

Bab 1

Pendahuluan

1.1 Latar belakang

Pembangunan Kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berdasarkan pada perikemanusiaan, pemberdayaan dan kemandirian, adil dan merata, serta pengutamaan dan manfaat dengan perhatian khusus pada penduduk rentan, antara lain ibu, anak, lanjut usia dan keluarga miskin.

Di Kota Cirebon pembangunan kesehatan merupakan program lanjutan dari program sebelumnya yang diarahkan untuk meningkatkan kualitas sumberdaya manusia serta kualitas kehidupan dan usia harapan hidup, meningkatkan kesejahteraan keluarga dan masyarakat serta meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya hidup sehat. Pembangunan kesehatan yang diarahkan kepada peningkatan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat dan dapat menolong dirinya sendiri, dan mampu untuk mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapi dari lingkungan dan perilaku yang tidak mendukung untuk hidup sehat.

Pembangunan Kesehatan Kota Cirebon merupakan manifestasi konkrit dan komitmen pengelola program kesehatan untuk melaksanakan pembangunan yang berwawasan kesehatan sesuai dengan Visi Pembangunan Kota Cirebon di Bidang Kesehatan yaitu: Terwujudnya Derajat Kesehatan Masyarakat Yang Optimal Menuju Sumber Daya Manusia Kota Cirebon Yang Berkualitas. Dan telah ditetapkan beberapa Misi sebagai berikut: 1) Mendorong Kemandirian Individu, Keluarga, dan Masyarakat Untuk Hidup Sehat dan Produktif, 2) Mengembangkan Keterjangkauan Upaya Pelayanan Yang Bermutu dan Merata Kepada Seluruh Masyarakat, dan 3) Meningkatkan Manajemen Pembangunan Kesehatan.

Profil Kesehatan adalah informasi kesehatan atau salah satu bentuk penyajian data yang relatif komprehensif. Profil Kesehatan Kabupaten / Kota merupakan masukan penting bagi penyusunan Profil Kesehatan Propinsi dan Profil Kesehatan Indonesia. Profil Kesehatan daerah dapat menjadi gambaran tentang situasi dan kondisi kesehatan di daerah. Selain itu dapat menjadi acuan atau sarana untuk memantau pencapaian pembangunan kesehatan di daerah.

Penyusunan Profil Kesehatan Kota Cirebon perlu didukung oleh data dari pencatatan dan pelaporan yang akurat agar dapat menyajikan data tentang pembangunan kesehatan di Kota Cirebon secara komprehensif. Data yang digunakan dalam penyusunan Profil Kesehatan Kota Cirebon Tahun 2013 ini bersumber dari Laporan kegiatan dari masing-masing pelaksanaan program kesehatan, Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas (SP3), Sistem Pencatatan dan Pelaporan Rumah Sakit (SP2RS), Kantor Statistik, Pemerintah Daerah Kota Cirebon dan instansi terkait lainnya.

Profil Kesehatan ini disusun dengan format standar berdasarkan petunjuk penyusunan yang diterbitkan kementerian kesehatan Tahun 2010. Secara umum Profil Kesehatan ini menyajikan data kesehatan yang terpilah menurut jenis kelamin. Dengan tersedianya data kesehatan yang responsif gender, diharapkan dapat mengidentifikasi ada-tidaknya serta besaran kesenjangan mengenai kondisi, kebutuhan, dan persoalan yang dihadapi laki-laki dan perempuan terkait dengan akses, partisipasi, kontrol, dan manfaat dalam pembangunan bidang kesehatan.

1.2 Maksud dan Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dibuatnya Profil Kesehatan Kota Cirebon adalah tersedianya sarana yang dapat digunakan untuk melaporkan pemantauan dan evaluasi terhadap pencapaian hasil pembangunan kesehatan, termasuk kinerja dari penyelenggaraan pelayanan minimal di bidang kesehatan di Kota Cirebon yang berisi berbagai data dan atau informasi yang menggambarkan situasi dan kondisi kesehatan masyarakat di Kota Cirebon. Tersedianya data dan informasi yang menggambarkan situasi dan kondisi kesehatan masyarakat Kota Cirebon.

1.2.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dibuatnya Profil Kesehatan Kota Cirebon ini adalah antara lain untuk:

- 1 Diperolehnya informasi umum, lingkungan fisik/biologik, perilaku kesehatan masyarakat, demografi, serta sosial ekonomi.

- 2 Diperolehnya informasi indikator derajat kesehatan yang terdiri atas indikator-indikator untuk mortalitas, morbiditas, status gizi dan lain-lain masyarakat Kota Cirebon pada Tahun 2013.
- 3 Diperolehnya informasi indikator upaya kesehatan yang terdiri atas pelayanan kesehatan, perilaku hidup sehat, dan keadaan lingkungan
- 4 Diperolehnya informasi indikator sumber daya kesehatan terdiri atas sarana kesehatan, tenaga kesehatan, dan pembiayaan kesehatan
- 5 Diperolehnya informasi indikator lain yang terkait dengan kesehatan
- 6 Diketahuinya permasalahan dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal di Kota Cirebon.

6.2 Visi Misi Dinas Kesehatan

6.2.1 Visi Dinas Kesehatan Kota Cirebon

Gambaran keadaan masyarakat Kota Cirebon yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan, diformulasikan dalam Visi Dinas Kesehatan Kota Cirebon, yaitu:

Terwujudnya Masyarakat Sehat yang Mandiri dan Berkeadilan Menuju Kota Cirebon yang Religius, Aman, Maju, Aspiratif dan Hijau (RAMAH)

Cirebon Kota Sehat adalah kondisi yang merupakan gambaran dimana diharapkan setiap penduduk/orang di Kota Cirebon sudah memiliki keterjangkauan/aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan serta keterjangkauan terhadap berbagai peluang untuk mengembangkan kemampuan hidup sehat melalui kesadaran Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

6.2.2 Misi Dinas Kesehatan Kota Cirebon

Untuk mencapai visi yang telah ditetapkan, dirumuskan beberapa Misi sebagai berikut :

- a. Mendorong kemandirian individu, keluarga dan masyarakat untuk hidup sehat dan produktif
- b. Melindungi kesehatan masyarakat dengan tersedianya upaya kesehatan yang paripurna, merata, bermutu dan berkeadilan.
- c. Meningkatkan dan mengembangkan Manajemen Pembangunan Kesehatan.

6.2.3 Strategi

- a. Meningkatkan pemberdayaan masyarakat, swasta dan masyarakat madani dalam pembangunan kesehatan melalui kerja sama Dinas Kesehatan dan masyarakat Kota Cirebon.
- b. Meningkatkan pelayanan kesehatan yang merata, terjangkau, bermutu dan berkeadilan, serta berbasis bukti; dengan pengutamaan pada upaya promotif dan preventif.
- c. Meningkatkan pembiayaan pembangunan kesehatan, terutama untuk mewujudkan jaminan sosial kesehatan bagi masyarakat.
- d. Meningkatkan pengembangan dan pendayagunaan SDM kesehatan yang merata dan bermutu.
- e. Meningkatkan ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan obat dan alat kesehatan serta menjamin keamanan, khasiat, kemanfaatan, dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan.
- f. Meningkatkan manajemen kesehatan yang akuntabel, transparan berdayaguna dan berhasilguna untuk memantapkan pembangunan kesehatan yang bertanggungjawab.

6.2.4 Tujuan Pembangunan Kesehatan

- a. Meningkatkan kemampuan individu, keluarga dan masyarakat secara mandiri untuk menjaga kesehatan, memilih dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang prima.
- b. Meningkatkan kemampuan dalam mengakses sarana kesehatan yang bermutu.
- c. Meningkatkan kualitas manajemen kesehatan untuk percepatan fungsi informasi secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan.

6.3 Sistematika Penyajian

Untuk memudahkan penelaahan buku profil ini maka dalam penyajian disusun dengan sistematika sebagai berikut :

Bab-1 : Pendahuluan

Bab ini berisi penjelasan tentang maksud dan tujuan profil kesehatan dan sistematika dari penyajiannya.

Bab-2 : Gambaran Umum

Bab ini menyajikan tentang gambaran umum kabupaten/kota. Selain uraian tentang letak geografis, administratif dan informasi umum lainnya, bab ini juga mengulas faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kesehatan dan faktor-faktor lainnya misal kependudukan, ekonomi, pendidikan, sosial budaya dan lingkungan.

Bab-3 : Situasi Derajat Kesehatan

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

Bab-4 : Situasi Upaya Kesehatan

Bab ini menguraikan tentang pelayanan kesehatan dasar, pelayanan kesehatan rujukan dan penunjang, pemberantasan penyakit menular, pembinaan kesehatan lingkungan dan sanitasi dasar, perbaikan gizi masyarakat, pelayanan kefarmasian dan alat kesehatan, pelayanan kesehatan dalam situasi bencana. Upaya pelayanan kesehatan yang diuraikan dalam bab ini juga mengakomodir indikator kinerja Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan serta upaya pelayanan kesehatan lainnya yang diselenggarakan oleh kabupaten/kota.

Bab-5 : Situasi Sumber Daya Kesehatan

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

Bab-6 : Kesimpulan

Bab ini menguraikan hal-hal penting yang perlu ditelaah lebih lanjut dari Profil Kesehatan Kabupaten/Kota di tahun yang bersangkutan. Selain keberhasilan-keberhasilan yang perlu dicatat, bab ini juga mengemukakan hal-hal yang dianggap masih kurang dalam rangka penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

Lampiran

Pada lampiran ini berisi tabel resume/angka pencapaian kabupaten/kota dan 80 tabel data kesehatan dan yang terkait kesehatan yang responsif gender, serta tabel tambahan untuk mengetahui pola penyakit di Kota Cirebon.

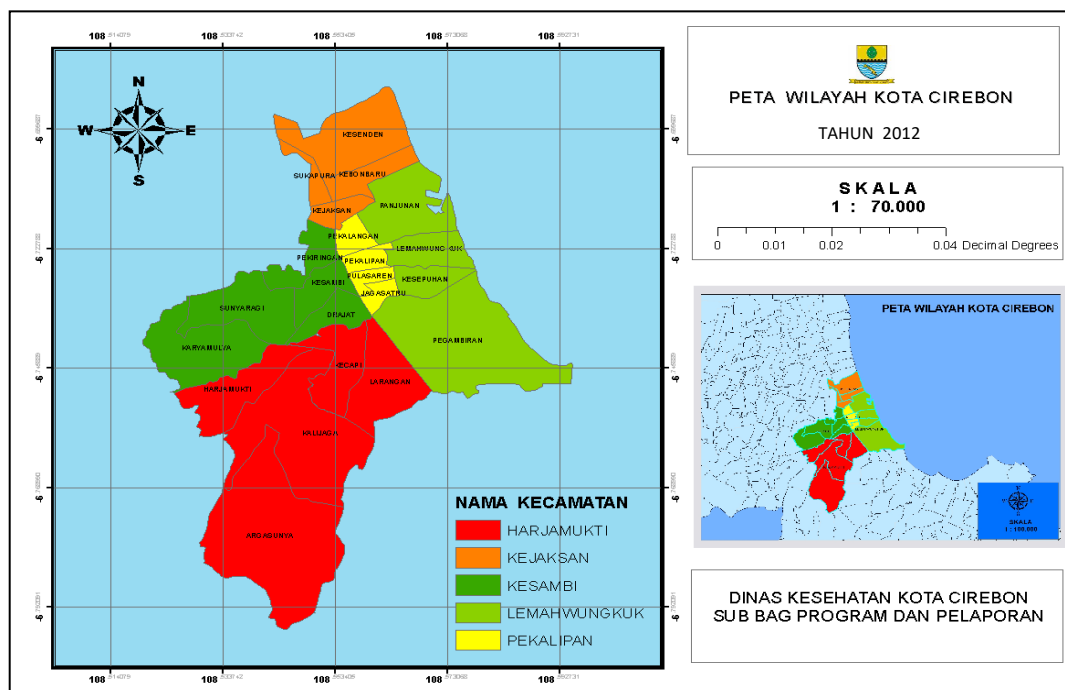
Bab 2 Gambaran Umum

2.1 Luas Wilayah

Kota Cirebon terletak di daerah Pantai Utara Propinsi Jawa Barat bagian Timur. Secara Geografis Kota Cirebon terletak pada posisi 108,33° Bujur Timur dan 6,41° Lintang Selatan pada Pantai Utara Pulau Jawa, dengan ketinggian 5 meter dari permukaan laut. Luas wilayah administrasi $\pm 37,358 \text{ Km}^2$. Kota Cirebon beriklim tropis dengan suhu udara berkisar antara 23,4° C – 33,6°C dan banyaknya curah hujan adalah 2.751 mm/tahun. Adapun batas wilayah Kota Cirebon :

- Sebelah Utara : Sungai Kedung Pane
- Sebelah Barat : Banjir Kanal / Kabupaten Cirebon
- Sebelah Timur : Laut Jawa
- Sebelah Selatan : Sungai Kalijaga

Gambar 2.1
Peta Kota Cirebon



Tabel 2.2

Luas Wilayah Per Kecamatan Dan Persentase Terhadap Luas Kota Cirebon

No	Kecamatan	Luas (Km ²)	% Terhadap Kota
1.	Kejaksan	3,616	9,67
2.	Kesambi	8,059	21,57
3.	Pekalipan	1,561	4,17
4.	Lemahwungkuk	6,507	17,24
5.	Harjamukti	17,615	47,15
Kota Cirebon		37,358	100

Sumber : BPS Kota Cirebon

2.2 Jumlah Kecamatan dan Kelurahan .

Kota Cirebon terdiri dari 5 Kecamatan dan 22 Kelurahan, dimana Kecamatan Harjamukti mempunyai wilayah kerja paling luas 47,15% dari luas Kota Cirebon sedangkan yang terkecil adalah Kecamatan Pekalipan 4,17% saja, dengan wilayah kecamatan mencakup kelurahan :

1. Kecamatan Kejaksan terdiri dari Kelurahan Kejaksan, Kelurahan Kesenden, Kelurahan Sukapura, Kelurahan Kebon Baru;
2. Kecamatan Kesambi terdiri dari Kelurahan Kesambi, Kelurahan Pekiringan, Kelurahan Sunyaragi, Kelurahan karyamulya, Kelurahan Drajat;
3. Kecamatan Pekalipan terdiri dari Kelurahan Jagasatru, Kelurahan Pulasaren, Kelurahan Pekalipan, Kelurahan Pekalangan.
4. Kecamatan Lemahwungkuk terdiri dari Kelurahan Kesepuhan, Kelurahan Pegambiran, Kelurahan Panjunan, Kelurahan Lemahwungkuk.
5. Kecamatan Harjamukti terdiri dari Kelurahan Harjamukti, Kelurahan Kecapi, Kelurahan Larangan, Kelurahan Argasunya, Kelurahan Kalijaga.

Pertumbuhan Kota Cirebon menurut fungsi kawasan dialokasikan

- a. Kawasan pelabuhan di Kelurahan Panjunan
- b. Kawasan perdagangan grosir di Pekiringan
- c. Kawasan pergudangan dan cargo di kawasan Pelabuhan
- d. Kawasan industri merupakan kawasan industrial estate dialokasikan di jalan Kalijaga berbatasan dengan Kelurahan Pegambiran.

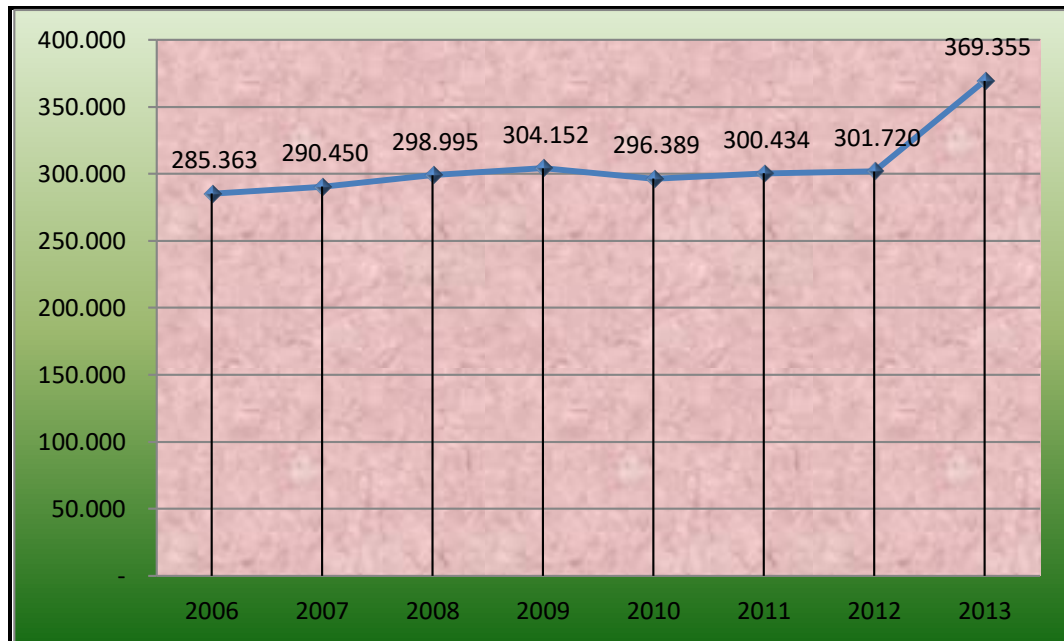
Pengalokasian kawasan sekunder ditetapkan sebagai berikut:

- a. Pusat perdagangan kota (pasar dan pertokoan)
- b. Pusat pelayanan kesehatan rujukan berada di jalan Kesambi
- c. Pusat pelayanan pendidikan, olah raga, dialokasikan di jalan Pemuda dan Jl. Perjuangan.
- d. Kawasan pelabuhan udara dialokasikan di Kota Cirebon bagian Selatan.
- e. Kawasan terminal dialokasikan di jalan By. Pass Kecamatan Harjamukti
- f. Kawasan stasiun kereta api di Kecamatan Kejaksan dan Parujakan
- g. Kawasan peribadatan penganut Islam dominan di jalan Siliwangi
- h. Kawasan rekreasi/wisata berpusat di Keraton Kesepuhan, Kanoman, Kacirebonan dan Gua Sunyaragi, untuk wisata pantai berpusat di Taman Ade Irma Suryani.
- i. Kawasan Hijau (pertanian dan hutan lindung) beralokasi di daerah OutRing Road.

2.3 Jumlah Penduduk menurut Jenis Kelamin dan Kelompok Umur.

Kota Cirebon berpredikat Kota Sedang, mempunyai penduduk 369.355 jiwa, (sumber data Disdukcapil Kota Cirebon tahun 2013), terdiri dari penduduk laki-laki 186.353 jiwa (50,45 %) dan perempuan 183.002 jiwa (49,54 %) dengan kepadatan penduduk 9.887 jiwa/km².

Grafik 2.3
Jumlah Penduduk Kota Cirebon
Tahun 2006-2013



Sumber : BPS Kota Cirebon dan Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kota Cirebon (Tahun 2013)

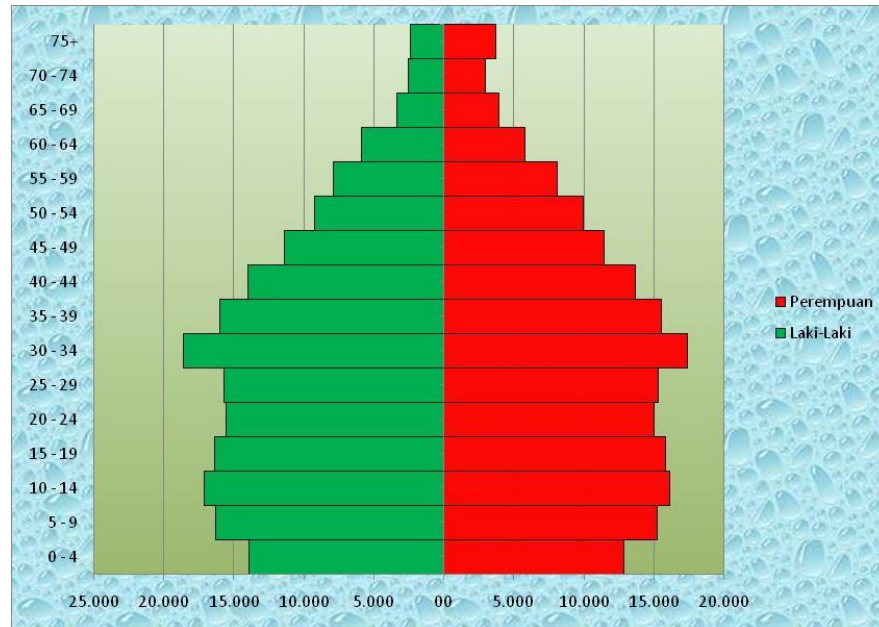
Berdasarkan Data tersebut maka jumlah penduduk Kota Cirebon Tahun 2013 terdapat peningkatan jika dibandingkan dengan Tahun 2012. Sumber data kependudukan tahun 2013 berasal dari Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil. Jumlah penduduk tersebut tersebar pada 5 Kecamatan dan 22 Kelurahan, serta terbagi daerah perbatasan dengan kabupaten lain. berdasarkan distribusi penduduk menurut kelompok umur. Distribusi penduduk pada Tahun 2013 berdasarkan kelompok usia dapat di gambarkan dalam bentuk table dan pyramida penduduk. Untuk lebih jelas dapat dilihat pada table dan gambar pyramida penduduk seperti di bawah ini.

Tabel 2.4
Distribusi Jumlah Penduduk Kota Cirebon
Berdasarkan Kelompok Umur

Kelompok Umur	Jenis Kelamin	
	Laki-Laki	Perempuan
0 - 4	13.954	12.889
5 - 9	16.277	15.259
10 - 14	17.106	16.101
15 - 19	16.358	15.847
20 - 24	15.584	15.039
25 - 29	15.711	15.334
30 - 34	18.620	17.361
35 - 39	15.998	15.526
40 - 44	13.990	13.690
45 - 49	11.414	11.470
50 - 54	9.252	9.957
55 - 59	7.884	8.121
60 - 64	5.903	5.780
65 - 69	3.372	3.958
70 - 74	2.511	2.994
75+	2.419	3.676
Jumlah	186.353	183.002

Sumber : Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kota Cirebon

Gambar 2.5
Piramida Penduduk Kota Cirebon Tahun 2013



Analisa kependudukan dibatasi pada analisa distribusi jenis kelamin dan usia berdasarkan table piramida penduduk kemudian dihubungkan dengan angka kematian dan fertilitas dan mortalitas serta faktor-faktor yang mempengaruhinya, mobilitas penduduk juga mempengaruhi jumlah penduduk seperti konsentrasi penduduk (perkotaan, pedesaan, pesisir), urbanisasi, transmigrasi, migrasi ke daerah tertentu, tenaga kerja ke luar negeri.

Kualitas penduduk dapat diketahui dengan melihat data angka kematian bayi dan anak, angka kematian ibu, kekurangan gizi, indeks pembangunan manusia (IPM/HDI), pendidikan dan angka buta huruf, pengangguran dan kemiskinan (MMR, IMR, HDI). Analisa kependudukan sangat penting artinya dalam kemajuan bangsa dengan prasyarat dibangun SDM-nya. Semua pihak yang berkepentingan dengan proses pembangunan perlu melihat persoalan-persoalan dari sudut pandang demografis. Karena obyek dari pembangunan sendiri adalah penduduk yang berdiam dalam suatu negara.

Negara Indonesia sebagai negara berkembang, tergolong sebagai negara yang memiliki jumlah penduduk yang cukup besar. Sumber daya manusia yang melimpah dapat menjadi aset negara yang cukup penting bila dimanfaatkan dengan baik dan terarah untuk kemajuan pembangunan nasional. Oleh karena itu, analisis mengenai kependudukan ini

dapat digunakan untuk melihat realitas dalam masyarakat, baik kepadatan penduduk, persebaran penduduk, registrasi penduduk serta struktur penduduk. Dalam menganalisa kependudukan dalam program (kesehatan dan KB) adalah penyajian data demografi yang akan memberikan angka-angka dasar yang biasa digunakan untuk menentukan rate, ratio dan presentase.

Piramida penduduk merupakan metode yang baik untuk mengemukakan data tentang usia dan jenis kelamin, karena gambar piramida penduduk memberikan kesan visual yang cepat tentang apa yang terjadi dalam populasi (penduduk) disuatu wilayah. Bagaimana komposisi penduduk menurut umur dan jenis kelamin serta karakteristik penduduknya akan memberikan pengelompokan secara :

1. Ekspansif jika sebagian besar penduduk berada dalam kelompok umur muda
2. Konstruktif jika penduduk yg berada dalam kelompok termuda jumlahnya sedikit
3. Stasioner jika banyaknya penduduk dalam kelompok termuda dan dewasa sama banyaknya.

Pada piramida penduduk Kota Cirebon tahun 2013 terlihat berbentuk pucuk granat, bentuk piramida ini menggambarkan angka kelahiran dan tingkat kelahiran yang rendah. Penurunan kelompok usia 0-4 tahun menunjukan angka kelahiran menurun, ini dimungkinkan program KB berhasil untuk menurunkan angka kelahiran.

2.4 Kepadatan Penduduk.

Di Kota Cirebon terdiri dari 5 Kecamatan dengan luas daerah 37,358 Km². Pada Tahun 2013 jumlah penduduk di Kota Cirebon sebesar 369.355 jiwa dengan tingkat kepadatan penduduk 9.887 jiwa/km². Berikut data kepadatan penduduk Kota Cirebon periode 2007-2013.

