masih belum terlatihnya Sumber Daya Manusia (SDM) secara merata berpengaruh terhadap meningkatnya kasus kematian bayi.

Jumlah PONEC yang ada di Kabupaten Garut yaitu sebanyak tiga puluh (30), tetapi sarana prasarana pendukung yang ada di PONEC tersebut belum digunakan secara maksimal karena belum terlatihnya tenaga yang ada untuk mengoperasikan alat tersebut.

Kasus kematian ibu maternal yang terjadi di Kabupaten Garut mulai dari tahun 2010 sampai dengan 2016 dapat digambarkan pada grafik dibawah ini:

**Grafik 4.3**  
**Jumlah Kematian Bayi**  
**Di Kabupaten Garut Tahun 2010 – 2016**



*Sumber : Bidang Kesehatan Keluarga Tahun 2016*

### 3. Angka Kematian Balita (AKABA)

Interpretasi Angka Kematian Bayi (AKABA) adalah jumlah kematian balita umur 0-5 tahun diantara 1000 Kelahiran Hidup (KH). Konsep balita atau bawah lima tahun adalah semua anak termasuk bayi yang baru lahir, yang berusia 0 sampai menjelang tepat 5 tahun (4 tahun, 11 bulan, 29 hari). Pada umumnya ditulis dengan notasi 0-4 tahun.

Definisi Angka Kematian Balita (AKABA) adalah jumlah kematian anak berusia 0 - 4 tahun selama satu tahun tertentu per 1000 anak umur yang sama pada pertengahan tahun itu. Menggabungkan tingkat permasalahan kesehatan anak dan faktor lain yang berpengaruh terhadap kesehatan anak balita seperti gizi, sanitasi, penyakit menular dan kecelakaan.

Di Kabupaten Garut pada tahun 2016 tidak ada kasus kematian balita. Ini merupakan salah satu keberhasilan dibidang kesehatan anak selama dua (2) tahun berturut-turut.

**Grafik 4.4**  
**Jumlah Kematian Balita Di Kabupaten Garut Tahun**  
**2010 – 2016**



*Sumber: Seksi Kesehatan Anak dan Lansia Tahun 2016*

### 4.3 Morbiditas

Masalah kesehatan masyarakat khususnya negara berkembang sangat beragam dan harus segera diatasi dengan kerjasama yang kuat antara pemerintah dan masyarakat itu sendiri.

Untuk memahami masalah kesehatan, harus memperhatikan beberapa aspek diantaranya perilaku kesehatan, lingkungan, genetik dan pelayanan kesehatan yang dapat menimbulkan berbagai masalah lanjutan seperti masalah kesehatan ibu dan anak, masalah gizi dan penyakit baik menular maupun tidak menular. Masalah kesehatan tersebut dapat terjadi pada masyarakat secara umum atau komunitas tertentu seperti kelompok rawan (bayi, balita, ibu) dan kelompok lanjut usia.

Morbiditas adalah angka kesakitan baik *incidens* maupun *prevalens* dari suatu penyakit. Morbiditas menggambarkan kejadian penyakit dalam suatu populasi pada kurun waktu tertentu. Selain itu, morbiditas berperan pula dalam penilaian status dan derajat kesehatan masyarakat.

## 1. Gambaran Masalah Umum Kesehatan

Kesehatan merupakan hal yang sangat penting agar manusia dapat bertahan hidup dan melakukan aktivitas secara produktif. Hal ini melahirkan berbagai upaya manusia untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan agar terhindar dari penyakit dan masalah kesehatan. Usaha-usaha preventif dan promotif seperti gizi, sanitasi, konseling genetika, ekonomi, estetika termasuk di dalamnya. Pentingnya kesehatan ini mendorong pemerintah untuk mendirikan pelayanan kesehatan, agar masyarakat dapat memenuhi kebutuhan kesehatan tersebut dengan mudah. Pelayanan kesehatan adalah salah satu pelayanan publik yang merupakan ujung tombak dalam pembangunan kesehatan masyarakat. Pemerintah berupaya meningkatkan dengan mendirikan fasilitas kesehatan puskesmas dan rumah sakit sebagai bentuk untuk menunjang pelayanan kesehatan masyarakat baik pengunjung rawat jalan maupun rawat inap.

Jumlah kunjungan pasien rawat jalan dan rawat inap ke puskesmas pada tahun 2016 sebanyak 1.255.240 pengunjung. Banyaknya kunjungan pasien ke puskesmas dan jaringannya selain berobat jalan dan rawat inap juga untuk mendapatkan pelayanan preventif seperti pelayanan keluarga berencana (KB), imunisasi, pemeriksaan kehamilan, kir dokter dan klinik sanitasi. Dari total jumlah kunjungan rawat jalan dan rawat yang datang ke puskesmas wilayah kerja Kabupaten Garut selama tahun 2016, maka terdapat sepuluh (10) besar penyakit terbanyak berdasarkan kunjungan dan diagnose pengunjung. Sepuluh (10) besar penyakit tahun 2016, dapat dilihat dari tabel dibawah ini:

**Tabel. 4.1**  
**Sepuluh (10) Besar Penyakit**  
**Penderita Rawat Jalan dan Rawat Inap**  
**Di Puskesmas Kabupaten Garut Tahun 2016**

No	Nama Penyakit	Kasus Baru	
		Jumlah	%
1	Influenza	127.000	18,69
2	Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Atas Akut tidak Spesifik	106.310	15,64
3	Hipertensi Primer (esensial)	71.776	10,56
4	Gastroduodenitis tidak spesifik	63.614	9,36
5	Tukak Lambung	59.183	8,71
6	Gangguan lain pada kulit dan jaringan subkutan yang tidak terklasifikasikan	56.988	8,39
7	Myalgia	56.706	8,34
8	Diare dan Gastroenteritis	52.930	7,79
9	Gejala dan tanda umum lainnya	44.414	6,54
10	Dermatitis lain, tidak spesifik (eksema)	40.711	5,99
	Jumlah	679.632	100,00

*Sumber : Laporan Bulanan 1 Puskesmas Tahun 2016*

Sepuluh (10) jenis penyakit yang ada di unit rawat jalan Puskesmas Kabupaten Garut Tahun 2016 masih didominasi oleh jenis penyakit yang berkaitan dengan ekonomi, lingkungan dan gaya hidup serta penyakit degeneratif.

Penyakit terbanyak yang ada di unit rawat jalan puskesmas tahun 2016 yaitu penyakit influenza sebanyak 127.000 atau sebesar 18,69%, apabila dibandingkan dengan tahun 2015, penyakit influenza masih merupakan jenis penyakit tertinggi dan jumlah angka kesakitannya semakin meningkat. Faktor meningkatnya angka kesakitan dengan diagnosa influenza berkaitan erat dengan imunitas, rendahnya imunitas tubuh maka akan semakin rentan terserang penyakit influenza

sedangkan salah satu terjaganya imunitas yaitu dipengaruhi oleh nutrisi.

Penyakit ke dua terbanyak yaitu Infeksi Saluran Pernafasan Atas Akut tidak Spesifik sebanyak 106.310 atau sebesar 15.64%, penyakit ini pun masih merupakan jenis penyakit tertinggi ke dua pada tahun 2015 dan mengalami peningkatan jumlah angka kesakitan.

Penyakit tidak menular dan penyakit degeneratif yang masuk sepuluh (10) besar tahun 2016, yaitu penyakit Hipertensi (essensial) sebanyak 71.776 atau sebesar 10.56%. Apabila dibandingkan dengan tahun 2015, jumlah kunjungan pasien yang datang ke puskesmas pada tahun 2015 dengan diagnosa hipertensi (esensial) mengalami peningkatan yang cukup signifikan yaitu dari sebanyak 20.198 menjadi 71.776 dan meningkat dari urutan ke lima (5) besar penyakit menjadi tiga (3) besar penyakit yang ada di Kabupaten Garut Tahun 2016.

## **2. Gambaran Penyakit Tidak Menular (PTM)**

Penyakit Tidak Menular (PTM) saat ini menjadi perhatian yang sangat penting pada sektor kesehatan masyarakat, karena memiliki predikat sebagai penyebab tingginya angka kesakitan dan kematian. Berdasarkan *Global Status Report on Non-communicable Disease* (WHO, 2011), sebanyak 63% kematian di dunia disebabkan oleh penyakit tidak menular, seperti penyakit Kardiovaskuler, Diabetes, Kanker, dan penyakit pernafasan dan sebesar 80% terjadi di negara berpendapatan menengah ke bawah (*lower-middle income*).

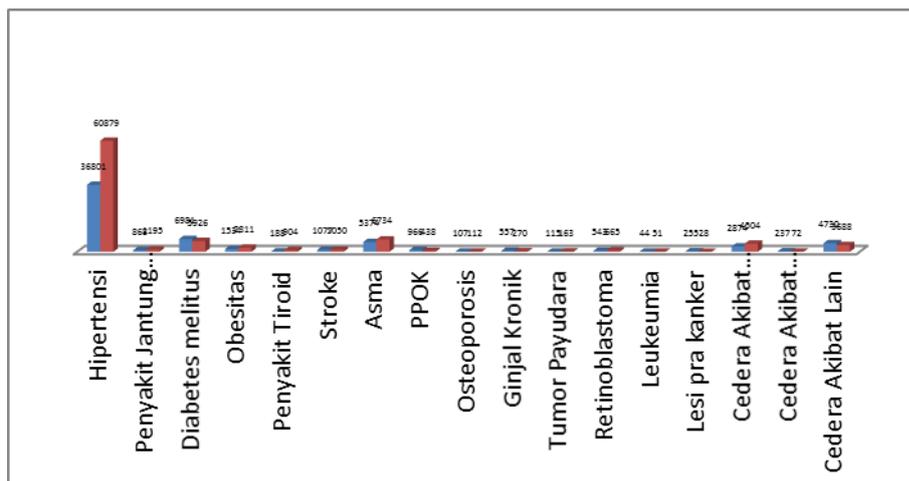
Di negara dengan tingkat ekonomi rendah dan menengah seluruh kematian terjadi pada manusia produktif yaitu berusia kurang dari 60 tahun.

Dalam jumlah total, pada tahun 2030 diprediksi akan ada 52 juta jiwa kematian per tahun karena penyakit tidak menular, atau naik sembilan (9) juta jiwa dari 38 juta jiwa pada saat ini.

Diproyeksikan jumlah kesakitan akibat penyakit tidak menular dan kecelakaan akan meningkat dan penyakit menular akan menurun. Peningkatan kejadian PTM berhubungan dengan peningkatan faktor risiko akibat perubahan gaya hidup seiring dengan perkembangan dunia yang makin modern, pertumbuhan populasi dan peningkatan usia harapan hidup.

Gambaran Penyakit Tidak Menular (PTM) di Kabupaten Garut Tahun 2016 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:

**Grafik 4.5**  
**Kasus PTM berdasar Jenis Penyakit dan Jenis Kelamin**  
**Di Kabupaten Garut Tahun 2016**



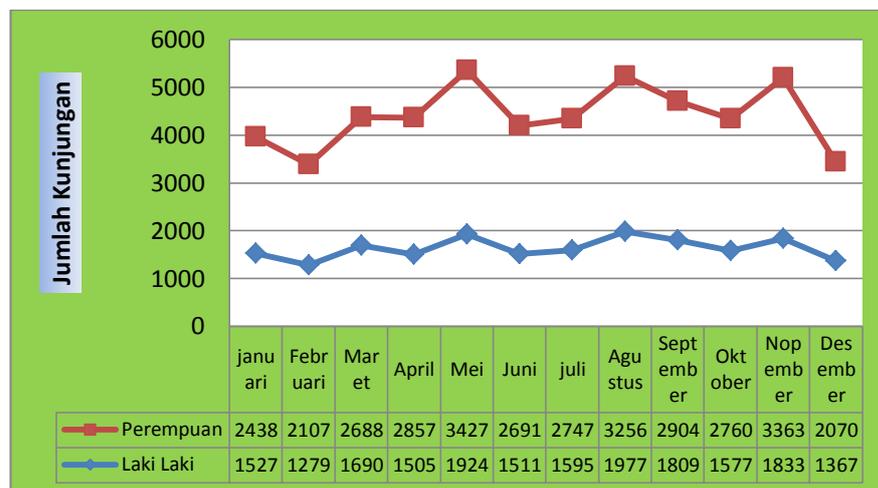
Sumber : Seksi Pengamatan penyakit Tahun 2016

Salah satu jenis Penyakit Tidak Menular (PTM) yaitu hipertensi. Meningkatnya arus globalisasi disegala bidang dengan perkembangan teknologi dan industri membuat perubahan perilaku dan *life style* pada masyarakat. Perubahan gaya hidup, sosial ekonomi, industrialisasi dapat memacu meningkatnya penyakit seperti hipertensi. Hipertensi merupakan penyebab

utama gagal jantung, stroke dan ginjal. Hipertensi disebut sebagai “pembunuh diam-diam” karena orang hipertensi tidak menampakkan gejala (Brunner & Suddarth, 2002:896).

Prevalensi hipertensi di Indonesia sebesar 26,5% pada tahun 2013, tetapi yang terdiagnosis oleh tenaga kesehatan dan/atau riwayat minum obat hanya sebesar 9,5%. Ini menandakan bahwa sebagian besar kasus hipertensi dimasyarakat belum terdiagnosis dan terjangkau pelayanan kesehatan (Kemenkes RI, 2013). Jumlah penyakit hipertensi di Kabupaten Garut Tahun 2016 di gambarkan pada grafik dibawah ini:

**Grafik 4.6**  
**Kasus PTM berdasarkan Jenis Penyakit Hipertensi di Kabupaten Garut Tahun 2016**



Sumber : Seksi Pengamatan Penyakit Tahun 2016

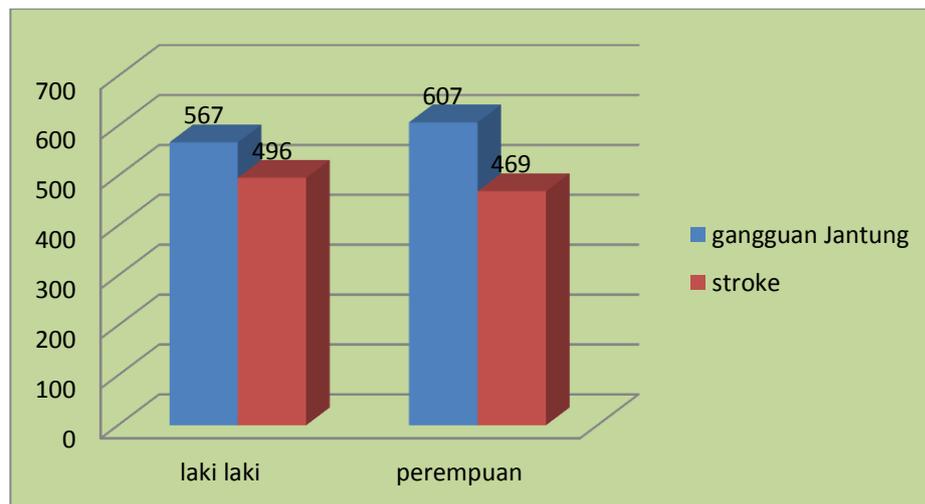
Kunjungan kasus hipertensi terbanyak pada bulan Mei 2016, yaitu sebanyak tiga ribu empat ratus dua puluh tujuh (3.427) pasien perempuan dan sebanyak seribu sembilan ratus dua puluh empat (1.924) pasien laki-laki. Kunjungan pasien wanita mendominasi, dengan asumsi bahwa mobilitas laki-laki lebih tinggi dibanding perempuan yang berpengaruh terhadap

intensitas kunjungan tersebut. Mayoritas penduduk laki-laki Kabupaten Garut berstatus bekerja dan akan datang ke fasilitas kesehatan apabila sudah ada gejala dan keluhan yang mengganggu aktivitas.

Apabila dilihat dari sistem pencatatan dan pelaporan puskesmas mengenai kunjungan belum optimal, hal ini terlihat pada grafik 4.6, yang menunjukkan fluktuasi kasus yang cukup besar.

Selain hipertensi, penyakit gangguan pembuluh darah lainnya yaitu kasus penyakit gangguan jantung dan stroke. Kasus tersebut dapat di gambarkan pada grafik dibawah:

**Grafik 4.7**  
**Kasus PTM berdasarkan Jenis Penyakit Gangguan Jantung Dan Pembuluh Darah Di Kabupaten Garut Tahun 2016**



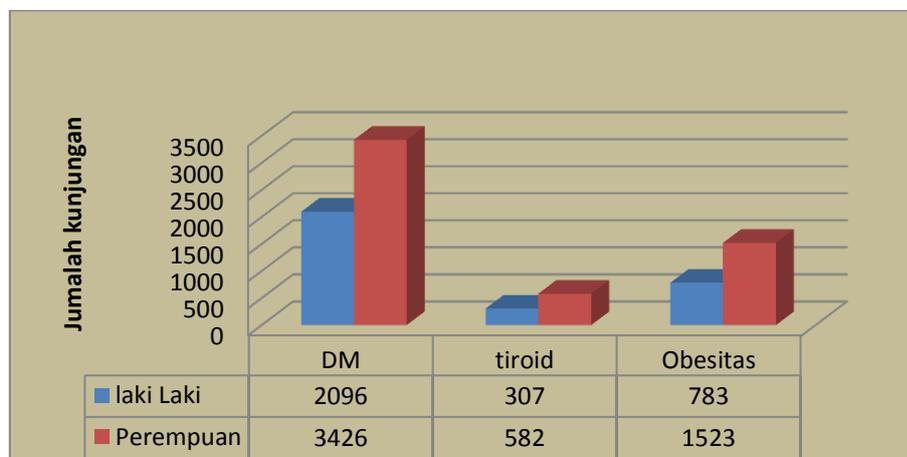
Sumber : Seksi Pengamatan Penyakit Tahun 2016

Dari grafik diatas dapat disimpulkan bahwa kasus penyakit gangguan jantung lebih banyak diderita oleh perempuan, hal ini disebabkan karena selain kunjungan perempuan yang lebih banyak serta perubahan gaya hidup (kurang aktivitas fisik, kurang konsumsi sayur buah) disebabkan juga oleh sistem

fisiologi wanita misalnya hormon estrogen yang berkurang setelah menopause.

Penyakit PTM lainnya yang ada di Kabupaten Garut Tahun 2016 yaitu kasus gangguan metabolik. Gambaran Kasus tersebut dapat dilihat dari grafik dibawah ini:

**Grafik 4.8**  
**Kasus PTM berdasarkan Jenis Penyakit**  
**Gangguan Metabolik**  
**Di Kabupaten Garut Tahun 2016**



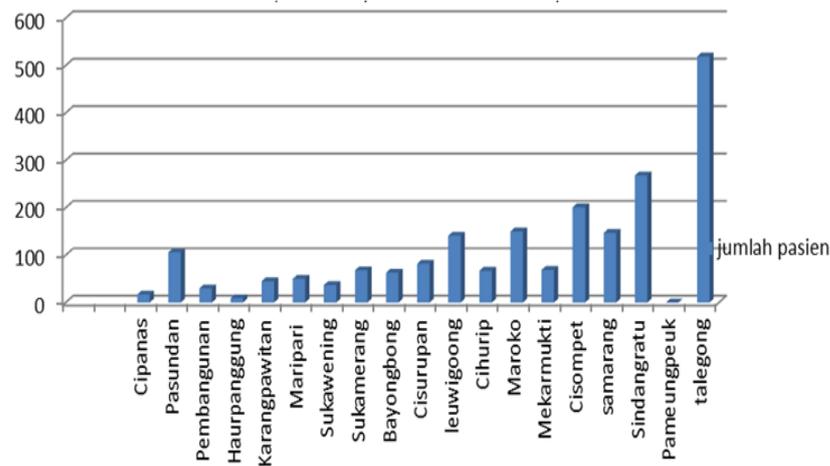
*Sumber : Seksi Pengamatan Penyakit Tahun 2016*

Gangguan metabolik berupa penyakit Diabetes Mellitus merupakan kasus terbanyak dibanding penyakit metabolik lainnya yaitu sebanyak lima ribu lima ratus dua puluh dua (5.522) kasus atau sebesar 62.04% terjadi pada perempuan sebanyak tiga ribu empat ratus dua puluh enam (3.426) kasus. Kasus PTM lainnya yaitu kasus obesitas dimana sebesar 66% terjadi pada perempuan. Secara umum, kasus obesitas ini belum terukur secara keseluruhan karena system pelaporan dari puskesmas belum berjalan dengan baik.

Berdasarkan referensi, idealnya setiap penduduk yang diukur tinggi dan berat badan dengan parameter nilai IMT (Indeks Massa Tubuh) *gold standard* 25, termasuk kategori obesitas apabila melebihi nilai angka tersebut.

Untuk PTM jenis penyakit kanker servik dan payudara, Dinas Kesehatan Kabupaten Garut telah melakukan *screening* IVA (*Inspeksi Visual Asetat*) test dan SADANIS (Periksa Payudara Klinis). Kegiatan skrining sebagai upaya deteksi dini terhadap penyakit kanker payudara melalui SADANIS, dan deteksi dini kanker leher rahim melalui IVA.

**Grafik 4.9**  
**Hasil Pemeriksaan IVA Test dan SADANIS**  
**Di Kabupaten Garut Tahun 2016**



Sumber : Seksi Pengamatan Penyakit Tahun 2016

Tahun 2016 Dinas Kesehatan Kabupaten Garut melaksanakan pelatihan sebanyak tujuh belas (17) puskesmas untuk melakukan kegiatan terlatih IVA.

Angka yang dilaporkan berdasarkan hasil kegiatan skrining IVA dan SADANIS pada November dan Desember 2016, yaitu sebanyak 1.990 orang dan dilakukan IVA test, kemudian

diperoleh hasil sebanyak 4 orang dinyatakan positif (prevalensi rate = 2 per 1000 populasi). Hasil pemeriksaan dengan pola SADANIS dari sampel 31 orang tumor payudara, 1 orang diantaranya *suspect* kanker payudara.

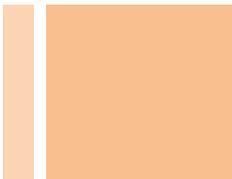
#### 4.4 Gambaran Penyakit yang dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I)

##### 1) *Acute Flaccid Paralysis (AFP)* dan Polio

Polio merupakan (keluarga *Picornaviridae*), sering disingkat sebagai "Polio" adalah virus yang paling ditakuti abad ke-20 di dunia yang menghasilkan permulaan program inisiatif global untuk pemberantasan polio pada tahun 1988. Sebagian polio positif yang diakibatkan oleh *enterovirus RNA* ini dikenal dengan kemampuannya untuk mempengaruhi sebuah bagian dari sumsum tulang belakang dan mengakibatkan terjadinya *Acute Flaccid Paralysis (AFP)* atau dapat menyebabkan kematian apabila menyerang otot pernapasan atau tenggorokan.

Terdapat tiga serotype dari virus polio, di dunia kasus infeksi dari 1 per 200-2000 kasus tergantung pada jenis serotype virus. *World Health Organization (WHO)* 27 tahun yang lalu telah mencapai keberhasilan luar biasa dalam mengurangi jumlah polio di negara-negara endemik, dari 125 negara di penjuru dunia hanya ada 3 negara termasuk Pakistan, Afghanistan, dan Nigeria, dimana *Wild Polio Virus (WPV)* transmisinya belum terputus walaupun angka kasus terjadinya polio telah turun dibawah angka 99% dibandingkan dengan 350.000 kasus baru per tahun kemudian (Ghafoor & Sheikh, 2016).

Program eradikasi polio merupakan suatu upaya kerjasama global. Dengan kerja keras yang telah dilakukan, polio telah berhasil dibasmi di beberapa wilayah dunia diantaranya benua



Amerika (1998), Pasifik Barat (2000), Eropa (2002) dan Asia Tenggara (2014).

Pada tanggal 27 Maret 2014 telah dikeluarkan deklarasi (pernyataan) bahwa wilayah Asia Tenggara (SEARO) termasuk Indonesia telah bebas Polio.

Untuk membuktikan Indonesia benar-benar bebas dari penyakit polio dan mencegah adanya transmisi virus polio liar dari negara-negara endemis polio seperti India, Pakistan dan Nigeria, maka pemerintah melaksanakan strategi dengan pemberian imunisasi rutin, pemberian imunisasi tambahan dan Surveilans AFP (*Acute Flaccid Paralysis*).

Surveilans AFP (*Acute Flaccid Paralysis*) adalah pengamatan yang dilakukan terhadap semua kasus lumpuh layu akut (AFP) pada anak usia <15 tahun yang merupakan kelompok yang rentan terhadap penyakit polio.

Kasus AFP (*Acute Flaccid Paralysis*) adalah semua anak berusia kurang dari 15 tahun dengan kelumpuhan yang sifatnya *flaccid* (layu), terjadi secara akut (mendadak) bukan disebabkan oleh ruda paksa (Depkes RI, 2007).

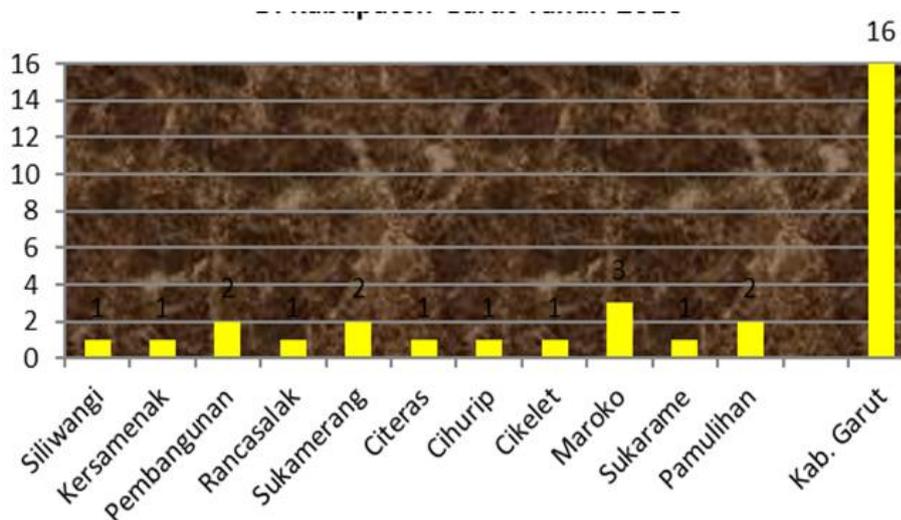
Surveilans AFP (*Acute Flaccid Paralysis*) ini bertujuan untuk mengidentifikasi daerah berisiko transmisi virus polio liar, memantau perkembangan program eradikasi polio dan membuktikan Indonesia bebas polio.

