

**KEPUTUSAN KEPALA DINAS  
KESEHATAN KOTA BUKITTINGGI**  
**Nomor : 188.45.440/3390/DKK-BKT/XII/2017**

**Tentang**  
**PERUBAHAN KEPUTUSAN KEPALA DINAS**  
**KESEHATAN KOTA BUKITTINGGI**  
**Nomor : 188.45.440/1238/DKK-BKT/VIII/2017**

**Tentang**  
**RENCANA STRATEGIS DINAS**  
**KESEHATAN KOTA BUKITTINGGI**  
**TAHUN 2016 – 2021**



**DINAS KESEHATAN**

**Jl. M. YAMIN SH Bukittinggi**  
**Telp.(0752) 22871 Fax. 22871**  
**Email ; [dkkbkt@gmail.com](mailto:dkkbkt@gmail.com)**



**DINAS**  
**KESEHATAN**  
**KOTA**  
**BUKITTINGGI**



## DAFTAR ISI

Daftar Isi .....	i
Daftar tabel .....	ii
Daftar gambar .....	iii
SK Kepala Dinas Kesehatan tentang Perubahan Rentra Dinas Kesehatan.....	v
SK Indikator Kinerja Utama.....	vii
Penetapan Indikator Kinerja Utama .....	ix
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Landasan Hukum .....	2
1.3 Maksud dan Tujuan.....	2
1.4 Sistematika Penulisan .....	3
<b>BAB II GAMBARAN PELAYANAN PERANGKAT DAERAH.....</b>	<b>4</b>
2.1 Tugas, Fungsi, dan Struktur Organisasi Perangkat Daerah.....	4
2.2 Sumber Daya Perangkat Daerah .....	7
2.3 Kinerja Pelayanan Perangkat Daerah.....	10
2.4 Tantangan dan Peluang Pengembangan Pelayanan Perangkat Daerah.....	75
<b>BAB III PERMASALAHAN DAN ISU-ISU STRATEGIS PERANGKAT DAERAH.....</b>	<b>76</b>
3.1 Identifikasi Permasalahan Berdasarkan Tugas Dan Fungsi Perangkat Daerah .....	76
3.2 Telaahan Visi, Misi, dan Program Walikota dan Wakil Walikota Bukittinggi.....	78
3.3 Telaahan Renstra Kementerian dan Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat.....	81
3.4 Telaahan Rencana Tata Ruang Wilayah dan Kajian Lingkungan Hidup Strategis.....	87
3.5 Penentuan Isu-Isu Strategis.....	90
<b>BAB IV TUJUAN DAN SASARAN.....</b>	<b>91</b>
4.1 Tujuan dan Sasaran Jangka Menengah Perangkat Daerah.....	91
4.2 Hubungan Tujuan dan Sasaran Perangkat Daerah dengan Tujuan dan Sasaran RPJMD.....	91
<b>BAB V STRATEGI DAN ARAH KEBIJAKAN.....</b>	<b>94</b>
5.1 Strategi.....	94
5.2 Kebijakan.....	94
<b>BAB VI RENCANA PROGRAM DAN KEGIATAN.....</b>	<b>96</b>
<b>BAB VII KINERJA PENYELENGGARAAN BIDANG URUSAN.....</b>	<b>119</b>
<b>BAB VIII PENUTUP.....</b>	<b>122</b>

## DAFTAR TABEL

<b>Tabel 2.1</b>	<b>Pegawai Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi Berdasarkan Golongan.....</b>	<b>7</b>
<b>Tabel 2.2</b>	Pegawai Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi Berdasarkan Tingkat Pendidikan.....	7
<b>Tabel 2.3</b>	Data Sarana Dan Prasarana Kesehatan Kota Bukittinggi.....	9
<b>Tabel 2.4</b>	Pencapaian Kinerja Pelayanan Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi Kesehatan 2011 – 2015.....	11
<b>Tabel 2.5</b>	10 Penyakit Terbanyak Di Kota Bukittinggi Tahun 2015.....	28
<b>Tabel 2.6</b>	Capaian Program Upaya Kesehatan Ibu dan Anak Kota Bukittinggi Tahun 2013 – Tahun 2015.....	36
<b>Tabel 2.7</b>	Capaian Program Bidang Kesehatan Program Peningkatan Gizi Masyarakat	49
<b>Tabel 2.8</b>	Cakupan Imunisasi Bayi Di Kota Bukittinggi Tahun 2015.....	55
<b>Tabel 2.9</b>	Capaian Program Bidang Kesehatan Program Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular.....	61
<b>Tabel 2.10</b>	Capaian Program Bidang Kesehatan Program promosi dan pemberdayaan masyarakat.....	62
<b>Tabel 2.11</b>	Sebaran Tenaga Kesehatan Di Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi Menurut Golongan Tahun 2015.....	66
<b>Tabel 2.12</b>	Sebaran Tenaga Kesehatan Di Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi Menurut Latar Belakang Pendidikan Tahun 2015.....	66
<b>Tabel 2.13</b>	Anggaran dan Realisasi Pendanaan Pelayanan Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi.....	74
<b>Tabel 2.14</b>	Analisis SWOT Strength-Weakness.....	78
<b>Tabel 2.15</b>	Analisis SWOT Opportunities-Threat.....	78
<b>Tabel 3.1</b>	Identifikasi Permasalahan Berdasarkan Tugas dan Fungsi SKPD.....	81
<b>Tabel 4.1</b>	Tujuan dan Sasaran Jangka Menengah Pelayanan Dinas Kesehatan.....	98
<b>Tabel 5.1</b>	Tujuan, Sasaran, Strategi, dan Kebijakan.....	101
<b>Tabel 7.1</b>	Rincian Indikator kinerja dan target kinerja.....	128

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Angka Kematian Bayi (AKB) per 1000 Kelahiran Hidup di Kota Bukittinggi Tahun 2008-2015.....	22
Gambar 2.2	Jumlah Kematian Bayi (AKB) di Kota Bukittinggi Tahun 2009-2015.....	23
Gambar 2.3	Angka Kematian Balita (AKABA) per 1000 Kelahiran Hidup di Kota Bukittinggi Tahun 2011-2015	24
Gambar 2.4	Jumlah Kematian Ibu di Kota Bukittinggi Tahun 2010-2015.....	25
Gambar 2.5	Kasus Bayi Dengan BBLR di Kota Bukittinggi Tahun 2009-2015.....	26
Gambar 2.6	Status Gizi Balita Berdasarkan indikator BB/U di Kota Bukittinggi Tahun 2015.....	27
Gambar 2.7	Angka Notifikasi Kasus BTA + dan Seluruh Kasus di Kota Bukittinggi Tahun 2012 – 2015.....	30
Gambar 2.8	Cakupan Penemuan penderita Pneumonia pada Balita Di Kota Bukittinggi Tahun 2008-2015.....	31
Gambar 2.9	Angka Kesakitan DBD di Kota Bukittinggi Tahun 2008-2015.....	33
Gambar 2.10	Gambaran Pencapaian Pelayanan Antenatal (K1 dan K4) di Kota Bukittinggi Tahun 2008-2015.....	37
Gambar 2.11	Cakupan Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan di Kota Bukittinggi Tahun 2011-2015.....	39
Gambar 2.12	Cakupan Perbandingan Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan di Kota Bukittinggi Tahun 2011-2015.....	40
Gambar 2.13	Gambaran Pencapaian Pelayanan Ibu Nifas (KF3) di Kota Bukittinggi Tahun 2009-2015.....	41
Gambar 2.14	Cakupan Kunjungan Neonatal Pertama (KN1) di Kota Bukittinggi Tahun 2011-2015.....	42
Gambar 2.15	Gambaran Kunjungan Neonatus lengkap (KN3) di Kota Bukittinggi Tahun 2008-2015.....	42
Gambar 2.16	Cakupan Kunjungan bayi di Kota Bukittinggi Tahun 2011-2015.....	45
Gambar 2.17	Gambaran Pelayanan Usia Lanjut di Kota Bukittinggi Tahun 2008-2015.....	48
Gambar 2.18	Gambaran Penggunaan Metode Kontrasepsi di Kota Bukittinggi Tahun 2015.....	49
Gambar 2.19	Jumlah Ibu Hamil Yang Mendapatkan Pelayanan Fe 3 Kota Bukittinggi Tahun 2009-2015.....	50
Gambar 2.20	Cakupan Pemberian Vit A pada balita Tahun 2008-2015 di Kota Bukittinggi.....	51
Gambar 2.21	Cakupan Pemberian ASI EKSLUSIF Tahun 2009-2015 di Kota Bukittinggi....	52

Gambar 2.22	Angka Kesembuhan TB Paru dan Keberhasilan Pengobatan TB paru di Kota Bukittinggi Tahun 2008-2015.....	57
Gambar 2.23	Angka Bebas Jentik di Kota Bukittinggi Tahun 2008-2015.....	60
Gambar 2.24	Pencapaian BOR RS Sekota Bukittinggi di Kota Bukittinggi Tahun 2008-2015.....	64
Gambar 2.25	Pencapaian TOI RS Sekota Bukittinggi di Kota Bukittinggi Tahun 2008-2015.....	64
Gambar 2.26	Pencapaian LOS RS Sekota Bukittinggi di Kota Bukittinggi Tahun 2008-2015.....	65
Gambar 2.27	Jumlah tenaga Kesehatan di puskesmas di Kota Bukittinggi Tahun 2015	67
Gambar 2.28	Jumlah tenaga Kesehatan di Rumah sakit di Kota Bukittinggi Tahun 2015	67
Gambar 2.29	Persentase Rumah Sehat di Kota Bukittinggi Tahun 2008-2015.....	69
Gambar 2.30	Persentase Anggaran kesehatan Terhadap APBD Kota Bukittinggi Tahun 2008-2015.....	75



**PEMERINTAH KOTA BUKITTINGGI**  
**DINAS KESEHATAN**

Jln. Prof. M.Yamin, SH. Telp.(0752) 22871 Bukittinggi

**KEPUTUSAN KEPALA DINAS KESEHATAN KOTA BUKITTINGGI**  
**NOMOR 188.45.440/3390/DKK-BKT/XII/2017**

**TENTANG**  
**PERUBAHAN RENCANA STRATEGIS**  
**TAHUN 2016-2021**

**KEPALA DINAS KESEHATAN KOTA BUKITTINGGI,**

- Menimbang : a. bahwa dengan keluarnya Peraturan Daerah Nomor 12 Tahun 2017 Tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Nomor 04 Tahun 2016 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Tahun 2016-2021;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Keputusan Kepala Dinas Kesehatan tentang Perubahan Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi Tahun 2016-2021;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 25 tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional;
2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah;
3. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 86 Tahun 2017 Tentang Tata Cara Perencanaan, Pengendalian dan Evaluasi Pembangunan Daerah, Tata Cara Evaluasi Rancangan Peraturan Daerah Tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, serta Tata Cara Perubahan Rencana Pembangunan Jangka panjang Daerah, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, Dan Rencana Kerja Pemerintah Daerah;
4. Peraturan Walikota Bukittinggi Nomor 96 Tahun 2017 Tentang Penetapan Perubahan Renstra SKPD;

**MEMUTUSKAN :**

- Menetapkan :  
Pertama : Perubahan Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi Tahun 2016-2021;
- Kedua : Perubahan Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi Tahun 2016-2021 adalah dokumen perencanaan untuk periode lima tahun;

Ketiga : Perubahan Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi Tahun 2016-2021 sebagaimana tercantum dalam lampiran merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi ini.

Ditetapkan di Bukittinggi  
Pada tanggal : 12 Desember 2018

KEPALA DINAS KESEHATAN  
KOTA BUKITTINGGI



Drg. YANDRA FERRY, MM  
NIP.19610118 199301 1001

Tembusan disampaikan kepada Yth :

1. Walikota Bukittinggi
2. Inspektur
3. Kepala Badan Keuangan
4. Kepala Bagian Hukum dan HAM Sekretariat Daerah
5. Arsip

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Rencana Strategis Satuan Kerja Perangkat Daerah (Renstra SKPD) merupakan dokumen rencana resmi daerah untuk mengarahkan satuan Kerja Perangkat Daerah khususnya dan pembangunan daerah pada umumnya dalam jangka waktu (5) lima tahun ke depan masa kepemimpinan Kepala Daerah. Penyusunan Renstra SKPD sangat ditentukan oleh kemampuan SKPD dalam mengimplementasikan Visi, Misi, Tujuan, Strategi, Kebijakan dan capaian program Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) ke dalam penyusunan Renstra SKPD yang disesuaikan dengan tugas pokok dan fungsi Satuan Kerja Perangkat Daerah (RPJMD) ke dalam penyusunan Renstra SKPD yang disesuaikan dengan tugas pokok dan fungsi Satuan Kerja Perangkat Daerah. Untuk mendapatkan dukungan yang optimal dalam mengimplementasikan proses penyusunan Renstra SKPD perlu membangun komitmen dan kesepakatan dari semua stakeholder dalam mencapai tujuan Renstra SKPD melalui proses yang transparan dan akuntabel. Tanpa perencanaan strategis yang baik maka instansi pemerintah kemungkinan besar tidak akan mencapai tujuannya.

Mengacu Peraturan Pemerintah Nomor 8 tahun 2008 tentang tahapan, tata cara penyusunan, pengendalian dan evaluasi pelaksanaan rencana pembangunan daerah, perencanaan pembangunan daerah merupakan satu kesatuan dalam sistem perencanaan pembangunan nasional yang dilakukan pemerintah daerah bersama para pemangku kepentingan berdasarkan peran dan kewenangannya, berdasarkan kondisi dan potensi yang dimiliki masing-masing daerah sesuai dinamika pembangunan.

Sesuai dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 86 Tahun 2017 tentang Tata Cara Perencanaan, Pengendalian dan Evaluasi Pembangunan Daerah, Tata Cara Evaluasi Rancangan Peraturan Daerah Tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, serta Tata Cara Perubahan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, dan Rencana Kerja Pemerintah Daerah. Dalam Permendagri yang baru tercantum beberapa perubahan dalam teknis penyusunan dokumen RPJMD, RPJMD Dan Renstra SKPD, Renja SKPD, serta RKPD sehingga diperlukan kecermatan dan ketelitian dalam melaksanakan peraturan baru tersebut.

Berdasarkan hal tersebut maka Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi bersama-sama dengan para pejabat struktural dan staf Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi menyusun Rencana Strategis Tahun 2016-2021 yang merupakan dokumen perencanaan lima tahunan Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi yang memuat visi, misi, tujuan, sasaran, strategi, kebijakan, program dan kegiatan pembangunan di bidang kesehatan berdasarkan kondisi dan potensi daerah di Kota Bukittinggi.



## **1.2 Landasan Hukum**

Dasar hukum penyusunan Renstra Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi mencakup:

1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
2. Undang – undang 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah;
3. Permendagri Nomor 86 Tahun 2017 tentang Tata Cara Perencanaan, Pengendalian dan Evaluasi Pembangunan Daerah, Tata Cara Evaluasi Rancangan Peraturan Daerah Tentang Perencanaan Pembangunan Jangka Panjang Daerah dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, Serta Tata Cara Perubahan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah, Rencana Kerja Pemerintah Daerah;
4. Perubahan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Tahun 2016 – 2021 Nomor 12 Tahun 2017;
5. Peraturan Daerah Kota Bukittinggi Nomor 11 Tahun 2017 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Nomor 6 Tahun 2011 tentang Rencana Tata Ruang Wilayah Kota Bukittinggi Tahun 2010 – 2030 (Lembaran Daerah Kota Bukittinggi Tahun 2017 Nomor 12);
6. Peraturan Daerah Kota Bukittinggi Nomor 12 Tahun 2017 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Nomor 4 Tahun 2016 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Kota Bukittinggi Tahun 2016-2021 (Lembaran Daerah Kota Bukittinggi Tahun 2017 Nomor 13);
7. Peraturan Walikota Bukittinggi Nomor 47 Tahun 2016 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi.

## **1.3 Maksud dan Tujuan**

### **1.3.1 Maksud**

Penyusunan Renstra Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi Tahun 2016-2021 dimaksudkan sebagai pedoman bagi seluruh unsur yang terkait dengan Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi dalam mewujudkan visi dan misi pembangunan dibidang kesehatan.

### **1.3.2 Tujuan**

1. Merumuskan gambaran umum kondisi pelayanan Dinas Kesehatan sebagai dasar perumusan permasalahan dan isu strategis, sebagai dasar prioritas penanganan pembangunan daerah 5 (lima tahun) kedepan ;
2. Menerjemahkan Visi dan Misi Walikota Bukittinggi dan Wakil Walikota Bukittinggi ke dalam tujuan dan sasaran pembangunan bidang kesehatan tahun 2016-2021, yang disertai dengan program prioritas tahun 2016-2021, dengan berpedoman pada RPJMD Kota Bukittinggi Tahun 2016-2021;
3. Menetapkan berbagai program prioritas yang disertai dengan indikasi pagu anggaran dan target indikator kinerja yang akan dilaksanakan pada tahun 2016-2021.

4. Menetapkan indikator kinerja Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi sebagai dasar penilaian keberhasilan Pemerintah Kota Bukittinggi periode 2016-2021.

#### **1.4 Sistematika Penulisan**

Sistematika penulisan Rencana Strategis (Renstra) Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi 2016-2021 disusun mengacu pada Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 86 Tahun 2017 tentang Tata Cara Perencanaan, Pengendalian dan Evaluasi Pembangunan Daerah, Tata Cara Evaluasi Rancangan Peraturan Daerah Tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, Serta Tata Cara Perubahan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, dan Rencana Kerja Pemerintah Daerah dan susunannya adalah sbagai berikut :

##### **BAB I PENDAHULUAN**

Pendahuluan membahas secara ringkas mengenai latar belakang, Landasan Hukum, Maksud dan Tujuan, serta sistematika penulisan

##### **Bab II GAMBARAN PELAYANAN DINAS KESEHATAN KOTA BUKITTINGGI**

Gambaran pelayanan Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi memuat penjelasan tentang tugas, fungsi, dan struktur organisasi, sumber daya, kinerja pelayanan, serta tantangan dan peluang pengembangan playanan perangka daerah.

##### **Bab III PERMASALAHAN DAN ISU-ISU STARTEGIS DINAS KESEHATAN**

Memuat penjelasan menenai identifikasi permasalahan berdasarkan tugas dan fungsi perangkat daerah, telaahan visi, misi, dan program kepala daerah dan wakil kepala daerah terpilih, telaahan renstra K/L, telaahan rencana tata ruang wilayah, dan penentuan Isu-isu srategis

##### **Bab IV TUJUAN DAN SASARAN**

Tujuan dan sasaran memuat penjelasan mengenai tujuan dan sasaran jangka menengah perangkat daerah dan hubungan tujuan dan sasaran perangkat daerah dengan tujuan dan sasaran RPJMD

##### **Bab V STRATEGI DAN ARAH KEBIJAKAN**

Memuat penjelasan tentang strategi dan arah kebijakan perangkat daerah untukmencapai tujuan dan sasaran jangka menengah perangkat daerah yang selarasa dengan strategi dan kebijakan daerah serta serta rencana program dalam rancangan awal RPJMD.

##### **Bab VI RENCANA PROGRAM DAN KEGIATAN**

##### **Bab VII KINERJA PENYELENGGARAAN BIDANG URUSAN**

##### **Bab VIII PENUTUP**

## **BAB II**

### **GAMBARAN PELAYANAN PERANGKAT DAERAH**

#### **2.1 Tugas, Fungsi, dan Struktur Organisasi Perangkat Daerah**

Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi dibentuk berdasarkan Peraturan Daerah Kota Bukittinggi Nomor 9 Tahun 2016 Tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah. Tugas dan fungsi Dinas Kesehatan berdasarkan Peraturan Walikota Nomor 53 Tahun 2016 tanggal 5 Desember 2016 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja Dinas Kesehatan. Susunan Organisasi Dinas Kesehatan sebagai berikut :

##### **2.1.1 Tugas dan Fungsi**

Dinas Kesehatan mempunyai tugas pokok melaksanakan urusan pemerintahan daerah di bidang pelayanan umum kesehatan berdasarkan asas otonomi dan tugas pembantuan serta menyelenggarakan fungsi :

1. Penyelenggaraan perumusan, penetapan, pengaturan dan koordinasi pelaksanaan kebijakan teknis bidang kesehatan;
2. penyelenggaraan fasilitasi dan pengendalian pelaksanaan tugas-tugas bidang kesehatan; pelaksanaan evaluasi dan pelaporan sesuai dengan lingkup tugasnya;
3. pelaksanaan administrasi dinas;
4. Pelaksanaan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh pimpinan.

##### **2.1.2 Struktur Organisasi**

Struktur organisasi SKPD Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi ditetapkan berdasarkan Peraturan Daerah Nomor 9 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah. Selanjutnya dijelaskan dengan Peraturan Walikota Bukittinggi Nomor 53 Tahun 2016 tanggal 5 Desember 2016 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja Dinas Kesehatan. Susunan Organisasi Dinas Kesehatan terdiri dari :

1. Dinas Kesehatan adalah Tipe C
2. Susunan organisasi Dinas terdiri atas
  - a. Kepala Dinas
  - b. Sekretariat, terdiri atas :
    - 1) Sub bagian umum dan kepegawaian; dan
    - 2) Sub bagian perencanaan dan keuangan
  - c. bidang kesehatan masyarakat dan pencegahan dan pengendalian penyakit, terdiri atas :
    - 1) Seksi kesehatan keluarga dan gizi masyarakat
    - 2) Seksi kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan olahraga;
    - 3) Seksi pencegahan dan pengendalian penyakit

- d. bidang pelayanan, promosi dan sumber daya kesehatan, terdiri atas :
  - 1) Seksi pelayanan kesehatan seksi
  - 2) Seksi promosi dan pemberdayaan masyarakat; dan
  - 3) Seksi sumber daya kesehatan
- e. kelompok Jabatan Fungsional; dan
- f. unit pelaksana teknis Dinas.

### 3. Jenis Jabatan dan Eselon

- a. Kepala Dinas merupakan jabatan eselon II.b atau jabatan pimpinan tinggi pratama.
- b. Sekretaris Dinas merupakan jabatan eselon III.a atau jabatan administrator.
- c. Kepala bidang merupakan jabatan eselon III.b atau jabatan administrator.
- d. Kepala sub bagian merupakan jabatan eselon IV.a atau jabatan pengawas
- e. Kepala seksi merupakan jabatan eselon IV.a atau jabatan pengawas.

Struktur organisasi Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi sebagaimana terdapat pada gambar berikut :

Gambar  
Struktur Organisasi Dinas  
Kesehatan Kota Bukittinggi

**STRUKTUR ORGANISASI**  
**DINAS KESEHATAN KOTA BUKITTINGGI**  
**KEADAAN JULI 2018**

Peraturan Walikota Bkt No. 53 Tahun 2016  
Tanggal 5 Desember 2016



## 2.2 Sumber Daya Perangkat Daerah

### 2.2.1 Sumber Daya Manusia

Berdasarkan golongan struktur ASN pada Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi dapat dilihat pada table berikut :

Tabel 2.1  
Pegawai Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi Berdasarkan Golongan

No.	GOLONGAN	Jumlah
	(PNS / NON PNS )	( Orang )
1	IV	17
2	III	236
3	II	34
4	I	1
6	PTT	14
8	Honor Daerah	1
9	Kontrak	12
	JUMLAH	315

Berdasarkan tabel di atas terlihat bahwa ASN di Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi kondisi Desember 2017 berjumlah 315 orang dengan jumlah golongan III merupakan golongan terbanyak dibandingkan dengan golongan lainnya, tenaga honor daerah 1 orang dan tenaga kontrak 12 orang. Kondisi ketenagaan di Dinas Kesehatan sebagaimana table di atas cukup memiliki kompetensi yang memadai.

Berdasarkan Pendidikan, komposisi ASN di Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi terlihat sebagaimana table berikut. :

Tabel 2.2  
Pegawai Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi Berdasarkan Tingkat Pendidikan

No.	PENDIDIKAN	PNS	NON PNS
<b>A</b>	<b>STRATA 2 (S.2)</b>		
1	Magister Kesehatan	9	
2	Magister Non Kesehatan	4	
3	Dokter Spesialis	2	
<b>C</b>	<b>STRATA 1 (S.1)</b>		
1	Kedokteran Umum	13	
2	Kedokteran Gigi	12	
3	Keperawatan (Nurse)	10	
4	Keperawatan	8	
5	Farmasi (Apoteker)	4	

No.	PENDIDIKAN	PNS	NON PNS
6	Kimia	1	
7	Biologi	3	
8	Kesmas Gizi	2	
9	Kesmas Promkes	8	
10	Kesmas Adminkes	12	
11	Kesmas Keselamatan Tenaga Kerja	3	
12	Kesmas Epidemiologi	4	
13	Kesmas Statistik	1	
14	Kesmas Kesling	3	
15	Kesmas Bidan Komunitas	5	
16	Sosial	3	
17	Hukum	3	1
18	Ekonomi ( Akuntansi)	1	
19	Pendidikan	1	
20	Pertanian	1	
21	Komputer	2	
<b>D DIPLOMA IV (D.4)</b>			
1	Kebidanan	1	
<b>E DIPLOMA III (D.3)</b>			
1	Kebidanan	51	14
2	Keperawatan	31	
3	Farmasi	12	
4	Kimia Analis	5	
5	Analisis Kesehatan	4	
6	Kesehatan Lingkungan	7	
7	Gizi	8	
8	Rekam Medik	6	
9	Kesehatan Gigi	10	
10	Teknik Gigi	1	
<b>F DIPLOMA I (D.1)</b>			
1	Kebidanan	10	
2	Kesehatan Lingkungan	1	
<b>G SLTA</b>			
1	Keperawatan	12	
2	Farmasi	5	1
3	Perawat Gigi	2	
4	SLTA Non Kesehatan	5	11

No.	PENDIDIKAN	PNS	NON PNS
<i>H</i>	<i>SLTP</i>	1	
<i>I</i>	<i>SD</i>	1	2
<b>JUMLAH</b>		<b>315</b>	

Berdasarkan tabel di atas terlihat bahwa kualifikasi pendidikan ASN di Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi yang terbesar adalah berkualifikasi tingkat pendidikan D3 yaitu sebanyak 135 orang yang umumnya adalah tenaga paramedis perawatan dan non perawatan. Sedangkan tenaga dengan kualifikasi pendidikan S1 berjumlah 100 orang.

## 2.2.2 Sarana dan Prasarana

Sarana dan prasarana kesehatan menunjang upaya pelayanan kesehatan di Kota Bukittinggi. Sarana dan prasarana kesehatan ada yang milik pemerintah pusat, pemerintah provinsi, pemerintah kota, TNI dan swasta. Total sarana dan prasarana kesehatan sebanyak 373 sarana yang sangat mendukung Kota Bukittinggi sebagai Kota pelayanan kesehatan.

Data sarana dan prasana pelayanan kesehatan di Dinas Kesehatan adalah sebagai berikut :

Tabel 2.3  
Data Sarana Dan Prasarana Kesehatan Kota Bukittinggi

Fasilitas Kesehatan	Pemilikan/Pengelolaan					
	Pem. Pusat	Pem. Propinsi	Pem. Kota	TNI	Swasta	Jumlah
Rumah Sakit Umum	0	1	0	1	2	4
Rumah Sakit Jiwa	0	0	0	0	0	0
RS. Bersalin	0	0	0	0	0	0
RS. Khusus	1	0	0	0	1	2
Puskesmas	0	0	7	0	0	7
Pusk. Pembantu	0	0	14	0	0	14
Pusk. Keliling	0	0	7	0	0	7
Posyandu	0	0	0	0	131	131
Poskeskel	0	0	0	0	26	26
Rumah Bersalin	0	0	0	0	4	4
Balai Pengobatan/Klinik	0	0	0	0	1	1
Apotek	2	1	0	1	41	45



Fasilitas Kesehatan	Pemilikan/Pengelolaan					
	Pem. Pusat	Pem. Propinsi	Pem. Kota	TNI	Swasta	Jumlah
Toko Obat	0	0	0	0	16	16
IFK	0	0	1	0	0	1
Industri Obat Tradisional	0	0	0	0	0	0
Praktek Dokter Bersama	0	0	0	0	0	0
Praktek Dokter Perorangan	0	0	0	0	115	115
<b>Jumlah</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>29</b>	<b>2</b>	<b>337</b>	<b>373</b>

Berdasarkan data tersebut di atas terlihat bahwa sarana prasarana fasilitas kesehatan di Kota Bukittinggi cukup memadai dimana dari sarana prasarana pelayanan kesehatan yang telah dapat memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat Kota Bukittinggi. Keberadaan rumah sakit di Kota Bukittinggi adalah berasal dari rumah sakit pemerintah pusat, propinsi dan swasta. Pemerintah Kota Bukittinggi belum memiliki rumah sakit daerah.

### 2.3 Kinerja Pelayanan Perangkat Daerah

Peningkatan kualitas pelayanan publik menjadi titik penting dan utama sebagai tujuan akhir dari keseluruhan reformasi administrasi pemerintahan. Kualitas pelayanan yang diselenggarakan pemerintah sampai saat ini masih perlu ditingkatkan, karena masih adanya pengaduan dan keluhan ketidakpuasan masyarakat terhadap kualitas pelayanan tersebut. Sebab itu kinerja pelayanan public menjadi titik strategis dimana kepercayaan masyarakat secara luas kepada pemerintah dipertaruhkan. Karena prestasi kinerja pelayanan kesehatan di Dinas Kesehatan menjadi ukuran keberhasilan pemerintah daerah.

Kinerja pelayanan Dinas Kesehatan ini mengacu kepada target kinerja yang sudah ditetapkan pada Rensta 2011 – 2015 dan juga sudah ditetapkan melalui Perjanjian Kinerja antara Kepala Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi dengan Walikota Bukittinggi yang dilaksanakan setiap awal tahun anggaran. Pencapaian kinerja dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 2.4

## Pencapaian Kinerja Pelayanan Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi Kesehatan 2011 – 2015

N O	Indikator Kinerja sesuai Tugas dan fungsi SKPD	Target SPM	Targ et IKU	Target Indikator lainnya	Target Renstra SKPD Tahun Ke					Realisasi Renstra SKPD Tahun Ke					Rasio Capaian pada Tahun Ke				
					2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015	1	2	3	4	5
I	Peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan																		
	a.Persentase penduduk yang memanfaatkan pelayanan kesehatan dasar	100	100		100	100	100	100	100	96	100	96	100	100	96%	100 %	96%	100 %	100 %
	b. Persentase sarana kesehatan dengan kemampuan laboratorium kesehatan	100	100		100	100	100	100	100	100	100	83,3 3	100	100	100 %	100 %	83%	100 %	100 %
	c. Persentase obat generik berlogo dalam persediaan obat	100	68,2 2		68	78	85	90	90	100	153	100	100	100	147 %	196 %	118 %	111 %	111 %

N O	Indikator Kinerja sesuai Tugas dan fungsi SKPD	Target SPM	Targ et IKU	Target Indikator lainnya	Target Renstra SKPD Tahun Ke					Realisasi Renstra SKPD Tahun Ke					Rasio Capaian pada Tahun Ke				
					2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015	1	2	3	4	5
II	<b>Peningkatan Pelayanan kesehatan</b>																		
	1. Cakupan kunjungan ibu hamil K4	95	95		95	95	95	96	96	95	98,1 8	95	94,2 2	91,3 2	100 %	103 %	100 %	98%	95%
	2. Cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani	100	100		100	100	100	90	90	100	95,1 6	100	90,4 3	100	100 %	95%	100 %	100 %	111 %
	3. Persentase Persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan	91	91		90,2	90,3	90,5	90,6	91	95	94,5 6	92	94,6 5	89,1 8	105 %	105 %	102 %	104 %	98%
	4. Cakupan pelayanan nifas	73	73		73	73	73	90	90	77,8	86,9 7	77,8	89,6 2	83,5 8	107 %	119 %	107 %	100 %	93%

N O	Indikator Kinerja sesuai Tugas dan fungsi SKPD	Target SPM	Targ et IKU	Target Indikator lainnya	Target Renstra SKPD Tahun Ke					Realisasi Renstra SKPD Tahun Ke					Rasio Capaian pada Tahun Ke				
					2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015	1	2	3	4	5
	5. Cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani	100	100		100	100	100	90	90	100	28,6 5	100	88,4 6	74,2 3	100 %	29%	100 %	98%	82%
	6. Cakupan kunjungan bayi	85	85		85	85	85	90	90	90,6 6	91,8 1	90,6 6	89,0 2	89,2 6	107 %	108 %	107 %	99%	99%
	7. Cakupan pelayanan anak balita	80	80		80	80	80	90	90	27,3 2	81,3 6	27,3 2	74,8 1	95,8 3	34%	102 %	34%	83%	106 %
	8. Cakupan penjangkaran kesehatan siswa SD dan setingkatnya	87	85		85	90	90	100	100	90	100	100	100	100	106 %	111 %	111 %	100 %	100 %
	9. Cakupan pemberian Makanan Pendamping ASI pada usia 6-24 bulan keluarga miskin	100	95		100	100	95	100	100	100	100	100	100	87,1	100 %	100 %	105 %	100 %	87%
	10. Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan	100	100		100	100	100	100	100	tidak ada	tidak ada	tidak ada	100	100	Terc apai	Terc apai	Terc apai	Terc apai	100 %

N O	Indikator Kinerja sesuai Tugas dan fungsi SKPD	Target SPM	Targ et IKU	Target Indikator lainnya	Target Renstra SKPD Tahun Ke					Realisasi Renstra SKPD Tahun Ke					Rasio Capaian pada Tahun Ke				
					2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015	1	2	3	4	5
										kasu s	kasu s	kasu s							
	11. Persentase ibu hamil yang mendapat Tablet Fe	95	100		95	96	95	98	97	95	98,1 8	100	95	89	100 %	102 %	105 %	97%	92%
	12. Persentase bayi yang mendapat ASI Eksklusif	65	65		65	65	65	70	70	75,9	75,4	75,9	70,4	83	117 %	116 %	117 %	101 %	119 %
	13. Persentase Kelurahan yang mencapai Universal Child Immunization (UCI)	83,3	85		83	83	83,3	95,8	90	91,6 7	85	91,6 7	95,8	91	110 %	102 %	110 %	100 %	101 %
	14. Cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit :																		

N O	Indikator Kinerja sesuai Tugas dan fungsi SKPD	Target SPM	Targ et IKU	Target Indikator lainnya	Target Renstra SKPD Tahun Ke					Realisasi Renstra SKPD Tahun Ke					Rasio Capaian pada Tahun Ke				
					2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015	1	2	3	4	5
	a. Accute Flacit Paralysis (AFP) rate per 100000 penduduk <15 tahun	<1/10 0000	<1/1 0000 0		<1/1 0000 0	<1/1 0000 0	<1/1 0000 0	<1/1 0000 0	<1/1 0000 0	0	21,0 8	0	0	0,00 25	Terc apai	Terc apai	Terc apai	Terc apai	Terc apai
	b. Penemuan penderita pneumonia balita	100	100		100	100	100	70	70	3,7	10,6 5	3,7	55,7 5	57,2	4%	11%	4%	80%	82%
	c. Penemuan pasien baru TB BTA ( + )	75	75		75	75	75	80	80	101, 88	89,6 2	101, 9	55,4 4	61	136 %	119 %	136 %	69%	76%
	d. Penderita DBD yang ditangani	100	100		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	e. Penemuan penderita diare	100	100		100	100	100	80	80	49,9 2	50,8 2	49,9 2	55,3 5	95,1 6	50%	51%	50%	69%	119 %
	15. Cakupan desa /kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan	100	100		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

N O	Indikator Kinerja sesuai Tugas dan fungsi SKPD	Target SPM	Targ et IKU	Target Indikator lainnya	Target Renstra SKPD Tahun Ke					Realisasi Renstra SKPD Tahun Ke					Rasio Capaian pada Tahun Ke				
					2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015	1	2	3	4	5
	epidemiologi < 24 jam																		
	16. Persentase Kelurahan Terkena Kejadian Luar Biasa (KLB) yang ditangani <24 jam	100	100		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	17. Persentase murid Sekolah dasar/Madrasah Ibtidaiyah yang mendapat pemeriksaan gigi dan mulut	85	85		85	85	85	85	85	85	100	87	100	100	100 %	118 %	102 %	118 %	118 %
	18. Persentase keluarga miskin yang mendapat pelayanan kesehatan	100	100		100	100	100	100	100	100	60,3 8	100	100	100	100 %	60%	100 %	100 %	100 %

N O	Indikator Kinerja sesuai Tugas dan fungsi SKPD	Target SPM	Targ et IKU	Target Indikator lainnya	Target Renstra SKPD Tahun Ke					Realisasi Renstra SKPD Tahun Ke					Rasio Capaian pada Tahun Ke				
					2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015	1	2	3	4	5
III	<b>Peningkatan Sumber Daya kesehatan</b>																		
	a. Rasio dokter per 100.000 penduduk	77	75		77	77	77	77	77	75	81	75	75	77	97%	105 %	97%	97%	100 %
	b. Rasio dokter spesialis per 100.000 penduduk	65	65		65	75	80	90	100	82	81	82	69	70	126 %	108 %	103 %	77%	70%
	c. Rasio dokter keluarga per 1.000 keluarga	17	17		17	30	40	75	100	17	15	17	21	100	100 %	50%	43%	28%	100 %
	d. Rasio dokter gigi per 100.000 penduduk	30	30		30	30	15	25	25	21	25	21	23	25	70%	83%	140 %	92%	100 %
	e. Rasio apoteker per 100.000 penduduk	23	23		23	23	23	23	23	22	31	22	32	23	96%	135 %	96%	139 %	100 %
	f. Rasio bidan per 100.000 penduduk	158	158		158	158	158	158	158	153	170	153	357	158	97%	108 %	97%	226 %	100 %



N O	Indikator Kinerja sesuai Tugas dan fungsi SKPD	Target SPM	Targ et IKU	Target Indikator lainnya	Target Renstra SKPD Tahun Ke					Realisasi Renstra SKPD Tahun Ke					Rasio Capaian pada Tahun Ke				
					2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015	1	2	3	4	5
	g. Rasio perawat per 100.000 penduduk	667	667		667	667	667	667	667	507	506	507	649	667	76%	76%	76%	97%	100 %
	h. Rasio ahli gizi per 100.000 penduduk	23	23		23	23	23	23	23	25	24	25	37	23	109 %	104 %	109 %	161 %	100 %
	i. Rasio ahli sanitasi per 100.000 penduduk	15	15		15	20	20	20	20	15	21	15	17	20	100 %	105 %	75%	85%	100 %
	j. Rasio ahli kesehatan masyarakat per 100.000 penduduk	60	60		60	60	60	60	60	67	84	67	51	60	112 %	140 %	112 %	85%	100 %
<b>IV</b>	<b>Peningkatan Manajemen kesehatan</b>																		
	Ketersediaan Dokumen Profil Kesehatan	ada	ada		ada	ada	ada	Ada	Ada	ada	ada	ada	Ada	Ada	ada	ada	ada	Ada	Ada
	Contingency Plan untuk masalah	ada	ada		ada	ada	ada	Ada	Ada	ada	ada	ada	Ada	Ada	ada	ada	ada	Ada	Ada

N O	Indikator Kinerja sesuai Tugas dan fungsi SKPD	Target SPM	Targ et IKU	Target Indikator lainnya	Target Renstra SKPD Tahun Ke					Realisasi Renstra SKPD Tahun Ke					Rasio Capaian pada Tahun Ke				
					2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015	1	2	3	4	5
	kesehatan akibat bencana																		
	Dokumen sistem kesehatan	ada	ada		ada	ada	ada	Ada	Ada	ada	ada	ada	Ada	Ada	ada	ada	ada	Ada	Ada
<b>V</b>	<b>Terciptanya Lingkungan Hidup yang Sehat</b>																		
	Persentase rumah tangga yang berperilaku Buang Air Besar Sembarangan (BABS)	15	15		20	15	10	5	0	5	5	0,37	0,28	0	Tercapai	Tercapai	Tercapai	Tercapai	Tercapai
<b>VI</b>	<b>Terciptanya perilaku hidup bersih dan sehat</b>																		
	a. Persentase rumah tangga yang telah mendapatkan	60	60		60	65	70	80	85	100	100	100	100	100	167 %	154 %	143 %	125 %	118 %

N O	Indikator Kinerja sesuai Tugas dan fungsi SKPD	Target SPM	Targ et IKU	Target Indikator lainnya	Target Renstra SKPD Tahun Ke					Realisasi Renstra SKPD Tahun Ke					Rasio Capaian pada Tahun Ke				
					2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015	1	2	3	4	5
	layanan/menggunakan air bersih																		
	b. Jumlah kawasan bebas asap rokok / dilarang merokok	10	10		10	20	30	40	50				40	30				100 %	60%
	b. Cakupan desa siaga aktif	100	100		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>VII</b>	<b>Terciptanya pemukiman yang sehat</b>																		
	Persentase rumah tangga yang melakukan pemberantasan jentik seminggu sekali	86	86		86	96	96	96	80				85	86,5				89%	108 %

Secara keseluruhan hampir seluruh sasaran kinerja tahun 2011 – 2015 sudah dapat dicapai. Dengan penjelasan sebagai berikut :

### **1. Analisa Indikator kinerja sasaran**

Indikator kinerja sasaran Peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan yang sudah sangat memadai ini menunjukkan bahwa seluruh penduduk sudah memiliki akses yang baik terhadap pelayanan kesehatan. Dengan diberlakukannya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) makin mempermudah akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, baik masyarakat yang mampu secara mandiri menjadi anggota JKN maupun masyarakat miskin yang sudah ditanggung dari APBD Kota Bukittinggi. Sebagai penunjang pelaksanaan JKN, sudah adanya dana kapitasi Puskesmas yang diberikan oleh BPJS sehingga kebutuhan pelayanan mulai dari dana untuk jasa medis, kebutuhan alat dan bahan dan alat kesehatan dapat terpenuhi.

Akses kesehatan yang sudah baik di Kota Bukittinggi ditunjang oleh adanya 7 Puskesmas induk pada setiap Kecamatan di Kota Bukittinggi. Dari 3 Kecamatan yang ada, 1 Puskesmas di Kecamatan Aur Birugo Tigo Baleh, 2 Puskesmas di Kecamatan Guguk Panjang dan 4 Puskesmas di Kecamatan Mandiangin Koto Selayan. Disamping itu, pelayanan kesehatan juga dilengkapi dengan 14 Puskesmas Pembantu dan 26 Pos Kesehatan Kelurahan yang sudah ada pada setiap Kelurahan. Di Kota Bukittinggi terdapat 4 Rumah Sakit Umum, 2 Rumah Sakit Khusus, 115 Praktek dokter perorangan, 45 apotek dan pendukung lainnya. Untuk mobilisasi program kesehatan, pada 7 Puskesmas juga sudah ada Mobil Puskesmas keliling.

Sebagai program unggulan kesehatan di Kota Bukittinggi, juga sudah ada mobil ambulance siaga yang siap 24 jam gratis untuk menjemput dan mengantarkan masyarakat yang mengalami gawat darurat. Ketersediaan anggaran dan kelengkapan sarana dan prasarana sebagaimana dijelaskan diatas, meningkatkan capaian sasaran untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan. Keberhasilan pencapaian Indikator akses dan mutu pelayanan kesehatan dapat dilihat dari derajat kesehatan masyarakat.