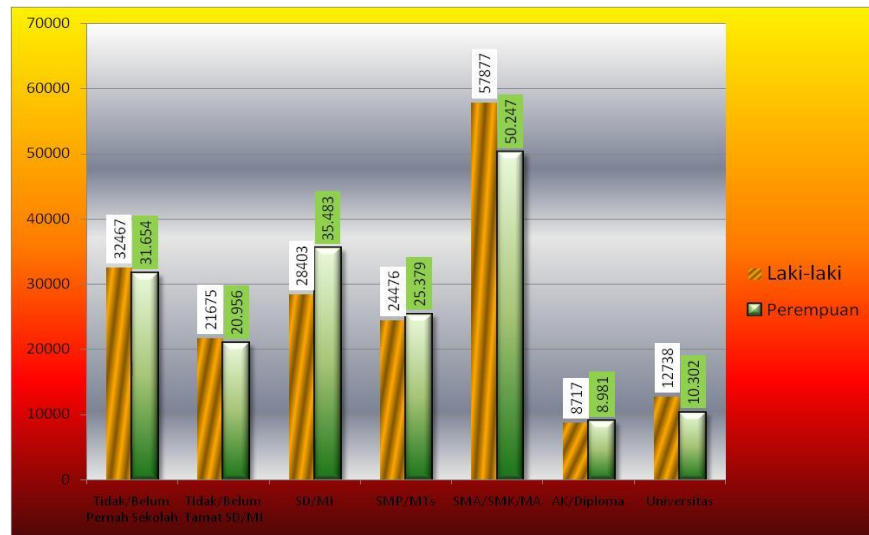
Tabel 2.6
Kepadatan Penduduk Di Kota Cirebon
Tahun 2007- 2013

No	Tahun	Kepadatan Penduduk Per –Kilometer Persegi
1	2007	7.774
2	2008	8.003
3	2009	8.141
4	2010	7.933
5	2011	8.042
6	2012	8.076
7	2013	9.887

Sumber : BPS Kota Cirebon dan Disduk Capil Kota Cirebon

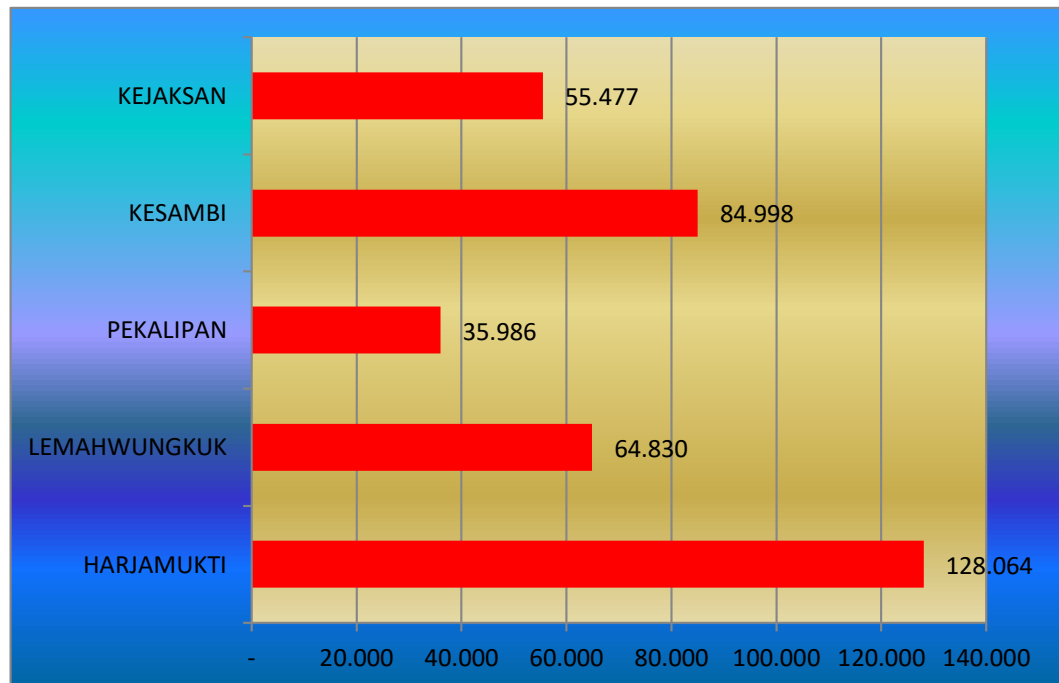
Kepadatan penduduk yang paling tinggi terdapat di Kecamatan Pekalipan (Kelurahan Jagasatru, Kelurahan Pulasaren, Kelurahan Pekalipan dan Kelurahan Pekalangan) yaitu 23,05/km², diikuti oleh Kecamatan Kejaksan (Kelurahan Kejaksan, Kelurahan Kesenden, Kelurahan Sukapura, Kelurahan Kebon Baru) yaitu 15,34/km², Kecamatan yang paling rendah kepadatan penduduknya adalah Kecamatan Harjamukti (Kelurahan Harjamukti, Kelurahan Kecapi, Kelurahan Larangan, Kelurahan Argasunya, Kelurahan Kalijaga) yaitu 7,27/km².

Gambar 2. 7
Distribusi Penduduk Menurut Pendidikan Yang Ditamatkan
Kota Cirebon Tahun 2013



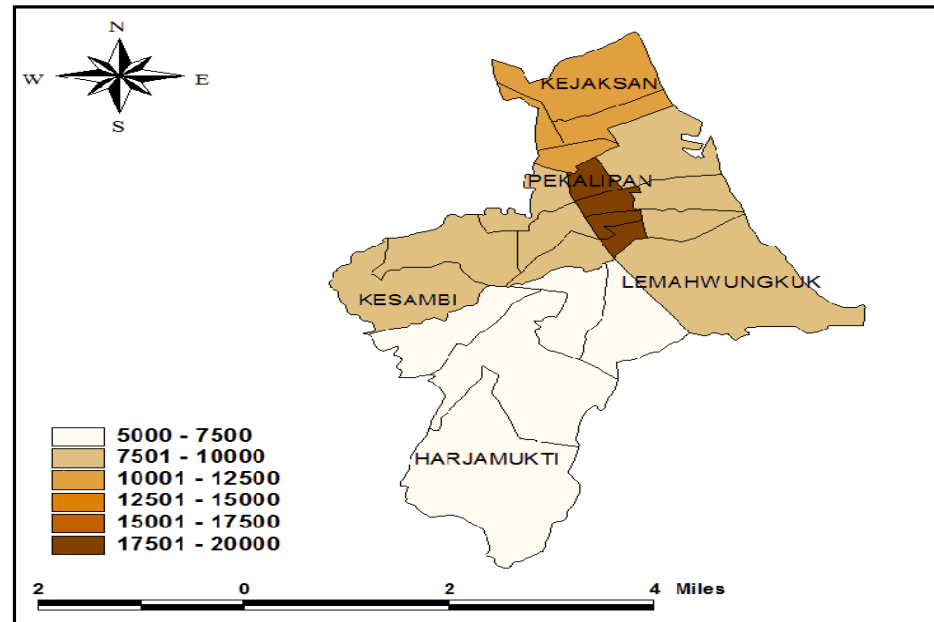
Sebagian besar penduduk Kota Cirebon menyelesaikan pendidikan di tingkat SMA/SMK/MA. Tingkat pendidikan SD/MI dan tidak/belum pernah sekolah menempati urutan terbanyak ke 2 dan 3 setelah pendidikan SMA/SMK/MA. Hal ini perlu perhatian yang serius bagi pemerintah untuk mengentaskan angka buta aksara di Kota Cirebon. Perlunya kerjasama antara lembaga pendidikan pemerintah dan swasta untuk sama-sama dalam memberantas atau mengentaskan buta aksara yang masih banyak di Kota Cirebon untuk megurangi angka buta huruf yang masih banyak tersebut.

Grafik 2.8
Distribusi Jumlah Penduduk Di Kota Cirebon
Berdasarkan Kecamatan Tahun 2013



Jumlah penduduk di kecamatan Kota Cirebon terbanyak di kecamatan Harjamukti dengan jumlah 128.064 jiwa, disusul kecamatan Kesambi dengan jumlah 84.998 jiwa, kecamatan Lemahwungkuk sebanyak 64.830 jiwa dan yang paling sedikit kecamatan Pekalipan hanya 35.986 jiwa dan jika dilihat dari luas wilayah maka kecamatan Pekalipan merupakan kecamatan di Kota Cirebon dengan luas wilayah paling kecil juga, tetapi jika dilihat dari kepadatannya maka Kecamatan Pekalipan menempati kepadatan yang paling tinggi di Kota Cirebon karena luas wilayah paling kecil. Data selengkapnya dapat dilihat dalam gambar di atas.

Gambar 2.9
Peta Distribusi Kepadatan Penduduk Kota Cirebon
Tahun 2013



Sumber : BPS Kota Cirebon

2.5 Rasio Beban Tanggungan.

Rasio beban **tanggungan** atau disebut juga **rasio tanggungan keluarga** (Dependency Ratio/DR) adalah perbandingan antara jumlah penduduk usia tidak produktif (penduduk usia muda dan penduduk usia lanjut) dengan jumlah penduduk usia produktif.

Rasio ketergantungan (*dependency ratio*) dapat digunakan sebagai indikator yang secara kasar dapat menunjukkan keadaan ekonomi suatu daerah apakah tergolong daerah maju atau daerah yang sedang berkembang. *Dependency ratio* merupakan salah satu indikator demografi yang penting. Semakin tingginya persentase *dependency ratio* menunjukkan semakin tingginya beban yang harus ditanggung penduduk yang produktif untuk membiayai hidup penduduk yang belum produktif dan tidak produktif lagi. Sedangkan persentase *dependency ratio* yang semakin rendah menunjukkan semakin rendahnya beban yang ditanggung penduduk yang produktif untuk membiayai penduduk yang belum produktif dan tidak produktif lagi.

$$\begin{aligned}
 1. \text{ Ratio Beban Tanggungan (DR Total)} &= \frac{P_{0-14} + P_{65+}}{P_{15-64}} \times 100 \\
 2. \text{ Ratio Beban Tanggungan (DR Muda)} &= \frac{P_{0-14}}{P_{15-64}} \times 100 \\
 3. \text{ Ratio Beban Tanggungan (DR Tua)} &= \frac{P_{65+}}{P_{15-64}} \times 100
 \end{aligned}$$

P_{0-14} = Penduduk usia muda (0-14 tahun)

P_{65+} = Penduduk usia lanjut (65 tahun ke atas)

P_{15-64} = Penduduk usia produktif (15-64 tahun)

Dari data penduduk menurut kelompok umur dapat kita hitung Angka Ketergantungan Penduduk (*Dependency Ratio*) bahwa:

1. Jumlah penduduk yang berusia muda (0-14 tahun) = 91.586 (24,80%) ,
2. Berusia produktif (15 – 64 tahun) = 258.839 (70,08%)
3. Berusia tua (≥ 65 tahun) = 18.930 (5,13%).

$$\text{Ratio Beban Tanggungan (DR Total)} = 42,69681153$$

$$\text{Ratio Beban Tanggungan (DR Muda)} = 35,38338504$$

$$\text{Ratio Beban Tanggungan (DR Tua)} = 7,313426493$$

Dengan demikian maka beban tanggungan penduduk total Kota Cirebon pada tahun 2013 atau Rasio ketergantungan total tahun 2013 adalah sebesar 42,69681153 persen, artinya setiap 100 orang yang berusia kerja (dianggap produktif) mempunyai tanggungan sebanyak 43 orang yang belum produktif dan dianggap tidak produktif lagi. Rasio sebesar 42,69681153 persen ini disumbangkan oleh rasio ketergantungan penduduk muda sebesar 35,38338504 persen, dan rasio ketergantungan penduduk tua sebesar 7,313426493 persen. Dari indikator ini terlihat bahwa pada tahun 2013 penduduk usia kerja di Kota Cirebon masih dibebani tanggung jawab akan penduduk muda yang proporsinya lebih banyak dibandingkan tanggung jawab terhadap penduduk tua.

Angka Beban Tanggungan (*Dependency Ratio*) Tahun 2007 - 2013 dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 2.10

Dependency Ratio Di Kota Cirebon
Tahun 2007 – 2013

TAHUN	<i>DEPENDENCY RATIO</i>
2007	44,42
2008	49,42
2009	45,87
2010	46,82
2011	46,79
2012	46,83
2013	42,69

Sumber : BPS Kota Cirebon dan Disduk Capil Kota Cirebon (2013)

2.6 Rasio Jenis Kelamin.

Data mengenai rasio jenis kelamin berguna untuk pengembangan perencanaan pembangunan yang berwawasan gender, terutama yang berkaitan dengan perimbangan pembangunan laki-laki dan perempuan secara adil. Misalnya, karena adat dan kebiasaan jaman dulu yang lebih mengutamakan pendidikan laki-laki dibanding perempuan, maka pengembangan pendidikan berwawasan gender harus memperhitungkan kedua jenis kelamin dengan mengetahui berapa banyaknya laki-laki dan perempuan dalam umur yang sama. Informasi tentang rasio jenis kelamin juga penting diketahui oleh para politisi, terutama untuk meningkatkan keterwakilan perempuan dalam parlemen.

Perhitungan Ratio Jenis Kelamin (RJK)

RJK diperoleh dengan membagi jumlah penduduk laki-laki dengan jumlah penduduk perempuan dan hasilnya dikalikan dengan 100.

dimana

RJK (Ratio Jenis Kelamin/Sexs Ratio) adalah rasio jenis kelamin

$\sum L$ adalah jumlah penduduk laki-laki di suatu daerah pada suatu waktu

$\sum P$ adalah jumlah penduduk perempuan di suatu daerah pada suatu waktu

$K = 100$ penduduk perempuan.

Ratio jenis kelamin atau disebut juga sex ratio diperlukan untuk melihat secara umum komposisi jenis kelamin dari penduduk. Ratio jenis kelamin penduduk Kota Cirebon pada Tahun 2013 adalah 101,8311275 artinya pada tiap 100 orang perempuan terdapat 101-102 penduduk laki-laki. Pada tabel berikut menunjukkan distribusi rasio jenis kelamin menurut Kecamatan di Kota Cirebon Tahun 2013:

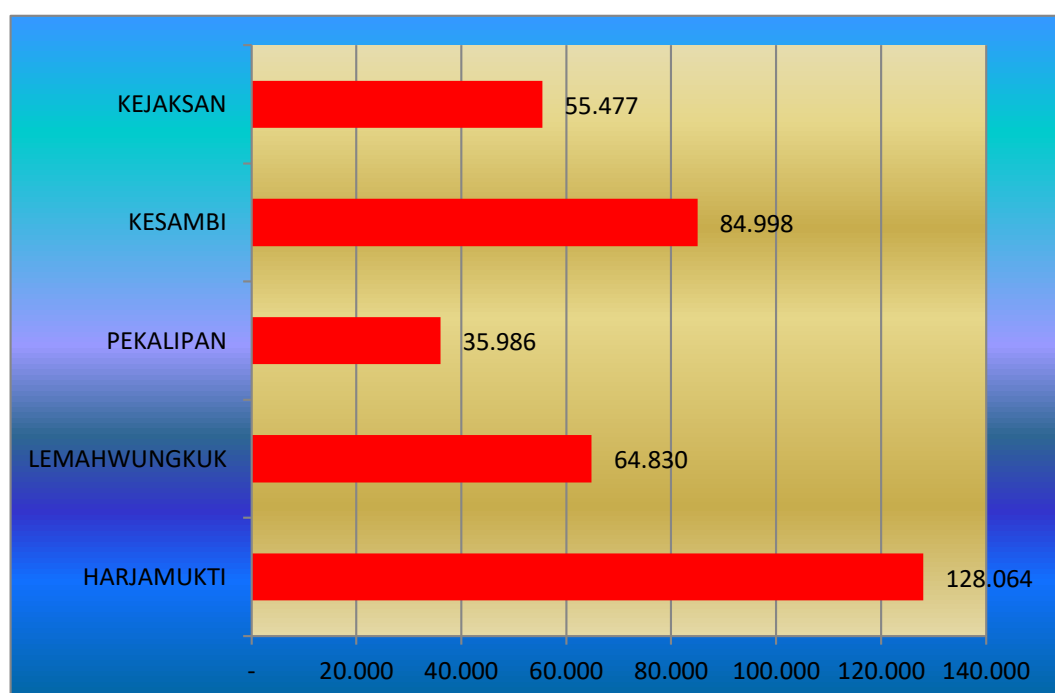
Tabel 2.11
Distribusi Sex Ratio Per Kecamatan Di Kota Cirebon
Tahun 2007- 2013

NO	KECAMATAN	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1	Kejaksan	95.70	95.70	90.44	95.67	95,67	95,64	99,21
2	Kesambi	96.60	96.60	88.18	100.57	100,58	100,55	100,94
3	Pekalipan	93.10	93.10	94.78	97.06	97,06	97,03	101,13
4	Lemahwungkuk	94.90	94.90	103.23	103.74	103,74	103,72	102,02
5	Harjamukti	99.40	99.40	98.56	101.99	101,99	101,96	103,69

Sumber : BPS Kota Cirebon dan Disduk Capil (2013)

Dari data diatas dapat disimpulkan bahwa di kota Cirebon pada Tahun 2013 terdapat seks rasio tertinggi di Kecamatan Harjamukti yaitu 103,69 , sedangkan seks rasio terendah terdapat di Kecamatan Kejaksan yaitu 99,21.

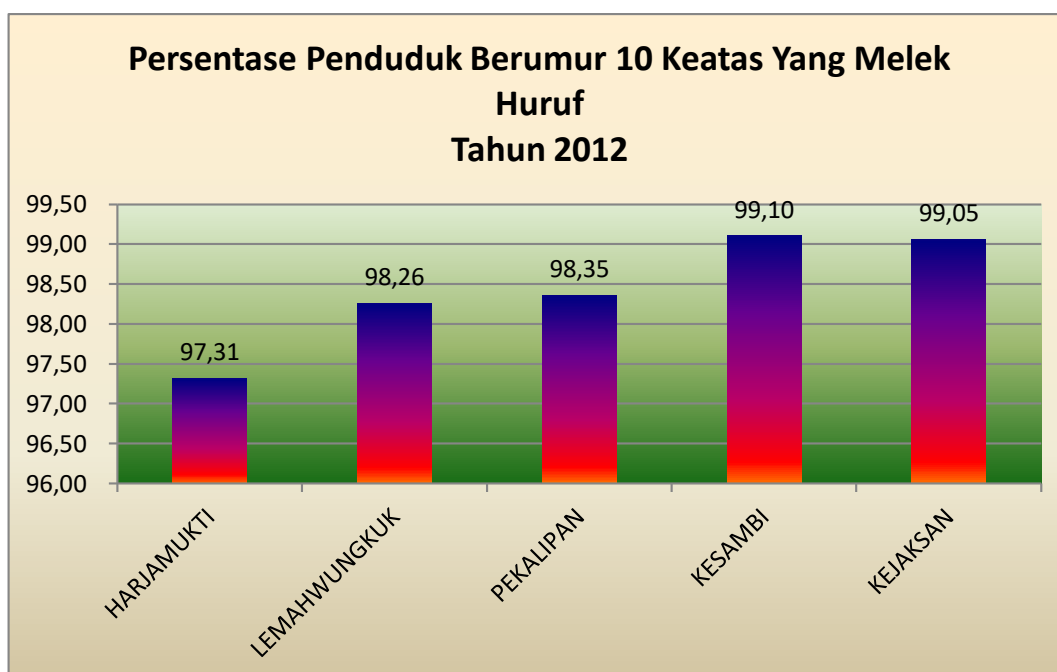
Gambar 2.12
Distribusi Jumlah Penduduk Per Kecamatan Di Kota Cirebon
Tahun 2013



2.7 Persentase Penduduk Berumur 10 Tahun ke Atas yang Melek Huruf.

Angka Melek Huruf (AMH) adalah prosentasi penduduk berumur 10 tahun keatas atau 15 tahun keatas yang bisa membaca dan menulis serta mengikuti kalimat sederhana dalam kehidupannya sehari-hari. Angka ini berguna untuk mengukur keberhasilan program-program pemberantasan buta huruf dan menunjukan kemampuan penduduk berkomunikasi secara lisan dan tertulis serta kemampuan penduduk untuk menyerap informasi dari berbagai media, sehingga angka melek huruf dapat mencerminkan potensi perkembangan intelektual sekaligus kontribusi terhadap perkembangan daerah. Angka melek huruf Kota Cirebon untuk Tahun 2012 adalah 98,27 % dari jumlah penduduk yang ada berdasarkan Badan Pusat Statistik Kota Cirebon.

Gamabar. 2.13



Bab 3

Situasi Derajat Kesehatan

3.1. Angka Kematian

Angka Kematian Bayi

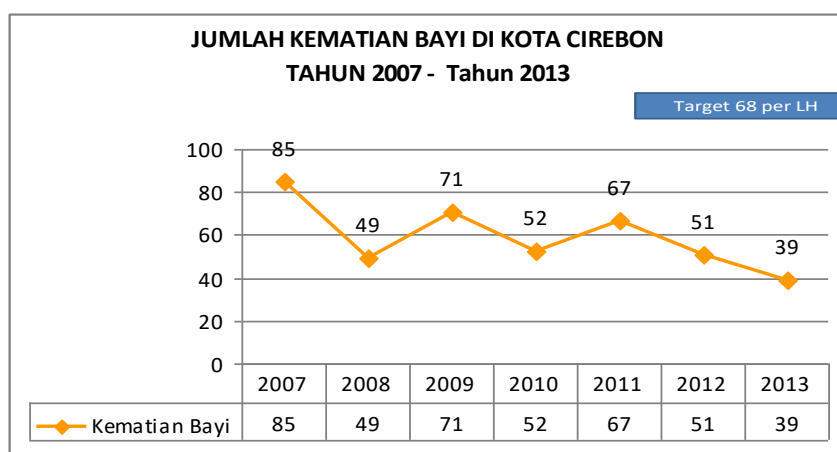
Kematian bayi adalah kematian yang terjadi antara saat setelah bayi lahir sampai bayi belum berusia tepat satu tahun (bayi lahir dalam keadaan hidup). Kematian Neo-Natal adalah kematian yang terjadi sebelum bayi berumur satu bulan atau 28 hari, umumnya disebabkan oleh faktor-faktor yang dibawa sejak lahir yang diperoleh dari orang tuanya pada saat konsepsi atau didapat selama kehamilan. Kematian post neo-natal, adalah kematian bayi yang terjadi setelah usia satu bulan sampai menjelang usia satu tahun yang disebabkan oleh faktor-faktor yang bertalian dengan pengaruh lingkungan luar.

Angka kematian bayi (AKB) merupakan indikator yang sangat penting untuk mengetahui gambaran tingkat permasalahan kesehatan masyarakat. Faktor yang berkaitan dengan penyebab kematian bayi antara lain adalah tingkat pelayanan antenatal, status gizi ibu hamil, tingkat keberhasilan program KIA, serta kondisi lingkungan dan social ekonomi.

Kematian Bayi di Kota Cirebon pada tahun 2012 menjadi 51/5504 Lahir Hidup dengan penyebab BBLR 16 bayi, Infeksi 14 bayi, Asfiksia 12 bayi, Aspirasi ASI 3 bayi, Diare 2 bayi, Prematur 2 bayi, gangguan Nafas 2 bayi. Sedangkan tahun 2013 menjadi 39/5416 Lahir Hidup dengan penyebab utama yaitu BBLR urutan pertama, berikutnya infeksi dan asfiksia.

Untuk mengetahui jumlah kematian bayi di Kota Cirebon sebagaimana grafik berikut:

Grafik 3.1



Naik turunnya jumlah kematian bayi dalam beberapa waktu terakhir ini memberikan gambaran mengenai kualitas hidup di Kota Cirebon. Pada tahun 2013 ini untuk kematian bayi menurun dan tidak melebihi yang ditargetkan (target kematian bayi di kota Cirebon tidak lebih dari 68 kasus kematian bayi). Angka kematian bayi tersebut disebabkan oleh adanya faktor diluar non kesehatan yang berpengaruh besar. Antara lain adanya krisis ekonomi yang berkepanjangan, sehingga daya beli masyarakat menurun sehingga perlu sekali pengawasan dan intervensi dalam penanganan kasus kasus kegawatdaruratan neonatal.

Dalam upaya menurunkan angka kematian bayi di Kota Cirebon pemerintah daerah dalam hal ini Dinas Kesehatan Kota Cirebon telah melakukan program akselerasi penurunan angka kematian bayi yaitu dengan penguatan **kampung siaga** sebagai penggerakan dan pemberdayaan masyarakat untuk hidup sehat, penguatan jejaring Rumah Sakit Berbasis Masyarakat (RSBM) sebagai upaya meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas serta mendekatkan pelayanan kesehatan khususnya untuk pelayanan kesehatan ibu dan anak.

Angka Kematian Balita

Angka Kematian Anak Balita (AKABA) adalah jumlah kematian anak umur 12–59 bulan /1000 lahir hidup. AKABA dapat digunakan untuk menggambarkan tingkat permasalahan kesehatan serta faktor lain yang berpengaruh terhadap kesehatan anak balita seperti : gizi, imunisasi, sanitasi dan penyakit infeksi, keterlambatan berobat ke sarana pelayanan kesehatan baik Puskesmas maupun Rumah Sakit, kurangnya pengetahuan orang tua dan masyarakat terhadap deteksi dini gejala yang dapat menimbulkan hal tersebut diatas.

Data kematian anak balita di Kota Cirebon Tahun 2013 terjadi penurunan jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Secara rinci data kematian anak balita yaitu tahun 2013 sebanyak 9 orang, dari lahir hidup 5.416 lahir hidup (jumlah anak balita th. 2013) 21.866 anak balita, tahun 2012 sebanyak 10 orang (jumlah anak balita 21.867) dari 5.504 Lahir Hidup, tahun 2011 kematian anak balita 8 orang (jumlah anak balita 24.288) dari 5.636 Lahir Hidup, tahun 2010 terdapat 3 orang (jumlah anak balita 17.676 orang) dari 5.520 Lahir Hidup sedangkan Tahun 2009 sebanyak 2 orang dari 5.459 lahir hidup (jumlah anak balita 17.647 balita), Tahun 2008 kematian anak balita 5 orang (jumlah anak balita 17.587 orang) dari 5.580 Lahir Hidup, Tahun 2007 kematian anak balita 6 orang (jumlah anak balita 17.336 orang) dari 5.372 lahir Hidup. Untuk mengetahui perkembangan jumlah kematian balita di Kota Cirebon sebagaimana grafik berikut :

Grafik : 3.2



TAHUN	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
-------	------	------	------	------	------	------	------

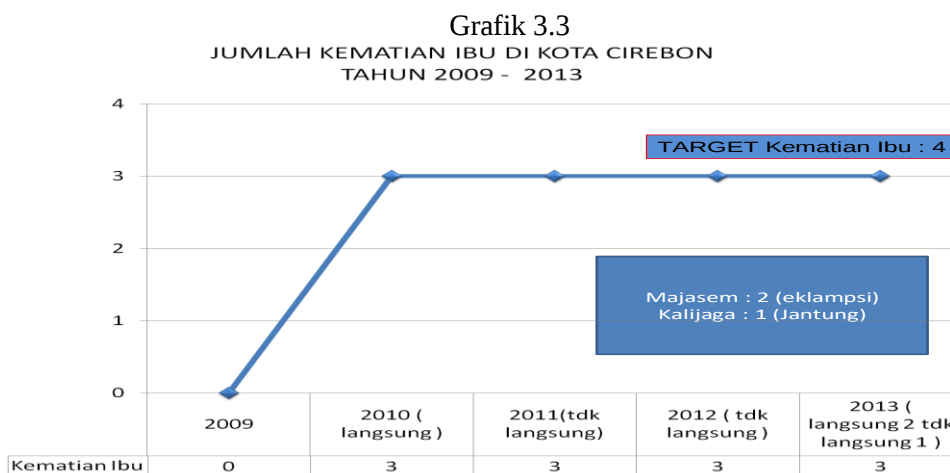
Sumber : Bidang Pelayanan Kesehatan

Jumlah Kematian Ibu.

Angka kematian ibu (AKI) berguna untuk menggambarkan tingkat kesadaran perilaku hidup sehat, status gizi dan kesehatan ibu, kondisi kesehatan lingkungan, tingkat pelayanan kesehatan terutama untuk ibu hamil, pelayanan kesehatan waktu melahirkan dan masa nifas. AKI diperoleh dari jumlah kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup (jumlah kematian hamil + jumlah kematian ibu bersalin + jumlah kematian ibu nifas). Angka Kematian ibu di Kota Cirebon dinyatakan dalam bentuk jumlah karena jumlah kelahiran hidup tidak mencapai 100.000.

Di Kota Cirebon pada tahun 2013 terdapat kematian ibu sebanyak 3 orang per 5540 kelahiran hidup, dan pada tahun 2012 terdapat kematian ibu sebanyak 3 orang per 5541 kelahiran hidup, pada tahun 2012 penyebab kematian ibu kearah penyebab tidak langsung yaitu disebabkan oleh Decompensasi Kordis 2 orang dan Kejang karena efek anasthesi 1 orang, sedangkan pada tahun 2013 penyebab kematian disebabkan karena penyebab langsung 2 orang yaitu eklampsi dan penyebab tidak langsung 1 orang penyakit penyerta yaitu penyakit jantung. Dengan meningkatnya kematian karena eklampsi, hal ini menggambarkan pemeriksaan fisik pada saat antenatal untuk deteksi pre eklampsi dan eklampsi masih belum maksimal. Untuk itu, selain memfokuskan intervensi untuk mengatasi eklampsi dan pre eklampsi pada ibu hamil, bersalin dan nifas. Sedangkan intervensi untuk penyebab tidak langsung ini sudah mulai dilaksanakan melalui Pemeriksaan oleh Spesialis Jantung di Puskesmas RSBM (Rumah Sakit Berbasis Masyarakat) dan Peningkatan Kualitas Pelayanan Antenatal Care.

Untuk mengetahui jumlah kematian ibu di Kota Cirebon sebagaimana grafik berikut:



3.2. ANGKA KESAKITAN

Tingkat kesakitan di Kota Cirebon juga mencerminkan situasi derajat kesehatan masyarakat yang ada di dalamnya. Bahkan tingkat morbiditas penyakit menular tertentu yang terkait dengan komitmen internasional senantiasa menjadi sorotan dalam membandingkan kondisi kesehatan antar wilayah.