Untuk mencapai tujuan tersebut dilakukan berbagai upaya strategi, diantaranya dengan menemukan kasus AFP (*Acute Flaccid Paralysis*) minimal 2/100.000 penduduk berusia < 15 tahun melalui kegiatan Surveilans AFP di rumah sakit (SARS) dan Surveilans AFP di masyarakat.

Kasus AFP yang ditemukan tersebar di 13 desa, 11 puskesmas dan 10 kecamatan, dengan penemuan terbanyak di wilayah

Puskesmas Maroko sebanyak 3 kasus (18,75%), seperti terlihat pada grafik dibawah ini :

**Grafik 4.10**  
**Penemuan Kasus AFP Berdasarkan Puskesmas**  
**Di Kabupaten Garut Tahun 2016**



Sumber : Seksi Pengamatan Penyakit Tahun 2016

Penemuan kasus AFP di Kabupaten Garut tahun 2016 yaitu sebanyak enam belas (16) kasus dengan hasil pemeriksaan laboratorium Bio Farma Bandung adalah negatif virus Polio liar (AFP Non Polio). Hal ini membuktikan bahwa tidak ditemukan virus polio liar di Kabupaten Garut tahun 2016.

Pencapaian target untuk penemuan kasus AFP sudah tercapai, akan tetapi sebaran kasus ada di sebelas (11) puskesmas dari jumlah puskesmas sebanyak enam puluh tujuh (67).

Apabila dibandingkan dengan tahun 2015, kasus AFP terjadi peningkatan jumlah kasus yaitu dari dua belas (12) kasus menjadi enam belas (16) kasus. Ini disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya masih banyak petugas surveilans epidemiologi puskesmas yang belum terlatih dan belum semua

fasilitas kesehatan dapat menyampaikan informasi adanya kasus AFP.

Untuk penemuan kasus AFP secara maksimal, perlu adanya upaya peningkatan Sumber Daya Manusia (petugas surveilans) melalui pelatihan, bimbingan teknis dan pertemuan, monitoring evaluasi kegiatan Surveilans AFP serta memperluas jejaring surveilans epidemiologi.

## 2) Penyakit Difteri

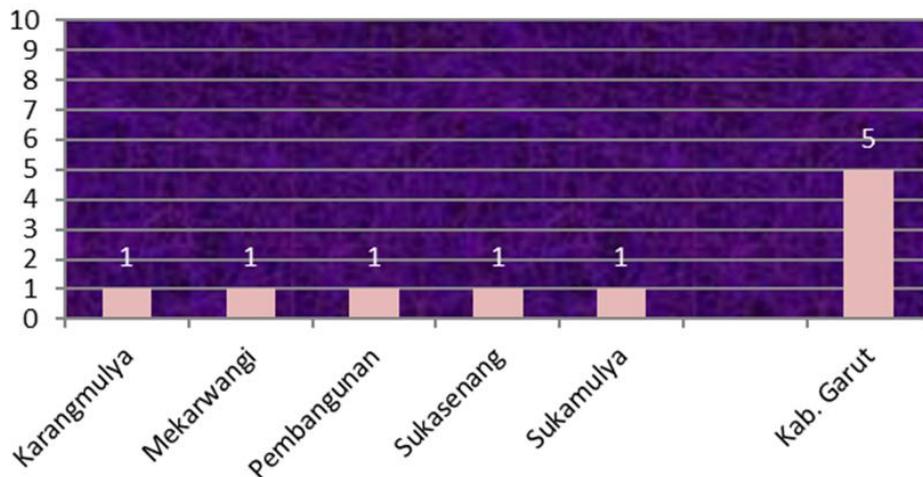
Penyakit difteri disebabkan oleh bakteri *Corynebacterium diphtheriae* yang menyerang sistem pernapasan bagian atas; menyerang selaput lendir pada hidung dan tenggorokan serta terkadang dapat memengaruhi kulit. Penyakit difteri merupakan penyakit menular dan termasuk infeksi serius yang berpotensi mengancam jiwa jika tidak segera ditangani. Penyakit difteri pada umumnya menyerang anak-anak usia 1-10 tahun.

Menurut *World Health Organization* (WHO), tercatat ada setidaknya 7.321 kasus difteri yang tercatat di seluruh dunia pada tahun 2014. Pada tahun 2015, Indonesia turut menyumbang 394 kasus, angka kejadian difteri di Indonesia mengalami peningkatan menjadi 502 kasus.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia menyatakan bahwa 37 persen kasus ini terjadi pada penderita yang belum mendapatkan imunisasi difteri.

Kasus difteri yang ditemukan di Kabupaten Garut tersebar di lima (5) desa, lima (5) puskesmas dan lima (5) kecamatan. Adanya penemuan kasus difteri sebanyak lima (5) kasus, dengan kematian sebanyak dua (2) kasus, dengan *Case Fatality Rate*, CFR = 40%.

**Grafik 4.11**  
**Penemuan Kasus Difteri Berdasarkan Wilayah Puskesmas**  
**Di Kabupaten Garut Tahun 2016**



*Sumber : Seksi Pencegahan Penyakit, Tahun 2016*

Adanya penemuan kasus difteri menunjukkan bahwa jejaring dan sistem surveilans epidemiologi di Kabupaten Garut sudah berjalan cukup baik.

Sebagian besar kasus yaitu empat (4) kasus ditemukan dan merupakan informasi dari RSUD dr. Slamet Kabupaten Garut, sedangkan satu (1) kasus terdapat di Puskesmas Tarogong DTP.

Meskipun demikian, seluruh puskesmas tetap perlu mewaspadaai adanya transmisi atau penularan dari puskesmas atau kabupaten/kota yang merupakan daerah ditemukan atau endemis difteri, yaitu wilayah yang berbatasan dengan Kabupaten Garut (Kabupaten Tasikmalaya, Kabupaten Bandung dan Kabupaten Cianjur) dan puskesmas - puskesmas yang mempunyai faktor risiko cakupan imunisasi DPT rendah.

### 3) Penyakit Pertusis

Pertusis atau batuk rejan adalah infeksi bakteri pada paru-paru dan saluran pernapasan yang mudah sekali menular. Batuk rejan sempat dianggap penyakit anak-anak saat vaksin pertusis belum ditemukan. Pertusis juga dapat diderita orang dewasa, namun penyakit ini dapat mengancam nyawa bila terjadi pada lansia dan anak-anak, khususnya bayi yang belum cukup umur untuk mendapat vaksin pertusis.

Pertusis merupakan penyakit yang mempunyai gejala batuk beruntun biasanya pada malam hari dengan suara khas yang pada akhir batuk menarik nafas panjang dan terdengar suara “hup” (*whoop*).

Pertusis dapat menular melalui percikan di udara saat penderita batuk atau bersin. Anak yang menderita pertusis biasanya didapatkan dari penderita pertusis yang lain dan belum mendapatkan imunisasi yang lengkap.

Umumnya, gejala batuk rejan akan muncul antara 7 hari hingga 21 hari usai bakteri *Bordetella pertussis* masuk dalam saluran pernapasan seseorang. Perkembangan gejala batuk rejan ada tiga tahapan, terutama pada bayi dan anak kecil:

- **Tahap Pertama (masa gejala awal):** munculnya gejala-gejala ringan seperti hidung berair dan tersumbat, bersin-bersin, mata berair, radang tenggorokan, batuk ringan, hingga demam. Tahap ini bisa bertahan hingga dua minggu, dan di tahap inilah penderita berisiko menularkan batuk rejan ke orang sekelilingnya.
- **Tahap Kedua (masa paroksismal):** tahap ini ditandai dengan meredanya semua gejala-gejala flu, namun batuk justru bertambah parah, dan tak terkontrol. Di tahap inilah terjadi batuk keras terus menerus yang diawali tarikan napas panjang lewat mulut (*whoop*). Usai serangan batuk, penderita

bisa mengalami muntah (umumnya pada bayi dan anak-anak) serta tubuh mengalami kelelahan. Tahap ini bisa berlangsung dua hingga empat minggu atau lebih.

- **Tahap Ketiga (masa penyembuhan):** tahap inilah tubuh penderita mulai membaik, namun gejala batuk rejan tetap ada bahkan penderita bisa batuk lebih keras. Tahap pemulihan ini bisa bertahan hingga dua bulan atau lebih tergantung dari pengobatan.

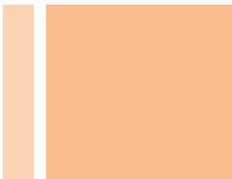
Pemeriksaan laboratorium pada apusan lendir tenggorok ditemukan kuman pertusis (*Bordetella pertussis*).

Di Kabupaten Garut sampai dengan tahun 2016 tidak dilaporkan adanya kasus pertusis, hal ini dimungkinkan karena kekebalan masyarakat terhadap penyakit ini sudah baik sehingga penyakit pertusis ini jarang ditemukan lagi.

#### 4) Penyakit Tetanus dan Tetanus Neonatorum (TN)

Tetanus neonatorum disebabkan oleh *basil Clostridium tetani*, yang masuk ke tubuh melalui luka. Penyakit ini menginfeksi bayi baru lahir yang salah satunya disebabkan oleh pemotongan tali pusat dengan alat yang tidak steril. Kasus tetanus neonatorum banyak ditemukan di negara berkembang khususnya negara dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan yang rendah. Bakteri *Clostridium tetani* ini banyak ditemukan di tanah, kotoran manusia dan hewan peliharaan di daerah pertanian. Kekebalan terhadap Tetanus hanya dapat diperoleh melalui kekebalan buatan, secara pasif dengan suntikan anti tetanus serum, dan secara aktif dengan pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid/TT (Dinkes Provinsi Jawa Barat, 2009).

Sedangkan Tetanus Neonatorum (TN) adalah bayi lahir hidup normal dapat menangis dan menetek selama 2 hari kemudian

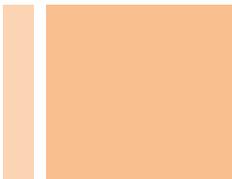


timbul gejala sulit menetek disertai kejang rangsang pada umur 3–28 hari (Depkes RI, 2003).

Tetanus Neonatorum ini disebabkan oleh masuknya kuman *Clostridium tetani*, melalui luka tali pusat akibat pemotongan dan perawatan luka tali pusat yang tidak bersih atau ditaburi ramuan. Bakteri *Clostridium tetani* ini banyak ditemukan di tanah, kotoran manusia dan hewan peliharaan di daerah pertanian. Kekebalan terhadap Tetanus hanya dapat diperoleh melalui kekebalan buatan, secara pasif dengan suntikan anti tetanus serum, dan secara aktif dengan pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid/TT.

Pemberian Imunisasi pada wanita usia subur (WUS) termasuk calon pengantin dan ibu hamil merupakan upaya untuk melindungi bayi yang akan dilahirkan. Eliminasi Tetanus Neonatorum dicapai apabila di suatu wilayah Kabupaten/Kota mempunyai jumlah kasus TN < 1 per 1000 bayi lahir hidup. Secara operasional, status ini dapat diukur dengan tingkat pencapaian imunisasi serta pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan. Penyakit Tetanus Neonatorum (TN) merupakan salah satu penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I), masih menjadi masalah kesehatan di Indonesia termasuk di Kabupaten Garut, karena merupakan salah satu penyebab utama kematian bayi.

Berdasarkan data tahun 2016, di Kabupaten Garut ditemukan kasus Tetanus Neonatorum sebanyak 1 kasus, dengan kematian 1 kasus (CFR=100%). Kasus TN tersebut merupakan suatu Kejadian Luar Biasa (KLB) berasal dari Desa Kertajaya Puskesmas Cibatu Kecamatan Cibatu Kabupaten Garut, yang merupakan informasi dari Rumah Sakit An-Nisa Queen. Faktor risiko penyebab terjadinya TN adalah tidak adanya kekebalan tubuh karena tidak imunisasi, pertolongan persalinan oleh dukun paraji yang kurang memperhatikan kebersihan perorangan dan



alat, serta perilaku anggota keluarga yang masih menggunakan bahan lain (Rangasu) dalam perawatan tali pusat.

Sedangkan kasus tetanus (non neonatorum), pada tahun 2016 ditemukan sebanyak 3 kasus dengan kematian 1 kasus (CFR=33,33%). Kasus tersebut berasal dari wilayah Puskesmas Haurpanggung, Pembangunan dan Cisewu. Penemuan kasus di RSUD dr. Slamet Garut sebanyak 2 kasus dan di Puskesmas Cisewu sebanyak 1 kasus.

Walaupun penemuan kasus Tetanus Neonatorum (TN) dan Tetanus (Non Neonatorum) kecil atau sedikit, namun masih dimungkinkan adanya kasus-kasus Tetanus Neonatorum dan Tetanus (Non Neonatorum) yang tidak dilaporkan, sehingga masih diperlukan adanya upaya peningkatan penemuan kasus (case finding), serta upaya pencegahan melalui peningkatan pencapaian imunisasi dan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, untuk meningkatkan perlindungan dan mencegah kasus kematian bayi karena penyakit Tetanus Neonatorum.

Penemuan kasus TN tidak terlepas dari upaya kegiatan Surveilans PD3I dengan deteksi dini dan respon cepat terhadap kasus PD3I. Penanggulangan yang cepat dan tepat dapat menekan angka kematian, bahkan tidak adanya kasus kematian. Walaupun penemuan kasus TN kecil atau sedikit, namun masih dimungkinkan adanya kasus-kasus TN yang tidak dilaporkan, sehingga masih diperlukan adanya upaya peningkatan penemuan kasus TN serta upaya pencegahan melalui peningkatan pencapaian imunisasi dan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan untuk meningkatkan perlindungan dan mencegah kasus kematian bayi karena penyakit Tetanus Neonatorum.

## 5) Penyakit Campak

Penyakit campak disebabkan oleh virus campak golongan *Paramyxovirus*. Penularan dapat terjadi melalui udara yang telah terkontaminasi oleh droplet (ludah) orang yang telah terinfeksi. Sebagian besar kasus campak menyerang anak-anak usia pra sekolah dan usia SD. Jika seseorang pernah menderita campak, maka dia akan mendapatkan kekebalan terhadap penyakit tersebut seumur hidupnya.

Sembilan puluh (90%) anak yang tidak kebal akan terserang penyakit campak. Berdasarkan cakupan imunisasi rata-rata sejak tahun 1996-2000 sebesar 91,8% di Indonesia, maka diperkirakan terdapat 10.336 – 31.000 kematian karena campak pada tahun 2000.

Meskipun cakupan imunisasi cukup tinggi, Kejadian Luar Biasa (KLB) campak masih terdapat kemungkinan terjadi KLB penyakit campak disebabkan adanya akumulasi anak-anak rentan karena tidak di imunisasi ditambah adanya kegagalan imunisasi (tidak terbentuk imunitas).

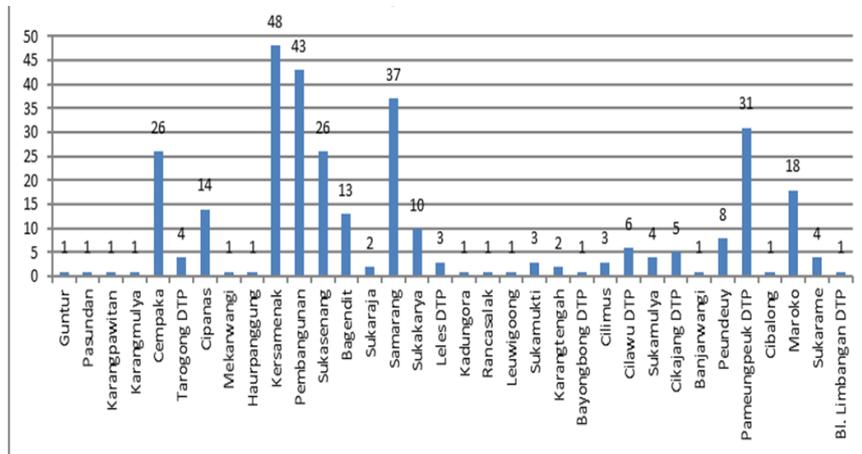
Penyakit campak dikenal juga sebagai Morbili atau Measles, merupakan penyakit yang sangat menular (infeksius) yang disebabkan oleh virus. Sembilan puluh persen (90%) anak yang tidak kebal akan terserang penyakit campak.

Pada tahun 2016, secara klinis di Kabupaten Garut telah terdeteksi dan tercatat sebanyak 323 kasus campak, dengan kematian sebanyak 1 kasus (Case Fatality Rate, CFR = 0,3%).

Kasus tersebut tersebar di 34 puskesmas dan 21 kecamatan, dengan kasus terbanyak ditemukan di wilayah Puskesmas Kersamenak sebanyak 48 kasus (14,86%) seperti terlihat pada Grafik berikut:



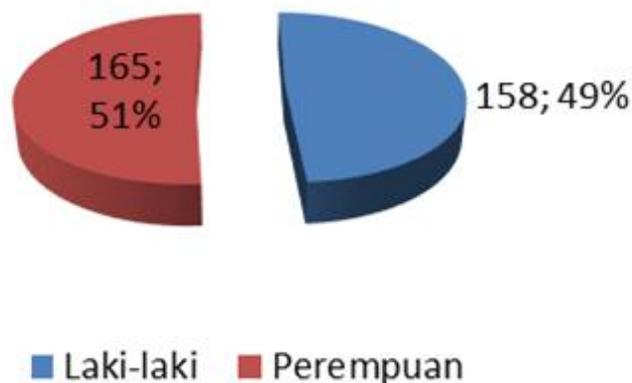
**Grafik 4.12**  
**Penemuan Kasus Campak Berdasarkan Puskesmas**  
**Di Kabupaten Garut Tahun 2016**



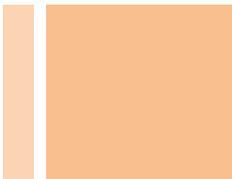
Sumber: Seksi Pengamatan Penyakit, Tahun 2016

Proporsi kasus campak berjenis kelamin perempuan (52,1%) lebih besar dibandingkan dengan yang berjenis kelamin laki-laki (48,9% kasus). Data tersaji dalam grafik dibawah ini:

**Grafik 4.13**  
**Penemuan Kasus Campak Berdasarkan Gender**  
**Di Kabupaten Garut Tahun 2016**



Sumber: Seksi Pengamatan Penyakit, Tahun 2016



Penemuan kasus (*case finding*) campak sebanyak 323 dicapai melalui surveilans campak berbasis kasus individu (Case Based Measles Surveillance, CBMS) dan penyelidikan epidemiologi (PE) KLB Campak dengan frekuensi KLB Campak (Rubella) sebanyak 7 kali.

Dengan penemuan kasus campak ini menunjukkan bahwa masih terdapat populasi berisiko terhadap penyakit campak di Kabupaten Garut tahun 2016, walaupun cakupan imunisasi campak sebesar 92,9% telah mencapai hasil yang melebihi target (90%), belum menjamin adanya kekebalan masyarakat terhadap penyakit campak. Oleh karena itu masih perlu dilakukan upaya pencegahan penyakit campak melalui pelayanan imunisasi yang merata di seluruh masyarakat, perbaikan gizi dan pemberian vitamin A pada balita.

## **6) Penyakit Hepatitis**

Penyakit Hepatitis adalah penyakit yang disebabkan oleh virus Hepatitis dengan gejala klinis demam, badan lemas, mual, selaput mata berwarna kuning, atau air kencing berwarna seperti air teh.

Hepatitis merupakan salah satu penyakit PD3I yang berpotensi KLB/wabah.

Pada tahun 2016, di Kabupaten Garut tidak dilaporkan adanya kasus Hepatitis A dan hanya 2 kasus Hepatitis B yang tercatat di RSUD dr. Slamet Garut.

Walaupun penemuan kasus Hepatitis kecil, namun tetap perlu diwaspadai adanya transmisi atau penularan kasus dari wilayah atau daerah kabupaten/kota yang terjangkit atau terjadi KLB Hepatitis A.

#### 4.5 Gambaran Kejadian Luar Biasa Penyakit dan Keracunan Pangan (Makanan)

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1501/MENKES/PER/X/2010 tentang jenis penyakit menular tertentu yang dapat menimbulkan wabah dan upaya penanggulangan, menyebutkan bahwa Kejadian Luar Biasa (KLB) adalah timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan dan/atau kematian yang bermakna secara epidemiologi pada suatu daerah dalam kurun waktu tertentu, dan merupakan keadaan yang dapat menjurus pada terjadinya wabah. Dalam Permenkes tersebut ditetapkan sebanyak 17 penyakit menular yang berpotensi untuk menimbulkan KLB dan ada 7 kriteria untuk menyatakan suatu daerah dalam keadaan KLB.

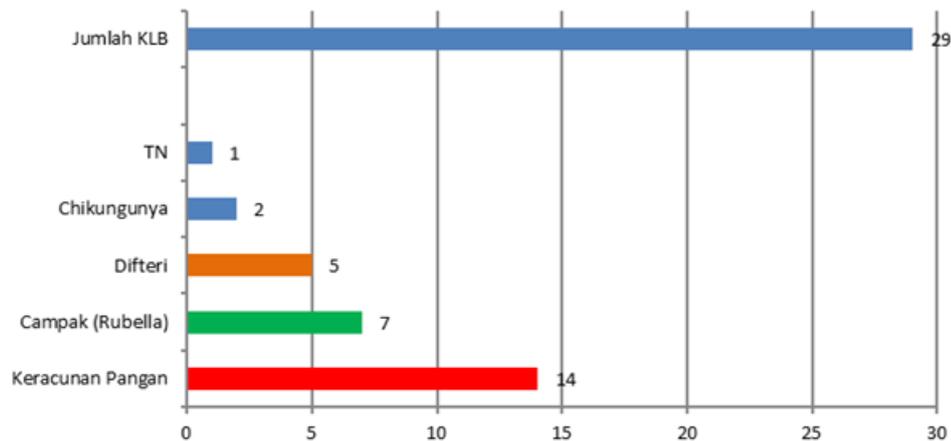
Setiap KLB harus dilakukan upaya penanggulangan secara dini yang dilakukan kurang dari 24 jam terhitung sejak daerahnya memenuhi salah satu kriteria KLB. Penanggulangan KLB/wabah dilakukan secara terpadu oleh Pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat, sesuai dengan jenis penyakit yang menyebabkan KLB/Wabah.

Frekuensi KLB penyakit dan keracunan pangan yang terjadi di Kabupaten Garut selama tahun 2016, tercatat sebanyak 29 KLB dan dilakukan penyelidikan epidemiologi.

Frekuensi kejadian terbanyak KLB adalah keracunan pangan (makanan/minuman) yaitu sebanyak empat belas (14) kejadian, KLB Campak (*Rubella*) sebanyak tujuh (7) kejadian, KLB penyakit Difteri sebanyak lima (5) kejadian, KLB penyakit Chikungunya sebanyak dua (2) kejadian, dan KLB penyakit *Tetanus Neonatorum* (TN) sebanyak satu (1) kejadian.

Gambaran Kejadian Luar Biasa (KLB) Di Kabupaten Garut Tahun 2016 dapat terlihat pada grafik dibawah ini:

**Grafik 4.14**  
**Frekuensi KLB Penyakit dan Keracunan Pangan**  
**(Makanan)**  
**Di Kabupaten Garut Tahun 2016**



*Sumber: seksi pengamatan penyakit, Tahun 2016*

KLB tersebut terjadi di 27 desa dan 88 kecamatan di Kabupaten Garut, dengan kematian 3 kasus (CFR = 0,57%). Telah dilakukan penyelidikan epidemiologi terhadap semua KLB, namun sekitar 86,21% (25 KLB) yang dapat ditangani kurang dari 24 jam. Terdapat 4 KLB (13,79%) yang ditangani lebih dari 24 jam, hal ini terjadi karena adanya keterlambatan laporan dan informasi.

Dengan masih banyaknya KLB keracunan pangan (makanan/minuman) yang terjadi di Kabupaten Garut tahun 2016, maka perlu ditingkatkan adanya respon cepat dan upaya pencegahan atau antisipasi terhadap setiap adanya *alert* (sinyal) penyakit berpotensi KLB/Wabah oleh pihak/program terkait.

## 4.6 Gambaran Umum Penyakit Menular

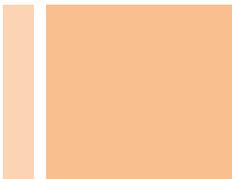
### 4.6.1 Penyakit Menular Bersumber Binatang

#### 1. Malaria

Malaria merupakan salah satu penyakit menular dimana upaya pengendaliannya menjadi komitmen global dalam *Millenium Development Goals* (MDGs) kemudian dilanjutkan dalam program *Sustainable Development Goals* (SDGs).

Malaria disebabkan oleh parasit *Plasmodium* yang hidup dan berkembang biak dalam darah merah manusia ditularkan oleh nyamuk malaria (*Anopheles*) betina. Malaria menyebar melalui gigitan nyamuk yang sudah terinfeksi oleh parasit. Malaria dapat menyebabkan kematian apabila tidak ditangani dengan benar. Infeksi malaria bisa terjadi karena dengan satu gigitan nyamuk *anopheles*, malaria jarang sekali menular secara langsung dari satu orang ke orang lainnya. Misalnya kondisi penularan penyakit ini terjadi akibat kontak dengan darah penderita atau kasus janin dapat terinfeksi karena tertular dari darah sang ibu.