Derajat kesehatan masyarakat dinilai dengan menggunakan beberapa indikator yang mencerminkan kondisi mortalitas (kematian), status gizi dan morbiditas (kesakitan). Pada bagian ini, derajat kesehatan masyarakat di Kota Bukittinggi digambarkan melalui Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Balita (AKABA), Angka Kematian Ibu (AKI), dan angka morbiditas beberapa penyakit.

Selain dipengaruhi oleh faktor kesehatan seperti pelayanan kesehatan dan ketersediaan sumber daya kesehatan, derajat kesehatan masyarakat juga dipengaruhi oleh faktor lain seperti faktor ekonomi, pendidikan, lingkungan sosial, serta faktor lain yang kondisinya telah dijelaskan pada bab sebelumnya.

### **2. Analisa Masalah Kesehatan dan Penyakit**

#### **1) Angka Kematian Bayi (AKB)**

Angka Kematian Bayi (AKB) adalah jumlah yang meninggal sebelum mencapai usia 1 tahun yang dinyatakan dalam 1.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Badan Pusat Statistik berwenang menghitung dan mengeluarkan angka ini dalam periode tertentu melalui survey - survey, seperti SUSEDA, bersama dengan Angka Kematian Ibu (AKI). Angka Kematian Bayi di Kota Bukittinggi berdasarkan gambar 3.1 tahun 2015 sebesar 10.8 / 1.000 kelahiran hidup. Angka ini mengalami peningkatan yang pesat (kematian bayi mengalami kenaikan) dibandingkan tahun 2014 lalu yang

sebesar 7.9/1.000 kelahiran hidup. Grafik perkembangan Angka Kematian Bayi di Kota Bukittinggi dalam 6 tahun terakhir dapat di lihat di bawah ini.

**GAMBAR 2.1**  
**ANGKA KEMATIAN BAYI (AKB) PER 1000 KELAHIRAN HIDUP**  
**DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2008-2015**



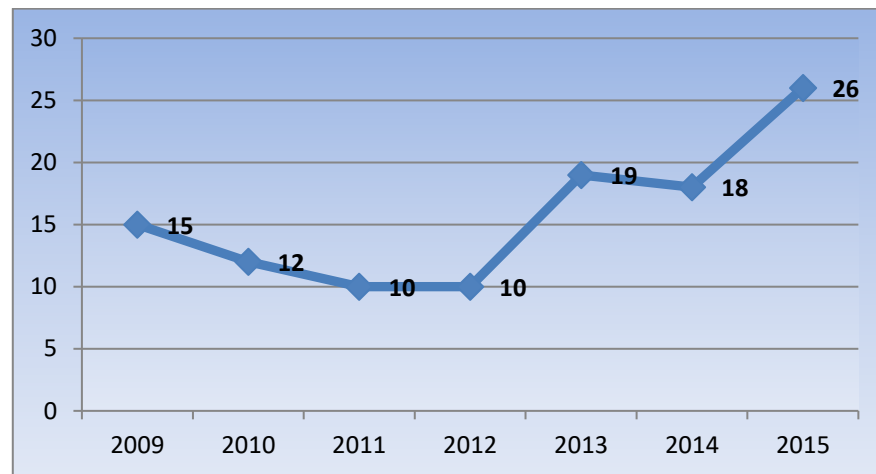
Sumber : Bidang Upaya Kesehatan (BUK)

Berdasarkan gambar 2.1 dapat dilihat bahwa selama 6 tahun terakhir angka kematian bayi mengalami fluktuasi, Jumlah kematian bayi yang terungkap di Kota Bukittinggi pada Tahun 2015 sebesar 26 bayi dari 2.407 kelahiran hidup dan lahir mati sebanyak 16 bayi. Penyebab kematian tertinggi tahun 2015 untuk neonatus adalah Asfiksia dan Prematur.

Bila dibandingkan dengan tahun 2014, jumlah kematian bayi mengalami peningkatan jumlah kasus sebanyak 8 kasus kematian dan lahir mati mengalami peningkatan sebesar 6 kasus kematian. Grafik perkembangan jumlah kematian bayi di Kota Bukittinggi dalam 5 tahun terakhir dapat di lihat di bawah ini.

Angka Kematian Bayi berdasarkan target Millennium Development Goals (MDG's) 2015 yaitu sebesar 23 per 1000 kelahiran hidup, yang berarti AKB Kota Bukittinggi (10.8/1000 kelahiran hidup) sudah lebih baik mencapai target MDG's. Penyebab kematian bayi antara lain disebabkan oleh faktor-faktor yang dibawa anak sejak lahir, yang diperoleh dari orang tuanya pada saat konsepsi atau di dapat selama kehamilan. Faktor lain penyebab kematian bayi adalah yang bertalian dengan pengaruh lingkungan luar (eksogen), terutama tingkat pelayanan antenatal, tingkat keberhasilan program KIA & KB, kondisi lingkungan, dan sosial Ekonomi.

**GAMBAR 2.2**  
**JUMLAH KEMATIAN BAYI (AKB)**  
**DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2009-2015**



Sumber : Bidang Upaya Kesehatan (BUK)

Beberapa penyebab kematian bayi dapat bermula dari masa kehamilan 28 minggu sampai hari ke-7 setelah persalinan (masa perinatal). Penyebab kematian bayi terbanyak adalah karena pertumbuhan janin yang lambat, kekurangan gizi pada janin, kelahiran prematur dan berat bayi lahir yang rendah. Sedangkan penyebab lainnya yang cukup banyak terjadi adalah kejadian kurangnya oksigen dalam rahim (*hipoksia intra uterus*) dan kegagalan nafas secara spontan dan teratur pada saat lahir atau beberapa setelah lahir (*asfiksia lahir*). Hal ini dapat diartikan bahwa 65,8% kematian bayi pada masa perinatal dipengaruhi pada kondisi ibu saat melahirkan.

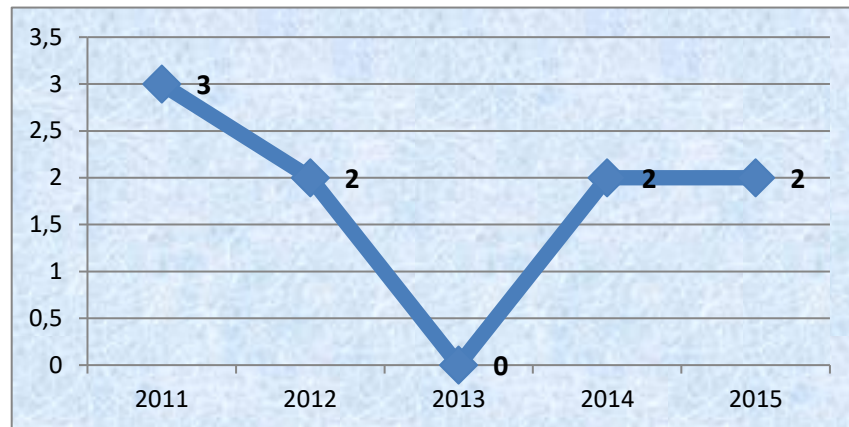
Salah satu upaya percepatan penurunan AKI dan AKB adalah melalui peningkatan cakupan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan di fasilitas dan penanganan kegawatdaruratan maternal neonatal sesuai standar dan tepat waktu yang dapat dikaji melalui Audit Maternal Perinatal (AMP). Penelusuran penyebab setiap kematian bayi dilakukan oleh petugas puskesmas dalam kegiatan AMP.

## **2) Angka Kematian Anak Balita (AKABA)**

Angka Kematian Anak Balita (AKABA) adalah jumlah kematian anak umur 12-59 bulan per 1.000 kelahiran hidup pada periode waktu tertentu. AKABA dapat menggambarkan tingkat permasalahan kesehatan serta faktor lain yang mempengaruhi terhadap kesehatan anak balita seperti gizi, sanitasi lingkungan, tingkat pelayanan KIA / Posyandu, penyakit infeksi, dan kecelakaan.

Kematian anak balita di Kota Bukittinggi pada Tahun 2015 menurut laporan bersumber fasilitas kesehatan sejumlah 2 anak sama dengan angka tahun 2014. Grafik berikut ini menunjukkan jumlah kematian balita di Kota Bukittinggi selama 5 tahun terakhir.

**GAMBAR 2.3**  
**ANGKA KEMATIAN BALITA (AKABA) PER 1000 KELAHIRAN HIDUP**  
**DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2011-2015**



Sumber : Bidang Upaya Kesehatan (BUK)

Jumlah kematian balita disini yang dimaksud adalah jumlah kematian seorang anak balita usia 12-59 bulan yang ditemukan di Kota Bukittinggi di Tahun 2015. Angka kematian anak balita di Kota Bukittinggi tahun 2015 adalah 2 dari 2.407 kelahiran hidup sama dengan angka tahun 2015. *Millenium Development Goals* (MDGs) menetapkan nilai normative AKABA, yaitu sangat tinggi dengan nilai > 140, tinggi dengan nilai 71 – 140, sedang dengan nilai 20 – 70 dan rendah dengan nilai < 20. Jadi berdasarkan indikator Milenium Developmnet Goals (MDG'S) 2015, AKABA di Kota Bukittinggi sudah baik sekali atau dengan nilai normative AKABA yag sudah rendah.

Adapun penyebab kematian balita tersebut dikategorikan ke dalam penyebab lain-lain, yang berarti bukan disebabkan oleh penyebab kematian yang dikatergorikan penyakit potensi wabah atau penyakit yang rentan terhadap balita, seperti penyakit Diare, Campak, Infeksi Saluran Pernafasan Atas (ISPA), ataupun Demam Berdarah Dengue (DBD).

### **3) Angka Kematian Ibu Maternal**

Angka kematian Ibu (AKI) menjadi salah satu indikator penting dalam menentukan derajat kesehatan masyarakat. AKI menggambarkan jumlah wanita yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk kecelakaan atau kasus insidentil) selama kehamilan, melahirkan dan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan lama kehamilan per 100.000 kelahiran hidup.

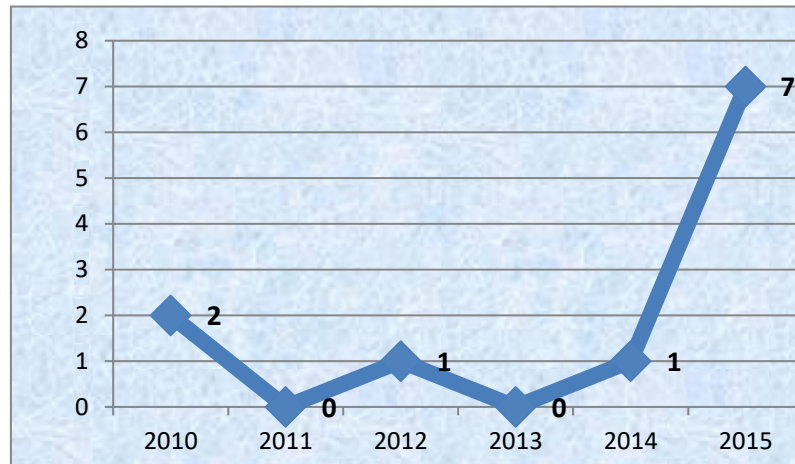
Kematian ibu adalah kematian seorang wanita yang dikarenakan oleh kehamilan, persalinan, dan masa nifasnya. Angka kematian Ibu mencerminkan resiko yang dihadapi ibu selama kehamilan dan melahirkan yang dipengaruhi oleh :

- a. Keadaan sosial ekonomi dan kesehatan yang kurang baik menjelang kehamilan.
- b. Kejadian berbagai komplikasi pada kehamilan dan kelahiran.
- c. Tingkat tersedianya dan penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan termasuk pelayanan perinatal dan obstetri.

AKI juga dapat digunakan dalam pemantauan kematian terkait dengan kehamilan. Indikator ini dipengaruhi status kesehatan secara umum, pendidikan dan pelayanan selama kehamilan dan melahirkan. Sensitifitas AKI terhadap perbaikan pelayanan kesehatan menjadikannya indikator

keberhasilan pembangunan sektor kesehatan. Pada Gambar 3.3 berikut terlihat kecenderungan jumlah kematian ibu maternal sejak tahun 2008 sampai dengan tahun 2014 di Kota Bukittinggi.

**GAMBAR 2.4**  
**JUMLAH KEMATIAN IBU**  
**DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2010-2015**



Sumber : Bidang Upaya Kesehatan (BUK)

Jumlah kematian ibu maternal di Kota Bukittinggi tahun 2015 adalah 7 jiwa. Angka ini mengalami peningkatan yang dramatis dibandingkan dengan tahun 2014 dari 1 jiwa. Selain menegakkan AMP ditingkat kota, seperti halnya kematian bayi, peran promosi kesehatan melalui program P4K (Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi) serta program Desa Siaga dalam menjalankan fungsinya meningkatkan sistem siaga di masyarakat terhadap kesehatan ibu hamil di wilayahnya menjadi upaya dalam menurunkan kematian ibu. Selain itu, bidang promosi kesehatan sebagai fungsi promotif dan preventif melalui penyuluhan dengan menggunakan media media yang efektif dan menarik dapat meningkatkan pengetahuan kesehatan ibu dan anak.

Upaya penurunan angka kematian ibu dan angka kematian neonatal melalui program Emas dilakukan dengan cara:

- ✓ Meningkatkan kualitas pelayanan emergensi obstetri dan bayi baru lahir minimal di 300 Puskesmas (PONED).
- ✓ Memperkuat sistem rujukan yang efisien dan efektif antar Puskesmas dan Rumah Sakit.

Selain itu, pemerintah bersama masyarakat juga bertanggung jawab untuk menjamin bahwa setiap ibu memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, mulai dari saat hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih, dan perawatan pasca persalinan bagi ibu dan bayi, perawatan khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi, dan memperoleh cuti hamil dan melahirkan serta akses terhadap keluarga berencana. Di samping itu, pentingnya melakukan intervensi lebih ke hulu yakni kepada kelompok remaja dan dewasa muda dalam upaya percepatan penurunan AKI.

#### **4). Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR < 2500 gram)**

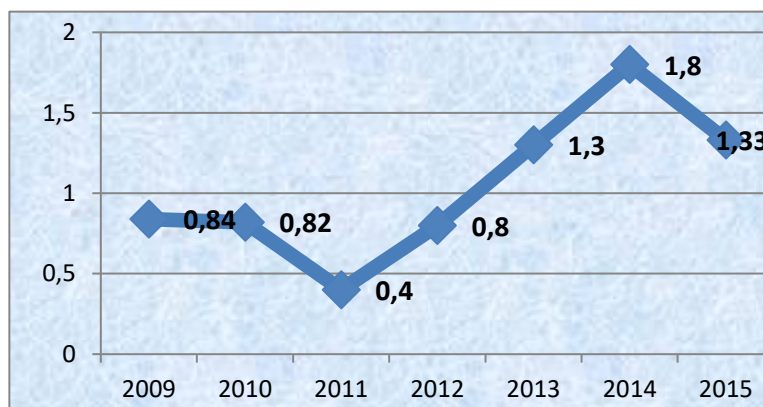
Berat Badan Lahir Rendah didefinisikan sebagai bayi lahir yang berat badannya kurang dari 2500 gram. Bayi yang mempunyai berat badan lahir rendah sangat mempengaruhi pertumbuhan dan



kecerdasan anak, cenderung mempunyai pertumbuhan fisik yang terhambat. Selain itu mudah terkena infeksi. Persentase bayi dengan berat badan lahir rendah Kota Bukittinggi tahun 2014 adalah 1,41%, dimana ditemukan 34 bayi dengan berat badan lahir <2500 gram dari 2.407 bayi yang lahir. Angka ini mengalami penurunan jika dibandingkan dengan tahun 2014 yaitu sebesar 1,8%. Gambaran kasus bayi BBLR dari tahun 2009 – 2015 dapat dilihat pada grafik dibawah ini.

Berdasarkan laporan, kasus bayi dengan BBLR ini disebabkan faktor rendahnya pengetahuan orang tua bayi akan gizi dan perekonomian yang miskin .Berat Badan Lahir Rendah (kurang dari 2.500 gram) merupakan salah satu faktor utama yang berpengaruh terhadap kematian perinatal dan neonatal. BBLR dibedakan dalam 2 kategori yaitu : BBLR karena prematur (usia kandungan kurang dari 37 minggu) atau BBLR karena *intra uterine growth retardation (IUGR)*, yaitu bayi yang lahir cukup bulan tetapi berat badannya kurang

**GAMBAR 2.5**  
**KASUS BAYI DENGAN BBLR**  
**DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2009-2015**



Sumber : Bidang Upaya Kesehatan (BUK)

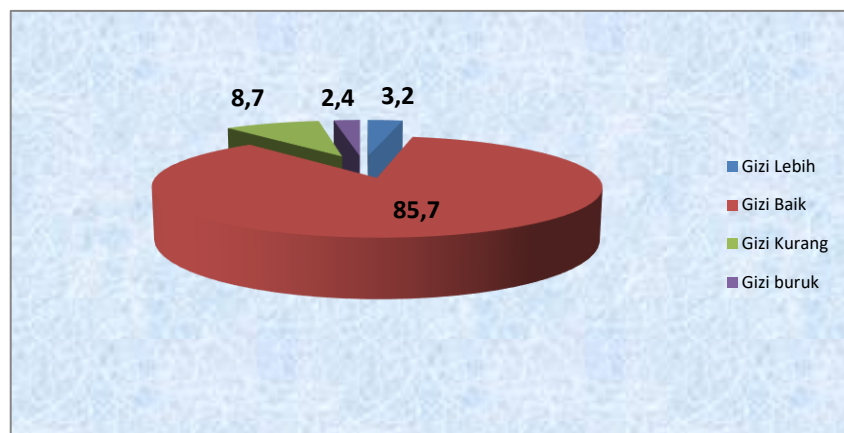
## 5). Status Gizi Balita

Status gizi balita merupakan salah satu indikator yang menggambarkan tingkat kesejahteraan masyarakat selain juga merupakan indikator yang dinilai keberhasilan pencapaiannya dalam MDG's . Status Gizi balita diukur berdasarkan umur, berat badan (BB) dan tinggi badan (TB). Variabel BB dan TB ini disajikan dalam bentuk tiga indikator antropometri, yaitu : Berat Badan menurut Umur (BB/U), Tinggi Badan menurut Umur (TB/U), dan Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB).

Indikator BB/U memberikan indikasi masalah gizi secara umum. Indikator ini tidak memberikan indikasi tentang masalah gizi yang sifatnya kronis ataupun akut karena berat badan berkorelasi positif dengan umur dan tinggi badan. Dengan kata lain, berat badan yang rendah dapat disebabkan karena tubuh yang pendek (kronis) atau karena diare atau penyakit infeksi lain (akut).

Berdasarkan BB/U jumlah balita dengan gizi sangat kurang pada tahun 2015 di Kota Bukittinggi sebesar 0,8%, dibandingkan dengan tahun 2014 jumlah Balita dengan gizi sangat kurang mengalami penurunan dari 1,8% apalagi jika dibandingkan dengan target Standar Pelayanan Minimal tahun 2015, Jumlah Balita dengan gizi sangat kurang sudah dibawah target yaitu 15%. Berikut ini disajikan grafik status gizi pada Balita berdasarkan indikator antropometri BB/U di Kota Bukittinggi.

**GAMBAR 2.6**  
**STATUS GIZI BALITA BERDASARKAN INDIKATOR BB/U**  
**DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2015**



Sumber : Bidang Upaya Kesehatan (BUK)

Menurut MDG's, Balita dengan prevalensi BB kurang / gizi kurang < 15%, sedangkan prevalensi Balita gizi buruk < 3,15%, jadi untuk kota Bukittinggi status gizi baik balita sudah mencapai target MDG's. Sedangkan menurut indikator Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) Balita dengan status gizi buruk pada tahun 2015 di Kota Bukittinggi adalah 14 jiwa dari 7.548 Balita yang ditimbang (0.002%).

Pada tahun 2015 balita dengan berat badan di bawah garis merah adalah 0.8%, dimana mengalami penurunan jika dibandingkan dengan tahun 2014 yaitu 1.8%.

#### 6) Pola 10 Penyakit terbanyak

Morbiditas adalah angka kesakitan, baik insiden maupun prevalen dari suatu penyakit. Morbiditas menggambarkan kejadian penyakit dalam suatu populasi pada kurun waktu tertentu. Morbiditas juga berperan dalam penilaian terhadap derajat kesehatan masyarakat.

Data angka kesakitan penduduk yang berasal dari masyarakat (*community based data*) salah satunya dapat di peroleh dari hasil pengumpulan data dari Dinas Kesehatan kota dan sarana pelayanan kesehatan lainnya (*facility based data*) yang diperoleh melalui sistem pencatatan dan pelaporan. Gambaran / pola 10 penyakit terbanyak pada pasien rawat jalan di Puskesmas pada tahun 2015 di Kota Bukittinggi dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

**TABEL 2.5**  
**10 PENYAKIT TERBANYAK**  
**DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2015**

Jenis Penyakit	Jumlah
ISPA	33816
Hipertensi	15.704
Common Cold	11.377
Gastritis	9.960
Diabetes Melitus	7.335

Jenis Penyakit	Jumlah
Reumatoid Arthritis	4.982
Penyakit Kulit Alergi	4.982
Chepalgia	3.749
Diare	2791
Faringitis	2.327

Sumber : Bidang PSDK

## 7) Penyakit Menular

### a. Tuberkulosis Paru

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*, TB menjadi salah satu penyakit yang pengendaliannya menjadi komitmen global dalam MDG's.

Beban penyakit yang disebabkan oleh tuberkulosis dapat diukur dengan insiden (didefinisikan sebagai jumlah kasus baru dan kasus kambuh tuberkulosis yang muncul dalam periode waktu tertentu, biasanya dinyatakan dalam satu tahun), prevalensi (didefinisikan sebagai jumlah kasus tuberkulosis pada suatu titik waktu tertentu) dan mortalitas/kematian (didefinisikan sebagai jumlah kematian akibat tuberkulosis dalam jangka waktu tertentu).

#### a) Kasus baru dan Prevalensi BTA Positif

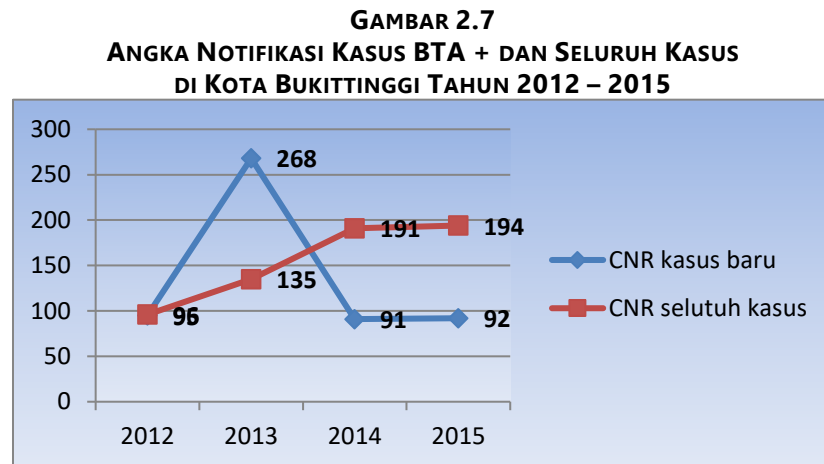
Jumlah kasus baru BTA+ yang ditemukan Di Kota Bukittinggi pada tahun 2015 sebanyak 113 kasus. Jumlah tersebut lebih banyak bila dibandingkan kasus baru BTA+ yang ditemukan tahun 2014 yang sebesar 111 kasus. Jumlah kasus tertinggi yang dilaporkan terdapat di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad dan Puskesmas Guguk Panjang. Kasus baru di dua Puskesmas tersebut sekitar 73.45% dari jumlah seluruh kasus baru di Kota Bukittinggi, hal ini disebabkan karena pasien banyak ditemukan di Rumah Sakit Achmad Muchtar dan Rumah Sakit Ibnu Sina Bukittinggi yang termasuk kedalam wilayah kerja puskesmas tersebut dan untuk pengobatannya dikembalikan ke Puskesmas terdekat. Menurut jenis kelamin, kasus baru BTA+ pada laki-laki hampir 1,35 kali dibandingkan kasus BTA+ pada perempuan. Kasus BTA+ pada kelompok umur 0-14 tahun di Kota Bukittinggi sebanyak 35 kasus atau 15% dari seluruh kasus TB + di Kota Bukittinggi.

#### b) Proporsi pasien Baru BTA positif diantara semua kasus

Proporsi pasien baru BTA positif di antara semua kasus adalah persentase pasien baru BTA positif di antara semua pasien TB paru tercatat. Indikator ini menggambarkan prioritas penemuan pasien TB yang menular di antara seluruh pasien TB paru yang diobati. Angka ini diharapkan tidak lebih rendah dari 65%. Apabila proporsi pasien baru BTA positif di bawah 65% maka hal itu menunjukkan mutu diagnosis yang rendah dan kurang memberikan prioritas untuk menemukan pasien yang menular (pasien BTA Positif). Di Kota Bukittinggi proporsi pasien baru BTA positif diantara seluruh kasus pada tahun 2015 sebesar 47.48% mengalami penurunan jika dibandingkan dengan tahun 2014 sebesar 48.05%, yang berarti belum juga mencapai target minimal. (65%). Hal ini mengindikasikan kurangnya prioritas menemukan kasus BTA positif.

**c) Angka Notifikasi Kasus atau Case Notification Rate (CNR)**

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



Sumber : Bidang PMK

Gambar 3.5 menunjukkan angka notifikasi kasus baru TB paru BTA positif di Kota Bukittinggi dari tahun 2012-2015 mengalami fluktuasi dari 96 menjadi 92 per 100.000 penduduk. Begitu juga dengan angka notifikasi seluruh kasus BTA positif dari tahun 2013 sampai 2015 cenderung fluktuatif dari 268 menjadi 194 per 100.000 penduduk .

**8). HIV dan AIDS**

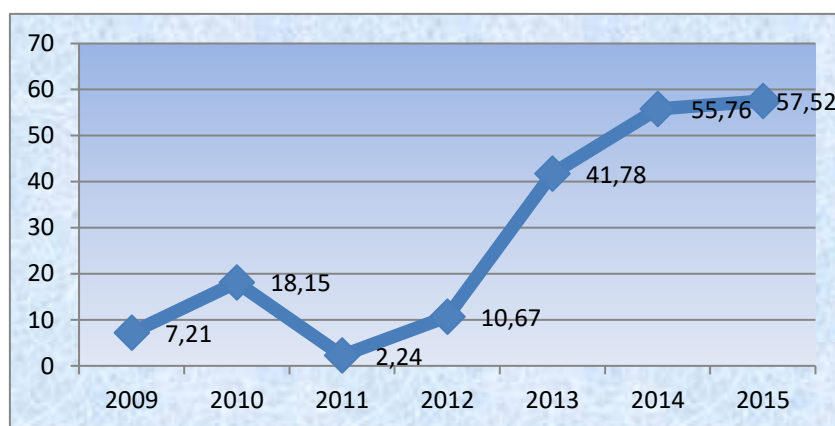
HIV/AIDS merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi Human Immunodeficiency Virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh. Infeksi tersebut menyebabkan penderita mengalami penurunan ketahanan tubuh sehingga sangat mudah untuk terinfeksi berbagai macam penyakit lain. Sebelum memasuki fase AIDS, penderita terlebih dulu dinyatakan sebagai HIV positif. Pemetaan epidemi HIV di Indonesia dibagi menjadi lima kategori, yaitu <90 kasus, 90-206 kasus, 207-323 kasus, 324-440 kasus, dan > 440 kasus. Di Kota Bukittinggi pada tahun 2014 kasus positif HIV sebanyak 51kasus mengalami penurunan dari tahun 2014 sebanyak 77 kasus, dimana penderita tersebut kebanyakan berasal dari luar wilayah Bukittinggi namun melakukan pengobatan di RSAM Bukittinggi. Menurut jenis kelamin, proporsi kasus baru AIDS di Kota Bukittinggi tahun 2015 pada kelompok laki-laki lebih besar dibandingkan persentase pada kelompok perempuan yaitu sebesar 84% berbanding 15%.

**9). Pneumonia**

Pneumonia adalah infeksi akut yang mengenai jaringan paru (*alveoli*). Infeksi dapat disebabkan oleh bakteri, virus maupun jamur. Pneumonia juga dapat terjadi akibat kecelakaan karena menghirup cairan atau bahan kimia. 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). Di Kota Bukittinggi angka cakupan penemuan penderita pneumonia pada Balita

hingga saat ini masih belum mencapai target sama halnya juga dengan nasional, seperti tampak pada gambar dibawah ini.

**GAMBAR 2.8**  
**CAKUPAN PENEMUAN PENDERITA PNEUMONIA PADA BALITA**  
**DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2008-2015**



SUMBER : BIDANG PMK

Cakupan penemuan pneumonia pada Balita tahun 2015 sebesar 57.52% mengalami peningkatan sejak tahun 2013, namun walaupun mengalami peningkatan, angka tersebut masih harus lebih ditingkatkan lagi untuk mencapai target nasional yaitu sebesar 60%. Hambatan yang ditemui dalam meningkatkan cakupan penemuan Pneumonia Balita di Puskesmas yaitu :

- ✓ Sebagian besar pengelola Program program ISPA di Puskesmas belum terlatih karena keterbatasan dana dan mutasi petugas yang tinggi.
- ✓ Manajemen data (*Under reported*) karena kerancuan antara diagnosa kerja dan klasifikasi ISPA (Pneumonia, Pneumonia berat, ISPA biasa), sehingga banyak kasus pneumonia dimasukkan ke dalam ISPA biasa.
- ✓ Pengendalian pneumonia balita masih berbasis Puskesmas. Data kasus pneumonia belum mencakup RS, klinik dan praktek

#### 10). Kusta

Kusta adalah penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium leprae*. Penatalaksanaan kasus yang buruk dapat menyebabkan kusta menjadi progresif, menyebabkan kerusakan permanen pada kulit, saraf, anggota gerak, dan mata. Sejak tercapainya status eliminasi kusta tahun 2000, situasi kusta di Indonesia menunjukkan kondisi yang relatif statis. Hal ini dapat terlihat dari angka penemuan kasus baru kusta yang berkisar antara 7 hingga 8 per 100.000 penduduk per tahunnya dan telah mencapai target < 10.

Begitu pula halnya Di Kota Bukittinggi dimana jumlah penderita Kusta sudah tidak ada lagi. Sejak tahun 2009 sampai Tahun 2011 sudah tidak ada temuan penderita baru, namun sejak tahun 2012-2013 ditemukan jumlah penderita kasus baru 2 orang, dan untuk tahun 2014 hanya ditemukan 1 kasus. Sedangkan untuk tahun 2015 tidak ditemukan lagi penderita kusta di Kota Bukittinggi.

Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan telah menetapkan kelompok beban kusta dalam 2 kelompok, yaitu dengan beban kusta tinggi (*high endemic*) jika NCDR > 10 per 100.000 penduduk atau jumlah kasus baru lebih dari 1.000 dan beban kusta rendah (*low endemic*) jika NCDR < 10 per 100.000 penduduk atau jumlah kasus baru kurang dari 1.000 kasus. Jadi Kota Bukittinggi termasuk dalam kelompok *low endemic*.

#### 11). Diare

Diare adalah penyakit yang terjadi ketika terjadi perubahan konsistensi feses selain dari frekuensi buang air besar. Seseorang dikatakan menderita diare bila feses lebih berair dari biasanya, atau bila buang air besar tiga kali atau lebih, atau buang air besar yang berair tapi tidak berdarah dalam waktu 24 jam.

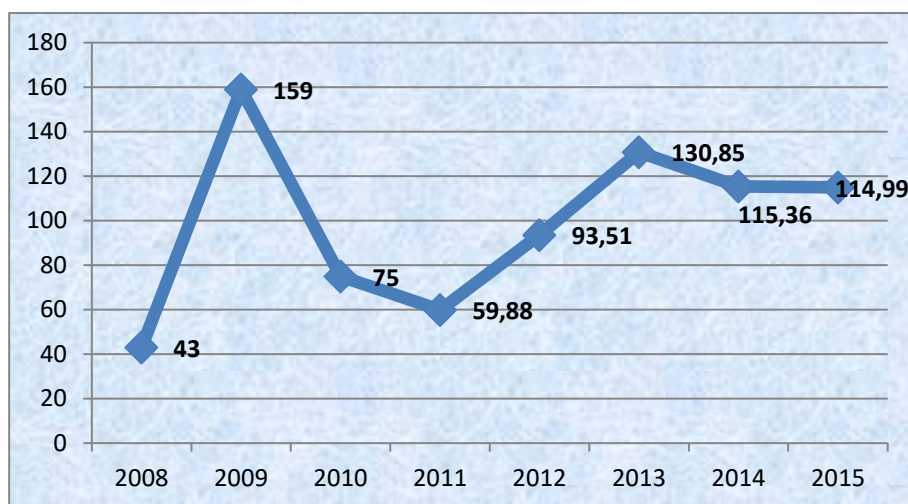
Penyakit Diare merupakan penyakit endemis di Indonesia dan juga merupakan penyakit potensial KLB yang sering disertai dengan kematian. Laporan Riskesdas tahun 2007 menunjukkan bahwa penyakit Diare merupakan penyebab kematian nomor satu pada bayi (31,4%) dan pada balita (25,2%), sedangkan pada golongan semua umur merupakan penyebab kematian yang ke empat (13,2%). Jumlah kasus diare tahun 2015 adalah sebesar 2.921 kasus, namun penanganan penderita diare sudah dilaksanakan 100%.

#### 12). Penyakit Bersumber Binatang

##### a. Demam Berdarah Dengue (DBD)

Di Kota Bukittinggi pada tahun 2015 ditemukan 141 kasus. Keadaan ini mengalami peningkatan jika dibandingkan dengan tahun 2014 dimana terdapat 139 penderita DBD, dan sebagian besar merupakan penderita kiriman dari kota lain. Kota Bukittinggi yang diprediksikan bukan daerah endemis DBD karena secara geografis ketinggiannya lebih dari 900 m diatas permukaan laut, tetapi faktor mobilitas penduduk yang tinggi juga mempengaruhi kasus ini. Gambaran angka kesakitan penderita DBD dari tahun 2008 – 2015 dapat dilihat pada grafik dibawah ini.

**GAMBAR 2.9**  
**ANGKA KESAKITAN DBD DI KOTA BUKITTINGGI**  
**TAHUN 2008-2015**



Sumber : Bidang PMK Kota Bukittinggi

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa angka kesakitan DBD yang tertinggi terjadi pada tahun 2009 yaitu 159 dan terendah pada tahun 2011 yaitu 59,88. Namun semua penderita atau 100% penderita telah ditangani.

#### **b. Malaria**

Penderita malaria adalah penderita dengan kasus gejala klinis demam tinggi disertai menggigil, dengan atau tanpa pemeriksaan sediaan darah di laboratorium. Sejak tahun 2010 sampai 2012 Di Kota Bukittinggi sudah tidak ditemukan lagi penderita malaria, pada tahun 2013 ditemukan 1 kasus, dan pada tahun 2014 kasus malaria mengalami peningkatan menjadi 8 kasus dan menjadi Kejadian Luar Biasa (KLB) di Kota Bukittinggi karena penderita meninggal dunia. Sedangkan Pada Tahun 2015 kasus malaria sudah tidak ditemukan lagi di Kota Bukittinggi dan angka ini telah mencapai target MDG's yaitu 2 per 1000 penduduk.

#### **c. Filariasis**

Di Kota Bukittinggi sejak tahun 2010 sampai tahun 2011 tidak terdapat kasus filariasis dan mengalami penurunan dari tahun 2009 yang terdapat 2 kasus filariasis dan sudah ditangani 100%, namun pada tahun 2012 ditemukan adanya 7 kasus filariasis di 4 kelurahan (Kelurahan Manggis gantung, kubu gulai bancah, ATTS dan Puhun Pintu Kabun) setelah diadakan survey filariasis. Tahun 2013 mengalami penurunan lagi menjadi 2 kasus filariasis, dan sejak tahun 2014 sampai tahun 2015 kasus Filariasis sudah tidak ada lagi di Kota Bukittinggi.

### **3. Analisa Indikator kinerja sasaran Peningkatan Pelayanan Kesehatan**

Pencapaian sasaran 2 yang sebagian besar sangat baik dan baik menunjukkan adanya peningkatan pelayanan kesehatan di Kota Bukittinggi. Pelayanan kesehatan sudah menyentuh seluruh kondisi dan kelompok umur masyarakat mulai dari ibu hamil, ibu menyusui, bayi, balita, anak balita, anak usia sekolah, remaja, dewasa sampai lanjut usia. Adanya capaian sasaran yang belum mencapai target yaitu :

1. Cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani tidak tercapai pada tahun ke-2
2. Cakupan pelayanan anak balita belum tercapai pada tahun ke 1 dan ke 3.
3. Cakupan Penemuan penderita pneumonia balita belum tercapai pada tahun 1, 2 dan 3.
4. Penemuan pasien baru TB BTA tidak tercapai pada tahun ke 4 dan 5.
5. Penemuan penderita diare tidak tercapai pada ke 1, 2, 3 dan 4.
6. Persentase keluarga miskin yang mendapat pelayanan kesehatan tidak tercapai pada tahun ke – 2.

Kalau dilihat pada tahun akhir (tahun ke-5) permasalahan diatas sudah dapat teratasi, yang masih menjadi permasalahan adalah :

1. Penemuan pasien baru TB BTA.
2. Penemuan penderita diare

Untuk indikator Penemuan pasien baru TB BTA positif dan penemuan penderita diare belum mencapai target disebabkan hal sebagai berikut :

- a. Keterbatasan jumlah tenaga untuk melakukan penjangkaran

Penemuan kasus TB dan penemuan penderita diare, menuntut petugas kesehatan untuk melakukan penjangkaran ke Kelurahan sampai ke tingkat rumah tangga. Petugas mengantarkan pot

sputum untuk penyimpanan dahak yang akan diperiksa, dan menjemput kembali ke rumah tangga. Puskesmas merupakan sarana layanan kesehatan yang melayani masyarakat untuk program pengobatan, promosi dan preventif. Disamping melayani masyarakat dalam gedung Puskesmas, juga melakukan upaya kesehatan di luar gedung seperti di Posyandu balita, Posyandu Lansia, Posbindu, UKS di sekolah, dan lain-lain. Berlakunya JKN mengakibatkan peningkatan jumlah kunjungan Puskesmas, sehingga makin sempit waktu bagi petugas untuk pelayanan luar gedung.

b. Koordinasi yang masih kurang dengan sarana kesehatan lainnya

Banyaknya sarana kesehatan yang ada di Bukittinggi, sehingga masyarakat melakukan pengobatan ke praktek mandiri, yang tidak tercatat pada pencatatan Puskesmas. Oleh sebab itu, perlu adanya peningkatan kinerja petugas Puskesmas agar lebih mengintensifkan upaya pencatatan dan pelaporan dan sweeping ke tingkat sasaran, koordinasi dengan praktek kesehatan mandiri.

c. Rendahnya kesadaran masyarakat untuk pemeriksaan BTA positif ke Labor Puskesmas

Untuk penyakit TBC, masyarakat sering menganggap batuk yang diderita adalah batuk biasa sehingga masyarakat tidak melakukan pemeriksaan secara mandiri ke tempat layanan kesehatan. Begitu juga dengan diare yang diderita masyarakat. Masyarakat masih menganggap bahwa diare merupakan penyakit yang akan sembuh dengan sendirinya. Oleh sebab itu, perlu dilakukan upaya promosi yang lebih gencar lagi tentang penyakit TBC dan diare ke masyarakat.

UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mengamanatkan bahwa upaya kesehatan ibu ditujukan untuk menjaga kesehatan ibu sehingga mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas serta mengurangi angka kematian ibu. Upaya kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada Undang-Undang tersebut meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Anak dan ibu merupakan dua anggota keluarga yang perlu mendapatkan prioritas dalam penyelenggaraan upaya kesehatan. Penilaian terhadap status kesehatan dan kinerja upaya kesehatan ibu dan anak penting untuk dilakukan. Hal tersebut disebabkan Angka Kematian Ibu dan Anak merupakan dua indikator yang peka terhadap kualitas fasilitas pelayanan kesehatan. Kualitas fasilitas pelayanan kesehatan yang dimaksud termasuk aksesibilitas terhadap fasilitas pelayanan kesehatan itu sendiri.

Dalam upaya pencapaian MDG's dan tujuan pembangunan kesehatan, peningkatan pelayanan ibu dan anak diprioritaskan yaitu dengan menurunkan Angka kematian Ibu menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 dan menurunkan Angka Kematian Bayi menjadi 23 per 1.000 kelahiran hidup. Untuk menurunkan Angka kematian Ibu dan Bayi diperlukan upaya-upaya yang terkait dengan kehamilan, kelahiran dan nifas

Kelangsungan hidup ibu dan bayi baru lahir erat kaitannya dengan kesehatan bumil yang juga diakumulasi masalah perilaku, mutu pelayanan kesehatan, status gizi, tingkat pendidikan, ekonomi dan sosial budaya. Rawannya derajat kesehatan ibu memberi dampak yang bukan terbatas pada kesehatan ibu saja. Hal ini juga berpengaruh secara langsung terhadap janin atau bayi pada minggu pertama kehidupannya. Capaian pelayanan kesehatan ibu dan anak dapat dilihat pada tabel di bawah ini :



**TABEL 2.6**  
**CAPAIAN PROGRAM UPAYA KESEHATAN IBU DAN ANAK**  
**KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2013 – TAHUN 2015**

Program	Target 2015 (%)	Capaian Tahun 2013 (%)	Capaian Tahun 2014 (%)	Capaian Tahun 2015 (%)
1. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi				
✓ Cakupan kunjungan ibu hamil (K4)	95	95.22	94.18	91,34
✓ Cakupan pertolongan persalinan oleh bidan /Nakes yang memiliki kompetensi kebidanan	90	94.11	94.65	89.18
✓ Cakupan kunjungan neonatus	90	81.40	94.92	93,27
✓ Cakupan kujungan bayi	90	55.00	88.36	83,82
1. Pelayanan Keluarga Berencana :				
✓ Cakupan peserta KB aktif	70	69.50	62.87	54,68
3. Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar dan Komprehensif :				
✓ Ibu hamil resiko tinggi/komplikasi yang ditangani	80	100	100	100
✓ Neonatal rsiko tinggi/ komplikasi yang ditangani	100	38.21	88.60	75,89
4. Bayi Yang Mendapat ASI Eksklusif :				
✓ Bayi yang mendapat ASI eksklusif	80	98.73	39.17	45,74

Sumber : Bidang Upaya Kesehatan (BUK)

#### 1) Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil (K1 dan K4)

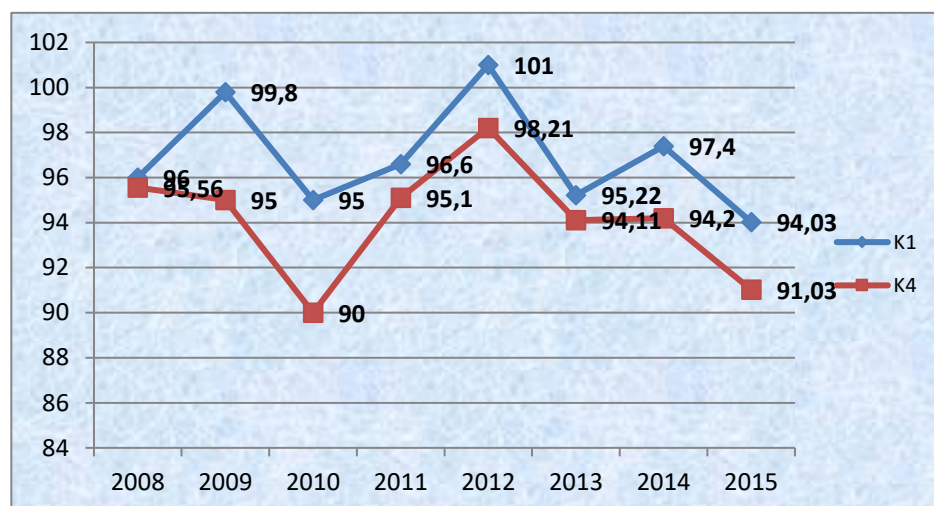
Upaya kesehatan ibu hamil diwujudkan dalam pemberian pelayanan antenatal sekurang-kurangnya 4 kali selama masa kehamilan, dengan distribusi waktu minimal 1 kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan 2 kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 24-36 minggu). Standar waktu pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan atau janin, berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan dan penanganan dini komplikasi kehamilan. Pelayanan antenatal diupayakan agar memenuhi standar kualitas 10 T, yaitu :

1. Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan;
2. Pengukuran tekanan darah;
3. Penilaian Status Gizi (ukur Lingkar lengan atas/LILA)
4. Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri);
5. Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
6. Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus toksoid bila diperlukan;
7. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan;
8. Pelayanan tes laboratorium sederhana, minimal tes hemoglobin darah (Hb) dan pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya) serta pemeriksaan HIV.
9. Tatalaksana/penanganan kasus ; serta.