Cakupan Penemuan dan Penanganan Penderita Penyakit “Acute Flaccid Paralysis”(AFP)

Pada Tahun 2013 temuan kasus suspek AFP sebanyak 12 kasus , sedangkan pada Tahun 2012 ditemukan 9 kasus. Penemuan Kasus suspek AFP terlihat meningkat pada Tahun 2013 sebanyak 125 % dibandingkan Tahun 2012. Berikut data kasus suspek AFP dalam 5 tahun terakhir.

Tabel 3.4
Data Kasus suspek AFP
Tahun 2009 - 2013

No	Tahun	Jumlah kasus suspek AFP
1	2009	1
2	2010	1
3	2011	4
4	2012	9
5	2013	12

Sumber : Bidang Pengendalian Masalah Kesehatan

Setiap kasus suspek AFP yang ditemukan dalam kegiatan intensifikasi surveilans dilakukan pemeriksaan spesimen tinja untuk mengetahui ada tidaknya virus polio liar yang menyerang.

Tahun 2013 tidak terjadi Kejadian Luar Biasa (KLB). Terjadi kasus potensial KLB yaitu 2 suspek chikungunya dan 1 kasus keracunan dan telah ditangani >24 jam.

Prevalensi Tuberkulosis

Millenium Development Goals (MDGs) menjadikan penyakit TB paru sebagai salah satu penyakit yang menjadi target untuk diturunkan, selain malaria dan HIV/AIDS. Berbagai upaya telah dilakukan untuk mengendalikan penyakit ini, diantaranya melalui program *Directly Observed Treatment Shortcourse Chemotherapy* (DOTS). TBC menjadi hal penting dalam mencegah penularan penyakit ini, karena bila dalam 1 rumah ditemukan seorang penderita TBC maka seluruh penghuni rumah tersebut merupakan kelompok berisiko, dan termasuk salah satu penyakit terbanyak yang diderita pengunjung UPTD Puskesmas maupun Rumah Sakit.

Jumlah penderita TB Paru BTA positif Tahun 2013 yang ditemukan di Kota Cirebon sebanyak 405 Penderita, terdiri dari sarana Puskesmas sebanyak 264 penderita sedangkan sarana kesehatan lain sebanyak 127 penderita. Jumlah seluruh kasus Tb klinis yang ditemukan adalah 4.451 kasus, maka jika di proporsikan terdapat 8,78 % BTA Positif dari keseluruhan Tb klinis, hal ini menunjukkan bahwa tingkat penularan Tb di Kota Cirebon masih cukup tinggi.

Jika hasil penemuan kasus pada Tahun 2013 dibandingkan dengan Tahun 2012, maka ditemukan adanya kenaikan sebanyak 14 kasus dari jumlah 391. Salah satu indikator dalam keberhasilan penanganan Penyakit Tb Paru adalah Angka Kesembuhan. Untuk meningkatkan angka kesembuhan penderita, peran kader Pengawas Menelan Obat (PMO) memegang peranan penting.

Dalam penanganan Tb paru seluruh penderita yang ditemukan ditindak lanjuti dengan paket-paket pengobatan intensif, melalui paket pengobatan yang diminum secara lengkap dan teratur, diharapkan penderita akan dapat disembuhkan. Tetapi dalam proses selanjutnya tidak tertutup kemungkinan terjadi kegagalan pengobatan yang tidak terselesaikan atau Drop Out (DO) serta terjadinya resistensi obat atau kegagalan dalam penegakan diagnosa akhir pengobatan.

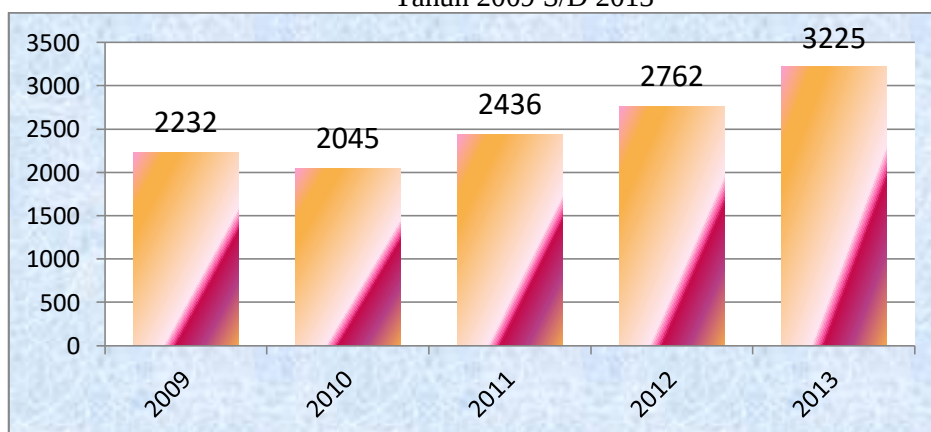
Selain indikator tadi Keberhasilan penanganan Tb Paru adalah Angka Kesembuhan. Angka Kesembuhan ini memastikan bahwa program pengobatan Tb Paru dimasyarakat telah dilaksanakan dengan baik.

Untuk mengetahui kesembuhan Penderita BTA Positif yang diobati pada Tahun 2013 akan dievaluasi pada Tahun 2014. Sedangkan Kesembuhan yang ada pada Tahun 2013 merupakan penderita Tb yang diobati pada tahun sebelumnya yaitu tahun 2012. Penderita TB yang sembuh sebanyak 330 orang dari 405 yang diobati atau angka kesembuhan sebesar 81.48% dibawah target 85%.

Persentase Balita dengan Pneumonia Ditangani.

Upaya Pengendalian Penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut (P2 ISPA), lebih difokuskan pada upaya penemuan secara dini dan tata laksana kasus yang cepat dan tepat terhadap penderita Pneumonia Balita yang ditemukan. Upaya ini dikembangkan melalui sistim 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 yang lebih lengkap. Kunci dari keberhasilan penanganan pneumonia pada balita ini adalah kecepatan dan ketepatan diagnosa, sehingga semakin cepat ditemukan maka akan semakin baik dalam penatalaksananya, hal ini tidak lepas dari peran masyarakat dan pelayanan kesehatan yang sinergis. Berikut penemuan penderita pneumonia balita Tahun 2009-2013 di Kota Cirebon dapat dilihat pada grafik di bawah ini

Grafik 3.5
Kasus Pneumonia Balita Ditemukan
Tahun 2009 S/D 2013

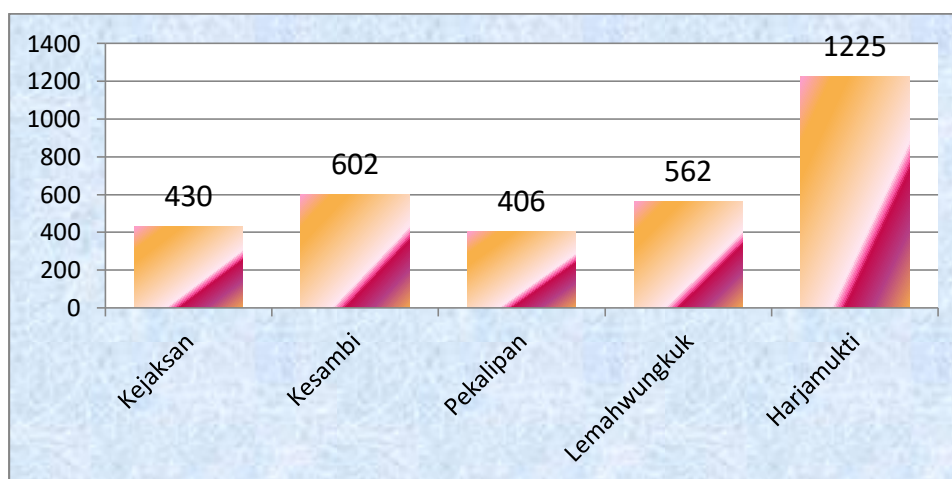


Sumber : Bidang Pengendalian Masalah Kesehatan

Program pengendalian ISPA menetapkan bahwa semua kasus yang ditemukan harus ditatalaksanakan sesuai standar, dengan demikian angka penemuan kasus ISPA juga menggambarkan penatalaksanaan kasus ISPA

Grafik 3.6

Distribusi Pneumonia Balita Di Kecamatan Kota Cirebon 2013



Persentase IMS dan HIV/AIDS Ditangani.

Upaya pelayanan kesehatan dalam rangka pengendalian Infeksi Menular Seksual, HIV dan AIDS, 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 penapisan HIV dan AIDS terhadap populasi risiko tinggi, pemantauan pada kelompok berisiko penderita Infeksi Menular Seksual (IMS) seperti Wanita Penjaja Seks (WPS), penyalahgunaan obat dengan suntikan, Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP) atau sesekali dilakukan penapisan pada kelompok berisiko rendah seperti ibu rumah tangga dan sebagainya.

Hasil penapisan yang dilakukan pada populasi risiko yang dilaksanakan di Layanan IMS dan HIV-AIDS Komprehensif Berkesinambungan di Puskesmas dan RSUD Gunung Jati Kota Cirebon pada Tahun 2013 adalah :

- Jumlah klien yang dilakukan Konseling dan Tes HIV sebanyak 3.852 orang
- Jumlah Klien HIV Reaktif sebanyak 91 orang

Sedangkan bila dibandingkan dengan Tahun 2012 terdapat :

- Jumlah klien yang dilakukan Konseling dan Tes HIV sebanyak 2.736 orang
- Jumlah Klien Reaktif HIV sebanyak 47 orang

Dari data tersebut terlihat adanya kenaikan klien HIV reaktif yang ditemukan pada Tahun 2013. Demikian pula penderita IMS terlihat adanya kenaikan jumlah penderita yang ditemukan. Dari data yang diperoleh di Kota Cirebon pada Tahun 2012 terdapat 264 penderita, sedangkan pada Tahun 2013 terdapat 837 penderita, untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada table berikut :

Tabel 3.7
Jumlah HIV Reaktif Dan Kasus IMS
Tahun 2010 s/d 2013

Tahun	Jumlah Klien KTS	Jumlah HIV Reaktif	% HIV Reaktif	Kasus IMS
2010	1.305	42	3.22	191
2011	1.343	35	2.61	212
2012	2.736	47	1.72	264
2013	3.852	91	2.36	837

Darah Donor Diskrining terhadap HIV.

Upaya pelayanan kesehatan dalam rangka pengendalian Infeksi Menular Seksual, HIV dan AIDS, ditujukan pada penanganan penderita yang ditemukan juga diarahkan pada upaya pencegahan melalui penemuan penderita secara dini yang dilanjutkan dengan kegiatan konseling.

Hasil penapisan yang dilakukan pada pendonor yang dilaksanakan di UTD PMI Kota Cirebon pada Tahun 2013 dari jumlah pendonor sebanyak 18.000 orang terdapat Klien dengan HIV reaktif 25 orang, sedangkan jika dibandingkan dengan Tahun 2012

dari jumlah pendonor yang diambil darahnya sebanyak 17.515 orang, terdapat jumlah Klien HIV Reaktif sebanyak 29 orang. Terlihat adanya penurunan klien HIV reaktif yang ditemukan pada Tahun 2013, untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada table berikut :

Tabel 3.8
Jumlah HIV Reaktif Dan Kasus IMS
Tahun 2007 S/D 2013

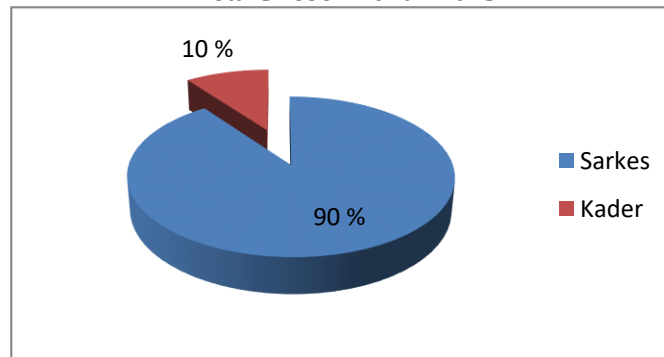
Tahun	Jumlah Pendonor	Jumlah HIV Reaktif	% HIV Reaktif
2007	17.735	75	0.42
2008	19.722	13	0.06
2009	18.793	12	0.064
2010	18.548	16	0.09
2011	18.036	34	0,19
2012	17.515	29	0,17
2013	18.000	25	0,13

Sumber : Bidang Pengendalian Masalah Kesehatan dan UDD PMI Kota Cirebon

Kasus Diare Ditangani.

Diare adalah suatu kondisi dimana seseorang buang air besar dengan konsistensi lembek atau cair, bahkan dapat berupa air saja dan frekwensinya lebih sering (biasanya tiga kali atau lebih) dalam satu hari. Pada Tahun 2013 jumlah penderita diare balita 9.847 orang, dari jumlah tersebut dilayani oleh sarana kesehatan sebanyak 8.915 orang dan dilayani oleh kader kesehatan sebanyak 932 orang. Jika dibandingkan dengan penderita diare yang dilayani pada Tahun 2012 yang berjumlah 9.727 orang, terdapat peningkatan jumlah penderita diare balita yang dilayani pada Tahun 2013.

Grafik 3.9
Proporsi Cakupan Pelayanan Penderita Diare
Kota Cirebon Tahun 2013



Sumber : Bidang Pengendalian Masalah Kesehatan

Angka penggunaan oralit pada Tahun 2013 yang dilayani oleh sarana kesehatan sebanyak 64.240 oleh kader kesehatan sebanyak 6.309 sebesar 100%, artinya semua penderita yang datang berobat diberi oralit. Jumlah pemakaian oralit pada Tahun 2013 dengan standar pemberian oralit per kasus 1200 – 1500 ml (6 bungkus oralit @ 200 ml) sedangkan jumlah pemakaian oralit Tahun 2013 sebesar 3 – 4 bungkus/ penderita.

Prevalensi Kusta.

Kusta adalah penyakit menular, menahun yang disebabkan oleh kuman kusta (*mycobacterium leprae*) yang menyerang kulit, saraf tepi, dan jaringan tubuh lainnya. Bila tidak terdiagnosis dan diobati secara dini, akan menimbulkan kecacatan menetap. Jika sudah terjadi cacat, umumnya akan menyebabkan penderitanya dijauhi, dikucilkan, diabaikan oleh keluarga dan sulit mendapatkan pekerjaan. Mereka menjadi sangat tergantung secara fisik dan finansial kepada orang lain yang pada akhirnya berujung pada kemiskinan.

Penderita kusta yang ditemukan di Kota Cirebon Tahun 2013 sebanyak 14 orang, terdiri dari 10 penderita dengan klasifikasi MB dan 4 penderita dengan klasifikasi PB. Jika dibandingkan dengan Tahun 2012, maka terlihat adanya penurunan kasus penemuan penderita kusta sebanyak 10 kasus. Dari kasus yang ditemukan masih ada penderita kusta dengan cacat. Hal ini menandakan adanya keterlambatan penemuan kasus secara dini. Untuk itu pemeriksaan kontak pada keluarga maupun masyarakat

sekitar penderita kusta harus lebih ditingkatkan, selain penyuluhan yang intensif pada masyarakat.

Dalam penatalaksanaanya di Kota Cirebon, Obat MDT diberikan secara gratis di Puskesmas. Dosis pertama harus diminum di depan petugas Puskesmas dan untuk selanjutnya obat diminum sesuai petunjuk dalam blister. Jumlah penderita kusta pada Tahun 2013 yang selesai pengobatan atau *Release for Treatment* (RFT) 100%.

Jumlah Kasus Penyakit Menular yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I).

PD3I merupakan penyakit yang diharapkan dapat diberantas/ditekan dengan pelaksanaan program imunisasi, pada profil ini penyakit yang termasuk dalam PD3I antara lain penyakit tetanus neonatorum, campak, difteri, pertusis dan hepatitis B.

Di Kota Cirebon, Penyakit yang dapat dicegah oleh PD3I pada Tahun 2013 tidak terjadi KLB dan Cakupan imunisasi secara umum pada Tahun 2013 naik dibandingkan tahun sebelumnya.

Angka Kesakitan Demam Berdarah Dengue (DBD)

Nyamuk *Aedes aegypti* merupakan vektor penular penyakit demam berdarah. Nyamuk tersebut tidak dapat berkembang biak di genangan air yang langsung berhubungan dengan tanah. Saat nyamuk tersebut sudah siap bertelur, maka akan mencari tempat-tempat penampungan air bersih di sekitar rumah yang tidak berhubungan langsung dengan tanah, seperti bak air, kaleng bekas dan vas bunga. Demam Berdarah banyak ditemukan di daerah tropis dan sub-tropis

Penyakit Demam Berdarah Dengue telah menyebar secara luas ke seluruh kawasan dengan jumlah kabupaten/kota terjangkit semakin meningkat hingga ke wilayah pedalaman. Penyakit ini sering muncul sebagai KLB sehingga angka kesakitan dan kematian yang terjadi dianggap merupakan gambaran penyakit di masyarakat.

Di Kota Cirebon pada Tahun 2013 terjadi kenaikan kasus bila dibandingkan dengan Tahun 2012, dimana pada tahun 2013 terdapat 314 kasus dengan kematian 3 (CFR 0.95%). Tetapi pada Tahun 2012 terdapat 102 kasus dan tidak ada kematian

Insident Rate Kasus Demam Berdarah di Kota Cirebon Tahun 2012 adalah 0,033/100.000 penduduk, dan Tahun 2013 insident rate 0,090/100.000 penduduk. Upaya yang dilakukan melalui penanggulangan focus yang dimulai dari PSN, Larvasidasi, Penyuluhan dan Pengasapan/Fogging. Kegiatan Pemantauan Jentik Berkala (PJB) oleh kader dan petugas binaan wilayah puskesmas dan dilaporkan sebagai bentuk partisipasi aktif masyarakat kemandirian dalam pencegahan DBD.

Hasil pemantauan di lapangan masih ditemukan tempat perindukan nyamuk *Aedes aegypti* penyebab DBD dan *Aedes albopictus* penyebab Chikungunya, hal ini menandakan kebersihan lingkungan belum merupakan tanggung jawab bersama. Di masyarakat masih ada opini bahwa penanganan kasus DBD merupakan tanggung jawab Dinas Kesehatan yang harus ditindaklanjuti dengan pengasapan/fogging.

Untuk meningkatkan peran aktif masyarakat, peran kelompok kerja nasional DBD (POKJANAL DBD) perlu diaktifkan lagi. Untuk data sebaran kasus terbanyak terdapat pada wilayah Kecamatan Harjamukti terutama di Kelurahan Kecapi 29.29 % dari seluruh penderita di Kota Cirebon.

Angka Kesakitan Malaria

Malaria merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang dapat menyebabkan kematian terutama pada kelompok risiko tinggi yaitu bayi, anak balita, ibu hamil, selain itu malaria secara langsung menyebabkan anemia dan dapat menurunkan produktivitas kerja.

Kota Cirebon terletak di pesisir Pulau Jawa tetapi tidak termasuk dalam daerah endemis Malaria, hal ini terlihat pada Tahun 2013 tidak ditemukan kasus malaria. Meskipun demikian kegiatan kewaspadaan terhadap malaria tetap dilakukan dengan memeriksakan spesimen darah (ACD/PCD) bagi tersangka malaria.

Kota Cirebon pada tahun 2013 mendapatkan sertifikat Bebas Malaria dari WHO.

Kasus Penyakit Filariasis Ditangani

Filariasis merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi cacing *mikrofilaria*, *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* dan *Brugia timori*. Filariasis ditularkan melalui vektor nyamuk *anopheles*, *culex*, *mansonia*, *aedes* dan *anmigeres* (Liliana Kurniawan, 1994). Di Indonesia filariasis dikenal umum sebagai penyakit kaki gajah yang disebarkan oleh nyamuk.

Tahun 2013 di Kota Cirebon tidak ditemukan penyakit Filarias, meskipun demikian kegiatan kewaspadaan tetap dilakukan dengan mengaktifkan sistem surveilans yang ada di tingkat puskesmas.

Cakupan Desa /kelurahan “Universal Child Immunization” (UCI).

Imunisasi memberikan kontribusi besar dalam meningkatkan *Human Development Index* terkait dengan angka umur harapan hidup karena dapat menghindari kematian yang tidak diinginkan. Keberhasilan upaya imunisasi akan dapat meningkatkan kualitas anak bangsa sebagai penerus perjuangan dimasa mendatang. Imunisasi merupakan upaya preventif untuk menurunkan angka kesakitan, kecacatan dan kematian akibat beberapa penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi yaitu Tuberkulosis, Difteri, Pertusis (Batuk Rejan/batuk 100 hari), Hepatitis B, Polio dan Campak.

GAIN UCI merupakan upaya terpadu berbagai sektor terkait dari tingkat Pusat sampai Daerah untuk mengatasi hambatan serta memberikan dukungan untuk keberhasilan pencapaian UCI desa/kelurahan. Kegiatan imunisasi merupakan kegiatan yang berpengaruh sangat besar terhadap Indeks Pembangunan Manusia (IPM) karena pelayanan Imunisasi berinvestasi dalam pembentukan kualitas sumber daya manusia dengan pemberian kekebalan secara aktif terhadap anak Indonesia, pada pencegahan terhadap penyakit yang dapat dicegah dengan Imunisasi (PD3I).

Mengacu pada indikator 4 antigen yaitu : BCG, DPT-HB3, polio 4 dan campak, apabila keempat antigen tersebut mencapai target 80% berarti sudah dianggap UCI. Sedangkan yang dicapai oleh Kota Cirebon dari Januari sampai dengan Desember 2013 sudah 95,45% berarti baru mencapai UCI tingkat kota belum sampai ke tingkat desa dikarenakan masih ada 2 desa yang belum mencapai UCI sebanyak 9,9%. Berikut

Mapping Desa UCI di Kota Cirebon Tahun 2013. Beberapa factor yang mempengaruhi cakupan UCI diantaranya:

1. Kelurahan Argasunya sebagian besar penduduknya menolak imunisasi karena factor keyakinan
2. Belum terjaringnya/terlaporkan semua sasaran bayi yang sudah diimunisasi di luar pelayanan Puskesmas (Bidan Praktek Swasta, RS Swasta Dokter Praktek Swasta)
3. Sasaran pindah tempat tinggal
4. Belum seluruhnya masyarakat faham tentang manfaat imunisasi

Persentase Cakupan Imunisasi Bayi.

Vaksinasi Campak adalah merupakan indikator imunisasi bayi lengkap dengan target 90% pencapaian sedangkan hasil yang dicapai tingkat Kota Cirebon baru 89.15%, maka ada kesenjangan sebesar 0,85%. Bagi puskesmas yang belum mencapai target imunisasi bayi lengkap, diharapkan agar bayi yang belum terimunisasi dapat segera divaksinasi supaya dapat mencapai target imunisasi bayi lengkap 90%.

3.3. Status Gizi

Hasil cakupan pencapaian pemantauan pertumbuhan balita .

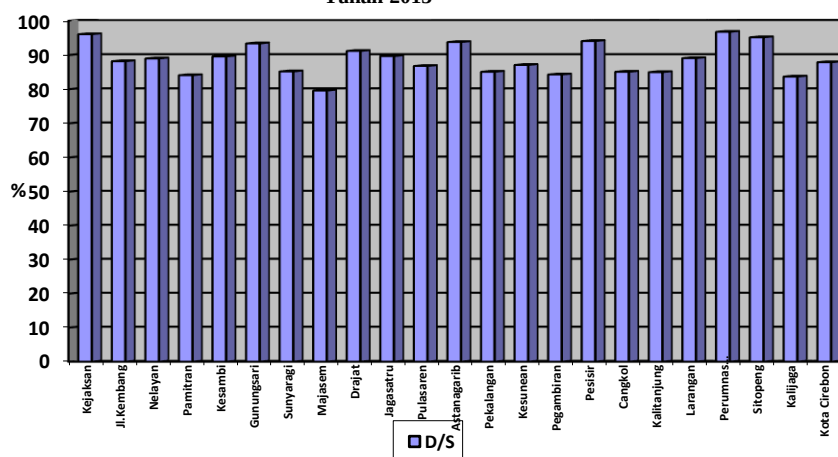
Pelayanan gizi di Posyandu adalah bagian dari kegiatan dari Usaha Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK) dimana kegiatan utamanya adalah penimbangan balita dan penyuluhan dalam rangka pemantau pertumbuhan dan perkembangannya, diharapkan dapat diketahui penyimpangan pertumbuhan sedini mungkin dan dapat dilakukan pencegahan dan penanggulangan secepatnya.

Penanggulangan gizi kurang memerlukan upaya yang menyeluruh, meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Efektivitas penanggulangan gizi kurang

ditentukan oleh dua hal. Pertama, ketepatan melakukan identifikasi dini gangguan pertumbuhan dan perkembangan dan kedua, ketepatan dan kecepatan tindak lanjut setiap gangguan pertumbuhan. Pemantauan pertumbuhan merupakan salah satu kegiatan utama program perbaikan gizi yang terdiri dari penimbangan balita setiap bulan, pencatatan dan pengisian Kartu Menuju Sehat, penilaian naik atau tidak naik yang bertujuan melakukan deteksi dini gangguan pertumbuhan dan melakukan tindak lanjut hasil pemantauan pertumbuhan.