Kabupaten Garut merupakan salah satu daerah endemis malaria di Jawa Barat, disamping Kabupaten Pangandaran, Tasikmalaya dan Sukabumi. Endemis apabila sepanjang tahun di daerah tersebut ditemukan penduduk yang menderita penyakit tersebut. Dari empat puluh dua (42) kecamatan yang ada di Kabupaten Garut, enam (6) kecamatan tercatat sebagai daerah malaria dan merupakan daerah terpencil. Dari enam (6) kecamatan tersebut, empat (4) kecamatan merupakan daerah endemis (Cibalong, Pameungpeuk, Mekarmukti dan Caringin) sedangkan 2 kecamatan merupakan daerah reseptif (Bungbulang dan Pakenjeng). Dari enam (6) kecamatan tersebut, Cibalong merupakan daerah dengan endemisitas yang paling tinggi (*high case incidence*) karena lebih dari 70 % kasus terjadi di Kecamatan Cibalong.



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

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

Pada Tahun 2016 jumlah penderita malaria yang berhasil ditemukan dan diobati seluruhnya sebanyak 6 kasus *indigenous* dan 4 kasus *import*, terjadi penurunan Jumlah kasus dari tahun 2015 sebanyak 17 kasus *indigenous* dan 4 *import*.

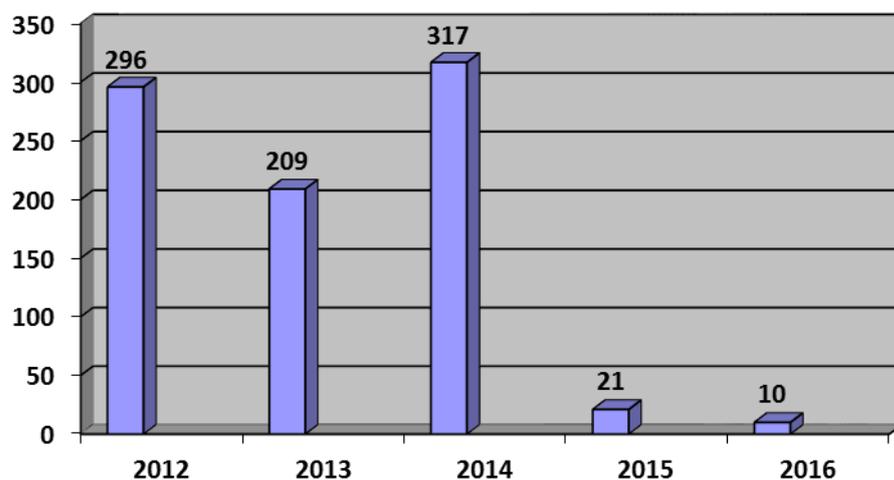
Indikator untuk menilai angka kesakitan malaria melalui *Annual Parasite Incidence* (API) yaitu jumlah kasus positif malaria tahun 2016. Tercatat 0,84 per 1.000 penduduk tanpa adanya kematian (*Case Fatality Rate*, CFR = 0 %). Bila dibandingkan dengan tahun 2015, kasus positif malaria menunjukkan penurunan jumlah kasus, dimana tahun 2015 tercatat saat itu 21 kasus (API = 1.94 per 1.000 penduduk).

Penurunan angka jumlah kasus tersebut, cukup bermakna karena menunjukkan hasil yang baik kegiatan intensifikasi upaya pengendalian malaria salah satu hasilnya adalah laporan cakupan sediaan darah atau konfirmasi laboratorium. Pada tahun 2015 telah dilakukan pemeriksaan sediaan darah sebanyak 9.991 klinis dan tahun 2016 sebanyak 10.738 terhadap penderita klinis. Tingginya cakupan pemeriksaan sediaan darah di laboratorium tersebut merupakan aplikasi dari kebijakan nasional pengendalian malaria dalam mencapai eliminasi malaria, yaitu semua kasus malaria klinis harus dikonfirmasi laboratorium.

Selain itu, penurunan kasus positif malaria tahun 2016 terjadi selain karena kualitas penemuan dan pencegahan yang secara aktif oleh Juru Malaria (JMD) di 21 desa daerah reseptif malaria juga berbagai upaya dalam rangka penanggulangan vektor malaria, yaitu :

1. Meningkatnya penemuan dan penatalaksanaan penderita malaria secara aktif oleh Juru Malaria Desa (*Active Case Detection, ACD*) yang berkualitas
2. Intensitas kegiatan penyuluhan kepada masyarakat baik secara individu maupun kelompok.
3. Pembagian kelambu berinsektisida kepada masyarakat di daerah tempat penyebaran vektor malaria.
4. Meningkatnya kesadaran masyarakat dalam pencegahan penyakit malaria dan segera melakukan pemeriksaan apabila dirasakan telah mengalami gejala penyakit.

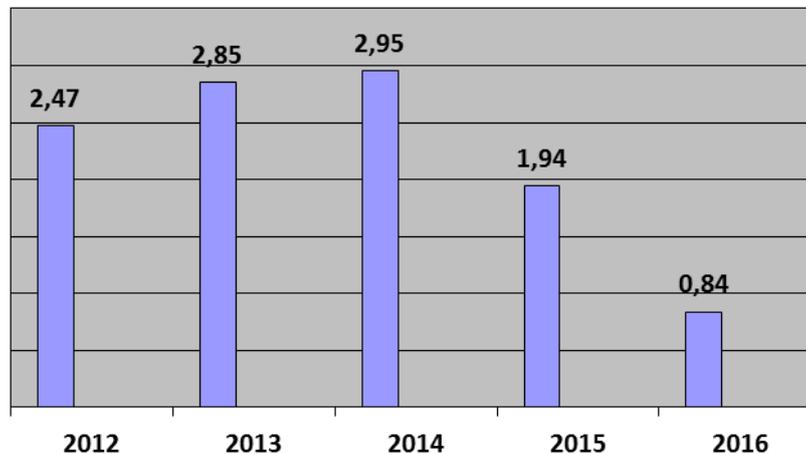
**Grafik 4.15**  
**Trend Kasus Malaria Positif Di Kabupaten Garut**  
**Tahun 2012- 2016**



Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit, Tahun 2016

**Grafik 4.16**

**Annual Parasite Incidence (API)  
Di Kabupaten Garut Tahun 2012 - 2016**



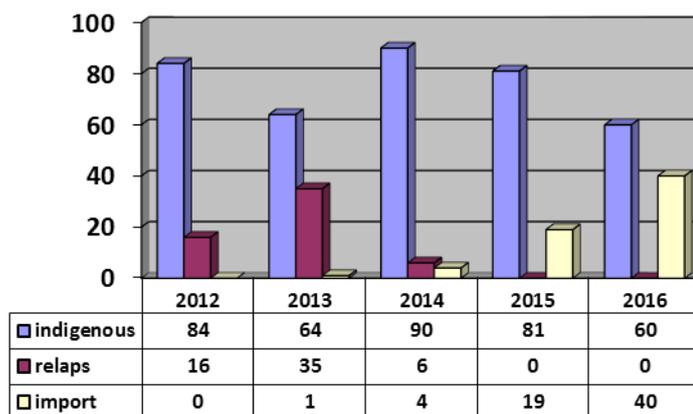
Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit, Tahun 2016

Hasil Riskesdas tahun 2013 menyajikan gambaran penyakit malaria. Salah satu indikator yang diukur adalah *period prevalence* malaria, dimana dalam satu bulan terakhir terdiri dari:

- a. Kasus yang sudah dipastikan dengan pemeriksaan darah
- b. Kasus yang menunjukkan gejala klinis malaria atau tidak menunjukkan gejala namun pernah minum obat anti malaria

Gambaran *period prevalence* malaria menurut kecamatan daerah endemis dengan prevalensi pemeriksaan darah tertinggi adalah :

**Grafik 4.17**  
**Proporsi Penderita Malaria Positif Menurut Klasifikasi**  
**Epidemiologi**  
**Di Kabupaten Garut Tahun 2012 – 2016**



*Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit, Tahun 2016*

Grafik diatas menunjukkan bahwa Kabupaten Garut khususnya wilayah selatan merupakan daerah endemis rendah malaria dari temuan setiap tahunnya dan masih terdapat kasus import, penderita lebih banyak terjadi pada pekerja dengan tingkat migrasi yang tinggi ke luar pulau dan telah teridentifikasi pulau dengan tingkat endemis tinggi. Kasus indigenous dalam dua (2) tahun terakhir ini mengalami penurunan khususnya di tahun 2016 sebesar 60% atau mengalami penurunan sebesar 21% dibanding tahun 2015.

Penurunan kasus tersebut disebabkan karena semakin berkurangnya luas perindukan jentik nyamuk malaria di sepanjang garis pantai selatan. Selain itu, peningkatan pengetahuan masyarakat tentang penyakit malaria dan pencegahannya sudah meningkat.

## 2. Demam Berdarah Dengue

Demam Berdarah Dengue (DBD) / *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)*, adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* (bisa juga *Aedes albopictus*) yang hidup di dalam dan disekitar rumah.

Gejala awal penyakit : demam tinggi mendadak secara terus menerus selama 2-7 hari, lemah dan lesu, sering kali ulu hati terasa nyeri karena terjadi perdarahan di lambung, timbul bintik-bintik merah pada kulit seperti bekas gigitan nyamuk disebabkan pecahnya pembuluh darah kapiler di kulit (untuk membedakannya kulit diregangkan apabila bintik merah itu hilang bukan tanda DBD). Gejala lanjutan: Kadang-kadang terjadi pendarahan di hidung (mimisan), mungkin terjadi muntah atau berak bercampur darah. Bila sudah parah, penderita gelisah, ujung tangan dan kaki dingin berkeringat bila tidak segera ditolong, penderita dapat meninggal dunia.

Penyakit DBD merupakan penyakit menular yang dapat menimbulkan kematian yang tinggi bila tidak secepatnya diperiksakan ke puskesmas atau Rumah sakit, akan tetapi sebenarnya dapat dicegah secara mudah dan murah dengan melakukan kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) yaitu dengan cara 3 M Plus : (Mengubur barang-barang bekas, Menguras tempat air secara teratur, Menutup tempat-tempat penampungan air) dan membubuhkan larvasida, memelihara ikan, menggunakan kelambu dan lain-lain. Kegiatan 3M ini bila dilakukan oleh seluruh lapisan masyarakat dengan partisipasi aktif dan secara terus menerus dapat mencegah terjadinya penularan penyakit DBD.

Indikator dalam pengendalian DBD antara lain :

- a) Incidence Rate (IR)/Angka kesakitan < 55/100.000 penduduk;
- b) Case fatality Rate/Angka Kematian (CFR) < 1 %;
- c) Frekuensi KLB < 5% jumlah desa di Kab/ kota
- d) Angka Bebas Jentik (ABJ) > 95 %
- e) Proporsi keluarga berpartisipasi dalam PSN 80%

Penyakit DBD pada saat ini di Kabupaten Garut penyebarannya terjadi peningkatan dibandingkan dengan tahun 2015 pada periode bulan yang sama. Tahun 2015 (1 Januari s.d 31 Desember 2015) tercatat kasus DBD sebanyak 336 kasus tanpa adanya kematian (CFR = 0), sedangkan tahun 2016 pada periode yang sama kasus DBD tercatat 617 kasus (IR 6,97 per100.000 penduduk), dengan 3 kematian (CFR = 2,4 ) Kasus terbanyak pada 2 (dua) tahun tersebut di Kecamatan Garut Kota, Kecamatan Tarogong Kidul dan Kecamatan Karangpawitan.

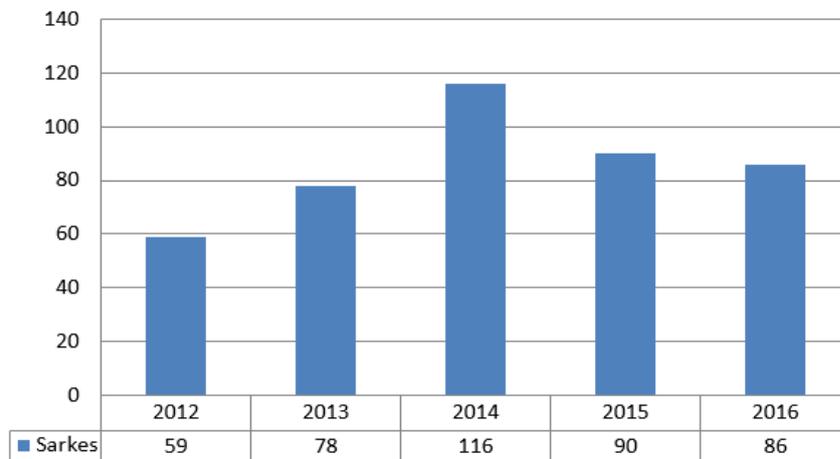
Upaya untuk mengantisipasi peningkatan penyakit DBD, yaitu melaksanakan :

- 1) Penyelidikan Epidemiologi terhadap setiap kasus suspek / DBD yang tercatat di RSUD dr.Slamet Garut, RS Guntur dan Puskesmas Dengan Tempat Perawatan (DTP) sebanyak 527 kasus
- 2) Penyuluhan untuk kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), dengan cara 3M (mengubur barang-barang bekas, menguras tempat penampungan air, dan menutup tempat penampungan air) secara berkesinambungan.
- 3) Pemberian Larvasida terhadap 1.107 rumah.
- 4) Fogging (pengasapan) secara selektif sebanyak 52 fokus (5.483 rumah), Sekolah, Mesjid, instansi, dan asrama.
- 5) Menjalin kemitraan dengan kader untuk pemeriksaan jentik nyamuk, tahun 2016 sebanyak 12.302 rumah.

### 3. Gigitan Hewan Tersangka Rabies

Laporan kasus gigitan di Kabupaten Garut Tahun 2016 sebanyak 86 kasus, semua kasus diberikan *Vaksin Anti Rabies (VAR)* tanpa ditemukan positif rabies dan angka CFR = 0% atau tidak terdapat kematian. Jumlah kasus dalam 5 tahun terakhir dapat digambarkan pada grafik dibawah ini:

**Grafik 4.18**  
**Angka Kasus Gigitan Hewan Penular Rabies**  
**Di Kabupaten Garut tahun 2012 – 2016**



Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit, Tahun 2016

#### 4.6.2 Penyakit Menular Langsung

##### 1) Diare

Penyakit diare merupakan penyakit endemis di Indonesia dan juga merupakan penyakit potensial KLB yang sering disertai dengan kematian. Penyakit diare cenderung meningkat pada tahun 2016 dimana *Incidence Rate (IR)* sebanyak 122.19% dari target 68.816 kasus yang harus ditemukan dan mendapatkan penatalaksanaan dengan 2 kasus berakhir dengan kematian (CFR = 0.24 per 10.000 kasus). Sementara itu, hasil temuan

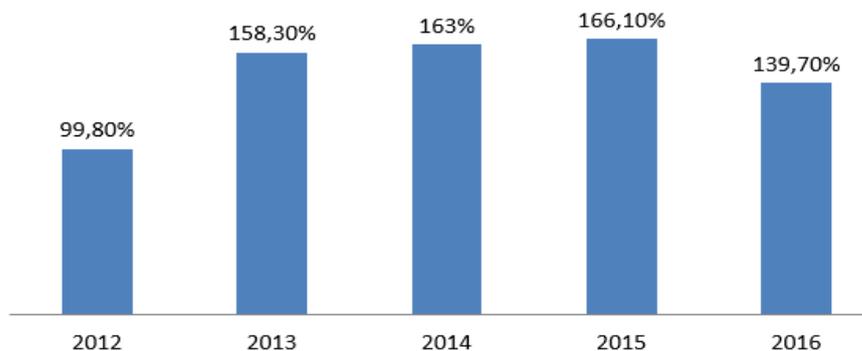
kasus berasal dari masyarakat sebanyak 120.206 kasus (17.48%). Secara umum hasil temuan dan penatalaksanaan yang berasal data dari fasilitas layanan kesehatan dan masyarakat tersaji pada grafik dibawah ini:

**Grafik 4.19**  
**Angka Kasus Diare**  
**Di Kabupaten Garut Tahun 2012 – 2016**

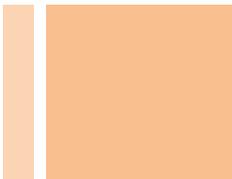


*Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit, Tahun 2016*

**Grafik 4.20**  
**Cakupan Layanan Penderita Diare**  
**Di Kabupaten Garut tahun 2012 – 2016**



*Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit, Tahun 2016*

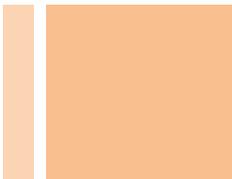


Hasil cakupan penyakit diare yang berhasil ditemukan dan dilayani berdasarkan data tingkat puskesmas dan fasilitas kesehatan lainnya, pada tahun 2016 diperoleh sebesar 139.70% mengalami penurunan dibandingkan tahun 2015 sebesar 166.10%. Angka cakupan ini merupakan capaian terendah dalam empat (4) tahun terakhir ini. Namun demikian, angka cakupan tersebut masih tinggi dibanding dengan target yang ditentukan. Masih tingginya kasus diare ini, menunjukkan bahwa secara positif kegiatan surveilans berjalan dengan baik meskipun secara sisi negatif menunjukkan bahwa Kabupaten Garut merupakan daerah endemis diare.

Beberapa faktor penyebab sekaligus predisposisi masih tingginya angka kesakitan penyakit diare adalah antara lain: (1) Masih belum maksimalnya membudayakan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) di lingkungan masyarakat; (2) Rendahnya kualitas lingkungan, diantaranya akibat dari pencemaran air, masih rendahnya kualitas air bersih yang memenuhi syarat, penggunaan jamban yang belum optimal, serta (3) Perubahan pola makan pada anak yang terlalu cepat dan kesibukan ibu-ibu sebagai pekerja sektor publik.

## 2) Kusta

Jumlah penderita kusta yang dilaporkan dari 121 negara di 5 regional WHO sebanyak 175.554 kasus di akhir tahun 2014 dengan 213.899 kasus baru ([www.who.int](http://www.who.int)). Penatalaksanaan kasus kusta yang buruk dapat menyebabkan kusta menjadi progresif, menyebabkan kerusakan permanen pada kulit, saraf, anggota gerak, dan mata. Penyakit kusta disebut juga sebagai penyakit Lepra atau penyakit Hansen disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium leprae*.



Bakteri ini mengalami proses pembelahan cukup lama antara 2–3 minggu. Daya tahan hidup kuman kusta mencapai 9 hari di luar tubuh manusia.

Kuman kusta memiliki masa inkubasi 2–5 tahun bahkan juga dapat memakan waktu lebih dari 5 tahun.

Sejak tercapainya status eliminasi kusta pada tahun 2000, situasi kusta di Indonesia menunjukkan kondisi yang relatif statis. Hal tersebut dapat terlihat dari angka penemuan kasus baru kusta selama lebih dari dua belas tahun yang menunjukkan kisaran angka antara enam hingga delapan per 100.000 penduduk dan angka prevalensi yang berkisar antara delapan hingga sepuluh per 100.000 penduduk per tahunnya. Namun, sejak tahun 2012 hingga tahun 2015 angka tersebut menunjukkan penurunan.

Penyakit kusta di Kabupaten Garut (Grafik 4.21) jumlah kasusnya menunjukkan kenaikan dari tahun ke tahun karena itu perlu diwaspadai. Pada tahun 2016 ditemukan kasus baru kusta sebanyak 32 kasus (CDR = 1.28/100.000 penduduk) , terdiri dari type PB 0 kasus dan type MB sebanyak 32 kasus. Rata – rata kasus tertinggi terdapat pada kelompok umur > 15 tahun. Tingginya kasus kusta pada type MB menjadi peluang besar terjadinya penularan.

Deteksi dini penyakit kusta cukup sulit dan belum semua tenaga kesehatan mampu dan terampil tatalaksana diagnosis kusta.

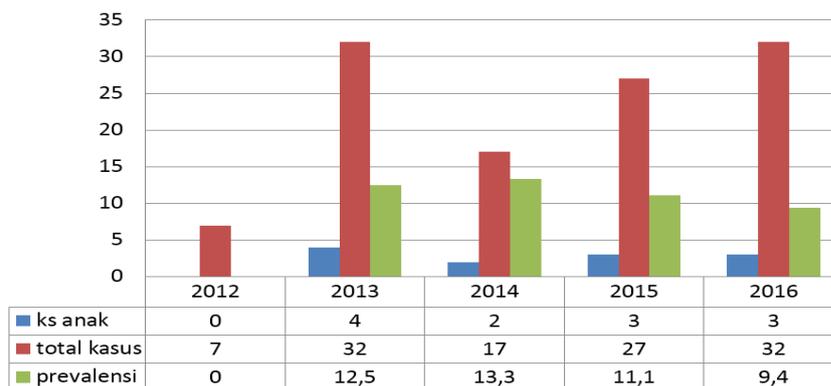
Penemuan kasus kusta dan prevalensi kusta periode tahun 2012 sampai dengan tahun 2015 dapat digambarkan pada grafik dibawah ini:

**Grafik 4.21**  
**Penemuan Kasus Baru dan Prevalensi Kusta**  
**Di Kabupaten Garut Tahun 2012 – 2016**



*Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit, Tahun 2016*

**Grafik 4.22**  
**Prevalensi Kusta pada Anak**  
**Di Kabupaten Garut Tahun 2012 – 2016**



*Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit, Tahun 2016*

Kegiatan yang sudah dilaksanakan dan menunjang dalam penemuan kasus kusta di Kabupaten Garut adalah pemeriksaan kontak serumah, pemantauan reaksi dan pencegahan kecacatan sehingga penularan dapat diketahui secara dini. Kegiatan yang sudah dilaksanakan adalah pemeriksaan kontak

serumah, pemantauan reaksi, dan pencegahan kecacatan sehingga penularan dapat diketahui secara dini.

### **3) Infeksi Sauran Pernafasan Akut (ISPA) / Pneumonia**

Infeksi Sauran Pernafasan Akut (ISPA) adalah infeksi akut yang menyerang salah satu bagian / lebih dari saluran napas mulai hidung - alveoli termasuk adneksanya (sinus, rongga telinga tengah, pleura). Pneumonia adalah Infeksi akut yang mengenai jaringan paru-paru (Alveoli).

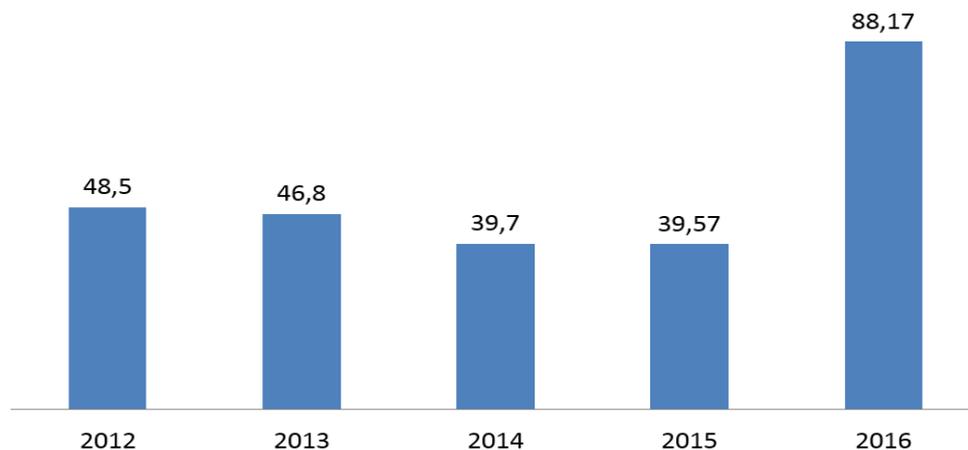
Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) khususnya pneumonia masih merupakan penyebab utama kesakitan dan kematian bayi dan balita.

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 masing-masing provinsi menggunakan angka yang berbeda-beda sesuai angka yang telah ditetapkan.

Pneumonia merupakan penyebab dari 15% kematian balita, yaitu diperkirakan sebanyak 922.000 balita di tahun 2015. Pneumonia menyerang semua umur di semua wilayah, namun terbanyak terjadi di Asia Selatan dan Afrika sub-Sahara ([www.who.int](http://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).

Kasus Pneumonia di Kabupaten Garut tahun 2016, dapat digambarkan pada grafik sebagai berikut :

**Grafik 4.23**  
**Cakupan Penemuan Pneumonia pada Balita**  
**Di Kabupaten Garut Tahun 2012 – 2016**



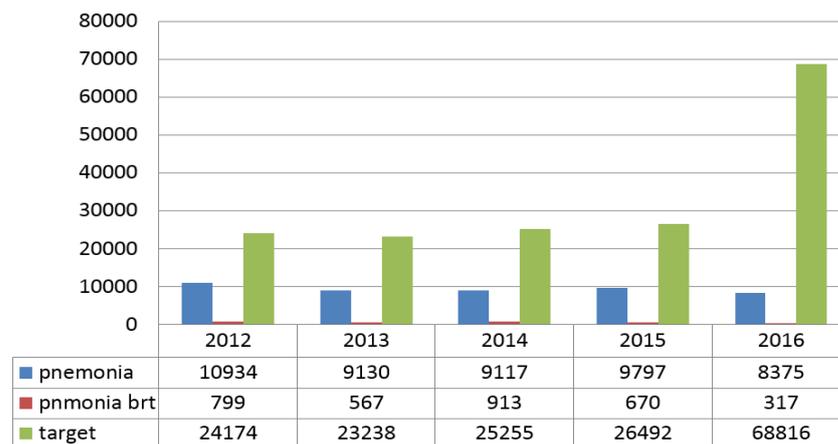
Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit, Tahun 2016

Sampai dengan tahun 2015, angka cakupan penemuan pneumonia balita tidak mengalami perkembangan berarti yaitu range antara 35%-50%. Pada tahun 2016 terjadi peningkatan menjadi 88.17%. Salah satu penyebab peningkatan penemuan yaitu menurunnya sasaran penemuan pneumonia, yang sebelumnya sama untuk semua provinsi (10%), pada tahun 2016 menggunakan hasil Riskesdas 2013 yang berbeda-beda untuk setiap provinsi dan secara nasional sebesar 3,55%. Sejak tahun 2016 indikator Renstra yang digunakan yaitu persentase kabupaten yang 50% puskesmasnya melakukan pemeriksaan dan tatalaksana pneumonia melalui program MTBS.