10. Pelaksanaan temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling, termasuk keluarga berencana).

Hasil pelayanan antenatal dapat dilihat dari cakupan pelayanan Hasil pencapaian upaya kesehatan ibu hamil dapat dinilai dengan menggunakan indikator Cakupan K1 dan K4. Cakupan K1 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal pertama kali, dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Sedangkan Cakupan K4 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar paling sedikit 4 kali sesuai jadwal yang dianjurkan, dibandingkan sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Indikator tersebut memperlihatkan akses pelayanan kesehatan terhadap ibu hamil dan tingkat kepatuhan ibu hamil dalam memeriksakan kehamilannya ke tenaga kesehatan. Gambaran kecenderungan cakupan pelayanan antenatal (K1 dan K4) di Kota Bukittinggi sejak tahun 2008 – 2015 dapat dilihat pada gambar dibawah ini.

**GAMBAR 2.10.**  
**GAMBARAN PENCAPAIAN PELAYANAN ANTENATAL (K1 DAN K4)**  
**DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2008-2015**



Sumber : Bidang Upaya Kesehatan (BUK)

Gambar 2.10 diatas memperlihatkan trend Cakupan K1 dan Cakupan K4 dari tahun 2008 sampai dengan tahun 2015. Terlihat bahwa Cakupan K1 dan K4 mengalami kecenderungan fluktuatif dari tahun ke tahun. Hal ini menunjukkan semakin membaiknya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan ibu hamil yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Dari gambar tersebut juga terlihat bahwa cakupan kunjungan ibu Hamil K4 tahun 2015 adalah 91.03%, mengalami penurunan jika dibandingkan dengan tahun 2014 yaitu 94.2%.

Jika dibandingkan dengan target SPM Kota Bukittinggi atau sebesar 95%, maka pada tahun 2015 cakupan K4 masih perlu lebih ditingkatkan lagi untuk mencapai target tersebut, Sedangkan Puskesmas dengan cakupan K4 tertinggi pada tahun 2015 adalah Puskesmas Mandingin, Tigo Baleh dan Puskesmas Nilam Sari yaitu sebesar 95%, sedangkan yang terendah Puskesmas Rasimah Ahmad sebesar 77.96%. Namun jika dibandingkan dengan target renstra Kementrian Kesehatan yakni sebesar 93% dan

target MDG's 2015 yaitu meningkatkan capaian K4 dari 86%, maka cakupan pelayanan K4 Ibu hamil di Kota Bukittinggi sudah mencapai target.

Upaya meningkatkan cakupan pelayanan antenatal juga makin diperkuat dengan adanya Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) sejak tahun 2010 dan diluncurkannya Jaminan Persalinan (Jampersal) sejak tahun 2011, dimana keduanya saling bersinergi. BOK dapat dimanfaatkan untuk kegiatan luar gedung, seperti pendataan, pelayanan di Posyandu, kunjungan rumah, *sweeping* kasus *drop out*, pelaksanaan kelas ibu hamil serta penguatan kemitraan bidan dan dukun. Sementara itu Jampersal mendukung paket pelayanan antenatal/melahirkan dan PNC, termasuk yang dilakukan pada saat kunjungan rumah atau *sweeping*, baik pada kehamilan normal maupun kehamilan dengan risiko tinggi. Semakin kuatnya kerja sama dan sinergi berbagai program yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat termasuk sektor swasta diharapkan dapat mendorong tercapainya target cakupan pelayanan antenatal.

## **2). Pelayanan kesehatan Ibu Bersalin**

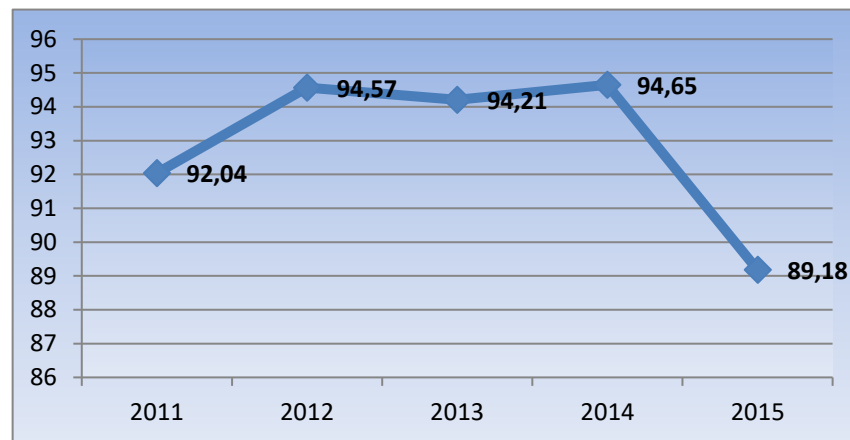
Periode persalinan merupakan salah satu periode yang berkontribusi besar terhadap Angka Kematian Ibu di Indonesia. Komplikasi dan kematian ibu maternal dan bayi baru lahir sebagian besar terjadi pada masa sekitar persalinan, hal ini disebabkan antara lain pertolongan tidak dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi kebidanan (profesional). Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah pelayanan persalinan yang aman yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dengan kompetensi kebidanan yang bertujuan untuk mengamankan proses persalinan oleh tenaga kesehatan.

Upaya kesehatan ibu bersalin diwujudkan dalam upaya mendorong agar setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih dan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Pertolongan persalinan adalah proses pelayanan persalinan dimulai pada kala I sampai dengan kala IV persalinan. Pencapaian upaya kesehatan ibu bersalin diukur melalui indikator persentase persalinan ditolong tenaga kesehatan terlatih (Cakupan Pn). Indikator ini memperlihatkan tingkat kemampuan Pemerintah dalam menyediakan pelayanan persalinan berkualitas yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih.

Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Kota Bukittinggi sejak Tahun 2008 sampai dengan tahun 2010 sudah mencapai 100 %, namun tahun 2011 mengalami penurunan menjadi 92.04% disebabkan karena adanya perbedaan definisi operasional, dimana untuk tahun 2008 – 2010 pembagiannya adalah jumlah ibu hamil yang bersalin sedangkan tahun 2011 pembagiannya adalah jumlah sasaran ibu hamil. Namun pada tahun 2015 mengalami penurunan menjadi sebesar 89.18 dari 94.64% pada tahun 2014.

Gambaran kecenderungan cakupan Pertolongan Persalinan di Kota Bukittinggi sejak tahun 2011 sampai dengan tahun 2015 dapat dilihat pada gambar 2.11.

**GAMBAR 2.11.**  
**CAKUPAN PERTOLONGAN PERSALINAN OLEH TENAGA KESEHATAN**  
**DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2011-2015**



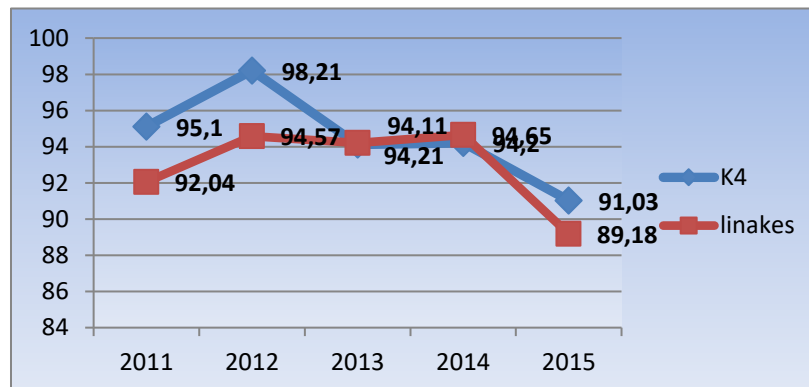
Sumber : Bidang Upaya Kesehatan (BUK)

Gambar 2.11 diatas memperlihatkan bahwa cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Kota Bukittinggi pada tahun 2015 adalah angka yang terendah sekaligus belum mencapai target MDG's (90%) walaupun telah memenuhi target renstra kementerian kesehatan yakni sebesar 89%. Penurunan ini tidak terlepas dari semakin perlunya meningkatkan peran Promosi Kesehatan tentang program kesehatan Ibu dan Anak ke masyarakat.

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

Oleh karena itu, Kementerian Kesehatan tetap konsisten dalam menerapkan kebijakan bahwa seluruh persalinan harus ditolong oleh tenaga kesehatan dan didorong untuk dilakukan di fasilitas kesehatan. Kebijakan Dana Alokasi Khusus (DAK) Bidang Kesehatan menggariskan bahwa pembangunan Puskesmas harus satu paket dengan rumah dinas tenaga kesehatan. Demikian pula dengan pembangunan Poskesdes yang harus bisa sekaligus menjadi rumah tinggal bidan di desa. Dengan disediakan rumah tinggal, maka tenaga kesehatan termasuk bidan akan siaga di tempat tugasnya.

**GAMBAR 2.12.**  
**CAKUPAN PERBANDINGAN PERTOLONGAN PERSALINAN OLEH TENAGA KESEHATAN**  
**DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2011-2015**



Sumber : Bidang Upaya Kesehatan (BUK)

Dari gambar 2.12 dapat dilihat bahwa persentase cakupan pelayanan ibu hamil K4 lebih rendah daripada cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan. Hal ini menjadi tantangan tersendiri bagi Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi. Pelayanan antenatal memiliki peranan yang sangat penting, diantaranya agar dapat dilakukan deteksi dan tata laksana dini komplikasi yang dapat timbul pada saat persalinan. Apabila seorang ibu datang langsung untuk bersalin di tenaga kesehatan tanpa adanya riwayat pelayanan antenatal sebelumnya, maka faktor risiko dan kemungkinan komplikasi saat persalinan akan lebih sulit diantisipasi.

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

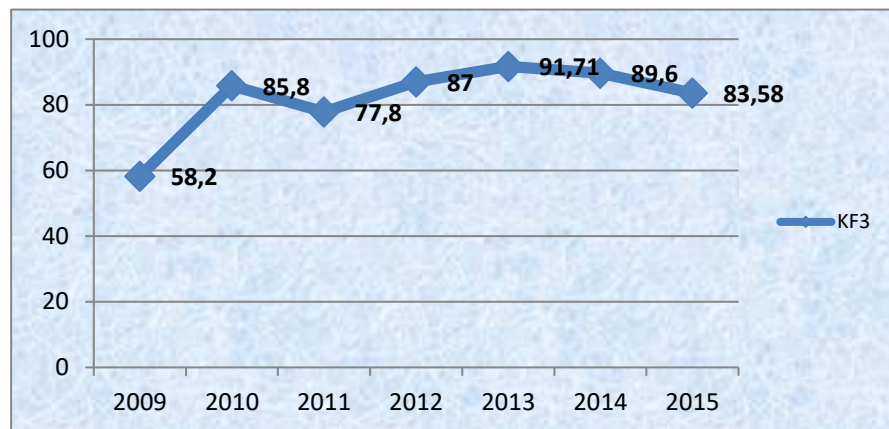
Nifas adalah periode mulai dari 6 jam sampai dengan 42 hari pasca persalinan. Pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan pada ibu nifas sesuai standar, yang dilakukan sekurang-kurangnya 3 (tiga) kali sesuai jadwal yang dianjurkan, yaitu pada 6 jam sampai dengan 3 hari pasca persalinan (KF1), pada hari ke-4 sampai dengan hari ke-28 pasca persalinan (KF2), dan pada hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 pasca persalinan (KF3).

Jenis pelayanan kesehatan ibu nifas yang diberikan meliputi :

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

Pencapaian upaya kesehatan ibu nifas diukur melalui indikator cakupan pelayanan kesehatan ibu nifas (Cakupan Kf-3). Indikator ini mengukur kemampuan daerah dalam menyediakan pelayanan kesehatan ibu nifas yang berkualitas sesuai standar. Gambaran capaian indikator Kf-3 di Kota Bukittinggi selama 6 tahun terakhir ini memperlihatkan kecenderungan yang berfluktuasi seperti yang terlihat pada grafik dibawah ini.

**GAMBAR 2.13.**  
**GAMBARAN PENCAPAIAN PELAYANAN IBU NIFAS (KF3)**  
**DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2009-2015**



Sumber : Bidang Upaya Kesehatan (BUK)

#### 4). Kunjungan Neonatus

Bayi hingga usia kurang satu bulan (masa neonatus) merupakan golongan umur yang memiliki resiko gangguan kesehatan paling tinggi. Komplikasi yang menjadi penyebab kematian terbanyak adalah asfiksia, bayi berat lahir rendah dan infeksi. Beberapa upaya kesehatan dilakukan untuk mengendalikan risiko pada kelompok ini diantaranya dengan mengupayakan agar persalinan dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan serta menjamin tersedianya pelayanan kesehatan sesuai standar pada kunjungan bayi baru lahir.

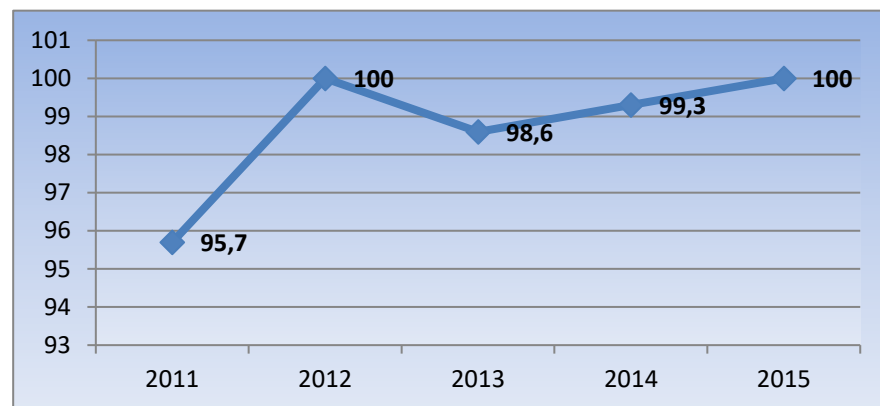
Dengan melihat adanya risiko kematian yang tinggi dan berbagai serangan komplikasi pada minggu pertama, maka setiap bayi baru lahir harus mendapatkan pemeriksaan sesuai standar lebih sering (minimal 2 kali) dalam minggu pertama. Langkah ini dilakukan untuk menemukan secara dini jika terdapat penyakit atau tanda bahaya pada neonatus sehingga pertolongan dapat segera diberikan untuk mencegah penyakit bertambah berat yang dapat menyebabkan kematian. Kunjungan neonatus merupakan salah satu intervensi untuk menurunkan kematian bayi baru lahir.

Terkait hal tersebut, pada tahun 2008 ditetapkan perubahan kebijakan dalam pelaksanaan kunjungan neonatal, dari 2 kali yaitu satu kali pada minggu pertama dan satu kali pada 8-28 hari, menjadi 3 kali yaitu dua kali pada minggu pertama dan satu kali pada 8 – 28 hari. Dengan demikian, jadwal kunjungan neonatal yang dilaksanakan saat ini adalah pada umur 6-48 jam, umur 3-7 hari dan umur 8-28 hari. Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program Kesehatan Ibu Anak (KIA) dalam menyelenggarakan pelayanan neonatal yang komprehensif.

Kunjungan neonatal pertama (KN1) adalah cakupan pelayanan kesehatan bayi baru lahir (umur 6 jam - 48 jam) di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu yang ditangani sesuai standar oleh tenaga kesehatan terlatih di seluruh sarana pelayanan kesehatan. Pelayanan yang diberikan saat kunjungan neonatal adalah pemeriksaan sesuai standar Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) dan konseling perawatan bayi baru lahir termasuk ASI eksklusif dan perawatan tali pusat. Pada kunjungan neonatal pertama (KN1), bayi baru lahir mendapatkan vitamin K1 injeksi dan imunisasi hepatitis B0 bila

belum diberikan pada saat lahir. Cakupan indikator kunjungan neonatal pertama Di Kota Bukittinggi dari tahun 2010 - 2015 digambarkan pada gambar dibawah ini.

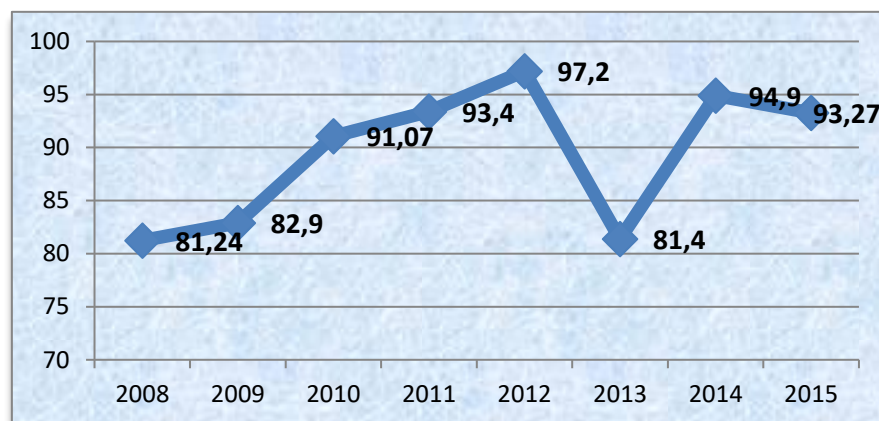
**GAMBAR 2.14**  
**CAKUPAN KUNJUNGAN NEONATAL PERTAMA (KN1)**  
**DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2011-2015**



Sumber : Bidang Upaya Kesehatan (BUK)

Selain KN1, indikator yang menggambarkan pelayanan kesehatan bagi neonatal adalah KN lengkap yang mengharuskan agar setiap bayi baru lahir memperoleh pelayanan Kunjungan Neonatal minimal 3 kali, yaitu 1 kali pada 6-48 jam, 1 kali pada 3-7 hari, 1 kali pada 8-28 hari sesuai standar di satu wilayah kerja pada satu tahun.

**GAMBAR 2.15**  
**GAMBARAN KUNJUNGAN NEONATUS LENGKAP (KN3)**  
**DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2008-2015**



Sumber : Bidang Upaya Kesehatan (BUK)

Berdasarkan gambar 2.15 diatas Cakupan kunjungan neonatus lengkap (KN3) pada tahun 2015 sudah mencapai target SPM Kota Bukittinggi yaitu sebesar 93.27% walaupun mengalami penurunan dibanding tahun 2014 yaitu dari 94.9%. Sedangkan untuk Puskesmas di Kota Bukittinggi seluruhnya telah memenuhi target Renstra kementerian kesehatan sebesar 84%.

## **5). Pelayanan/Penanganan Komplikasi Kebidanan**

Komplikasi kebidanan adalah kesakitan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan atau janin dalam kandungan, baik langsung maupun tidak langsung, termasuk penyakit menular dan tidak menular yang dapat mengancam jiwa ibu dan atau janin, yang tidak disebabkan oleh trauma/kecelakaan. Pencegahan dan penanganan komplikasi kebidanan adalah pelayanan kepada ibu dengan komplikasi kebidanan untuk mendapatkan perlindungan/pencegahan dan penanganan definitif sesuai standar oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan.

Indikator yang digunakan untuk mengukur keberhasilan pencegahan dan penanganan komplikasi kebidanan adalah cakupan penanganan komplikasi kebidanan (Cakupan PK). Indikator ini mengukur kemampuan negara dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara profesional kepada ibu (hamil, bersalin, nifas) dengan komplikasi.

Capaian indikator penanganan komplikasi kebidanan pada tahun 2015 di Kota Bukittinggi sebesar 96.42 % mengalami peningkatan sebesar 6.02% dari tahun 2014 (90.4%). Diperkirakan 20% kehamilan akan mengalami komplikasi. Sebagian komplikasi ini dapat mengancam jiwa, tetapi sebagian besar komplikasi dapat dicegah dan ditangani bila : 1) ibu segera mencari pertolongan ke tenaga kesehatan; 2) tenaga kesehatan melakukan prosedur penanganan yang sesuai, antara lain penggunaan partograf untuk memantau perkembangan persalinan, dan pelaksanaan manajemen aktif kala III (MAK III) untuk mencegah perdarahan pasca-salin; 3) tenaga kesehatan mampu melakukan identifikasi dini komplikasi; 4) apabila komplikasi terjadi, tenaga kesehatan dapat memberikan pertolongan pertama dan melakukan tindakan stabilisasi pasien sebelum melakukan rujukan; 5) proses rujukan efektif; 6) pelayanan di RS yang cepat dan tepat guna.

Terdapat tiga jenis area intervensi yang dilakukan untuk menurunkan angka kematian dan kesakitan ibu dan neonatal yaitu melalui : 1) peningkatan pelayanan antenatal yang mampu mendeteksi dan menangani kasus risiko tinggi secara memadai; 2) pertolongan persalinan yang bersih dan aman oleh tenaga kesehatan terampil, pelayanan pasca persalinan dan kelahiran; serta 3) pelayanan emergensi obstetrik dan neonatal dasar (PONED) dan komprehensif (PONEK) yang dapat dijangkau.

Upaya terobosan dalam penurunan AKI dan AKB di Indonesia salah satunya melalui Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) yang menitikberatkan fokus totalitas monitoring yang menjadi salah satu upaya deteksi dini, menghindari risiko kesehatan pada ibu hamil serta menyediakan akses dan pelayanan kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal dasar di tingkat Puskesmas (PONED) dan pelayanan kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal komprehensif di Rumah Sakit (PONEK).

Dalam implementasinya, P4K merupakan salah satu unsur dari Desa Siaga. P4K mulai diperkenalkan pada tahun 2007. Sampai dengan tahun 2014 Di Kota Bukittinggi, tercatat 24 (100%) kelurahan telah melaksanakannya. Pelaksanaan P4K di kelurahan tersebut perlu dipastikan agar mampu membantu keluarga dalam membuat perencanaan persalinan yang baik dan meningkatkan kesiapsiagaan keluarga dalam menghadapi tanda bahaya kehamilan, persalinan dan nifas agar dapat mengambil tindakan yang tepat.

Selain itu dilakukan pula kegiatan Audit Maternal Perinatal (AMP), yang merupakan upaya dalam penilaian pelaksanaan serta peningkatan mutu pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir melalui



pembahasan kasus kematian ibu atau bayi baru lahir sejak di level masyarakat sampai di level fasilitas pelayanan kesehatan. Kendala yang timbul dalam upaya penyelamatan ibu pada saat terjadi kegawatdaruratan maternal dan bayi baru lahir akan dapat menghasilkan suatu rekomendasi intervensi dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan ibu dan bayi di masa mendatang.

#### **6). Pelayanan/Penanganan Komplikasi Neonatal**

Neonatal dengan komplikasi adalah neonatal dengan penyakit dan atau kelainan yang dapat menyebabkan kecacatan dan atau kematian, seperti asfiksia, ikterus, hipotermia, tetanus neonatorum, infeksi/sepsis, trauma lahir, BBLR (berat lahir < 2.500 gram), sindroma gangguan pernafasan, dan kelainan kongenital maupun yang termasuk klasifikasi kuning dan merah pada pemeriksaan dengan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM).

Penanganan neonatal dengan komplikasi adalah penanganan terhadap neonatal sakit dan atau neonatal dengan kelainan atau komplikasi/kegawatdaruratan yang mendapat pelayanan sesuai standar oleh tenaga kesehatan (dokter, bidan atau perawat) terlatih baik di rumah, sarana pelayanan kesehatan dasar maupun sarana pelayanan kesehatan rujukan. Pelayanan sesuai standar antara lain sesuai dengan standar MTBM, manajemen Asfiksia Bayi Baru Lahir, manajemen Bayi Berat Lahir Rendah, pedoman pelayanan neonatal esensial di tingkat pelayanan kesehatan dasar, PONED, PONEK atau standar operasional pelayanan lainnya.

Cakupan penanganan Neonatal komplikasi pada tahun 2014 sebesar 88.6% mengalami peningkatan sebesar 50.4% dari tahun 2013. Dalam memberikan pelayanan khususnya oleh tenaga bidan di kelurahan dan Puskesmas, beberapa ibu hamil yang memiliki resiko tinggi (Risti) dan memerlukan pelayanan kesehatan karena terbatasnya kemampuan dalam memberikan pelayanan, maka kasus tersebut perlu dilakukan upaya rujukan ke unit pelayanan kesehatan tingkat II.

Selain itu dilakukan pula kegiatan Audit Maternal Perinatal (AMP), yang merupakan upaya dalam penilaian pelaksanaan serta peningkatan mutu pelayanan kesehatan bayi baru lahir dan ibu maternal melalui pembahasan kasus kematian bayi baru lahir dan kematian ibu maternal sejak di level masyarakat sampai di level fasilitas pelayanan kesehatan. Kendala yang timbul dalam upaya penyelamatan bayi baru lahir dan ibu melahirkan akan dapat menghasilkan suatu rekomendasi dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan ibu dan bayi di masa mendatang.

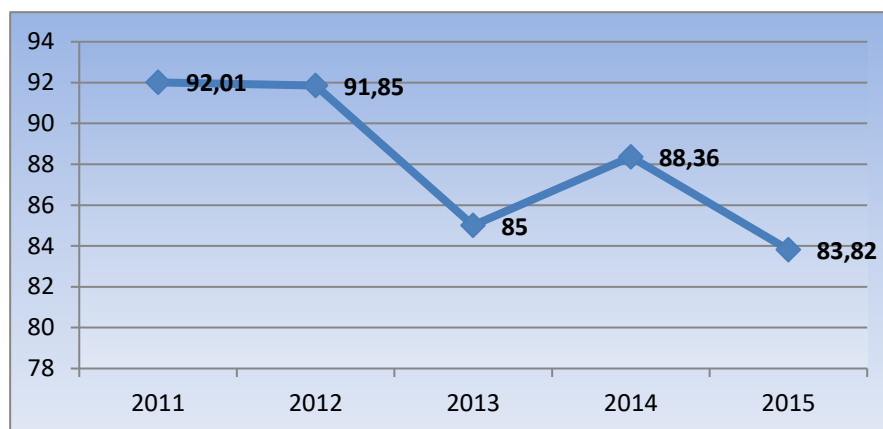
#### **7). Pelayanan kesehatan pada Bayi**

Bayi juga merupakan salah satu kelompok yang rentan terhadap gangguan kesehatan maupun serangan penyakit. Oleh karena itu dilakukan upaya pelayanan kesehatan yang ditujukan pada bayi usia 29 hari sampai dengan 11 bulan dengan memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis kesehatan (dokter, bidan, dan perawat) minimal 4 kali. Program ini terdiri dari pemberian imunisasi dasar (BCG, DPT/ HB1-3, Polio 1-4, dan Campak), Stimulasi Deteksi Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) bayi, 2 kali pemberian vitamin A pada bayi, dan penyuluhan perawatan kesehatan bayi serta penyuluhan ASI Eksklusif, MP ASI, pertumbuhan dan perkembangan bayi dan balita dan lain-lain.

Cakupan pelayanan kesehatan bayi dapat menggambarkan upaya pemerintah dalam meningkatkan akses bayi untuk memperoleh pelayanan kesehatan dasar, mengetahui sedini mungkin

adanya kelainan atau penyakit, pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit serta peningkatan kualitas hidup bayi. Gambaran capaian indikator Pelayanan kesehatan bayi di Kota Bukittinggi dari tahun 2011 – 2014 dapat disajikan pada gambar berikut ini :

**GAMBAR 2.16**  
**CAKUPAN KUNJUNGAN BAYI**  
**DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2011-2015**



Sumber : Bidang Upaya Kesehatan (BUK)

Pada gambar 2.16 diatas dapat dilihat bahwa cakupan kunjungan bayi di Kota Bukittinggi berfluktuasi dari tahun 2011 – 2015, namun dibandingkan dari tahun 2014, cakupan kunjungan bayi mengalami penurunan menjadi 83.82% dan belum mencapai target Renstra Kementerian kesehatan sebesar 87% walaupun harus lebih ditingkatkan lagi karena jika dibandingkan dengan tahun 2011 dan tahun 2012 mengalami penurunan.

#### **8). Pelayanan Kesehatan Pada Anak Balita**

Salah satu indikator yang ditetapkan pada Rencana Strategis Kementerian Kesehatan terkait dengan upaya kesehatan anak adalah pelayanan kesehatan pada anak balita. Adapun batasan anak balita adalah setiap anak yang berada pada kisaran umur 12 sampai dengan 59 bulan.; Pelayanan kesehatan pada anak balita dilakukan oleh tenaga kesehatan dan memperoleh :

1. Pelayanan Pemantauan pertumbuhan minimal 8 kali setahun (Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan minimal 8 kali dalam setahun).
2. Pemberian vitamin A dua kali dalam setahun yakni setiap bulan Februari dan Agustus.
3. Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang balita minimal 2 kali dalam setahun.
4. Pelayanan Anak Balita Sakit sesuai standar menggunakan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS).

Capaian indikator ini Di Kota Bukittinggi pada tahun 2014 sebesar 74.86% yang mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2013 sebesar 71.98%. Namun walaupun mengalami peningkatan dari tahun 2013, pelayanan anak Balita harus lebih ditingkatkan lagi karena indikator ini juga belum memenuhi target Renstra Kementerian kesehatan sebesar 81%.

### **9). Pelayanan Kesehatan Pada Siswa SD dan Setingkat**

Mulai masuk sekolah merupakan hal penting bagi tahap perkembangan anak. Banyak masalah kesehatan terjadi pada anak usia sekolah, seperti misalnya pelaksanaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) seperti menggosok gigi dengan baik dan benar, mencuci tangan menggunakan sabun, karies gigi, kecacingan, kelainan refraksi/ketajaman penglihatan dan masalah gizi. Pelayanan kesehatan pada anak termasuk pula intervensi pada anak usia sekolah. Dengan adanya penjangkauan kesehatan terhadap murid SD/MI kelas I diharapkan dapat meningkatkan kualitas kesehatan anak usia sekolah.

Anak usia sekolah merupakan sasaran yang strategis untuk pelaksanaan program kesehatan, karena selain jumlahnya yang besar, mereka juga merupakan sasaran yang mudah dijangkau karena terorganisir dengan baik. Sasaran dari pelaksanaan kegiatan ini diutamakan untuk murid SD/ sederajat kelas 1. Pemeriksaan kesehatan dilaksanakan oleh tenaga kesehatan bersama tenaga lainnya yang terlatih (guru UKS/UKGS dan dokter kecil). Tenaga kesehatan disini adalah tenaga medis, tenaga keperawatan atau petugas puskesmas lainnya yang telah dilatih sebagai tenaga pelaksana UKS/UKGS. Guru UKS/UKGS adalah guru kelas atau guru yang ditunjuk sebagai pembina UKS/UKGS di sekolah dan telah dilatih tentang UKS/UKGS. Dokter kecil adalah kader kesehatan sekolah yang biasanya berasal dari murid kelas 4 dan 5 SD dan setingkat yang telah mendapatkan pelatihan dokter kecil.

Penjangkauan kesehatan merupakan serangkaian kegiatan pemeriksaan kesehatan yang dilakukan terhadap murid kelas 1 Sekolah Dasar atau yang setingkat untuk memilah siswa yang mempunyai masalah kesehatan agar segera mendapatkan penanganan sedini mungkin. Kegiatan tersebut meliputi pemeriksaan kesehatan dalam penjangkauan kesehatan siswa yang terdiri dari pemeriksaan kebersihan perorangan (rambut, kulit dan kuku), pemeriksaan status gizi melalui pengukuran antropometri, pemeriksaan ketajaman indera (penglihatan dan pendengaran), pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut, pemeriksaan laboratorium untuk anemia dan kecacingan, pengukuran kebugaran jasmani dan deteksi dini masalah mental emosional.

Cakupan SD atau sederajat yang melaksanakan penjangkauan kesehatan untuk siswa kelas 1 sejak tahun 2011 sampai Tahun 2015 di Kota Bukittinggi sudah mencapai 100%. Sekaligus sudah mencapai target Renstra Kemenkes sebesar 90%. Pelayanan kesehatan pada kelompok ini dilakukan dengan pelaksanaan pemantauan dini terhadap tumbuh kembang dan pemantauan kesehatan anak pra sekolah, pemeriksaan anak Sekolah Dasar/ sederajat, serta pelayanan kesehatan pada remaja, baik yang dilakukan oleh tenaga kesehatan maupun peran serta tenaga terlatih lainnya seperti kader kesehatan, guru UKS dan Dokter Kecil.

### **10). Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)**

Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas telah dikembangkan Kementerian Kesehatan RI sejak tahun 2003, dengan tujuan khusus untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan remaja tentang kesehatan reproduksi dan perilaku hidup sehat serta memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada remaja.

Puskesmas PKPR memberikan layanan di dalam dan di luar gedung pada kelompok remaja berbasis sekolah ataupun masyarakat sehingga dapat menjangkau semua kelompok remaja (10-19 tahun). Suatu puskesmas dikatakan mampu laksana PKPR apabila telah memenuhi kriteria sebagai berikut :

- 1) Melakukan pembinaan pada minimal 1 sekolah (sekolah umum, sekolah berbasis agama) dengan melaksanakan kegiatan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) di sekolah binaan minimal 2 kali dalam setahun;
- 2) Melatih Kader Kesehatan Remaja di sekolah minimal sebanyak 10% dari jumlah murid di sekolah binaan; dan
- 3) Memberikan pelayanan konseling pada semua remaja yang memerlukan konseling yang kontak dengan petugas PKPR.

Di Kota Bukittinggi semua Puskesmas (7 puskesmas) sudah melaksanakan Layanan PKPR. Layanan kesehatan diberikan secara komprehensif, dengan penekanan pada langkah promotif/preventif berupa pembekalan kesehatan dan peningkatan keterampilan psikososial dengan pendidikan keterampilan hidup sehat (PKHS). Sesuai dengan permasalahan remaja yang tidak hanya terkait fisik tetapi juga psikososial maka konseling merupakan layanan yang menjadi ciri khas PKPR.

Konseling diberikan oleh tenaga kesehatan yang terampil, 'ramah' remaja dan berwawasan. Tenaga kesehatan puskesmas juga melaksanakan kegiatan KIE ke sekolah dan kelompok-kelompok remaja lainnya melalui penyuluhan, atau *Focus Group Discussion* (FGD). Selain itu, agar pelayanan kepada remaja lebih efektif maka remaja juga dilibatkan, khususnya menjadi konselor sebaya yang berperan sebagai agen pengubah di kelompok sebayanya. Konselor sebaya sebagai kader memiliki peran yang besar mengingat remaja lebih memilih teman sebayanya sebagai tempat curahan hati dibandingkan orang tua bahkan tenaga kesehatan.

#### **11). Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut**

Pelayanan kesehatan juga dilakukan secara khusus kepada kelompok Pra Usia Lanjut, dimana pada kelompok ini biasanya banyak mengalami gangguan kesehatan degeneratif dan fungsi tubuh lainnya.

Pelayanan pengembangan program kesehatan usia lanjut di puskesmas melalui Posyandu Lansia dengan kegiatan rutin setiap bulan diantaranya senam lansia, pengajian dan pemeriksaan kesehatan. Jumlah Usila di Kota Bukittinggi yang mendapatkan pelayanan kesehatan pada tahun 2015 sebesar 63.77 % mengalami peningkatan dibanding tahun 2014 (45.71%). Gambaran persentase pelayanan kesehatan usia lanjut dari tahun 2008 – 2015 di Kota Bukittinggi adalah sebagai berikut.

**GAMBAR 2.17**  
**GAMBARAN PELAYANAN USIA LANJUT**  
**DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2008-2015**



Sumber : Bidang Upaya Kesehatan (BUK)

Berdasarkan grafik diatas dapat dilihat bahwa persentase pelayanan kesehatan pada kelompok Lansia tertinggi pada tahun 2011. Dari tahun 2012 sampai dengan Tahun 2014 pelayanan usia lanjut terus mengalami penurunan, namun pada tahun 2015 mengalami peningkatan menjadi 63.77 walaupun perlu lebih ditingkatkan lagi sehingga perlu peran serta semua pihak untuk mencapai target SPM sebesar 70%.

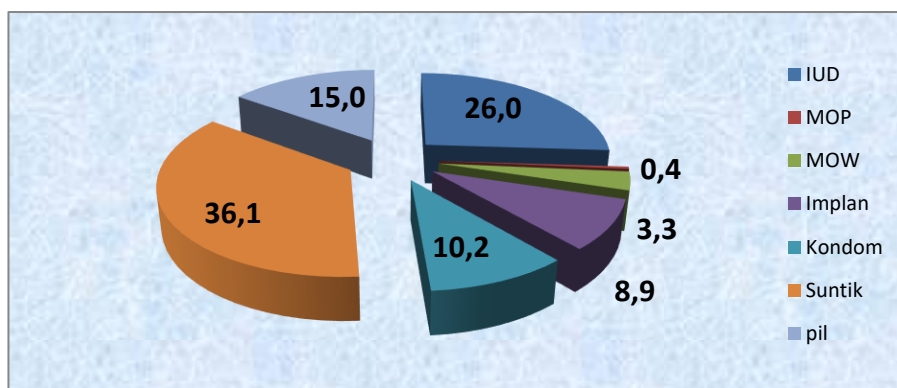
## **12). Pelayanan Keluarga Berencana (KB)**

Menurut hasil penelitian, usia subur seorang wanita biasanya antara 15 – 49 tahun. Oleh karena itu untuk mengatur jumlah kelahiran atau menjarangkan kelahiran, wanita/pasangan ini lebih diprioritaskan untuk menggunakan alat/metode KB.

Tingkat pencapaian pelayanan Keluarga Berencana dapat dilihat dari cakupan Pasangan Usia Subur (PUS) yang sedang menggunakan alat/metode kontrasepsi (KB aktif), cakupan peserta KB yang baru menggunakan alat/metode kontrasepsi, tempat pelayanan KB, dan jenis kontrasepsi yang digunakan akseptor. Cakupan peserta KB aktif Tahun 2015 diKota Bukittinggi menurun jika dibandingkan dengan tahun 2014 sebesar 62.87% menjadi 51.98% dan belum mencapai target MDGs yaitu meningkat dari 61,4%. Cakupan peserta KB aktif juga dapat digambarkan menurut metode kontrasepsi yang sedang digunakan.

Metode kontrasepsi yang paling banyak digunakan pada tahun 2015 adalah alat kontrasepsi jangka pendek berupa suntikan sebesar 36% dan IUD sebesar 26%. Sedangkan metode kontrasepsi yang paling sedikit digunakan adalah metode jangka panjang yaitu MOP (Metode Operasi Pria) sebesar 0.4%. Gambaran penggunaan metode kontrasepsi yang sedang digunakan di Kota Bukittinggi tahun 2015 dapat dilihat pada grafik dibawah ini.

**GAMBAR 2.18**  
**GAMBARAN PENGGUNAAN METODE KONTRASEPSI**  
**DI KOTA BUKITINGGI TAHUN 2015**



SUMBER : KANTOR PEMBERDAYAAN PEREMPUAN DAN KB KOTA BUKITINGGI

### 13). Perbaikan Gizi Masyarakat

Upaya perbaikan gizi masyarakat pada hakikatnya dimaksudkan untuk menangani permasalahan gizi yang dihadapi masyarakat. Berdasarkan pemantauan yang telah dilakukan ditemukan beberapa permasalahan gizi yang sering dijumpai pada kelompok masyarakat antara lain anemia gizi besi dan kekurangan Vitamin A.

Berikut ini hasil capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang kesehatan program peningkatan gizi masyarakat sejak tahun 2011 sampai tahun 2015 di Kota Bukittinggi.

**TABEL 2.7**  
**CAPAIAN PROGRAM BIDANG KESEHATAN**  
**PROGRAM PENINGKATAN GIZI MASYARAKAT**

Indikator	Capaian Tahun 2011 (%)	Capaian Tahun 2013 (%)	Capaian Tahun 2014 (%)	Capaian Tahun 2015 (%)
1. Pemantauan Pertumbuhan Balita :				
✓ Cakupan bayi berat lahir rendah/BBLR yang ditangani	100	100	100	100
✓ Balita yang naik berat badannya	81.6	86	86	85
✓ Balita bawah garis merah	0.7	0.3	1.8	1.3
2. Pelayanan Gizi :				
✓ Cakupan anak balita mendapat kapsul Vit. A 2x/tahun	75.2	98.31	79.08	83.32
✓ Cakupan ibu hamil mendapat 90 tablet Fe	94.73	98.0	95.23	91.08
✓ Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada bayi bawah garis merah dari keluarga miskin	100	100	100	100
✓ Balita gizi buruk mendapat perawatan	100	100	100	100
3. Penyuluhan Perilaku Sehat :				
✓ Desa dengan garam beryodium	100	100	100	100
2. Pelayanan Gizi :	Tidak ada kapsul Iodium karena Bkt wilayah endemis ringan			
✓ Cakupan wanita usia subur yang mendapatkan kapsul yodium				

*Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1457/MenKes/SK/X/2003*

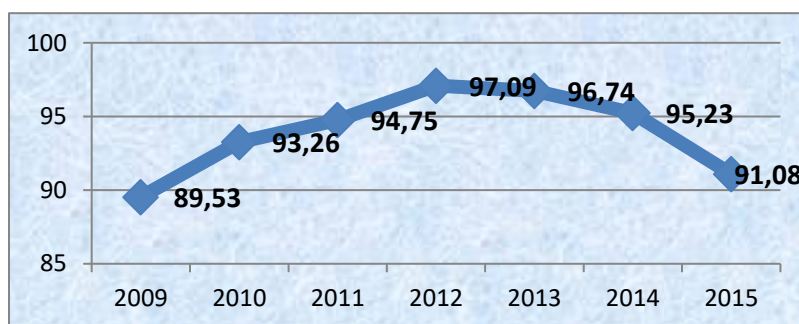
#### 14). Pemberian Tablet Tambah Darah pada Ibu Hamil (Fe)

Anemia gizi adalah kekurangan kadar haemoglobin (Hb) dalam darah yang disebabkan karena kekurangan zat gizi yang diperlukan untuk pembentukan Hb tersebut. Di Indonesia sebagian besar anemia ini disebabkan karena kekurangan zat besi (Fe) hingga disebut anemia kekurangan zat besi atau anemia gizi besi.