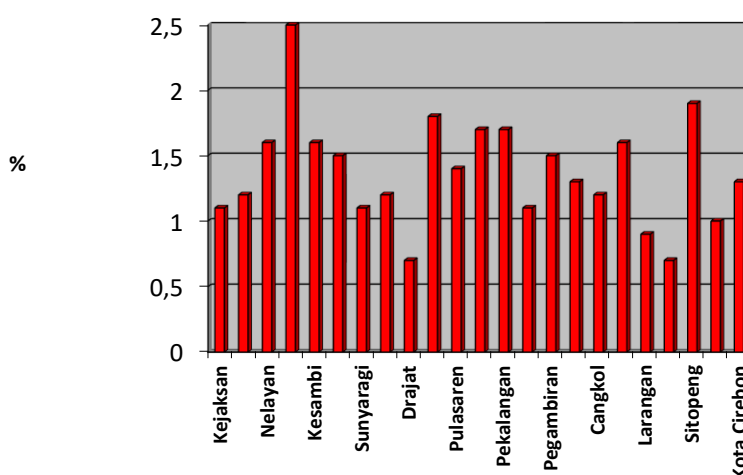
Pemantauan pertumbuhan dilakukan melalui penimbangan balita di posyandu atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Dalam penimbangan di posyandu dikenal dengan istilah S adalah semua balita yang ada di wilayah dan terdaftar di posyandu, K adalah semua balita yang memiliki Kartu Menuju Sehat (KMS), D adalah balita yang datang dan ditimbang di posyandu, N adalah semua balita yang ditimbang di posyandu maupun luar posyandu yang naik berat badannya serta Balita Bawah Garis Merah (BGM) adalah balita yang ditimbang berat badannya berada pada garis merah atau di bawah garis merah KMS. Hasil pencapaian penimbangan balita dapat dilihat pada grafik berikut :

Grafik : 3.10
Cakupan D/S Posyandu di Kota Cirebon
Tahun 2013



Dari grafik tersebut dapat diketahui pencapaian penimbangan balita di wilayah Kota Cirebon tahun 2013 menunjukkan D/S 87,9 % meningkat dari tahun 2012 dengan hasil 86,9 %. Sementara itu pencapaian N/S pada tahun 2013 didapat hasil 64,9 % menurun dari tahun 2012 yaitu 51,7%. Dari 22 Puskesmas yang ada di wilayah Kota Cirebon D/S terendah di wilayah Puskesmas Majasem 79,6% dan tertinggi Puskesmas Perumnas Utara 96,8%. Dengan indikator BGM/D menurun menjadi 1,3 % pada tahun 2013 dari 1,5 % pada tahun 2012. Hasil selengkapnya seperti pada grafik berikut :

Grafik : 3.12
Cakupan BGM/D Posyandu di Wilayah Kota Cirebon
Tahun 2013



Cakupan Balita BGM yang ada di wilayah Kota Cirebon dari hasil penimbangan (BGM/D) pada tahun 2013 terendah di Puskesmas Drajat dan Perumna Utara yaitu 0,7% dan tertinggi di Puskesmas Pamitran 2,5%. Standar Pelayanan Minimal (SPM) untuk Balita Bawah Garis Merah (BGM) adalah 5 %, sehingga dapat dikatakan jumlah balita BGM masih dibawah target , namun demikian tetap harus diwaspadai karena balita BGM dapat menurun status gizinya menjadi balita gizi buruk jika tidak ditanggulangi dengan baik. Apalagi D/S posyandu masih ada yang kurang dari target (80%) sehingga masih dimungkinkan balita BGM ditemukan lebih banyak lagi. Oleh

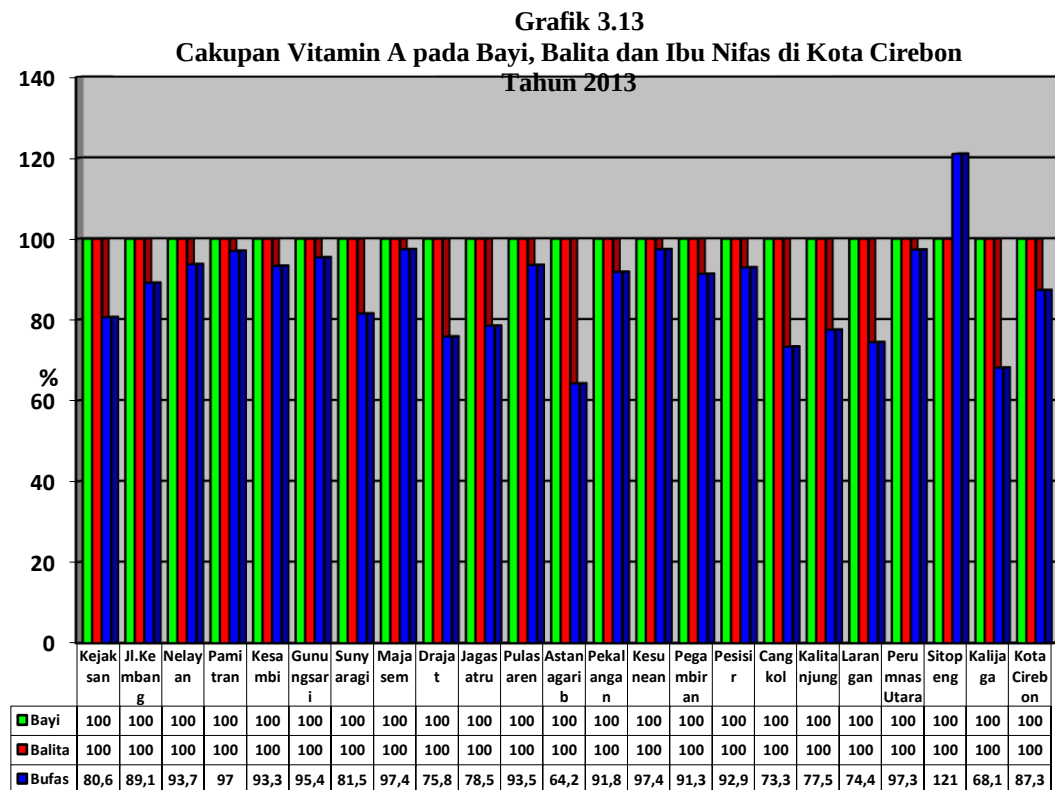
karena itu upaya peningkatan partisipasi masyarakat ke posyandu harus ditingkatkan demikian juga upaya penangan balita gizi kurang atau BGM sehingga dapat meningkatkan kualitas balita.

Hasil cakupan rata-rata dan hasil cakupan Vitamin A

Program Penanggulangan masalah Kurang Vitamin A (KVA) merupakan salah satu program perbaikan gizi masyarakat yang dilaksanakan secara promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Kegiatan promotif dapat dilakukan melalui promosi atau penyuluhan untuk meningkatkan konsumsi makanan kaya vitamin A dan secara preventif dapat dilakukan dengan suplementasi kapsul Vitamin A dosis tinggi dan fortifikasi vahan makanan dengan Vitamin A. Deteksi dini dan pengobatan kasus Xerofthalmia adalah merupakan kegiatan secara kuratif yang bertujuan rehabilitatif untuk mencegah terjadinya dampak lebih lanjut KVA kebutaan. Vitamin A merupakan zat gizi yang esensial bagi manusia, karena zat gizi ini sangat penting dan konsumsi makanan kita cenderung belum mencukupi dan masih rendah sehingga harus dipenuhi dari luar. Pada anak balita akibat KVA akan meningkatkan kesakitan dan kematian, mudah terkena penyakit infeksi seperti diare, radang paru-paru, pneumonia dan akhirnya kematian.

Vitamin A bermanfaat untuk kesehatan mata dan membantu proses pertumbuhan. Vitamin A juga bermanfaat untuk menurunkan angka kematian dan angka kesakitan, karena vitamin A dapat meningkatkan daya tahan tubuh terhadap penyakit infeksi. Oleh karena itu Vitamin A sangat penting untuk kesehatan dan kelangsungan hidup.

Ibu nifas yang cukup mendapat vitamin A akan meningkatkan kandungan vitamin A dalam Air Susu Ibu (ASI), sehingga bayi yang disusui akan lebih kebal terhadap penyakit. Hasil cakupan distribusi Vitamin A pada bayi 6-11 bulan, balita 12-59 bulan dan ibu nifas seperti pada grafik berikut :



Hasil cakupan rata – rata pemberian vitamin A tahun 2013 pada bayi 100% meningkat dari tahun 2012 92,9%, hal serupa terjadi pada cakupan vitamin A balita yang mencapai 100% pada tahun 2013 meningkat dari tahun 2012 sebesar 97,5%. Cakupan pemberian vitamin A pada ibu nifas pada tahun 2013 sebesar 87,3% menurun dari tahun 2012 yaitu 88,2%. Penurunan tersebut dikarenakan adanya penurunan sasaran yang ada, meskipun demikian dapat juga disebabkan sweeping petugas yang kurang

maksimal. Oleh karena itu dapat diupayakan *sweeping* melalui kunjungan rumah ataupun rumah bersalin untuk memperoleh informasi ibu bersalin sehingga dapat memberikan vitamin A bufas kepada sasaran.

Upaya pemberian Vitamin A pada bayi dan balita maupun ibu nifas harus tetap diupayakan mengingat manfaat Vitamin A untuk kesehatan bayi dan balita sebagai generasi penerus bangsa.

Hasil kegiatan Bulan Penimbangan Balita (BPB)

Kurang Energi Protein (KEP) sampai saat ini masih merupakan salah satu masalah gizi utama di Indonesia. Balita disebut Kurang Energi Protein bila berat badan balita dibawah normal dibandingkan rujukan. Kurang Energi Protein dikelompokkan menjadi dua yaitu Gizi Kurang dan Gizi Buruk. Kejadian gizi buruk perlu dideteksi secara dini melalui intensifikasi pemantauan pertumbuhan dan identifikasi risiko yang erat dengan kejadian luar biasa (KLB) Gizi Buruk seperti campak dan diare.

Cara mengidentifikasi kurang gizi, dilakukan dengan mengukur berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U) dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB). Penentuan balita kurang gizi dilakukan dengan menimbang balita, berat badan anak dibandingkan dengan umur dan menggunakan Kartu Menuju Sehat (KMS) dan tabel baku antropometri WHO 2005.

Adapun klasifikasi status gizi anak balita adalah :

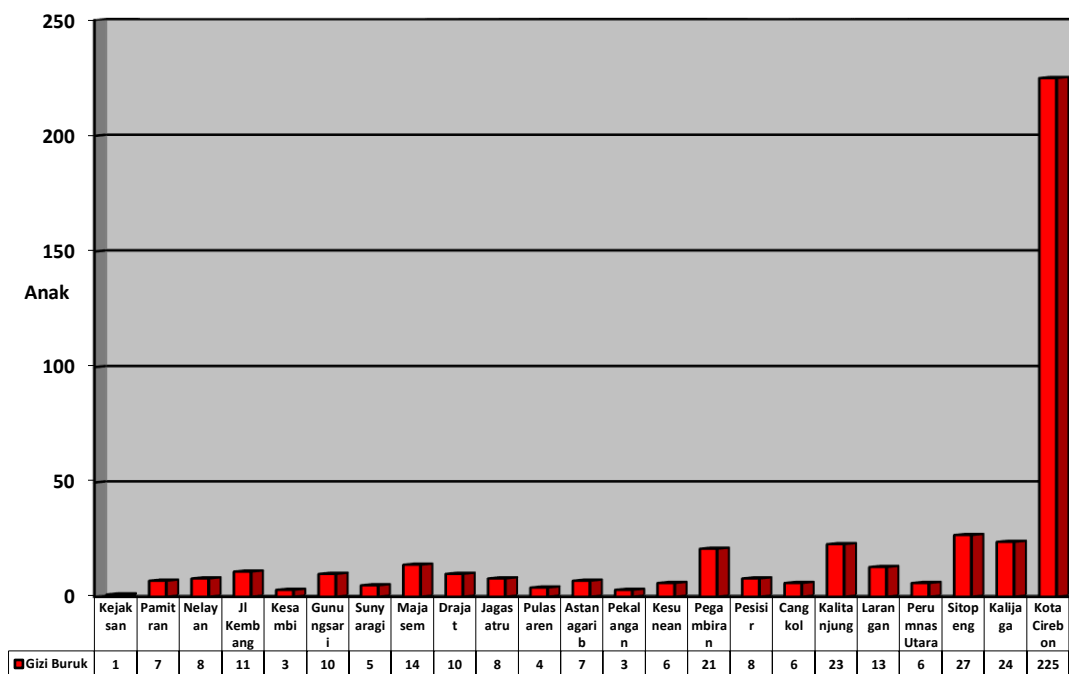
1. Indeks BB/U (berat badan menurut umur) :
 - 1). Gizi lebih : > 2 SD
 - 2). Gizi baik : $- 2$ SD sampai $+ 2$ SD
 - 3). Gizi Kurang : $< - 2$ SD sampai $- 3$ SD
 - 4). Gizi buruk : $< - 3$ SD
2. Indeks TB/U (tinggi badan menurut umur) :
 - 1). Normal : $- 2$ SD sampai $+ 2$ SD
 - 2). Pendek : $< - 2$ SD
3. Indeks BB/TU (berat badan menurut tinggi badan) :
 - 1). Gemuk : > 2 SD
 - 2). Normal : $- 2$ SD sampai $+ 2$ SD
 - 3). Kurus : $< - 2$ SD sampai $- 3$ SD
 - 4). Sangat kurus : $< - 3$ SD

Gizi Kurang pada balita tidak terjadi secara tiba-tiba, tetapi diawali dengan kenaikan berat badan yang tidak cukup. Perubahan berat badan balita dari waktu ke waktu merupakan petunjuk awal perubahan status gizi balita. Dalam periode enam bulan, bayi yang berat badannya tidak naik dua kali berisiko mengalami Gizi Kurang dibandingkan pada balita yang berat badannya naik terus.

Dalam pemantauan status gizi sebagai salah satu kegiatan Sistim Kewaspadaan Pangan dan gizi (SKPG), di Dinas Kesehatan Kota Cirebon sudah dilaksanakan secara berkala setiap tahun yaitu pada Bulan Agustus yang biasa disebut Bulan Penimbangan Balita (BPB) untuk memperoleh gambaran status gizi balita secara periodik. Untuk pelaksanaan kegiatan tersebut, dilaksanakan pengumpulan data, selanjutnya diolah dan dianalisa untuk memberikan gambaran yang sebenarnya di daerah.

Hasil kegiatan Bulan Penimbangan Balita (BPB) tahun 2013 seperti pada grafik berikut :

Grafik 3.14
Balita dengan Status Gizi Sangat Kurang Berdasarkan Indikator Berat Badan menurut Umur (BB/U) di Kota Cirebon Tahun 2013



Berdasarkan indikator berat badan menurut umur (BB/U) pada tahun 2013 ditemukan 225 balita yang memiliki status gizi buruk atau 1,02% dari 22.075 balita yang ditimbang.

Hasil tersebut menurun bila dibandingkan tahun 2012 sebesar 226 balita atau 1,03% dari 22.022 balita yang ditimbang. Jumlah balita gizi buruk terbesar di Puskesmas Sitopeng yakni 27 balita atau 1,85% dan terendah di Puskesmas Kejaksan hanya 1 balita gizi buruk.ditemukan. Upaya penanggulangan balita gizi buruk di Puskesmas Sitopeng harus ditingkatkan dengan PPG (pos Pemulihan Gizi) sehingga dapat menurunkan kasus balita gizi buruk secara signifikan.

Tabel 3.15
Hasil kegiatan Bulan Penimbangan Balita (BB/U)
di Dinas Kesehatan Kota Cirebon tahun 2013

No	Indikator	2012		2013		Trend
		Jml	%	Jml	%	
1	Jumlah Balita (S)	22152		22075		
2	Balitaditimbang (D)	22022	99,41	22075	100,0	↑
3	Balita Gizi Lebih	928	4,21	860	3,89	↓
4	Balita Gizi Baik	18652	84,7	18712	84,8	↑
5	Balita Gizi Kurang	2216	10,06	2278	10,32	↑
6	Balita Gizi Buruk	226	1,03	225	1,02	↓

Sumber : Laporan BPB tahun 2012 dan 2013

Dari tabel diatas menunjukkan bahwa balita yang terdaftar di wilayah Dinas Kesehatan Kota Cirebon sebanyak 22.075 pada tahun 2013 dan 22.152 balita pada tahun 2012. Jumlah balita yang ditimbang pada BPB tahun 2013 yaitu 22075 balita (100%) meningkat dari 2012 sebanyak 22.022 balita (99,41%). Status Gizi buruk pada balita menurun dari 226 balita (1,03%) menjadi 225 balita (1,02 %). Namun balita dengan Status Gizi Kurang meningkat yaitu 10,06 % pada tahun 2012 menjadi 10,32 % pada tahun 2013 atau meningkat 0,26% (62 balita). Balita dengan Status Gizi Baik meningkat dari 84,7% menjadi 84,8 %. Balita dengan status gizi lebih cenderung menurun dari 4,21% pada tahun 2012 menjadi 3,89% pada tahun 2013.

Data tersebut memberikan gambaran bahwa ada perbaikan status gizi buruk menjadi kurang pada balita, dan ada balita yang meningkat status gizi dari gizi kurang ke gizi baik. Upaya pencegahan dan penanggulangan balita gizi buruk harus selalu ditingkatkan mengingat kasus gizi buruk bisa kembali terjadi peningkatan.

Status gizi balita hasil Bulan Penimbangan Balita menurut BB/TB dapat dilihat pada tabel berikut.

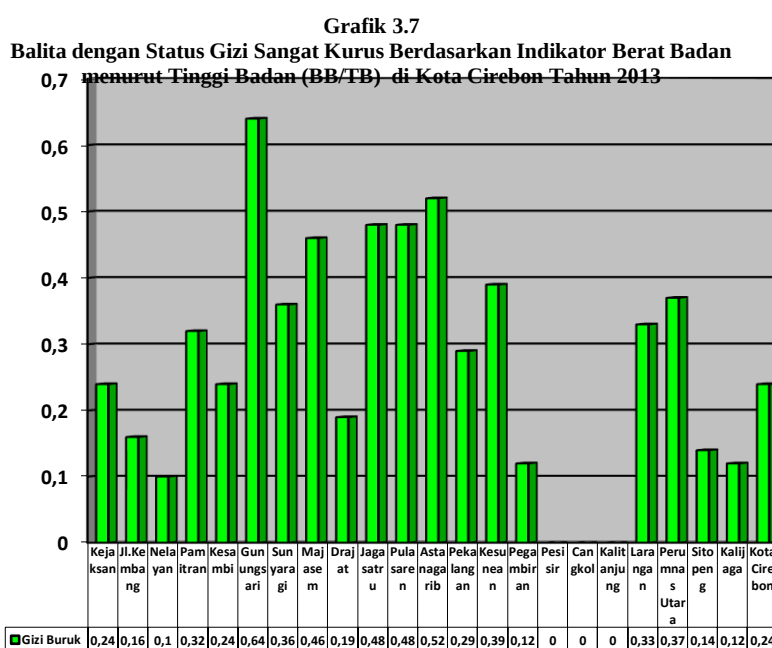
Tabel 3.16
Hasil kegiatan Bulan Penimbangan Balita (BB/TB)
Di Dinas Kesehatan Kota Cirebon tahun 2013

No	Indikator	2012		2013		Trend
		Jml	%	Jml	%	
1	Jumlah Balita (S)	22152		22075		
2	Balita ditimbang (D)	22022	99,41	22075	100,0	↑
3	Gemuk	1331	6,04	1319	5,98	↓
4	Normal	19435	88,25	19255	87,23	↓
5	Kurus	1182	5,37	1449	6,57	↑
6	Sangat Kurus	74	0,34	52	0,24	↓

Sumber : Bidang Pelayanan Kesehatan

Dari tabel dapat diketahui bahwa pada tahun 2013 dari 22.075 balita yang ada di kota Cirebon, seluruhnya terdaftar di wilayah Dinas Kesehatan Kota Cirebon, terjadi penurunan jumlah seluruh balita bila dibandingkan tahun 2012 yaitu 21.668 balita, namun

jumlah balita ditimbang pada tahun 2013 mengalami peningkatan bila dibandingkan tahun sebelumnya. Dari tabel BPB tersebut balita dengan Status Gizi sangat kurus menurun yaitu dari 0,34 % pada tahun 2012 menjadi 0,24 % pada tahun 2013 namun terjadi peningkatan jumlah balita dengan status gizi kurus dari 5,37% pada tahun 2012 menjadi 6,57% pada tahun 2013. Hal ini terjadi karena ada peningkatan status gizi dari balita sangat kurus menjadi balita kurus. Balita dengan Status Gizi Normal juga menurun dari 88,25% menjadi 87,23%. Hal tersebut menunjukkan adanya kemungkinan kontribusi balita kurus didapat dari penurunan balita normal dan balita sangat kurus. Balita status gizi gemuk menurun dari 6,04% pada tahun 2012 menjadi 5,98% pada tahun 2013. Dengan demikian sikap waspada terhadap setiap masalah balita kurang gizi meskipun sekecil apapun tetap harus ditingkatkan oleh karena masalah gizi kurang berdampak pada kualitas generasi penerus yang kurang baik sementara masalah gizi ganda akan berpotensi timbulnya penyakit degeneratif di masa mendatang.



Grafik tersebut memperlihatkan bahwa di Kota Cirebon ditemukan balita yang memiliki Status Gizi sangat kurus sebesar 0,24% atau 52 dari 22.075 balita yang ditimbang pada BPB tahun 2013. Angka tersebut menurun bila dibandingkan tahun 2012 sebesar 0,34%. Prevalensi status gizi balita sangat kurus terbanyak ada di

Puskesmas Gunungsari sebesar 0,64% dan terendah di Puskesmas Pesisir, Cangkol dan Kalitanjung tidak ditemukan kasus. Namun demikian untuk ketiga puskesmas yang tidak ditemukan kasus balita sangat kurus harus tetap waspada dan meningkatkan penapisan pada balita kurus karena bisa dimungkinkan menurun. Upaya penanganan terhadap balita dengan status gizi sangat kurus harus dilaksanakan mengingat kasus balita gizi buruk adalah fenomena gunung es yang berarti bisa jadi masih banyak kasus balita dengan status gizi sangat kurus yang belum diketemukan.

Hasil cakupan distribusi Tablet Besi untuk ibu hamil

Anemia gizi adalah suatu keadaan dimana kadar hemoglobin (Hb) dalam darah kurang dari normal. Pada ibu hamil anemia ditandai dengan kadar Hb kurang dari 11gr%. Penyebab dari anemia adalah zat besi yang masuk melalui makanan tidak mencukupi kebutuhan. Makanan yang kaya kandungan zat besinya adalah makanan sumber hewani, sedangkan sumber nabati walaupun kaya akan zat besi tetapi tidak dapat diserap dengan baik dalam tubuh sehingga hanya sedikit sekali yang dapat digunakan dalam tubuh.

Meningkatnya kebutuhan tubuh akan zat besi terutama pada ibu hamil, masa tumbuh kembang pada remaja, serta akibat penyakit kronis (*Tuberculosis* atau TBC, Infeksi). Oleh karena itu, dalam keadaan tersebut seseorang perlu mengkonsumsi tablet besi.

Upaya pencegahan anemia pada ibu hamil yang dilakukan di Dinas Kesehatan Kota Cirebon adalah dengan pemebraian Tablet Fe 90 tablet selama kehamilan. Meskipun manfaat Tablet Fe bagi ibu hamil sangat penting, namun belum semua ibu hamil dapat minum Tablet Fe tersebut sejumlah yang dianjurkan. Hal tersebut didasarkan dari beberapa kali pemantauan ke rumah ibu hamil ternyata Tablet Fe masih disimpan dan tidak dimunim secara rutin seperti anjuran petugas kesehatan. Adapun Hasil cakupan Tablet Fe bagi ibu hamil di Dinas Kesehatan Kota Cirebon pada tahun 2013 seperti pada tabel berikut:

Tabel : 3.18
Cakupan Distribusi Tablet Besi (Fe1 dan Fe3) pada Ibu Hamil di wilayah Kota Cirebon Tahun 2013

No	Puskesmas	Fe1		Fe3	
		n	%	n	%
1	Kejaksan	260	95,3	234	84,2
2	Jl. Kembang	198	94,4	247	92,2
3	Nelayan	255	96,6	152	86,4
4	Pamitran	171	91,6	196	97,0
5	Kesambi	212	95,4	200	92,2
6	Gunungsari	223	91,1	200	88,9
7	Sunyaragi	232	85,5	290	72,2
8	Majasem	464	96,1	405	92,1
9	Drajat	282	81,2	287	85,2
10	Jagasatru	195	97,0	194	80,4
11	Pulasaren	151	130,3	184	127,5
12	Astanagarib	122	66,4	78	60,9
13	Pekalangan	84	64,4	56	64,4
14	Kesunean	347	93,8	287	88,9
15	Pegambiran	517	90,9	511	95,4
16	Pesisir	180	84,6	142	75,5
17	Cangkol	171	93,8	182	87,1

18	Kalitanjung	417	93,3	458	96,9
19	Larangan	369	84,9	358	82,1
20	Perumnas Utara	291	83,9	227	85,0
21	Sitopeng	552	91,0	372	83,6
22	Kalijaga	544	94,9	545	91,4
Kota Cirebon Tahun 2012		5901	91,4	5681	87,9
Kota Cirebon Tahun 2013		6237	96,6	5772	89,4

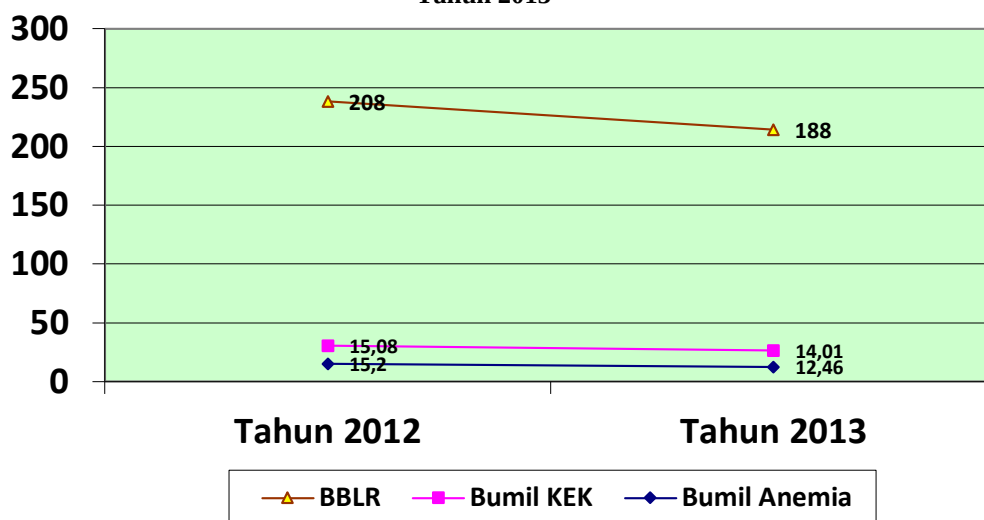
Sumber : Bidang Pelayanan Kesehatan

Hasil cakupan Fe1 pada tahun 2013 meningkat dibandingkan tahun 2012 yaitu 96,6 % dari 91,4 % dan untuk Fe 3 tahun 2013 adalah 89,4 % meningkat dari 87,9 % pada tahun 2012.

Standar Pelayanan Minimal (SPM) Program Gizi cakupan pemberian Fe1 adalah 95 % dan Fe3 sebesar 90%, hasil cakupan distribusi pemberian Fe1 sudah mencapai target, namun untuk cakupan Fe3 masih dibawah SPM. Oleh karena itu upaya peningkatan cakupan harus ditingkatkan melalui kunjungan rumah, *sweeping* ke praktek swasta dan upaya untuk menangani keluhan ibu hamil saat mengkonsumsi tablet besi dengan konseling dan pilihan tablet yang bisa diterima agar ibu hamil tetap mau mengkonsumsi tablet Fe dari awal kehamilan hingga saatnya melahirkan, sehingga dapat mengurangi terjadinya pendaharan pada saat melahirkan yang dapat menyebabkan kematian ibu.

Sementara itu jika dihubungkan dengan kasus ibu hamil anemia di Dinas Kesehatan Kota Cirebon pada tahun 2012 dan 2013 seperti pada tabel berikut :

Grafik : 3.19
Kasus Bumil Anemia, KEK dan BBLR Di Wilayah Kota Cirebon
Tahun 2013



Dari grafik tersebut menunjukkan bahwa kasus bumil anemia, KEK dan BBLR di Dinas Kesehatan Kota Cirebon pada tahun 2013 mengalami penurunan dari tahun 2012, hal ini berbanding lurus dengan cakupan pemberian tablet besi pada bumil yang juga cenderung meningkat di tahun 2013, namun begitu sebaiknya petugas kesehatan dibantu kader dan masyarakat tetap mewaspadai kasus yang dapat terjadi pada ibu selama kehamilan agar tidak terjadi masalah kesehatan lebih lanjut yang diakibatkan oleh keadaan Anemia, KEK maupun BBLR. Jumlah kasus ibu hamil Anemia di wilayah Dinas Kesehatan Kota Cirebon sepanjang tahun 2013 sebanyak 777 orang (12,46%), ibu hamil KEK berjumlah 874 orang (14,01%) dari seluruh ibu hamil berjumlah 6237 orang. Sementara jumlah kasus BBLR mengalami sedikit penurunan disbanding tahun sebelumnya yaitu dari 208 kasus menjadi 188 kasus.

Keadaan KEK dan anemia pada ibu hamil dapat menyebabkan BBLR. Adanya kasus ibu hamil anemia dan KEK masih menjadi penyebab terjadinya BBLR sebagai

akibat gangguan pertumbuhan selama dalam kandungan. Bayi dengan BBLR akan memiliki risiko terhambatnya pertumbuhan dan perkembangan selanjutnya.