Pencapaian untuk tahun 2016 baru tercapai 12.63% (8.692 kasus) sedangkan target sebesar 20% (68.816 kasus), diantaranya 317 kasus termasuk kategori pneumonia berat.

Angka kematian akibat pneumonia pada balita sebesar 0.02% (2 kasus).

**Grafik 4.24**  
**Cakupan Penemuan Pneumonia pada Balita**  
**Berdasarkan Klasifikasi**  
**Di Kabupaten Garut Tahun 2012 – 2016**

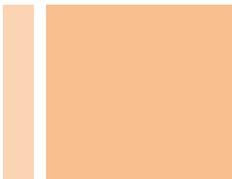


*Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit, Tahun 2016*

#### 4) Tuberkulosis

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. Negara India, Indonesia dan China merupakan negara dengan penderita tuberkulosis terbanyak yaitu sebanyak 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)



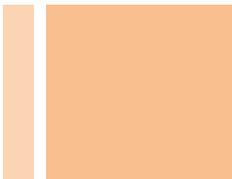
positif melalui percik relik dahak yang dikeluarkannya. TB dengan BTA negatif juga masih memiliki kemungkinan menularkan penyakit TB meskipun dengan tingkat penularan yang kecil.

Beban penyakit yang disebabkan oleh tuberkulosis dapat diukur dengan *Case Notification Rate* (CNR), prevalensi, dan mortalitas/kematian.

Pada tahun 2013-2014 dilakukan survei prevalensi tuberkulosis yang bertujuan untuk menghitung prevalensi tuberkulosis paru dengan konfirmasi bakteriologis pada populasi yang berusia 15 tahun ke atas di Indonesia. Pada survei ini dilakukan penambahan metode pemeriksaan selain menggunakan pemeriksaan dahak mikroskopis dan pemeriksaan foto toraks ditambahkan pemeriksaan *x-ray*, *gen expert* dan kultur. Dengan penambahan metode pemeriksaan dalam penetapan kasus tuberkulosis ini maka jumlah penderita tuberkulosis yang terjaring menjadi lebih banyak dari pada tahun-tahun sebelumnya.

Angka prevalensi TB pada tahun 2014 menjadi sebesar 647/100.000 penduduk meningkat dari 272/100.000 penduduk pada tahun sebelumnya, angka insidensi tahun 2014 sebesar 399/100.000 penduduk dari sebelumnya sebesar 183/100.000 penduduk pada tahun 2013, demikian juga dengan angka mortalitas pada tahun 2014 sebesar 41/100.000 penduduk, dari 25/100.000 penduduk pada tahun 2013 (WHO, *Global Tuberculosis Report*, 2015).

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



Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat menetapkan target CDR minimal pada tahun 2013 sebesar 70%.

Diagnosis penderita TBC adalah melalui pemeriksaan dahak secara mikroskopis. Dahak yang diambil sebanyak tiga (3) spesimen dahak dalam waktu dua (2) hari berturut-turut, yaitu Sewaktu – Pagi – Sewaktu. Adapun pemeriksaan Rontgen pada penderita TBC hanya sebagai diagnosis penunjang.

Risiko penularan setiap tahun (*Annual Risk of Tuberculosis Infection = ARTI*) di Indonesia diperkirakan diantara 100.000 penduduk rata-rata terjadi 107 penderita BTA positif setiap tahunnya. Satu penderita BTA positif akan berpotensi menularkan terhadap 10-15 orang disekitarnya.

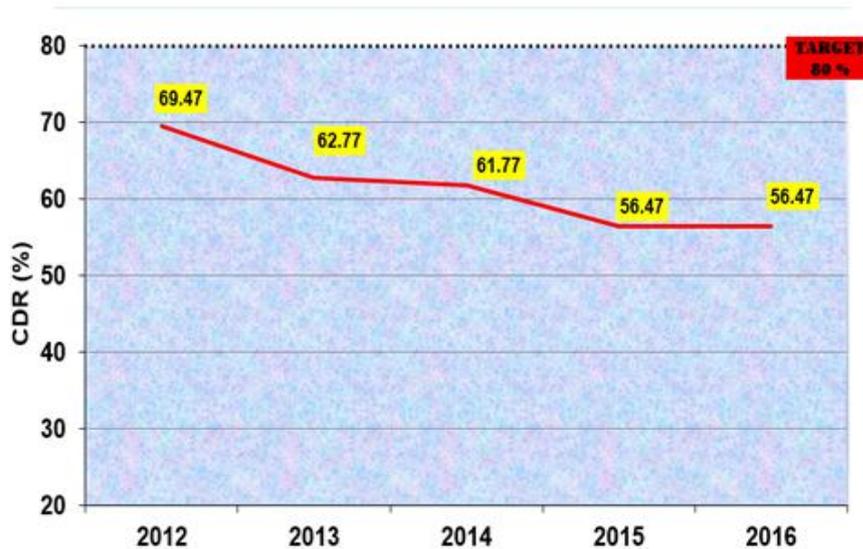
Penemuan kasus BTA positif masih menjadi masalah di Kabupaten Garut. Angka penemuan kasus selalu di bawah target Nasional dan Provinsi yaitu pada tahun 2016 baru mencapai 52,18% dari target 80%.

Apabila dilihat kecenderungan cakupan angka penemuan kasus TB dari tahun 2015 (56,47%) dengan tahun 2016 terjadi penurunan. Hal ini disebabkan karena belum maksimalnya pemeriksaan kontak serumah, dan masih rendahnya pengetahuan masyarakat tentang penyakit TB sehingga akses terhadap pelayanan menjadi rendah pula. Selain itu, faktor risiko lainnya adalah lingkungan yang kumuh untuk beberapa daerah dimana kasus ditemukan, masih terdapat pemahaman yang salah tentang TB dan tingginya konsumsi rokok (kebiasaan merokok) pada kelompok usia produktif bahkan mengalami pergeseran pada kelompok usia sekolah.

Penemuan kasus BTA positif masih menjadi masalah di Kabupaten Garut disajikan dalam Grafik berikut:

Grafik 4.25

Penemuan Kasus Baru (*Case Detection Rate/CDR*)  
Di Kabupaten Garut Tahun 2012 – 2016



Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit, Tahun 2016

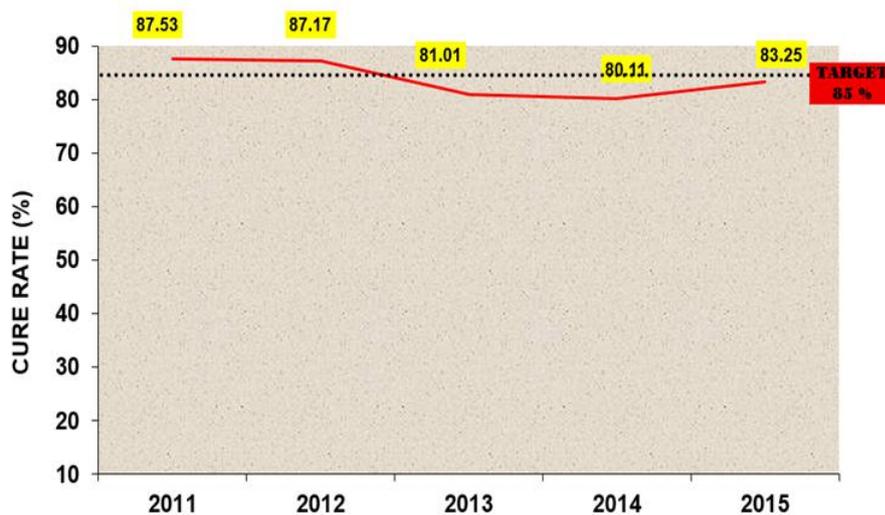
Angka CDR selalu di bawah target Nasional dan Provinsi yaitu baru mencapai 56.47% dari target 80%. Kalau dilihat kecenderungan cakupan angka penemuan kasus TBC dari tahun 2012 dengan tahun 2016 terjadi penurunan. Hal ini disebabkan karena tidak dilaksanakannya pemeriksaan kontak serumah, dan masih rendahnya pengetahuan masyarakat tentang penyakit TB sehingga akses terhadap pelayanan menjadi rendah, serta masih terdapat pasien TB yang diobati di DPS tanpa adanya konfirmasi dan tercatat di fasilitas kesehatan pemerintah.

Selain itu, rendahnya komitmen pihak swasta dalam penerapan pengobatan sesuai Standar ISTC (*International Standard for Tuberculosis Care*).

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.

**Grafik 4.26**  
**Angka Kesembuhan (*cure Rate*)**  
**Di Kabupaten Garut Tahun 2012 – 2016**



Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit, Tahun 2016

Terdapat peningkatan pada angka kesembuhan TB (83.25%) dibanding 2 tahun sebelumnya yaitu 80.11% tahun 2014 dan 81.01 mengalami penurunan yaitu pada tahun 2013 sebesar 81,01 %. Secara keseluruhan hasil tersebut masih di bawah target sebesar 85%.

Penyakit TBC belum dapat dikelola dengan baik, ditandai dengan penemuan penderita yang masih belum sesuai harapan. Cakupan penemuan kasus BTA positif selalu di bawah standar nasional. Hal ini terjadi karena kurang optimalnya program case finding TB paru yang selama ini dikerjakan.

Beberapa penyebabnya antara lain belum semua pengambil kebijakan mempunyai komitmen terhadap DOTS, sebagian masyarakat Garut (penderita TBC) berobat di luar unit

pelayanan kesehatan pemerintah, banyak penderita (suspek) berobat ke praktek swasta, yang belum melaksanakan strategi DOTS. Lemahnya sistem informasi kesehatan juga menjadi salah satu faktor rendahnya penemuan kasus TBC. Sementara itu angka kesembuhan TB paru pada tahun ini sudah meningkat, namun demikian masih perlu diwaspadai guna mencapai angka kesembuhan yang lebih baik.

### **TB-MDR** (*Multy Drug Resistens*)

**Resisten TB** adalah *Mycobacterium Tuberculosis* (*M.TB*) dikatakan resisten terhadap Obat Anti TB (OAT) bilamana *M.TB* tidak dapat lagi dibunuh oleh OAT yang dipakai saat ini.

Berdasarkan jenisnya, Resistensi TB dikelompokkan :

- i. *Mono-resistance* : kekebalan terhadap salah satu obat anti TB (OAT)
- ii. *Poly-resistance* : kekebalan terhadap lebih dari satu OAT, selain isoniazid dan rifampisin.
- iii. *Multidrug-resistance* (MDR) : kekebalan terhadap minimal 2 macam OAT lini pertama yang paling efektif yaitu Isoniazid dan Rifampicin secara bersamaan.
- iv. *Extensive drug-resistance* (XDR): kekebalan terhadap salah satu obat golongan fluorokuinolon, dan sedikitnya salah satu dari OAT injeksi lini kedua (kapreomisin, kanamisin, dan amikasin), selain TB-MDR.

Angka MDR di Kabupaten Garut sampai dengan tahun 2016 yaitu 49 kasus, dengan rincian kasus sebagai berikut:

- a) 12 kasus meninggal dalam pengobatan, terdapat di wilayah :
  - 3 kasus di Wilayah kerja Puskesmas Cilawu
  - 1 kasus di Wilayah kerja Puskesmas Mekarwangi
  - 2 kasus di Wilayah kerja Puskesmas Guntur
  - 1 kasus di Wilayah kerja Puskesmas Haurpanggung

- 1 Kasus di Wilayah kerja Puskesmas Siliwangi
  - 1 Kasus di Wilayah kerja Puskesmas Sukasenang
  - 2 Kasus di Wilayah kerja Puskesmas Limabangan
  - 1 Kasus di Wilayah kerja Puskesmas Kersamenak
- b) 5 Kasus default
- 1 kasus di Wilayah kerja Puskesmas Siliwangi
  - 1 kasus di Wilayah kerja Puskesmas Cisurupan
  - 1 kasus di Wilayah kerja Puskesmas Pameungpeuk
  - 1 kasus di Wilayah kerja Puskesmas Cibatu
  - 1 Kasus di Wilayah kerja Puskesmas Pembangunan
- c) 19 kasus masih dalam fase pengobatan :
- 1 kasus di Wilayah kerja Puskesmas Citeras
  - 5 kasus di Wilayah kerja Puskesmas Siliwangi
  - 1 kasus di Wilayah kerja Puskesmas Haurpanggung
  - 2 kasus di Wilayah kerja Puskesmas Cempaka
  - 1 kasus di Wilayah kerja Puskesmas Leuwigoong
  - 1 kasus di Wilayah kerja Puskesmas Lembang
  - 1 kasus di Wilayah kerja Puskesmas Bojongloa
  - 1 kasus di Wilayah kerja Puskesmas Pakuwon
  - 1 kasus di Wilayah kerja Puskesmas Guntur
  - 1 kasus di Wilayah kerja Puskesmas Sukamulya
  - 1 kasus di Wilayah kerja Puskesmas Malangbong
  - 1 kasus di Wilayah kerja Puskesmas Banjarwangi
  - 1 kasus di Wilayah kerja Puskesmas Pasundan
  - 1 kasus di Wilayah kerja Puskesmas Cibatu
- d) 13 kasus selesai pengobatan dan dinyatakan SEMBUH
- 1 Kasus di Wilayah kerja Puskesmas Citeras
  - 1 Kasus di Wilayah kerja Puskesmas Peundeuy
  - 2 Kasus di Wilayah kerja Puskesmas Sukasenang
  - 1 Kasus di Wilayah kerja Puskesmas Kadungora
  - 1 Kasus di Wilayah kerja Puskesmas Sillwangi

- 1 Kasus di Wilayah kerja Puskesmas Haurpanggung
- 1 Kasus di Wilayah kerja Puskesmas Sukamerang
- 1 Kasus di Wilayah kerja Puskesmas Pembangunan
- 1 Kasus di Wilayah kerja Puskesmas Sukawening
- 1 Kasus di Wilayah kerja Puskesmas Bojongloa
- 1 Kasus di Wilayah kerja Puskesmas Bayongbong
- 1 Kasus di Wilayah kerja Puskesmas Tarogong

Upaya penanganan yang telah dilakukan :

1. Memfasilitasi Suspek TB MDR ke Rumah Sakit Rujukan TB MDR RSHS Bandung.
2. Serah terima obat dan serah terima pasien dengan Rumah Sakit Rujukan TB MDR RSHS Bandung.
3. Follow Up Pasien TB MDR ke Rumah Sakit Rujukan TB MDR RSHS Bandung.

## 5) Penyakit Menular Seksual (HIV/AIDS)

HIV / AIDS merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi virus *Human Immunodeficiency Virus* yang menyerang sistem kekebalan tubuh. Infeksi tersebut menyebabkan penderita mengalami penurunan ketahanan tubuh sehingga sangat mudah untuk terinfeksi berbagai macam penyakit lain.

Sebelum memasuki fase AIDS, penderita terlebih dahulu dinyatakan sebagai HIV positif. Jumlah HIV positif di masyarakat dapat diketahui melalui 3 (tiga) metode, yaitu pada pelayanan *Voluntary Counseling and Testing (VCT)*, *sero survey*, dan *Survey Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP)*.

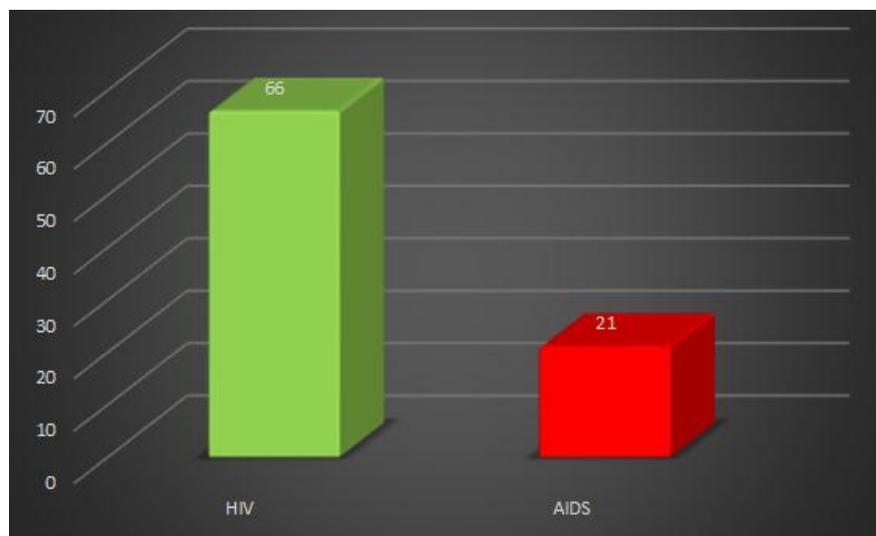
Estimasi dan proyeksi jumlah orang dengan HIV/AIDS di Indonesia pada tahun 2015 adalah sebanyak 735.256 orang dengan jumlah infeksi baru sebanyak 85.523 orang (Estimasi

dan Proyeksi HIV/AIDS di Indonesia Tahun 2011-2016, Kemenkes RI).

Sampai tahun 2016 di Kabupaten Garut berhasil menemukan kasus baru sebanyak 403 kasus HIV / AIDS dan jumlah penderita meninggal sebanyak 87 orang, terdiri dari 66 kasus HIV dan 21 kasus AIDS.

Adapun jumlah ODHA yang sudah terapi ARV (Anti Retro Viral) sebanyak 227 orang.

**Grafik 4.27**  
**Angka Kasus HIV-AIDS**  
**Di Kabupaten Garut Tahun 2016**



*Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit, Tahun 2016*

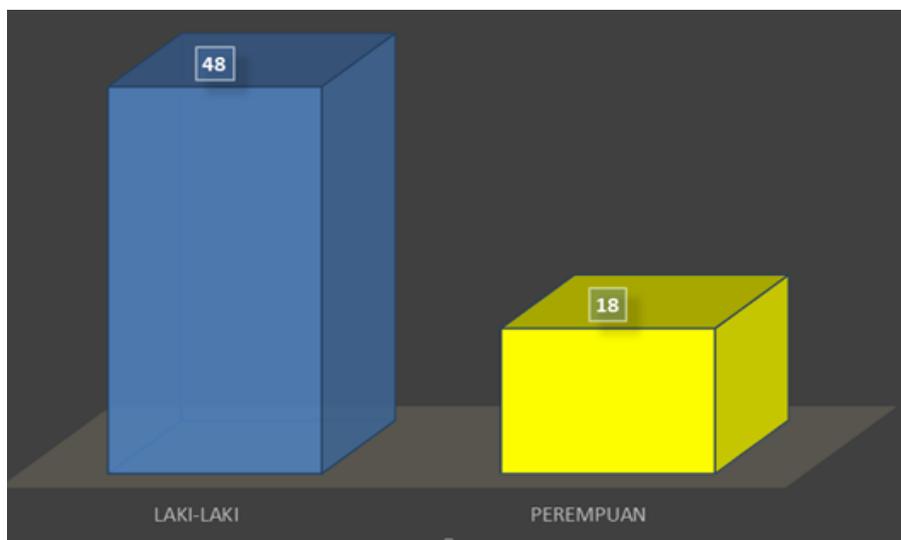
Saat ini penularan HIV/ AIDS di Kabupaten Garut telah mengalami pergeseran yang sebelumnya penyakit ini ditularkan melalui pengguna narkoba suntik sekarang berubah penularan melalui pasangan suami istri khususnya pada istri.

Mengingat untuk HIV dan AIDS merupakan fenomena “gunung es” bahwa kasus yang terdata hanya cerminan sedikit kasus

yang sebenarnya ada di masyarakat. Secara teori adanya 1 kasus HIV dan AIDS yang ada terdeteksi, kasus yang sebenarnya ada di masyarakat adalah 100 kasus.

Berdasarkan jenis kelamin, kasus HIV didominasi laki-laki sebanyak 48 kasus dan 18 kasus perempuan. Tingginya aktifitas seksual dan penggunaan napza suntik disinyalir sebagai prediktor transmisi virus HIV tersebut.

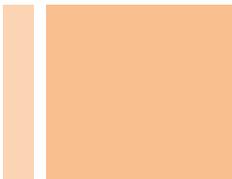
**Grafik 4.28**  
**Angka Kasus HIV-AIDS Berdasarkan Gender**  
**Di Kabupaten Garut Tahun 2016**



Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit, Tahun 2016

Pada tahun 2016 beberapa kegiatan telah dilaksanakan untuk pencegahan dan penanggulangan penyakit ini, antara lain :

- Klinik Voluntary Counseling and Testing (VCT) dan Klinik Infeksi Menular Seksual (IMS) di Puskesmas Cipanas, Cikajang, Limbangan, Siliwangi, Sukasenang, Haurpanggung, Sukamerang, Cibalong, Leuwigoong, Guntur,



Cisurupan, Sukarame, Sukahurip Kec. Cigedug, Lembang Kec. Leles, Cisompet, Selaawi dan Cihurip. Adapun RS yang memberikan layanan Pemeriksaan VCT dan Pemberian ARV di RSUD dr. Slamet dan RS TNI Guntur. Klinik- klinik ini intensif melaksanakan kegiatan penyuluhan, pelayanan VCT dan pendistribusian kondom.

- Harm Reduction dipusatkan di Rumah Sakit TNI Guntur, Puskesmas Siliwangi dan Puskesmas Cipanas. Kegiatan yang ada meliputi Program Terapi Rumatan Methadone (PTRM) di RS Guntur yang ditujukan bagi pengguna narkoba suntik (penasun). Sedangkan pengguna narkoba suntik yang sulit untuk terapi metadhone diberikan Layanan Alat Suntik Steril (LASS) yang berada di Puskesmas Siliwangi dan Puskesmas Cipanas.
- Pertemuan para tenaga Konselor VCT HIV yang terdiri dari tenaga Dokter, Perawat dan Bidan yang telah dilatih Konselor VCT HIV
- Pertemuan untuk Penatalaksanaan Teknis bagi Dokter, Perawat dan Bidan dalam Penanggulangan IMS (Infeksi Menular Seksual).
- Sero Survey di Populasi Kunci, Lapas dan Rutan.
- Pelatihan Kader PIKM (Pusat Informasi Kesehatan Masyarakat) bekerjasama dengan LSM PKBI(Persatuan Keluarga Berencana Indonesia) Cabang Kabupaten Garut.

## **BAB V**

### **UPAYA KESEHATAN**

#### **5.1 PELAYANAN KESEHATAN DASAR**

Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat (UU Kesehatan). Sedangkan upaya pelayanan kesehatan dasar merupakan langkah awal yang sangat penting dalam rangka memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat. Pemberian pelayanan kesehatan dasar secara cepat dan tepat diharapkan mampu mengatasi masalah kesehatan masyarakat. Berbagai pelayanan kesehatan dasar yang dilaksanakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut :

##### **5.1.1 Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak**

Pelayanan kesehatan ibu dan anak merupakan pelayanan yang meliputi pelayanan antenatal, persalinan, nifas dan perawatan bayi baru lahir yang diberikan di semua fasilitas pelayanan kesehatan, dari mulai tingkat pelayanan posyandu, rumah sakit pemerintah maupun fasilitas pelayanan kesehatan swasta.

Banyak kebijakan pemerintah yang dituangkan dalam berbagai program kegiatan untuk menunjang pelayanan terhadap kesehatan ibu dan anak dengan tujuan meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak maupun yang bertujuan untuk mengatasi permasalahan kesehatan ibu dan anak.

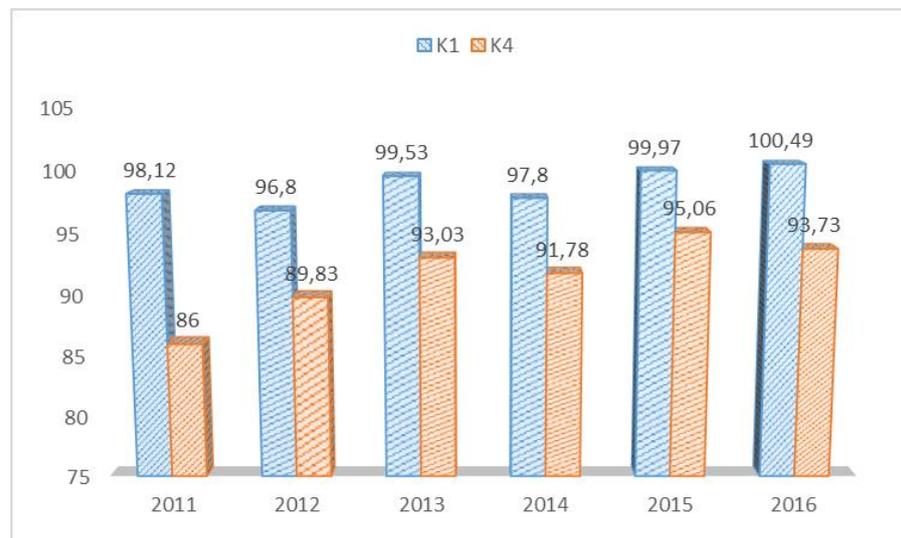
#### a. *Antenatal Care (ANC)*

Pelayanan antenatal merupakan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan profesional (dokter spesialis kandungan dan kebidanan, dokter umum, bidan maupun perawat) kepada ibu hamil selama masa kehamilannya sesuai pedoman pelayanan antenatal. Hasil pelayanan *antenatal* dapat dilihat dari cakupan kunjungan ibu pertama kali ibu hamil (K1) dan kunjungan ibu hamil empat kali (K4). Indikator K1 yaitu untuk melihat sejauh mana gambaran akses pelayanan ibu hamil yang melakukan kunjungan pertama ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan pelayanan antenatal. Sedangkan indikator cakupan K4 adalah cakupan ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar, paling sedikit empat kali dengan distribusi waktu 1 kali pada trimester ke-1, 1 kali pada trimester ke-2 dan 2 kali pada trimester ke-3 disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Indikator K1 dan K4 digunakan untuk mengukur kualitas pelayanan antenatal serta untuk melihat kemampuan program dalam menggerakkan masyarakat. Angka ini dapat dimanfaatkan untuk melihat kualitas pelayanan kesehatan ibu hamil.