Pelayanan pemberian tablet Fe dimaksudkan untuk mengatasi kasus anemia serta meminimalisasi dampak buruk akibat kekurangan Fe khususnya yang dialami ibu hamil. Persentase ibu hamil yang mendapatkan Tablet fe 3 pada tahun 2015 adalah sebesar 91,08% mengalami penurunan jika dibandingkan dengan tahun 2014 (95,23 %). Namun sudah mencapai target capaian Standar pelayanan Minimal (SPM) ibu hamil yang mendapatkan Tablet Besi sebesar 80%.

Cakupan persentase ibu hamil yang mendapatkan tablet fe3 selama 5 tahun terakhir berfluktuasi dari tahun 2009 sampai dengan tahun 2015 sebagaimana dapat dilihat pada grafik dibawah ini .

**GAMBAR 2.19**  
**JUMLAH IBU HAMIL YANG MENDAPATKAN PELAYANAN FE 3**  
**KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2009-2015**



*Sumber :Bidang Upaya Kesehatan*

Peningkatan persentase ibu hamil yang mengkonsumsi Tablet Fe ini disebabkan karena selain meningkatnya upaya penyuluhan kepada masyarakat juga tingginya partisipasi masyarakat khususnya ibu hamil untuk mengkonsumsi tablet Fe selama kehamilan.

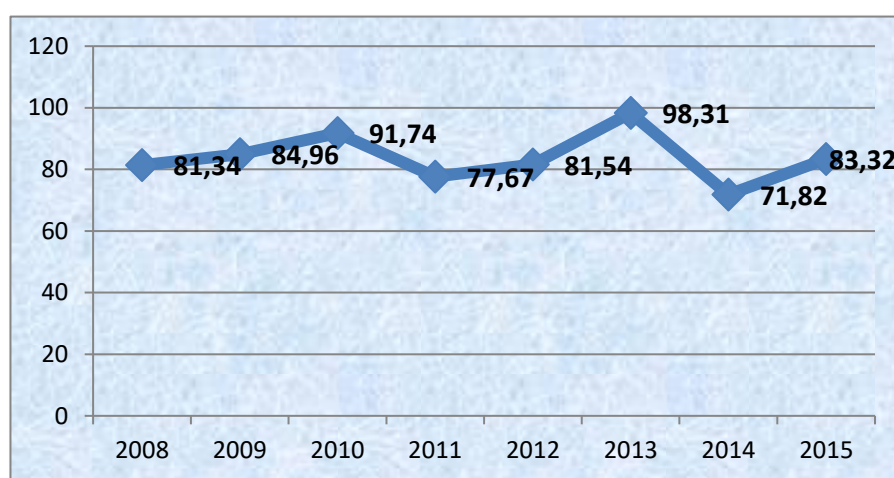
#### 15). Pemberian Kapsul Vitamin A

Selain anemia gizi besi, kekurangan vitamin A juga menjadi perhatian dalam upaya perbaikan gizi masyarakat. Oleh karena itu dilakukan pemberian kapsul Vitamin A dalam rangka mencegah dan menurunkan prevalensi kekurangan vitamin A (KVA) pada balita. Cakupan yang tinggi dari pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi terbukti efektif untuk mengatasi masalah KVA pada masyarakat. Vitamin A berperan terhadap penurunan angka kematian, pencegahan kebutaan, serta pertumbuhan dan kelangsungan hidup anak.

Pemberian kapsul vitamin A dilakukan terhadap bayi (6-11 bulan) dengan dosis 100.000 SI, anak balita (12-59 bulan) dengan dosis 200.000 SI, dan ibu nifas diberikan kapsul vitamin A 200.000 SI, sehingga bayinya akan memperoleh vitamin A yang cukup melalui ASI. Pemberian Kapsul Vitamin A diberikan secara serentak setiap bulan Februari dan Agustus pada balita usia 6-59 bulan.

KVA subklinis, yaitu tingkat yang belum menampilkan gejala nyata, masih ada pada kelompok balita. KVA tingkat subklinis ini hanya dapat diketahui dengan memeriksa kadar vitamin A dalam darah di laboratorium. Selain itu, sebaran cakupan pemberian vitamin A pada balita menurut provinsi masih ada yang dibawah 75%. Dengan demikian kegiatan pemberian vitamin A pada balita masih perlu dilanjutkan, karena bukan hanya untuk kesehatan mata dan mencegah kebutaan, namun lebih penting lagi, vitamin A meningkatkan kelangsungan hidup, kesehatan dan pertumbuhan anak. Persentase cakupan pemberian Vitamin A 2 kali pada Balita sejak tahun 2008 sampai dengan tahun 2015 di Kota Bukittinggi dapat dilihat pada grafik dibawah ini.

**GAMBAR 2.20**  
**CAKUPAN PEMBERIAN VIT A PADA BALITA**  
**TAHUN 2008-2015 DI KOTA BUKITTINGGI**



SUMBER : BIDANG UPAYA KESEHATAN (BUK)

Pada gambar diatas dapat dilihat bahwa cakupan pemberian vitamin A pada bayi dan Balita sejak tahun 2008 berfluktuasi, dimana capaian tertinggi pada tahun 2013 yaitu sebesar 98,31% sedangkan yang terendah pada tahun 2014 sebesar 71,82% namun mengalami peningkatan lagi pada tahun 2015 menjadi 83,82%. Walaupun sudah menunjukkan angka diatas 80% namun masih diperlukan upaya-upaya untuk meningkatkan cakupan tersebut, antara lain melalui peningkatan integrasi pelayanan kesehatan ibu nifas, sweeping pada daerah yang cakupannya masih rendah dan kampanye pemberian kapsul vitamin A.

Berdasarkan Puskesmas memperlihatkan bahwa distribusi Vitamin A untuk anak Balita di Kota Bukittinggi pada Bulan Februari maupun Agustus hanya Puskesmas Rasimah Ahmad (84,86%), Puskesmas Mandiangin (108,41%) dan Puskesmas Nilam Sari ( 93,66%) yang sudah mencapai target (78%), sedangkan yang terendah Puskesmas Guguk Panjang (72,11%) .

Pencapaian cakupan vitamin A 2x yang sudah mencapai target di Kota Bukittinggi tidak terlepas dari peran promosi kesehatan yang telah dilakukan tentang pentingnya Vitamin A pada Balita.

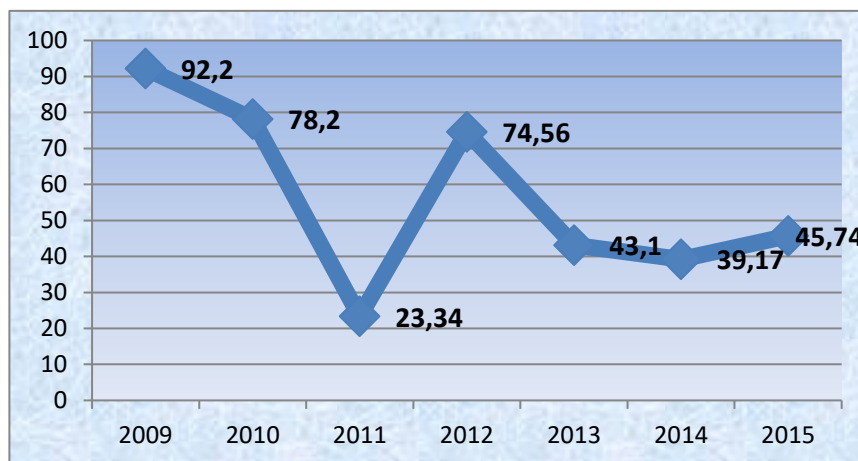
#### **16). Pemberian Air Susu Ibu (ASI) Eksklusif**

Cara Pemberian makanan pada bayi yang baik dan benar adalah menyusui bayi secara eksklusif sejak lahir sampai dengan umur 6 bulan dan meneruskan menyusui anak sampai umur 24 bulan. Mulai umur 6 bulan, bayi mendapat makanan pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) yang bergizi sesuai dengan



kebutuhan tumbuh kembangnya.(*Profil kesehatan Indonesia 2010*). ASI merupakan makanan terbaik untuk bayi yang mengandung sel darah putih, protein dan zat kekebalan yang cocok untuk bayi. ASI membantu pertumbuhan dan perkembangan anak secara optimal serta melindungi terhadap penyakit. Gambar 4.5 berikut ini menyajikan persentase kecendrungan cakupan anak usia 0 – 6 bulan yang mendapat Air Susu Ibu (ASI) Eksklusif sejak tahun 2009 sampai tahun 2015 di Kota Bukittinggi.

**GAMBAR 2.21**  
**CAKUPAN PEMBERIAN ASI EKSLUSIF**  
**TAHUN 2009-2015 DI KOTA BUKITTINGGI**



Sumber : Bidang Upaya Kesehatan (BUK)

Dari grafik diatas dapat dilihat ada pola kecendrungan pemberian ASI eksklusif mengalami penurunan, terutama ditahun 2011 yaitu sebesar 23.34%, ini disebabkan karena faktor pembagi dari ASI eksklusifnya adalah semua bayi bukan bayi umur 0 – 6 bulan saja sesuai dengan petunjuk teknis penyusunan Profil kesehatan Tahun 2011. Pada tahun 2012 pemberian ASI eksklusif mengalami peningkatan, Namun pada tahun 2013 sampai tahun 2014 mengalami penurunan lagi menjadi 39.17% namun pada tahun 2015 mengalami peningkatan menjadi 45,74%. Namun masih tetap harus ditingkatkan lagi pencapaiannya. Pemberian ASI eksklusif pada bayi dipengaruhi oleh beberapa hal diantaranya :

- ✓ Pemasaran susu formula masih gencar dilakukan untuk bayi 0-6 bulan yg tidak ada masalah medis
- ✓ Masih banyak tenaga kesehatan ditingkat layanan yang belum peduli atau belum berpihak pada pemenuhan hak bayi untuk mendapatkan ASI Eksklusif, yaitu masih mendorong untuk memberi susu formula pada bayi 0-6 bulan.
- ✓ Pemasaran susu formula masih banyak yang ditujukan pada bayi yang tidak punya masalah kesehatan.
- ✓ Masih sangat terbatasnya tenaga konselor ASI
- ✓ Belum maksimalnya kegiatan edukasi, sosialisasi, advokasi, dan kampanye terkait pemberian ASI, dan belum semua rumah sakit melaksanakan 10 Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui (LMKM),

Beberapa Upaya yang dilakukan dalam memecahkan masalah tersebut yaitu dengan melaksanakan 10 Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui (LMKM), yaitu:

- ❖ Membuat kebijakan tertulis tentang menyusui dan dikomunikasikan kepada semua staf pelayanan kesehatan;

- ❖ Melatih semua staf pelayanan dalam keterampilan menerapkan kebijakan menyusui tersebut;
- ❖ Menginformasikan kepada semua ibu hamil tentang manfaat dan manajemen menyusui;
- ❖ Membantu ibu menyusui dini dalam 30 menit pertama persalinan;
- ❖ Membantu ibu cara menyusui dan mempertahankan menyusui meskipun ibu dipisah dari bayinya;
- ❖ Memberikan ASI saja kepada bayi baru lahir kecuali ada indikasi medis;
- ❖ Menerapkan rawat gabung ibu dengan bayinya sepanjang waktu (24 jam);
- ❖ Menganjurkan menyusui sesuai permintaan bayi;
- ❖ Tidak memberi dot kepada bayi;
- ❖ Mendorong pembentukan kelompok pendukung menyusui dan merujuk ibu kepada kelompok tersebut setelah keluar dari sarana pelayanan;

### **17). Cakupan Penimbangan Balita Di Posyandu (D/S)**

Kegiatan penimbangan balita di Posyandu (D/S) menjadi salah satu indikator yang ditetapkan pada Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014. Indikator ini berkaitan dengan cakupan pelayanan gizi pada balita, cakupan pelayanan kesehatan dasar khususnya imunisasi serta penanganan prevalensi gizi kurang pada balita. Dengan cakupan cakupan D/S yang tinggi, diharapkan semakin tinggi pula cakupan vitamin A, cakupan imunisasi dan semakin rendah prevalensi gizi kurang.

Di Kota Bukittinggi Cakupan penimbangan balita di posyandu (D/S) pada tahun 2015 sebesar 59,72%. Cakupan ini lebih rendah dibandingkan tahun 2014 sebesar 60,70%. Capaian pada tahun 2015 belum memenuhi target Renstra sebesar 75%.

Kunjungan balita ke posyandu sangat berkaitan dengan indikator D/S. Namun demikian terdapat beberapa kendala yang dihadapi terkait dengan kunjungan balita ke posyandu. Permasalahan tersebut antara lain : dana operasional dan sarana prasarana untuk menggerakkan kegiatan Posyandu, tingkat pengetahuan kader dan kemampuan petugas dalam pemantauan pertumbuhan dan konseling, tingkat pemahaman keluarga dan masyarakat terhadap manfaat Posyandu, serta pelaksanaan pembinaan kader, peran serta stake holder terkait serta kesibukan orang tua pada pagi hari.

### **18). Pelayanan Imunisasi**

Program imunisasi merupakan salah satu upaya untuk melindungi penduduk terhadap penyakit tertentu. Beberapa penyakit menular yang termasuk ke dalam Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I) antara lain : Difteri, Tetanus, Hepatitis B, radang selaput otak, radang paru-paru, pertusis, dan polio.

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 system kekebalan tubuh akan membentuk zat anti yang disebut antibodi untuk melumpuhkan antigen. Pada 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 ke-2 dan seterusnya, sistem kekebalan tubuh

sudah memiliki “memori” untuk 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” dilemahkan yang berasal dari vaksin. Program imunisasi diberikan kepada populasi yang dianggap rentan terjangkit penyakit menular, yaitu bayi, anak usia sekolah, wanita usia subur, dan ibu hamil.

#### - **Imunisasi Dasar Pada Bayi**

Sebagai salah satu kelompok yang menjadi sasaran program imunisasi, setiap bayi wajib mendapatkan lima imunisasi dasar lengkap (LIL) yang terdiri dari : 1 dosis BCG, 3 dosis DPT-Hb/HiB, 4 dosis polio, 2 dosis hepatitis B, dan 1 dosis campak. Dari kelima imunisasi dasar lengkap yang diwajibkan tersebut, campak merupakan imunisasi yang mendapat perhatian lebih yang dibuktikan dengan komitmen Indonesia pada lingkup ASEAN dan SEARO untuk mempertahankan cakupan imunisasi campak sebesar 90%. Hal ini terkait dengan realita bahwa campak adalah penyebab utama kematian pada balita. Dengan demikian pencegahan campak memiliki peran signifikan dalam penurunan angka kematian balita.

Program imunisasi pada bayi mengharapkan agar setiap bayi mendapatkan kelima jenis imunisasi dasar lengkap. Keberhasilan seorang bayi dalam mendapatkan 5 jenis imunisasi dasar tersebut diukur melalui indikator imunisasi dasar lengkap.

Pencapaian Universal Child Immunization (UCI) pada dasarnya merupakan cakupan atas imunisasi secara lengkap pada sekelompok bayi. Bila cakupan UCI dikaitkan dengan batasan suatu wilayah tertentu, berarti dalam wilayah tersebut tergambarkan besarnya tingkat kekebalan masyarakat atau bayi (*Herd Immunity*) terhadap penularan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I). Dalam hal ini pemerintah menargetkan pencapaian UCI pada wilayah administrasi desa/kelurahan.

Kota Bukittinggi tahun 2015 mencapai 91.67% kelurahan yang mencapai *Universal Child Immunization* mengalami penurunan dari tahun 2014 yaitu sebesar 95.83%Kelurahan.

Program imunisasi di Kota Bukittinggi merupakan bentuk pencegahan penyakit dan perlindungan terhadap penyakit dengan memberikan vaksin pada sasaran imunisasi. Program imunisasi ini dilakukan oleh petugas puskesmas, tidak hanya menunggu di puskesmas akan tetapi mencari dan melaksanakan imunisasi di luar puskesmas seperti posyandu dan pos-pos pelayanan kelurahan lainnya, serta dengan pengembangan program pada bidan-bidan praktek swasta. Hal ini dimaksudkan untuk memberikan pelayanan yang menyeluruh terhadap masyarakat.

Sasaran dari pemberian vaksin imunisasi ini adalah pada bayi, balita, anak sekolah, ibu hamil dan WUS. Untuk klasifikasi pemberian vaksin pada bayi, BCG diberikan 1 kali pada bayi baru lahir untuk mencegah TBC, DPT diberikan pada bayi sebanyak 3 kali dengan interval satu bulan yang berfungsi mencegah terjadinya penyakit difteri, pertusis dan tetanus. Polio diberikan 4 kali dengan interval 1 bulan ditambah booster dengan antigen untuk perlindungan penyakit polio. Kemudian pemberian vaksin campak 1 kali pada usia 9 bulan berguna untuk mencegah penyakit campak. Vaksin hepatitis B diberikan 2 kali untuk mencegah penyakit hepatitis atau memberikan kekebalan terhadap penyakit hepatitis.

Suatu kelurahan telah mencapai target UCI apabila > 80% bayi di kelurahan tersebut mencapai imunisasi lengkap. Hasil program imunisasi bayi tahun 2014 di Kota Bukittinggi dapat dilihat pada tabel berikut.

**TABEL 2.8**  
**CAKUPAN IMUNISASI BAYI**  
**DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2015**

Jenis Imunisasi	Jumlah Bayi Di Imunisasi	%
BCG	2495	103.66
DPT-HB3/DPT-HB-Hib3	2417	88.0
Polio 4	2423	87.92
Campak	2409	87.41
Imunisasi dasar lengkap	2385	86.54

Sumber :Bidang PMK

Sesuai dengan tabel diatas dapat dilihat bahwa persentase campak di Kota Bukittinggi tahun 2015 sebesar 87,41% mengalami penurunan dari tahun 2014 yang sebesar 89,2%, Namun sejak tahun 2014 persentase campak di Kota Bukittinggi sudah sesuai dengan target MDG's 2015 yaitu proporsi anak-anak berusia 1 tahun diimunisasi campak meningkat dari 67%.

#### - Imunisasi Pada Ibu Hamil

Ibu hamil juga merupakan populasi yang rentan terhadap infeksi penyakit menular, oleh karena itu program imunisasi juga ditujukan bagi kelompok ini. Salah satu penyakit menular yang dapat berakibat fatal dan berkontribusi terhadap kematian ibu dan kematian anak adalah Tetanus Maternal dan Neonatal. Pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan berkomitmen terhadap program Eliminasi Tetanus Maternal dan Neonatal (*Maternal and Neonatal Tetanus Elimination* atau MNTE). Badan Kesehatan Dunia (WHO) menetapkan status eliminasi Tetanus Maternal dan Neonatal jika terdapat kurang dari satu kasus tetanus neonatal per 1.000 kelahiran hidup di setiap kabupaten di suatu negara.

*Maternal and Neonatal Tetanus Elimination* (MNTE) merupakan program eliminasi tetanus pada neonatal dan wanita usia subur termasuk ibu hamil. Strategi yang dilakukan untuk mengeliminasi tetanus neonatorum dan maternal adalah :

- Pertolongan persalinan yang aman dan bersih;
- Cakupan imunisasi rutin TT yang tinggi dan merata; dan
- Penyelenggaraan surveilans Tetanus Neonatorum.

Di Kota Bukittinggi Cakupan imunisasi TT2+ (ibu hamil yang telah mendapat imunisasi TT minimal 2 dosis) pada ibu hamil pada tahun 2015 sebesar 23,04%.

#### 19). Upaya Pengendalian Penyakit

Perubahan pola hidup dan mobilitas masyarakat yang tinggi akan mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat di Kota Bukittinggi. Perubahan cuaca dan *global warning* juga ikut mempengaruhi kesehatan masyarakat. Hal ini menyebabkan penyakit menular tetap ada. Terdapat beberapa penyakit menular yang sering terjadi Di Kota Bukittinggi diantaranya penyakit TB-Paru dan Demam Berdarah.

#### a. Pengendalian penyakit TB Paru

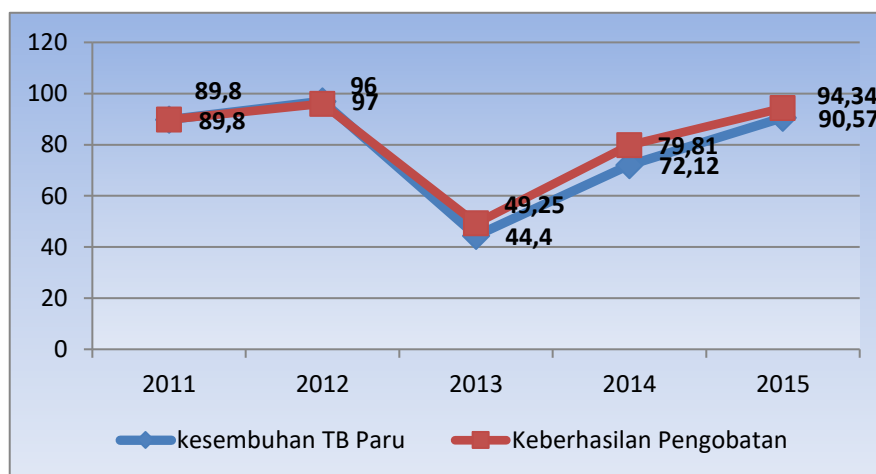
*Millenium Development Goals* menetapkan pengendalian penyakit TB paru sebagai bagian dari tujuan di bidang kesehatan yang terdiri dari :

- 1) Menurunkan insidens TB Paru pada tahun 2015;
- 2) Menurunkan prevalensi TB Paru dan angka kematian akibat TB Paru menjadi setengahnya pada tahun 2015 dibandingkan tahun 1990;
- 3) Sedikitnya 70% kasus TB Paru BTA+ terdeteksi dan diobati melalui program DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) atau pengobatan TB Paru dengan pengawasan langsung oleh Pengawas Menelan Obat (PMO); dan
- 4) Sedikitnya 85% tercapai *Succes Rate (SR)*.

Jumlah kasus baru penyakit TB Paru yang terdeteksi tahun 2015 di Kota Bukittinggi, BTA (+) adalah 113 kasus mengalami peningkatan jika dibandingkan dengan tahun 2014 sebanyak 111 kasus. Salah satu upaya untuk mengendalikan TB yaitu dengan pengobatan. Indikator yang digunakan sebagai evaluasi pengobatan yaitu angka keberhasilan pengobatan (*success rate*). Angka keberhasilan pengobatan ini dibentuk dari angka kesembuhan dan angka pengobatan lengkap. Angka kesembuhan Penderita TB Paru BTA (+) adalah setelah penderita menerima pengobatan anti TB Paru dinyatakan sembuh, dimana hasil pemeriksaan dahak menunjukkan 2 kali negatif

Di Kota Bukittinggi pada tahun 2015 terdapat 96 orang penderita yang sembuh dari keseluruhan penderita TB BTA(+). Angka kesembuhan kasus BTA (+) pada tahun 2015 mencapai 90,57% mengalami peningkatan dari 72,12% pada tahun 2014 dan sudah melebihi target MDG's untuk angka kesembuhan penderita TB paru yaitu 85%. Sedangkan Angka keberhasilan pengobatan penderita TB Paru tahun 2015 sebesar 94,34% mengalami peningkatan dari tahun 2014 yaitu sebesar 79,81%. Persentase fluktuasi kecendrungan angka kesembuhan penderita TB Paru BTA (+) dan Keberhasilan Pengobatan sejak tahun 2011 sampai dengan tahun 2015 di Kota Bukittinggi dapat dilihat pada grafik dibawah ini.

**GAMBAR 2.22**  
**ANGKA KESEMBUHAN TB PARU DAN KEBERHASILAN PENGOBATAN**  
**TB PARU DI KOTA BUKITTINGGI**  
**TAHUN 2008-2015**



Sumber : Bidang PMK

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa angka kesembuhan Penderita TB Paru BTA (+) paling tinggi terjadi pada tahun 2012 dan mengalami penurunan pada tahun 2013 menjadi 44,4% namun sejak tahun 2014 sampai tahun 2015 terus mengalami peningkatan lagi menjadi sebesar 90,57%. Pada Gambar 6.6 terlihat perkembangan angka keberhasilan pengobatan tahun 2011-2015 pada tahun 2015 angka keberhasilan pengobatan sebesar 94,34%. WHO menetapkan standar angka keberhasilan pengobatan sebesar 85%. Dengan demikian pada tahun 2015, Kota Bukittinggi sudah mencapai standar tersebut. Upaya Pencegahan dan pemberantasan TB-Paru dilakukan dengan pendekatan DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) atau pengobatan TB-Paru dengan pengawasan langsung oleh Pengawasan Menelan Obat (PMO) Kegiatan ini meliputi upaya penemuan penderita dengan pemeriksaan dahak di sarana pelayanan kesehatan yang ditindak lanjuti oleh paket pengobatan.

Dalam penanganan program, semua penderita TB yang ditemukan ditindaklanjuti dengan paket-paket pengobatan intensif. Melalui paket pengobatan yang diminum secara teratur dan lengkap, diharapkan penderita akan dapat disembuhkan dari penyakit TB yang dideritanya. Namun demikian dalam proses selanjutnya tidak tertutup kemungkinan terjadinya kegagalan pengobatan akibat dari paket pengobatan yang tidak terselesaikan atau Drop Out (DO). Terjadinya resistensi obat atau kegagalan dalam penegakan diagnosa di akhir pengobatan.

#### **b. Pengendalian Penyakit Kusta**

Kusta adalah penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium Lepae*. Penatalaksanaan kasus yang buruk dapat menyebabkan kusta menjadi progresif, menyebabkan kerusakan permanen pada kulit, saraf, anggota gerak, dan mata. Perkembangan penyakit Kusta yang diindikasikan dengan prevalensi dan penemuan penderita baru.

#### **c. Pengendalian penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut**

ISPA (Infeksi Saluran Pernafasan Akut) merupakan penyebab kematian terbesar baik pada bayi maupun pada anak Balita. Program pengendalian ISPA menetapkan bahwa kasus yang ditemukan harus ditatalaksana sesuai standar, dengan demikian angka kasus pneumonia juga menggambarkan penatalaksanaan kasus ISPA. Upaya dalam rangka pemberantasan penyakit ISPA lebih difokuskan pada upaya penemuan secara dini dan tatalaksana kasus yang cepat dan tepat terhadap penderita Pneumonia balita yang ditemukan. Upaya ini dikembangkan melalui suatu manajemen terpadu dalam penanganan balita sakit yang datang ke unit pelayanan kesehatan atau lebih dikenal dengan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). Dengan pendekatan MTBS semua penderita ISPA langsung ditangani di unit yang menemukan, namun bila kondisi Balita sudah berada dalam pneumonia berat sedangkan peralatan tidak mencukupi maka penderita langsung dirujuk ke fasilitas pelayanan yang lebih lengkap.

#### **d. Pengendalian Penyakit 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. Upaya pelayanan kesehatan dalam rangka penanggulangan penyakit HIV dan AIDS

di samping ditujukan pada penanganan penderita yang ditemukan juga diarahkan pada upaya pencegahan melalui penemuan penderita secara dini yang dilanjutkan dengan kegiatan konseling. Upaya penemuan penderita dilakukan melalui skrining HIV dan AIDS terhadap darah donor dan pemantauan pada kelompok berisiko penderita Penyakit Menular Seksual (PMS).

Pelayanan kesehatan dalam upaya penanggulangan HIV-AIDS perlu dilakukan secara komprehensif. Layanan komprehensif adalah upaya yang meliputi upaya preventif, promotif, kuratif, rehabilitatif bagi masyarakat yang membutuhkan (yang belum terinfeksi agar tidak tertular, yang sudah terinfeksi agar kualitas hidup meningkat). Melibatkan seluruh sektor terkait, masyarakat termasuk swasta, kader, LSM, kelompok dampingan sebaya, ODHA, PKK, tokoh adat, tokoh agama dan tokoh masyarakat serta organisasi kelompok masyarakat. Layanan komprehensif HIV atau paripurna sejak dari rumah atau komunitas hingga ke fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas, klinik dan rumah sakit).

Layanan berkesinambungan adalah untuk memberikan dukungan dari aspek manajerial, medis, psikologis dan sosial untuk ODHA selama perawatan dan pengobatan untuk mengurangi dan menyelesaikan permasalahan yang dihadapinya. Orang yang HIV positif perlu mendapatkan dukungan psikologis dan sosial di masyarakat. Jangan sampai ada stigma sehingga mereka justru mendapatkan intimidasi yang dapat menyebabkan mereka bunuh diri atau frustrasi menghadapi keadaannya. Dukungan dari keluarga juga sangat dibutuhkan selain proses medis yang dijalankan.

Program promosi kesehatan di keluarga, sekolah dan masyarakat mengenai pencegahan HIV perlu terus diberikan. Penjangkauan aktif pada populasi kunci yang berisiko perlu terus dilaksanakan dengan pendataan dan pemetaan. Penyediaan outlet kondom di lokasi serta edukasi pada pelanggan serta pekerja seks. Fasilitas kesehatan perlu menyediakan ruangan khusus untuk konseling dan test HIV yang nyaman sehingga mudah diakses. Pengobatan dan pendampingan minum obat perlu diberikan agar jangan sampai putus obat. Masyarakat perlu mendapatkan edukasi untuk menghindari stigma pada ODHA.

Adanya jaringan antar unit kesehatan lintas daerah sangat diperlukan segera. Mobilitas pekerja seks sangat tinggi mereka dapat saja berpindah-pindah padahal harus rutin konsumsi obat. Oleh sebab itu mereka harus bisa mengakses obat dimana saja. Membuat kartu yang dapat teregistrasi di seluruh Indonesia bagi ODHA perlu dilakukan untuk mengatasi keadaan ini. Pemberdayaan tenaga promosi kesehatan dalam mengembangkan program kegiatan, memotivasi masyarakat serta membangun kemitraan diperlukan. Setiap kantor desa perlu ada tenaga khusus untuk memberikan edukasi positif ke masyarakatnya. Sehingga beban puskesmas dalam menangani tsunami HIV-AIDS mendatang dapat kita tanggulangi dengan segera.

Tantangan yang dihadapi masa mendatang sangatlah kompleks. Kasus HIV-AIDS semakin tinggi jumlahnya apabila tidak dari sekarang dilakukan upaya pencegahan yang serius. HIV-AIDS akan menjadi beban Negara, masyarakat dan keluarga tersebut. Sekarang ini penyebaran HIV-AIDS sudah mulai mengarah ke populasi umum dimana penyebarannya bukan saja pada pekerja seks maupun yang berperilaku berisiko. Melainkan juga ada indikasi sudah menular pada ibu hamil, bayi dan anaknya.

Secara nasional perkembangan penyakit HIV/AIDS terus menunjukkan peningkatan, meskipun berbagai upaya pencegahan dan penanggulangan terus dilakukan. Semakin tingginya mobilitas penduduk antar wilayah, meningkatnya perilaku seksual yang tidak aman dan meningkatnya

penyalahgunaan NAPZA (Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya) melalui suntikan, secara simultan telah memperbesar resiko penyebaran HIV/AIDS.

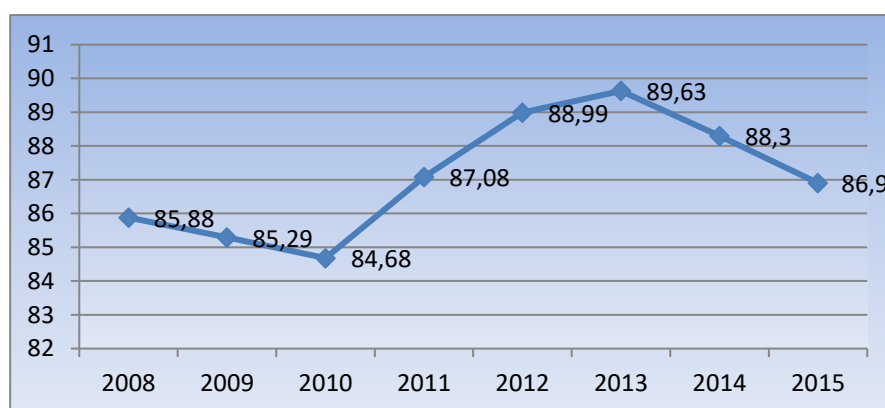
Saat ini Indonesia telah digolongkan sebagai negara dengan tingkat epidemi yang terkonsentrasi (*concentrated level epidemic*), yaitu adanya prevalensi lebih dari 5% pada sub populasi tertentu, misalnya pada kelompok penaja seks dan pada para penyalahguna NAPZA. Tingkat epidemi ini menunjukkan tingkat perilaku beresiko yang cukup aktif menularkan, di dalam suatu sub populasi tertentu. Selanjutnya perjalanan epidemi ini akan ditentukan oleh jumlah dan sifat hubungan antara kelompok beresiko tinggi dengan masyarakat umum. MDG's menargetkan pengendalian penyebaran HIV/AIDS sampai dengan tahun 2015, begitu juga di Kota Bukittinggi walaupun penderitanya tidak terlalu banyak, tapi diharapkan penderita HIV/AIDS di Kota Bukittinggi bisa berkurang.

#### e. Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue

Demam Berdarah Dengue adalah penyakit yang disebabkan oleh *virus Dengue* dan ditularkan oleh vektor nyamuk *Aedes Aegypti*. Gejala klinis penderita DBD adalah demam tinggi mendadak selama 2-7 hari, tanda-tanda pendarahan dari atau pembesaran hati, serta pemeriksaan labor positif DBD. Penyakit DBD merupakan salah satu penyakit yang perjalanan penyakitnya cepat dan dapat menyebabkan kematian dalam waktu yang singkat. Upaya Pemberantasan DBD dititikberatkan pada penggerakan potensi masyarakat untuk dapat berperan serta dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) melalui 3 M plus (Menguras, Menutup dan Mengubur) plus menabur larvasida serta Juru Pemantau Jentik (Jumantik) untuk memantau Angka bebas Jentik (ABJ)

Angka Bebas Jentik (ABJ) sebagai tolok ukur upaya pemberantasan vektor melalui PSN-3M menunjukkan tingkat partisipasi masyarakat dalam mencegah DBD. Berikut ini pencapaian persentase Angka Bebas Jentik (ABJ) di Kota Bukittinggi sejak tahun 2008 – 2015 di Kota Bukittinggi.

**GAMBAR 2.23**  
**ANGKA BEBAS JENTIK DI KOTA BUKITTINGGI**  
**TAHUN 2008-2015**



SUMBER : BIDANG PMK DKK BUKITTINGGI

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa adanya fluktuasi angka bebas jentik di Kota Bukittinggi tahun 2008 – 2015. Angka ini juga menunjukkan tingkat partisipasi masyarakat dalam menanggulangi DBD di Kota Bukittinggi. Oleh karena itu pendekatan pemberantasan DBD yang berwawasan kepedulian masyarakat merupakan salah satu alternatif pemberantasan DBD.



#### f. Pengendalian penyakit AFP (Acute Flaccid Paralysis)

AFP (Acute Flaccid Paralysis) adalah penderita dengan gejala lumpuh layu mendadak (akut), ditemukan pada anak usia <15 tahun dan diduga kuat poliomyelitis. Pada Tahun 2014 di Kota Bukittinggi sudah tidak ditemukan lagi penderita AFP (Acute Flaccid Paralysis).

#### g. Pengendalian penyakit Filariasis

Filariasis adalah penyakit menular yang dapat menimbulkan cacat seumur hidup, yang disebabkan oleh cacing filarial yang hidup dan berkembang biak dalam kelenjer limfe. Pada waktu malam, anak-anak cacing tersebut masuk kedalam pembuluh darah tepi. Penyakit ini ditularkan melalui gigitan nyamuk yang mengandung mikrofilaria. Bila sebuah kota sudah endemis filariasis, maka sasaran pengobatan massal adalah semua penduduk di kota tersebut. Semua penduduk harus minum obat, tetapi pengobatan untuk sementara ditunda bagi anak berumur < 2 tahun, ibu hamil, orang yang sedang sakit berat, penderita kronis filariasis yang dalam serangan akut dan Balita dengan marasmus/kwashiorkor. Tabel 4.6 dibawah ini memberikan gambaran capaian bidang kesehatan program pencegahan dan pemberantasan penyakit menular sejak tahun 2011– 2015 di Kota Bukittinggi.

**TABEL 2.9**  
**CAPAIAN PROGRAM BIDANG KESEHATAN**  
**PROGRAM PENCEGAHAN DAN PEMBERANTASAN PENYAKIT MENULAR**

Indikator	Capaian Tahun 2011 (%)	Capaian Tahun 2013 (%)	Capaian Tahun 2014 (%)	Capaian Tahun 2015 (%)
1. Pelayanan Imunisasi ✓ Desa/kelurahan (UCI)	100	92.16	95.8	91.67
2. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Polio ✓ AFP rate per 100.000 penduduk <15 th	0	20387	0	0
3. Pencegahan dan Pemberantasan TB Paru ✓ Kesembuhan penderita TBC BTA (+)	96,74	44.40	72.12	89.62
4. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit ISPA ✓ Cakupan Balita dengan Pneumonia Yang ditangani	100	100	100	100
5. Pencegahan dan Pemberantasan HIV/AIDS ✓ Klien yang mendapatkan penanganan HIV/AIDS infeksi menular seksual yang diobati ✓ Darah donor diskriming terhadap HIV/AIDS	100 100	100 100	100 100	100 100
6. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit DBD ✓ Penderita DBD yang ditangani	100	100	100	100
7. Pencegahan dan Pemberantasan Diare ✓ Balita dengan diare yang ditangani	100	100	100	100
8. Pelayanan Pengendalian Vektor ✓ Rumah/bangunan bebas jentik nyamuk Aedes	85.29	87.88	87.88	86.9
9. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Malaria ✓ Penderita Malaria yang diobati	100	100	100	100
10. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Kusta ✓ Penderita kusta yang selesai berobat (RFT rate)	100	100	100	100

Sumber : Bidang PMK DKK Bukittinggi

## 20). Upaya Promosi dan Pembedayaan Masyarakat

Berikut ini disajikan capaian bidang kesehatan program promosi dan pemberdayaan masyarakat sejak tahun 2012 sampai dengan tahun 2015 di Kota Bukittinggi.

**TABEL 2.10**  
**CAPAIAN PROGRAM BIDANG KESEHATAN**  
**PROGRAM PROMOSI DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT**

Program	Target 2015 (%)	Capaian Tahun 2013 (%)	Capaian Tahun 2014 (%)	Capaian Tahun 2015 (%)
1. Penyuluhan Perilaku Sehat : ✓ Rumah tangga sehat ✓ Posyandu Aktif	65 40	19.25 80.77	19.25 80.77	19.25 80.77
2. Penyelenggaraan Pembiayaan Untuk Pelayanan Kesehatan Perorangan : ✓ Cakupan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan	80	100	100	100
3. Penyelenggaraan Pembiayaan Untuk Keluarga Miskin dan Masyarakat Rentan ✓ Cakupan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan keluarga miskin dan masyarakat rentan	100	100	100	100
4. Pelayanan Kesehatan Kerja ✓ Cakupan pelayanan kesehatan kerja pada pekerja formal	80	0	0	0

*Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1457/Menkes/SK/X/2003*

### 1). Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM)

Pembangunan Kesehatan dilaksanakan secara bersama-sama oleh pemerintah dan masyarakat. Dalam rangka meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan kepada masyarakat berbagai upaya dilakukan dengan memanfaatkan potensi dan sumber daya yang ada di masyarakat.

Upaya yang dilakukan dalam meningkatkan kegiatan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM), berkoordinasi dengan lintas sektoral serta melibatkan masyarakat dalam kegiatan kesehatan dalam rangka menggalang kemandirian masyarakat dibidang kesehatan. Di Kota Bukittinggi berkembang bentuk UKBM seperti posyandu, Dana Sehat, Pos UKK, Toga, Poskeskel, Posbindu, Kelurahan Siaga dan Saka Bhakti Husada. Saka Bhakti Husada (SBH) merupakan bentuk partisipasi generasi muda khususnya pramuka dalam bidang kesehatan.

### 2). Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat dan mengembangkan upaya kesehatan yang bersumber daya masyarakat. Penyebarluasan informasi kesehatan melalui siaran radio, pembuatan dan penyiaran TV spot, dialog interaktif, penyebaran informasi mobil unit penyuluhan dan penyuluhan kelompok masing-masing Puskesmas, serta pemutaran film kesehatan.

### 3). Kegiatan Institusi Penerima Wajib Lapor (IPWL)

Di Kota Bukittinggi sejak tahun 2011 sudah dilaksanakan wajib lapor Pencandu Narkoba ke Institusi Penerima Wajib Lapor (IPWL) dalam hal ini adalah Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad dan Puskesmas Guguk Panjang. Puskesmas yang telah ditunjuk sebagai institusi Penerima Wajib Lapor wajib mempersiapkan diri untuk menjalankan proses penerimaan wajib lapor.

Sesuai dengan Pasal 2 Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2011 tentang Pelaksanaan Wajib Laport Pecandu Narkotika, pengaturan wajib laport pecandu narkotika bertujuan untuk :

- Memenuhi hak pecandu narkotika dalam mendapatkan pengobatan dan atau perawatan melalui rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial:
- Mengikutsertakan orangtua, wali, keluarga dan masyarakat dalam meningkatkan tanggungjawab terhadap pecandu narkotika yang ada dibawah pengawasan dan bimbingannya;serta
- Memberikan bahan informasi bagi pemerintah dalam menetapkan kebijakan di bidang pencegahan dan pemberantasan penyalahgunaan dan peredaran gelap narkotika.

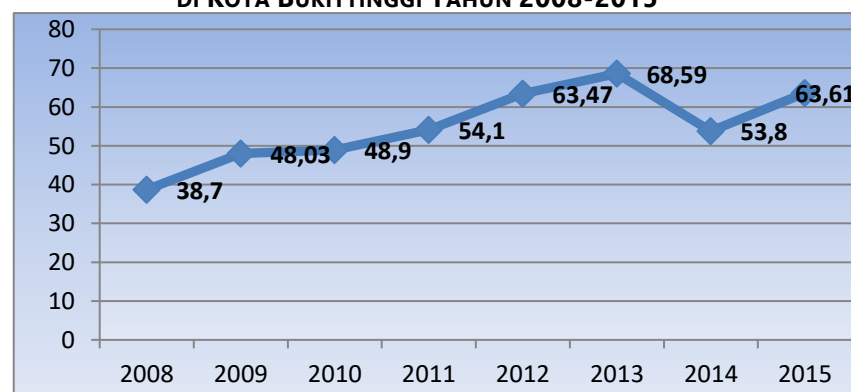
Sedangkan Puskesmas non IPWL yaitu Puskesmas Tigo Baleh dan Puskesmas Mandiangin mendapat anggaran dana dari BNNP untuk Assesment IPWL.