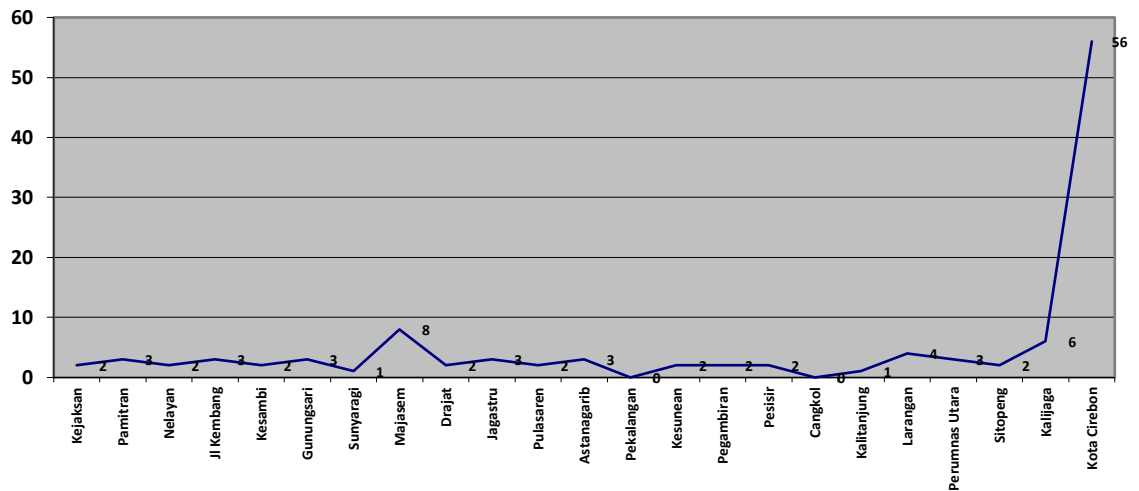
Hasil perawatan bagi balita gizi buruk, Pemberian PMT-Pemulihan dan MP-ASI (Makanan Pendamping ASI)

Usia balita merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan yang pesat, bahkan usia 0-24 bulan kerap di istilahkan sebagai periode emas sekaligus periode kritis. Periode emas dapat diwujudkan apabila pada masa ini bayi dan anak memperoleh asupan gizi yang sesuai untuk tumbuh kembang optimal. Sebaliknya apabila bayi dan anak pada masa ini tidak memperoleh makanan sesuai kebutuhan gizinya, maka periode emas akan berubah menjadi periode kritis yang akan mengganggu tumbuh kembang bayi dan anak, baik pada saat ini maupun masa selanjutnya.

Keberhasilan penanggulangan Gizi Buruk pada Balita sangat penting artinya dalam upaya penurunan angka kematian bayi dan anak, meningkatnya umur harapan hidup dan produktivitas bangsa sehingga hal ini merupakan upaya yang strategis dalam mewujudkan keberhasilan pembangunan Sumber Daya Manusia.

Untuk itu upaya Pemerintah Kota Cirebon melalui Dinas Kesehatan Kota Cirebon sebagai pelaksana di lapangan bersama masyarakat untuk menurunkan Prevalensi Balita Gizi Buruk terutama pada usia dini yaitu usia dibawah lima tahun (Balita) adalah dengan Pemberian Makanan Tambahan-Pemulihan (PMT-P), Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) maupun perawatan bagi balita gizi buruk.

Grafik : 3.20
Jumlah Balita Gizi Buruk mendapat Perawatan di wilayah Kota Cirebon tahun 2013



Jumlah balita gizi buruk di Kota Cirebon pada tahun 2013 yang mendapat perawatan sejumlah 56 balita yang ditangani oleh seluruh puskesmas yang ada. Jumlah balita gizi buruk yang mendapat perawatan terbanyak di Puskesmas Majasem 8 balita dan yang paling sedikit di puskesmas Cangkol dan Pekalangan tidak ditemukan balita gizi buruk di wilayah tersebut.

Jumlah balita gizi buruk di Kota Cirebon pada tahun 2013 yang mendapat perawatan sejumlah 56 balita yang ditangani oleh seluruh puskesmas yang ada. Jumlah balita gizi buruk yang mendapat perawatan terbanyak di Puskesmas Majasem 8 balita dan yang paling sedikit di puskesmas Cangkol dan Pekalangan tidak ditemukan balita gizi buruk di wilayah tersebut.

Pemberian ASI Eksklusif

Pemberian Air Susu Ibu (ASI) merupakan cara pemberian makanan alami dan terbaik, karena ASI mengandung semua zat gizi sesuai kebutuhan untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi.

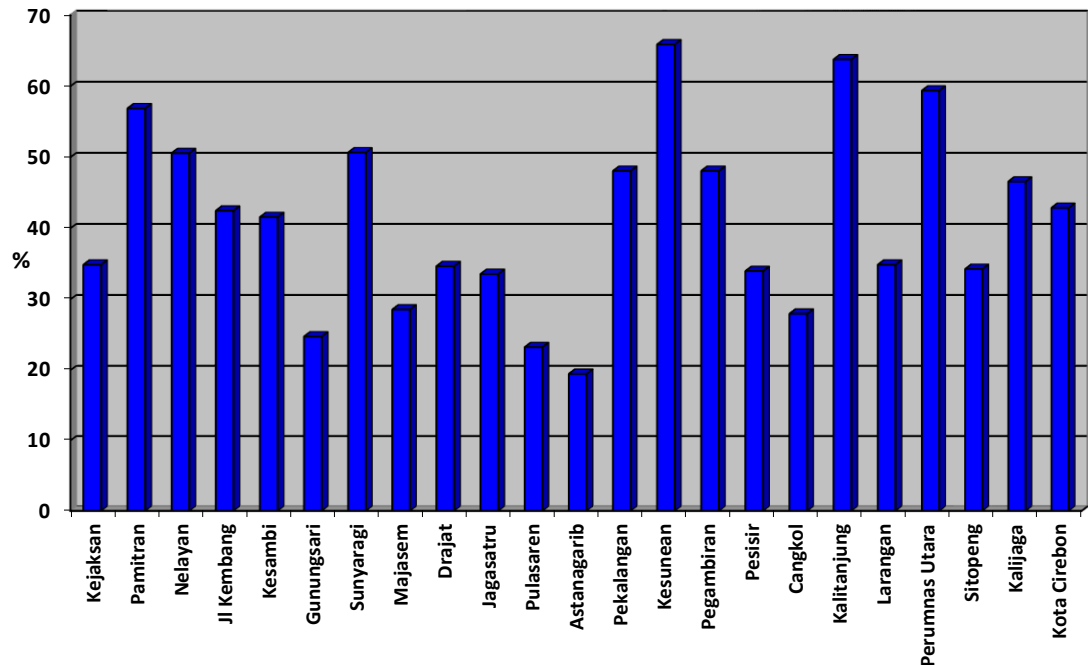
ASI Eksklusif adalah memberikan hanya ASI tanpa memberikan makanan dan minuman lain kepada bayi sejak lahir sampai bayi berusia 6 bulan, kecuali obat dan vitamin. Selanjutnya pemberian ASI diteruskan hingga anak berusia 2 tahun, dengan penambahan makanan lunak atau padat yang disebut Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang sesuai dengan umur bayi.

Banyak sekali keuntungan yang diperoleh dari ASI. Tidak saja keuntungan dalam proses pertumbuhan dan perkembangan bayi, tetapi juga hubungan kasih sayang antara ibu dan bayi memberikan dukungan yang sangat besar terhadap terjadinya proses pembentukan emosi positif pada anak. Keuntungan bagi ibu antara lain adalah menunda kehamilan kembali, kondisi rahim cepat pulih, mengurangi risiko kanker payudara, ibu tidak repot menyiapkan dan membersihkan peralatan untuk pemberian susu formula dan menghemat pengeluaran rumah tangga untuk membeli susu.

Kebijakan Nasional untuk memberikan ASI Eksklusif selama 6 bulan telah ditetapkan dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 450/Menkes/SK/IV/2004 tentang Pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara Eksklusif pada bayi di Indonesia.

Hasil dari pencatatan ASI Eksklusif di Dinas Kesehatan Kota Cirebon dapat dilihat pada tabel berikut :

Grafik : 3.21
Cakupan ASI Eksklusif bayi (0-6 bulan) di wilayah Kota Cirebon
Tahun 2013



Hasil tabel di atas menunjukkan bahwa di wilayah Dinas Kesehatan Kota Cirebon pada tahun 2013 ibu yang memberikan ASI eksklusif 0-6 bulan sebanyak 42.9% meningkat dibanding tahun 2012 yaitu 35,7 %. Bila dibandingkan SPM yang harus dicapai sebesar 80%, capaian yang ada masih jauh. Hal tersebut menunjukkan meskipun dapat meningkat perilaku ASI Eksklusif tersebut namun masih banyak ibu yang belum memberikan ASI Eksklusif untuk bayinya. Alasan tidak memberikan ASI Eksklusif antara lain karena ibu bekerja, ASI keluarnya sedikit, bayi tidak mau menyusu bayi menangis terus, payudara sakit dan sebagainya.

Perilaku ibu yang tidak memberikan ASI secara eksklusif baik ditambah dengan susu formula ataupun makanan prelaktal sangat merugikan karena dapat mengakibatkan

bayi sakit diare, atau infeksi lainnya dan dalam jangka waktu selanjutnya dapat mengakibatkan balita gizi kurang gizi.

Pendataan dan Pembinaan KADARZI (Kadarzi)

Masalah gizi masyarakat masih memerlukan perhatian, penyebab utama lamanya penurunan prrevalensi karena rendahnya kesadaran masyarakat terhadap upaya perbaikan gizi. Menteri Kesehatan telah menerbitkan strategi 17 sasaran dalam memperbaiki kesehatan masyarakat melalui desa siaga, dimana sasaran ke 3 perbaikan gizi masyarakat melalui Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) yang diupayakan atas dasar pemberdayaan masyarakat.

Keluarga Sada Gizi (KADARZI) adalah suatu keluarga yang mampu mengenal, mencegah, dan mengatasi masalah gizi setiap anggota keluarga. Suatu keluarga disebut KADARZI apabila telah berperilaku gizi yang baik yang dicirikan dengan keluarga tersebut telah memenuhi 5 indikator KADARZI sebagai berikut :

1. Menimbang berat badan secara teratur
2. Memberi ASI Eksklusif sejak bayi lahir hingga umur 6 bulan
3. Makan aneka ragam makanan
4. Menggunakan garam beryodium
5. Minum suplemen gizi

Untuk mendukung hal tersebut kota Cirebon melakukan pendataan KADARZI kepada seluruh KK yang ada di kota Cirebon, kemudian setelah didapat hasil pendataan awal dilakukan pembinaan kepada keluarga yang belum kadarzi agar menjadi kadarzi. Tabel berikut merupakan tabel cakupan KADARZI hasil pendataan dan pembinaan:

Tabel 3.21
Cakupan Kadarzi di wilayah Kota Cirebon Tahun 2013

No	Puskesmas	2012		2013		Tren
		n	%	n	%	
1	Kejaksan	2954	98,3	3385	96,8	↓
2	Pamitrان	2242	92,5	2236	93,8	↑
3	Jl. Kembang	3457	96,7	3238	93,4	↓
4	Nelayan	2080	97,3	2040	93,2	↓
5	Kesambi	1835	81,1	1835	86,9	↑
6	Gunungsari	2600	96,9	2600	96,9	↔
7	Sunyaragi	2750	97,1	2750	87,6	↓
8	Majasem	3687	71,6	3724	72,3	↑
9	Drajat	3511	94,1	3497	93,7	↓
10	Jagasatru	2564	90,6	2564	90,6	↔
11	Pulasaren	1699	89,7	1575	83,5	↓
12	Astanagarib	1870	97,9	1680	95,1	↓
13	Pekalangan	1299	84,9	1549	98,0	↑
14	Kesunean	3262	86,3	3323	87,9	↑
15	Pegambiran	4441	86,0	4882	95,8	↑
16	Pesisir	2301	85,9	2373	85,8	↓
17	Cangkol	2047	93,6	2139	92,5	↓
18	Kalitanjung	4002	88,0	4614	93,4	↑
19	Larangan	4991	94,5	4577	86,4	↓
20	Perumnas Utara	3890	96,6	3948	98,7	↑
21	Sitopeng	2926	66,3	3175	67,8	↑
22	Kalijaga	5056	73,7	6227	89,84	↑
Kota Cirebon		65.464	87,7	67.931	89,9	↑

Sumber : Bidang Pelayanan Kesehatan

Dari tabel di atas diketahui bahwa ada peningkatan jumlah keluarga yang telah sadar gizi pada tahun 2013 yaitu 89,9% dibanding tahun 2012 sebesar 87,7%. Adapun jumlah Kadarzi terbesar yang mengalami peningkatan di wilayah Puskesmas Kalijaga dan Puskesmas Pekalangan, hal ini disebabkan karena adanya peningkatan pembinaan baik

oleh kader maupun petugas kesehatan dalam membina keluarga yang belum kadarzi menjadi keluarga yang lebih sadar gizi. Namun begitu ada pula wilayah yang mengalami penurunan cukup signifikan berada di wilayah Puskesmas Sunyaragi dan Puskesmas Larangan dalam hal ini kader dan tenaga kesehatan perlu lebih membina dan mendampingi keluarga baik yang telah kadarzi agar tidak jatuh kepada keluarga yang belum kadarzi lagi maupun keluarga yang tadinya belum sadar gizi agar menjadi keluarga sadar gizi.

Bab 4

Situasi Upaya Kesehatan

4.1. Pelayanan Kesehatan

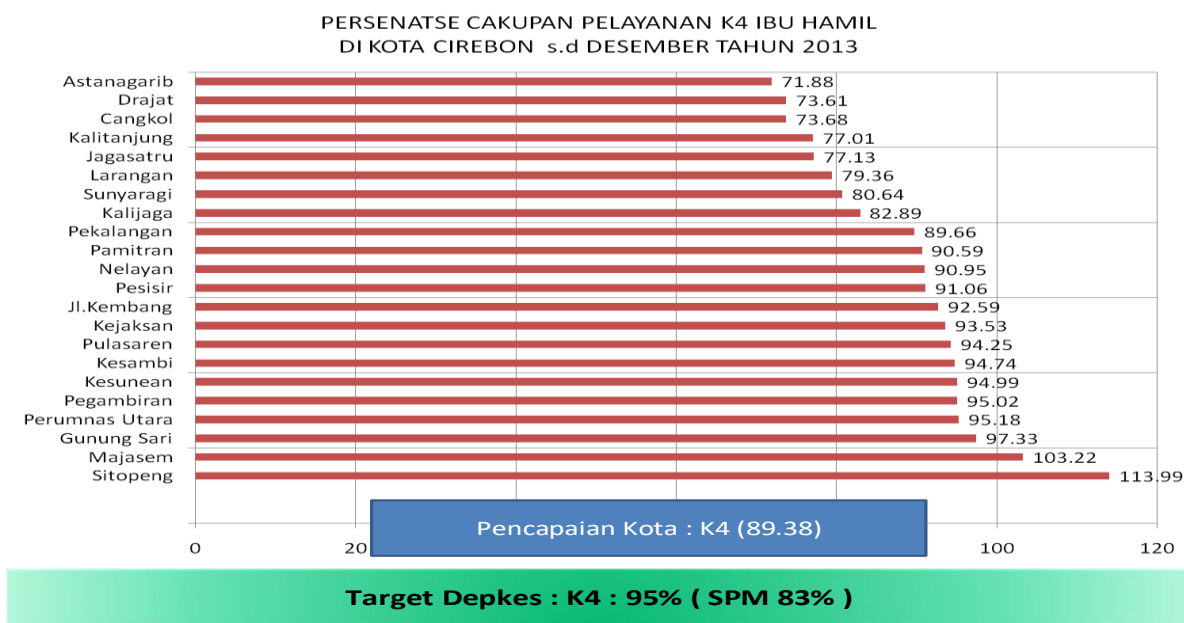
Cakupan Kunjungan Antenatal

Pelayanan antenatal merupakan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan profesional (dokter spesialis kandungan dan kebidanan, dokter umum, bidan dan perawat) kepada ibu hamil selama masa kehamilannya, yang mengikuti program pedoman pelayanan antenatal yang ada, dengan titik berat pada kegiatan promotif dan preventif. Hasil pelayanan antenatal dapat dilihat dari cakupan K1 dan K4. Cakupan K1 merupakan gambaran besaran ibu hamil yang telah melakukan kunjungan pertama ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan antenatal. Sedangkan K4 adalah gambaran besaran ibu hamil yang mendapatkan pelayanan ibu hamil sesuai dengan standar serta paling sedikit empat kali kunjungan, dengan distribusi sekali pada trimester pertama, sekali pada trimester dua dan dua kali pada trimester ketiga. Angka ini dapat dimanfaatkan untuk melihat kualitas pelayanan kesehatan kepada ibu hamil dan menggambarkan kemampuan manajemen / kelangsungan program KIA.

Pencapaian cakupan kegiatan yang menjadi indikator pelaksanaan di 22 UPTD Puskesmas di Kota Cirebon pada tahun 2013 adalah sebagai berikut :

- K4 target Depkes 95% dan target SPM Kota Cirebon sebesar 83%, sedangkan pencapaian cakupan K4 sebesar 89,38%
- Cakupan K4 dalam tahun 2014 di Kota Cirebon dapat dilihat sebagaimana grafik berikut :

GRAFIK 4.1



Sumber : Bidang Pelayanan Kesehatan

Pada tahun 2013, di Kota Cirebon menunjukkan bahwa cakupan K4 secara keseluruhan sebesar 89,38%, bila dibandingkan tahun 2012 (89,97%) mengalami penurunan. K4 dengan kisaran tertinggi ada di kelurahan Argasunya Puskesmas Sitopeng sebesar 113,99% dan terendah di kelurahan Pekalipan Puskesmas Astanagarib 71,88%, Jika dilihat berdasarkan SPM Perwalkot Kota Cirebon untuk target K4 sebesar 82%, dapat disimpulkan bahwa hasil cakupan sudah mencapai target sedangkan jika dibandingkan dengan target Depkes 95% pada tahun 2015 maka cakupan K4 belum mencapai target.

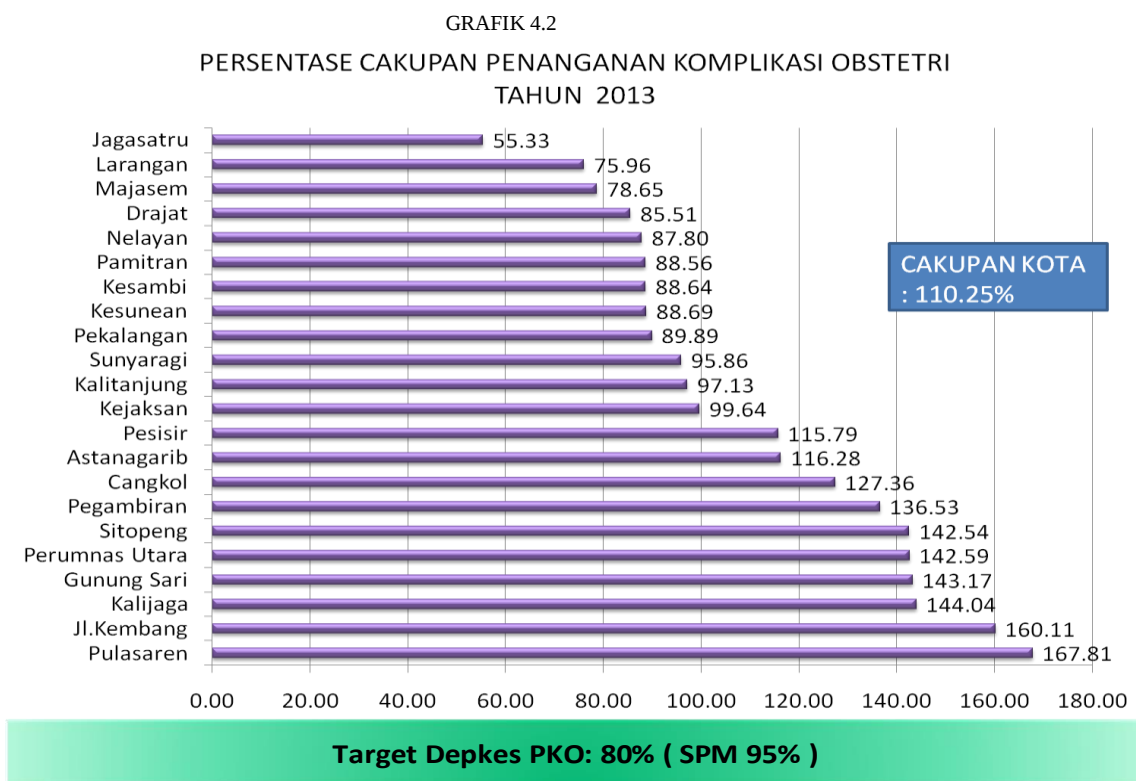
Dari Kedua indikator pelayanan Antenatal K1 dan K4 tersebut didapatkan masih ada ibu hamil yang sudah melakukan ANC (K1) tapi drop out di kunjungan K4 sebesar 465 ibu hamil atau ada 7,2% kesenjangan K1 ke K4, ini disebabkan karena ada sebagian masyarakat yang kurang puas dengan kualitas pelayanan petugas, disisi lain faktor yang mendukung hal tersebut diatas adalah walaupun distribusi bidan sudah mencukupi tapi banyak bidan yang rangkap tugas dan melanjutkan pendidikan sehingga berpengaruh terhadap kualitas pelayanan. Untuk mencapai indikator pelayanan ANC tersebut diharapkan adanya dukungan dan partisipasi dari masyarakat yang secara sukarela berperan aktif dalam penanganan kesehatannya secara mandiri. Disamping itu peranan

petugas atau Bidan yang ada pun perlu ditingkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan ANC terutama keluhan yang cakupannya masih rendah.

Cakupan Penanganan Komplikasi Kebidanan

Cakupan Penanganan Komplikasi Kebidanan yang ditangani adalah ibu dengan komplikasi kebidanan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu yang mendapat penanganan definitif sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan terlatih pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan (Polindes, Puskesmas, Puskesmas PONEK, Rumah Bersalin, RSIA/RSB, RSUD, RSUD PONEK)

Di Kota Cirebon cakupan penanganan komplikasi kebidanan pada tahun 2013 sebesar 110,25%. Berdasarkan target Depkes 80% pada tahun 2015 maupun target SPM kota Cirebon 95% pada tahun 2013, cakupan tersebut sudah mencapai target.



Dari grafik di atas pencapaian cakupan pada tahun 2013 sudah mencapai target, indikator ini memberikan gambaran penanganan komplikasi kebidanan cukup baik, ini dibuktikan dengan adanya fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu memberikan

pelayanan obstetri dan neonatal emergensi secara berjenjang mulai dari adanya 203 Bidan Praktek Swasta, 7 puskesmas RSBM, 5 puskesmas mampu PONEK sampai rumah sakit PONEK 24 jam. Dari 10 Rumah Sakit yang ada di wilayah Kota Cirebon yang memberikan pelayanan Obstetri Neonatal ada 9 Rumah Sakit. Dan dari 9 Rumah Sakit baru 1 RS yang mampu PONEK yaitu RS.Pemerintah RSUD Gunung Djati Cirebon. Dengan adanya dukungan fasilitas kesehatan yang memadai ditunjang pula anggaran pembiayaan seperti Jampersal ataupun Dana dari APBD II Kota Cirebon untuk pembiayaan Keluarga Miskin di RS, maka penanganan Komplikasi Kebidanan di Kota Cirebon sudah cukup baik.

Pertolongan Persalinan oleh Tenaga kesehatan yang memiliki Kompetensi Kebidanan

Komplikasi dan kematian ibu maternal dan bayi baru lahir sebagian besar terjadi pada masa di sekitar persalinan, hal ini disebabkan pertolongan tidak dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi kebidanan profesional (dokter spesialis kebidanan, dokter umum, bidan).

Upaya untuk menurunkan Angka kematian Bayi dan Ibu Maternal salah satunya adalah melalui persalinan yang sehat dan aman yaitu persalinan yang di tolong oleh tenaga kesehatan maupun dukun terlatih dengan didampingi oleh tenaga kesehatan.

Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di Kota Cirebon pada tahun 2013 sebesar 86,32% hal ini menurun bila dibandingkan dengan tahun 2012 sebesar 88,47%. Kisaran tertinggi di Kelurahan Argasunya Puskesmas Sitopeng sebesar 115,89% dan kisaran terendah di Kelurahan Pekalipan Puskesmas Astanagarib sebesar 64,23%. Untuk target Kota Cirebon tahun 2013 sebesar 88% dan target Depkes tahun 2015 sebesar 95%, indikator ini mengalami penurunan dan belum mencapai target Depkes maupun target SPM Perwalkot Kota Cirebon.

Persentase cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan tentu berkaitan langsung dengan kualitas pelayanan pada saat kunjungan Ibu hamil K4, dimana ibu hamil mendapat pelayanan K4 untuk persiapan pertolongan persalinan di fasilitas kesehatan.

Cakupan Pertolongan Persalinan oleh Tenaga kesehatan yang memiliki Kompetensi Kebidanan tahun 2013 di Kota Cirebon dapat dilihat sebagaimana grafik berikut :



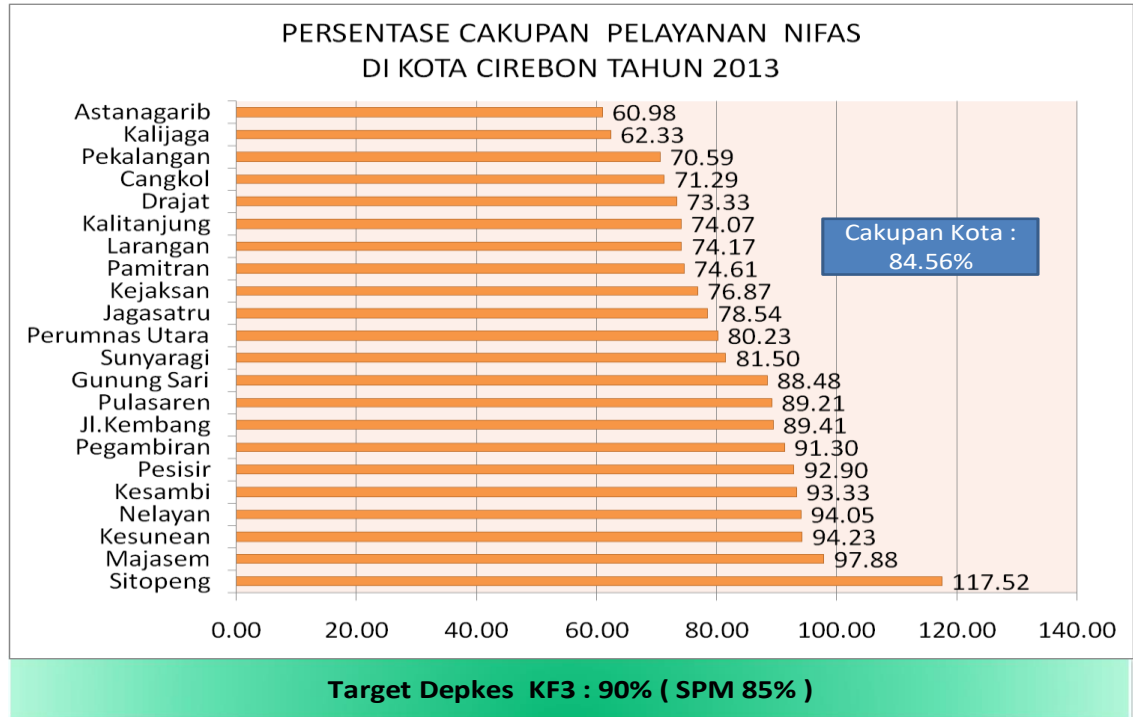
Dari grafik di atas dapat dilihat bahwa persalinan di Kota Cirebon sudah diberikan oleh tenaga yang kompeten, walaupun pada kenyataan di lapangan masih ada persalinan yang ditolong oleh bukan tenaga kesehatan dan dilakukan diluar fasilitas pelayanan kesehatan. Hal tersebut terlihat dari capaian cakupan Persalinan di Fasilitas Kesehatan 81,81%, ada kesenjangan 4,5% yang tidak bersalin di Fasilitas Kesehatan, artinya masih ada pertolongan persalinan yang diberikan oleh tenaga kesehatan di rumah klien yaitu berada di wilayah kelurahan Argasunya Puskesmas Sitopeng, hal tersebut dapat dilihat dari adanya kesenjangan cakupan Persalinan Nakes di Argasunya sebesar 65,15% (dari data Cakupan Persalinan Nakes 115.89% hanya 50,70% yang bersalin di Faskes). Selain itu, di Kota Cirebon pun masih ada pertolongan persalinan oleh Dukun sebesar 0,45% yang kisarannya berada tertinggi di kelurahan argasunya sebesar 6,07%, sisanya ada di kelurahan kecapi sebesar 0,47%, 20 kelurahan lainnya tidak ada pertolongan persalinan Dukun. Dari data tersebut sangat perlu ditindaklanjuti daerah-

daerah yang masih ada persalinan Dukun dan masih tinggi kesenjangan antara persalinan Nakes dengan persalinan di faskes, khususnya di wilayah kelurahan Argasunya.