Untuk melihat cakupan K1 dan K4 perlu diketahui sasaran seluruh ibu hamil. Sasaran ibu hamil tahun 2016 sebanyak 62.514 orang, dengan cakupan K1 sebanyak 62.818 atau sebesar 100.49%. Persentase cakupan pelayanan ibu hamil (K1) Kabupaten Garut tahun 2016 mengalami kenaikan apabila dibandingkan dengan tahun 2015 yaitu sebesar 0.52%. Cakupan ibu hamil (K4) sebanyak 58.594 orang atau sebesar 93.73% dan mengalami penurunan sebesar 1.32% apabila dibandingkan dengan tahun 2015. Indikator K1 pada tahun 2016 mengalami peningkatan di bandingkan dengan tahun 2015 ini disebabkan oleh adanya K1 akses dan pindah penduduk. Untuk indikator K4

masih ada kesenjangan sebesar 06.27% dalam mencapai target yaitu sebesar 96%. Penyebab target K4 tidak tercapai diantaranya yaitu karena sebelum mencapai K4 ibu sudah melahirkan, abortus, pindah rumah serta kesulitan berkomunikasi untuk wilayah perkotaan.

**Grafik 5.1**  
**Cakupan Kunjungan Bumil K1 Dan K4**  
**Di Kabupaten Garut Tahun 2011 – 2016**



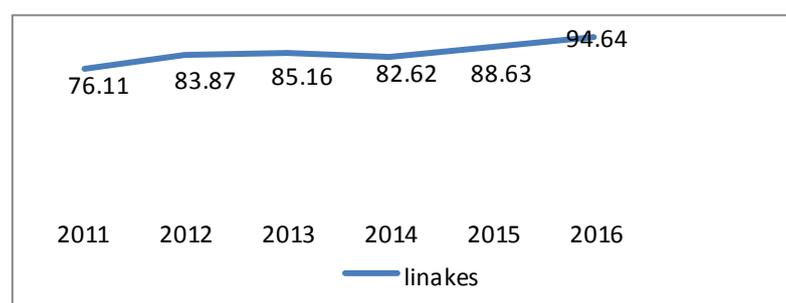
Sumber : Kesehatan Ibu dan Anak tahun 2016

Dilihat dari grafik 5.1 dalam kurun waktu lima tahun (5 tahun) cakupan K1 dengan K4 cenderung fluktuatif. Ada toleransi cakupan berkisar antara 5% antara cakupan K1 dengan K4 secara *Continuum Of Care* (COC). Tetapi yang paling menonjol dalam toleransi cakupan lebih dari 6% yaitu tahun 2011 hal ini disebabkan karena pelayanan ANC belum terpadu, belum semua puskesmas melaksanakan kelas ibu hamil, manajemen KIA belum optimal, sistem pencatatan pelaporan masih belum optimal.

## b. Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin (Pn)

Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah pelayanan persalinaan yang aman yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten. Secara bertahap seluruh persalinan akan ditolong oleh tenaga kesehatan yang berkompeten dan diarahkan ke fasilitas pelayanan kesehatan dengan tujuan untuk mengantisipasi 3T (Terlambat mengetahui tanda bahaya dan rujukan, Terlambat mengambil keputusan dan ke fasilitas kesehatan, Terlambat mendapatkan pertolongan di fasilitas kesehatan), sehingga pelayanan ibu melahirkan dan bayi baru lahir dapat segera ditangani dengan cepat, tepat dan aman. Analisis dari persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan dapat menurunkan risiko kematian ibu saat bersalin karena dipantau terus oleh tenaga kesehatan, ditunjang dengan sarana yang memadai, sehingga kasus kematian ibu dapat menurun.

**Grafik 5.2**  
**Cakupan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan**  
**Di Kabupaten Garut Tahun 2011 – 2016**



Sumber : Kesehatan Ibu dan Anak Tahun 2016

Dalam kurun waktu lima (5) tahun, cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan cenderung fluktuatif berkisar 83,87% sampai dengan 89,88%. Terdapat kenaikan 6,01 % bila dibandingkan dengan tahun 2015, faktor yang mempengaruhi peningkatan

cakupan tersebut yaitu karena puskesmas dan poned sudah berfungsi untuk melayani persalinan dalam waktu 24 jam, kelas ibu hamil sudah dilaksanakan di semua puskesmas, Peraturan Desa (Perdes) persalinan dari beberapa desa sudah ada, posyandu siaga maternal perinatal telah di bentuk, *supervisi* fasilitatif dan optimalisasi P4K. Apabila dilihat dari angka yang ditetapkan sebesar 90% masih terdapat kesenjangan sebesar 0,12%. Penyebab tersebut karena kemitraaan antara bidan dengan paraji masih belum semua berjalan.

### c. Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas (KF)

Pelayanan kesehatan ibu nifas merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu mulai 6 jam sampai 42 hari *pasca* bersalin sesuai standar oleh tenaga kesehatan. Tujuan dari pelayanan kesehatan ibu nifas yaitu untuk mendeteksi dini apabila terjadi komplikasi pada ibu nifas. Pelayanan ibu nifas dilakukan dengan cara pemantauan pemeriksaan terhadap ibu nifas dengan melakukan kunjungan nifas minimal sebanyak tiga (3) kali dengan ketentuan waktu :

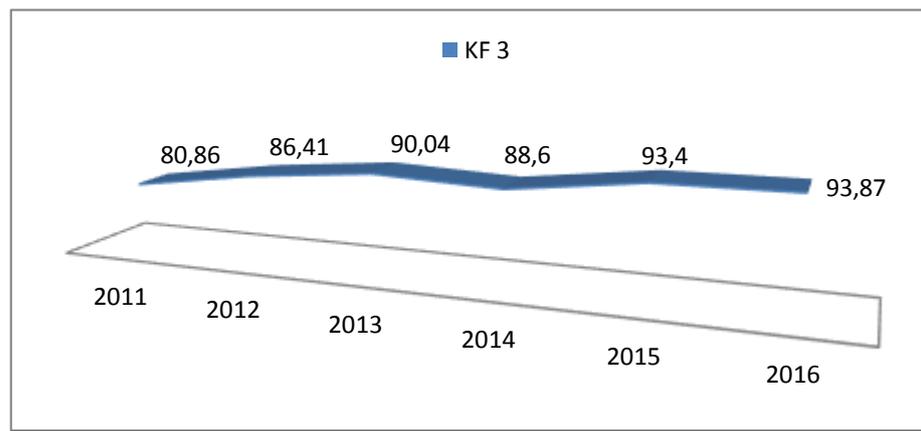
- Kunjungan nifas pertama pada masa 6 jam- 3 hari.
- Kunjungan nifas kedua pada masa 4-28 hari.
- Kunjungan nifas ketiga (lengkap) masa 29-42 hari.

Pelayanan yang diberikan adalah :

1. Pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu.
2. Pemeriksaan tinggi fundus uteri (*involsi uteri*).
3. Pemeriksaan *lochia* dan pengeluaran per vaginam lainnya.
4. Pemeriksaan payudara dan anjuran ASI eksklusif 6 bulan.
5. Pemberian kapsul Vitamin A 200.000 IU sebanyak dua kali pertama segera setelah melahirkan, kedua diberikan setelah 24 jam pemberian kapsul Vitamin A pertama.
6. Pelayanan KB pasca bersalin.

Analisis pelayanan KF3 merupakan pemantauan yang diberikan kepada ibu nifas melalui kunjungan KF1, KF2 dan KF3 agar ibu nifas dinyatakan aman dan sehat.

**Grafik 5.3**  
**Cakupan KF3**  
**Di Kabupaten Garut Tahun 2011 – 2016**



Sumber : Kesehatan Ibu dan Anak Tahun 2016

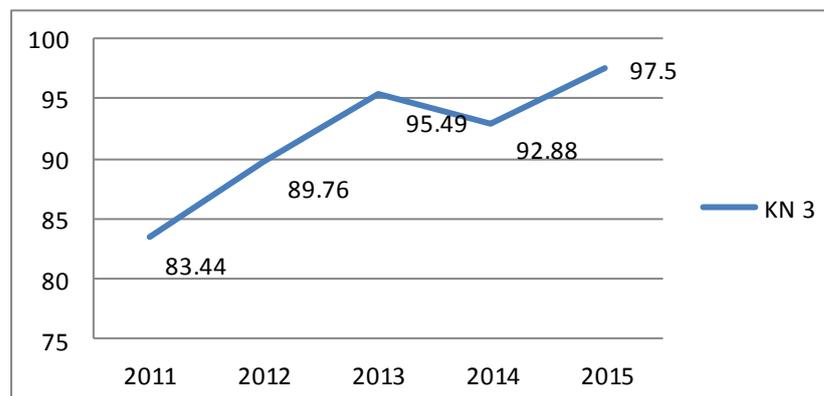
Menurut grafik diatas dalam kurun waktu lima (5) tahun, cakupan KF3 tahun 2016 meningkat 0.47% dibandingkan dengan tahun 2015. Faktor yang mempengaruhi peningkatan cakupan tersebut karena : sumberdaya manusia di tingkat puskesmas meningkat, kunjungan rumah dilaksanakan, kualitas pelayanan di tingkatkan, sistem pencatatan dan pelaporan meningkat, kerjasama lintas program dan lintas sektor terjalin dengan baik.

#### **d. Pelayanan Kesehatan Neonatal (KN)**

Pelayanan kesehatan neonatus adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonatus sedikitnya 3 kali dari 0-28 hari setelah lahir. Dengan tujuan agar mengetahui sedini mungkin bila terjadi masalah kesehatan, karena resiko terbesar kematian neonatus

terjadi pada 24 jam pertama kehidupan, satu minggu pertama dan bulan pertama, jika bayi lahir dianjurkan agar tetap tinggal 24 jam pertama di fasilitas kesehatan, agar dirawat secara komprehensif dengan menggunakan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM).

**Grafik 5.4**  
**Cakupan KN3**  
**Di Kabupaten Garut Tahun 2011 – 2016**



Sumber : Kesehatan Ibu dan Anak Tahun 2016

Dilihat dari grafik diatas dalam kurun waktu lima (5) tahun, cakupan KN3 tahun 2016 menurun 0.43% dibanding tahun 2015. Faktor yang mempengaruhi meningkatnya cakupan KN3 yaitu koordinasi lintas program dan lintas sektor berjalan lancar, penjangkaran kasus resiko tinggi dan komplikasi semua sudah ditangani, konsultasi ahli dengan dokter spesialis berjalan dengan baik.

#### e. Pelayanan Kesehatan Bayi

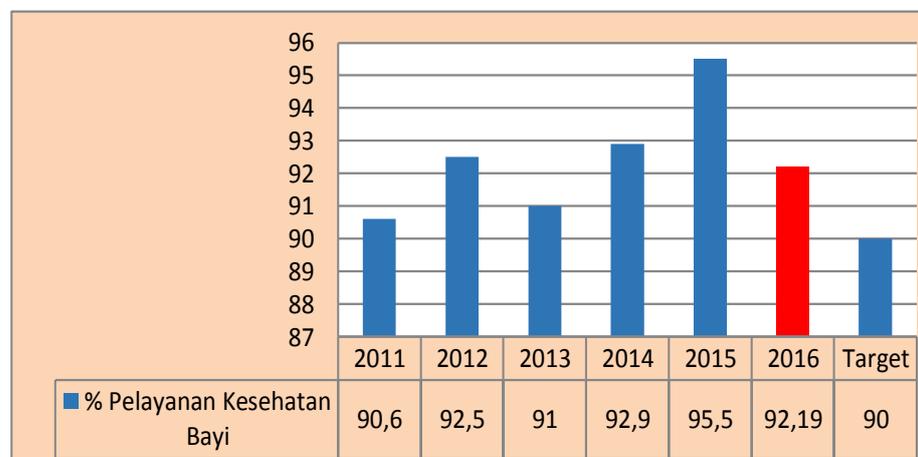
Pelayanan kesehatan terhadap bayi merupakan pelayanan yang sangat penting dilakukan karena masih tingginya angka kematian bayi. Tahun 2016 cakupan kunjungan bayi sebesar

92.9%, terjadi penurunan karena ematian bayi meningkat dibandingkan dengan tahun 2015 yaitu 95.5% dari target SPM 90%. Cakupan kunjungan bayi merupakan cakupan bayi *post neonatal* yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan standar oleh dokter, bidan, dan perawat yang memiliki kompetensi klinis kesehatan, paling sedikit 4 kali (1 kali pada umur 29 hari-2 bulan, 1 kali pada umur 3-5 bulan, 1 kali pada umur 6-8 bulan, 1 kali pada umur 9-11 bulan) disatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

Jenis pelayanan kesehatan yang didapatkan bayi (0 – 11 bulan) adalah memperoleh pelayanan pemantauan pertumbuhan minimal 8 x setahun, pemantauan perkembangan minimal 4 x setahun, pemberian vitamin A 2 x setahun dan mendapatkan imunisasi lengkap sampai dengan campak. Peningkatan cakupan pelayanan karena adanya validasi data kumulatif bayi yang mendapatkan pemantauan perkembangan.

**Grafik 5.5**

**Cakupan Pelayanan Kesehatan Bayi  
Di Kabupaten Garut Tahun 2011 - 2016**

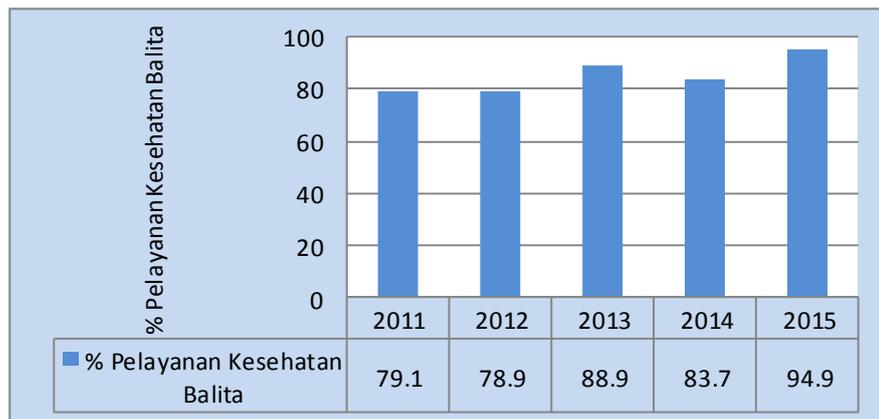


Sumber : Seksi Kesehatan Anak & Lansia Tahun 2016

#### f. Pelayanan Kesehatan Balita

Tahun 2016 cakupan pelayanan anak balita sebesar 74,5%, terjadi penurunan cakupan dibandingkan tahun 2015 yaitu sebesar 94,9% dari target SPM 85%. Cakupan pelayanan anak balita (12 – 59 bulan) adalah anak balita yang memperoleh pelayanan pemantauan pertumbuhan minimal 8x setahun, pemantauan perkembangan minimal 2x setahun dan pemberian vitamin A 2x setahun. Peningkatan cakupan pelayanan karena adanya validasi data jenis pelayanan kesehatan yang diberikan pada usia anak balita.

**Grafik 5.6**  
**Cakupan Pelayanan Kesehatan Balita**  
**Di Kab.Garut Tahun 2011-2015**



Sumber : Seksi Kesehatan Anak & Lansia Tahun 2016

#### g. Pelayanan Kesehatan Anak Sekolah SD/ MI

Cakupan penjarangan kesehatan siswa SD dan setingkat tahun 2015 sebesar 84,3% dari sebanyak 53.252 siswa SD/MI (realisasi sekolah SD/MI yang melaksanakan penjarangan 85,89% dari target 100%, terjadi penurunan cakupan dibandingkan tahun 2014 sebesar 91,9%. Kegiatan penjarangan

telah dilaksanakan oleh enam puluh tiga (63) yang bersumber dana dari Bantuan Operasional Kesehatan (BOK). Kegiatan penjangkaran merupakan *screening* kesehatan pribadi siswa, dimana hasilnya menjadi kajian untuk perlakuan terhadap siswa, dari aspek kesehatan maupun perlakuan proses belajar.

**Grafik 5.7**  
**Cakupan SD/MI Melaksanakan Penjangkaran Kesehatan**  
**Di Kabupaten Garut Tahun 2011-2015**

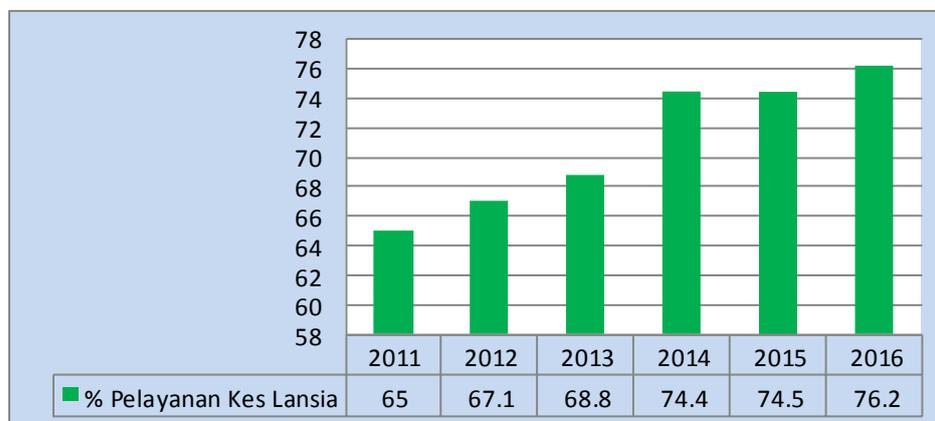


*Sumber : Seksi Kesehatan Anak & Lansia tahun 2015*

#### **h. Pelayanan Kesehatan Lansia**

Realisasi pelayanan kesehatan usia lanjut tahun 2015 yaitu sebesar 74,49%. Ada peningkatan cakupan apabila dibandingkan dengan tahun 2014 yaitu sebesar 74,40% dari target SPM 70%. Pelayanan kesehatan usia lanjut dilakukan di Balai Pengobatan Lansia atau terintegrasi dengan unit pelayanan kesehatan lainnya termasuk pelayanan di luar gedung yaitu di Posbindu Lansia. Dari enam puluh tujuh (67) puskesmas yang ada di Kabupaten Garut seluruhnya sudah melakukan pencatatan pelayanan kesehatan lansia.

**Grafik 5.8**  
**Cakupan Pelayanan Kesehatan Lansia**  
**Di Kabupaten Garut Tahun 2011 - 2016**



Sumber : Seksi Kesehatan Anak & Lansia tahun 2016

### 5.1.2 Pelayanan Imunisasi

Pembangunan bidang kesehatan secara umum di Indonesia saat ini mempunyai multi beban (*Multiple burden diseases*) yaitu berbagai beban masalah penyakit menular dan penyakit degeneratif. Pemberantasan penyakit menular sangat sulit karena penyebarannya tidak mengenal batas wilayah administrasi. Imunisasi merupakan salah satu tindakan pencegahan penyebaran penyakit ke wilayah lain yang terbukti sangat *cost effective*. Dengan imunisasi, beberapa penyakit telah berhasil dieradikasi dan bahkan telah dinyatakan negara dengan sertifikat bebas penyakit menular tertentu.

Setiap tahun lebih dari 1,4 juta anak di dunia meninggal karena berbagai penyakit yang sebenarnya dapat dicegah dengan imunisasi. Imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan /meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga bila suatu saat terpapar dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan.



Beberapa penyakit menular yang termasuk ke dalam Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I) antara lain TBC, Difteri, Tetanus, Hepatitis B, Pertusis, Campak, Polio, radang selaput otak, dan radang paru-paru. Anak yang telah diberi imunisasi akan terlindungi dari berbagai penyakit berbahaya tersebut, serta dapat menimbulkan kecacatan atau kematian.

Proses perjalanan penyakit diawali ketika virus /bakteri/ protozoa /jamur, masuk ke dalam tubuh. Setiap makhluk hidup yang masuk ke dalam tubuh manusia akan dianggap benda asing oleh tubuh atau yang disebut dengan antigen. Secara alamiah sistem kekebalan tubuh akan membentuk zat anti yang disebut antibodi untuk melumpuhkan antigen. Saat pertama kali antibodi berinteraksi dengan antigen, respon yang diberikan tidak terlalu kuat. Hal ini disebabkan antibodi belum mengenali antigen. Pada interaksi antibodi-antigen yang kedua dan seterusnya, sistem kekebalan tubuh sudah mengenali antigen yang masuk ke dalam tubuh, sehingga antibodi yang terbentuk lebih banyak dan dalam waktu yang lebih cepat.

Proses pembentukan antibodi untuk melawan antigen secara alamiah disebut imunisasi alamiah. Sedangkan program imunisasi melalui pemberian vaksin adalah upaya stimulasi terhadap sistem kekebalan tubuh untuk menghasilkan antibodi dalam upaya melawan penyakit dengan melumpuhkan antigen yang telah dilemahkan yang berasal dari vaksin.

Program imunisasi merupakan salah satu upaya untuk melindungi penduduk terhadap penyakit tertentu. Program imunisasi diberikan kepada populasi yang dianggap rentan terjangkit penyakit menular, yaitu bayi, balita, anak-anak, wanita usia subur, dan ibu hamil.

Menurut Undang-Undang Nomor.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Peraturan Daerah Kabupaten Garut Nomor.2



Tahun 2013 tentang Sistem Penyelenggaraan Kesehatan Daerah, imunisasi merupakan salah satu kegiatan prioritas Kementerian Kesehatan RI sebagai salah satu bentuk nyata komitmen pemerintah untuk mencapai *Sustainable Development Goals* (SDGs) khususnya untuk menurunkan angka kematian pada anak. Pengembangan Program Imunisasi (PPI) diselenggarakan dalam upaya pencegahan penularan terhadap beberapa Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I), yaitu Tuberkulosis, Difteria, Pertusis, Campak, Polio, Tetanus serta Hepatitis B.

Beberapa penyakit sampai saat ini menjadi perhatian dunia dan merupakan komitmen global yang wajib diikuti oleh semua negara adalah eradikasi polio (ERAPO), eliminasi campak, pengendalian *rubella* (EC-PR) dan *Maternal Neonatal Tetanus Elimination* (MNTE). Disamping itu, dunia menaruh perhatian terhadap mutu pelayanan dengan menetapkan standar pemberian suntikan yang aman (*safe injection practices*) bagi penerima suntikan yang dikaitkan dengan pengolahan limbah medis tajam yang aman (*waste disposal management*), bagi petugas maupun lingkungan.

Cakupan imunisasi harus dipertahankan tinggi dan merata di seluruh wilayah. Hal ini bertujuan untuk menghindarkan terjadinya daerah kantong yang akan mempermudah terjadinya Kejadian Luar Biasa (KLB). Untuk mendeteksi dini terjadinya peningkatan kasus penyakit yang berpotensi menimbulkan KLB, imunisasi perlu didukung oleh upaya surveilans epidemiologi.

### 5.1.3 Sasaran Imunisasi

Sasaran ditujukan pada Bayi, anak Batita (bawah tiga tahun), Ibu hamil, Anak Sekolah SD/MI kelas 1, 2 dan 3, serta Calon pengantin. Pada tahun 2016 sasaran berdasarkan estimasi / proyeksi sebagai berikut :

**Tabel 5.1**  
**Sasaran Imunisasi Di Kabupaten Garut Tahun 2016**

No	Indikator	Jumlah
1	Bayi usia 0 – 12 bulan	56.843 orang
2	Ibu Hamil	62.514 orang
3	Anak Sekolah SD/MI Kelas 1	53.895 orang
4	Anak Sekolah SD/MI kelas 2	53.152 orang
5	Anak Sekolah SD/MI kelas 3	53.969 orang

*Sumber: Seksi Pencegahan Penyakit, Tahun 2016*

Berdasarkan dari hasil pendataan sasaran secara berjenjang mulai tingkat desa, tingkat puskesmas, untuk selanjutnya diajukan ke tingkat kabupaten sebagai bentuk data sasaran riil di lapangan untuk tahun berikutnya. Di Dinas Kesehatan, data tersebut diolah dengan mempertimbangkan angka laju pertumbuhan penduduk dan nilai margin error yang diinginkan (nilai presisi, 0,05) maka data yang diterbitkan adalah sebagai hasil perhitungan yang sifatnya tidak mutlak, artinya dapat berubah setelah dievaluasi setiap 3 bulan dalam 2 triwulan pertama.

Data sasaran tahun 2016 mengalami peningkatan khususnya pada sasaran bayi yaitu sebesar 0.9% dan sasaran ibu hamil sebesar 4.4% dibandingkan tahun 2015. Dengan adanya penambahan jumlah sasaran tersebut, maka risiko untuk tidak tercapai target cakupan semakin besar, untuk itu diperlukan upaya-upaya selain validasi sasaran, cakupan, juga dibutuhkan upaya sosialisasi imunisasi dan peran aktif yang melibatkan

segenap unsur baik pemerintahan dalam hal ini puskesmas, masyarakat dan swasta.

#### **5.1.4 Hasil Cakupan Imunisasi**

##### **5.1.4.1 Cakupan Imunisasi Dasar Pada Bayi**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 42 tahun 2013 tentang penyelenggaraan imunisasi, menyebutkan sebagai dasar dalam penentuan bayi dengan status Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) adalah bayi yang telah mendapatkan imunisasi dasar dalam kurun umur 0–11 bulan yaitu : Hepatitis B 0-7 Hari (1 kali), BCG (1 kali), Polio (4 kali), Pentavalen (3 kali), dan Campak (1 kali).