## 21). Upaya Pelayanan Kesehatan Rujukan

Kegiatan pokok upaya kesehatan perorangan yang diuraikan pada pelayanan kesehatan rujukan ini diantaranya adalah pelayanan kesehatan di Rumah Sakit.

Penilaian tingkat keberhasilan pelayanan di rumah sakit biasanya dilihat dari berbagai segi yaitu tingkat pemanfaatan sarana, mutu dan tingkat efisiensi pelayanan. Beberapa indikator standar terkait dengan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit yang dipantau antara lain pemanfaatan tempat tidur (*Bed Occupancy Rate/BOR*), rata-rata lama hari perawatan (*Length of stay/LOS*), Rata-rata selang waktu pemakaian tempat tidur (*Turn of interval/TOI*), persentase pasien keluar yang meninggal (*Gross Death Rate/GDR*) dan persentase pasien keluar yang meninggal  $\geq 48$  jam perawatan (*Net death Rate/NDR*). Berdasarkan data yang didapat dari semua rumah sakit yang ada di Kota Bukittinggi baik yang dikelola pemerintah maupun swasta tingkat pemanfaatan tempat tidur (BOR) tahun 2015 mencapai 63.61%, jadi mencapai angka ideal yang diharapkan yaitu 60 – 85%. Gambaran tingkat pemanfaatan tempat tidur di rumah sakit sejak tahun 2009 – 2015 dapat dilihat pada gambar 4.16 dibawah ini.

**GAMBAR 2.24**  
**PENCAPAIAN BOR RS SEKOTA BUKITTINGGI**  
**DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2008-2015**



Sumber : Rumah Sakit Sekota Bukittinggi

Indikator Pelayanan rumah sakit yang lain adalah Turn Over Interval (TOI). TOI adalah rata-rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati dari telah digunakan sampai saat digunakan kembali. Idealnya tempat tidur kosong tidak terisi pada kisaran 1 – 3 hari, selama tahun 2009 – 2015 berkisar antara 1.7 – 5.1 hari. Tahun 2015 TOI RS di Kota Bukittinggi sudah mempunyai angka ideal yaitu 2.55.

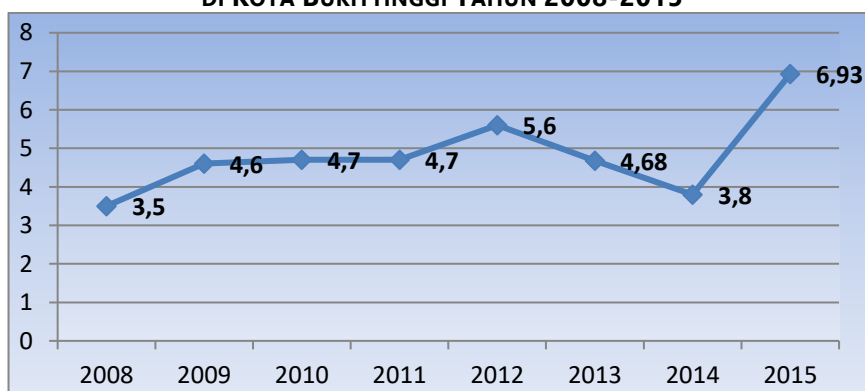
**GAMBAR 2.25**  
**PENCAPAIAN TOI RS SEKOTA BUKITTINGGI**  
**DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2008-2015**



Sumber : Rumah Sakit Se-Kota Bukittinggi

LOS adalah rata-rata lama rawat (hari) seorang pasien. Indikator ini disamping memberikan gambaran tingkat efisiensi juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan, Secara umum nilai LOS yang ideal antara 6 – 9 hari. LOS Rumah sakit di Kota Bukittinggi sejak tahun 2008 – 2015 berkisar antara 3,5 – 6.93 hari dan sudah mencapai angka ideal pada tahun 2015. Pencapaian LOS Rumah sakit se Kota Bukittinggi sejak tahun 2008 – 2015 bisa dilihat pada gambar dibawah ini :

**GAMBAR 2.26**  
**PENCAPAIAN LOS RS SEKOTA BUKITTINGGI**  
**DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2008-2015**



Sumber : Rumah Sakit Sekota Bukittinggi

Indikator pelayanan rumah sakit yang lain yaitu GDR dan NDR. GDR adalah angka kematian umum untuk setiap 1.000 penderita keluar dari Rumah sakit. Nilai ideal GDR adalah < 45 per 1.000 pasien keluar. Pada tahun 2014 GDR rumah sakit se kota Bukittinggi sudah mencapai angka ideal yaitu dengan nilai rentang 6.1 kematian per 1.000 kematian. NDR adalah angka kematian pasien setelah dirawat  $\geq 48$  jam per 1.000 pasien keluar. Indikator ini memberikan gambaran mutu pelayanan di rumah sakit. Asumsinya jika pasien meninggal setelah mendapat perawatan 48 jam berarti ada faktor pelayanan rumah sakit yang terlibat dengan kondisi meninggalnya pasien. Nilai ideal NDR adalah < 25 per 1.000 pasien keluar. NDR Pada tahun 2014 yaitu 3.1 per 1.000 pasien keluar. Dengan demikian NDR Rumah Sakit (RS) di Kota Bukittinggi telah mencapai angka ideal yaitu < 25 per 1.000 pasien keluar.

#### 4. Analisa Pencapaian Indikator Sasaran Peningkatan Sumber Daya Kesehatan

Pencapaian indikator diatas menunjukkan bahwa secara umum di Kota Bukittinggi sudah memiliki sumber daya kesehatan yang memadai, terutama ketersediaan tenaga medis dan para medis rasionya sudah mencapai target. Keberadaan tenaga kesehatan tersebar di Rumah Sakit Pemerintah dan swasta, Puskesmas dan sarana kesehatan lainnya.

Sesuai dengan standar pelayanan kesehatan, jumlah tenaga kesehatan yang ada saat ini di Puskesmas sudah mencukupi seluruh kebutuhan pelayanan kesehatan dari seluruh profesi kesehatan yang harus ada, baik medis, paramedis maupun tenaga administrasi. Untuk aspek jumlah sumber daya kesehatan khususnya untuk pelayanan kesehatan sudah sangat memadai, Kondisi ini sangat mendukung terlaksananya pelayanan kesehatan di Kota Bukittinggi. Jumlah tenaga kesehatan di lingkungan Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi sampai akhir tahun 2013 adalah 327 orang dengan status kepegawaian PNS, CPNS, PTT, Honor dan kontrak. Untuk data yang lebih lengkap dapat dilihat dari tabel dibawah ini :

**TABEL 2.11**  
**SEBARAN TENAGA KESEHATAN DI DINAS KESEHATAN KOTA BUKITTINGGI MENURUT GOLONGAN**  
**TAHUN 2015**

<b>Golongan (Pegawai Negeri/Honor)</b>	<b>Keadaan 1 Januari 2015 (Orang)</b>	<b>Keadaan 31 Desember 2015 (Orang)</b>
IV	12	12
III	177	177
II	81	81
I	1	1
Honor	2	2
Kontrak	15	15
PTT	30	30
<b>Jumlah</b>	<b>318</b>	<b>318</b>

*Sumber : Bagian Kepegawaian*

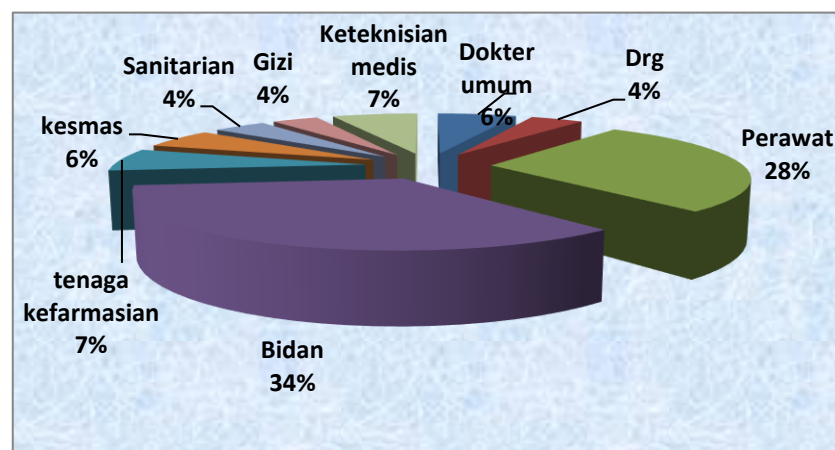
**TABEL 2.12**  
**SEBARAN TENAGA KESEHATAN DI DINAS KESEHATAN KOTA BUKITTINGGI MENURUT LATAR BELAKANG**  
**PENDIDIKAN TAHUN 2015**

<b>Pendidikan</b>	<b>Keadaan 1 Januari 2015 (Orang)</b>	<b>Keadaan 31 Desember 2015(Orang)</b>
S3	-	-
S2	11	11
S1	101	101
D IV	1	1
D III	149	149
D II	-	-
D I	12	12
SLTA	40	40
SLTP	1	1
SD	3	3
<b>Jumlah</b>	<b>318</b>	<b>318</b>

## 1. Tenaga kesehatan di Puskesmas

Puskesmas yang merupakan ujung tombak dalam pelayanan kesehatan masyarakat, kinerjanya sangat dipengaruhi ketersediaan sumber daya manusia yang dimiliki, terutama ketersediaan tenaga kesehatan. Gambaran jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas Kota Bukittinggi Tahun 2015 dapat dilihat pada gambar 5.1 dibawah ini:

**GAMBAR 2.27**  
**JUMLAH TENAGA KESEHATAN DI PUSKESMAS**  
**DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2015**

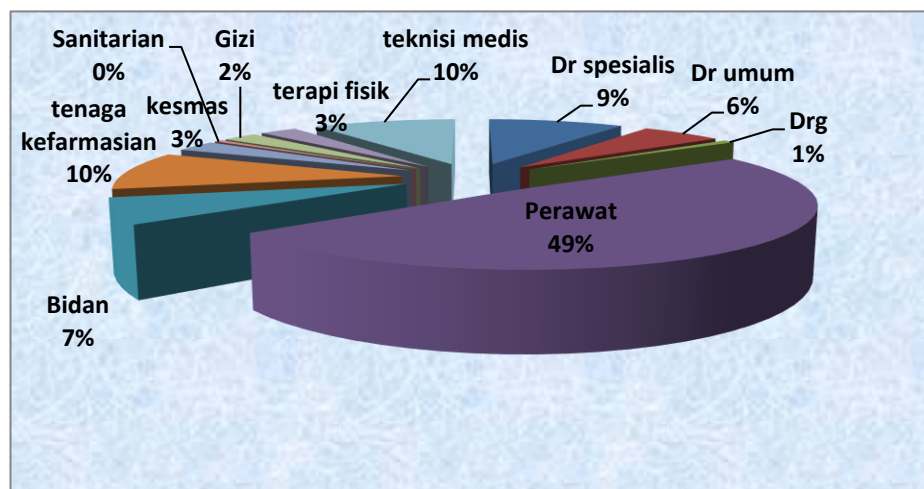


Sumber : Bagian kepegawaian

## 2. Tenaga kesehatan di Rumah sakit

Data Tenaga kesehatan di rumah sakit yang tercatat di Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi tahun 2015 yaitu dari 6 Rumah Sakit milik Pemerintah dan swasta. Gambaran jumlah tenaga kesehatan di Rumah Sakit se kota Bukittinggi Tahun 2015 dapat dilihat pada gambar 5.2 dibawah ini

**GAMBAR 2.28**  
**JUMLAH TENAGA KESEHATAN DI RUMAH SAKIT**  
**DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2015**



Sumber : RS Se-Kota Bukittinggi

#### 1. Indikator Sasaran Peningkatan Manajemen kesehatan

Indikator Dokumen Sistem Kesehatan dan profil kesehatan dapat tercapai dengan sangat baik karena Dinas Kesehatan selalu mendapatkan pembinaan dari Dinas Kesehatan Propinsi Sumatera Barat dan Kementerian Kesehatan. Dalam penyusunan dokumen sistem kesehatan dan profil kesehatan sudah ada petunjuk teknis yang jelas dari Kementerian Kesehatan, dan merupakan kewajiban dari Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi untuk melaporkan setiap tahunnya ke Dinas Kesehatan Propinsi Sumatera Barat dan Kementerian Kesehatan. Untuk menunjang penyusunan dokumen tersebut, Dinas Kesehatan sudah memiliki sistem informasi kesehatan yang telah terintegrasi pada masing-masing Puskesmas, sehingga mampu menyediakan data secara lengkap dan up to date. Tahun 2015, Dinas Kesehatan mendapat penghargaan dari Kementerian Kesehatan yaitu Peringkat I Tingkat Nasional dalam Pengelolaan Komunikasi data kesehatan.

Demikian juga dengan ketersediaan Kontingency Plan untuk masalah kesehatan akibat bencana. Hal ini karena didukung oleh lintas program dan lintas sektor bahkan dari institusi vertikal dan Propinsi Sangat mendukung upaya pencegahan masalah kesehatan akibat bencana. Hal ini terkait dengan kondisi Sumatera Barat umumnya dan Bukittinggi khususnya yang merupakan wilayah rawan bencana.

### **5. Analisa Capaian Sasaran Terciptanya Sanitasi Lingkungan yang layak**

Capaian indikator diatas yang jauh melebihi target yaitu maksimal 5 % penduduk berperilaku buang air besar sembarangan. Hal ini menunjukkan bahwa sudah hampir seluruh masyarakat Kota Bukittinggi memiliki perilaku hidup yang bersih dan sehat, dan sudah memiliki jamban yang memenuhi syarat sanitasi. Lingkungan merupakan salah satu variabel yang perlu mendapat perhatian khusus dalam menilai kondisi kesehatan masyarakat. Bersama dengan faktor perilaku, pelayanan kesehatan dan genetik, lingkungan mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat.

Menurut Himpunan Ahli Kesehatan Lingkungan Indonesia (HAKLI) kesehatan lingkungan adalah suatu kondisi lingkungan yang mampu menopang keseimbangan ekologi yang dinamis antara manusia dan lingkungannya untuk mendukung tercapainya kualitas hidup manusia yang sehat dan bahagia. Untuk menggambarkan keadaan lingkungan, akan disajikan indikator-indikator seperti: Rumah sehat, akses terhadap air bersih dan air minum berkualitas dan akses terhadap sanitasi layak.

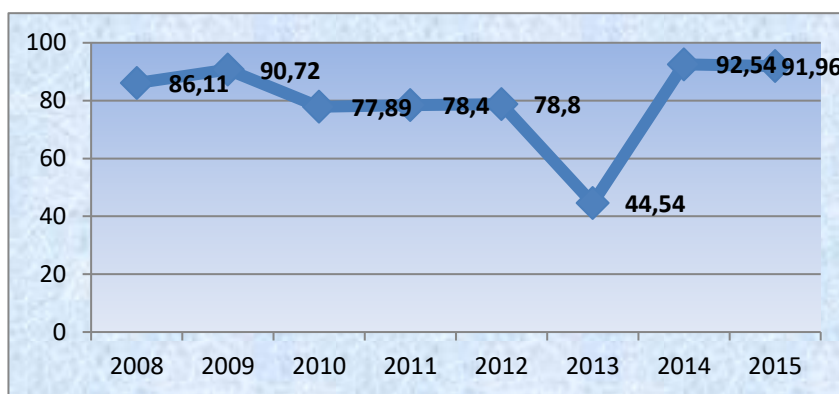
#### **1. Rumah Sehat**

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan pasal 162 dan 163 mengamanatkan bahwa upaya kesehatan lingkungan ditujukan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat, baik fisik, kimia, biologi maupun sosial yang memungkinkan setiap orang mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Untuk menjalankan amanat tersebut, maka untuk penyelenggaraan penyehatan permukiman difokuskan pada peningkatan rumah sehat .

Rumah Sehat adalah bangunan rumah tinggal yang memenuhi syarat kesehatan, yaitu rumah yang memiliki jamban yang sehat, sarana air bersih, tempat pembuangan sampah, sarana pembuangan air limbah, ventilasi rumah yang baik, kepadatan hunian rumah yang sesuai dan lantai rumah tidak

terbuat dari tanah. Perkembangan kondisi perumahan penduduk Kota Bukittinggi yang memenuhi syarat kesehatan pada tahun 2015 sebesar 91,96% mengalami sedikit penurunan jika dibandingkan dengan tahun 2014 (92,54%). Gambaran persentase rumah sehat di kota Bukittinggi dari tahun 2008 - 2015 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

**GAMBAR 2.29**  
**PERSENTASE RUMAH SEHAT**  
**DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2008-2015**



Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa persentase rumah sehat tertinggi terjadi pada tahun 2014, dan yang terendah tahun 2013. Peningkatan persentase rumah sehat ini dikarenakan adanya penyuluhan yang dilakukan terhadap masyarakat tentang pentingnya rumah seha serta pembinaan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi yang didukung oleh lintas sektor yang terkait lainnya.

## **2. Akses Terhadap Sanitasi Dasar**

Salah satu tujuan pembangunan prasarana penyediaan air baku untuk memastikan komitmen pemerintah terhadap *Millenium Development Goals (MDGs)* yaitu memastikan kelestarian lingkungan dan mengurangi hingga setengahnya proporsi rumah tangga tanpa akses berkelanjutan terhadap air minum layak dan sanitasi dasar hingga 2015.

Penduduk dengan akses berkelanjutan terhadap air minum layak yang digunakan rumah tangga di Kota Bukittinggi pada tahun 2015 sebesar 34,54% mengalami peningkatan dibandingkan dengan tahun 2014 yaitu dari 28,36%, namun harus terus ditingkatkan lagi menjadi 90% sesuai dengan target Inpres Nomor 14 tahun 2011 prioritas pembangunan nasional tentang persentase kualitas air minum yang didistribusikan oleh PDAM yang memenuhi syarat kesehatan. Hal tersebut di atas merupakan salah satu upaya pencegahan terjadinya kemungkinan munculnya penyakit berbasis air (*waterborne disease*) karena air merupakan salah satu media lingkungan yang berperan dalam penyebaran penyakit melalui media pertumbuhan mikrobiologi serta adanya kemungkinan terlarutnya unsur kimia yang dapat mengganggu kesehatan manusia.

Akses terhadap air bersih dan sanitasi merupakan salah satu pondasi inti dari masyarakat yang sehat. Air bersih dan sanitasi yang baik merupakan elemen penting yang menunjang kesehatan manusia. Sanitasi berhubungan dengan kesehatan lingkungan yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Buruknya kondisi sanitasi akan berdampak negatif di banyak aspek kehidupan, mulai dari turunnya kualitas lingkungan hidup masyarakat, tercemarnya sumber air minum bagi masyarakat, meningkatnya jumlah kejadian diare dan munculnya penyakit.



Di Kota Bukittinggi persentase rumah tangga yang telah mempunyai akses terhadap pembuangan tinja layak atau telah memiliki jamban sehat pada tahun 2015 sebesar 78,60% meningkat jika dibandingkan dengan tahun 2014 yaitu dari 63,5% dan sekaligus juga telah melampaui target MDGs sebesar 55,5% walaupun perlu lebih ditingkatkan lagi untuk mencegah terjadinya berbagai macam penyakit akibat lingkungan yang tidak sehat.

Kotoran manusia adalah semua benda atau zat yang tidak dipakai lagi oleh tubuh yang harus dikeluarkan dari dalam tubuh. Zat-zat yang harus dikeluarkan dari dalam tubuh ini berbentuk tinja dan air seni. Untuk mencegah atau mengurangi kontaminasi tinja terhadap lingkungan maka pembuangan kotoran manusia harus dikelola dengan baik, pembuangan kotoran harus di suatu tempat tertentu atau jamban yang sehat.

Pembuangan tinja layak sesuai MDGs adalah penggunaan jamban sendiri/bersama, jenis kloset leher angsa/latrine dan pembuangan akhir tinjanya adalah tangki septik atau Saluran Pembuangan Air Limbah (SPAL). Metode pembuangan tinja yang baik yaitu dengan jamban dengan syarat sebagai berikut :

- a. Tanah permukaan tidak boleh terjadi kontaminasi
- b. Tidak boleh terjadi kontaminasi pada air tanah yang mungkin memasuki mata air atau sumur
- c. Tidak boleh terkontaminasi air permukaan
- d. Tinja tidak boleh terjangkau oleh lalat dan hewan lain
- e. Tidak boleh terjadi penanganan tinja segar, atau bila memang benar-benar diperlukan, harus dibatasi seminimal mungkin
- f. Jamban harus bebas dari bau atau kondisi yang tidak sedap dipandang
- g. Metode pembuatan dan pengoperasian harus sederhana dan tidak mahal.

Secara umum salah satu kendala yang dihadapi dalam upaya pencapaian target yaitu Proses peningkatan perubahan perilaku tidak dapat dilakukan secara instan, cenderung membutuhkan waktu yang relatif lama agar masyarakat dapat mengadopsi perilaku yang lebih sehat dalam kehidupan sehari-hari. Meskipun demikian, kondisi sosial budaya yang sangat bervariasi dapat mempengaruhi cepat lambatnya perubahan perilaku.

### **3. Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)**

STBM menjadi ujung tombak keberhasilan pembangunan air minum dan penyehatan lingkungan secara keseluruhan. Sanitasi total berbasis masyarakat sebagai pilihan pendekatan, strategi dan program untuk mengubah perilaku hygiene dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat dengan menggunakan metode pemecutan dalam rangka mencapai target MDGs. Dalam pelaksanaan STBM mencakup 5 (lima) pilar yaitu:

- a. Stop buang air besar sembarangan,
- b. Cuci tangan pakai sabun,
- c. Pengelolaan air minum dan makanan yang aman di rumah tangga,
- d. Pengelolaan sampah dengan benar, dan
- e. Pengelolaan limbah cair rumah tangga dengan aman

Pemerintah memberikan prioritas dan komitmen yang tinggi terhadap kegiatan STBM, hal ini tercantum pada Instruksi Presiden Nomor 3 Tahun 2010 yang mempertegas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 852/MENKES/SK/IX/2008 dan Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor 132 Tahun 2012 terkait dengan STBM. Tujuan dari STBM adalah untuk mencapai kondisi sanitasi total dengan mengubah perilaku higienis dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat dengan 3 komponen strategi yaitu:

1. Menciptakan lingkungan yang mendukung terlaksananya kegiatan STBM melalui:
  - a. Advokasi dan sosialisasi kepada pemerintah dan pemangku kepentingan secara berjenjang;
  - b. Peningkatan kapasitas institusi pelaksana di daerah; dan
  - c. Meningkatkan kemitraan multi pihak.
2. Peningkatan kebutuhan akan sarana sanitasi melalui peningkatan kesadaran masyarakat tentang konsekuensi dari kebiasaan buruk sanitasi (buang air besar) dan dilanjutkan pemicuan perubahan perilaku komunitas:
3. Peningkatan penyediaan melalui peningkatan kapasitas produksi swasta lokal dalam penyediaan sarana sanitasi, yaitu melalui pengembangan kemitraan dengan kelompok masyarakat, koperasi, pengusaha lokal dalam penyediaan sarana sanitasi..

Suatu kelurahan dikatakan telah melaksanakan STBM didasarkan pada kondisi:

- Minimal telah ada intervensi melalui pemicuan di salah satu dusun dalam desa/kelurahan tersebut,
- Adanya masyarakat yang bertanggung jawab untuk melanjutkan aksi intervensi STBM baik individu atau dalam bentuk komite dan sebagai respon dari aksi intervensi STBM, dan
- Masyarakat menyusun suatu rencana aksi kegiatan dalam rangka mencapai komitmen-komitmen perubahan perilaku pilar-pilar STBM yang telah disepakati bersama.

Pelaksanaan STBM dilakukan secara bertahap dengan prioritas pada pilar ke-1 yaitu Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) dan adopsi perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS), dan secara bertahap mengembangkan pilar-pilar lain dari STBM. Di Kota Bukittinggi sejak tahun 2013-2015 semua kelurahan (100%) telah melaksanakan STBM.

Kendala dan hambatan dalam pelaksanaan STBM khususnya di daerah perkotaan adalah masih belum optimalnya investasi bidang air minum dan sanitasi seperti investasi untuk PDAM serta disparitas capaian antar provinsi untuk pelayanan air minum. Untuk mengatasi kendala tersebut, maka dilakukan upaya peningkatan advokasi untuk meningkatkan investasi bidang air minum dan sanitasi terutama untuk masyarakat miskin, perluasan penyediaan air minum dan sanitasi berbasis masyarakat melalui program Air Bersih untuk Rakyat serta meningkatkan edukasi perilaku sehat dengan akselerasi STBM.

1. Capaian Sasaran Terciptanya perilaku hidup bersih dan sehat

Data diatas menunjukkan bahwa capaian indikator sasaran diatas sudah sangat baik. Hal ini menunjukkan bahwa seluruh masyarakat sudah memiliki akses yang baik untuk memperoleh air bersih. Disamping itu, jumlah kawasan bebas asap rokok sebagaimana dijelaskan dalam Peraturan Daerah Nomor 1 tahun 2012 sudah diberlakukan. Setiap Puskesmas, rumah sakit, Kantor Instansi Pemerintah,

sekolah dan beberapa tempat umum sudah dipasangkan label bertuliskan kawasan bebas asap rokok baik dalam bentuk spanduk, standing baner, running text, stiker dan lain-lain. Sebagai dana penunjang, sejak tahun 2012, Kota Bukittinggi sudah mendapatkan alokasi dana dari cukai rokok untuk penanggulangan masalah kesehatan akibat asap rokok. Sampai tahun 2015, Dinas Kesehatan sudah membangun 4 unit Tempat Khusus Merokok di Kantor – Kantor Strategis diantaranya Kantor Dinas Kesehatan, Kantor Camat Tigo Baleh, Kantor Camat Mandiangin, Kantor Balai Kota dan Kantor Dinas Catatan Sipil.

#### **4. Perilaku Hidup Bersih dan sehat (PHBS)**

Keluarga mempunyai peran penting dalam meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat, karena dalam keluarga terjadi komunikasi dan interaksi antara anggota keluarga yang menjadi awal penting dari suatu proses pendidikan perilaku.

Pelaksanaan perilaku hidup bersih dan sehat sejak dini dalam keluarga dapat menciptakan keluarga yang sehat dan aktif dalam setiap upaya kesehatan di masyarakat. Dalam upaya meningkatkan kesehatan anggota keluarga, Pusat Promosi Kesehatan Kemenkes berupaya meningkatkan persentase rumah tangga ber-PHBS.

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di rumah tangga adalah upaya untuk memberdayakan anggota rumah tangga agar tahu, mau dan mampu mempraktikkan perilaku hidup bersih dan sehat serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan di masyarakat. Untuk mencapai rumah tangga ber-PHBS, terdapat 10 perilaku hidup bersih dan sehat yang dipantau, yaitu: (1) persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan, (2) memberi ASI eksklusif, (3) menimbang balita setiap bulan, (4) menggunakan air bersih, (5) mencuci tangan dengan air bersih dan sabun, (6) menggunakan jamban sehat, (7) memberantas jentik di rumah sekali seminggu, (8) makan buah dan sayur setiap hari, (9) melakukan aktivitas fisik setiap hari, dan (10) tidak merokok di dalam rumah.

Masalah yang dihadapi dalam pelaksanaan program PHBS adalah kemitraan/dukungan lintas program/lintas sektor yang rendah dan alokasi dana terbatas. Alternatif pemecahan adalah melalui kegiatan advokasi kebijakan, koordinasi dan keterpaduan manajemen. Berdasarkan hasil survey PHBS Kota Bukittinggi pada tahun 2014 persentase Rumah Tangga yang berperilaku Hidup bersih dan Sehat mengalami sedikit kenaikan dari 19,7% pada tahun 2013 menjadi 37.94 %, namun angka tersebut masih jauh dibawah target nasional yaitu 60%. Tentunya ini perlu usaha keras dari semua baik lintas program maupun lintas sektor untuk memberikan penyuluhan kepada masyarakat tentang pentingnya pelaksanaan PHBS khususnya di rumah tangga. Sedangkan pada tahun 2015 tidak diadakan survey PHBS.

#### **5. Kawasan Tanpa Rokok (KTR)**

Kawasan Tanpa Rokok (KTR) adalah ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk melakukan kegiatan produksi, penjualan, iklan, promosi dan atau penggunaan rokok. Penetapan KTR merupakan upaya perlindungan untuk masyarakat terhadap risiko ancaman gangguan kesehatan karena lingkungan tercemar asap rokok. KTR merupakan tanggung jawab seluruh komponen bangsa baik individu, masyarakat, parlemen, maupun pemerintah, untuk melindungi generasi sekarang maupun yang akan datang. Komitmen bersama dari lintas sektor dan berbagai elemen akan sangat berpengaruh terhadap keberhasilan KTR.

Rokok adalah zat adiktif yang sangat berbahaya bagi kesehatan dan menimbulkan berbagai penyakit seperti penyakit jantung dan pembuluh darah, stroke, penyakit paru obstruktif kronis, kanker paru, kanker mulut, impotensi, kelainan kehamilan dan janin. Zat adiktif jika dikonsumsi manusia akan menimbulkan adiksi atau ketagihan. Asap rokok sangat membahayakan kesehatan si perokok maupun orang lain yang ada di sekitarnya.

Pemerintah Kota Bukittinggi telah menetapkan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok untuk melindungi seluruh masyarakat dari bahaya asap rokok yaitu Peraturan Daerah Kota Bukittinggi Nomor 1 Tahun 2012. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 115 Pemerintah Daerah wajib menetapkan dan menerapkan KTR di wilayahnya. Untuk menindaklanjuti kebijakan tersebut telah diterbitkan Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri Nomor 188/Menkes/PB/I/2011 dan Nomor 7 Tahun 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok.

## 2. Analisa Sasaran terciptanya pemukiman yang sehat

Data diatas menunjukkan bahwa capaian indikator sasaran diatas sudah sangat baik. Hal ini menunjukkan bahwa rumah tangga sudah melakukan upaya Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) secara rutin. Hal ini juga didukung oleh kegiatan Pemantauan Jentik Berkala (PJB) yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan pada setiap rumah tangga. Hasil pemantauan jentik berkala diperoleh bahwa Kota Bukittinggi bebas dari jentik.

Namun ironisnya, PSN yang dilakukan seharusnya berbanding lurus dengan penurunan kasus Demam Berdarah (DBD). Kenyataannya, setiap tahun selalu terjadi peningkatan kasus DBD di Kota Bukittinggi. Hal ini perlu menjadi perhatian khusus, untuk melakukan pengkajian lebih lanjut tentang efektifitas upaya PSN yang dilakukan.

## **Anggaran dan Realisasi Pendanaan Pelayanan Dinas Kesehatan**

Untuk mengidentifikasi potensi dan permasalahan khusus pada aspek pendanaan pelayanan SKPD pada level program, selanjutnya, kinerja Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi akan di analisis pengelolaan pendanaan pelayanan SKPD melalui pelaksanaan Renstra SKPD periode perencanaan sebelumnya yang dituangkan dalam tabel 2.13.

Tabel 2.13

## Anggaran dan Realisasi Pendanaan Pelayanan Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi

Uraian	Anggaran pada Tahun ke-					Realisasi Anggaran pada Tahun ke-				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
-1	-2	-3	-4	-5	-6	-7	-8	-9	-10	-11
Belanja Langsung	8.711.970.650	9.601.330.200	9.975.550.434	15.480.875.602	16.404.694.559	7.101.574.840	8.372.839.524	7.663.989.803	12.951.361.357	13.339.307.452
Belanja Tidak Langsung	11.613.615.375	13.631.828.000	18.902.681.082	18.093.544.101	19.160.227.651	11.607.946.728	12.645.713.879	16.523.565.987	17.574.977.656	18.782.002.208
<b>Total</b>	20.325.586.025	23.233.158.200	28.878.231.516	33.574.419.703	35.564.922.210	18.709.521.568	21.018.553.403	24.187.555.790	30.526.339.013	32.121.309.660

Rasio antara Realisasi Anggaran dan Anggaran Tahun ke-					Rata-Rata Pertumbuhan	
1	2	3	4	5	Anggaran	Realisasi
-12	-13	-14	-15	-16	-17	-18
81,52%	87,20%	76,83%	83,66%	81,31%	82,10%	82,22%
99,95%	92,77%	87,41%	97,13%	98,03%	95,06%	94,08%
92,05%	90,47%	83,76%	90,92%	90,32%	89,50%	88,99%

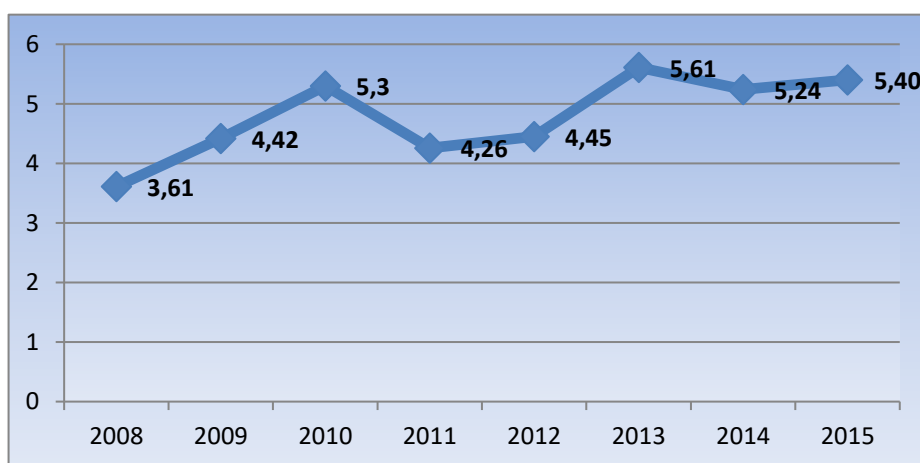
Total anggaran Belanja langsung Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi terus meningkat dari tahun ke tahun. Pada tahun 2011 anggaran sebesar adalah Rp.8.711.970.650,- meningkat pada tahun terakhir yaitu tahun 2015 menjadi Rp.16.404.694.559,-. Belanja secara total (langsung dan tidak langsung) juga begitu, tahun 2011 sebesar Rp.20.325.586.025,-. meningkat menjadi Rp.35.564.922.210,-. Capaian kinerja belanja langsung sudah bisa dicapai > 75 %, artinya kinerja keuangan selama periode Renstra 2011 – 2015 sudah baik.

Sesuai Undang-Undang Kesehatan No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, anggaran kesehatan pemerintah daerah provinsi, kabupaten/kota memiliki alokasi **minimal sepuluh persen** dari total Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) di luar gaji (belanja pegawai)

Distribusi anggaran Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi terdiri dari Belanja Langsung dan belanja tidak langsung, Belanja tidak langsung sebesar Rp 19.160.227.651.- dan belanja langsung sebesar 16.40.694.559 serta Dana Alokasi Khusus (DAK) sebesar Rp 3.154.510.000.-

Gambaran fluktuasi persentase anggaran kesehatan terhadap APBD Kab/Kota Bukittinggi sejak tahun 2008-2015 dapat dilihat pada gambar 5.4 dibawah ini:

**GAMBAR 2.30**  
**PERSENTASE ANGGARAN KESEHATAN TERHADAP APBD**  
**KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2008-2015**



Sumber : Bagian Keuangan dan bagian perencanaan DKK Bukittinggi

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa persentase Anggaran kesehatan terhadap APBD kab/kota tahun 2015 sebesar 5.40% mengalami sedikit peningkatan jika dibandingkan dengan tahun 2014 (5,241%), namun masih jauh dibawah target nasional yaitu 10%.

## **2.4. Tantangan dan Peluang Pengembangan Pelayanan Perangkat Daerah**

### **2.4.1 Tantangan**

Analisis terhadap lingkungan internal dan eksternal organisasi merupakan hal yang teramat penting, dalam rangka menentukan factor-faktor kunci sebagai penentu keberhasilan. Lingkungan internal organisasi merupakan factor lingkungan yang berpengaruh terhadap kinerja organisasi yang pada umumnya dapat di kembalikan secara langsung, sedangkan lingkungan eksternal merupakan factor lingkungan yang berpengaruh terhadap kinerja organisasi dan cenderung di luar kendali.

## 1. Analisis Lingkungan Internal

Lingkungan internal mencakup struktur organisasi, komunikasi antar bagian dalam organisasi dan sumber daya yang semuanya akan mendukung kelangsungan hidup organisasi. Dengan melakukan analisa lingkungan internal melalui penerapan metoda analisis SWOT (Strength, Weakness, Opportunities dan Threats), akan membantu organisasi untuk mengoptimalkan kekuatan dan meminimalkan kelemahan secara internal, kekuatan dan kelemahan tersebut akan dijadikan alat untuk menjadi peluang untuk meraih peluang serta menghindari ancaman.

### a). Analisis kekuatan (Strength)

Kekuatan adalah situasi dan kemampuan yang bersifat positif yang memungkinkan organisasi memenuhi keuntungan strategik dalam mencapai visi dan misi. Kekuatan Dinas Kesehatan adalah :

1. Ketersediaan sumberdaya manusia yang memadai
2. Ketersediaan sarana prasarana pelayanan kesehatan
3. Ketersediaan anggaran pembangunan kesehatan yang bersumber dari APBD Kota Bukittinggi, APBD Propinsi Sumatera Barat dan APBN.

### b). Analisis Kelemahan (Weakness)

Kelemahan adalah situasi faktor-faktor luar organisasi yang bersifat negative yang menghambat organisasi dalam mencapai visi dan misi

Kelemahan yang ada mempengaruhi Dinas Kesehatan antara lain :

- a. Jumlah dan kapasitas aparat belum seluruhnya memenuhi tuntutan tugas dan belum sesuai dengan beban kerja
- b. Masih ada bagian yang bekerja tidak sesuai tupoksi

## 2. Analisis eksternal organisasi Lingkungan Eksternal

Analisis lingkungan eksternal organisasi merupakan hal yang sangat penting dalam factor-faktor penentu keberhasilan (critical success factors) bagi suatu organisasi dengan mengetahui kondisi akan dapat diketahui peluang dan ancaman yang mempengaruhi organisasi.

### a). Analisis peluang (opportunities)

Peluang adalah situasi dan factor-faktor luar organisasi yang bersifat positif, yang membantu organisasi mencapai atau mampu melampaui pencapaian visi dan misi. Berdasarkan eksternal yang dilakukan, maka peluang-peluang yang dapat dimanfaatkan adalah sebagai berikut :

- a. Kota Bukittinggi banyak memiliki fasilitas pelayanan kesehatan baik rumah sakit nasional (RS Stroke Nasional) serta RS Ahmad Muchtar serta rumah sakit swasta sehingga Kota Bukittinggi dikenal dengan kota pelayanan kesehatan.
- b. Kota Bukittinggi sebagai pusat pendidikan kesehatan dimana memiliki sarana pendidikan kesehatan ditingkat Diploma 3 sampai S2.
- c. Jumlah tenaga medis dan paramedis sudah memenuhi kebutuhan standar pelayanan.
- d. Masyarakat Kota Bukittinggi yang sudah memiliki kesadaran untuk memiliki jaminan kesehatan secara mandiri.

- e. Masyarakat Kota Bukittinggi memiliki tingkat pendidikan dan tingkat ekonomi yang sudah baik akan menuntut pelayanan kesehatan yang lebih baik.
- f. Adanya dukungan dari Lembaga Legislatif untuk pembangunan RSUD.
- g. Adanya regulasi tentang program kesehatan

b). Analisa tantangan (Threath)

Tantangan adalah factor-faktor luar organisasi yang berifat negative, yang dapat mengakibatkan organisasi gagal dalam mencapai visi dan misi. Tantangan yang harus dijawab adalah :

- a. Pola hidup masyarakat perkotaan yang meningkatkan resiko penyakit kardiovaskuler.
- b. Kota Bukittinggi sebagai kota wisata dan kota transit meningkatkan mobilitas penduduk dapat meningkatkan resiko penularan penyakit menular seperti DBD, TBC, HIV AIDS.
- c. Keterbatasan lahan untuk pengembangan dan Pembangunan Puskesmas, menjadi penghalang dalam mewujudkan akreditasi Puskesmas.
- d. Kota Bukittinggi belum memiliki Rumah Sakit Umum Daerah

Tabel 2.14

ANALISA SWOT

STRENGHT-WEAKNESS

No	KEKUATAN (Strenght)	No	Kelemahan (Weakness)
1	Ketersediaan sumberdaya manusia kesehatan yang memadai	1	Jumlah dan kapasistas aparat belum seluruhnya memenuhi tuntutan tugas dan belum sesuai dengan beban kerja
2	Ketersediaan sarana prasarana pelayanan kesehatan	2	Masih ada bagian yang bekerja tidak sesuai tupoksi
3	Ketersediaan anggaran pembangunan kesehatan yang bersumber dari APBD Kota Bukittinggi, APBD Propinsi Sumatera Barat dan APBN.	3	Struktur organisasi Dinas Kesehatan dengan tipe C memiliki beban yang cukup tinggi dalam melaksanakan tupoksi

Tabel 2.15

ANALISA SWOT

OPPORTUNITIES-THREAT

No	PELUANG (Opportunities)	No	Tantangan (Threat)
1	Kota Bukittinggi banyak memiliki fasilitas pelayanan kesehatan baik rumah sakit nasional (RS Stroke Nasional) serta RS Ahmad Muchtar serta rumah sakit swasta sehingga Kota Bukittinggi dikenal dengan kota pelayanan kesehatan.	1	Pola hidup masyarakat perkotaan yang meningkatkan resiko penyakit kardiovaskuler.



No	PELUANG (Opportunities)	No	Tantangan (Threat)
2	Kota Bukittinggi sebagai pusat pendidikan dimana memiliki sarana pendidikan baik tingkat SLTA, diploma III, S1 dan S2 sehingga banyaknya pelajar dan mahasiswa yang tinggal di Kota Bukittinggi selama masa pendidikan.	2	Kota Bukittinggi sebagai kota wisata dan kota transit meningkatkan mobilitas penduduk dapat meningkatkan resiko penularan penyakit menular seperti DBD, TBC, HIV AIDS.
3	Masyarakat Kota Bukittinggi yang sudah memiliki kesadaran untuk memiliki jaminan kesehatan secara mandiri.	3	Keterbatasan lahan untuk pengembangan dan Pembangunan Puskesmas, menjadi penghalang dalam mewujudkan akreditasi Puskesmas.
4	Masyarakat Kota Bukittinggi memiliki tingkat pendidikan dan tingkat ekonomi yang sudah baik akan menuntut pelayanan kesehatan yang lebih baik.	4	Kota Bukittinggi belum memiliki Rumah Sakit Umum Daerah
5	Adanya dukungan dari Lembaga Legislatif untuk pembangunan RSUD.		
6	Adanya regulasi tentang program kesehatan.		