Cakupan Pelayanan Nifas

Cakupan Pelayanan Nifas adalah pelayanan kepada ibu pada masa 6 jam sampai dengan 42 hari pasca persalinan sesuai standar, dengan distribusi 6 jam - 3 hr, 4-28 hr dan 29-42 hr. Dengan capaian Kunjungan Nifas ke 3 (KF3) tahun 2013 sebesar 84,56%, mengalami penurunan dibandingkan tahun 2012 sebesar 85,03%. Indikator ini belum mencapai target Kota Cirebon tahun 2013 sebesar 85% dan juga target Depkes tahun 2015 sebesar 90%. Kisaran tertinggi ada di kelurahan Argasunya Puskesmas Sitopeng sebesar 117.52% dan kisaran terendah berada di kelurahan Pekalipan Puskesmas Astanagarib sebesar 60,98%. Indikator ini memberikan gambaran pelayanan kesehatan ibu nifas yang diberikan oleh tenaga kesehatan (Dokter Spesialis Kebidanan, Dokter umum, Bidan dan Perawat) sudah cukup baik.

GRAFIK 4.4



Adapun pelayanan yang diberikan adalah :

1. Pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu.
2. Pemeriksaan Tinggi Fundus Uteri.
3. Pemeriksaan Lochia dan pengeluaran per vagina lainnya.
4. Pemeriksaan payudara dan anjuran ASI eksklusif 6 bulan.
5. Pemberian Kapsul Vitamin.A 200.000 IU sebanyak 2 kali, pertama segera setelah melahirkan, kedua setelah 24 jam pemberian pertama.
6. Pelayanan KB Pascasalin.

Cakupan Kunjungan Neonatal Lengkap

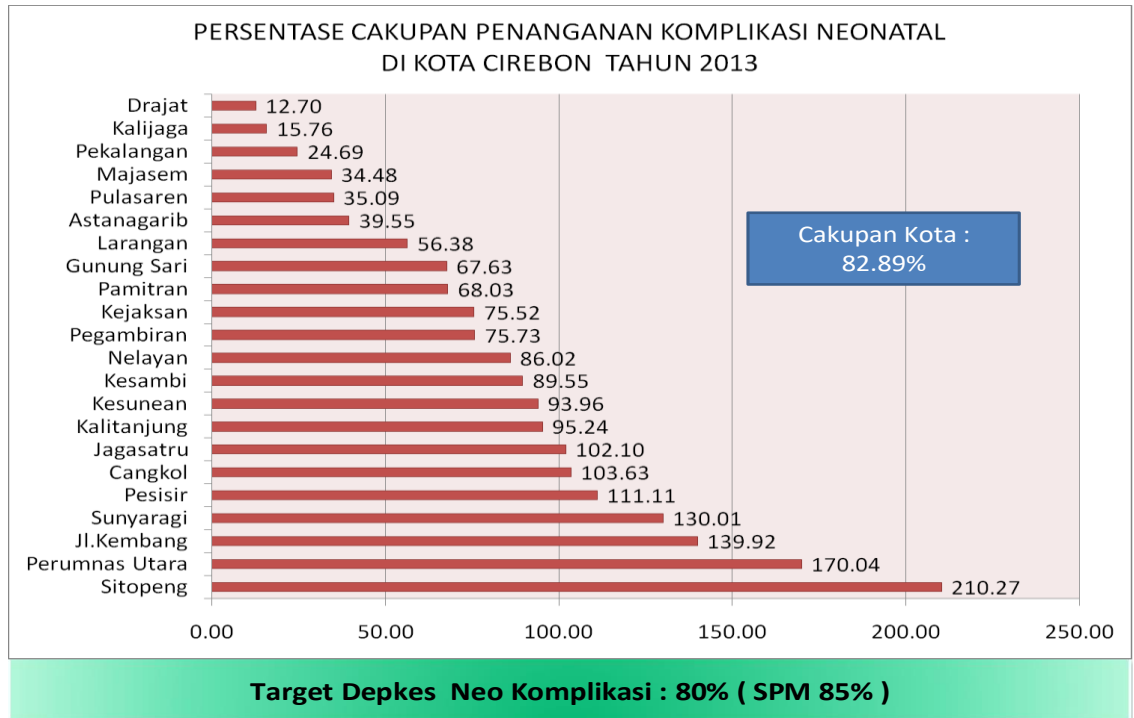
Kunjungan neonatal (KN) adalah cakupan neonatus yang mendapat pelayanan sesuai standar paling sedikit 3 kali dengan distribusi 1 kali pada 6 jam-48 jam, 1 kali pada hari ke3 - hari ke 7, 1 kali pada hari ke 8 - hari ke 28 setelah lahir disuatu wilayah tertentu.

Cakupan kunjungan neonatal lengkap (Kunjungan Neonatal ke3 / KN.3) pada tahun 2013 sebesar 87,6% dengan kisaran tertinggi di Kelurahan Argasunya Puskesmas Sitopeng sebesar 121% dan yang terendah di Kelurahan Pekalipan Puskesmas Astanagarib sebesar 59,2%. Untuk target pencapaian Kota Cirebon pada Tahun 2013 sebesar 90 % dan target Depkes tahun 2015 sebesar 90%. Bila dibandingkan dengan cakupan tahun 2012 sebesar 89,90% maka indikator ini mengalami penurunan, hal ini menggambarkan akses neonatus terhadap pelayanan kesehatan dasar perlu dioptimalkan, dan indikator ini dilakukan untuk memantau kesehatan neonatal sehingga bila terjadi masalah dapat segera diidentifikasi seperti neonatus mengalami kesulitan untuk menyusui, tidak BAB dalam 48 jam, ikterus yang timbul pada hari pertama, kemudian tali pusat merah atau bengkak/ keluar cairan dari tali pusat, bayi demam lebih 37,5 C sehingga keadaan ini harus segera dilakukan rujukan. Pada kunjungan neonatal dapat mengetahui juga apakah ada masalah pemberian ASI pada bayi.

Cakupan Neonatal dengan Komplikasi yang Ditangani

Cakupan neonatal dengan komplikasi yang ditangani pada tahun 2012 di kota Cirebon hanya sebesar 69,67% dan naik menjadi 82,89% pada tahun 2013. Target pencapaian Kota Cirebon pada tahun 2013 sebesar 85 %, dengan target Depkes pada tahun 2015 sebesar 80%, dan dari kedua target tersebut, indikator ini belum mencapai target karena penanganan bayi melalui MTBM/MTBS masih belum diterapkan secara maksimal. Hal ini diketahui dari hasil monitoring ke Puskesmas bahwa hampir 70 % petugas puskesmas kurang optimal dalam penerapan MTBM/MTBS.

Grafik : 4.4



Angka Kematian Maternal

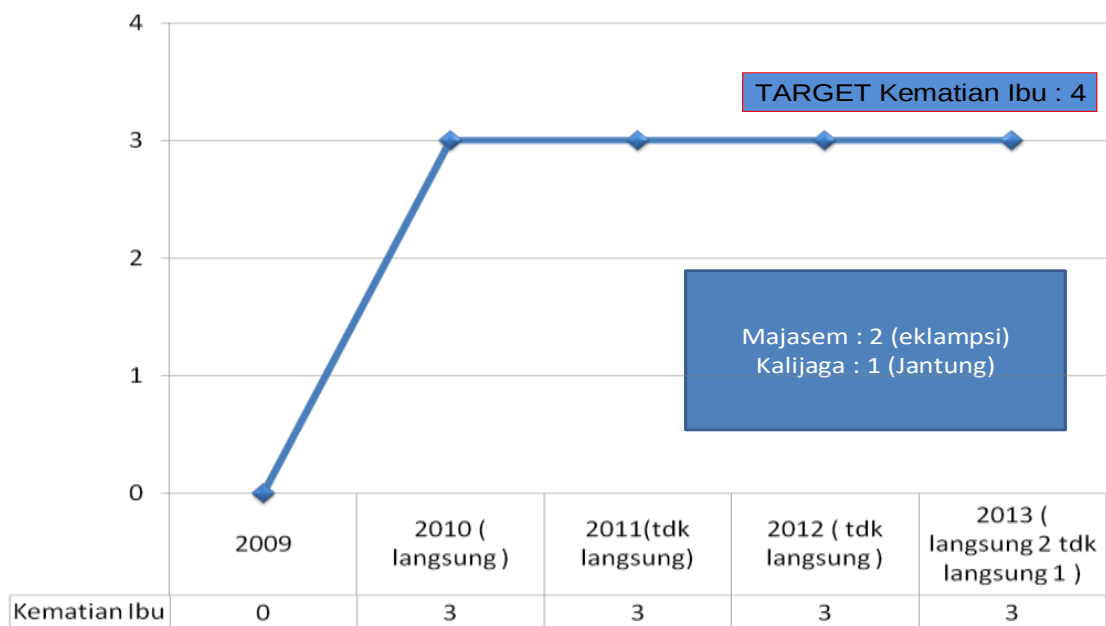
Angka kematian ibu (AKI) berguna untuk menggambarkan tingkat kesadaran perilaku hidup sehat, status gizi dan kesehatan ibu, kondisi kesehatan lingkungan, tingkat pelayanan kesehatan terutama untuk ibu hamil, pelayanan kesehatan waktu melahirkan dan masa nifas. AKI diperoleh dari jumlah kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup (jumlah kematian hamil + jumlah kematian ibu bersalin + jumlah kematian ibu nifas). Angka Kematian ibu di Kota Cirebon dinyatakan dalam bentuk jumlah karena jumlah kelahiran hidup tidak mencapai 100.000.

Di Kota Cirebon pada tahun 2013 terdapat kematian ibu sebanyak 3 orang per 5540 kelahiran hidup, dan pada tahun 2012 terdapat kematian ibu sebanyak 3 orang per 5541 kelahiran hidup, pada tahun 2012 penyebab kematian ibu kearah penyebab tidak langsung yaitu disebabkan oleh Decompensasi Kordis 2 orang dan Kejang karena efek anasthesi 1 orang, sedangkan pada tahun 2013 penyebab kematian disebabkan karena penyebab langsung 2 orang yaitu eklamsi dan penyebab tidak langsung 1 orang penyakit penyerta yaitu penyakit jantung. Dengan meningkatnya kematian karena eklamsi, hal ini menggambarkan pemeriksaan fisik pada saat antenatal untuk deteksi pre eklamsi dan

eklamsi masih belum maksimal. Untuk itu, selain memfokuskan intervensi untuk mengatasi eklamsi dan pre eklamsi pada ibu hamil, bersalin dan nifas. Sedangkan intervensi untuk penyebab tidak langsung ini sudah mulai dilaksanakan melalui Pemeriksaan oleh Spesialis Jantung di Puskesmas RSBM (Rumah Sakit Berbasis Masyarakat) dan Peningkatan Kualitas Pelayanan Antenatal Care.

Untuk mengetahui jumlah kematian ibu di Kota Cirebon sebagaimana grafik berikut :

GRAFIK : 4.5
JUMLAH KEMATIAN IBU DI KOTA CIREBON
TAHUN 2009 - 2013



Persentase Peserta KB Aktif menurut Jenis Kontrasepsi

Keluarga berencana adalah suatu usaha untuk menjarangkan jumlah dan jarak kehamilan dengan memakai kontrasepsi. Secara umum dapat diartikan sebagai suatu usaha yang mengatur banyak nya kehamilan sedemikian rupa sehingga berdampak positif bagi ibu, bayi dan ayah serta keluarganya yang bersangkutan tidak menimbulkan kerugian sebagai akibat langsung dari kehamilan tersebut. Diharapkan dengan adanya perencanaan keluarga yang matang, kehamilan merupakan suatu hal yang memang sangat diharapkan sehingga akan terhindar dari perbuatan untuk mengakhiri kehamilan dengan Aborsi.

Peningkatan dan perluasan pelayanan keluarga berencana merupakan salah satu usaha untuk menurunkan Angka kesakitan dan kematian ibu yang semakin tinggi akibat kehamilan.

Akseptor KB aktif yaitu akseptor yang ada pada saat ini menggunakan salah satu cara atau alat kontrasepsi untuk menjarangkan kehamilan atau mengakhiri kesuburan. Di Kota Cirebon persentase akseptor KB aktif adalah 79,58% dari jumlah PUS 40.446. Puskesmas dengan akseptor KB aktif tertinggi adalah Puskesmas Gunung Sari 92,4% dari jumlah PUS 1308, dan Puskesmas dengan akseptor KB aktif terendah adalah Puskesmas Astanagarib 66,6% dengan jumlah PUS 793.

Akseptor KB baru yaitu akseptor yang baru pertama kali menggunakan alat / obat kontrasepsi atau PUS yang kembali menggunakan alat kontrasepsi setelah melahirkan atau Abortus. Di Kota Cirebon akseptor KB baru ada 6,3% dari jumlah PUS 40.446. Puskesmas dengan akseptor KB baru tertinggi adalah Puskesmas Kesambi 13,4% dari jumlah PUS 1165, dan Puskesmas dengan jumlah akseptor KB terendah adalah Puskesmas Kalijaga 2,5 % dari PUS 4359..

Cakupan Pelayanan anak balita

Lima tahun pertama kehidupan, pertumbuhan mental dan intelektual berkembang pesat. Masa ini merupakan masa keemasan atau golden period dimana terbentuk dasar-dasar kemampuan keinderaan, berfikir, berbicara serta pertumbuhan mental intelektual yang intensif dan awal pertumbuhan moral. Pada masa ini stimulasi sangat penting untuk

mengoptimalkan fungsi-fungsi organ tubuh dan rangsangan pengembangan otak. Upaya deteksi dini gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada anak usia dini menjadi sangat penting agar dapat dikoreksi sedini mungkin dan atau mencegah gangguan ke arah yang lebih berat .

Bentuk pelaksanaan tumbuh kembang anak di lapangan dilakukan dengan mengacu pada pedoman Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Tumbuh Kembang Anak (SDIDTK) yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan di puskesmas dan jajarannya seperti dokter, bidan perawat, ahli gizi, penyuluh kesehatan masyarakat dan tenaga kesehatan lainnya yang peduli dengan anak.

Kematian bayi dan balita merupakan salah satu parameter derajat kesejahteraan suatu negara. Sebagian besar penyebab kematian bayi dan balita dapat dicegah dengan teknologi sederhana di tingkat pelayanan kesehatan dasar, salah satunya adalah dengan menerapkan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), di tingkat pelayanan kesehatan dasar. Bank Dunia, 1993 melaporkan bahwa MTBS merupakan intervensi yang cost effective untuk mengatasi masalah kematian balita yang disebabkan oleh Infeksi Pernapasan Akut (ISPA), diare, campak, malaria, kurang gizi dan yang sering merupakan kombinasi dari keadaan tersebut.

Sebagai upaya untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian balita, Departemen Kesehatan RI bekerja sama dengan WHO telah mengembangkan paket pelatihan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) yang mulai dikembangkan di Indonesia sejak tahun 1996 dan implementasinya dimulai 1997 dan saat ini telah mencakup 33 provinsi.

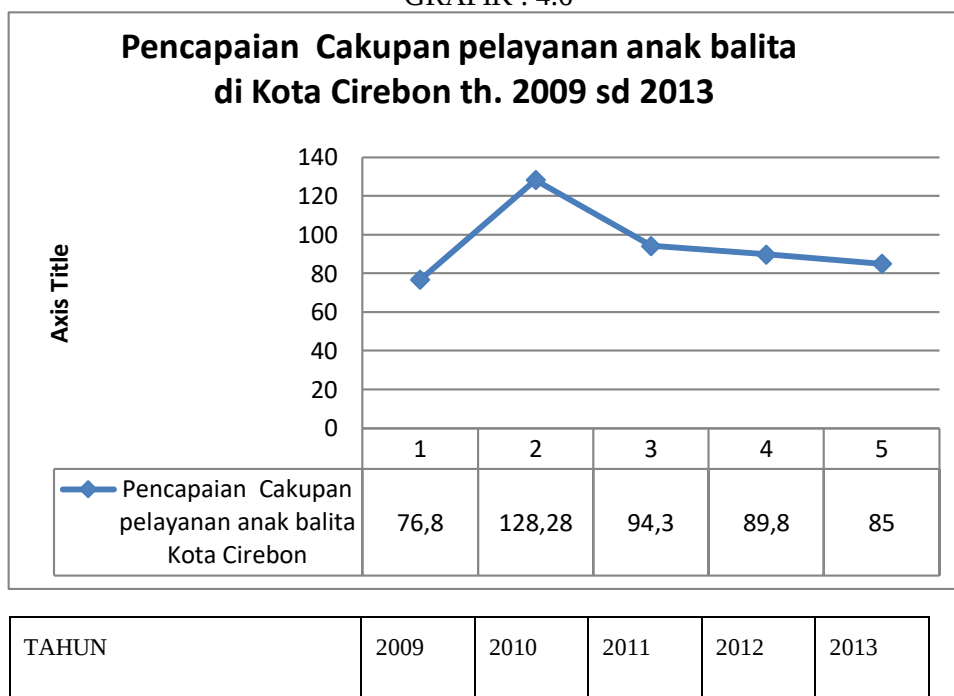
Pelayanan kesehatan anak balita meliputi pelayanan pada anak balita usia 12-59 bulan baik yang sakit maupun sehat. Pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan sesuai standar yang meliputi :

1. Pelayanan pemantauan pertumbuhan minimal 8 kali setahun yang tercatat dalam Buku KIA/KMS. Pemantauan pertumbuhan adalah pengukuran berat badan anak balita setiap bulan yang tercatat pada Buku KIA/KMS. Bila berat badan tidak naik dalam 2 bulan berturut-turut atau berat badan anak balita di bawah garis merah harus dirujuk ke sarana pelayanan kesehatan.

2. Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) minimal 2 kali dalam setahun. Pelayanan SDIDTK meliputi pemantauan perkembangan motorik kasar, motorik halus, bahasa, sosialisasi dan kemandirian minimal 2 kali pertahun (setiap 6 bulan). Pelayanan SDIDTK diberikan di dalam gedung (sarana pelayanan kesehatan) maupun di luar gedung.
3. Pemberian Vitamin A dosis tinggi (200.000 IU), 2 kali dalam setahun.
4. Kepemilikan dan pemanfaatan buku KIA oleh setiap anak balita
5. Pelayanan anak balita sakit sesuai standar dengan menggunakan pendekatan MTBS.

Cakupan Pelayanan Anak Balita (11-59 bulan) di wilayah kerja dalam dua tahun terakhir di Kota Cirebon dapat dilihat sebagaimana grafik berikut :

GRAFIK : 4.6



Sumber : pelaporan program kesehatan anak , Bidang Pelayanan Kesehatan

Dari grafik diatas pencapaian cakupan pelayanan anak balita pada Tahun 2009: 76,8% dari jumlah anak balita 17.647 target (90%), Tahun 2010 : 128,28% dari jumlah anak balita 17.676, target (90%), Tahun 2011 : 94,3% dari jumlah anak balita 24.288, target (90%), Tahun 2012: 89,8 % dari jumlah anak balita 21.867, target (90%). Tahun 2013 : 85% dari jumlah anak balita 21.865 dapat dilihat cakupan tahun 2013 dan tahun 2012 terjadi penurunan cakupan . sedangkan pencapaian yang tidak akurat terlihat pada

pencapaian cakupan pelayanan kesehatan anak pada tahun 2010 yang melebihi sasaran yaitu diatas 100 % hal ini disebabkan beberapa hal antara lain : kurangnya pengetahuan petugas dalam pemahaman definisi operasional sehingga ada duplikasi pencatatan dan pelaporan anak balita yang dilayani untuk itu perlu peningkatan kualitas pencapaian cakupan pelayanan kesehatan anak balita melalui peningkatan pelayanan kesehatan anak balita sesuai standar secara terpadu dan peningkatan kualitas pencatatan dan pelaporan pelayanan dengan adanya kohort balita yang mencatat pelayanan kesehatan anak balita sesuai standar. Dan tahun 2013 mulai membenahan optimalisasi penggunaan kohort anak balita.sesuai definisi operasional.

Cakupan Penjaringan Kesehatan Siswa SD dan Setingkat

Anak usia sekolah yang berusia 6-12 tahun berjumlah sepertiga dari total penduduk indonesia dan 70 % diantaranya (50 juta) ada di 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.

Program pelayanan kesehatan di sekolah diutamakan pada upaya peningkatan kesehatan (upaya promotif) dan upaya pencegahan penyakit (upaya preventif). Upaya preventif antara lain dilaksanakan melalui kegiatan penjaringan kesehatan (skrining kesehatan) anak sekolah yang dilakukan terhadap anak yang baru masuk sekolah (siswa kelas 1) dari tingkat dasar (SD/MI), dan lanjutan (SMP/MTs dan SMA/MA/SMK).

Kegiatan penjaringan selain untuk mengetahui secara dini masalah-masalah kesehatan anak sekolah sehingga dapat dilakukan tindakan secepatnya untuk mencegah keadaan yang lebih buruk, juga untuk memperoleh data atau informasi dalam menilai perkembangan kesehatan anak sekolah, maupun untuk dijadikan pertimbangan dalam menyusun perencanaan, pemantauan dan evaluasi kegiatan UKS.

Penjaringan kesehatan anak sekolah terutama untuk anak sekolah dasar merupakan salah satu Standar pelayanan Minimal (SPM) yang harus dilakukan tingkat kab/kota, artinya setiap puskesmas harus melaksanakan penjaringan.

Kegiatan penjaringan untuk Puskesmas di Kota Cirebon telah dilaksanakan dengan hasil sebagai berikut :

1. KEGIATAN PENJARINGAN KESEHATAN ANAK SEKOLAH DI SD dan SETINGKAT

- Jumlah murid kelas 1 SD setingkat tahun 2013
Jumlah laki-laki : 3.846 anak
Jumlah perempuan : 3.648 anak
Jumlah keseluruhan : 7.494 anak.
- Jumlah murid kelas 1 SD dan setingkat yang mendapat pelayanan kesehatan
Jumlah laki-laki : 3.542 anak (92.1%)
Jumlah perempuan : 3.332 anak (91.3 %)
Jumlah keseluruhan : 6.874 anak (96,6 %)

Berdasarkan data hasil penjarangan anak yang mendapat pelayanan kesehatan ternyata belum mencapai target SPM yaitu 100 %. Masih terlihat bahwa siswa SD laki-laki dari jumlah 7314 anak hanya 7080 anak yang mendapat pelayanan kesehatan (96,8 %), sebanyak 234 anak siswa laki-laki (3,2 %) tidak mendapat pelayanan kesehatan, sedangkan untuk siswa perempuan dari jumlah 7068 siswa hanya 6810 anak yang mendapat pelayanan kesehatan (96,3 %), sebanyak 258 siswa perempuan (3,7 %) tidak mendapat pelayanan kesehatan .

Berdasarkan analisa tersebut diatas bahwa baik siswa laki-laki maupun perempuan yang tidak mendapat pelayanan kesehatan kesehatan antara lain :

1. Pada saat pelayanan anak tidak masuk sekolah
2. Anak merasa takut untuk diperiksa sehingga anak benar-benar tidak bersedia tuk diperiksa
3. Pada saat pelayanan anak sakit.
4. Anak belum mengerti maksud dan tujuan pelayanan kesehatan.
5. Penyuluhan oleh petugas kurang
6. Pendekatan pada ibu siswa kurang
7. Tidak dilakukan pemeriksaan ulang oleh petugas bagi siswa yang tidak hadir
8. Guru UKS tidak merujuk ke puskesmas paska pelayanan kesehatan bagi siswa yang tidak mendpat pelayanan kesehatan.

Berdasarkan analisa tersebut diatas maka pemecahan masalahnya sbb :

1. Sebelumnya dilakukan penyuluhan tentang Penjaringan kesehatan maupun PHBS Sekolah.
2. Melakukan tehnik pendekatan pada siswa dan orangtuanya
3. Adanya kerjasama dengan Guru UKS untuk melakukan rujukan ke puskesmas bagi siswa yang belum mendapat pelayanan kesehatan.
4. Agar puskesmas melakukan pemeriksaan ulang di puskesmas bagi siswa yang belum dilayani kesehatannya.

Cakupan Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut

Salah satu indikator keberhasilan pembangunan kesehatan adalah meningkatnya UHH, meningkatnya populasi lansia, umumnya permasalahan lansia menyangkut masalah kesehatan, sosial, ekonomi dan budaya, proses penuaan terkait dengan meningkatnya penyakit degeneratif menjadi tua merupakan suatu keuntungan bukan suatu masalah.

Dalam pembinaan usia lanjut bertujuan meningkatkan derajat kesehatan dan mutu kehidupan untuk mencapai masa tua yang bahagia dan berdaya guna dalam kehidupan keluarga dan masyarakat sesuai dengan keberadaannya. Di Kota Cirebon sudah melaksanakan pembinaan dan pemantauan kesehatan serta pemeriksaan lansia di setiap posbindu dan puskesmas. Pada Tahun 2012 ada 221 posbindu dan puskesmas yang telah melaksanakan santun lansia sebanyak 3 puskesmas.

Sesuai dengan apa yang diamanatkan dalam dalam Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan pada pasal 19, bahwa kesehatan manusia usia lanjut diarahkan untuk memelihara, meningkatkan kesehatan dan kemampuannya agar tetap produktif, serta Pemerintah membantu penyelenggaraan upaya kesehatan lanjut untuk meningkatkan kualitas hidupnya secara optimal. Maka efektifitas dan efisiensi dalam pembinaan kesehatan usia lanjut perlu lebih ditingkatkan. Pada Tahun 2013 di Kota Cirebon sudah melaksanakan pembinaan dan pemantauan kesehatan serta pemeriksaan lansia di 228 posbindu serta 3 puskesmas yg telah melaksanakan santun lansia.

Cakupan pelayanan kesehatan usila Tahun 2013 yang mendapatkan pelayanan kesehatan dari jumlah 22.646 lansia yang mendapatkan pelayanan 7.102 lansia atau sekitar 31,36%. Pencapaian tersebut belum sesuai target SPM yaitu 70%, karena kurangnya partisipasi lansia yang menganggap jika datang ke posbindu adalah lansia yang mempunyai keluhan (sakit), mereka menganggap lansia yang tidak sakit tidak perlu datang ke posbindu.

Cakupan Pelayanan Gawat darurat level 1 Kota Cirebon

Rumah Sakit di Kota Cirebon berjumlah 10 (sepuluh) RS, Rumah Sakit Umum berjumlah 7 (tujuh), Rumah Sakit Khusus berjumlah 1 (satu) dan Rumah Sakit Bersalin 2 (dua). Masing-masing Rumah Sakit sudah mempunyai sarana Instalasi Gawat Darurat (IGD), dengan persyaratan Rumah Sakit level I. Berdasarkan Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang dimaksud dengan Pelayanan Gawat Darurat Level I adalah tempat pelayanan gawat darurat yang memiliki Dokter Umum *on site* 24 jam dengan kualifikasi GELS (*General Emergency Life Support*) dan atau ATLS (*Advance Trauma Life Support*) dan ACLS (*Advance Cardiac Life Support*), serta memiliki alat transportasi dan komunikasi.