Dari imunisasi dasar lengkap yang diwajibkan tersebut, campak merupakan imunisasi yang mendapat perhatian lebih, hal ini sesuai komitmen Indonesia pada global untuk mempertahankan cakupan imunisasi campak sebesar 90% secara tinggi dan merata. Hal ini terkait dengan realita bahwa campak adalah salah satu penyebab utama kematian pada balita. Dengan demikian pencegahan campak memiliki peran signifikan dalam penurunan angka kematian balita.

##### **1) Hepatitis B 0 – 7 Hari**

Penyakit hepatitis B merupakan salah satu penyakit yang menjadi masalah kesehatan, khususnya bagi negara-negara berkembang. Diperkirakan sekitar 2 miliar penduduk dunia telah terinfeksi virus Hepatitis B dan sekitar 500.000 hingga 700.000 orang meninggal setiap tahun akibat hepatitis B dan diperkirakan 4-40 juta penduduk Indonesia mempunyai kemungkinan mengidap hepatitis (pada semua tipe), dan hepatitis B menduduki urutan pertama dalam hal jumlah penderita dan penyebarannya. Imunisasi hepatitis B sangat efektif untuk



mencegah penyakit hepatitis B. Pemberian imunisasi ini akan menumbuhkan kekebalan tubuh secara terus menerus, menyeluruh, sehingga mampu memberikan perlindungan kesehatan serta memutus mata rantai penularan penyakit hepatitis B.

Imunisasi Hepatitis-B dilaksanakan sejak tahun 1997 sampai sekarang, bersamaan dengan perkembangan teknologi pelayanan imunisasi Hepatitis-B diberikan pada bayi 0-7 hari dengan menggunakan vaksin Hept-B uniject, hal ini dimaksudkan untuk menekan terjadinya penularan virus HB secara vertikal dari ibu kepada Bayi yang baru lahir melalui plasenta atau kontak langsung pada waktu melahirkan.

Kondisi perkembangan cakupan imunisasi hepatitis B di Indonesia dalam 3 tahun terakhir telah mencapai >90%, namun angka itu belum merata di semua desa. Hal ini ditunjukkan melalui pencapaian Universal Child Immunization (UCI) desa/kelurahan yang ada di Indonesia. Di Kabupaten Garut pelaksanaan hepatitis B uniject yang diberikan pada bayi 0-7 hari dilaksanakan sejak tahun 2001.

Di Kabupaten Garut tahun 2016, capaian cakupan imunisasi HB 0-7 sebesar 95.76%, merupakan hasil capaian tertinggi dalam 5 tahun terakhir ini tetapi pencapaian tersebut masih bersifat fluktuatif. Hasil ini membuktikan bahwa semakin tingginya kesadaran masyarakat terhadap penerimaan keberadaan vaksin tersebut sekaligus menjadikan kebutuhan dalam upaya menjaga kesehatan anaknya. Di samping itu, petugas kesehatan telah menerapkan secara maksimal Standar Operasional Prosedur (SOP) asuhan persalinan dimana pemberian imunisasi HB 0-7 hari merupakan bagian dari layanan tersebut.

**Grafik 5.9**  
**Cakupan Imunisasi HB 0-7 Hari**  
**Di Kabupaten Garut Tahun 2012-2016**



*Sumber: Seksi Pencegahan Penyakit, Tahun 2016*

Hasil pelaksanaan pelayanan imunisasi Hepatitis B 0-7 hari di Kabupaten Garut tahun 2016 mengalami peningkatan secara signifikan yaitu sebesar 2.83% dibandingkan tahun 2015. Kendati demikian, bila dikomparasi dengan cakupan KN1 (Neonatus) pada tahun yang sama sebesar 100.6%, dengan kata lain terdapat selisih sebesar 4.84%, artinya masih terdapat bayi sebanyak 2.768 bayi pada saat kunjungan neonatus 1 tidak diberikan vaksin HB 0-7 dan tidak dapat terlindungi dari penyakit Hepatitis B yang ditularkan oleh ibunya (*carier*) atau kontak langsung melalui luka / tali pusat pada waktu melahirkan.

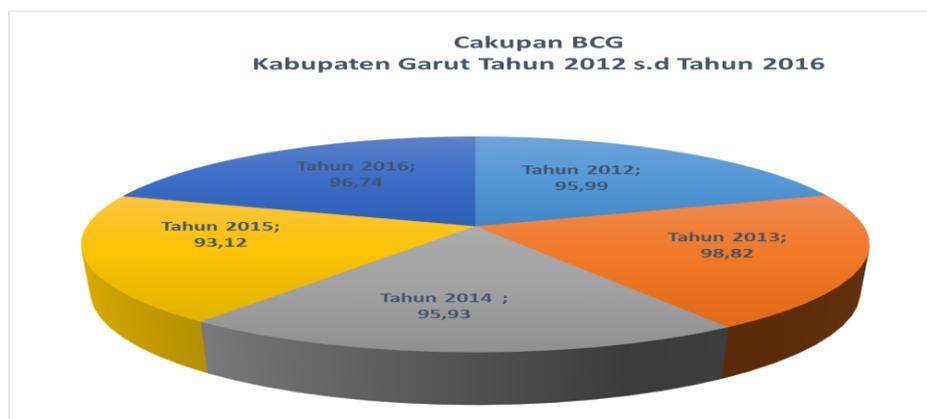
## 2) **BCG**

Sebagai parameter keberhasilan masyarakat dalam ukuran aksesibilitas terhadap layanan kesehatan imunisasi salah satu diantaranya adalah diukur dengan cakupan imunisasi BCG. Pemberian imunisasi BCG diberikan satu kali pada saat bayi berumur 1 bulan. Hal ini penting sekali untuk mencegah penyakit endemisitas Tuberkulosis terutama TB-Paru. Seperti laporan

WHO tahun 2014 kasus TB di Indonesia mencapai peringkat ke-3 (tiga). Berdasarkan hasil survei prevalensi TB tahun 2013-2014 Provinsi Jawa Barat menempati urutan pertama prevalensi 0.7%. Dengan demikian, rasionya adalah 7 (tujuh) dari 1000 penduduk sudah terdapat kasus TB aktif. Keberadaan imunisasi BCG dipandang penting mengingat tingginya prevalensi TB tersebut. *Bacillus Calmette Guerin* adalah vaksin hidup yang dibuat dari *Mycobacterium bovis* yang dibiak berulang selama 1-3 tahun sehingga didapatkan hasil yang tidak *virulen* tetapi masih mempunyai imunogenitas. Vaksinasi BCG menimbulkan sensitivitas terhadap tuberkulin, tidak mencegah infeksi tuberkulosis tetapi mengurangi risiko terjadi tuberkulosis berat seperti meningitis TB dan tuberkulosis milier. Aktifitas masyarakat dalam mendapatkan pelayanan imunisasi BCG merupakan bagian dari indikator terhadap akses masyarakat sebagai bentuk kebutuhan terhadap perlindungan anaknya. Hasil capaian imunisasi BCG di Kabupaten Garut, dalam lima (5) tahun terakhir dapat digambarkan pada grafik berikut :

**Grafik 5.10**

**Hasil Cakupan BCG Kabupaten Garut Tahun 2012 - 2016**



Sumber: Seksi Pencegahan Penyakit, Tahun 2016

Cakupan imunisasi BCG tahun 2016 mengalami peningkatan sebesar 3.62% dibanding tahun 2015 atau secara umum telah mencapai target (95%). Hasil tersebut dapat menjelaskan bahwa, aksesibilitas program imunisasi sangat baik di masyarakat. Beberapa asumsi dan pemahaman yang kurang baik selama ini terjadi di lapangan, yaitu : masih rendahnya kesadaran masyarakat, adanya kantong-kantong daerah yang masih menolak akan imunisasi, dan faktor geografi yang sangat sulit dijangkau, secara perlahan-lahan dan masif berangsur mengalami perubahan secara positif.

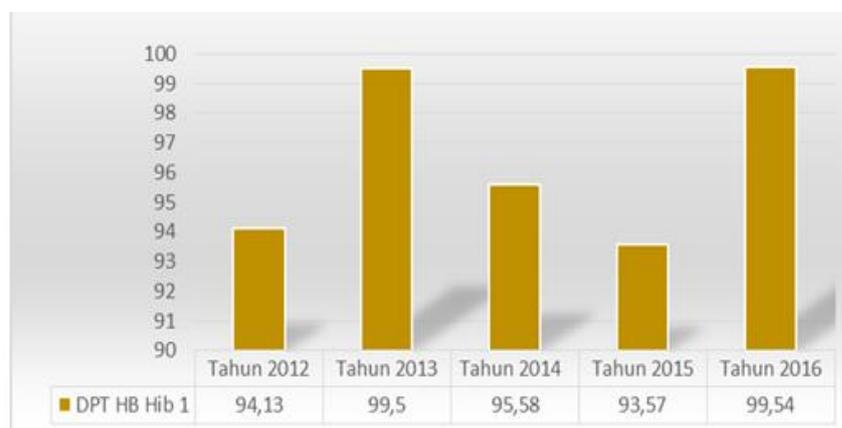
### 3) ***Pentavalent 1***

Sejak pencaanangan vaksin *Pentavalen* di tahun 2013, sebagai langkah dalam upaya menurunkan angka kesakitan, kematian dan kecacatan pada bayi dan balita akibat pneumonia dan meningitis. *Pentavalen* merupakan kombinasi tiga (3) jenis vaksin yaitu DPT, HB dan Hib. Kebijakan ini ditetapkan dalam Permenkes RI/No.42 Tahun 2013 pada 10 Juni 2013 dan Kepmenkes RI No. 23/Menkes/SK/I/2013 yang di keluarkan pada 15 Januari 2013.

Cakupan *pentavalen 1* tahun 2016 sebesar 99.54% atau mengalami peningkatan sebesar 5.97% dibanding tahun 2015. Secara umum capaian *pentavalen 1* sudah mencapai target nasional sebesar 95%. Dengan kata lain, menjelaskan bahwa masyarakat sudah mampu mengakses layanan imunisasi atau tingkat utilitas layanan kesehatan semakin membaik.

*Coverage* *pentavalen* yang terintegrasi dengan vaksin DPT-HB yaitu seperti pada grafik di bawah ini:

**Grafik 5.11**  
**Cakupan Pentavalent 1**  
**Kabupaten Garut Tahun 2012 – 2016**



*Sumber: Seksi Pencegahan Penyakit, Tahun 2016*

#### 4) **Pentavalen 3**

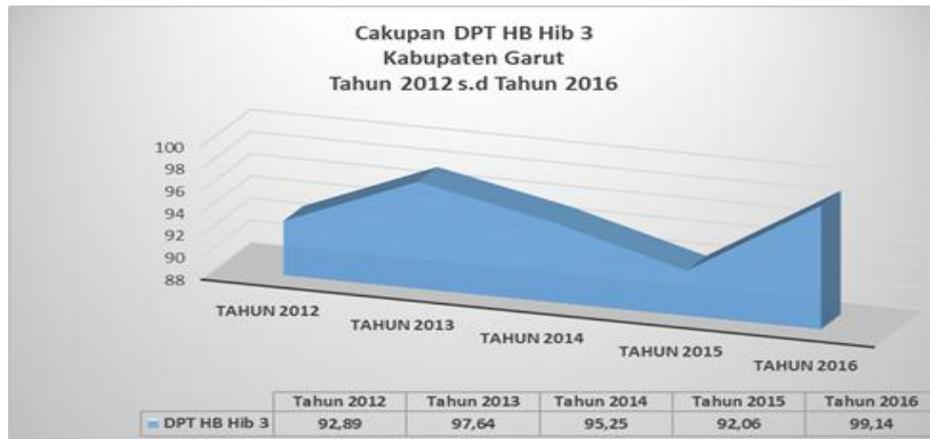
Imunisasi *pentavalen 3* merupakan indikator terhadap keberhasilan program imunisasi yaitu respon kembali setelah diimunisasi pentavalen 1 dan 2 merupakan bentuk asumsi kepercayaan dan kebutuhan terhadap pentingnya imunisasi.

Capaian pentavalen 3 merupakan indikator dari pelayanan imunisasi untuk tingkat perlindungan penduduk dari kemungkinan atau risiko terserang penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi atau merupakan parameter terhadap kualitas pelayanan imunisasi.

Tahun 2016 capaian pentavalen 3 sebesar 99.14% atau mengalami peningkatan sebesar 7,08% dibandingkan dengan tahun 2015. Dengan demikian, capaian ini telah mencapai target yaitu sebesar 90%.

Hasil cakupan pentavalen Kabupaten Garut selama lima (5) tahun terakhir dapat digambarkan pada grafik dibawah ini:

**Grafik 5.12**  
**Cakupan Pentavalen 3 Di Kabupaten Garut**  
**Periode Tahun 2012 – 2016**



*Sumber: Seksi Pencegahan Penyakit, Tahun 2016*

#### 5) **Polio 1**

Pemberian imunisasi polio 1 merupakan salah satu indikator dari aksesibilitas terhadap penggerakan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan imunisasi. Untuk itu, peran serta masyarakat sangat diperlukan dalam upaya penggerakan sasaran imunisasi untuk menjangkau fasilitas kesehatan.

Terdapat peningkatan cakupan Polio 1 di tahun 2016 sebesar 10,24% dibandingkan tahun 2015. Angka tersebut telah mampu menjawab atas keraguan masyarakat terhadap pelayanan imunisasi. Masyarakat telah menyadari dan menjadikan immunisasi sebagai kebutuhan dalam menjaga kesehatan bayinya.

Hasil cakupan Polio 1 di Kabupaten Garut dalam periode 2012 sampai dengan 2016 dapat digambarkan pada grafik di bawah ini:

**Grafik 5.13**  
**Cakupan Imunisasi Polio 1**  
**Di Kabupaten Garut Tahun 2012 - 2016**

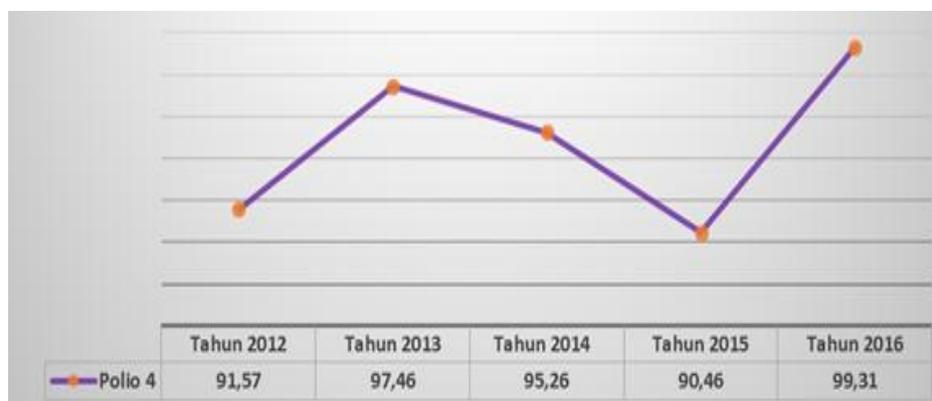


*Sumber: Seksi Pencegahan Penyakit, Tahun 2016*

6) **Polio 4**

Capaian Polio 4 merupakan indikator terhadap keberhasilan pelayanan dan sebagai parameter terhadap kualitas pelayanan. Capaian cakupan imunisasi polio 4 dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

**Grafik 5.14**  
**Cakupan Polio 4 Kabupaten Garut 2012 – 2016**



*Sumber: Seksi Pencegahan Penyakit, Tahun 2016*

Cakupan Polio 4 tahun 2016 sebesar 99.31% atau mengalami peningkatan sebesar 8,85%% dibanding tahun 2015. Namun demikian, secara umum dalam lima (5) tahun terakhir ini sudah mencapai target nasional yaitu sebesar 90%. Pada umumnya, layanan kesehatan telah mampu menjaga kualitas layanan imunisasi dan berhasil dipertahankan.

#### 7) **Campak**

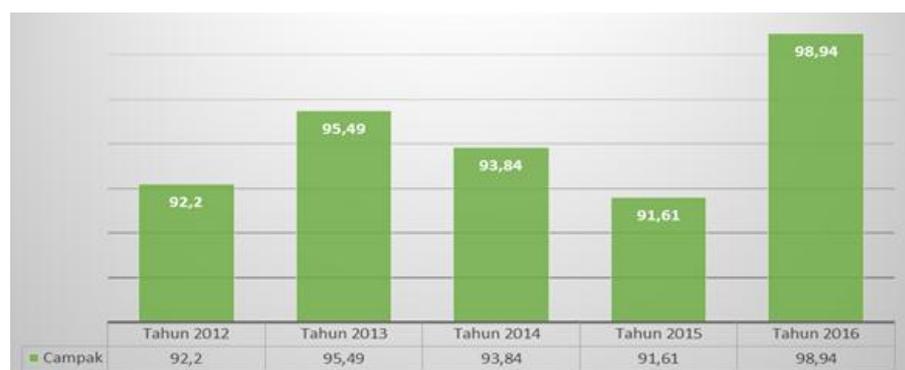
Imunisasi campak merupakan indikator keberhasilan program yaitu sebagai gambaran kualitas pelayanan imunisasi.

Dari imunisasi dasar lengkap yang diwajibkan, campak merupakan imunisasi yang mendapat perhatian lebih, hal ini sesuai komitmen Indonesia pada global untuk mempertahankan cakupan imunisasi campak sebesar 90% secara tinggi dan merata. Hal ini terkait dengan realita bahwa campak adalah salah satu penyebab utama kematian pada balita. Dengan demikian pencegahan campak memiliki peran signifikan dalam penurunan angka kematian balita.

Berikut capaian imunisasi campak di Kabupaten Garut.

**Grafik 5.15**

**Cakupan Imunisasi Campak Kab. Garut Tahun 2012- 2016**



Sumber: Seksi Pencegahan Penyakit, Tahun 2016

Target campak yang ditetapkan tahun 2016 yaitu sebesar 95%, target ini cukup sulit untuk dicapai. Hal tersebut dapat dilihat dalam 4 (empat) tahun terakhir capaiannya masih di bawah target. Akan tetapi, tahun 2016 merupakan capaian tertinggi selama lima (5) tahun terakhir ini yaitu mencapai 98.94%, atau mengalami peningkatan sebesar 7.33%.

Dalam kurun waktu lima (5) tahun, 2016 merupakan keberhasilan dalam mencapai target cakupan imunisasi campak secara nasional.

#### 8) **Drop Out**

Imunisasi dasar pada bayi seharusnya diberikan pada anak sesuai dengan umurnya. Pada kondisi ini, diharapkan sistem kekebalan tubuh dapat bekerja secara optimal. Namun demikian, pada kondisi tertentu beberapa bayi tidak mendapatkan imunisasi dasar secara lengkap. Kelompok inilah yang disebut dengan drop out (DO) imunisasi. Bayi yang mendapatkan imunisasi DPT/HB1 pada awal pemberian imunisasi, namun tidak mendapatkan imunisasi campak, disebut angka drop out imunisasi DPT/HB1-Campak. Indikator ini diperoleh dengan menghitung selisih penurunan cakupan imunisasi Campak terhadap cakupan imunisasi DPT/HB1.

Semakin tinggi DO (Drop Out) semakin kurang baik pengelolaan program imunisasi. Secara umum, angka DO di Kabupaten Garut dalam 4 (empat) tahun terakhir masih di bawah toleransi (5%) yaitu paling tinggi hanya pada tahun 2011 untuk DO Pentavalen1 – Campak sebesar 4.03%.

Angka capaian drop out Kabupaten Garut dari mulai tahun 2012 sampai dengan 2016 dapat dilihat dari table berikut:

**Tabel 5.2**  
**Angka Capaian Drop Out di Kabupaten Garut**  
**Tahun 2012 s.d 2016**

Tahun	DROP OUT (DO) (%)			
	DPT HB Hib (1) - (3)	BCG - CAMPAK	DPT HB Hib (1) - CAMPAK	POLIO 1 - 4
2012	1,32	3,95	20,5	3,33
2013	1,87	3,37	4,03	0,68
2014	0,35	2,18	1,82	0,35
2015	3,51	1,51	3,96	1,54
2016	0,4	2,08	0,6	2,94

*Sumber: Seksi Pencegahan Penyakit, Tahun 2016*

**9) Cakupan Imunisasi Booster**

Pemberian imunisasi booster merupakan upaya untuk meningkatkan lagi kekebalan atau titter antibody ketika anak diprediksi akan mengalami penurunan pada usia di atas 18 bulan untuk vaksin pentavalen dan campak.

Capaian imunisasi booster di Kabupaten Garut tahun 2016 dapat dilihat pada tabel berikut:

**Tabel 5.3**  
**Cakupan Imunisasi Booster Kabupaten Garut**  
**Tahun 2016**

Booster	Cakupan	Target	Kesenjangan
DPT HB Hib	61,1	90	28,9
Campak	56,09	90	33,91

*Sumber: Seksi Pencegahan Penyakit, Tahun 2016*

Tahun 2016, capaian booster pentavalen dan masih relatif rendah dan belum mencapai target. Hal ini dikarenakan, kebijakan ini relatif baru dan masih perlu untuk lebih meningkatkan lagi sosialisasi.

#### **5.1.4.2 Cakupan Imunisasi Ibu Hamil**

##### **1) TT 1**

Salah satu penyebab kematian ibu dan kematian bayi yaitu infeksi tetanus yang disebabkan oleh bakteri *Clostridium tetani* sebagai akibat dari proses persalinan yang tidak aman/steril atau berasal dari luka yang diperoleh ibu hamil sebelum melahirkan. *Clostridium Tetani* masuk melalui luka terbuka dan menghasilkan racun yang menyerang sistem syaraf pusat. Sebagai upaya mengendalikan infeksi tetanus yang merupakan salah satu faktor risiko kematian ibu dan kematian bayi, maka dilaksanakan program imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bagi Wanita Usia Subur (WUS) dan ibu hamil. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Imunisasi mengamanatkan bahwa wanita usia subur dan ibu hamil merupakan salah satu kelompok populasi yang menjadi sasaran imunisasi lanjutan. Imunisasi lanjutan adalah kegiatan yang bertujuan untuk melengkapi imunisasi dasar pada bayi yang diberikan kepada anak Batita, anak usia sekolah, dan wanita usia subur termasuk ibu hamil. Wanita usia subur yang menjadi sasaran imunisasi TT adalah wanita berusia antara 15-49 tahun yang terdiri dari WUS hamil (ibu hamil) dan tidak hamil. Imunisasi lanjutan pada WUS salah satunya dilaksanakan pada waktu melakukan pelayanan antenatal. Imunisasi TT pada WUS diberikan sebanyak 5 dosis dengan interval tertentu, dimulai sebelum dan atau saat hamil yang

berguna bagi kekebalan seumur hidup. Interval pemberian imunisasi TT dan lama masa perlindungan yang diberikan sebagai berikut:

- a. TT2 memiliki interval minimal 4 minggu setelah TT1 dengan masa perlindungan 3 tahun;
- b. TT3 memiliki interval minimal 6 bulan setelah TT2 dengan masa perlindungan 5 tahun;
- c. TT4 memiliki interval minimal 1 tahun setelah TT3 dengan masa perlindungan 10 tahun; dan
- d. TT5 memiliki interval minimal 1 tahun setelah TT4 dengan masa perlindungan 25 tahun.

*Screening* status imunisasi TT harus dilakukan sebelum pemberian vaksin. Pemberian imunisasi TT tidak perlu dilakukan bila hasil *screening* menunjukkan wanita usia subur telah mendapatkan imunisasi TT5 yang harus dibuktikan dengan buku KIA, rekam medis, dan atau kohort. Kelompok ibu hamil yang sudah mendapatkan TT2 sampai dengan TT5 dikatakan mendapatkan imunisasi TT2+. Gambar berikut menampilkan cakupan imunisasi TT5 pada wanita usia subur dan cakupan imunisasi TT2+ pada ibu hamil.

Di tahun 2016 capaian imunisasi TT1 mengalami peningkatan tajam dibandingkan 2 (dua) tahun sebelumnya yaitu sebesar 56.88% tahun 2015 dan sebesar 52.24% tahun 2014. Dengan demikian dalam 3 (tiga) tahun terakhir ini imunisasi TT1 secara bertahap beranjak naik setiap tahunnya.

Namun demikian, capaian ini masih di bawah target nasional sebesar 90%. Ketidakberhasilan puskesmas yang tidak mencapai target kemungkinan sasaran ibu hamilnya sudah mencapai status T2, T3, T4 atau T5 tidak dimasukkan dalam

cakupan sehingga ada beberapa puskesmas TT 1 nya tidak mencapai target.

**Grafik 5.16**  
**Cakupan TT 1**  
**Di Kabupaten Garut Tahun 2012 – 2016**



*Sumber: Seksi Pencegahan Penyakit, Tahun 2016*

Pencapaian di kabupaten untuk cakupan TT1 ibu hamil tahun 2016 tidak mencapai target, hal tersebut terjadi karena selama 4 (empat) bulan terakhir ini terjadi masa transisi dari TT ke Td yang memungkinkan petugas kurang mengetahuinya. Kajian epidemiologis, dalam 3 (tiga) tahun terakhir ini capaian <80 %, maka hal ini akan berisiko terhadap tingkat perlindungan dari penyakit TN pada bayi yang rendah.

## 2) TT 2 Plus

Hasil cakupan TT2 tidak berbeda dengan TT1 di tahun 2016 tidak mencapai target nasional sebesar 80%, Kondisi ini dapat dipahami, diakibatkan karena faktor ketersediaan vaksin selama 5 (lima) bulan tidak ada. Dengan demikian

dalam selama 5 (lima) tahun terakhir ini capaian TT2 belum mencapai target sebesar 80% akan tetapi proses *screening* sudah mulai menunjukkan hasil positif dan telah berjalan cukup baik.