Berdasarkan data dan informasi di atas didapat kesimpulan dan analisa sebagai berikut :

1. Strategi SW
  - a. Meningkatkan efektifitas pelaksanaan tugas pokok dan fungsi sumberdaya manusia dalam pencapaian kinerja.
  - b. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dengan akreditasi puskesmas.
  - c. Pemanfaatan anggaran pembangunan kesehatan secara optimal untuk pencapaian kinerja
2. Strategi OT
  - a. Meningkatkan kerjasama dengan sektor terkait dalam mengatasi permasalahan kesehatan serta isu-isu terkini dalam surveilans penyakit.
  - b. Memastikan masyarakat memiliki jaminan kesehatan dalam mengatasi masalah kesehatan
  - c. Mengoptimalkan kebijakan daerah yang sejalan dengan kebijakan nasional dalam mendukung program pembangunan kesehatan
  - d. Membangun rumah sakit daerah sebagai alternative pilihan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas.
3. Strategi ST
  - a. Mendorong unit penyelenggaraan pelayanan kesehatan di sektor swasta untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan melalui fungsi koordinasi.
  - b. Mengoptimalkan dukungan regulasi untuk menyelesaikan permasalahan kesehatan perkotaan.
4. Strategi OW

- a. Meningkatkan integrasi dan koordinasi program maupun sektoral untuk menyikapi struktur organisasi tipe C.
- b. Memanfaatkan kemajuan teknologi dan informasi untuk menghadapi masalah dalam pelaksanaan proses manajemen dan pelayanan kesehatan.

## BAB III

### PERMASALAHAN DAN ISU-ISU STRATEGIS PERANGKAT DAERAH

#### 3.1 Identifikasi Permasalahan Berdasarkan Tugas Dan Fungsi Perangkat Daerah

Identifikasi permasalahan berdasarkan tugas pokok dan fungsi Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi sebagaimana ditetapkan dalam peraturan Walikota Bukittinggi Peraturan Walikota Nomor 53 Tahun 2016 tanggal 5 Desember 2016 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja Dinas Kesehatan, masih terdapat beberapa permasalahan dalam pelaksanaan penyelenggaraan pemerintahan yang perlu diantisipasi dengan perencanaan yang matang dan komprehensif sehingga arah pembangunan sesuai dengan tujuan pembangunan daerah.

Tabel 3.1  
Identifikasi Permasalahan Berdasarkan Tugas dan Fungsi SKPD

Aspek Kajian	Capaian/Kondisi Saat ini	Standar yang Digunakan	Faktor yang Mempengaruhi		Permasalahan Pelayanan SKPD
			INTERNAL (KEWENANGAN SKPD)	EKSTERNAL (DILUAR KEWENANGAN SKPD)	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Analisis pelayanan Dinas Kesehatan	1. Masih tingginya angka kematian ibu 2. Masih tingginya angka kematian bayi dan anak	MDGs	1. Kompetensi tenaga kesehatan yang belum memadai 2. Koordinasi antara Puskesmas dengan Rumah Sakit yang belum maksimal 3. Koordinasi lintas program yang belum optimal	1. Rendahnya kesadaran masyarakat untuk pemeriksaan kehamilan K1 dan K4, kesehatan ibu dan anak. 2. Dukungan lintas sektor yang masih kurang	1. Mutu pelayanan kesehatan yang belum sesuai standar 2. Adanya penyakit penyerta 3. Kurangnya upaya promosi tentang kesehatan ibu dan anak 4. Kota Bukittinggi belum memiliki Rumah Sakit milik Pemerintah Kota
	3. Masih tingginya angka anak sekolah dengan status gizi pendek	Target Nasional (Kemenkes)	1. Kompetensi tenaga gizi yang belum memadai 2. Pembiayaan gizi yang belum maksimal 3. Belum adanya regulasi tentang kesehatan anak	1. Rendahnya kesadaran masyarakat untuk memberikan ASI eksklusif 2. Rendahnya pengetahuan masyarakat tentang pemberian makanan pada anak.	1. Mutu pelayanan kesehatan yang belum sesuai standar 2. Peningkatan kasus Penyakit infeksi 3. Kurangnya promosi gizi kepada keluarga

Aspek Kajian	Capaian/Kondisi Saat ini	Standar yang Digunakan	Faktor yang Mempengaruhi		Permasalahan Pelayanan SKPD
			INTERNAL (KEWENANGAN SKPD)	EKSTERNAL (DILUAR KEWENANGAN SKPD)	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
				3. Rendahnya status ekonomi masyarakat 4. Ketersediaan pangan tingkat rumah tangga yang terbatas	
	4. Masih tingginya penyakit menular dan tidak menular (Tuberkulosis, HIV AIDS, DBD)	MDGs	1. Kompetensi SDM pengelola program yang belum memadai 2. Sistem rujukan yang belum optimal 3. Sarana dan prasarana program yang masih kurang 4. Belum didukung oleh Regulasi	1. Mobilisasi penduduk dan kunjungan wisata dalam dan luar negeri 2. Perubahan iklim 3. Resistensi agen penyakit 4. Perubahan pola hidup masyarakat 5. Sanitasi Lingkungan yang tidak sehat 6. Rendahnya dukungan lintas sektor 7. Tingkat pengetahuan masyarakat yang masih rendah tentang penyakit 8. Rendahnya kesadaran masyarakat untuk imunisasi	1. Mutu pelayanan kesehatan yang belum sesuai standar 2. Upaya promosi kesehatan yang belum optimal tentang penyakit menular, tidak menular dan imunisasi 3. Distribusi petugas yang belum merata 4. Program penanggulangan penyakit yang belum terintegrasi dengan lintas program
	5. Masih rendahnya akses sanitasi dasar	Renstra 2010 - 2015	1. SDM Kesehatan lingkungan yang belum memadai 2. Fasilitas / sarana air bersih Kota yang belum memadai 3. Koordinasi lintas program yang belum terpadu 4. Belum didukung oleh Regulasi	1. Rendahnya kesadaran masyarakat untuk upaya penyehatan lingkungan 2. Sarana pengelolaan sampah dan limbah yang memadai 3. Koordinasi pengelolaan lingkungan belum terpadu 4. Pemberdayaan masyarakat yang masih kurang	1. Kekurangan tenaga kesehatan lingkungan 2. Koordinasi lintas program dan lintas sektor yang belum optimal 3. Regulasi pendukung belum tersedia

Aspek Kajian	Capaian/Kondisi Saat ini	Standar yang Digunakan	Faktor yang Mempengaruhi		Permasalahan Pelayanan SKPD
			INTERNAL (KEWENANGAN SKPD)	EKSTERNAL (DILUAR KEWENANGAN SKPD)	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	5. Masih rendahnya Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dan masih rendahnya peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan	Renstra 2010 - 2015	1. Kompetensi SDM belum memadai 2. Sarana dan prasarana belum memadai 3. Regulasi masih kurang 4. Penggalangan kemitraan dan advokasi belum maksimal	1. Belum adanya kebijakan berwawasan kesehatan 2. Upaya promosi yang belum maksimal 3. Rendahnya kesadaran masyarakat 4. Rendahnya dukungan lintas sektor 5. Belum adanya dukungan dari lembaga lain	1. Mutu pelayanan kesehatan yang belum sesuai standar 2. Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat belum optimal

Memperhatikan isu-isu dan permasalahan pembangunan yang dihadapi diharapkan kualitas pemerintahan menuju good governance dan clean government dapat diwujudkan. Berkaitan dengan isu-isu dan masalah pembangunan yang dihadapi Kota Bukittinggi pada tahun 2016-2021 tidak bisa dilepaskan dengan permasalahan dan isu pembangunan provinsi dan nasional. Secara umum isu dan permasalahan yang dihadapi antara lain :

1. Masih tingginya angka kematian ibu
2. Masih tingginya angka kematian bayi dan anak
3. Masih tingginya angka anak sekolah dengan status gizi pendek
4. Masih tingginya penyakit menular dan tidak menular (Tuberkulosis, HIV AIDS, DBD)
5. Masih rendahnya akses sanitasi dasar
6. Masih rendahnya Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

### 3.2 Telaahan Visi, Misi, dan Program Walikota dan Wakil Walikota Bukittinggi

Dengan telah dilantiknnya Walikota Bukittinggi dan Wakil Walikota Bukittinggi periode 2016-2021, pada tanggal 17 Februari 2016, berdasarkan Keputusan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 131.13-616 Tahun 2016 tanggal 12 Februari 2016, Tentang Pengangkatan Walikota Bukittinggi Provinsi Sumatera Barat maka Visi Misi kepala Daerah terpilih tersebut selanjutnya dijabarkan dalam dokumen perencanaan lima tahun daerah dengan mempertimbangkan potensi, kondisi, dan memperhatikan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah (RPJPD) Kota Bukittinggi tahun 2006-2025. Visi Kota Bukittinggi yang tercantum dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kota Bukittinggi Tahun 2016 – 2021 adalah :

**“TERWUJUDNYA BUKITTINGGI KOTA TUJUAN PARIWISATA,  
PENDIDIKAN, KESEHATAN, PERDAGANGAN DAN JASA, BERLANDASKAN  
NILAI AGAMA DAN BUDAYA”.**

Makna yang terkandung dalam Visi tersebut dapat dijabarkan sebagai berikut :

1. Bukittinggi kota tujuan pariwisata mempunyai makna bahwa Bukittinggi merupakan salah satu sentral wisata di wilayah Indonesia bagian barat yang disemangati dengan budaya yang bermartabat, masyarakat yang religius, kegiatan perdagangan yang maju, alam yang indah, kuliner yang berkelas, tertata, bersih dan sehat.
2. Bukittinggi kota pendidikan mengandung makna bahwa Bukittinggi mempunyai sumber daya manusia yang berkualitas dan mempunyai daya saing yang tinggi.
3. Bukittinggi kota kesehatan mengandung makna bahwa masyarakat kota Bukittinggi mempunyai lingkungan yang sehat dengan derajat kesehatan yang tinggi dan sentra pelayanan kesehatan daerah sekitarnya.
4. Bukittinggi kota perdagangan dan jasa mengandung makna bahwa semua pelaku ekonomi mempunyai jiwa kewirausahaan yang berdaya saing tinggi
5. Bukittinggi sebagai kota yang berlandaskan nilai-nilai agama mengandung makna bahwa masyarakat Bukittinggi menjadikan agama sebagai landasan dalam tata-tatanan kehidupan bermasyarakat dan berusaha.
6. Bukittinggi sebagai kota yang beradat dan berbudaya mengandung makna dalam menjalankan kehidupan sehari-hari berdasarkan filosofi Adat Basandi Syarak, Syarak Basandi Kitabullah.

Secara umum , maka untuk mencapai Visi dimaksud ditetapkan beberapa langkah dan strategi yaitu :

- a. Menjadikan nilai-nilai agama dan budaya yang telah hidup dan berkembang selama ini sebagai modal dasar guna mendorong peningkatan kegiatan pembangunan dengan segala aspeknya
- b. Mengembangkan pola partisipatif dalam perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi pembangunan.
- c. Menumbuh kembangkan kesadaran dan kepedulian para pelaku pembangunan (pemerintah, masyarakat, dan stakeholder lainnya termasuk perantau) dalam merencanakan, melaksanakan dan mengawasi serta memelihara pembangunan Kota Bukittinggi pada masa-masa selanjutnya.
- d. Memperkuat dan memberdayakan masing-masing sektor pendukung dan sumber daya pembangunan sehingga lebih bisa menyatu dalam satu tujuan pembangunan Kota Bukittinggi ke depan.
- e. Membangun sinergitas kuat antar sektor, pelaku pembangunan.
- f. Membangun karakter sumber daya manusia aparat pengelola pembangunan yang lebih terintegrasi kedalam sistem birokrasi yang tertata rapi sesuai dengan azas tata kelola

pemerintahan yang baik dan bersih (*good governance and clean goverment*)

- g. Membangun regulasi dan sistem informasi pendukung pelaksanaan dan penataan pembangunan Kota Bukittinggi.
- h. Membangun kemitraan antar pelaku pembangunan untuk menciptakan iklim yang kondusif dalam berbagai aspek pembangunan

#### Misi

Misi disusun dalam rangka mengimplementasikan langkah-langkah yang akan dilakukan dalam mewujudkan visi pembangunan daerah. Misi pembangunan jangka menengah daerah tahun 2016-2021 ditetapkan sejalan dengan RPJPD Kota Bukittinggi. Ada 5 Misi yang telah ditetapkan sebagai perwujudan dan penjabaran dari Visi. Adapun Misi dimaksud adalah sebagai berikut:

1. Mengembangkan dan memberdayakan partisipasi berbagai potensi pemangku kepentingan (Pemerintah, Dunia usaha dan Masyarakat).
2. Meningkatkan kinerja Pemerintahan secara professional, transparan, akuntabel dan mempunyai jiwa kewirausahaan.
3. Meningkatkan pembangunan, penataan dan pengelolaan Sarana dan Prasarana secara terpadu dan berwawasan lingkungan.
4. Mengembangkan system ekonomi perkotaan secara lebih berdaya guna
5. Meningkatkan kualitas pelayanan pariwisata, pendidikan, kesehatan, perdagangan dan jasa serta kesejahteraan sosial masyarakat

Dalam mendukung mewujudkan visi dan misi Kota Bukittinggi terkait dengan tugas dan fungsi Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi sebagai berikut :

No	Misi	No	Tujuan	No	Sasaran
1	Mewujudkan pelayanan kesehatan yang paripurna, merata, bermutu dan terjangkau	1	Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat.	1	Meningkatnya kualitas layanan kesehatan, status kesehatan dan gizi masyarakat
2	Mewujudkan penurunan angka kesakitan penyakit menular, penyaki tidak menular dan penyehatan lingkungan.			2	Meningkatnya pemerataan dan mutu pelayanan kesehatan serta sumber daya kesehatan
				3	Meningkatnya pengendalian penyakit menular dan tidak menular serta penyehatan lingkungan

No	Misi	No	Tujuan	No	Sasaran
				4	Meningkatnya kualitas pengelolaan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP)

Berdasarkan pada visi dan misi Walikota dan Wakil Walikota dalam RPJMD Kota Bukittinggi 2016-2021, maka beberapa keterkaitan RPJMD dengan Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi yaitu :

1. Dari aspek visi terlihat bahwa kesehatan merupakan program prioritas bagi Pemerintah Kota Bukittinggi 5 tahun kedepan yang bermakna bahwa Pemerintah kota Bukittinggi bercita-cita mewujudkan lingkungan yang sehat dengan derajat kesehatan yang tinggi dan sentra pelayanan kesehatan daerah sekitarnya.
2. Pada kalimat misi terlihat pada misi ke – 5 yaitu meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat.
3. Pada sasaran dan tujuan dijelaskan bahwa Pemerintah Kota memiliki tujuan pembangunan yaitu untuk Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan sasaran meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan.

### **3.3 Telaahan Renstra Kementerian dan Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat**

#### **3.3.1 Renstra Kementerian Kesehatan**

Dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2015- 2019 tidak ada visi dan misi, namun mengikuti visi dan misi Presiden Republik Indonesia yaitu “Terwujudnya Indonesia yang Berdaulat, Mandiri dan Berkepribadian Berlandaskan Gotong-royong”. Upaya untuk mewujudkan visi ini adalah melalui 7 misi pembangunan yaitu:

1. Terwujudnya keamanan nasional yang mampu menjaga kedaulatan wilayah, menopang kemandirian ekonomi dengan mengamankan sumber daya maritim dan mencerminkan kepribadian Indonesia sebagai negara kepulauan.
2. Mewujudkan masyarakat maju, berkesinambungan dan demokratis berlandaskan negara hukum.
3. Mewujudkan politik luar negeri bebas dan aktif serta memperkuat jati diri sebagai negara maritim.
4. Mewujudkan kualitas hidup manusia Indonesia yang tinggi, maju dan sejahtera.
5. Mewujudkan bangsa yang berdaya saing.



6. Mewujudkan Indonesia menjadi negara maritim yang mandiri, maju, kuat dan berbasiskan kepentingan nasional, serta
7. Mewujudkan masyarakat yang berkepribadian dalam kebudayaan.

Selanjutnya terdapat 9 agenda prioritas yang dikenal dengan NAWA CITA yang ingin diwujudkan pada Kabinet Kerja, yakni:

1. Menghadirkan kembali negara untuk melindungi segenap bangsa dan memberikan rasa aman pada seluruh warga Negara.
2. Membuat pemerintah tidak absen dengan membangun tata kelola pemerintahan yang bersih, efektif, demokratis dan terpercaya.
3. Membangun Indonesia dari pinggiran dengan memperkuat daerah-daerah dan desa dalam kerangka negara kesatuan.
4. Menolak negara lemah dengan melakukan reformasi sistem dan penegakan hukum yang bebas korupsi, bermartabat dan terpercaya.
5. Meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia.
6. Meningkatkan produktifitas rakyat dan daya saing di pasar Internasional.
7. Mewujudkan kemandirian ekonomi dengan menggerakkan sektor-sektor strategis ekonomi.
8. Melakukan revolusi karakter bangsa.
9. Memperteguh ke-Bhineka-an dan memperkuat restorasi sosial Indonesia.

Kementerian Kesehatan mempunyai peran dan berkontribusi dalam tercapainya seluruh Nawa Cita terutama terutama dalam meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia. Terdapat dua tujuan Kementerian Kesehatan pada tahun 2015-2019, yaitu: 1) meningkatnya status kesehatan masyarakat dan; 2) meningkatnya daya tanggap (*responsiveness*) dan perlindungan masyarakat terhadap risiko sosial dan finansial di bidang kesehatan. Peningkatan status kesehatan masyarakat dilakukan pada semua kontinum siklus kehidupan (*life cycle*), yaitu bayi, balita, anak usia sekolah, remaja, kelompok usia kerja, maternal, dan kelompok lansia.

Tujuan indikator Kementerian Kesehatan bersifat dampak (*impact* atau *outcome*). dalam peningkatan status kesehatan masyarakat, indikator yang akan dicapai adalah:

1. Menurunnya angka kematian ibu dari 359 per 100.00 kelahiran hidup (SP 2010), 346 menjadi 306 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI 2012).
2. Menurunnya angka kematian bayi dari 32 menjadi 24 per 1.000 kelahiran hidup.
3. Menurunnya persentase BBLR dari 10,2% menjadi 8%.
4. Meningkatnya upaya peningkatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, serta pembiayaan kegiatan promotif dan preventif.
5. Meningkatnya upaya peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat.

Sedangkan dalam rangka meningkatkan daya tanggap (responsiveness) dan perlindungan masyarakat terhadap risiko sosial dan finansial di bidang kesehatan, maka ukuran yang akan dicapai adalah :

1. Menurunnya beban rumah tangga untuk membiayai pelayanan kesehatan setelah memiliki jaminan kesehatan, dari 37% menjadi 10%
2. Meningkatnya indeks responsiveness terhadap pelayanan kesehatan dari 6,80 menjadi 8,00.

Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan adalah:

1. Meningkatnya Kesehatan Masyarakat, dengan sasaran yang akan dicapai adalah :
  - a. Meningkatnya persentase persalinan di fasilitas kesehatan sebesar 85%.
  - b. Menurunnya persentase ibu hamil kurang energi kronik sebesar 18,2%.
  - c. Meningkatnya persentase kabupaten dan kota yang memiliki kebijakan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) sebesar 80%.
2. Meningkatnya Pengendalian Penyakit, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
  - a. Persentase kab/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan sebesar 40%.
  - b. Penurunan kasus Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) tertentu sebesar 40%.
  - c. Kab/Kota yang mampu melaksanakan kesiapsiagaan dalam penanggulangan kedaruratan kesehatan masyarakat yang berpotensi wabah sebesar 100%.
  - d. Menurunnya prevalensi merokok pada pada usia  $\leq 18$  tahun sebesar 5,4%.
3. Meningkatnya Akses dan Mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
  - a. Jumlah kecamatan yang memiliki minimal 1 Puskesmas yang terakreditasi sebanyak 5.600.
  - b. Jumlah kab/kota yang memiliki minimal 1 RSUD yang terakreditasi sebanyak 481 kab/kota.
4. Meningkatnya akses, kemandirian, dan mutu sediaan farmasi dan alat kesehatan, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
  - a. Persentase ketersediaan obat dan vaksin di Puskesmas sebesar 90%.
  - b. Jumlah bahan baku obat, obat tradisional serta alat kesehatan yang diproduksi di dalam negeri sebanyak 35 jenis.
  - c. Persentase produk alat kesehatan dan PKRT di peredaran yang memenuhi syarat sebesar 83%.
5. Meningkatnya Jumlah, Jenis, Kualitas dan Pemerataan Tenaga Kesehatan, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
  - a. Jumlah Puskesmas yang minimal memiliki 5 jenis tenaga kesehatan sebanyak 5.600 Puskesmas.

- b. Persentase RS kab/kota kelas C yang memiliki 4 dokter spesialis dasar dan 3 dokter spesialis penunjang sebesar 60%.
  - c. Jumlah SDM Kesehatan yang ditingkatkan kompetensinya sebanyak 56,910 orang.
- 6. Meningkatnya sinergitas antar Kementerian/Lembaga, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
  - a. Meningkatnya jumlah kementerian lain yang mendukung pembangunan kesehatan.
  - b. Meningkatnya persentase kab/kota yang mendapat predikat baik dalam pelaksanaan SPM sebesar 80%.
- 7. Meningkatnya daya guna kemitraan dalam dan luar negeri, dengan sasaran yang akan dicapai adalah :
  - a. Jumlah dunia usaha yang memanfaatkan CSR untuk program kesehatan sebesar 20%.
  - b. Jumlah organisasi kemasyarakatan yang memanfaatkan sumber dayanya untuk mendukung kesehatan sebanyak 15.
  - c. Jumlah kesepakatan kerja sama luar negeri di bidang kesehatan yang diimplementasikan sebanyak 40.
- 8. Meningkatnya integrasi perencanaan, bimbingan teknis dan pemantauan-evaluasi, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
  - a. Jumlah provinsi yang memiliki rencana lima tahun dan anggaran kesehatan terintegrasi dari berbagai sumber sebanyak 34 provinsi.
  - b. Jumlah rekomendasi monitoring evaluasi terpadu sebanyak 100 rekomendasi.
- 9. Meningkatnya efektivitas penelitian dan pengembangan kesehatan, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
  - a. Jumlah hasil penelitian yang didaftarkan HKI sebanyak 35 buah.
  - b. Jumlah rekomendasi kebijakan berbasis penelitian dan pengembangan kesehatan yang diadvokasikan ke pengelola program kesehatan dan atau pemangku kepentingan sebanyak 120 rekomendasi.
  - c. Jumlah laporan Riset Kesehatan Nasional (Riskesnas) bidang kesehatan dan gizi masyarakat sebanyak 5 laporan.
- 10. Meningkatnya tata kelola pemerintahan yang baik dan bersih, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
  - a. Persentase satuan kerja yang dilakukan audit memiliki temuan kerugian negara  $\leq 1\%$  sebesar 100%. Meningkatnya kompetensi dan kinerja aparatur Kementerian Kesehatan, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
    - a. Meningkatnya persentase pejabat struktural di lingkungan Kementerian Kesehatan yang kompetensinya sesuai persyaratan jabatan sebesar 90%.
    - b. Meningkatnya persentase pegawai Kementerian Kesehatan dengan nilai kinerja minimal baik sebesar 94%.

11. Meningkatkan sistem informasi kesehatan integrasi, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
  - a. Meningkatnya persentase Kab/Kota yang melaporkan data kesehatan prioritas secara lengkap dan tepat waktu sebesar 80%.
  - b. Persentase tersedianya jaringan komunikasi data yang diperuntukkan untuk akses pelayanan *e-health* sebesar 50%.

### 3.3.2 Renstra Dinas Kesehatan Propinsi Sumatera Barat

Dalam Renstra Dinas Kesehatan Propinsi Sumatera Barat, beberapa isu strategis yang ditetapkan adalah:

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

Visi Dinas kesehatan Propinsi Sumatera Barat merujuk pada visi Gubernur dan RPJMD 2016-2021 dan visi dalam Renstra Kementerian Kesehatan. Rumusan Visi Renstra Dinas kesehatan Propinsi Sumatera Barat 2016-2021 adalah sebagai berikut:

**" Menjadikan Masyarakat Sumbang Peduli Sehat, mandiri, Berkualitas dan Berkeadilan."**

Misi Dinas Kesehatan Propinsi Sumatera Barat secara jelas menggambarkan visi Dinas Kesehatan yang menjadi cita-cita upaya kesehatan dan menguraikan upaya-upaya yang akan dilakukan Dinas kesehatan Propinsi Sumatera Barat. Dalam perencanaan Misi ini penting untuk memberikan kerangka dalam mencapai tujuan dan sasaran yang akan dicapai. Misi tersebut adalah :

1. Meningkatkan sumberdaya manusia yang sehat, kuat, dan bermartabat serta sadar akan arti pentingnya kesehatan.
2. Meningkatkan upaya kesehatan yang paripurna.
3. Mewujudkan Jaminan kesehatan untuk seluruh masyarakat.

Tujuan dan Sasaran

#### 1. Tujuan

Dalam upaya mencapai visi dan misi Dinas kesehatan, dirumuskan suatu bentuk yang lebih terarah berupa tujuan dan sasaran yang strategis organisasi. Tujuan dan sasaran adalah perumusan sasaran yang selanjutnya yang akan menjadi dasar penyusunan kinerja selama lima tahun. Tujuan yang akan dicapai Dinas kesehatan adalah sebagai berikut:

- 1) Dalam mewujudkan misi ke satu yaitu “ Meningkatkan sumberdaya manusia yang sehat, kuat, dan bermartabat serta sadar akan arti pentingnya kesehatan”, maka tujuan yang ingin dicapai adalah:
  - a. Meningkatkan ketersediaan dan mutu SDM kesehatan sesuai standar
  - b. Meningkatkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di masyarakat.
- 2) Dalam mewujudkan misi kedua yaitu “Meningkatkan upaya kesehatan yang paripurna”, maka tujuan yang ingin dicapai adalah:
  - a. Meningkatkan derajat kesehatan Ibu dan Anak.
  - b. Menurunkan Prevalensi kekurangan gizi masyarakat.
  - c. Meningkatkan akses pada lingkungan yang sehat
  - d. Meningkatkan ketersediaan obat dan vaksin
  - e. Meningkatkan mutu dan pelayanan kesehatan sesuai standar.
  - f. Optimalisasi upaya pengendalian penyakit menular dan tidak menular
- 3) Dalam mewujudkan misi ketiga yaitu “Mewujudkan Jaminan kesehatan untuk seluruh masyarakat”, maka tujuan yang ingin dicapai adalah:  
Meningkatkan perlindungan sosial dan jaminan kesehatan masyarakat peserta program Jaminan kesehatan Sumbar Sakato.

## 2. Sasaran

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

- 1) Dalam mewujudkan tujuan “Meningkatkan ketersediaan dan mutu SDM kesehatan sesuai standar”, maka ditetapkan sasaran :
  - a. Meningkatnya jumlah, jenis, mutu dan pemerataan SDM kesehatan dengan indikator sasaran:
    - a) Jumlah tenaga kesehatan yang mendapat sertifikat pelatihan terakreditasi.
- 2) Dalam mewujudkan tujuan “Meningkatkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di masyarakat”, maka ditetapkan sasaran Meningkatnya Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di masyarakat dengan indikator sasaran:
  - a. Jumlah Kebijakan Publik yang berwawasan kesehatan.
- 3) Dalam mewujudkan tujuan “Meningkatkan derajat kesehatan Ibu dan Anak”, maka ditetapkan sasaran “*Meningkatnya Kesehatan Ibu dan Anak*” dengan indikator sasaran :
  - a. Persentase persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan.
  - b. Persentase kunjungan Neonatal Pertama (KN1)
  - a. Dalam mewujudkan tujuan “Meningkatkan status gizi masyarakat” maka ditetapkan sasaran “ *Menurunkan prevalensi kekurangan gizi pada anak Balita* ” dengan indikator sasaran Prevalensi Gizi Kurang ( Berat Badan/Umur)

- 4) Dalam mewujudkan tujuan "Meningkatkan akses pada lingkungan yang sehat", maka ditetapkan sasaran " *Meningkatnya pengawassan dan penyehatkan kualitas lingkungan*" dengan indikator sasaran :
  - a. Persentase sarana air minum yang dilakukan pengawasan.
  - b. Persentase Rumah Sakit Propinsi yang melakukan pengelolaan limbah medis sesuai standar
  - c. Persentase Kabupaten/Kota yang menyelenggarakan tatanan kawasan sehat.
- 5) Dalam mewujudkan tujuan "Meningkatkan ketersediaan obat dan vaksin", maka ditetapkan sasaran " *Meningkatnya ketersediaan, keterjangkauan dan mutu obat dan vaksin*" dengan indikator sasaran:
  - a. Persentase ketersediaan obat dan vaksin di Puskesmas
- 6) Dalam mewujudkan tujuan "Meningkatkan mutu dan pelayanan kesehatan sesuai standar", maka ditetapkan sasaran "Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan sesuai standar dengan indikator sasaran:
  - a. Persentase Puskesmas yang terakreditasi minimal 1 per Kecamatan.
  - b. Persentase rumah Sakityang terakreditasi minimal 1 per Kabupaten/Kota
- 7) Dalam mewujudkan tujuan "Optimalisasi upaya pengendalian penyakit menular dan tidak menular", maka ditetapkan sasaran Meningkatkan Upaya Pengendalian penyakit menular dan tidak menular dengan indikator sasaran:
  - a. Persentase anak usia 0-18 bulan yang mendapat imunisasi lengkap
  - b. Jumlah Kab / Kota API  $\leq 1/100.000$  penduduk
  - c. Junlah Kab/Kota dengan IR DBD < 49 per 100.000 penduduk
  - d. Persentase Kab/Kota dengan angka keberhasilan pengobatan TB Paru BTA (+) (Success Rate)
  - e. Persentase angka kasus HIV yang diobati
  - f. Persentase Puskesmas menyelenggarakan pengendalaian Penyakit Tidak Menular (PTM) terpadu.
  - g. Persentase RSUD Rujukan Regional yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Jiwa/ Psikiatri.
- 8) Dalam mewujudkan tujuan " *Meningkatkan perlindungan sosial dan jaminan kesehatan masyarakat peserta Program Jaminan Kesehatan Sumbar Sakato*", maka ditetapkan sasaran "Meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan peserta Program Jaminan Kesehatan Sumbar Sakato" dengan indikator : Persentase Pembiayaan *Total Coverage*.

### 3.4 Telaahan Rencana Tata Ruang Wilayah dan Kajian Lingkungan Hidup Strategis

Berasarkan Undang-Undang Nomor 26 tahun 2017 tentang penataan ruang dan peraturan pemerintah nomor 26 tahun 2008 tentang rencana tata ruang wilayah nasional, maka strategi dan arahan keijakan struktur dan pola ruang wilayah nasional perlu dijabarkan ke dalam rencana tata ruang wilayah Kota Bukittinggi yang dituangkan kedalam Peraturan Daerah Kota Bukittinggi nomor 6 tahun

2011 tentang rencana tata ruang Kota Bukittinggi tahun 2010-2030. Tujuan penataan ruang wilayah Kota Bukittinggi adalah mewujudkan Kota Bukittinggi sebagai pemukiman, pariwisata budaya dan pariwisata alam, pusat perdagangan dan jasa yang aman dan nyaman berbasis mitigasi bencana serta memperhatikan keterlanjutan pemanfaatan sumberdaya alam. Kebijakan penataan wilayah Kota Bukittinggi meliputi :

- a. Pembangunan Kota Bukittinggi berbasis kebencanaan
- b. Pembangunan pusat-pusat pelayanan Kota Bukittinggi secara merata berdasarkan pada kesesuaian fungsi pusat-pusat pelayanan, sebaran pemukiman dan dukungan sistem transportasi
- c. Peningkatan kualitas dan jangkaun pelayanan jaringan prasarana transportasi, telekomunikasi, energi, sumberdaya air serta sarana prasarana Kota Bukittinggi yang merata dan terpadu secara regional dan nasional.
- d. Peningkatan keterpaduan antar kegiatan budidaya sesuai dengan daya dukung dan daya tampung lingkungan
- e. Peningkatan koordinasi, sinkronisasi, dan integrasi pembangunan Kota Bukittinggi melalui kemitraan pemangku kepentingan dan penguatan peran masyarakat.
- f. Pengebagian sektor pariwisata alam dan pariwisata budaya Kota Bukittinggi agar memiliki peran yang strategis ditingkat regional, nasional dan internasional.
- g. Peningkatan fungsi dan kualitas perlindungan setempat dan cagar budaya di Kota Bukittinggi
- h. Peningkatan fungsi kawasan untuk pertahanan dan keamanan Negara serta turut memelihara dan menjaga aset pertanahan/TNI.

Proses pembangunan berpotensi menimbulkan dampak dan/ atau risiko terhadap lingkungan hidup. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2014 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan, Pembangunan Nasional diselenggarakan berdasarkan demokrasi dengan prinsip-prinsip kebersamaan, berkeadilan, berkelanjutan, berwawasan lingkungan, serta kemandirian dengan menjaga keseimbangan kemajuan dan kesatuan Nasional. Kajian Lingkungan Hidup Strategis (KLHS) merupakan upaya untuk menjamin perencanaan pembangunan memenuhi prinsip-prinsip pembangunan keberlanjutan yang berwawasan lingkungan.

Berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri (Permendagri) Nomor 67 Tahun 2012 tentang Pedoman Pelaksanaan Kajian Lingkungan Hidup Strategis dalam Penyusunan atau Evaluasi Rencana Pembangunan Daerah, KLHS adalah serangkaian analisis yang sistematis, menyeluruh dan partisipatif. KLHS berfungsi untuk memastikan bahwa kaidah pembangunan berkelanjutan telah menjadi dasar dan terintegrasi dalam pembangunan suatu wilayah dan/atau kebijakan, rencana, dan/atau program.

KLHS menganalisis prediksi dampak rencana pembangunan terhadap lingkungan hidup untuk menyusun mitigasi dari kebijakan atau memberikan alternatif kebijakan sehingga dampak lingkungan atau risiko yang diperkirakan akan terjadi dapat diminimalisir atau dihindari sehingga pelaksanaan pembangunan tidak menimbulkan persoalan baru di masa yang akan datang dan dapat mengurangi potensi kerugian serta kehilangan manfaat pada saat kebijakan tersebut sudah diimplementasikan.

KLHS pada Renstra Dinas Kesehatan mengacu pada KLHS pada RPJMD Kota Bukittinggi Tahun 2016 – 2021. Pada KLHS tingkat Kota sudah dilakukan penyusunan daftar panjang isu-isu lingkungan, isu sosial budaya dan isu-isu ekonomi di Kota Bukittinggi, dilakukan diskusi dan Focus Group Discussion (FGD) dengan SKPD dan Pemangku Kepentingan (Stakeholders) yang dilaksanakan pada Kamis 10 Maret 2016.

Berdasarkan hasil FGD tersebut, terdapat 14 daftar panjang isu lingkungan hidup strategis yang dikelompokkan dalam 6 tema :

1. Sumber Daya Air
2. Persampahan
3. Alih Fungsi Lahan
4. Sarana dan Prasarana Transportasi
5. Sosial Kemasyarakatan
6. Kesehatan Masyarakat

Sedangkan isu-isu pembangunan berkelanjutan yang berhubungan dengan kesehatan masyarakat adalah :

NO	URAIAN	PENJELASAN
1	Tema Isu-isu Pembangunan Berkelanjutan	Kesehatan masyarakat
2	Gambaran Singkat	Pada tahun 2015 berdasarkan SLHD Provinsi Sumatera Barat, sekitar 51.216 orang penderita penyakit berbasis lingkungan (ISPA, Diare dan Penyakit Kulit) di Kota Bukittinggi. Peningkatan jumlah penderita penyakit berbasis lingkungan tersebut diantaranya disebabkan oleh polusi kabut asap akibat kebakaran hutan dan lahan yang menyebabkan penyakit ISPA dan pencemaran badan air penerima sehingga air minum dan air bersih masyarakat menjadi tercemar yang menyebabkan penyakit diare dan penyakit kulit.
3	Tujuan (Target dan Indikator)	<p>Terlaksananya lima pilar Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM). STBM adalah pendekatan untuk mengubah perilaku higienis dan saniter melalui pemberdayaan masyarakat dengan cara pemucuan yang bertujuan untuk memutus mata rantai penularan penyakit dan keracunan.</p> <p>Berdasarkan Permenkes No. 3 tahun 2014 tentang STBM, 5 Pilar STBM yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stop Buang Air Besar Sembarangan</li> <li>2. Cuci Tangan Pakai Sabun</li> <li>3. Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga</li> <li>4. Pengamanan Sampah Rumah Tangga</li> <li>5. Pengamanan Limbah Cair Rumah Tangga</li> </ol>
4	Isu-Isu Penting Terkait yang Perlu Didiskusikan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penurunan kualitas air</li> <li>2. Peningkatan penderita penyakit berbasis lingkungan</li> </ol>
5	Data dan Informasi yang Diperlukan untuk Analisis Baseline	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Data sumber air bersih</li> <li>2. Data penderita penyakit berbasis lingkungan</li> </ol>
6	Pemangku Kepentingan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kantor Lingkungan Hidup</li> <li>2. Dinas Kesehatan</li> </ol>



### **3.5 Penentuan Isu-Isu Strategis**

Berdasarkan telaahan terhadap tugas pokok dan fungsi, visi misi kepala daerah dan telaahan terhadap Renstra Kementrian Lembaga dan pemerintahan provinsi maka ditetapkan isu strategis Dinas Kesehatan sebagai berikut :

1. Peningkatan Angka Kematian ibu, Angka Kematian Bayi dan Anak
2. Tingginya angka anak sekolah dengan status gizi pendek (stunting)
3. Peningkatan kasus penyakit menular Tuberculosis, HIV AIDS, Demam Berdarah Dengue (DBD).
4. Peningkatan kasus Penyakit Tidak Menular (PTM)
5. Rendahnya akses sanitasi dasar
6. Mutu pelayanan kesehatan yang belum sesuai standar
7. Masih rendahnya Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)
8. Ketersediaan Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bukittinggi

## BAB IV

### TUJUAN DAN SASARAN

#### 4.1 Tujuan dan sasaran Jangka Menengah Perangkat Daerah

Penetapan tujuan dan sasaran didasarkan pada identifikasi factor-faktor kunci keberhasilan yang ditetapkan setelah penetapan visi dan misi. Penetapan tujuan akan mengarah kepada perumusan sasaran, kebijakan, program dan kegiatan dalam rangka merealisasikan visi dan misi. Sasaran menggambarkan hal-hal yang ingin dicapai melalui tindakan-tindakan terfokus yang bersifat spesifik, terinci, terukur dan dapat dicapai.

Dinas Kesehatan harus memberikan kontribusi yang signifikan bagi keberhasilan pelaksanaan RPJMD Kota Bukittinggi 2016-2021 dan RKPD, melalui penyusunan rencana pembangunan daerah (RPJMD, RKPD) yang berkualitas dan pelaksanaan tugas-tugas lainnya dari Walikota. Kualitas rencana pembangunan tersebut dilihat dari: 1) adanya tujuan, target, dan sasaran yang jelas dan terukur; 2) adanya integrasi, sinkronisasi dan sinergi antar-daerah, antar-ruang, antar-waktu, dan antar-fungsi pemerintah, maupun antara pusat dan daerah; 3) adanya keterkaitan dan konsistensi antara perencanaan, penganggaran, pelaksanaan dan pengawasan; serta 4) integrasi (keterkaitan) dan konsistensi antara pencapaian tujuan pembangunan daerah (RPJMD dan RKPD) dengan tujuan pembangunan yang dilaksanakan oleh masing-masing fungsi pemerintahan baik di tingkat pusat (Renstra/Renja Kementerian/Lembaga) maupun daerah (RPJMD/RKPD/ Renstra SKPD). Sedangkan keberhasilan pelaksanaan tugas-tugas lainnya dari Walikota dilihat dari sejauh mana tugas-tugas tersebut dimanfaatkan oleh Walikota. Apabila keseluruhan hal tersebut dapat terpenuhi, maka berarti Dinas Kesehatan telah mampu berperan dalam mendukung pencapaian, target, sasaran, misi dan visi RPJMD 2016-2021.

#### 4.2 Hubungan Tujuan dan Sasaran Perangkat Daerah dengan Tujuan dan Sasaran RPJMD

##### 4.2.1 Tujuan

Untuk mewujudkan Visi dan melaksanakan Misi di atas, Dinas Kesehatan menetapkan tujuan yang akan dicapai dalam 5 (lima) tahun ke depan yaitu **MENINGKATNYA DERAJAT KESEHATAN MASYARAKAT KOTA BUKITTINGGI** dengan indikator **USIA HARAPAN HIDUP**.

##### 4.2.2 Sasaran

Untuk memastikan pencapaian tujuan yang diharapkan seperti diatas berkualitas, maka sasaran Jangka Menengah Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi dijabarkan sebagai berikut:

##### 1. Meningkatnya kesehatan masyarakat

Diukur dengan indikator :

- 1) Jumlah kasus kematian ibu melahirkan
- 2) Jumlah kasus kematian bayi baru lahir
- 3) Prevalensi gizi kurang BB/TB ( $\leq -2$  SD) (Wasting)

- 4) Persentase keluarga sehat
2. Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan  
Diukur dengan indikator :
  - 1) Persentase masyarakat yang mendapatkan pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan sesuai standar
  - 2) Persentase peningkatan sarana dan prasana pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan

Disamping itu dalam rangka meningkatkan kualitas pengelolaan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) maka perbaikan kinerja pengelolaan administrasi umum, kepegawaian, perencanaan dan keuangan juga terus menerus ditingkatkan dengan indikator meningkatnya nilai SAKIP Dinas Kesehatan.

Berikut rumusan hubungan tujuan dan sasaran jangka menengah SKPD sebagaimana dihasilkan pada tahapan Perumusan Tujuan dan Sasaran Pelayanan Jangka Menengah Dinas Kesehatan, disajikan dalam tabel 4.1.