Penanggulangan medik penderita gawat darurat dianggap berhasil berdasarkan kecepatan memberikan pertolongan yang memadai kepada penderita gawat darurat baik pada keadaan rutin sehari-hari atau sewaktu bencana. Keberhasilan penanggulangan penderita juga sangat tergantung kepada waktu tanggap, kecepatan yang tersedia serta kualitas pemberian pertolongan untuk menyelamatkan nyawa atau mencegah cacat sejak di tempat kejadian, dalam perjalanan hingga pertolongan rumah sakit.

Waktu tanggap (*Respon time*) pelayanan Rumah Sakit merupakan gabungan dari waktu tanggap saat pasien tiba didepan pintu rumah sakit sampai mendapat tanggapan dari petugas instalasi gawat darurat dan waktu pelayanan yang diperlukan pasien sampai selesai. Waktu tanggap pelayanan dapat dihitung dengan hitungan menit dan sangat dipengaruhi oleh berbagai hal baik mengenai jumlah tenaga maupun komponen-komponen lain yang mendukung sebagaimana persyaratan sarana pelayanan kegawat daruratan. Waktu tanggap dikatakan tepat waktu apabila waktu yang diperlukan tidak melebihi waktu rata-rata standar yang ada.

Salah satu indikator mutu pelayanan yang berupa waktu tanggap atau *respon time* sebagai indikator proses yaitu kelangsungan hidup atau jumlah kematian ≤ 48 jam di Rumah Sakit, semakin tinggi angka itu semakin jelek pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD) di Rumah Sakit.

Indikator Kinerja Pelayanan di Rumah Sakit.

Mutu pelayanan Rumah Sakit dapat dilihat dari indikator penilaian tingkat keberhasilan pelayanan di rumah sakit, biasanya dilihat dari berbagai segi yaitu tingkat pemanfaatan sarana, mutu dan tingkat efisiensi pelayanan. Beberapa indikator terkait dengan pelayanan kesehatan di rumah sakit antara lain pemanfaatan tempat tidur (*Bed Occupancy Rate/BOR*), rata-rata lama hari perawatan (*Length Of Stay/LOS*), rata-rata tempat tidur di pakai (*Bed Turn Over/BTO*), rata-rata selang waktu pemakaian tempat tidur (*Turn Over Internal/TOI*), persentase pasien keluar yang meninggal (*Gross Death Rate/GDR*) dan persentase pasien keluar yang meninggal ≥ 48 jam perawatan (*Net Death Rate/NDR*).

Angka pemanfaatan Tempat Tidur di rumah sakit (BOR) Kota Cirebon Tahun 2012 rata-rata sebesar 54.03% dan pada Tahun 2013 sebesar 56.58% terlihat adanya kenaikan sebesar 2,55%. Data Tahun 2013 diambil dari 10 RS dari Bulan Januari s/d Desember 2013 dengan mengadakan pertemuan serta pengisian format sesuai data yang diperlukan. Dari 10 RS baru ada 3 (tiga) RS yang termasuk memenuhi BOR ideal yaitu RSUD Gunung Jati 77,96%, RST Ciremai 74,27% dan RS Pelabuhan 64,71% yang lainnya 7 (tujuh) RS masih dibawah BOR ideal.

Tempat tidur yang ideal sekitar 60 – 85%, BOR yang masih rendah menunjukkan kurangnya pemanfaatan fasilitas perawatan rumah sakit oleh masyarakat. Angka BOR yang tinggi ($>85\%$) menunjukan tingkat pemanfaatan tempat tidur yang tinggi, sehingga perlu pengembangan RS/penambahan tempat tidur dan bagi RS dengan BOR rendah perlu ada kajian untuk mempertimbangkan pengurangan jumlah tempat tidur.

Pelayanan/Angka rata-rata lama perawatan rumah sakit (LOS) yang efisien berkisar pada nilai 6-9 hari. Di Kota Cirebon rata-rata LOS Tahun 2013 sebesar 1,2 hari,

dan pada Tahun 2012 sebesar 3,59 hari. Untuk mengukur efisiensi pelayanan rumah sakit, dilihat dari rata-rata lama perawatan Rumah Sakit di Kota Cirebon masih tetap dibawah kisaran nilai LOS kurang dari 6 hari.

Angka Kematian Kasar (GDR) sebagai indikator untuk mengetahui mutu pelayanan/perawatan rumah sakit, rata-rata GDR Rumah Sakit pada Tahun 2012 sebesar 4.68 %, dan Tahun 2013 sebesar 4.4% angka kematian kasar mengalami penurunan 0.28%. Dilihat dari angka GDR yang tertinggi di Rumah Sakit Kota Cirebon adalah RSUD Gunung Jati sebesar 69,4 %0, angka tersebut diatas batas maksimum kematian kasar sebesar 45%0.

Mutu pelayanan Rumah Sakit dapat dilihat dari indikator *Net Death Rate* (NDR) atau Angka Kematian ≥ 48 jam di Rumah Sakit. Angka Kematian ≥ 48 jam di Rumah Sakit pada Tahun 2012 sebesar 2.3% sedangkan pada Tahun 2013 sebesar 2.2%.

Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut

Visi Millenium Development Goal's 2015, menjelaskan bahwa kesehatan gigi adalah bagian integral dari kesehatan manusia seutuhnya. Penyakit gigi dan mulut dapat menyerang semua unsur dan bersifat kronis dengan masa laten yang panjang. Efek penyakit gigi cukup luas, menurut Cushing, dkk (1986) dalam Kent (2005) menemukan bahwa 26% orang dewasa mengalami sakit gigi, 20% memiliki kesulitan makan dan 15% mengalami masalah dalam komunikasi. Ketidak nyamanan tersebut dapat menyebabkan ketidak mampuan atau kecacatan yang besar pada seorang pasien.

Petugas kesehatan yang hanya memberikan pelayanan atas dasar keluhan pasiennya, maka biasanya pasien yang datang berkunjung dalam kondisi penyakit yang sudah lanjut sehingga berakibat dalam penanganannya akan menjadi lebih kompleks dan mahal (Blinkhorn, dkk 1983 dalam Kent 2005). Oleh karena itu perlu di lakukan strategi pemeliharaan kesehatan gigi yang komprehensif dan berkesinambungan melalui program pelayanan kesehatan gigi yang terintegrasi dengan program terkait lainnya (Suparmanto, 2004).

Pelayanan medik gigi dasar meliputi tindakan tumpatan gigi tetap, pencabutan gigi tetap dan pembuangan karang gigi (scalling). Tingkat keberhasilan program upaya kesehatan gigi dan mulut terutama pelayanan medik gigi dasar salah satunya dengan melihat perbandingan antara tumpatan gigi tetap dan pencabutan gigi tetap dengan rasio 1:1 sesuai dengan target yang telah ditetapkan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Berdasarkan data tahun 2013, jumlah tumpatan gigi tetap sebanyak 6593 tindakan sedangkan pencabutan gigi tetap sebanyak 5377 tindakan (Rasio 6593 : 5377). Artinya tumpatan gigi tetap 1,2 lebih banyak daripada pencabutan gigi tetap.

Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat sudah cukup memperhatikan kesehatan gigi mereka. Selain itu, motivasi masyarakat dalam mempertahankan giginya semakin baik. Jumlah pencabutan gigi tetap mengalami penurunan dari tahun sebelumnya dari 6950 tindakan menjadi 5377 tindakan di tahun 2013. Hal ini pertanda baik dan diharapkan di tahun-tahun mendatang jumlah pencabutan gigi tetap trennya semakin menurun sedangkan tren penumpatan gigi tetap semakin meningkat, walaupun masih terdapat beberapa puskesmas yang jumlah pencabutan gigi nya lebih banyak dari pada tumpatan gigi.

Usaha pencegahan terhadap penyakit atau kelainan gigi dan mulut sebenarnya telah mendapat banyak perhatian di Indonesia. Penyuluhan harus semakin digalakkan tidak saja tentang pentingnya mempertahankan kesehatan gigi dan mulut, tetapi juga tentang pentingnya pengaruh makanan terhadap fungsi dan pertumbuhan gigi serta rahang. Kenyataannya banyak masyarakat yang kurang sadar dengan kesehatan gigi dan mulut serta pentingnya menjaga keutuhan gigi sebagai harta yang tak ternilai harganya.

Kegiatan Penyuluhan Kesehatan.

Hasil kegiatan Penyuluhan Kesehatan Masyarakat di Kota Cirebon Tahun 2013 meliputi :

1. Penyuluhan kelompok yang telah dilaksanakan oleh 22 Puskesmas selama Tahun 2013 sebanyak 3.290 kali. Hal ini meningkat bila dibandingkan dengan Tahun 2012 sejumlah 3.145 kali. Hal ini dikarenakan frekuensi penyuluhan yang lebih sering oleh tenaga penyuluh puskesmas juga didukung dengan manajemen pencatatan dan pelaporan yang semakin baik.

2. Penyuluhan Massa, meliputi penyuluhan dengan media elektronik (radio dan televisi lokal) dan langsung. Jumlah penyuluhan massa yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Cirebon untuk Tahun 2013 sebanyak 6.188 kali . Bila dibandingkan dengan Tahun 2012 terjadi peningkatan menunjukkan bahwa peran promosi kesehatan semakin baik..

4.2 Akses dan Mutu Pelayanan

Cakupan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan untuk masyarakat miskin Kota Cirebon bersumber dari dana APBN dan APBD baik APBD I Provinsi Jawa Barat maupun APBD II Pemerintah Kota Cirebon. Pemerintah Kota Cirebon mengalokasikan dana pembiayaan kesehatan untuk masyarakat miskin Tahun 2013 sebesar Rp. 19.000.000.000,- ada kenaikan 241,35% dibanding Tahun 2012 sebesar Rp. 7.872.130.000,-. Adapun penyerapan sampai akhir Tahun 2013 sebesar Rp.13.854.210.886,- atau 72,92% dengan jumlah pasien yang terlayani sebanyak 43.159 orang.

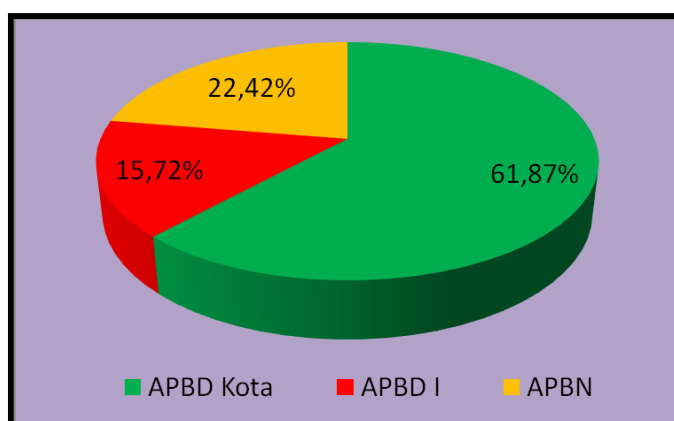
APBD I Provinsi Jawa Barat melalui Dana Bantuan Gubernur mengalokasikan pembiayaan kesehatan untuk masyarakat miskin Kota Cirebon di Luar Kuota Jamkesmas Tahun 2013 sebesar Rp. 2.000.000.000,- dan seluruh dana tersebut dapat terserap 100 %. Dana Bantuan Gubernur diperuntukan membayar Tagihan dari Rumah Sakit Gunung Jati, RS Hasan Sadikin Bandung, RS Jantung Harapan Kita, RS Marzoeqi Mahdi dan RS Mata Cicendo Bandung dengan pasien yang terlayani sebanyak 245 pasien untuk Rawat Inap dan 2.678 orang untuk Rawat Jalan.

Anggaran bersumber dana APBN dialokasikan untuk peserta Jamkesmas baik di pelayanan dasar maupun di pelayanan rujukan. Untuk Tahun 2013 seperti tahun sebelumnya Pemerintah melakukan pengembangan program Jamkesmas melalui program Jaminan Persalinan (Jampersal) yang pengalokasiannya terintegrasi dengan pembiayaan Jamkesmas.

Untuk pelayanan kesehatan dasar Jamkesmas dan Pelayanan Persalinan (Jampersal) dengan total alokasi anggaran sebesar Rp. 3.351.474.000,-. Pemanfaatan dana

Jamkesmas di Pelayanan Kesehatan Dasar dan Pelayanan Persalinan (Jampersal) Tahun 2013 adalah Rp. 2.515.116.000,- atau 75,04%. Penyerapan pelayanan kesehatan dasar sebesar Rp.948.386.000,- dan penyerapan pelayanan Jampersal Rp. 1.566.730.000,- dengan jumlah total saldo sebesar Rp. 836.358.000,-. Berikut gambaran Jaminan Kesehatan Kota Cirebon Tahun 2013:

Grafik 4.7
Proporsi Biaya Jaminan kesehatan Kota Cirebon Tahun 2013



Sumber : Bidang jaminan dan Sarana Kesehatan

Sedangkan untuk pelayanan kesehatan rujukan diluncurkan langsung ke fasilitas kesehatan yang ada kerjasama Jamkesmas yaitu ; Rumah Sakit Gunung Jati, RS Tentara Ciremai, RS Budi Luhur, RS Pelabuhan, RS Putera Bahagia, RS Budi Asta, RS Sumber Kasih, RS Bersalin Muhammadiyah, RS Bedah Medimas, Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM). Pemanfaatan Dana Jamkesmas untuk pelayanan kesehatan rujukan di Rumah Sakit Swasta tidak ada sama sekali 0% karena selisih biaya antara tarif Jamkesmas INA CBGs dengan tarif Rumah Sakit terlalu merugi dari pihak Rumah Sakit.

Dari penjelasan di atas maka total pembiayaan kesehatan untuk masyarakat miskin yang ada di Kota Cirebon bersumber dana APBD Provinsi dan APBD Kota Cirebon pada Tahun 2013 adalah Rp. 21.000.000.000 dengan realisasi penyerapan anggaran sebesar Rp.15.854.210.886 atau 75,5%. Ada penurunan penyerapan dari tahun sebelumnya karena sistem pembayaran dengan pembiayaan paket INA CBGs dalam satu bulan tidak bisa dipilah karena terkait pembayaran bulan berikutnya.

Pembiayaan Kesehatan

Penduduk Kota Cirebon yang mengunjungi puskesmas dan mendapat pelayanan kesehatan ada yang mendapat jaminan Pemeliharaan Kesehatan pra bayar, salah satunya Askes. Pada Tahun 2013 jumlah peserta Askes rata-rata per bulan sebanyak 33.412 peserta. Peserta Jamsostek Tahun 2012 sebanyak 4.658 sedangkan Tahun 2013 sebanyak 4.716, mengalami kenaikan kepesertaan sebesar 1%. Penduduk Kota Cirebon sejumlah 369.355 (56,14%) terlindungi jaminan kesehatannya. Dan cakupan terbanyak adalah perlindungan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin Kota Cirebon sebanyak 44,81% (169.238 jiwa) dari jumlah total penduduk Kota Cirebon yang terdiri dari peserta Jamkesmas dan peserta lainnya di luar kuota Jamkesmas (Kartu Cirebon Menuju Sejahtera/SKTM). Dari seluruh jumlah masyarakat miskin Kota Cirebon hanya 60,68% yang memiliki kartu kepesertaan yaitu peserta Jamkesmas. Meskipun Kota Cirebon memiliki data peserta Jamkesda (KCMS), prediksi secara kasar data kepesertaannya 39,31% memiliki kartu.

Kunjungan Jamkesmas Tahun 2012 sebanyak 129.788 orang untuk pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dan 11 kunjungan untuk Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP) di pelayanan dasar. Sedangkan pada Tahun 2013 sebanyak kunjungan di RJTP sebanyak 174.308 orang tidak ada kunjungan di RITP. Kenaikan jumlah kunjungan tersebut kemungkinan angka kesakitan di masyarakat meningkat atau tingkat kepercayaan masyarakat terhadap puskesmas bertambah sehingga masyarakat memanfaatkan pelayanan di Puskesmas.

Cakupan rawat jalan masyarakat miskin di pelayanan kesehatan dasar adalah peserta yang memiliki kartu Jamkesmas karena peserta SKTM penjaminannya hanya untuk pelayanan kesehatan lanjutan. Pelayanan pasien rawat inap hanya dilayani di puskesmas yang memiliki fasilitas pelayanan PONEID yaitu Puskesmas Gunung Sari, Puskesmas Sitopeng, Puskesmas Pegambiran, Puskesmas Cangkol, dan Puskesmas Pamitran. Puskesmas yang melayani Persalinan Normal yakni Puskesmas Astanagarib, Puskesmas Majasem, Puskesmas Kalitanjung dan Puskesmas Nelayan.

Cakupan berdasarkan pembiayaan untuk pelayanan Jamkesda / SKTM di pelayanan tingkat lanjut Tahun 2013 adalah 43.159 pasien dengan rincian pasien rawat jalan sebanyak 40.876 orang dan rawat inap sebanyak 2.283 orang dibanding Tahun 2012

sebanyak 13.957 orang. Pelayanan tersebut dilaksanakan di rumah sakit yang ada di Kota Cirebon atau di luar Kota Cirebon yang telah ada kerjasama dengan Dinas Kesehatan Kota Cirebon.

Jumlah Kunjungan Jiwa di sarana Kesehatan

Pada tahun 2013 kunjungan kasus gangguan jiwa sebanyak 1450 orang (0.20%) yang terdiri dari 699 orang laki-laki (48.21%) dan 751 orang perempuan (51.79%). Kunjungan ini meningkat dari tahun sebelumnya yaitu 916 (0,12%) kasus gangguan jiwa.

Jumlah kunjungan yang meningkat tersebut belum pasti menunjukkan bahwa jumlah penderita nya meningkat. Akan tetapi terdapat beberapa faktor yang menjadi penyebabnya seperti kunjungan pasien yang hanya berkunjung untuk meminta rujukan saja. Oleh karena itu sangat diperlukan komunikasi terapeutik yang dilakukan baik itu dari dokter puskesmas, perawat pemegang program jiwa maupun tenaga kesehatan yang berkompeten. Komunikasi tersebut akan membuat penanganan masalah kesehatan jiwa lebih baik, hanya saja permasalahan jumlah dan kompetensi tenaga kesehatan belum optimal.

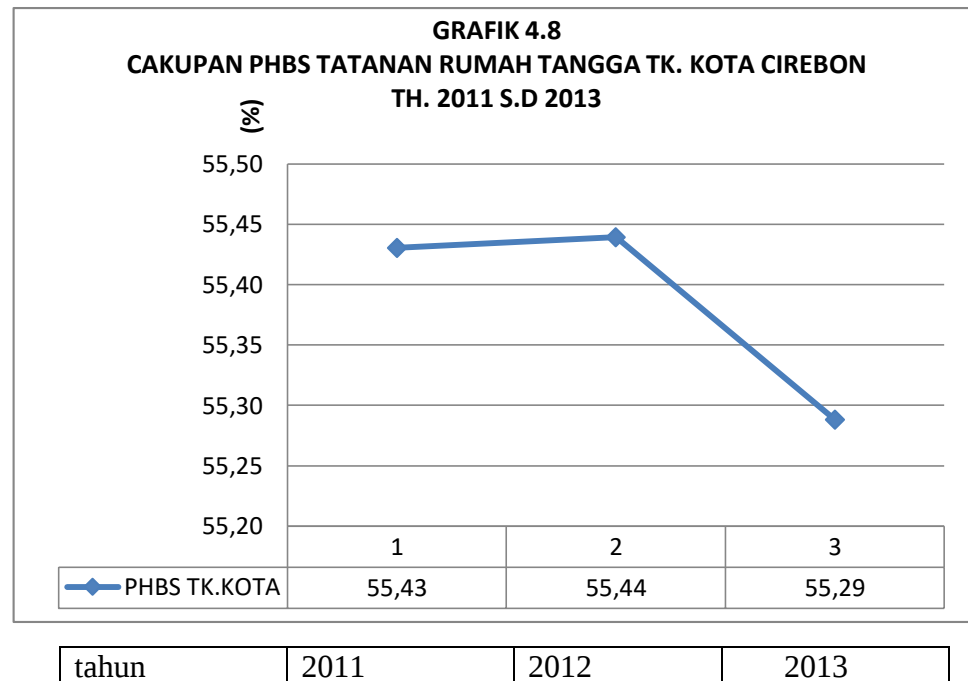
Masalah kesehatan jiwa tidak menyebabkan kematian secara langsung, namun akan menyebabkan penderitaan berkepanjangan baik bagi individu, keluarga, masyarakat dan negara karena penderitanya menjadi tidak produktif dan bergantung pada orang lain.

Masalah kesehatan jiwa juga menimbulkan dampak sosial antara lain meningkatnya angka kekerasan, kriminalitas, bunuh diri, penganiayaan anak, perceraian, kenakalan remaja, penyalahgunaan zat, HIV/ AIDS, perjudian, pengangguran dan lain-lain. Oleh karena itu masalah kesehatan jiwa perlu ditangani secara serius.

4.3 Perilaku Hidup Masyarakat

Persentase Rumah Tangga Ber-PHBS.

Hasil cakupan PHBS Tatanan Rumah Tangga



Dari Grafik diatas dapat dilihat bahwa terjadi penurunan cakupan PHBS tatanan rumah tangga sebesar 0,15 % hal ini disebabkan beberapa hal :

1. Adanya pengkajian yang kurang optimal karena adanya kader dan petugas promkes yang baru sehingga perlu dilakukan refresing kembali untuk peningkatan pengetahuan dan ketrampilan pelaksana baik kader maupun petugas tentang Pengkajian PHBS Tatanan Rumah Tangga.
2. Adanya fluktuasi perilaku masyarakat karena kurangnya kemauan, kesadaran dan pengetahuan tentang pentingnya PHBS tatanan Rumah Tangga, sehingga perlu penguatan penyuluhan tentang pentingnya PHBS tatanan Rumah Tangga untuk menguatkan kemauan, kesadaran dan pengetahuan masyarakat tentang pentingnya PHBS tatanan Rumah Tangga, secara rutin dan berkesinambungan karena perubahan perilaku masyarakat membutuhkan waktu proses.

4.4 Keadaan Lingkungan

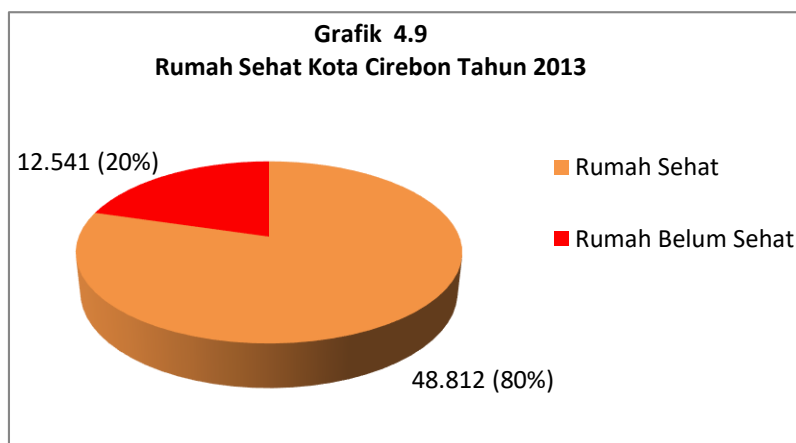
Rumah Sehat

Rumah adalah bangunan yang berfungsi sebagai tempat tinggal atau hunian yang digunakan untuk berlindung dari gangguan iklim dan makhluk hidup lainnya serta tempat pengembangan kehidupan keluarga. Rumah merupakan kebutuhan pokok manusia, keadaan rumah sangat berpengaruh pada perkembangan dan kesehatan penghuninya, sehingga dalam penyediaan rumah harus sesuai dengan kebutuhan dan memenuhi syarat kesehatan agar rumah tidak menimbulkan dampak kesehatan terhadap penghuninya. Dengan rumah yang sehat maka dapat meningkatkan aktifitas dan produktifitas bagi penghuninya. Secara umum rumah dapat dikatakan sehat apabila memenuhi kriteria sebagai berikut :

1. Memenuhi kebutuhan fisiologis : pencahayaan, penghawaan, ruang gerak cukup, bebas kebisingan
2. Memenuhi kebutuhan psikologis : privacy cukup, komunikasi sehat antar penghuni rumah
3. Memenuhi persyaratan pencegahan penularan penyakit : PAB, PTAL, bebas vektor penyakit dan tikus, kepadatan hunian, cukup sinar matahari pagi, pengamanan makanan, penghawaan dan pencahayaan.
4. Memenuhi persyaratan pencegahan kecelakaan : persyaratan sempadan jalan, konstruksi kuat, tidak mudah terbakar .

Tahun 2013 di Kota Cirebon jumlah rumah yang ada sebanyak 61.353 rumah. Dari 13.071 rumah yang dibina pada tahun 2013, sebanyak 1.699 rumah yang memenuhi syarat. Sehingga jumlah rumah yang memenuhi syarat (rumah sehat) seluruhnya sebanyak 48.812 (79,56%). Dan masih terdapat 12.541 (20,44%) rumah lagi yang belum memenuhi syarat.

Target rumah sehat yang harus tercapai pada Tahun 2013 adalah 73%. Hal ini berarti sudah melampaui target rumah sehat. Apabila hasil tersebut dibandingkan dengan Tahun 2012 (79,49%) maka terdapat kenaikan sebesar 0,07%. Berikut hasil pemantauan rumah sehat kota Cirebon Tahun 2013.



Akses Air Minum

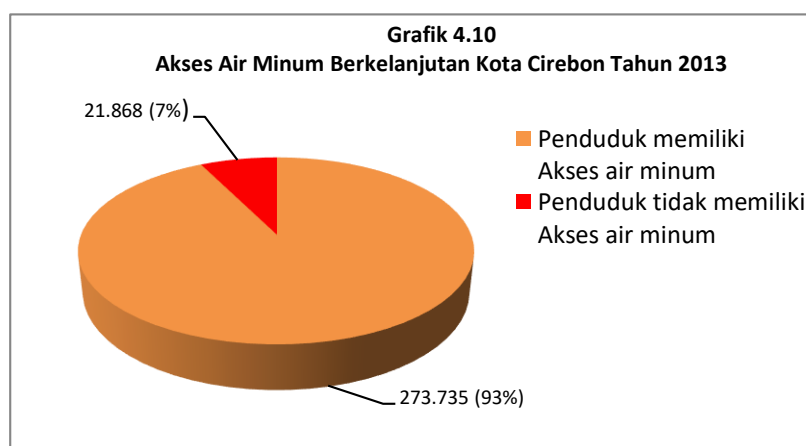
Air merupakan kebutuhan pokok bagi makhluk hidup termasuk manusia. Keberadaan air baik kualitas maupun kuantitas akan berpengaruh pada kehidupan manusia. Air bersih yang memenuhi syarat kesehatan adalah air yang memenuhi syarat kesehatan baik fisik, kimia, maupun bakteriologi. Air bersih juga harus memenuhi kebutuhan manusia secara kuantitas dan berkelanjutan.

Dinas Kesehatan melakukan pengawasan kualitas air bersih agar air yang dikonsumsi masyarakat memenuhi syarat kesehatan. Pengawasan kualitas air bersih bertujuan agar masyarakat terhindar dari gangguan penyakit bersumber/berperantara air (Water Born Diseases). Pengawasan kualitas air meliputi inspeksi sanitasi sarana air bersih, pengambilan dan pemeriksaan sampel air bersih serta melakukan tindak lanjut. Inspeksi sanitasi terhadap sarana air bersih dilakukan untuk mengetahui risiko pencemaran rendah, sedang, tinggi atau amat tinggi. Sarana air bersih yang mempunyai risiko pencemaran rendah dan sedang dilakukan tindak lanjut dengan pengambilan sampel air, sedangkan untuk risiko pencemaran tinggi dan amat tinggi dilakukan perbaikan fisik sarana air bersih atau perbaikan kualitas air.