Cakupan TT 2+ Kabupaten Garut selama periode 2012-2016 dapat digambarkan pada grafik dibawah ini:

**Grafik 5.17**  
**Cakupan TT 2 +**  
**Di Kabupaten Garut Tahun 2012 – 2016**



Sumber: Seksi Pencegahan Penyakit, Tahun 2016

#### 5.1.4.3 Cakupan Imunisasi Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS)

##### 1) BIAS Campak

Pelaksanaan BIAS Campak pada Anak sekolah SD / MI kelas 1 tahun 2014 dilaksanakan pada anak sekolah SD/MI kelas 1 karena :

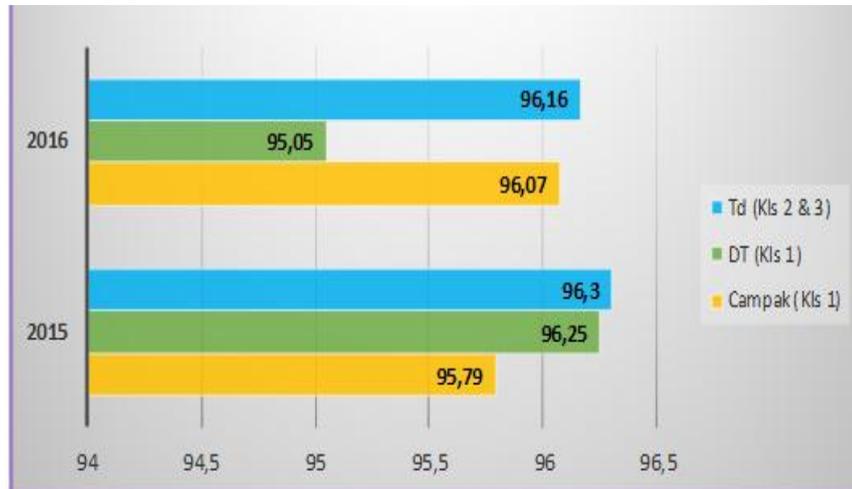
- Campak merupakan penyakit yang sangat potensial untuk menimbulkan wabah.
- Penyakit campak dapat dicegah dengan pemberian imunisasi campak.

- Dengan cakupan yang mencapai > 90 % dan merata diharapkan jumlah kasus campak akan menurun oleh karena terbentuknya kekebalan pada kelompok anak sekolah SD/MI.
- Untuk mencegah terjadinya wabah campak dan sekaligus memutuskan mata rantai penularan maka perlu dilaksanakan pemberian imunisasi campak pada anak sekolah SD/MI kelas 1 yang secara bertahap.
- Pemberian imunisasi campak pada anak sekolah SD /MI kelas 1 Untuk pengendalian penyakit campak dalam jangka panjang dan untuk mendapatkan perlindungan terhadap penyakit campak seumur hidup.

Hasil cakupan Bias Campak pada anak sekolah SD/MI di kabupaten Garut rata – rata pencapaiannya di atas 90%, ini artinya 90 murid anak sekolah SD/MI dari 100 murid akan kebal dan terlindungi dari penyakit campak. Dengan demikian Kabupaten Garut rata-rata hasil cakupan BIAS campak pada tahun 2016 telah mencapai 96.07% ini berarti murid anak sekolah SD/MI di Kabupaten Garut sebanyak 51.779 siswa dari jumlah sasaran 53.895 murid telah kebal dan terlindung dari penyakit/wabah campak sehingga akan tercapailah target reduksi campak di kabupaten Garut. karena itu untuk mewujudkan perlindungan universal dimana salah satu komponennya adalah capaian imunisasi campak, maka kegiatan pemberian imunisasi campak pada anak sekolah atau BIAS campak harus dilakukan secara serentak.

Hasil Cakupan Imunisasi BIAS Campak pada anak sekolah SD/MI tahun 2015 adalah sebagai berikut:

**Grafik 5.18**  
**BIAS Campak Di Kabupaten Garut 2012 – 2016**



*Sumber: Seksi Pencegahan Penyakit, Tahun 2016*

## 2) BIAS DT dan Td

Pelaksanaan BIAS DT / Td anak sekolah SD / MI di Kabupaten Garut dimaksudkan antara lain :

- Untuk mempertahankan pencapaian Eliminasi Tetanus Neonatorum (ETN), pengendalian penyakit Difteri dan Tetanus pada anak sekolah SD/MI dalam jangka panjang.
- Untuk mendapatkan imunisasi TT lengkap pada anak sekolah SD/MI yang akan memberikan perlindungan selama 25 tahun terhadap penyakit tetanus.
- Untuk mendapatkan imunisasi DT pada anak sekolah SD/MI kelas 1 sebagai Booster yang akan memberikan perlindungan selama 10 tahun terhadap penyakit Difteri.

Hasil cakupan Bias DT dan Td pada anak sekolah SD/MI di Kabupaten Garut rata – rata pencapaiannya di atas 90%, ini artinya 90 murid anak sekolah SD/MI dari 100 murid akan kebal dan terlindungi dari penyakit Difteri dan Tetanus. Dengan demikian Kabupaten Garut rata-rata hasil cakupan BIAS DT anak sekolah SD/MI kelas 1 pada

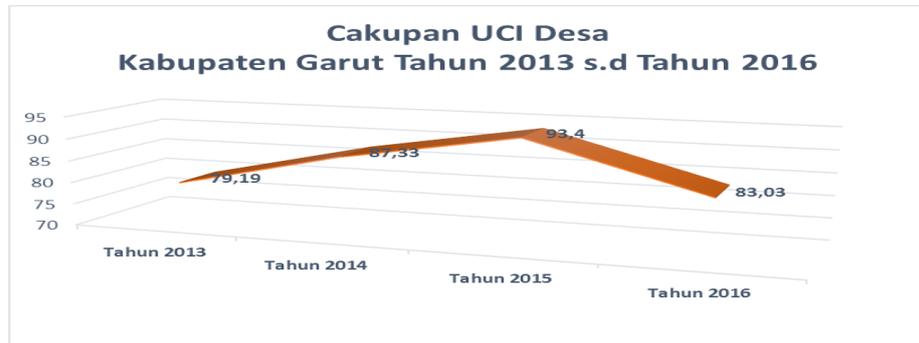
tahun 2016 telah mencapai 96.07% (DT) ini berarti murid anak sekolah SD/MI kelas 1 di Kabupaten Garut sebanyak 51.779 orang dari jumlah sasaran 53.895 murid telah kebal dan terlindung dari penyakit/wabah Difteri dan rata – rata hasil cakupan BIAS Td anak sekolah SD / MI kelas 2 dan 3 tahun 2016 telah mencapai 96.16% (Td) ini berarti murid anak sekolah SD/MI kelas 2 dan 3 di Kabupaten Garut sebanyak 103.009 orang dari jumlah sasaran 107.121 murid telah kebal dan terlindung dari penyakit/wabah Difteri dan Tetanus sehingga akan tercapailah target Eliminasi Tetanus Neonatorum (ETN) di Kabupaten Garut. Oleh karena itu kegiatan pemberian imunisasi DT/Td pada anak sekolah SD/MI kelas 1,2 & 3 atau BIAS DT/Td harus dilakukan secara bertahap dan terus menerus.

#### **5.1.4.4 Cakupan UCI (*Universal Child Immunization*)**

Sesuai dengan keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 482 Tahun 2010 tentang Gerakan Akselerasi Imunisasi Nasional *Universal Child Immunization* bahwa imunisasi merupakan upaya efektif untuk menurunkan angka kematian anak yang mana merupakan salah satu tujuan *Millenium Development Goals*.

Indikator lain yang diukur untuk menilai keberhasilan pelaksanaan imunisasi yaitu *Universal Child Immunization* (UCI) desa/kelurahan. Desa/kelurahan UCI adalah gambaran suatu desa/kelurahan dimana  $\geq 80\%$  dari jumlah bayi (0-11 bulan) yang ada di desa/kelurahan tersebut sudah mendapat imunisasi dasar lengkap. Hasil cakupan UCI desa dalam empat (4) tahun terakhir dapat dilihat pada tabel berikut:

**Grafik 5.19**  
**Cakupan UCI Desa Kabupaten Garut 2012-2016**



Sumber: Seksi Pencegahan Penyakit, Tahun 2016

Capaian UCI desa tahun 2016 mengalami peningkatan bahkan capaian tertinggi dalam 5 tahun terakhir. Capaian ini tidak terlepas dari kerjasama dengan beberapa pihak baik koordinasi dengan jaringan kesehatan maupun dengan lintas sektoral. Namun demikian, kalau dibandingkan dengan target UCI desa sebesar 95% maka capaian selama ini di Kabupaten Garut masih tergolong rendah. Capaian tahun 2014 sebesar 87.83% menunjukkan bahwa 53.272 bayi sudah terlindungi dari penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi.

## 5.1.5 PERBAIKAN GIZI MASYARAKAT

### 5.1.5.1 Cakupan Tablet FE

FE merupakan salah satu zat nutrisi yang sangat dibutuhkan oleh ibu yang sedang hamil. Kekurangan zat besi dapat menyebabkan anemia pada ibu hamil, anemia merupakan faktor resiko yang dalam kesehatan. Menurut WHO (2015), prevalensi anemia di Indonesia sebesar 23%.

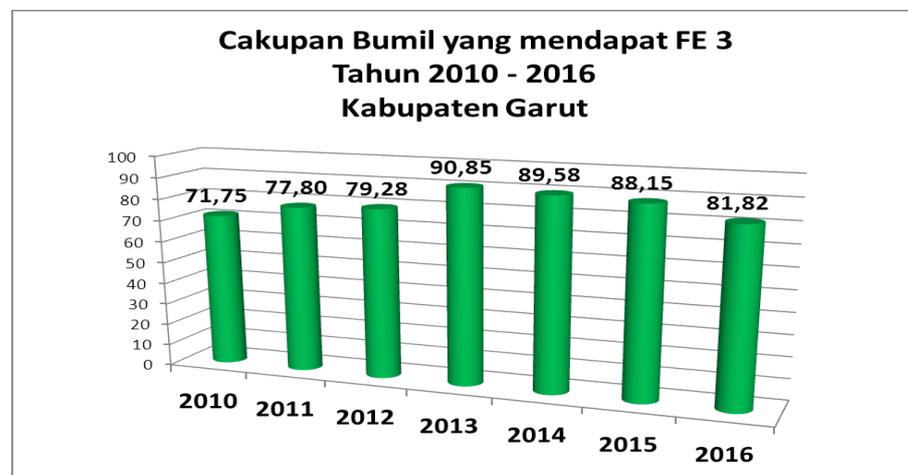
Cakupan tablet tambah darah (Fe<sup>3</sup>) di Kabupaten Garut tahun 2016 yaitu sebesar 81,82% atau sebanyak 51.150 orang dari target sebesar 89%.

Cakupan pemberian Fe3 tahun 2016 mengalami penurunan dari 88,19% menjadi 81,82%, hal ini disebabkan oleh kurangnya produksi Fe yang sesuai dengan standar. Fe yang sesuai standar yaitu harus mengandung elemental besi 60 mcg dan asam folat 400 mcg, sedangkan kandungan Fe tersebut masih jarang dipasarkan, tidak semua pabrik memproduksi tablet Fe sesuai anjuran tersebut sehingga pemenuhan tablet Fe tahun 2016 hanya persediaan *stock* tahun sebelumnya.

Sedangkan cakupan Fe1 tahun 2016 yaitu sebesar 89,51% atau sebanyak 55.955 orang. Apabila dibandingkan dengan cakupan tahun 2015, Fe1 mengalami penurunan sebesar 4,67%, yaitu dari 93,82% menjadi 89,51%.

Sistem pencatatan dan pelaporan bertambah baik antara lintas program, klinik swasta serta peranan kader/tokoh masyarakat dan tenaga kesehatan berpengaruh dalam pendistribusian tablet tambah darah mandiri terhadap peningkatan cakupan tablet tambah darah ibu hamil. Hal tersebut dapat dilihat dalam Grafik dibawah ini:

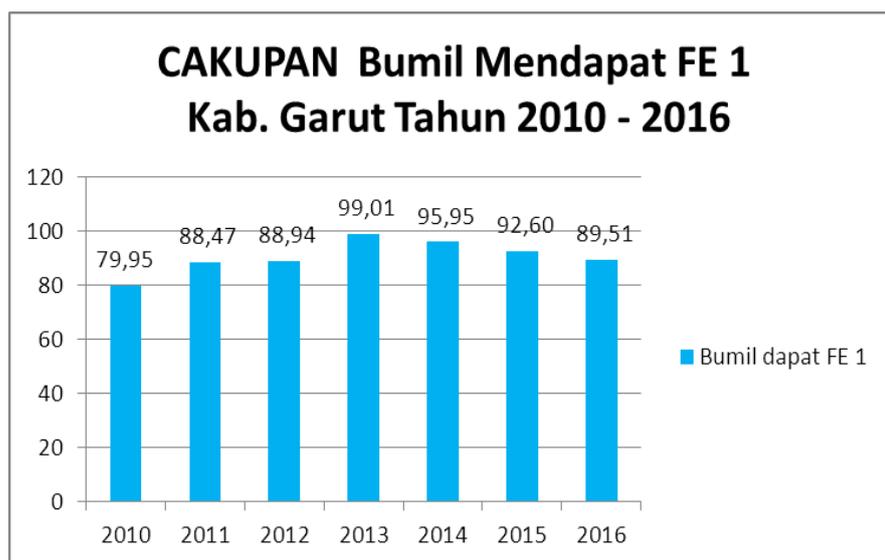
**Grafik 5.20**  
**Cakupan Ibu Hamil Mendapat FE3**  
**Di Kabupaten Garut Tahun 2010 – 2016**



Sumber : Seksi Gizi Keluarga Tahun 2016

Sedangkan cakupan ibu hamil yang mendapatkan FE1 selama periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2016 dapat digambarkan pada grafik dibawah ini

**Grafik 5.21**  
**Cakupan Ibu Hamil Mendapat FE1**  
**Di Kabupaten Garut Tahun 2010 – 2016**



*Sumber : Seksi Gizi Keluarga Tahun 2016*

#### 5.1.5.2 Cakupan Asi Eksklusif

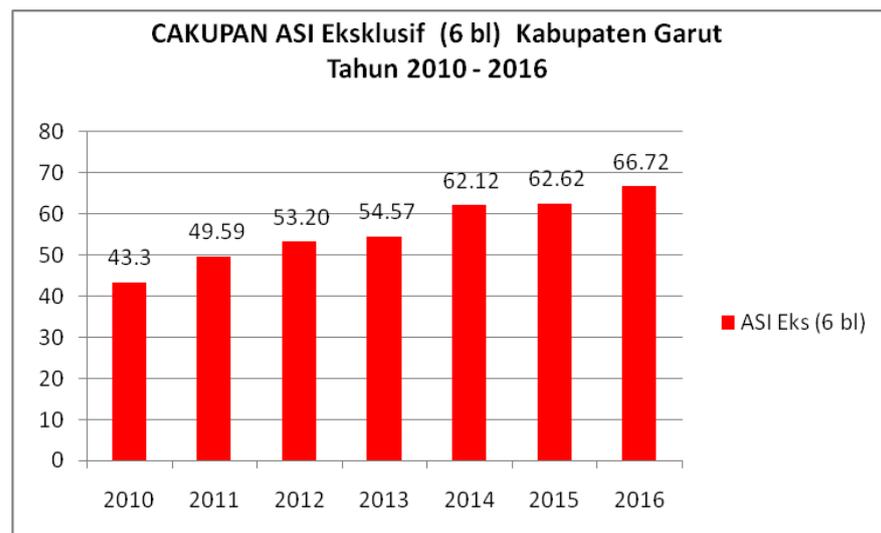
Gambaran cakupan ASI Eksklusif Kabupaten Garut tahun 2016 dengan sasaran 69.662 orang. Bayi 6 bulan yang lulus ASI tahun 2016 yaitu sebesar 66,72% (46.480) sedangkan pada tahun 2015 yaitu sebesar 66,63%, ini menunjukkan adanya peningkatan sebesar 0,09%. Akan tetapi hal ini masih di bawah target yaitu sebesar 75%.

Berbagai upaya yang telah dilakukan dalam meningkatkan pemberian ASI eksklusif pada bayi usia 0 – 6 bulan, diantaranya yaitu sosialisasi Peraturan Pemerintah No. 33 tahun 2012 di tingkat kecamatan/desa dan melaksanakan tindak lanjut sepuluh (10) langkah menuju keberhasilan

menyusui dengan pembentukan kelompok pendukung ASI di desa / kelurahan.

Gambaran cakupan ASI eksklusif dapat dilihat dari table dibawah ini:

**Grafik 5.22**  
**Cakupan ASI Eksklusif (6 Bln)**  
**Di Kabupaten Garut Tahun 2010 – 2016**



*Sumber : Seksi Gizi Keluarga Tahun 2016*

### 5.1.5.3 Cakupan Vitamin A

Cakupan pemberian vitamin A biru untuk bayi usia 6–11 bulan Di Kabupaten Garut tahun 2016 yaitu dengan sasaran sebanyak 56.841 orang atau sebesar 99,16 %, ini menunjukkan adanya penurunan capaian apabila dibandingkan dengan tahun 2015 yaitu sebesar 99,39%.

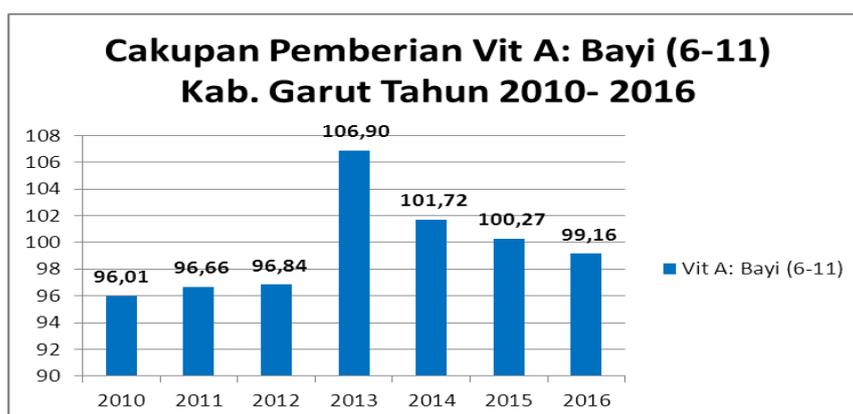
Sedangkan cakupan vitamin A merah balita usia 12-59 bulan yaitu sebesar 88,27 % dengan sasaran sebanyak 203.556 orang, cakupan ini meningkat sebesar 2,04% dibanding dengan tahun 2015 yaitu sebesar 86,23 %.

Stok kapsul vitamin A di puskesmas belum semuanya melaporkan ke kabupaten.

Buffer stok yang ada di puskesmas mulai dilaporkan ke kabupaten pada akhir Desember 2015, sebagai dasar untuk pendistribusian kapsul Vitamin A pada bulan Februari 2016, disamping itu puskesmas membuat pengajuan sesuai sasaran yang ada.

**Grafik 5.23**

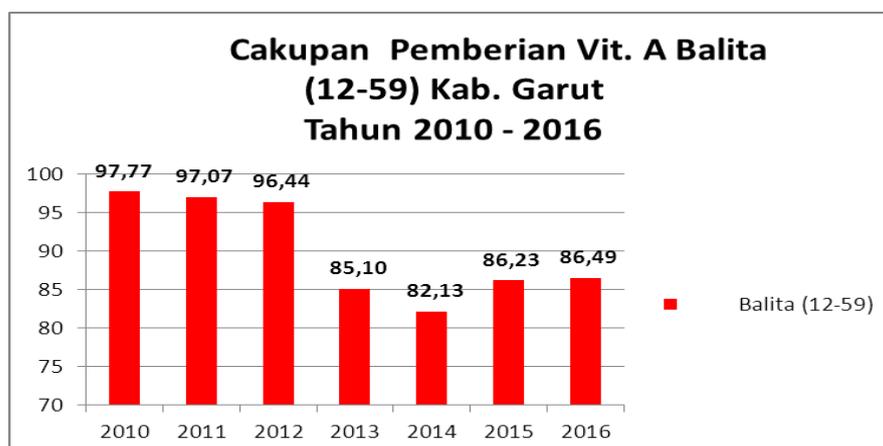
**Cakupan Pemberian Vitamin A Pada Balita (6-11Bln)  
Di Kabupaten Garut Tahun 2010 -2016**



Sumber : Seksi Gizi Keluarga Tahun 2016

**Grafik 5.24**

**Cakupan Pemberian Vitamin A Pada Balita (12-59Bln)  
Di Kabupaten Garut Tahun 2010 -2016**



Sumber : Seksi Gizi Keluarga Tahun 2016

#### 5.1.5.4 Cakupan SKDN

SKDN merupakan gambaran seberapa jauh keberhasilan program UPKG ( Upaya Peninjauan Gizi Kurang ) di tingkat posyandu atau desa.

Ada empat (4) istilah yang dijelaskan dalam SKDN, yaitu sebagai berikut:

S = Jumlah balita seluruhnya di wilayah posyandu

K = Jumlah balita yang memiliki KMS

D = Jumlah balita yang ditimbang bulan ini

N = Jumlah balita yang ditimbang dua bulan berturut-turut

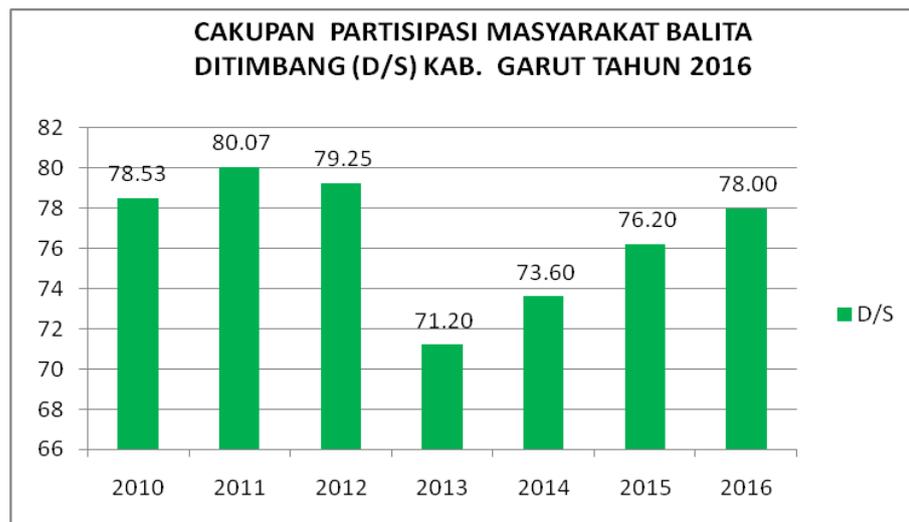
Partisipasi masyarakat terhadap posyandu melalui penimbangan balita (D/S) rata-rata pada tahun 2016 yaitu sebesar 78,00 % meningkat di banding dengan tahun 2015 sebesar 76,2% dari target 84%, masih ada kesenjangan hal ini dikarenakan sistematis pencatatan dan pelaporan secara berjenjang belum optimal.

Dari jumlah posyandu yang ada yaitu sebanyak 3967 buah, dengan jumlah sasaran (S) sebanyak 260.098 orang dan yang ditimbang 202.977 orang (D/S : 78,00%), dampak program gizi dapat dilihat dari kenaikan berat badan balita (N/D : 80,56 %), adanya peningkatan dari tahun lalu sebesar 3,93%.

Hal ini dikarenakan sudah berhasilnya program sosialisasi dan sebagian besar sudah diterapkan kenaikan berat badan balita sesuai dengan grafik pertumbuhan dan Kenaikan Berat Badan Minimal (KBM) pada Kartu Menuju Sehat (KMS) serta sosialisasi mengenai pemberian makan bayi dan anak yang dianjurkan di posyandu terutama di wilayah kerja puskesmas serta adanya kerjasama dengan MCAI ( *Millennium Challenge Account* Indonesia).

Gambaran cakupan partisipasi masyarakat atau sering disebut dengan istilah (D/S) selama periode 2010-2016 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:

**Grafik 5.25**  
**Cakupan Partisipasi Masyarakat (D/S) melalui**  
**Penimbangan Balita**  
**Kabupaten Garut Tahun 2010 - 2016**



Sumber : Seksi Gizi Keluarga Tahun 2016

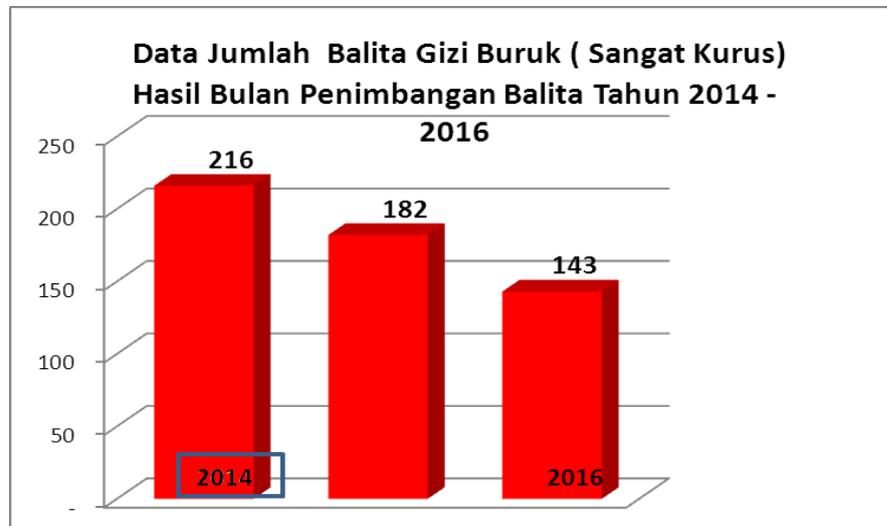
#### 5.1.5.5 Gizi Buruk Mendapat Perawatan

Untuk kasus balita dengan gizi buruk di Kabupaten Garut tahun 2016 sudah dilaksanakan perawatan sebesar 100%.

Pada tahun 2016 adanya penurunan jumlah kasus gizi buruk apabila dibandingkan dengan 2015, yaitu dari 182 orang menjadi 143 balita.