Tabel 4.1  
Tujuan dan Sasaran Jangka Menengah Pelayanan Dinas Kesehatan

TUJUAN		INDIKATOR	Th.2016	Th.2017	Th.2018	Th.2019	Th.2020	Th.2021
			Target	Target	Target	Target	Target	Target
	MENINGKATNYA DERAJAT KESEHATAN MASYARAKAT KOTA	USIA HARAPAN HIDUP	73,6	73,69	73,91	74,22	74,52	74,7
NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR SASARAN	Th.2016	Th.2017	Th.2018	Th.2019	Th.2020	Th.2021
			Target	Target	Target	Target	Target	Target
1	MENINGKATNYA STATUS KESEHATAN MASYARAKAT	Jumlah kasus kematian ibu melahirkan	6 kss	6 kss	5 kss	5 kss	3 kss	3 kss
		Jumlah kasus kematian bayi	12 kss	12 kss	10 kss	10 kss	6 kss	6 kss
		Persentase balita yang kurang gizi menurut BB/TB( $\leq -2$ SD) (Wasting)	7%	7%	6,5%	6,50%	6,00%	6,00%
		Persentase keluarga sehat	10%	10%	12%	12%	18%	18%
2	MENINGKATNYA PEMERATAAN DAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN	Persentase masyarakat yang mendapatkan pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan	75%	75%	80%	85%	90%	90%
		Persentase peningkatan sarana dan prasana pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan	60%	60%	65%	70%	80%	85%

#### 4.2.3 Indikator Kinerja Utama (IKU)

Dalam rangka pengukuran dan peningkatan kinerja Dinas Kesehatan serta lebih meningkatkan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, maka ditetapkan Indikator Kinerja Utama (IKU). IKU adalah ukuran keberhasilan dari suatu tujuan dan sasaran strategis organisasi. Dari

beberapa indikator yang ada pada sasaran, ditetapkan 5 (lima) Indikator Kinerja Utama Dinas Kesehatan yaitu :

NO.	INDIKATOR KINERJA	TARGET KINERJA PADA TAHUN KE-				
		1	2	3	4	5
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	Jumlah kasus kematian ibu melahirkan	6 kss	6 kss	5 kss	5 kss	3 kss
2	Jumlah kasus kematian bayi baru lahir	12 kss	12 kss	10 kss	10 kss	6 kss
3	Prevalensi gizi kurang BB/TB ( $\leq -2$ SD) (Wasting)	7 %	7 %	6,5%	6%	6%
4	Persentase keluarga sehat	10%	10%	12%	12%	18%
5	Persentase masyarakat yang mendapatkan pelayanan kesehatan	75%	75%	80%	85%	90%
6	Persentase peningkatan sarana prasarana pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan	60%	60%	65%	75%	80%

## **BAB V**

### **STRATEGI DAN ARAH KEBIJAKAN**

#### **5.1. Strategi**

Strategi yang difokuskan dalam pembangunan kesehatan adalah :

1. Akselerasi penenuhan akses pelayanan kesehatan ibu, anak, remaja dan lanjut usia yang berkualitas
2. Mempercepat perbaikan gizi masyarakat
3. Meningkatkan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat
4. Meningkatkan Ketersediaan, Keterjangkauan, Pemerataan, dan Kualitas Farmasi dan Alat Kesehatan
5. Meningkatkan Akses Pelayanan Kesehatan Dasar dan rujukan yang Berkualitas
6. Pembangunan Rumah Sakit Milik Daerah
7. Meningkatkan pengendalian penyakit menular
8. Meningkatkan pengendalian penyakit tidak menular
9. Meningkatkan upaya penyehatan lingkungan
10. Meningkatkan kepesertaan Jaminan Kesehatan
11. Meningkatkan tata kelola pemerintahan yang baik dan bersih

#### **5.2. Kebijakan**

Kebijakan Dinas Kesehatan dalam lima tahun mendatang, sebagaimana dihasilkan pada tahapan perumusan Strategi disajikan dalam tabel 5.1.

Tabel 5.1.

## Tujuan, Sasaran, Strategi, dan Kebijakan

<b>VISI</b> : Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas Untuk Mewujudkan Masyarakat Kota Bukittinggi Sehat, Mandiri dan Berkeadilan			
<b>MISI I</b> : (1). Mewujudkan pelayanan kesehatan yang paripurna, merata, bermutu dan terjangkau (2). Mewujudkan penurunan angka kesakitan penyakit menular dan penyakit tidak menular (3). Mewujudkan tersedianya pembiayaan jaminan kesehatan yang menyeluruh			
Tujuan	Sasaran	Strategi	Kebijakan
<b>Tujuan 1</b> <b>MENINGKATNYA</b> <b>PEMBANGUNAN</b> <b>KESEHATAN</b> <b>MASYARAKAT</b>	<b>1. MENINGKATNYA</b> <b>STATUS KESEHATAN</b> <b>MASYARAKAT</b>	1. Akselerasi pemenuhan akses pelayanan kesehatan ibu, anak, remaja dan lanjut usia yang berkualitas 2. Mempercepat perbaikan gizi masyarakat	1. Mengupayakan keselamatan ibu dari proses kehamilan sampai persalinan. 2. Meningkatkan derajat kesehatan bayi, Anak Balita, remaja dan lanjut usia. 3. Menurunkan permasalahan gizi kurang dan gizi lebih. 4. Mengendalikan penularan penyakit menular 5. Menurunkan resiko penyakit tidak menular 6. Meningkatkan keamanan pangan terhadap resiko penyakit 7. Meningkatkan higien dan sanitasi lingkungan
	<b>2. MENINGKATNYA MUTU</b> <b>PELAYANAN</b> <b>KESEHATAN</b>	1. Meningkatkan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat 2. Meningkatkan Ketersediaan, Keterjangkauan, Pemerataan, dan Kualitas Farmasi dan Alat Kesehatan 3. Meningkatkan Akses Pelayanan Kesehatan Dasar dan rujukan yang Berkualitas 4. Meningkatkan kepesertaan Jaminan Kesehatan 5. Pembangunan Rumah Sakit Milik Daerah	1. Meningkatkan kemandirian masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat 2. Memenuhi kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan. 3. Memenuhi kebutuhan sarana dan prasarana Puskesmas 4. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan 5. Meningkatkan kompetensi SDM kesehatan. 6. Meningkatkan anggaran untuk kepesertaan Jaminan Kesehatan 7. Pengelolaan data kesehatan menggunakan sistem elektronik berbasis internet 8. Merencanakan pembangunan RSUD milik daerah

## **BAB VI**

### **RENCANA PROGRAM DAN KEGIATAN**

Pada bagian ini akan dikemukakan rencana program dan kegiatan. Secara umum ada 23 program yang akan dilaksanakan 5 (lima) tahun kedepan, yaitu :

1. Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan masyarakat
2. Program Upaya Kesehatan Masyarakat
3. Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Lansia
4. Program Perbaikan Gizi Masyarakat
5. Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak
6. Program Pengadaan, Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit/Rumah Sakit Jiwa/Rumah Sakit Paru-Paru/Rumah Sakit Mata
7. Program Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan BLUD
8. Program Standarisasi Pelayanan Kesehatan
9. Program Obat dan Perbekalan Kesehatan
10. Program Pengawasan Obat dan Makanan
11. Program Pengawasan dan Pengendalian Kesehatan Makanan
12. Program Pengembangan Lingkungan Sehat
13. Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit
14. Program Kemitraan Peningkatan Pelayanan Kesehatan
15. Program pelayanan kesehatan penduduk miskin
16. Program Pengadaan, Peningkatan dan Perbaikan Sarana dan Prasarana Puskesmas/Puskesmas Pembantu dan Jaringannya
17. Program Pelayanan Kesehatan Rujukan
18. Program Pelayanan Administrasi Perkantoran
19. Program Peningkatan Pengembangan Sistem Pelaporan Capaian Kinerja dan Keuangan
20. Program Kebijakan dan Manajemen Kesehatan
21. Program Peningkatan Sarana dan Prasarana Aparatur
22. Program Peningkatan Disiplin Aparatur
23. Program Peningkatan Kapasitas Sumberdaya Aparatur

Adapun penyajiannya menggunakan tabel 6.1 berikut ini :

**Rencana Program, Kegiatan, Indikator Kinerja, Kelompok Sasaran, dan Pendanaan Indikatorif tahun 2016 - 2021**

**Visi Renstra : Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas Untuk Mewujudkan Masyarakat Kota Bukittinggi Sehat , Mandiri dan Berkeadilan**

No	Tujuan Renstra	Sasaran Renstra	Indikator Sasaran Renstra	Kode Rekening	Program dan Kegiatan Renstra	Indikator Kinerja Program (Outcome) dan Kegiatan (Output)	Data Capaian pada Tahun Awal Perencanaan	Target Kinerja Program dan Kerangka Pendanaan										Unit Kerja SKPD Penang-gungjawab	Lokasi		
								2016		2017		2018		2019		2020				Kondisi Kinerja pada akhir periode Renstra SKPD	
								target	Rp	target	Rp	target	Rp	target	Rp	target	Rp			target	Rp
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1	TERWUJUDNYA KOTA BUKITTINGGI SEBAGAI KOTA SEHAT		Persentase Capaian Tatanan Kota Sehat				28	28	16,879,264,000	42	21,317,661,734	57	78,687,429,120	71	109,378,465,204	85	85,902,172,902	100	314,064,253,139	DINAS KESEHATAN	
		1.1.1. MENINGKATNYA STATUS KESEHATAN MASYARAKAT	1. Jumlah kasus kematian ibu melahirkan				10 kss	10 kss		8 kss		6 kss		4 kss		4 kss		4 kss			
			2. Jumlah kasus kematian bayi baru lahir				12 kss	12 kss		10 kss		8 kss		6 kss		4 kss		4 kss			
			3. Prevalensi gizi kurang 98/78 (s-2 SD) (Wasting)				50	50		55		60		65		70		70			
			4. Persentase keluarga sehat		1. Program Upaya Kesehatan Masyarakat	Cakupan masyarakat yang mendapatkan pelayanan kesehatan dasar .	80	80	6,519,436,550	83	8,391,729,075	87	7,881,774,930	90	7,956,875,598	93	8,176,199,338	95	38,926,015,491	BID.PPSOK, BID KESMAS, PUSKESMAS	BKT
						Cakupan 12 indikator target SPM bidang Kesehatan yang tercapai	70	70		75		80		85		90		90			
						Persentase tenaga medis dana sarana kesehatan yang memiliki izin untuk memberikan pelayanan kesehatan	90	90		91		92		93		94		95			
					1. Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Rasimah Ahmad	Jumlah Keluarahan yang mendapatkan pelayanan kesehatan esensial dan pengembangan .		4	145,855,000	4	165,070,000	4	176,484,550	4	194,200,000	4	214,000,000		895,609,550		UPT
					2. Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Guguk Panjang	Jumlah Keluarahan yang mendapatkan pelayanan kesehatan esensial dan pengembangan .		3	143,756,325	3	117,406,000,00	3	173,000,000	3	192,000,000	3	215,000,000		841,162,325		UPT
					3. Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Nilam Sari	Jumlah Keluarahan yang mendapatkan pelayanan kesehatan esensial dan pengembangan .		4	127,761,750	4	159,257,500,00	4	155,000,000	4	171,000,000	4	188,000,000		801,019,250		UPT
					4. Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Mandiangin	Jumlah Keluarahan yang mendapatkan pelayanan kesehatan esensial dan pengembangan .		2	99,092,000	2	97,380,500,00	2	120,000,000	2	130,000,000	2	140,000,000		586,472,500		UPT
					5. Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Gulai bancha	Jumlah Keluarahan yang mendapatkan pelayanan kesehatan esensial dan pengembangan .		1	98,564,375	1	97,837,000,00	1	120,000,000	1	130,000,000	1	140,000,000		586,401,375		UPT
					6. Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Tigo baleh	Jumlah Keluarahan yang mendapatkan pelayanan kesehatan esensial dan pengembangan .		8	138,874,500	8	147,246,700,00	8	169,000,000	8	185,000,000	8	204,000,000		844,121,200		UPT



					7	Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Plus Mandiangin	Jumlah Kelurahan yang mendapatkan pelayanan kesehatan esensial dan pengembangan .		2	73,735,025	2	78,269,600.00	2	89,219,380	2	96,141,318	2	107,955,450		447,320,773				UPT
					8	Pelayanan Kesehatan dasar dan rujukan	Persentase pemanfaatan ambulance siaga oleh masyarakat		1.5	319,929,200	1.5	272,628,700.00	1.5	330,000,000	1.5	330,000,000	1.5	350,000,000		1,602,557,900				Bid. PPSPDK
							Jumlah Puskesmas yang telah melaksanakan manajemen Puskesmas		7		7		7	7	7	7	7							
							Jumlah Puskesmas yang telah memberikan pelayanan sesuai standar pelayanan kesehatan		7		7		7	7	7	7	7							
							Jumlah Pelayanan Khusus (PK) pada hari besar, keramaian kota dan paskibra		50		50		50	50	50	50	50							
							Jumlah Puskesmas yang menerapkan pelayanan keperawatan kesmas (perkesmas)		7		7		7	7	7	7	7							
							Persentase Pemanfaatan layanan kesehatan oleh warga binaan LAPAS kelas IIA Bukittinggi		60		60		60	60	60	60	60							
							Jumlah FKTP yang dilakukan penilaian FKTP berprestasi		7		7		7	7	7	7	7							
							Persentase Puskesmas yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan tradisional dan komplementer		7		7		7	7	7	7	7							
							Persentase Puskesmas yang melaksanakan kesehatan Gigi dan mulut		7		7		7	7	7	7	7							
							Jumlah Puskesmas yang telah bekerjasama melalui Dinas Kesehatan dengan RS dan Unit transfusi Darah untuk rekrutmen dan seleksi donor guna persiapan penyediaan darah bagi ibu melahirkan		7		1		7	7	7	7	7							
					10	Peningkatan Pelayanan Kesehatan Pengembangan	Jumlah puskesmas yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan jiwa .		7	53,577,175	7	34,139,975.00	7	55,000,000	7	55,000,000	7	60,000,000		257,717,150				Bid. PPSPDK
							Jumlah puskesmas yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan indera .		7		7		7	7	7	7	7							
							Jumlah puskesmas yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan olah raga .		7		7		7	7	7	7	7							
							Jumlah puskesmas yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan gigi dan mulut .		7		7		7	7	7	7	7							
							Jumlah petugas yang mendapat peningkatan pengetahuan /pelatihan dalam upaya pelayanan kesehatan pengembangan .		14		14		14	14	14	14	14							
							Jumlah puskesmas yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan kerja .		7		7		7	7	7	7	7							
							Frekuensi pertemuan program pengembangan yang dilakukan				4		4	4	4	4	4							
							Jumlah peserta pertemuan persiapan pengukuran tingkat kebugaran jasmani				20		20	20	20	20	20							

					11	Bantuan Operasional Kesehatan untuk Puskesmas Guguk Panjang (DAK)	Jumlah program upaya pelayanan kesehatan esensial dan upaya pelayanan kesehatan pengembangan yang dilaksanakan .		7	289,467,475	4	435,000,000.00	4	289,467,475	4	289,467,475	4	289,467,475	1,592,869,900		UPT
					12	Bantuan Operasional Kesehatan untuk Puskesmas Rasimah Ahmad (DAK)	Jumlah program upaya kesehatan esensial dan upaya kesehatan pengembangan yang dilaksanakan		7	246,078,000	4	434,993,000.00	4	246,078,000	4	246,078,000	4	246,078,000	1,419,305,000		UPT
					13	Bantuan Operasional Kesehatan untuk Puskesmas Tigo Baleh (DAK)	Jumlah program upaya kesehatan esensial dan upaya kesehatan pengembangan yang dilaksanakan		7	230,961,000	8	423,000,000.00	8	230,961,000	8	230,961,000	8	230,961,000	1,346,844,000		UPT
					14	Bantuan Operasional Kesehatan untuk Puskesmas Mandiangin (DAK)	Jumlah program upaya kesehatan esensial dan upaya kesehatan pengembangan yang dilaksanakan		7	132,316,700	3	279,583,250.00	3	132,316,700	3	132,316,700	3	132,316,700	808,850,050		UPT
					15	Bantuan Operasional Kesehatan untuk Puskesmas Gulai Banchah (DAK)	Jumlah program upaya kesehatan esensial dan upaya kesehatan pengembangan yang dilaksanakan		7	118,081,000	1	250,000,000.00	1	118,081,000	1	118,081,000	1	118,081,000	722,324,000		UPT
					16	Bantuan Operasional Kesehatan untuk PuskesmasPlus Mandiangin (DAK)	Jumlah program upaya kesehatan esensial dan upaya kesehatan pengembangan yang dilaksanakan		7	159,625,825	2	255,000,000.00	2	159,625,825	2	159,625,825	2	159,625,825	893,503,300		UPT
					17	Bantuan Operasional Kesehatan untuk Puskesmas Nilam Sari (DAK)	Jumlah program upaya kesehatan esensial dan upaya kesehatan pengembangan yang dilaksanakan		7	153,470,000	3	257,000,000.00	3	153,470,000	3	153,470,000	3	153,470,000	870,880,000		UPT
					18	Manajemen Pengelolaan Bantuan Operasional Kesehatan ( DAK)	Jumlah Puskesmas yang dimonitoring dan evaluasi dalam pelaksanaan program BOK		7	84,000,000	7	85,907,850.00	7	84,000,000	7	84,000,000	7	84,000,000	421,907,850		DKK
							Jumlah bulan untuk pemberian honor tim pengelola keuangan,,		12		12		12		12		12				
							Jumlah peserta mengikuti sosialisasi		30		30		30		30		30				
							Jumlah pertemuan Evaluasi yang dilakukan		2		2		2		2		2				
					19	Upaya Kesehatan masyarakat Tingkat Kota Bukittinggi	Jumlah rujukan UKM puskesmas yang ditindak lanjuti				7	567,848,000	14	624,632,800	14	687,096,080	14	755,805,688	2,635,382,568		Bid. Kesmas
					20	Pelayanan Kesehatan non Kapitasi JKN Puskesmas(Dana non Kapitasi)	Jumlah Puskesmas yang memberikan pelayanan kesehatan non kapitasi JKN	7	7	83,114,200	7	45,853,000.00	7	83,114,200	7	83,114,200	7	83,114,200	378,309,800	7	Bid. PPSDK
					21	Jaminan Persalinan (DAK Non Fiskal)	Jumlah petugas yang mengikuti peningkatan kapasitas penatalaksanaan anak dgn disabilitas		3	135,000,000	30	571,147,000	25 org	571,147,000	25 org	571,147,000	25 org	571,147,000	2,419,588,000		Bid. Kesmas
							Jumlah LS/LP yang mendapatkan sosialisasi tentang Jaminan persalinan				32										
							Jumlah petugas yang mendapatkan pengetahuan dan keterampilan tentang SHK				25										
							Jumlah ibu hamil, persalinan, nifas dan KB yang menjadi sasaran jampersal dapat terlayani sesuai standar				100		110		120		140		160		
					22	Pelayanan Kesehatan di BLUD Puskesmas Guguk Panjang (DANA KAPITASI JKN)	Jumlah Kelurahan yang mendapatkan pelayanan program JKN kesehatan esensial dan pengembangan		4	850,000,000	4	850,000,000	4	850,000,000	4	850,000,000	4	850,000,000	4,250,000,000		UPT
					23	Pelayanan Kesehatan di BLUD Puskesmas Rasimah Ahmad (DANA KAPITASI JKN)	Jumlah Kelurahan yang mendapatkan pelayanan program JKN kesehatan esensial dan pengembangan		3	697,578,000	3	697,578,000	3	697,578,000	3	697,578,000	3	697,578,000	3,487,890,000		UPT

					24	Pelayanan Kesehatan di BLUD Puskesmas Tigo Baleh (DANA KAPITASI JKN)	Jumlah Kelurahan yang mendapatkan pelayanan program JKN kesehatan esensial dan pengembangan		8	632,592,000	8	632,592,000	8	632,592,000	8	632,592,000	8	632,592,000	8	3,162,960,000		UPT
					25	Pelayanan Kesehatan di BLUD Puskesmas Mandiangin (DANA KAPITASI JKN)	Jumlah Kelurahan yang mendapatkan pelayanan program JKN kesehatan esensial dan pengembangan		2	555,000,000	2	555,000,000	2	555,000,000	2	555,000,000	2	555,000,000	2	2,775,000,000		UPT
					26	Pelayanan Kesehatan di BLUD Puskesmas Gulai Banchah (DANA KAPITASI JKN)	Jumlah Kelurahan yang mendapatkan pelayanan program JKN kesehatan esensial dan pengembangan		1	249,000,000	1	249,000,000	1	249,000,000	1	249,000,000	1	249,000,000	1	1,245,000,000		UPT
					27	Pelayanan Kesehatan di BLUD Puskesmas Plus Mandiangin (DANA KAPITASI JKN)	Jumlah Kelurahan yang mendapatkan pelayanan program JKN kesehatan esensial dan pengembangan		2	203,365,000	2	203,365,000	2	203,365,000	2	203,365,000	2	203,365,000	2	1,016,825,000		UPT
					28	Pelayanan Kesehatan di BLUD Puskesmas Nilam Sari (DANA KAPITASI JKN)	Jumlah Kelurahan yang mendapatkan pelayanan program JKN kesehatan esensial dan pengembangan		3	363,642,000	3	363,642,000	3	363,642,000	3	363,642,000	3	363,642,000	3	1,818,210,000		UPT
					29	Peningkatan pelayanan kesehatan bagi pengungsi korban bencana	Jumlah Dokumen Rencana Kontigensi Bencana .		1	90,000,000	1	29,692,000	1	200,000,000	1	110,000,000	1	115,000,000		544,692,000		Bid. Kesmas
							Data faktor resiko bencana yang terkumpul		100		100		100		100		100					
							Kit sarana pelayanan kesehatan pada daerah bencana .		0		0		1		0		0					
							Jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan pada daerah bencana .		3		3		3		3		3					
							Frekwensi petugas kesehatan yang dilatih tentang bencana .		2		2		2		2		2					
							Jumlah peserta pertemuan pengendalian krisis kesehatan				49											
							Jumlah dokumen data faktor resiko krisis kesehatan				2											
					30	Pemeriksaan kesehatan haji	Persentase hasil pemeriksaan kesehatan jemaah haji di entry ke Siskohatkes .		100	45,000,000	100	36,292,000	100	50,000,000	100	55,000,000	100	67,000,000		253,292,000		Bid. Kesmas
							Persentase jemaah yang diperiksa dan dibina kesehatannya		100		100		100		100		100					
							Persentase jemaah haji yang terpantau kesehatannya sepuluh dari tanah air .		100		100		100		100		100					
						2. Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak	1. Cakupan Pelayanan Ibu Hamil sesuai standar ( Antenatal)	91	91	120,684,800	92	260,829,400	93	335,000,000	94	380,000,000	95	430,000,000	96	1,337,112,700		
							2. Cakupan Pelayanan Ibu bersalin sesuai standar	967	97		97		98		98		99		99			
							3. Cakupan pelayanan kesehatan bayi baru lahir sesuai standar	89.2	90		91		92		93		94		95			
							4. Cakupan pelayanan kesehatan balita sesuai standar	83.6	84		84		85		86		88		90			
							5. Cakupan pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar ( skirning)	70.6	74		74		80		80		85		85			
					1	Peningkatan Kesehatan Ibu	Jumlah sarana kesehatan yang mendapatkan pembinaan program Kesga ke BPS, klinik, panti, sekolah dan PAUD/TPA		180 sarana	61,698,000	180	130,414,700	180	200,000,000	180	220,000,000	180	250,000,000		862,112,700		Bid. Kesmas

[illegible]

					3. Program Perbaikan Gizi Masyarakat	Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan .	100	100	346,662,700	100	417,831,400	100	475,000,000	100	535,000,000	100	580,000,000	100	2,354,494,100		Bid. Kesmas
						Prevalensi anemia ibu hamil .	23	23		20%		20%		18%		18%		16%			
						Persentase balita gizi buruk .	0.15	0.15		0.15		0.15		0.15		0.15		0.15			
						Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6 - 24 bulan keluarga miskin .	96.67	100		100		100		100		100		100			
						Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan .	100	100		100		100		100		100		100			
						Persentase bayi usia 0 - 6 bulan yang mendapatkan ASI eksklusif	20	42		45%		45%		47%		47%		50%			
						Persentase remaja gizi lebih .	0	15		15%		14%		14%		13%		13%			
					1	Pemberian Makanan Tambahan dan Vitamin															
						Jumlah baduta gakin dpt MP ASI		200	135,000,000	100	178,030,000	100	180,000,000	100	185,000,000	100	200,000,000		878,030,000		Bid. Kesmas
						Jumlah Puskesmas yang disupervisi pelaksanaan distribusi Vitamin A .		7		7		7		7		7					
						Jumlah balita gizi kurang dpt PMT .		20		10		10		10		10					
						Jumlah bumil KEK dpt PMT .		25		35		80		95		95					
						Jumlah balita gizi buruk dpt PMT .		3		30		100		100		100					
						Jumlah peserta Workshop Penyelenggaraan PMT Penyuluhan di Posyandu				30											
					2	Penanggulangan KEP, Anemia Gizi Besi, GAKY, KVA dan Kekurangan Zat Mikro lainnya.		24	190,000,000	24	178,417,100	24	220,000,000	24	260,000,000	24	270,000,000		1,118,417,100		Bid. Kesmas
						Jumlah Puskesmas yang dilakukan pemantauan anemia gizi .		7		7		7		7		7					
						Jumlah Puskesmas yang disupervisi pelaksanaan distribusi tablet tambah darah .		7		7		7		7		7					
						Jumlah kader yang mendapatkan pelatihan Motivator ASI .		20		20		20		20		20					
						Jumlah petugas mendapatkan pelatihan PMBA .		24		24		24		24		24					
						Jumlah petugas yang menerima pemantauan dalam pemantauan pertumbuhan .		20		20		20		20		20					
						Jumlah advokasi yang dilakukan untuk peningkatan peran LP/LS		2		2		2		2		2					
						Jumlah tripot, mikrotolise dan alat ukur panjang yang diadakan .		20		30		30		30		30					
						Persentase bayi baru lahir mendapat IMD .		41		44		47		50		53					
						Jumlah sarana yang diadakan untuk klinik .		3		3		3		3		3					
						Jumlah sampel dalam Survey anemia dan status gizi remaja putri				800		800		800		800					

					Jumlah petugas yg mendapatkan peningkatan kapasitas dalam PSG dan PPB				30		30		30		30					
					Jumlah kader yg medapatkan Peningkatan kapasitas dalam PMBA				60		60		60		60					
					Jumlah peserta yang mendapat Pelatihan Motivator ASI dan pembentukan KP ASI				20		20		20		20					
					Advokasi dan koordinasi peningkatan penggunaan ASI Eksklusif				1		1		1		1					
					Jumlah peralatan untuk pengukuran antropometri				2		2		2		2					
				3	Monitoring dan evaluasi, KIE, integrasi program gizi.		35	21,662,700	35	31,835,500	35	40,000,000	35	45,000,000	35	50,000,000	188,498,200			Bid. Kesmas
					Frekuensi Survelans Gizi yang dilaksanakan .		12		12		12		12		12					
					Frekuensi evaluasi program gizi yang dilakukan .		3		3		3		3		3					
					Jumlah Pemenang Lomba Baduta dan Ibu ASI .		3		3		3		3		3					
					Jumlah Puskesmas yang dibina tentang Gizi Institusi .		7		7		7		7		7					
					Jumlah sampel PSG Kadarzi .		900		900		900		900		900					
					Jumlah tenaga gizi yang ditingkatkan kapasitasnya .		7		7		7		7		7					
					Jumlah Puskesmas yang dimonitoring dan dievaluasi .		7		7		7		7		7					
					Jumlah pertemuan integrasi antar program gizi dengan program terkait .		1		1		1		1		1					
					Jumlah buku saku MP ASI yang diadakan .		1		1		1		1		1					
				4	Penanggulangan Kegemukan dan Obesitas		0		30	29,548,800	30	35,000,000	30	45,000,000	30	60,000,000	169,548,800			Bid. Kesmas
					Jumlah petugas yang mendapatkan pelatihan Penanggulangan kegemukan dan obesitas .		0		7		7		7		7					
					Jumlah sekolah yang anaknya mendapatkan penanganan kegemukan / obesitas .		0		2		2		2		2					
					Frekuensi koordinasi yang dilakukan dengan LP/LS .		0		7		7		7		7					
					Jumlah sekolah yang dilakukan pembinaan						24	35,000,000			25	40,000,000				
				5	Pencegahan dan penanggulangan masalah gizi pada Remaja						35				35					
					Jumlah peserta pelatihan tentang Pencegahan dan penanggulangan anemi pada remaja															
					Jumlah peserta pelatihan tentang Pencegahan dan penanggulangan obesitas pada remaja															
					4. Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan masyarakat		20	722,635,400	25%	840,974,700	27%	1,741,000,000	30%	1,518,000,000	32%	1,090,000,000	35%	5,912,610,100		
					Cakupan Kelurahan Slaga aktif		60		60%		65%		65%		70%		75%			

						Jumlah kebijakan publik yang berwawasan kesehatan .	1	1				1%				1%						
						Jumlah kelurahan siaga dibina yang meningkat stratanya. .	60	60		60%		65%		65%		70%		75%				
						Persentase balita ditimbang berat badannya (D/S).	50	50		55%		60%		65%		70%		75%				
						Cakupan posyandu dengan strata mandiri	10	10		15%		20%		25%		30%		35%				
						Persentase kelurahan sehat	8	8		16%		33%		50%		80%		80%				
					1	Pengembangan media promosi dan informasi sadar hidup sehat	10	10	392,292,000	10	172,235,000	10	245,000,000	13	698,000,000	13	250,000,000		1,757,527,000			Bid. PPSPK
						Jumlah tema dalam komunikasi, informasi dan edukasi kepada masyarakat .		50		55		55		60		60						
						Jumlah ruang promkes dan kit promkes di puskesmas ()				5		7										
						Jumlah kegiatan yang dilaksanakan dalam mendukung hari-hari besar kesehatan ()				6		6										
					2	Pengembangan program promosi kesehatan dan Upaya Kesehatan bersumber daya masyarakat		0	78,283,400	20	43,398,000,00	40	95,000,000	40	105,000,000	30	110,000,000		431,681,400			Bid. PPSPK
						Jumlah sekolah, kelurahan dan sarana kesehatan yang mempunyai TOGA percontohan		20		30		35		40		40						
						Jumlah petugas kesehatan di Puskesmas yang dilatih untuk melaksanakan pelayanan promotif .		0		30		30		30		30						
						Jumlah poskestren yang dibina		5		5		5		5		5						
						Persentase posyandu dengan strata mandiri.		35		35		45		45		50						
						Jumlah ruang promkes dan kit promkes di puskesmas		2		5		7		7		7						
						Frekuensi penilai PHBS di masyarakat .		1		1		1		1		1						
					3	Penilaian Kader Posyandu Berprestasi		0		3	65,546,950,00	3	75,000,000	3	78,000,000	3	80,000,000		298,546,950			Bid. PPSPK
						Jumlah kader Posyandu berprestasi yang dikirim untuk tingkat Propinsi		0		1		1		1		1		1				
					4	Pembinaan dan Monitoring Pokjanal Posyandu dan DBD		30	54,000,000	134	53,011,550,00	50	70,000,000	60	75,000,000	70	80,000,000		332,011,550			Bid. PPSPK
						Jumlah posyandu yang dilakukan pembinaan dan monitoring Pokjanal Posyandu dan DBD																
					5	Pembinaan dan Pelaksanaan Usaha Kesehatan Sekolah		50		50		50		50		50						
						Cakupan Sekolah yang telah ber PHBS		60		65		70		75		80						
					6	Pembinaan Pengetahuan dan Keterampilan tentang Kesakaan bagi anggota Saka Bakti Husada		0	164,000,000	1	153,905,000	2	168,000,000	3	170,000,000	3	175,000,000		830,905,000			Bid. PPSPK
						Jumlah pandega dan panegak tk kota yang di bina .		30		30		30		30		30						
						Jumlah kegiatan Tk.Propinsi dan Nasional yang diikuti		1		1		1		1		1						

				7	Pembinaan PHBS,Toga dan lingkungan sehat.	Jumlah TP PKK kecamatan dan kelurahan yang dibina program PHBS, Toga dan Lingkungan Sehat.		24	34,060,000	24	29,798,000.00	24	38,000,000	24	42,000,000	24	45,000,000		188,858,000		Bid. PPSPDK
				8	Pengadaan Roda 4 untuk Promosi Kesehatan ( Promkes)	Jumlah sarana promosi kesehatan (roda 4) .		0	-	0	-	1	700,000,000	0	-	0	-		700,000,000		Bid. PPSPDK
				9	Facilitasi Kota Sehat	Jumlah dokumen untuk penilaian kota sehat Kota Bukittinggi yang disusun				1	323,080,200.00	1	350,000,000.00	1	350,000,000	1	350,000,000	1	1,373,080,200		Bid. Kesmas
						Jumlah Kelurahan yang dibina untuk kota sehat				24		24		24		24		24			
					5. Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Lansia	Cakupan pelayanan kesehatan pada usia lanjut sesuai standar	60	60	20,000,000	62	32,225,500	64	34,000,000	66	35,000,000	68	40,000,000	70	161,225,500		
				1	Peningkatan pelayanan kesehatan lansia	Jumlah kader yang mengikuti Pertemuan kader Lansia	60		20,000,000	50 org	32,225,500	50 org	34,000,000	50 org	35,000,000	50 org	40,000,000	50 org	161,225,500		Bid. Kesmas
						Jumlah petugas yang mengikuti Review program lansia				21 org		21 org		21 org		21 org		21 org			
						Frekuensi lomba senam lansia yang dilakukan dalam 1 tahun				1 kali		1 kali		1 kali		1 kali		1 kali			
						Jumlah kader lansia yang memperoleh pengetahuan tentang program lansia				50		50		50		50		50			
						Jumlah kelompok lansia yang mengikuti lomba senam lansia				7		7		7		7		7			
						Jumlah posyandu lansia yang memperoleh bimtek tentang posyandu lansia				20 sarana		24 sarana		26 sarana		28 sarana		28 sarana			
					6. Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit	Persentase orang dengan TB mendapatkan pelayanan TB sesuai standar	100	100	1,199,750,000	100%	942,465,600	100%	1,415,000,000	100%	1,425,000,000	100%	1,557,000,000	100	6,539,215,600		
						Persentase orang beresiko terinfeksi HIV (ibu hamil, pasien TB, pasien IMS, Waria/ Transgender, pengguna NAPZA dan warga Binan LP) mendapatkan pemeriksaan sesuai standar	100	100		100%		100%		100%		100%					
						Cakupan penderita DBD yang ditangani .	100	100		100%		100%		100%		100%					
						Cakupan penemuan pasien baru TB BTA + .	80	81		84		87		90		90					
						Cakupan Penemuan penderita Pnemonia balita .	57.57	60		70		80		90		100					
						Cakupan penemuan penderita diare .	100	100		100		100		100		100					
						Cakupan Keluarahan yang Universal Child Immunization (UCI) .	95.8	100		100		100		100		100					
						Persentase tatanan KTR yang sudah dilaksanakan .	5	5		15		15		20		25					
						Cakupan Acute flacid Paralysis (AFP) .	25	0.9		0.9		0.9		0.9		0.9					
						Jumlah WPA ( Warga Peduli AIDS) yang dibina .	1	1		1		1		1		1					
						Cakupan Keluarahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan .	100	100		100		100		100		100					
						Persentase angka keberhasilan pengamatan,pencegahan, pengendalian penyakit menular dan tidak menular				80		82		83		85					
						Cakupan angka kesakitan dan kecacatan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi				80		82		83		85					



					Persentase kejadian bencana yang mendapatkan pelayanan kesehatan.				100		100		100		100		100				
					Persentase Pemantauan dan pengendalian penyebaran penyakit berdasarkan hasil survey epidemiologi				100		100		100		100		100				
					Persentase penderita hipertensi, diabetes mellitus (DM) dan orang dengan gangguan jiwa yang mendapat pelayanan kesehatan sesuai standard.				100		100		100		100		100				
				Pelayanan, Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular	Jumlah puskesmas yang mendapatkan pembinaan program ISPA.		7	177,000,000	7	114,650,000	7	190,000,000	7	195,000,000	7	210,000,000		886,650,000			Bkd. Kesmas
					Jumlah petugas yang mengikuti pertemuan/pelatihan di tingkat propinsi .		20		20		20		20		20						
					Jumlah puskesmas yang mendapatkan pembinaan program Diare.		7		7		7		7		7						
					Jumlah puskesmas yang mendapatkan pembinaan program TB .		7		7		7		7		7						
					Jumlah puskesmas yang melaksanakan kegiatan program Ispa, Diare, Filariasis/Kecacingan, Hepatitis, TB, HIV/AIDS .		7		7		7		7		7						
					Jumlah puskesmas yang mendapatkan pembinaan program Filariasis dan kecacingan.		7		7		7		7		7						
					Jumlah bahan cetak, fotokopi, KIE pencegahan penyakit menular .		4		4		4		4		4						
					Jumlah puskesmas yang mendapatkan pembinaan program Hepatitis.		7		7		7		7		7						
					Jumlah puskesmas yang mendapatkan pembinaan program HIV/AIDS.		7		0		0		0		0						
					Jumlah peserta Workshop Pencegahan dan penanggulangan hepatitis		35		35												
					Jumlah peserta Sosialisasi cuci luka gigitan HPR				35												
					Jumlah peserta Monev Ispa Diare Hepatitis dan Typhoid				35												
					Jumlah peserta Workshop Peningkatan Peran kelompok Masyarakat dalam Penemuan Kasus TB				70												
					Jumlah peserta Sosialisasi Pelaksanaan Survey Tas				35												
					Jumlah peserta QIT survey Tas Filariasis				35												
					Jumlah peserta Pertemuan E-Signal Malaria				30												
					Jumlah peserta Workshop LROA				35												
					Jumlah peserta Monev KLB				35												
					Jumlah Sekolah yang mendapatkan penyuluhan Adaptif DBD				10												
					Jumlah peserta workshop Pencegahan dan PE				30												

					Peningkatan dan surveillance epidemiologi dan penanggulangan wabah	Jumlah pemantauan semua kasus penyakit menular .	5	74,750,000	5	56,012,800	5	75,000,000	5	85,000,000	5	90,000,000	380,762,800	Bid. Kesmas
						DATA / kasus penyakit potensial wabah yang ditemukan .	100		100		100		100		100			
						Jumlah Puskesmas yang melakukan PE pada setiap kasus potensial wabah .	7		7		7		7		7			
						Jumlah sinyal kewaspadaan dini yang direspon .	3		3		3		3		3			
						Jumlah petugas Puskesmas dapat melakukan PE pada setiap kasus potensial wabah sesuai dengan protap .	47		47		47		47		47			
						Dokumen data surveilans epidemiologi yang tersedia,			1									
						Jumlah puskesmas yang mengikuti pembinaan SKD-KLB			7									
						Jumlah Puskesmas, pustu dan poskeskel yang dimonitoring program surveilans epidemiologi.			7 puskesmas, 14 pustu dan 26 poskeskel									
					Surveilance/ Pengendalian penyakit tidak menular	Pembinaan program penyakit tidak me1 kalinutar (PTM)	24	73,000,000	24	53,487,800	24	80,000,000	24	95,000,000	24	120,000,000	421,487,800	Bid. Kesmas
						Jumlah posbindu yang di monitoring	27 pos											
						Data PTM ke RS	12											
						Frekuensi Sosialisasi IVA dan deteksi dini kanker	2											
						Jumlah Kelurahan yang melaksanakan kegiatan Posbindu PTM .	24		24		24		24		24	24		
						Jumlah Puskesmas melaksanakan PTM terpadu .	7		7		7		7		7			
						Jumlah Puskesmas yang melakukan pemeriksaan kesehatan pengemudi di terminal utama .	1		1		1		1		1			
						Persentase perempuan usia 30 sampai 50 thn yg dideteksi dini kanker servix dan kanker payudara .	10		12		14		17		20			
						Jumlah puskesmas yang melaksanakan skrining faktor resiko PTM dan gangguan mental emosional dan perilaku	7		7		7		7		7			
					Peningkatan imunisasi	Jumlah sekolah / kelurahan / BPS yang mendapatkan informasi / sosialisasi program imunisasi .	64	83,000,000	64	58,020,000	64	90,000,000	64	95,000,000	64	100,000,000	426,020,000	Bid. Kesmas
						Jumlah lintas sektor yang mendapatkan informasi/sosialisasi program imunisasi	30		30		30		30		30			
						Jumlah petugas yang mengikuti pertemuan/pelatihan di tingkat propinsi .	15		15		15		15		15			
						Jumlah narasumber non PNS yang memberikan penyuluhan imunisasi .	10		10		10		10		10			
						Jumlah puskesmas yang mendapatkan pembinaan program imunisasi .	7		7		7		7		7			
						Jumlah puskesmas yang melaksanakan kegiatan program imunisasi	7		7		7		7		7			

				Jumlah plenis bahan cetak, fotokopi, KIE pencegahan penyakit menular tersedia/tugas yang diikuti di tingkat propinsi/pusat .		4		4		4		4		4						
				Jumlah pelaksanaan workshop Revitalisasi Program Imunisasi		1		1		1		1		1						
				Penyusunan Perwako Imunisasi				1												
				Cakupan sosialisasi imunisasi campak		100		100		100		100		100						
				Workshop Revitalisasi Program Imunisasi				60												
				Monev Program Imunisasi,				60												
				Pertemuan Peningkatan Cakupan Imunisasi TK Kelurahan,				60												
				Sosialisasi Imunisasi HB O				50												
			Pengendalian Penyakit Bersumber Binatang	Jumlah narasumber non PNS yang memberikan penyuluhan .		5	192,000,000	5	129,311,000	5	210,000,000	5	220,000,000	5	230,000,000		981,311,000		Bid. Kesmas	
				Jumlah tenaga fogging yang mendapatkan pelatihan .		10		10		10		10		10						
				Jumlah fogging foccus yang dilakukan .		14		14		14		14		14						
				Jumlah puskesmas yang mendapatkan pembinaan program Malaria		7		7		7		7		7						
				Jumlah sekolah/kelurahan yang mendapatkan informasi/sosialisasi program penyakit bersumber binatang .		64		64		64		64		64						
				Jumlah puskesmas yang melaksanakan kegiatan program pengendalian penyakit bersumber binatang .		7		7		7		7		7						
				Jumlah lintas sektor yang mendapatkan informasi/sosialisasi program penyakit bersumber binatang .		30		30		30		30		30						
				Jumlah mesin fogging yang diservis		6		6		6		6		6						
				Jumlah petugas yang mengikuti pertemuan/pelatihan di tingkat propinsi .		20		20		20		20		20						
				Jumlah mesin fogging yang diadakan .		1		1		1		1		1						
				Jumlah puskesmas yang mendapatkan pembinaan program Rabies .		7		7		7		7		7						
				Jumlah puskesmas yang mendapatkan pembinaan program DBD		7		7		7		7		7						
				Jumlah puskesmas yang mendapatkan pembinaan program Thypoid .		7		7		7		7		7						
				Jenis bahan kimia cypemartin (seruni) dan larvasida (abate) yang diadakan untuk pengendalian DBD .		2		2		2		2		2						
				Jenis bahan cetak, fotokopi, KIE pengendalian penyakit bersumber binatang .		4		4		4		4		4						

					Precegahan dan penanggulangan HIV AIDS	Jumlah perjalanan dinas luar daerah .	6	450,000,000	6	450,000,000	6	500,000,000	6	550,000,000	6	600,000,000		2,550,000,000		Bid. Kesmas
						Jumlah ODHA yang mengikuti medical check up .	20		20		20		20		20					
						Malam Renungan AIDS Nusantara	1		1		1		1		1					
						Event Berkaitan dengan HIV/AIDS .	4		4		4		4		4					
						Jumlah staf baru dan lama KPAK Bukittinggi yang mengikuti orientasi program .	15		15		15		15		15					
						Jumlah Pemetaan titik hot spot	1		1		1		1		1					
						Jumlah mahasiswa kampus yang dibina oleh KPAK .	60		60		60		60		60					
						Jumlah tokoh kunci dan komunitas yang mengikuti pelatihan .	40		40		40		40		40					
						Jumlah pengadaan dan pemeliharaan alat/sarana penunjang .	4		4		4		4		4					
						Jumlah sosialisasi informasi melalui media cetak, elektronik dan KIE .	3		3		3		3		3					
						Jumlah Sekretariat KPA yang menerima honorarium dalam setahun .	5		5		5		5		5					
						Jumlah perjalanan dinas dalam daerah .	40		40		40		40		40					
						Jumlah pertemuan dan koordinasi layanan kesehatan .	2		2		2		2		2					
						Peringatan Hari AIDS Sedunia .	1		1		1		1		1					
						Jumlah focus Group Diskusi .	7		7		7		7		7					
						Jumlah staf sekretariat KPAK Bukittinggi yang mengikuti pertemuan bulanan .	15		15		15		15		15					
						Jumlah warga yang mengikuti pembentukan Kelompok Warga Peduli AIDS .	90		90		90		90		90					
						Jumlah siswa sekolah yang dibina oleh KPAK .	60		60		60		60		60					
						Jumlah Warga Peduli AIDS, LSM dan KDS yang mendapat bantuan .	15		15		15		15		15					
						Jumlah kader UKB yang mengikuti pertemuan .	60		60		60		60		60					
						Jumlah petugas lapangan yang menerima bantuan transport dalam setahun .	5		5		5		5		5					
						Jumlah LSM Peduli AIDS, Jaringan ODHA dan Kelompok Resti yang mengikuti pertemuan .	60		60		60		60		60					
					Pengembangan IPWL	Jumlah Pembinaan yang dilakukan terhadap petugas IPWL dan Non IPWL .	4	15,000,000	4	15,000,000	4	20,000,000	4	20,000,000	4	25,000,000	4	95,000,000		Bid. Kesmas
						Jumlah petugas yang mendapat peningkatan pengetahuan/pe/latihan dalam upaya kesehatan pengembangan IPWL/Non IPWL .	2		2		2		2		2		2			
						Jumlah puskesmas institusi Penerima wajib Lapor (IPWL) bagi pecandu narkoba .	2		2		2		2		2		2			
						Jumlah Pembinaan yang dilakukan terhadap pecandu narkoba .	1		1		2		2		2		2			
						Jumlah Puskesmas Non Institusi Penerima Wajib Lapor (IPWL) bagi pecandu narkoba .	5		5		5		5		5		5			
					7. Program Pengembangan Lingkungan Sehat	Persentase tempat umum yang memenuhi syarat kesehatan	50	140,000,000	54	68,411,500	56	150,000,000	58	165,000,000	60	170,000,000	65	693,411,500	64	