Jumlah penyelenggara air minum di Kota Cirebon sebanyak 1 (satu) yaitu PDAM Kota Cirebon. Pengawasan kualitas air PDAM tersebut pada tahun 2013 dilakukan dengan pengambilan sampel air sebanyak 286 sampel. Dari hasil pemeriksaan laboratorium secara bakteriologis 278 sampel (97,20%) memenuhi syarat kesehatan. Jumlah penduduk yang memiliki akses air minum berkelanjutan pada Tahun 2013 sebanyak 273.735 jiwa (92,60%) yang bersumber dari PDAM, sumur gali terlindung,

sumur gali dengan pompa, sumur bor dengan pompa dan mata air terlindung. Akses air minum terbanyak berasal dari PDAM (air ledeng) sebanyak 216.750 jiwa. Kelurahan dengan akses air minum yang terendah adalah kelurahan Argasunya yaitu 59,80%.

Target akses air bersih tahun 2013 adalah 86%, sedangkan capaian sudah 92,60%. Hal ini berarti sudah melebihi target diharapkan. Namun demikian sumber air ledeng yang ada di Kota Cirebon kuantitas dan kontinuitasnya masih kurang karena ada beberapa daerah pada siang hari air ledeng tidak mengalir sehingga masyarakat untuk memenuhi kebutuhan air bersih dengan membeli air.

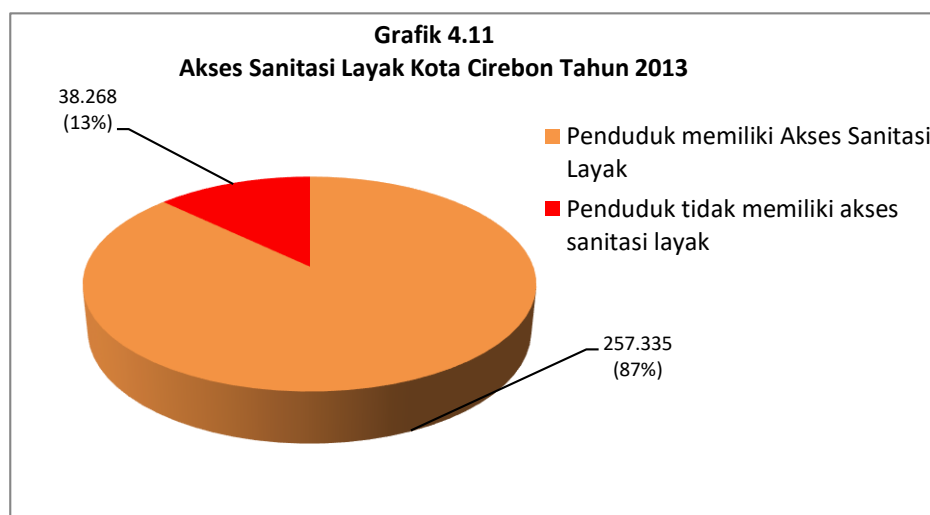


Sarana Sanitasi Dasar

Sanitasi yang layak (jamban sehat) adalah salah satu faktor yang penting untuk mengendalikan kasus dan kematian karena diare. Sanitasi yang layak diantaranya leher angsa, plengsengan, cemplung, dan komunal. Fasilitas sanitasi yang layak (jamban sehat) adalah fasilitas sanitasi yang memenuhi syarat kesehatan antara lain dilengkapi dengan leher angsa, tanki septik (septic tank)/Sistem Pengolahan Air Limbah (SPAL), yang digunakan sendiri atau bersama. Jamban leher angsa adalah jamban yang memiliki kloset bersih (tidak ada sisa tinja), septik tank kedap air, resapan jauh dari sumber air > 10 m. Jamban plengsengan / cemplung adalah jamban dengan tempat jongkok kuat dan tertutup, tempat penampungan tinja tidak mencemari sumber air (>10M) dan tidak dapat dijangkau oleh vector/serangga, tikus, unggas, binatang, dll.

Jumlah penduduk yang memiliki akses sanitasi layak pada tahun 2013 sebanyak 257.335 jiwa (87,05%) dengan kelurahan yang rendah akses sanitasinya adalah kelurahan Pekalangan (66,76%) dan Argasunya (69,82%). Jumlah kelurahan yang melaksanakan STBM (pemicuan) sebanyak 22 kelurahan (100%), tetapi belum ada satupun kelurahan ODF/Kelurahan Stop Buang Air Besar Sembarangan (0%). Jika dibandingkan dengan target jamban sehat tahun 2013 (78%) maka sudah jauh melampaui (10%).

Permasalahan yang dihadapi dalam membuat jamban di perkotaan adalah keterbatasan lahan yang dimiliki sehingga sering berdekatan dengan sumber air karena rumah yang berdempet. Untuk menghindari pencemaran maka penampungan tinja harus kedap air. Selain itu juga masih ada anggapan masyarakat bahwa buangan akhir ke sungai masih memenuhi syarat sehingga tidak membuat septictank .

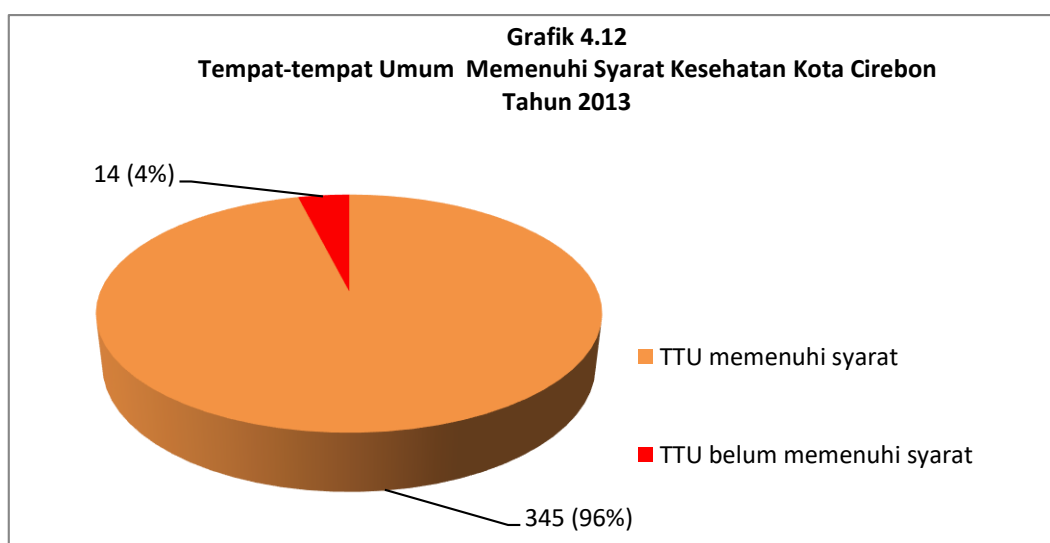


Tempat-tempat Umum (TTU)

Tempat-tempat Umum (TTU) adalah tempat atau sarana yang diselenggarakan pemerintah/swasta atau perorangan yang digunakan untuk kegiatan bagi masyarakat yang meliputi: sarana kesehatan (rumah sakit, puskesmas), sarana sekolah (SD/MI, SLTP/MTs, SLTA/MA), dan hotel (bintang dan non bintang). Sedangkan tempat-tempat umum yang sehat adalah tempat-tempat umum yang memenuhi standar berdasarkan peraturan

perundangan yang berlaku. Pada tahun 2013 ini yang termasuk tempat-tempat umum yaitu sarana pendidikan, sarana kesehatan dan hotel.

Pada tahun 2013, jumlah sarana pendidikan yang memenuhi syarat yaitu SD 97,2%, SLTP 97,6% dan SLTA 100%. Sedangkan sarana kesehatan yang memenuhi syarat yaitu Puskesmas 100% dan rumah sakit 88,9%. Tempat-tempat umum berupa hotel bintang seluruhnya memenuhi syarat (100%) dan hotel non bintang sebanyak 81,6% memenuhi syarat. Sehingga total tempat-tempat umum yang memenuhi syarat sebanyak 345 (96,10%) dari 359 TTU.



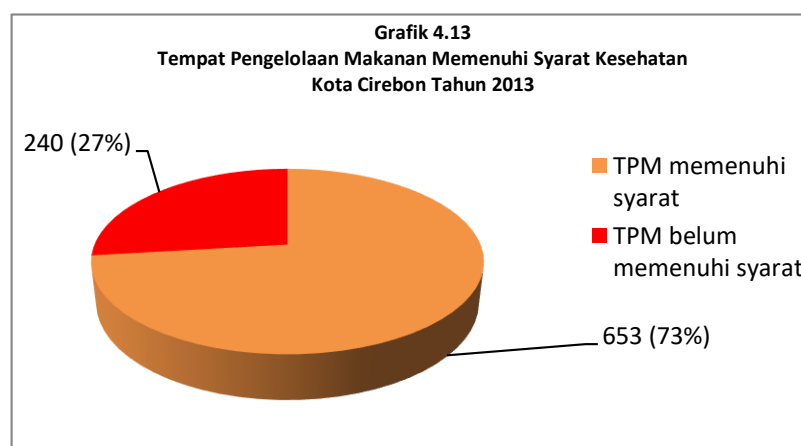
Tempat Pengelolaan Makanan (TPM)

Tempat Pengelolaan Makanan (TPM) adalah tempat usaha pengelolaan makanan yang meliputi jasa boga atau catering, rumah makan dan restoran, depot air minum, kantin, dan makanan jajanan.

TPM memenuhi syarat higiene sanitasi adalah TPM yang memenuhi persyaratan higiene sanitasi berdasarkan hasil inspeksi sanitasi dengan bukti dikeluarkannya sertifikat laik higiene sanitasi.

Hasil pemantauan pada tahun 2013 jumlah TPM yang ada sebanyak 893 TPM, dan sebanyak 73,12% (653) diantaranya memenuhi syarat dengan rincian jasad boga sebanyak 44 (5%), rumah makan/restoran 127 (14%), depot air minum 99 (11%), makanan jajanan 383 (43%). Sedangkan TPM yang tidak memenuhi syarat sebanyak 240

(26,88%) dengan rincian jasaboga 15 (2%), rumah makan/restoran 24 (3%), depot air minum 25 (3%), dan makanan jajanan 176 (20%). Jumlah TPM yang dibina sebanyak 195 (81,25%), sedangkan yang diuji petik sebanyak 544 (83,31%).



Bab 5

Situasi Sumber Daya Kesehatan

Sumber daya kesehatan merupakan tatanan yang menghimpun berbagai upaya perencanaan, pendidikan, dan pelatihan, serta pendayagunaan tenaga kesehatan secara terpadu dan saling mendukung guna mencapai derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Tenaga kesehatan adalah semua orang yang bekerja secara aktif dan profesional di bidang kesehatan, berpendidikan formal kesehatan atau tidak yang untuk jenis tertentu memerlukan upaya kesehatan.

5.1. Sarana Kesehatan

Ketersediaan Obat menurut Jenis Obat.

Pengelolaan obat publik dan perbekalan kesehatan pada pelayanan kesehatan dasar, di arahkan pada jenis obat yang ada di Formularium Nasional dan Daftar Obat Essensial Nasional (DOEN) Pelayanan Kesehatan Dasar untuk menyamakan gerak dan langkah dalam menjamin ketersediaan obat yang bermutu dan sesuai dengan pola penyakit, agar tercapai tujuan pelayanan kesehatan yang optimal.

Obat yang disediakan untuk pelayanan Kesehatan di Puskesmas harus sesuai dengan kebutuhan populasi, berarti jumlah (Kuantum) obat yang tersedia di gudang minimal harus sama dengan stok selama waktu tunggu kedatangan Obat. Jumlah (kuantum) obat yang tersedia di puskesmas untuk pelayanan kesehatan di wilayah puskesmas dibagi dengan Jumlah (kuadran), minimal sama dengan waktu tunggu kedatangan obat dibagi dengan jumlah semua jenis obat yang tersedia di puskesmas. Obat yang disediakan untuk pelayanan kesehatan di kota harus sesuai dengan kebutuhan populasi, berarti jumlah (kuantum) obat yang tersedia di gudang minimal harus sama dengan stok selama waktu tunggu kedatangan obat.

Pengadaan obat dan perbekalan kesehatan mulai tahun 2013 menggunakan sistem e-purchasing dengan harga e-katalog. Obat yang diadakan umumnya adalah obat generik berlogo untuk pelayanan kesehatan dasar.

Sumber anggaran yang didapat dari penyediaan obat dan perbekalan Kesehatan tahun 2013, yaitu :

1. APBD Kota Cirebon
2. Dana Alokasi Khusus (DAK)
3. Buffer Stok Propinsi
4. Asuransi Kesehatan (ASKES)
5. Program KIA dan Pemberantasan Penyakit Menular

Di UPTD farmasi pada Tahun 2013 terdapat 227 jenis obat dengan persentase tingkat kecukupan sebagai berikut:

1. Terdapat 46 jenis obat dengan tingkat kecukupan s/d 100%.
2. Terdapat 181 jenis obat dengan tingkat kecukupan lebih dari 100%.

Pemantauan penulisan resep obat generik di sarana pelayanan kesehatan dasar (puskesmas) pada tahun 2013 mencapai angka rata-rata 94 %. Persentase ketersediaan obat generik 89,43%, sedangkan persentase ketersediaan obat esensial mencapai 85,46%.

Pengadaan Obat dan Perbekalan Kesehatan tahun 2013 sebanyak 227 item, meningkat dari tahun 2012 yang hanya 203 item. Namun Obat dan vaksin yang sangat dibutuhkan berdasarkan format laporan ketersediaan propinsi sebanyak 144 item. Adapun rincian obat yang sangat dibutuhkan berdasarkan tingkat kecukupan bulan, sebagai berikut :

1. Tingkat kecukupan sampai dengan 18 bulan sebanyak 40 jenis obat
2. Tingkat kecukupan obat kurang dari 12 bulan sebanyak 42 jenis obat
3. Obat yang kurang dibutuhkan dan tidak tersedia sebanyak 62 jenis obat

Grafik 5.1

Grafik 5.1

Ketersediaan Obat Kota Cirebon Tahun 2013



Sumber : UPTD Farmasi Kota Cirebon

Berdasarkan data diatas maka obat yang tersedia di UPTD Farmasi Kota Cirebon, pada dasarnya semua jenis obat telah memenuhi tingkat kecukupan dalam kurun waktu 1 Tahun (12 Bulan).

Sarana Pelayanan Kesehatan dengan Kemampuan Labkes dan Memiliki 4 Spesialis Dasar.

Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di Kota Cirebon setiap tahunnya selalu bergerak dinamis yang artinya jumlah fasilitas pelayanan kesehatan setiap tahunnya tidak pernah berjumlah sama. Hal ini disebabkan karena kondisi keberadaan fasilitas sarana kesehatan sangat bergantung pada kondisi keuangan dan sumber daya manusia kesehatan yang ada pada fasilitas pelayanan kesehatan yang bersangkutan.

Hingga bulan Desember tahun 2013, terhitung ada 91 apotik, 36 toko obat, 13 klinik terdiri dari 5 klinik Pratama, 1 klinik Utama, dan 7 klinik Estetika. Sedangkan laboratorium mandiri ada 12 laboratorium.

Jumlah rumah sakit ada 10 rumah sakit yang terdiri dari 2 rumah sakit khusus bersalin, 1 rumah sakit khusus bedah, 7 rumah sakit umum. Rumah sakit yang telah melaksanakan penetapan kelas sudah 7 rumah sakit dan 2 rumah sakit dalam proses di Kementerian Kesehatan. Sampai saat ini belum ada rumah sakit yang melaksanakan akreditasi rumah sakit dengan menggunakan instrument JCI (Joint Committee

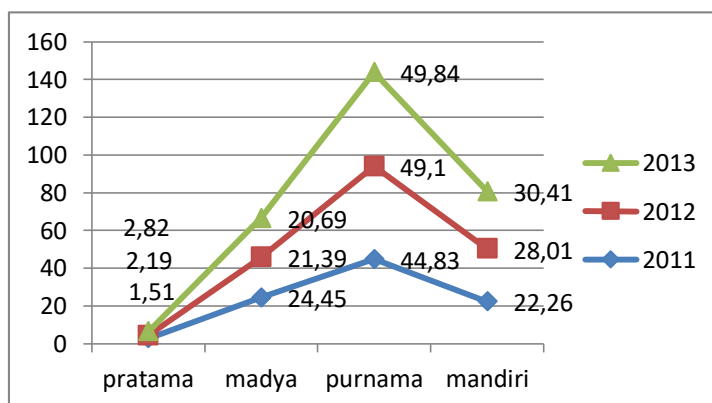
International). UPTD Puskesmas yang ada di Kota Cirebon ada 22 UPTD, 21 UPTD sudah melaksanakan proses akreditasi Puskesmas dengan pelaksanaan penilaian oleh Provinsi Jawa Barat. Yang telah lulus akreditasi dan mendapatkan sertifikasi akreditasi Puskesmas ada 7 UPTD Puskesmas. Jumlah sarana kesehatan di Kota Cirebon yang memiliki Laboratorium kesehatan dan 4 spesialis dasar yaitu : dari 10 Rumah Sakit yang ada, 6 Rumah Sakit mempunyai Laboratorium Kesehatan dan 4 Rumah Sakit yang memiliki 4 spesialis dasar.

Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat (UKBM).

Salah satu bentuk UKBM yang ada di masyarakat adalah Posyandu. Di Kota Cirebon jumlah Posyandu Tahun 2013 sebanyak 329 Posyandu. Hasil strata Posyandu menunjukkan Purnama - mandiri sebanyak 256 Posyandu pencapaian 77,11 % target 70 %, ini menunjukkan Kota Cirebon telah mencapai target .

UKBM-UKBM lain yang masih aktif di masyarakat adalah : Posbindu Lansia, Kampung siaga aktif dan PHBS Rumah Tangga dan lain-lain. Berikut gambaran strata posyandu di Kota Cirebon

Grafik : 5.2
Hasil cakupan Strata Posyandu Di Kota Cirebon
Tahun 2011 s.d Tahun 2013



Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa terjadi kenaikan strata posyandu di tahun 2013, hal ini merupakan hasil peningkatan koordinasi pembinaan POSYANDU antar lintas program dan lintas sektor dengan stimulant adanya lomba POSYANDU yang memacu semangat setiap POSYANDU untuk selalu membenahi diri meningkatkan strata Posyandunya

5.2 Tenaga Kesehatan

Pola tenaga kesehatan sesuai dengan Peraturan Pemerintah RI Nomor 32 tahun 1996 tentang kesehatan adalah sebagai berikut :

1. Tenaga medis (meliputi dokter dan dokter gigi)
2. Tenaga keperawatan (meliputi perawatan dan bidan)
3. Tenaga kefarmasian (meliputi apoteker, analisis farmasi dan asisten apoteker);
4. Tenaga kesehatan masyarakat (meliputi epidemiolog kesehatan, entomolog kesehatan, mikrobiologi kesehatan, penyuluhan kesehatan, administrator kesehatan dan sanitarian);
5. Tenaga Gizi (meliputi nutrisionis dan dietisien);
6. Tenaga keterampilan fisik (meliputi fisioterapis, okuterapis dan terapis wicara);
7. Tenaga keteknisan medis (meliputi radiografer, radioterapis, teknisi gigi, teknisi elektromedis, analis kesehatan, refraksionis optisien, otorik prostetik, teknisi transfusi, dan perekam medis).

Pada Tahun 2013, jumlah tenaga kesehatan di Kota Cirebon sebanyak 1.992 orang yang bekerja di UPTD Kesehatan (Puskesmas, Labkesda, Kesehatan Khusus dan Farmasi) 25,1% atau 500 orang, Rumah Sakit 71,39 % atau 1422 orang, Institusi Diklat / Diknakes 0,15 % atau 3 orang, Sarana Kesehatan Lainnya (seperti KP4, KKP, PMI) 1,05 % atau 21 orang dan di Dinas Kesehatan 2,31 % atau 46 orang. Tenaga kesehatan yang ada di Kota Cirebon menurut unit kerja dapat dilihat pada tabel 5.1 berikut :

Tabel 5.3
Persebaran Tenaga Kesehatan Menurut Unit Kerja
di Kota Cirebon Tahun 2013

No	Tenaga Kesehatan	UPTD Kesehatan	Rumah Sakit	Institusi Diknakes	Sarana Kesehatan Lain	Dinkes Kota
1.	Medis	81	184	0	0	2
2.	Keperawatan	298	949	0	0	26
3.	Kefarmasian	39	118	0	0	4
4.	Gizi	19	33	0	0	1
5.	Keterampilan Fisik	0	18	0	2	0
6.	Keteknisan Medis	23	95	0	5	1

7. Kesmas	40	25	3	14	12
Jumlah	500	1.422	3	21	47

Sumber : Sekretariat Dinas Kesehatan

Untuk mengetahui keadaan dan proporsi tenaga kesehatan yang ada dibandingkan dengan jumlah penduduk dan sarana pelayanan kesehatan di Kota Cirebon dilihat pada tabel 5.2 berikut ini :

Tabel 5.2
Rasio Tenaga Kesehatan
Terhadap Jumlah Penduduk dan Jumlah Puskesmas
Kota Cirebon Tahun 2012

No	Tenaga Kesehatan	Jumlah Se-Kota Cirebon	Rasio terhadap Jumlah Penduduk	Jumlah Tenaga Puskesmas	Rasio terhadap Jumlah UPTD Puskesmas
1.	Medis	267	1 : 1.383	81	1 : 4
2.	Keperawatan	1.273	1 : 290	298	1 : 14
3.	Kefarmasian	161	1 : 2.294	39	1 : 2
4.	Gizi	53	1 : 6.969	19	1 : 2
5.	Keterampilan Fisik	20	1 : 18.468	0	0
6.	Keteknisan Medis	124	1 : 2.979	23	1 : 1
7.	Kesehatan Masyarakat	94	1 : 3.929	40	1 : 2

Sedangkan keadaan dan proporsi tenaga kesehatan di UPTD Puskesmas dibandingkan dengan jumlah penduduk berdasarkan tingkat Kecamatan dapat dilihat pada tabel berikut ini :

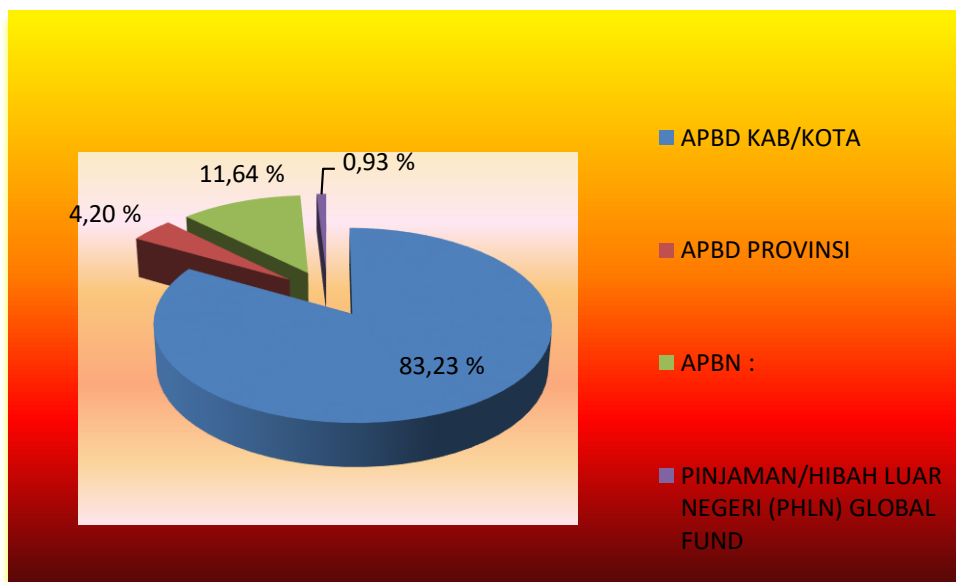
Tabel 5.3
Rasio Tenaga Kesehatan UPTD Puskesmas Terhadap Jumlah Penduduk Per Kecamatan
Kota Cirebon Tahun 2012

No	Tenaga Kesehatan	Kecamatan									
		Harjamukti		Lemahwungkuk		Pekalipan		Kesambi		Kejaksan	
		Jumlah Tenaga	Rasio terhadap Jumlah Penduduk	Jumlah Tenaga	Rasio terhadap Jumlah Penduduk	Jumlah Tenaga	Rasio terhadap Jumlah Penduduk	Jumlah Tenaga	Rasio terhadap Jumlah Penduduk	Jumlah Tenaga	Rasio terhadap Jumlah Penduduk
1.	Medis	21	1 : 6.098	11	1 : 5.894	11	1 : 3.271	17	1 : 5.000	13	1 : 4.267
2.	Keperawatan	74	1 : 1.731	48	1 : 1.351	44	1 : 818	65	1 : 1.308	55	1 : 009
3.	Kefarmasian	9	1 : 14.229	5	1 : 12.966	3	1 : 11.995	7	1 : 12.143	5	1 : 11.095
4.	Gizi	5	1 : 25.613	4	1 : 16.208	4	1 : 8.997	2	1 : 42.499	4	1 : 13.869
5.	Keterapian Fisik	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6.	Keteknisian Medis	7	1 : 18.295	1	1 : 64.830	1	1 : 35.986	3	1 : 28.333	3	1 : 18.492
7.	Kesehatan Masyarakat	10	1 : 12.806	6	1 : 10.805	8	1 : 4.498	7	1 : 12.143	8	1 : 6.935

5.3 Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan di Kota Cirebon terdapat beberapa sumber diantaranya dari APBD Kota, APBD Propinsi, Hibah Luar Negeri (Global Fund) dan APBN. Untuk APBD Kota anggaran sebesar Rp 74.947.885.700 (83,23%), APBD Provinsi Rp. 3.782.681.000 (4,20%). APBN sebesar Rp. 10.485.986.100 (11,64%). Sedangkan Pinjaman/Hibah Luar Negeri (PHLN) yang berasal dari Global Fund sebesar Rp. 834.431.573 (0,93%). Sedangkan Persentase APBD Kesehatan terhadap APBD Kota Cirebon sebesar 8,37% saja perlu adanya komitmen yang lebih dari pemerintah daerah untuk menambah anggaran dari APBD Kota Cirebon untuk pembangunan kesehatan karena masih minimnya dana yang berasal dari APBD kota yang hanya sebesar 8,37% saja. Berikut ini grafik proporsi anggaran kesehatan Kota Cirebon tahun 2013

Grafik 5.4
Proporsi Anggaran Kesehatan Kota Cirebon Tahun 2013



Sumber : Sekretariat Dinas Kesehatan Sub Bagian Keuangan

Bab 6

Kesimpulan

Pelaksanaan pembangunan di Kota Cirebon sampai sekarang ini sudah semakin meningkat dan telah menunjukkan hasil yang optimal. Secara umum derajat kesehatan masyarakat sudah mengalami peningkatan ke arah yang lebih baik, hal ini dapat dilihat dari beberapa indikator yang telah tercapai sesuai dengan target yang ditetapkan.

Berdasarkan data profil kesehatan, pencapaian pada indikator telah mengalami peningkatan hasil yang cukup baik dan pencapaian beberapa indikator telah sesuai dengan target program, target SPM kesehatan, dan target MDGs, yang walaupun ada juga beberapa indikator tujuan pencapaiannya masih relatif rendah, jauh dari target dan bahkan menurun jika dibandingkan dengan pencapaian tahun sebelumnya.

Untuk menunjang pembangunan di bidang kesehatan yang telah menunjukkan keberhasilan haruslah diiringi dengan peningkatan kualitas sumber daya manusia yaitu dengan melalui pendidikan dan sosial ekonomi masyarakat, karena dengan meningkatnya tingkat pendidikan dan sosial ekonomi masyarakat akan lebih mudah untuk merubah sikap dan perilaku masyarakat kearah perilaku hidup sehat.

Lampiran