Hal ini yang dilakukan intervensi baik melalui rawat jalan maupun rawat inap serta pemberian makanan tambahan pemulihan selama 90 hari makan terhadap penderita gizi buruk tersebut.

**Grafik 5.26**  
**Jumlah Kasus Gizi Buruk**  
**Di Kabupaten Garut Tahun 2014 -2016**



*Sumber : Seksi Gizi Keluarga Tahun 2016*

## **5.2 PELAYANAN KESEHATAN KHUSUS**

### **5.2.1 Kesehatan Gigi dan Mulut**

Kunjungan Pelayanan Gigi Puskesmas pada tahun 2015 sebanyak 43.664 kunjungan, dimana sebanyak 30.452 (69,7%) merupakan kunjungan baru dan 13.212 atau sebesar 30,3% merupakan kunjungan lama. Hal ini mencerminkan bahwa pelayanan gigi yang dilakukan oleh masyarakat sebagian besar masih melaksanakan pelayanan kuratif. Masyarakat cenderung untuk menggunakan pelayanan gigi ketika merasa sakit, sehingga masyarakat belum menggunakan pelayanan preventif terhadap penyakit gigi. Pelayanan preventif bagi Ibu hamil dilakukan sebanyak 2.404 kunjungan atau sebesar 18,16% dari total kunjungan. Pada kunjungan anak pra sekolah jumlah total sebanyak 3.338 kunjungan atau sebesar 13,1% , ini berarti prevalensi penyakit pada usia pra sekolah cukup banyak dan memerlukan strategi preventif untuk pelayanan berikutnya.

Dari sisi diagnosa penyakit gigi dan mulut, penyakit Pulpa dan Jaringan Peripekal merupakan penyakit terbanyak yaitu sebesar 35% yang dilayani oleh puskesmas di Kabupaten Garut. Penyakit ke dua terbanyak yaitu sebesar 29% adalah penyakit gusi dan jaringan periodontal. Penyakit-penyakit tersebut merupakan penyakit yang dapat dicegah dengan perawatan gigi secara berkala. Sehingga pelayanan preventif harus mendapatkan promosi lebih sering dibanding pelayanan kuratif terutama bagi usia selektif (kritis).

### **5.2.2. Kesehatan Jiwa**

Total kunjungan dengan gangguan kesehatan jiwa yang datang ke puskesmas di Kabupaten Garut tahun 2015 yaitu sebanyak 20.959 jiwa, dengan jumlah kasus penemuan baru sebanyak 3.231 jiwa dan pemeriksaan yang diberikan pengobatan sebanyak 17.728 jiwa. Kasus gangguan kejiwaan yang dirujuk sebanyak 1.889 jiwa. Berdasarkan laporan dari puskesmas, kasus penemuan baru gangguan kejiwaan terbanyak ditemukan di Puskesmas Selaawi yaitu sebanyak 1.437 jiwa, sedangkan kasus gangguan kejiwaan terbanyak yang mendapat rujukan ada di Puskesmas Rancasalak. Sampai dengan tahun 2015, Kabupaten Garut belum mempunyai Rumah sakit khusus untuk kesehatan jiwa sehingga apabila ada pasien dengan gangguan kejiwaan diberikan rujukan ke RSJ. Cimahi maupun RSJ. Cisarua. Dari enam puluh tujuh (67) puskesmas yang ada di Kabupaten Garut, hanya sebanyak lima puluh satu (51) puskesmas yang memberikan laporan kejiwaan.

### **5.3 PELAYANAN KEFARMASIAN**

Pada tahun 2016 ada sebanyak 304 jenis obat dan perbekalan kesehatan yang tersedia di Dinas Kesehatan Kabupaten Garut dengan rincian sebagai berikut : obat Pelayanan Kesehatan Dasar

(PKD), sebanyak 117 item, Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) sebanyak 29 item, Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (PKRT) berupa Desinfektan dan Antiseptik 3 item, Obat- obat dan BMHP program sebanyak 73 item (program yankes 24 item, program kesga 13 item, program sebanyak 36 item), reagen laboratorium 14 item dan lain lain sebanyak 72 item termasuk obat dan BMHP sumbangan untuk korban bencana.

Kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan di luar vaksin yang dihitung menggunakan metode pola konsumsi membutuhkan anggarn sebesar Rp. 17.990.347.141,99 di luar kebutuhan vaksin imunisasi dasar. dan yang dapat terpenuhi sebesar Rp. 13.560.3700.000,- yang terpenuhi dari dana DAK.

a. Peengelolaan Obat

Pada tahun 2016 hasil rekapitulasi laporan pelayanan kefarmasian di puskesmas didapatkan jumlah lembar resep sebanyak 447.407 lembar, jumlah pasien yang mendapatkan dan terdokumentasi PIO sebanyak 370.532 orang, jumlah pasien yang mendapatkan konseling dan terdokumentasi sebanyak 3.236 orang.

b. Penggunaan Obat Rasional

Penilaian penggunaan obat rasional ditinjau dari tiga indikator utama yaitu peresepan, pelayanan pasien dan fasilitas kesehatan. Indikator ini dapat dipakai secara cepat untuk menilai penggunaan obat rasional di unit pelayanan, membandingkan antar unit, atau menilai sesudah intervensi.

WHO memiliki target indikator peresepan sebagai berikut :

- a. Rerata jumlah obat tiap pasien: 2,6
- b. Persentase obat generik yang diresepkan:100%
- c. Persentase peresepan antibiotik pada Infeksi Saluran Pernafasan Atas (ISPA) non pneumonia: 20%

- d. Persentase peresepan antibiotik pada diare non spesifik: 8%
- e. Persentase injeksi pada myalgia: 1%
- f. Persentase obat yang diresepkan dari DOEN: 100%

Berdasarkan laporan bulanan indikator peresepan tingkat puskesmas yang dikirimkan ke Dinas Kesehatan diperoleh hasil indikator peresepan tingkat Kabupaten Garut tahun 2016 adalah sebagai berikut :

- a. Persentase penggunaan antibiotik pada ISPA non pneumonia : 23,07%
- b. Persentase penggunaan antibiotik pada diare non spesifik : 40,11%
- c. Persentase penggunaan injeksi pada myalgia : 2,09%
- d. Rerata item jenis obat per lembar resep : 3,04%

## **BAB VI**

### **SUMBER DAYA KESEHATAN**

Sumber daya manusia kesehatan (SDMK) merupakan salah satu sub sistem dalam sistem kesehatan nasional yang mempunyai peranan penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui berbagai upaya dan pelayanan kesehatan. Upaya dan pelayanan kesehatan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang profesional dan berkualitas serta dapat terpenuhi secara kuantitas.

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

Selain Sumber Daya Manusia (SDM), dana, sarana dan prasarana serta teknologi yang memadai merupakan faktor pendukung untuk membangun derajat kesehatan.

#### **6.1 SUMBER DAYA MANUSIA**

##### **6.1.1 Tenaga Kesehatan dan Non Kesehatan**

Tahun 2016 Kabupaten Garut memiliki tenaga kesehatan sebanyak 2.242 orang yang tersebar di enam puluh tujuh (67) UPT Puskesmas, Akper dan Labkesda, serta 1097 orang yang bekerja di RSUD Dr. Slamet Garut, RS Guntur, dan RS Nurhayati, dan tenaga non kesehatan sebanyak 1.125 orang. Sedangkan untuk tiga (3) Rumah Sakit diantaranya (RSUD Pameungpeuk, RS Anissa Queen dan RS Intan Husada belum memiliki data mengenai Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK). Selain itu data ketenagaan yang belum dimiliki diantaranya tenaga kesehatan yang bekerja di Klinik, Rumah Bersalin, Praktik Dokter Mandiri dan Praktik Bidan Mandiri.

Apabila dilihat dari jumlah tenaga medis dokter yang ada di Kabupaten Garut tahun 2016 sudah cukup untuk memenuhi kebutuhan dokter di puskesmas baik itu dengan status kepegawaian

PNS, PTT maupun magang. Adapun sebaran tenaga medis di Kabupaten Garut tahun 2016 dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

**Tabel 6.1**  
**Proporsi Dokter di Kabupaten Garut Tahun 2016**

No	Nama Puskesmas	Jumlah Dokter Umum	Jumlah Dokter Gigi
1.	Siliwangi	2	1
2.	Guntur	1	2
3.	Pasundan	2	1
4.	Karangpawitan	1	-
5.	Karangmulya	1	-
6.	Cempaka	1	-
7.	Wanaraja DTP	2	1
8.	Cimaragas	1	-
9.	Garawangsa	1	-
10.	Tarogong DTP	3	1
11.	Cipanas	1	-
12.	Mekarwangi	1	-
13.	Haurpanggung	2	1
14.	Kersamenak	1	-
15.	Pembangunan	2	-
16.	Sukasenang	1	1
17.	Bagendit	2	-
18.	Sukaraja	1	-
19.	Samarang	1	-
20.	Sukakarya	1	-
21.	Padaawas	1	-
22.	Gadog	1	-
23.	Leles DTP	2	1
24.	Lembang	1	-
25.	Kadungora	2	1
26.	Rancasalak	1	-
27.	Leuwigoong	1	-
28.	Cibatu DTP	2	1
29.	Sukamerang	1	-
30.	Malangbong DTP	2	1
31.	Citeras	2	-
32.	Sukawening	1	-
33.	Sukamukti	1	-
34.	Maripari	1	-
35.	Karangtengah	1	-

No	Nama Puskesmas	Jumlah Dokter Umum	Jumlah Dokter Gigi
36.	Bayongbong DTP	3	-
37.	Cilimus	1	1
38.	Sukahurip	1	-
39.	Cilawu DTP	2	-
40.	Bojongloa	1	-
41.	Cisurupan DTP	1	-
42.	Pakuwon	1	-
43.	Sukamulya	2	-
44.	Cikajang DTP	2	-
45.	Singajaya DTP	1	-
46.	Cihurip	1	-
47.	Banjarwangi	2	-
48.	Peundeuy	1	-
49.	Pameungpeuk DTP	2	-
50.	Cisompet	1	-
51.	Cikelet	2	-
52.	Cimari	1	-
53.	Cibalong	1	-
54.	Maroko	1	-
55.	Bungbulang DTP	1	1
56.	Mekarmukti	1	-
57.	Sindangratu DTP	1	-
58.	Cisewu DTP	1	-
59.	Sukarame	1	-
60.	Telegong	1	-
61.	Pamulihan	1	-
62.	Cisandaan	1	-
63.	Bl. Limbangan DTP	3	1
64.	Selaawi	2	-
65.	Cibiuk	1	-
66.	Karangsari	1	-
67.	Tegalgede	1	-
		91	15

Sumber : Seksi Ditgunakes Tahun 2016

Sebanyak enam puluh tujuh (67) puskesmas yang ada di Kabupaten Garut sudah memiliki tenaga dokter, artinya setiap puskesmas minimal sudah terdapat satu (1) orang dokter. Akan tetapi apabila berdasarkan Kepmenkes No. 81 Tahun 2004 idealnya satu dokter melayani 4.000 penduduk, apabila mengacu pada pelaturan tersebut, maka Kabupaten

Garut masih membutuhkan tenaga dokter sebanyak 529 dokter. Selain tenaga dokter, tenaga kesehatan yang kurang di Kabupaten Garut yaitu tenaga apoteker, tenaga gizi, teknis medis, sanitarian dan kesehatan masyarakat.

Untuk data tenaga kesehatan RS. Pameungpeuk, RS. Intan Husada, RS. Anisa Queen tahun 2016, Dinas Kesehatan Kabupaten belum memiliki data karena rumah sakit tersebut masih dalam proses pengolahan data.

**Tabel 6.2**  
**Jumlah Tenaga Kesehatan dan Non Kesehatan Menurut Unit Kerja**  
**Di Kabupaten Garut Tahun 2016**

No	UNIT KERJA	TENAGA KESEHATAN										Jumlah
		Medis	Perawat	Bidan	Kefarmasian	Gizi	Teknis Medis	Sanitarian	Kesmas	Teknik Fisik	Non Kesehatan	
1.	Dinas Kesehatan termasuk	3	17	2	8	4	0	11	22		37	104
	Puskesmas	106	875	1036	51	20	81	32	41		444	2686
2.	RSUD dr.Slamet	47	586	43	31	8	23	3	8	3	268	1020
3.	RSUD Pameungpeuk											
4.	RS Guntur	30	162	17	17	3	19	0	3	5	148	404
5.	RS Nurhayati	23	32	12	11	7	19	1	3	1	46	135
6.	RS Anisa Queen											
7.	RS Intan Husada											
Jumlah Kab. Garut		219	1520	1087	138	33	94	41	89		1125	4349

Sumber : Seksi Ditgunakes Tahun 2016

## 6.2 SARANA KESEHATAN

Salah satu indikator derajat kesehatan masyarakat salah satunya ditunjang oleh sarana kesehatan. Sarana kesehatan yang ada di Kabupaten Garut terdiri dari fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah dan swasta.

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.

Disamping memiliki UPT Puskesmas yang mampu PONEC, Kabupaten Garut juga mempunyai rumah sakit yang mampu melayani Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komperhensif (PONEK) yaitu Rumah Sakit Umum Daerah dr. Slamet.

### 6.2.1 Puskesmas

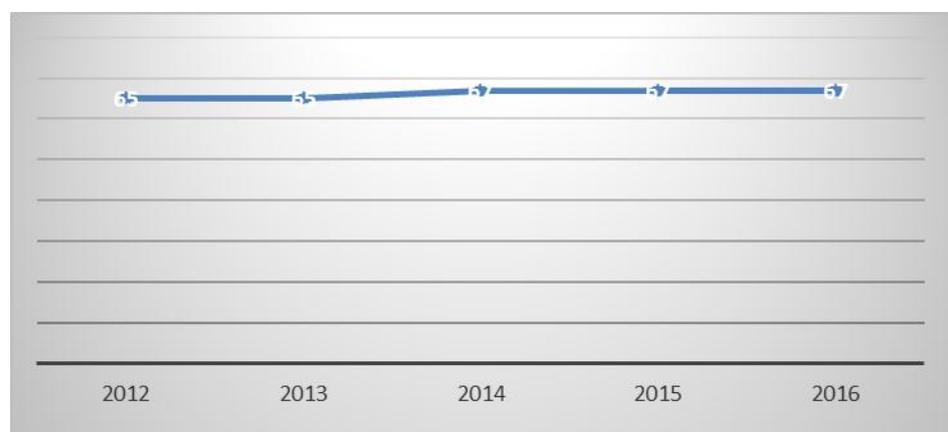
Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas menyebutkan bahwa puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat. Selain melaksanakan tugas tersebut, puskesmas memiliki fungsi sebagai penyelenggara Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) tingkat pertama dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama serta sebagai wahana pendidikan tenaga kesehatan.

Upaya kesehatan masyarakat adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok dan masyarakat. Upaya kesehatan perseorangan adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan.

Dinas Kesehatan Kabupaten Garut tahun 2016 mempunyai enam puluh tujuh (67) UPT puskesmas yang terdiri dari lima belas (15) UPT Puskesmas Dengan Tempat Perawatan (DTP), lima puluh dua (52) UPT Puskesmas Tanpa Perawatan (TTP) yang tersebar di empat puluh dua (42) kecamatan. Dari enam puluh tujuh (67) puskesmas tersebut tiga puluh (30) puskesmas diantaranya telah mampu melayani Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Dasar (PONED).

**Grafik 6.1**  
**Jumlah Puskesmas di Kabupaten Garut**  
**Tahun 2012 – 2016**



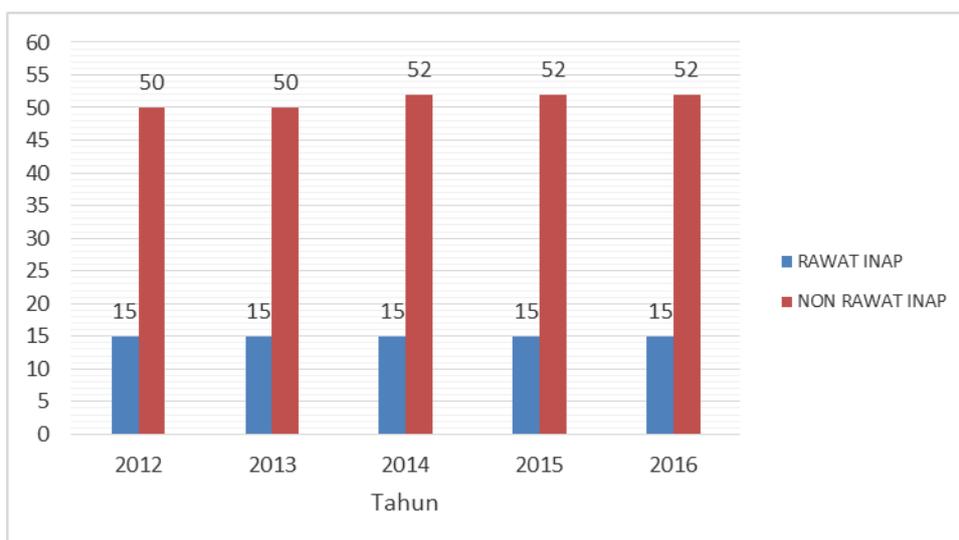
Sumber : Seksi Ditgunasarkes Tahun 2016

Pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan dasar dapat digambarkan secara umum oleh indikator rasio puskesmas terhadap 30.000 penduduk.

Pada tahun 2012 jumlah puskesmas di Kabupaten Garut sebanyak enam puluh lima (65) puskesmas dan meningkat menjadi enam puluh tujuh (67) puskesmas, ada peningkatan sebesar 2,98% dari tahun 2012 sampai dengan tahun 2016. Jumlah sarana pelayanan kesehatan tersebut melayani penduduk Kabupaten Garut sebanyak 2.569.505 jiwa.

Secara konseptual puskesmas menganut konsep wilayah dan diharapkan dapat melayani sasaran penduduk rata-rata 30.000 penduduk. Dengan jumlah puskesmas yang ada, ini berarti satu (1) puskesmas rata-rata melayani sebanyak 38.041 jiwa.

**Grafik 6.2**  
**Jumlah Puskesmas Rawat Inap dan Non Rawat Inap**  
**Kabupaten Garut Tahun 2012-2016**



*Sumber : Seksi Ditgunasarkes Tahun 2016*

Pada grafik di atas diketahui bahwa jumlah puskesmas non rawat inap meningkat, dari lima puluh (50) puskesmas menjadi lima puluh dua (52) puskesmas di tahun 2016. Sedangkan untuk Puskesmas Dengan Tempat Perawatan (DTP) masih belum meningkat yaitu lima belas (15) puskesmas.

Puskesmas berkomitmen terhadap penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) melalui upaya kesehatan kesehatan ibu, anak, gizi, promosi kesehatan serta penyelenggaraan puskesmas mampu PONED. Pada tahun 2016 puskesmas yang mampu memberikan Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED) sebanyak tiga puluh (30) puskesmas. Secara rinci dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

**Tabel 6.3**  
**Jumlah Puskesmas Mampu PONED**  
**Di Kabupaten Garut Tahun 2016**

No	NAMA PUSKESMAS	KECAMATAN
1	UPTD PKM GARAWANGSA	SUCINARAJA
2	UPTD PKM TAROGONG	TAROGONG KALER
3	UPTD PKM BAGENDIT	BANYURESMI
4	UPTD PKM LEMBANG	LELES
5	UPTD PKM CIBATU	CIBATU
6	UPTD PKM MALANGBONG	MALANGBONG
7	UPTD PKM MARIPARI	SUKAWENING
8	UPTD PKM BAYONGBONG	BAYONGBONG
9	UPTD PKM CILAWU	CILAWU
10	UPTD PKM CISURUPAN	CISURUPAN
11	UPTD PKM SUKAMULYA	CIGEDUG
12	UPTD PKM CIKAJANG	CIKAJANG
13	UPTD PKM SINGJAYA	SINGAJAYA
14	UPTD PKM CIHURIP	CIHURIP
15	UPTD PKM BANJARWANGI	BANJARWANGI
16	UPTD PKM PEUNDEUY	PEUNDEUY
17	UPTD PKM PAMEUNGPEUK	PAMEUNGPEUK
18	UPTD PKM CISOMPET	CISOMPET
19	UPTD PKM CIKELET	CIKELET
20	UPTD PKM CIBALONG	CIBALONG
21	UPTD PKM MAROKO	CIBALONG
22	UPTD PKM BUNGBULANG	BUNGBULANG

23	UPTD PKM MEKARMUkti	MEKARMUkti
24	UPTD PKM SINDANGRATU	SINDANGRATU
25	UPTD PKM CISEWU	CISEWU
26	UPTD PKM SUKARAME	SUKARAME
27	UPTD PKM TALEGONG	TALEGONG
28	UPTD PKM PAMULIHAN	PAKENJENG
29	UPTD PKM LIMBANGAN	LIMBANGAN
30	UPTD PKM SELAAWI	SELAAWI

Sumber : Seksi Ditgunasarkes Tahun 2015

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014, dalam rangka meningkatkan aksesibilitas pelayanan, puskesmas didukung oleh jaringan pelayanan puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan. Jejaring pelayanan kesehatan terdiri atas Puskesmas pembantu, Puskesmas keliling dan bidan desa. Sedangkan jejaring fasilitas kesehatan terdiri atas klinik, rumah sakit, apotek, laboratorium dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Di Kabupaten Garut jejaring puskesmas yang ada dari tahun 2012 – 2016 dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

**Tabel 6.4**  
**Jumlah Jejaring Pelayanan Kesehatan dan Fasilitas Kesehatan di Kabupaten Garut Tahun 2012 – 2016**

No.	Jejaring Pelayanan Kesehatan/Jejaring Fasilitas Kesehatan	2012	2013	2014	2015	2016
<b>1.</b>	<b>Jejaring Pelayanan Kesehatan</b>					
	1) Puskesmas Pembantu	136	141	137	137	137
	2) Puskesmas Keliling	-	55	134	134	134
	3) Poskesdes	116	118	143	143	143
	4) Posyandu	3.558	3.724	3.915	3.915	3.915
	5) Bidan Desa					
<b>2.</b>	<b>Jejaring Fasilitas Kesehatan</b>					
	1) Klinik				80	
	2) Rumah Sakit	3	5	6	6	6
	3) Apotek	92	119	165	167	167
	4) Toko Obat	54	58	63	67	67
	5) Laboratorium Kesehatan	3	3	3	3	3

6) Praktek dokter Spesialis	34	19	27	29	29
7) Praktek dokter umum	243	329	349	427	427
8) Praktek dokter gigi	34	40	37	49	49
9) Praktek Bidan	185	387	450	724	724
10) Optik	73	75	77	77	77

Sumber : Seksi Ditgunasarkes Tahun 2015

### 6.2.2 Rumah Sakit

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit mengelompokkan rumah sakit berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan menjadi rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Adapun rumah sakit khusus adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya. Pada tahun 2016 Kabupaten Garut mempunyai enam (6) rumah sakit umum. Kabupaten Garut belum memiliki rumah sakit khusus.

**Tabel 6.5**  
**Jumlah Rumah Sakit Berdasarkan Kepemilikan**  
**Di Kabupaten Garut Tahun 2016**

No	Pengelola/Kepemilikan	Jenis Rumah Sakit	Jumlah
1	Pemerintah Kabupaten Garut	Umum	1
2	Pemerintah Provinsi Jawa Barat	Umum	1
3	TNI AD	Umum	1
4	Swasta	Umum	3

Sumber : Seksi Ditgunasarkes Tahun 2015

### 6.3 PEMBIAYAAN KESEHATAN

Pembiayaan kesehatan di Kabupaten Garut tahun 2015 berasal dari APBD Kabupaten, APBD Provinsi, dan APBN. Salah satu tolok ukur keberhasilan reformasi kesehatan adalah adanya peningkatan proporsi dana pembangunan kesehatan terhadap dana pembangunan APBD

Kabupaten secara keseluruhan. Pada grafik 6.5 terlihat persentase anggaran kesehatan terhadap anggaran kabupaten dalam kurun waktu 5 tahun berkisar antara 3.81% sampai dengan 6.88%. Persentase tersebut sudah termasuk gaji.

**Grafik 6.5**  
**Proporsi Total APBD Kesehatan Terhadap Total APBD**  
**Di Kabupaten Garut Tahun 2010 – 2016**



Sumber : Sub.bag Keuangan tahun 2015

## BAB VII

### PENUTUP

Data dan informasi merupakan sumber daya strategis bagi pimpinan dan organisasi dalam pelaksanaan manajemen. Gambaran tersebut merupakan fakta yang harus disampaikan baik kepada penentu kebijakan, pengelola program maupun kepada instansi lintas sektor serta kepada masyarakat umum. Penyediaan data dan informasi yang berkualitas sangat dibutuhkan sebagai masukan dalam proses pengambilan kebijakan. Data dan informasi Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Garut diperoleh melalui penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan, tetapi Sistem Informasi Kesehatan yang ada saat ini masih belum memenuhi kebutuhan informasi kesehatan secara optimal. Hal ini berimplikasi pada kualitas data dan informasi yang disajikan. Dalam rangka meningkatkan kualitas data dan informasi kesehatan diharapkan Dinas Kesehatan Kabupaten Garut mempunyai mekanisme pengumpulan data secara akurat serta dapat menggunakan Sistem Informasi Kesehatan yang menerapkan *Information and Communication Technology* secara maksimal sampai ke tingkat puskesmas.

Kami menyadari masih banyak kekurangan dalam penyusunan profil kesehatan ini, namun Profil Kesehatan ini diharapkan dapat memberikan gambaran tentang kondisi kesehatan masyarakat serta menjadi salah satu bentuk publikasi data dan informasi kesehatan selama tahun 2016.

Terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan Profil Kesehatan Kabupaten Garut Tahun 2016.

Garut, Juni 2016

TTD

Tim Penyusun Profil Kesehatan  
Kabupaten Garut Tahun 2016