						Persentase sarana air minum yang dilakukan pengawasan	40	40		40	45	50		55		60		65		
						Persentase Tempat Pengelolaan makanan (TPM) yang memenuhi syarat kesehatan	20	20		20	25	30		35		40				
				Pengkajian dan Pengembangan Lingkungan sehat	Jumlah pasar yang diperiksa hygiene dan sanitasi .		3	140,000,000	3	68,411,500	3	150,000,000	3	165,000,000	3	170,000,000		693,411,500		Bid. Kesmas
					Jumlah rumah sakit yang diperiksa		6		6	6	6	6		6						
					Jumlah hotel diperiksa .		20		20	20	20	20		20		20		20		
					Jumlah Rumah makan / jasa Boga diperiksa .		40		50	50	50	50		50		50		50		
					Jumlah sampel air limbah Puskesmas diperiksa .		7		7	7	7	7		7						
					Tersedianya biaya pemeliharaan IPAL Laboratorium .		12	-	0	12	12	12		12						
					Tersedianya honorarium untuk petugas IPAL.		12		0	12	12	12		12						
					Tertakutanya pemeriksaan limbah laboratorium.		12		0	12	12	12		12						
					Persentase Catering/Jasa Boga yang memenuhi persyaratan kesehatan..		80	-	81	82	83	83		84						
					Persentase Warung Kopi yang memenuhi persyaratan kesehatan..		80		81	82	83	83		84						
					Persentase Sampel Pangan yang memenuhi syarat kesehatan..		90		95	95	95	95		100						
					Persentase Makanan jajanan yang memenuhi persyaratan kesehatan..		70		75	80	85	85		90						
					Persentase Rumah Makan yang memenuhi persyaratan kesehatan..		80		81	82	83	83		84						
					Persentase Industri Rumah Tanga Pangan yang memenuhi persyaratan Kesehatan..		80		81	82	83	83		84						
					Persentase Makanan jajanan yang memenuhi persyaratan Kesehatan..		80		81	82	83	83		84						
					Persentase TPM memenuhi persyaratan Kesehatan..		80		81	82	83	83		84						
					Persentase Hotel yang memenuhi persyaratan kesehatan .		70		72	75	77	77		80						
					Jumlah Pasar yang memenui persyaratan Kesehatan .		0		1	2	2	2		3						
					Persentase Sekolah memenuhi syarat kesehatan .		70		72	75	77	77		80						
					Persentase Klinik Kesehatan memenuhi syarat kesehatan .		70		72	75	77	77		80						
					Persentase RS yang memenuhi Persyaratan Kesehatan .		70		72	75	77	77		80						
					Persentase TTU yang memenuhi persyaratan kesehatan .		70		72	75	77	77		80						
					Persentase Pangkas Rambut memenuhi syarat kesehatan .		70		72	75	77	77		80						
		Z.MENINGKATNYA PEMERATAAN DAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN	Persentase masyarakat yang mendapatkan pelayanan kesehatan				100	100		100	100	100		100		100				
				S. Program Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin	Cakupan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan masyarakat miskin .		9618	1,636,790,400	9650	1,502,740,000	9650	3,000,000,000	9660	3,200,000,000	9665	3,500,000,000		12,839,530,400		

				1	Penyediaan Premi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi penduduk miskin	Jumlah peserta JKN PBI APBD yang di bantu pembayaran premi JKN .		9618		1,636,790,400	9650		1,502,740,000	9650		3,000,000,000	9660		3,200,000,000	9665		3,500,000,000				12,839,530,400			Bid. PPSDK
					9. Program Kemitraan Peningkatan Pelayanan Kesehatan	Cakupan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan masyarakat melalui jaminan kesehatan	75	80		82,099,000	80		56,278,000	90		97,000,000	90		100,000,000	90		105,000,000	100			440,377,000			
				2	Pengembangan dan peningkatan Pengelolaan JKN	Jumlah konsultasi yang dilakukan		4		57,999,000	4		56,278,000	4		97,000,000	4		100,000,000	4		105,000,000				416,277,000			Bid. PPSDK
						Jumlah SK Kepesertaan JKN yang dibuat	2	2			2			2		2				2									
						Jumlah pembinaan dan supervisi JKN yang dilakukan		12			12			12		12				12									
						Jumlah rapat koordinasi dengan Tim yang dilaksanakan.		4			4			4		4				4									
				3	Monitoring dan evaluasi program JKN	Jumlah rapat koordinasi dengan Tim yang dilaksanakan.	4	4		24,100,000																24,100,000			Bid. PPSDK
						Jumlah supervisi yang dilakukan .	7	7																					
							0	30			70			100		100				100									
					10. Program Standarisasi Pelayanan Kesehatan	Jumlah Puskesmas yang terakreditasi dan meningkat status akreditasinya		2		472,525,650	5		840,927,250	7		982,652,200	7		969,917,420	7		1,348,909,162	7			5,483,741,982			Bid. PPSDK
				1	Akreditasi Puskesmas	Jumlah kegiatan workshop yang dilaksanakan untuk mendukung pelaksanaan akreditasi	0	0		190,828,700			200,000,000	2		215,000,000	2		200,000,000	2		500,000,000				2,174,639,000			
						Jumlah Kegiatan pendampingan yang dilaksanakan oleh tim Pendamping akreditasi Puskesmas		7						7		7				7									
						Jumlah Puskesmas Yang dilaksanakan penilaian oleh surveyor		2						2		2				3									
						Jumlah Puskesmas yang dilakukan kegiatan penilaian pasca akreditasi oleh Tim Pendamping akreditasi Puskesmas		0						5		7				7									
						Jumlah Pelaksanaan Kaji Banding akreditasi		0						1		1				1									
						Jumlah kegiatan kaji banding .		1						1		1				1									
						Jumlah pelaksanaan self assesment .		9						0		0				0									
						Jumlah Puskesmas yang terakreditasi .		2						2		2				7									
						Jumlah dokumen akreditasi puskesmas yang dikirimkan ke pusat					3																		
				2	Akreditasi Puskesmas (DAK Non Fisik)	Jumlah kegiatan penilaian akreditasi oleh surveyor pusat		2		256,272,000	3		611,502,000.00	7		672,652,200.00	7		739,917,420.00	7		813,909,162.00				3,094,252,782			Bid. PPSDK
						Jumlah pendampingan pra akreditasi puskesmas					3			4															
						Jumlah pertemuan/pelatihan pemahaman standar dan instrumen akreditasi					9			9															
						Jumlah pendampingan pasca akreditasi puskesmas					2			2															
						Jumlah kegiatan kaji banding					1			1															
						Jumlah pelaksanaan self assesment					9			9															
						Jumlah Puskesmas yang terakreditasi					2			4															
						Jumlah pertemuan penggalangan komitmen					3			3															



					2	Pelaksanaan penilaian kredit fungsional medis dan paramedis	Frekuensi penilaian angla kredit bagi tenaga fungsional kesehatan		2 kali	23,904,000	2 kali	22,876,000,00	2 kali	122,000,000	2 kali	124,000,000	2 kali	126,000,000		418,780,000		Sekretariat
						12. Program Obat dan Pembekalan Kesehatan	Persentase ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan di puskesmas	90	95	2,574,920,000	95	1,720,580,550	95	1,930,000,000	95	2,400,000,000	95	2,195,000,000	95	11,124,920,000		
							Tingkat pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat rasional di fasilitas pelayanan kesehatan		90		91		92		93		94		95			
					1	Pengadaan Obat dan perbekalan kesehatan	Persentase kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan terpenuhi.		30	345,000,000	30	210,000,000	30	385,000,000	30	400,000,000	30	440,000,000		1,780,000,000		UPT IFK
					2	Penunjang Pengelolaan obat dan perbekalan kesehatan	Jumlah bulan pengelolaan UPT Instalasi Farmasi .		12	137,000,000	12	92,465,650	12	145,000,000	12	150,000,000	12	155,000,000		679,465,650		UPT IFK
					3	Pengadaan Obat dan Perbekalan Kesehatan (DAK)	Jumlah obat yang diadakan	1ls	1ls	1,911,920,000	1 ls	1,200,000,000	70	1,400,000,000	70	1,400,000,000	70	1,600,000,000		7,511,920,000		UPT IFK
							Jumlah perbekalan kesehatan yang diadakan	1ls	1ls		21ls											
					4	Penyediaan Sarana dan Prasarana Instalasi Farmasi Kota (DAK)	Jumlah sarana dan prasarana yang diadakan .		8	181,000,000	6	65,000,000	0	-	10	450,000,000	0	-		696,000,000		UPT IFK
					5	Distribusi Obat dan E-Logistik (DAK BOK Non Fisik 2017)	Jumlah bulan peningkatan pemerataan obat dan perbekalan kesehatan		91		91	153,114,900,00	92		93		94			153,114,900		UPT IFK
						13. Program Pengawasan Obat dan Makanan	Persentase apotek yang melaksanakan pelayanan kefarmasian sesuai standar .	100	100	368,671,800	100	370,451,330	100	402,500,000	100	433,250,000	100	446,500,000	100	2,006,671,800		
							Persentase penggunaan obat secara rasional	100	100		100		100		100		100		100			
							Persentase depot air minum yang memenuhi standar kesehatan		100		100		100		100		100					
							Persentase permintaan pemeriksaan sampel air yang terlayani		100		100		100		100		100		100			
					1	Pembinaan dan Pengawasan Farmasi Komunitas dan Klinik	Jumlah masyarakat yang mendapatkan sosialisasi penggunaan obat secara rasional .		30	18,671,800	30	28,393,000	30	25,000,000	30	25,000,000	30	25,000,000		122,064,800		Bid. PPSDK
							Jumlah petugas yang mendapatkan Pelatihan Penggunaan obat secara rasional .		35		0		0		35		0					
							Jumlah kader posyandu yang ditingkatkan pengetahuannya dalam penggunaan obat rasional		0		120		120		0		120					
							Jumlah Puskesmas / Pustu / Poskeskel yan diawasi rasionalitas pengobatannya .		24		30		30		30		30					
					2	Pembinaan, Pengawasan Pengelolaan dan Distribusi sediaan Farmasi / Bahan berbahaya disarana kefarmasian.	Jumlah sarana distribusi sediaan farmasi dalam pengelolaan sediaan farmasi dan bahan berbahaya yang dimonitoring dan dibina .		20	35,000,000	50	41,875,000	50	45,000,000	50	50,000,000	50	50,000,000		221,875,000		Bid. PPSDK
							Jumlah tenaga apoteker yang mengikuti FGD Pemeriksaan sediaan farmasi dan alkes .		0		0		7		7		7					
							Frekuensi sampling untuk pemeriksaan terhadap sediaan farmasi yang beredar di masyarakat		2		2		2		2		2					
							Jumlah tenaga teknis kefarmasian yang mengikuti FGD pengawasan TOKO Obat dan Alkes .		0		0		10		10		10					
							Jumlah pelaku Usaha Jamu Gendong (UGJ) Usaha Jamu Racikan (UJR) dan Obat Tradisional yang di bina .		20		30		30		30		30					



					Jumlah Tenaga Apotek yang dibina dalam Pengelolaan sediaan Farmasi dan bahan berbahaya disarana kefarmasian .		40		40		40		40		40					
					Jumlah terbinanya tenaga kefarmasian di apotek dalam pengelolaan sediaan farmasi				40											
					Jumlah SDM Pelaku Usaha Jamu Gendong dan Racikan yang ditingkatkan pengetahuannya				30											
					Jumlah terbina dan terawasanya sarana distribusi sediaan farmasi dan Alkes dalam pengelolaan sediaan farmasi dan Alkes				50											
					Terlaksananya sampling dan pemeriksaan terhadap sediaan farmasi yang beredar dimasyarakat				2											
				3	Pengawasan sanitasi depot air minum		12	15,000,000	12	14,982,100	12	17,500,000	12	25,000,000	12	30,000,000		102,482,100		Bid. Kesmas
					Frekuensi pemeriksaan depot air minum		25		25		25		25		25					
				4	Pembinaan dan Pengawasan kualitas air minum		76	250,000,000	77	249,930,000	78	260,000,000	79	275,000,000	80	280,000,000		1,314,930,000		UPT Lab
					Presentase Sarana air minum masyarakat memenuhi persyaratan kesehatan. .															
					Jumlah bulan pemenuhan kebutuhan bahan/material kimia		12		12		12		12		12					
					Jumlah jas laboratorium yang diadakan		6		0		0		6		0					
					Jumlah alat laboratorium kimia air yang diadakan		30		1		40		20		20					
					Jumlah kelengkapan lapangan untuk operator pengelola IPAL		1		3		1		1		1					
					Jumlah pelatihan / konsultasi yang dilakukan		5		5		7		7		7					
					Jumlah bulan pemberian jasa bagi operator IPAL		12		12		12		12		12					
					Jumlah bulan pemberian jasa pelayanan laboratorium		12		12		12		12		12					
					Jumlah bulan untuk pemeliharaan alat laboratorium		12		12		12		12		12					
					Jumlah petugas yang memperoleh makanan tambahan / lembur		10		10		10		10		10					
					Jumlah lah petugas yang memperoleh makanan minuman penambah daya tahan tubuh				7											
					Jumlah alat yang dikalibrasi				14											
					Jumlah pembuangan limbah laboratorium yg diangkut oleh pihak ketiga				250											
					Jumlah parameter pemeriksaan utk program PME laboratorium				2											
					Jumlah Pelaksanaan lembur pegawai petugas laboratorium				6											
				5	Penunjang Pengelolaan Laboratorium		100	34,500,000	100	35,271,230	100	39,000,000	1001	42,000,000	100	45,000,000		195,771,230		UPT Lab
					Presentase pelayanan pemeriksaan air di UPT Laboratorium terlaksana															
				6	Penyelenggaraan Pengelolaan Lingkungan Hidup		100	15,500,000	0	-	100	16,000,000	100	16,250,000	100	16,500,000		64,250,000		BKK
					Presentase kelurahan yg melaksanakan sanitasi total berbasis masyarakat (STBM)															
					Presentase jamban sehat		95		0		97		98		100					
					Frekuensi pemeriksaan pada limbah laboratorium		12		0		12		12		12					
					Presentase rumah sehat		9312		0		96		97		98					

					Persentase penduduk yang memiliki akses terhadap air minum yang berkualitas .		100		0		100		100		100				
					Jumlah IPAL yang dipelihara .		1		1		1		1		1				
				14. Program Pengadaan, Peningkatan dan Perbaikan Sarana dan Prasarana Puskesmas/Puskesmas Pembantu dan Jaringannya	Persentase bangunan Puskesmas, Pustu dan Jaringannya sesuai standar pelayanan	75	80	1,963,000,000	85	3,425,407,179	90	14,300,300,000	95	4,330,000,000	100	5,250,000,000	100	29,268,707,179	DKK
					Persentase ketersediaan alat kesehatan di puskesmas, pustu dan poskeskel yang sesuai standar	70	75		80		85		90		100		100		
				1 Rehab gedung Puskesmas, Pustu dan Poskeskel	Jumlah rehab gedung puskesmas ,pustu, poskeslur terlaksana		2	300,000,000		1,200,000,000		300,000		300,000,000		300,000,000		2,100,300,000	DKK
					Jumlah gedung yang direhab				1										
				2 Pembangunan Puskesmas Baru di wilayah kerja Puskesmas Tigo Baleh	Jumlah Puskesmas yang dibangun .		2	300,000,000	3		3		2	1,200,000,000	3	2,000,000,000		3,500,000,000	DKK
				3 Pengadaan alat kesehatan untuk pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas, Pustu dan Poskeskel	Jumlah Puskesmas yang dipenuhi kebutuhan sarana dan prasarannya .		0	-	0	602,000,000	1	12,000,000,000	0	-	0	750,000,000	7	13,352,000,000	DKK
					Persentase ketersediaan alat kesehatan di puskesmas, pustu dan poskeskel yang sesuai standar				7		7		7		7				
				4 Peningkatan Puskesmas non rawat inap menjadi puskesmas rawat inap	Jumlah Puskesmas non rawat inap yang meningkat statusnya		1	702,000,000	0	-	0	800,000,000	1	650,000,000	1	1,400,000,000	1	3,552,000,000	DKK
				5 Pengadaan kendaraan roda dua (DAK)	Jumlah kendaraan roda dua yang diadakan		1	270,000,000	0	-	0	-	0	-	0	-		270,000,000	DKK
				6 Pengadaan peralatan sistem informasi kesehatan (DAK)	Jumlah Puskesmas yang mendapatkan paket SIKDA .		15	391,000,000	0	-	0	-	24	480,000,000	0	-	7	871,000,000	DKK
				7 Pembangunan Pos Kesehatan Kelurahan	Jumlah Poskeskel yang dibangun		0	-	0	-	2	700,000,000	2	700,000,000	2	-	2	1,400,000,000	DKK
				8 Pembangunan Puskesmas Pembantu	Jumlah pustu yang dibangun		0		1	1,623,407,179	1	800,000,000	1	1,000,000,000	1	800,000,000	1	4,223,407,179	DKK
				15. Program Pengadaan, Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit/Rumah Sakit Jiwa/Rumah Sakit Paru-Paru/Rumah Sakit Mata	Ketersediaan RSUD Milik Pemerintah Kota Bukittinggi .	0	0	118,000,000	0	1,920,000,000	0	45,085,000,000	0	85,000,000,000	1	60,000,000,000	1	192,123,000,000	Sekretariat
					Persentase Ketersediaan dokumen pendukung pembangunan RSUD	0	20		60		100								
					Persentase ketersediaan alat kesehatan untuk RSUD Kota Bukittinggi	0	0		0		60		20		20		100		
					Persentase Tahapan pembangunan RSUD Kota Bukittinggi yang terlaksana sesuai jadwal				100		100		100		100		100		100
				1 Pengelolaan Tim Pembangunan RSUD Bukittinggi	Jumlah rapat koordinasi yang dilakukan dengan Tim Terkait .		10	68,000,000	10	70,000,000	10	85,000,000	0	-	0	-		223,000,000	DKK
					Jumlah konsultasi ke luar daerah yang dilakukan		4 kali		4										
				2 Pembangunan Rumah Sakit Daerah	Jumlah Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah terbangun .		0	-	0	-	0	45,000,000,000	0	45,000,000,000	1	30,000,000,000		120,000,000,000	DKK
				3 Perencanaan Pembangunan RSUD Kota Bukittinggi	Jumlah Dokumen Master Plan Pembangunan RSUD Kota Bukittinggi yang disusun				5 eks	1,600,000,000,000							1,600,000,000		DKK

					Jumlah Dokumen DED Pembangunan RSUD Kota Bukittinggi yang disusun				5 eks										
				4	Studi Lalu Lintas Untuk Pembangunan RSUD Kota Bukittinggi	Jumlah dokumen Studi Lalu Lintas Untuk Pembangunan RSUD Kota Bukittinggi yang disusun			-	1	50,000,000.00						50,000,000		DIK
				5	Studi UKL-UPL Pembangunan RSUD Kota Bukittinggi	Jumlah dokumen Studi UKL- UPL Pembangunan RSUD Kota Bukittinggi yang disusun			-	1	50,000,000.00						50,000,000		DIK
				6	Review Dokumen Studi Kelayakan RSUD	Jumlah dokumen Review Dokumen Studi Kelayakan RSUD Bukittinggi yang disusun			50,000,000	1 dokumen ( 5 eks)	150,000,000.00						200,000,000		DIK
				7	Pengadaan Alat Kesehatan untuk Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD)	Jumlah item alat kesehatan yang diadakan untuk RSUD	0	0		0		-	100	40,000,000,000	50	30,000,000,000	70,000,000,000		DIK
				16. Program Pelayanan Kesehatan Rujukan	Persentase masyarakat mendapat pelayanan kesehatan rujukan pada rumah sakit .	25	25		-	25		-	25	8,000,000,000	25	12,000,000,000	25	20,000,000,000	
					Cakupan pelayanan gawat darurat level 1 yang harus diberikan sarana kesehatan (RS) di Kabupaten/Kota .	100	100		100		100		100		100				
				1	Peningkatan Pelayanan kesehatan rujukan pada RSUD .	Cakupan kunjungan pasien RSUD .		0		-	0		-	80	8,000,000,000	100	12,000,000,000	20,000,000,000	UPT RSUD
				17. Program Kebijakan dan Manajemen Kesehatan	Persentase ketersediaan data pelayanan kesehatan	100	100	351,500,500	100	314,090,550	100	484,000,000	100	532,400,000	100	585,640,000	100	3,446,292,199	Bid. PPSDK
					Pesertase ketersediaan data Standard Pelayanan Minimal				100		100		100		100		100		
					Persentase masyarakat yang terlayani melalui aplikasi SIK, Infokes/ P-care				100		100		100		100		100		
				1	Penyusunan Profil Kesehatan dan aplikasi SIK	Jumlah Profil kesehatan yang dicetak	30	74,959,900	11	75,926,050.00	40	96,800,000	40	106,480,000	40	117,128,000		Bid. PPSDK	
					Jumlah instansi terkait yang mengikuti validasi data profil .		15		15		15	96,800,000	15	106,480,000	15	117,128,000	320,408,000		
				2	Pelayanan Administrasi Kesehatan dengan Aplikasi e-Puskesmas	Jumlah Puskesmas yang melaksanakan aplikasi e- Puskesmas		7	221,710,000	7	194405000	7		7		7		Bid. PPSDK	
				3	Penyelenggaraan komunikasi data dan informasi kesehatan	Jumlah Puskesmas yang melaksanakan Komunikasi Data		7	54,830,600		43,759,500.00	7	290,400,000	7	319,440,000	7	351,384,000	1,059,814,100	Bid. PPSDK
					Jumlah Puskesmas yang melaksanakan pengelolaan data dan informasi kesehatan .			7			7		7		7		-		
					Persentase berita yang ditayangkan diwebsite dinas kesehatan Kota Bukittinggi		30				50		60		65				
					Jumlah Kegiatan workshop yang dilaksanakan untuk kegiatan Komunkasi Data		1				1		1		1				
					Jumlah Puskesmas yang melaksanakan pengelolaan data dan informasi kesehatan				7										
					Jumlah Puskesmas yang menyelenggarakan komunikasi data yang terintegrasi .				7										
				18. Program Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan BLUD	Persentase Puskesmas yang melaksanakan pengeloelan keuangan BLUD sesuai ketentuan		60%	62,339,000	60%	30,232,500	80	65,000,000	80	71,500,000	100	78,650,000	100	307,721,500	
				1	Persiapan PPK BLUD Puskesmas	Jumlah dokumen persyaratan BLUD yang disiapkan		35	62,339,000	35	30,232,500.00						92,571,500		DIK
					Jumlah rapat koordinasi pengelolan BLUD yang dilaksanakan		4 kali		10 kali		0		0		0		0		

					2	Manajemen Pengelolaan BLUD Puskesmas	Jumlah pertemuan penggalangan komitmen .		0		0		2	65,000,000	0	71,500,000	0	78,650,000		215,150,000		DKK
							Jumlah rapat koordinasi pengelolaan BLUD yang dilaksanakan					4 kali		4 kali		4 kali		4 kali				
							Jumlah peserta yang mengikuti pelatihan penyusunan laporan keuangan					30		30		30		30		30		
						19. Program Pengawasan dan Pengendalian Kesehatan Makanan	Persentase pangan yang memenuhi syarat kesehatan	90	90	38,000,000	100	29,427,600	100	44,000,000	100	45,000,000	100	50,000,000	100	206,427,600		
					1	Peningkatan pengawasan keamanan Pangan	Jumlah peserta yang mengikuti pelatihan tentang keamanan pangan .		30	38,000,000	30	29,427,600	30	44,000,000	30	45,000,000	30	50,000,000		206,427,600		Bid. PPSDK
							Jumlah sampel pangan diperiksa .		40		40		40		40		40					
							Jumlah kader yang mendapatkan penyuluhan tentang kewaspadaan pangan .		30		30		30		30		30					
							Jumlah industri rumah tangga yang diaudit .		30		30		30		30		30					
		Peningkatan kualitas pengelolaan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP)	Nilai SAKIP Dinas Kesehatan					C			CC		8		88		A					
						20. Program Pelayanan Administrasi Perkantoran	Tingkat ketersediaan layanan administrasi perkantoran .	100	100	1,870,585,940	100	1,394,790,712	100	3,330,700,000	100	3,429,900,000	100	4,256,200,000	100	14,282,176,652		
					1	Penyediaan Jasa Surat Menyurat	Jumlah surat dokumen terkirim melalui Pos .		50	2,012,500	50	2,012,500	50	2,700,000	50	2,900,000	50	3,200,000		12,825,000		DKK
							Jumlah material 3000 tersedia .		200		200		200		200		200					
							Jumlah material 6000 tersedia .		150		150		150		150		150					
					2	Penyediaan Jasa Komunikasi, Sumber Daya Air dan Listrik	Jumlah rekening jasa komunikasi, sumberdaya air dan listrik dibayar .	48	166,750,000	48	168,100,000	48	220,000,000	48	245,000,000	48	270,000,000		1,069,850,000		DKK dan UPT	
					3	Penyediaan Jasa Pemeliharaan dan Perizinan Kendaraan Dinas/Operasional	Jumlah kendaraan roda dua dan roda empat yang terpelihara .	22	250,996,200	22	198,663,500	22	385,000,000	22	385,000,000	22	400,000,000		1,619,659,700		DKK dan UPT	
					4	Penyediaan Jasa Kebersihan Kantor	Jumlah tenaga kebersihan yang diberikan jasa / honor .	10	212,757,200	12	67,955,000.00	12	210,000,000	12	235,000,000	15	260,000,000		985,712,200		DKK dan UPT	
							Jumlah item bahan kebersihan yang disediakan				25											
					5	Penyediaan Jasa Perbaikan Peralatan dan Perlengkapan Kantor	Jumlah bulan yang dipenuhi untuk jasa perbaikan peralatan dan perlengkapan kantor .	12	44,850,000	12	70,000,000.00	12	52,000,000	12	55,000,000	12	60,000,000		281,850,000			
					6	Penyediaan Alat Tulis Kantor	Jumlah jenis ATK yang dibeli .	44	22,759,650	45	27,000,000	45	32,000,000	50	35,000,000	55	38,000,000		154,759,650		DKK	
					7	Penyediaan Barang Cetakan dan Penggandaan	Pemenuhan kebutuhan penggandaan yang tersedia .	12	11,500,000	12	11,500,000	12	17,000,000	12	19,000,000	12	20,000,000		79,000,000		DKK	
							Jenis barang cetakan yang dicetak .	8		2		10		10		12						
					8	Penyediaan Komponen Instalasi Listrik/Penerangan Bangunan Kantor	Jumlah jaringan listrik yang dipelihara .	2	9,761,000	10	10,000,000	2	12,000,000	3	14,000,000	3	15,000,000		60,761,000		DKK dan UPT	
							Jumlah alat listrik penerangan yang disediakan .	9		9		15		20		20						
					9	Penyediaan Makanan dan Minuman	Persentase makan minuman rapat,tamu dan lembur yang tersedia yang disediakan untuk rapat, tamu dan lembur .	100	28,500,000	100	29,190,000.00	100	40,000,000	100	44,000,000	100	45,000,000		186,690,000		DKK	

					10	Rapat-rapat Koordinasi, Konsultasi, Sosialisasi dan Perjalanan Dinas Lainnya Ke Luar Kota Bukittinggi	Persentase Rapat-rapat Koordinasi, Konsultasi, Sosialisasi dan Perjalanan Dinas Lainnya Ke Luar Kota Bukittinggi yang dihadiri .		100	156,257,400	100	145,000,000.00	100	175,000,000	100	185,000,000	100	200,000,000		861,257,400		DKK dan UPT	
					11	Penyediaan Jasa Pegawai Non PNS	Jumlah Pegawai Tidak Tetap yang diberikan tunjangan penghasilan .		30	550,947,300	30	503,339,712	30	730,000,000	30	800,000,000	30	880,000,000		3,464,287,012		DKK dan UPT	
							Jumlah tenaga Non PNS yang diberikan honor .		17		14		17		17		17						
					13	Penyediaan Jasa Pengamanan Kantor	Jumlah tenaga keamanan yang diberikan honor		7	158,680,000	2	36,400,000.00	9	190,000,000	9	200,000,000	9	210,000,000		795,080,000		DKK dan UPT	
					14	Pelaksanaan Proses administrasi Pengadaan Barang dan Jasa Pemerintah	Jumlah paket pengadaan barang dan jasa yang terbayar .		50	34,627,190	55	8,000,000.00	60	40,000,000	50	45,000,000	55	50,000,000		177,627,190		DKK dan UPT	
					15	Penyediaan Penunjang Pengelolaan dan Pelaksanaan Dana Alokasi Khusus (DAK)	Jumlah Pertemuan koordinasi DAK yang dilakukan .		4	18,055,000	4	16,680,000.00	4	45,000,000	4	60,000,000	4	75,000,000		214,735,000		DKK	
							Jumlah monitoring evaluasi kegiatan DAK yang dilakukan		5		5		5		5		5						
							Jumlah konsultasi tentang DAK ke propinsi dan pusat yang dilakukan		5		5		5		5		5						
					16	Pengadaan Peralatan Kantor	Jumlah Peralatan Kantor yang diadakan (UPS, Laptop, Komputer PC, Printer, Hard Disk External, Keyboard, CCTV)		8	127,132,500		65,000,000.00	10	150,000,000	4	60,000,000	12	160,000,000		562,132,500		DKK dan UPT	
					17	Pengadaan perlengkapan kantor	Jenis perlengkapan kantor yang diadakan		12	75,000,000	6	35,950,000	12	30,000,000	12	45,000,000	12	70,000,000		255,950,000		DKK dan UPT	
					18	Pelayanan administrasi kesehatan di Rumah Sakit	Makan minum kegiatan .		0	-	0	-	12	1,000,000,000	12	1,000,000,000	12	1,500,000,000		3,500,000,000		RSUD	
							Bahan kebersihan .		0		0		1		1		1						
							Perjalanan dinas dalam daerah		0		0		12		12		12						
							Belanja telepon, listrik dan air .		0		0		12		12		12						
							ATK		0		0		1		1		1						
					21. Program Peningkatan Pengembangan Sistem Pelaporan Capaian Kinerja dan Keuangan	Persentase laporan capaian kinerja dan keuangan yg terusun tepat waktu .		80	80	9,342,400	80	10,357,000	85	12,000,000	85	15,000,000	90	16,500,000	90	63,199,400			
					1	Penyusunan laporan keuangan semesteran	Jumlah dokumen laporan keuangan semesteran yang terusun tepat waktu (2 x setahun) .		10	2,617,400	10	4,440,000.00	10	4,500,000	10	6,000,000	10	6,500,000		24,057,400		DKK	
					2	Penyusunan Rencana Kerja dan keuangan SKPD	Jumlah dokumen Rencana Kerja dan keuangan SKPD yang terusun tepat waktu .		5	1,000,000	5	992,000.00	5	1,250,000	5	1,500,000	5	2,000,000		6,742,000		DKK	
					3	Penyusunan laporan capaian kinerja dan ikhtisar realisasi kinerja SKPD	Jumlah dokumen laporan capaian kinerja dan ikhtisar realisasi kinerja SKPD yang terusun tepat waktu .		25	1,725,000	12	1,725,000.00	25	2,750,000	25	3,500,000	25	3,500,000		13,200,000		DKK	
					4	Penyusunan dokumen perencanaan ,monitoring dan evaluasi pembangunan kesehatan	Jumlah dokumen perencanaan (DPA, DPA Pergeseran, DPA Perubahan) yang tersedia tepat waktu .		3	4,000,000	3	3,200,000.00	3	3,500,000	3	4,000,000	3	4,500,000		19,200,000		DKK	
					22. Program Peningkatan Sarana dan Prasarana Aparatur	Tingkat kelengkapan sarana dan prasarana aparatur .		80	80	562,000,000	80	582,500,000	85	543,000,000	85	553,000,000	90	515,000,000	90	2,755,500,000			
					1	Pemeliharaan Rutin/Berkala Gedung Kantor	Persentase Pemeliharaan Rutin/Berkala Gedung Kantor yang terlaksana .		70	70	100,000,000	75	120,000,000.00	80	130,000,000	85	140,000,000	90	150,000,000	90	640,000,000		DKK dan UPT
					2	Pemeliharaan Rutin/Berkala Peralatan Kantor	Persentase Pemeliharaan Rutin/Berkala Peralatan Kantor yang terlaksana .		70	70	12,000,000	75	12,500,000	80	13,000,000	85	13,000,000	90	15,000,000	90	65,500,000		DKK dan UPT
					3	Rehabilitasi Sedang/Berat Gedung Kantor	Persentase gedung yang direhab .		70	70	450,000,000	75	450,000,000	80	400,000,000	85	400,000,000	90	350,000,000	90	2,050,000,000		DKK dan UPT
					23. Program Peningkatan Disiplin Aparatur	Tingkat kedisiplinan aparatur dalam kehadiran dan penggunaan atribut pegawai .		80	80	153,000,000	80	-	85	180,000,000	85	200,000,000	90	200,000,000	90	733,000,000			
					1	Pengadaan Pakaian Dinas Beserta Perlengkapannya	Jumlah pakaian dinas yang tersedia .		325	153,000,000	330	-	330	180,000,000	350	200,000,000	350	200,000,000		733,000,000		DKK dan UPT	

## BAB VII

### KINERJA PENYELENGGARAAN BIDANG URUSAN

Untuk mengetahui tingkat pencapaian kinerja pelaksanaan RPJMD Tahun 2016-2021 secara terukur diperlukan penetapan indikator kinerja daerah. Penetapan indikator kinerja ini bertujuan untuk memberi gambaran tentang ukuran keberhasilan pencapaian visi dan misi kepala daerah dan wakil kepala daerah pada akhir periode masa jabatan. Hal ini ditunjukkan dari akumulasi pencapaian indikator outcome program pembangunan daerah setiap tahun atau indikator capaian yang bersifat mandiri setiap tahun sehingga kondisi kinerja yang diinginkan pada akhir periode RPJMD dapat dicapai.

Indikator kinerja adalah alat ukur spesifik secara kuantitatif dan/atau kualitatif untuk masukan, proses, keluaran, hasil, dan/atau dampak yang menggambarkan tingkat capaian kinerja suatu sasaran, program atau kegiatan. Pada bagian ini akan dikemukakan indikator kinerja SKPD yang secara langsung menunjukkan kinerja yang akan dicapai SKPD dalam lima tahun mendatang sebagai komitmen untuk mendukung pencapaian tujuan dan sasaran RPJMD

Indikator kinerja Dinas Kesehatan yang sudah terdapat dalam RPJMD Kota Bukittinggi tahun 2016 – 2021 yaitu :

1. Cakupan masyarakat yang mendapatkan pelayanan kesehatan dasar .
2. Cakupan Pelayanan Ibu Hamil sesuai standar ( Antenatal)
3. Cakupan Pelayanan Ibu bersalin sesuai standar
4. Cakupan pelayanan kesehatan bayi baru lahir sesuai standar
5. Cakupan pelayanan kesehatan balita sesuai standar
6. Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan
7. Cakupan pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar ( skrining)
8. Cakupan PHBS Tingkat Kota
9. Cakupan pelayanan kesehatan pada usia lanjut sesuai standar
10. Persentase pemenuhan kebutuhan tenaga medis dan para medis di puskesmas sesuai Analisa Beban Kerja
11. Persentase bangunan Puskesmas. Pustu dan Jaringannya sesuai standar pelayanan
12. Ketersediaan RSUD Milik Pemerintah Kota Bukittinggi
13. Persentase ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan di puskesmas
14. Persentase apotek yang melaksanakan pelayanan kefarmasian sesuai standar .
15. Cakupan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan masyarakat miskin .
16. Persentase masyarakat mendapat pelayanan kesehatan rujukan pada rumah sakit .
17. Jumlah Puskesmas yang terakreditasi
18. Persentase Puskesmas yang melaksanakan pengelolaan keuangan BLUD sesuai ketentuan
19. Persentase ketersediaan data pelayanan kesehatan
20. Persentase pangan yang memenuhi syarat kesehatan
21. Persentase tempat umum yang memenuhi syarat kesehatan
22. Persentase orang dengan TB mendapatkan pelayanan TB sesuai standar

23. Persentase orang beresiko terinfeksi HIV (Ibu hamil, pasien TB, pasien IMS, Waria/ Transgender, pengguna NAPZA dan warga Binaan LP) mendapatkan pemeriksaan sesuai standar

Rincian Indikator kinerja dan target kinerja, disajikan pada tabel berikut :

Tabel 7.1

N O.	ASPEK/FOKUS/BIDANG URUSAN/ INDIKATOR KINERJA PEMBANGUNAN DAERAH	KONDISI KINERJA PADA AWAL PERIODE RPJMD	TARGET CAPAIAN TAHUNAN					KONDISI KINERJA PADA AKHIR PERIODE RPJMD
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1	Cakupan masyarakat yang mendapatkan pelayanan kesehatan dasar	100	100	100	100	100	100	100
2	Cakupan Pelayanan Ibu Hamil sesuai standar (Antenatal)	91	91	100	100	100	100	100
3	Cakupan Pelayanan Ibu bersalin sesuai standar	967	97	100	100	100	100	100
4	Cakupan pelayanan kesehatan bayi baru lahir sesuai standar	89,2	90	100	100	100	100	100
5	Cakupan pelayanan kesehatan balita sesuai standar	83,6	84	100	100	100	100	100
6	Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan .	100	100	100	100	100	100	100
7	Cakupan pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar ( skrining)	70,6	74	100	100	100	100	100
8	Cakupan PHBS Tingkat Kota	70	20	30	77	80	82	82
9	Cakupan pelayanan kesehatan pada usia lanjut sesuai standar	0	60	100	100	100	100	100
10	Persentase pemenuhan kebutuhan tenaga medis dan para medis di puskesmas sesuai Analisa Beban Kerja	90	100	100	100	100	100	100
11	Persentase bangunan Puskesmas. Pustu dan Jaringannya sesuai standar pelayanan	75	80	85	90	95	100	100
12	Ketersediaan RSUD Milik Pemerintah Kota Bukittinggi .	0	0	0	0	0	1	1
13	Persentase ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan di puskesmas	90	95	95	95	95	95	95
14	Persentase apotek yang melaksanakan pelayanan kefarmasian sesuai standar .	100	100	100	100	100	100	100
15	Cakupan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan masyarakat miskin .	75	80	80	90	90	90	100
16	Persentase masyarakat mendapat pelayanan kesehatan rujukan pada rumah sakit .	25	25	25	25	25	25	25
17	Jumlah Puskesmas yang terakreditasi		2	5	7	7	7	7
17	Persentase Puskesmas yang melaksanakan pengelolaan keuangan BLUD sesuai ketentuan	60	60%	60%	100	100	100	100
18	Persentase pangan yang memenuhi syarat kesehatan	90	90	100	100	100	100	100
19	Persentase ketersediaan data pelayanan kesehatan	90	100	100	100	100	100	100
20	Persentase tempat umum yang memenuhi syarat kesehatan	50	50	54	56	58	60	62

N O.	ASPEK/FOKUS/BIDANG URUSAN/ INDIKATOR KINERJA PEMBANGUNAN DAERAH	KONDISI KINERJA PADA AWAL PERIODE RPJMD	TARGET CAPAIAN TAHUNAN					KONDISI KINERJA PADA AKHIR PERIODE RPJMD
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
21	Persentase orang dengan TB mendapatkan pelayanan TB sesuai standar	100	100	100%	100%	100%	100%	100
22	Persentase orang beresiko terinfeksi HIV (Ibu hamil, pasien TB, pasien IMS, Waria/ Transgender, pengguna NAPZA dan warga Binaan LP) mendapatkan pemeriksaan sesuai standar	100	100	100%	100%	100%	100%	100



## BAB VIII

### PENUTUP

Sebagai suatu bagian dari dokumen perencanaan yang dimiliki oleh Pemerintah Daerah, Rencana Strategis (Renstra) Dinas Kesehatan ini merupakan dokumen yang dijadikan acuan dasar bagi pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Dinas Kesehatan selama periode 2016-2021, mengikuti periode berlakunya RPJMD Kota Bukittinggi 2016-2021.

Renstra SKPD ini, memiliki kedudukan yang sangat vital dan urgen dalam pembangunan Kesehatan selama 5 (lima) tahun ke depan, memberikan arah, tujuan sasaran, strategi, kebijakan, program dan kegiatan penyelenggaraan pemerintahan sesuai dengan tugas pokok dan fungsi Dinas Kesehatan.

Renstra Dinas Kesehatan merupakan penjabaran dokumen RPJMD, selanjutnya Renstra Dinas Kesehatan dijabarkan ke dalam Rencana Kerja (Renja) Dinas Kesehatan yang merupakan rencana tahunan Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi selama periode lima tahun, 2016 - 2021 dan akan dilaksanakan secara sungguh-sungguh dan bertanggung jawab.

Renstra Dinas Kesehatan diterbitkan melalui surat keputusan Kepala Dinas Kesehatan, dan didalam pelaksanaannya, senantiasa dilakukan pengawasan dan evaluasi, sebagai wujud penyelenggaraan pemerintahan yang akuntabel, transparan dan bercirikan penyelenggaraan pemerintahan yang baik (*good governance*). Pencapaian kinerja pelayanan sebagaimana tugas pokok dan fungsi yang berkaitan dengan Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi merupakan bagian pencapaian kinerja dan pertanggungjawaban kepada Walikota dan Wakil Walikota, serta secara moral dipertanggung-jawabkan kepada seluruh masyarakat Kota Bukittinggi.

KEPALA DINAS KESEHATAN  
KOTA BUKITTINGGI



Drg. YANDRA FERRY, MM  
NIP.19610118 199301 1001