

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 2015 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 kementrian kesehatan Tahun 2013 (revisi 2015). 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 2015.
- 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 Diketuainya permasalahan dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal di Kota Cirebon.

1.3 Visi Misi Dinas Kesehatan

1.3.1 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).

1.3.2 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.

1.3.3 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.

1.3.4 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.

1.4 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.

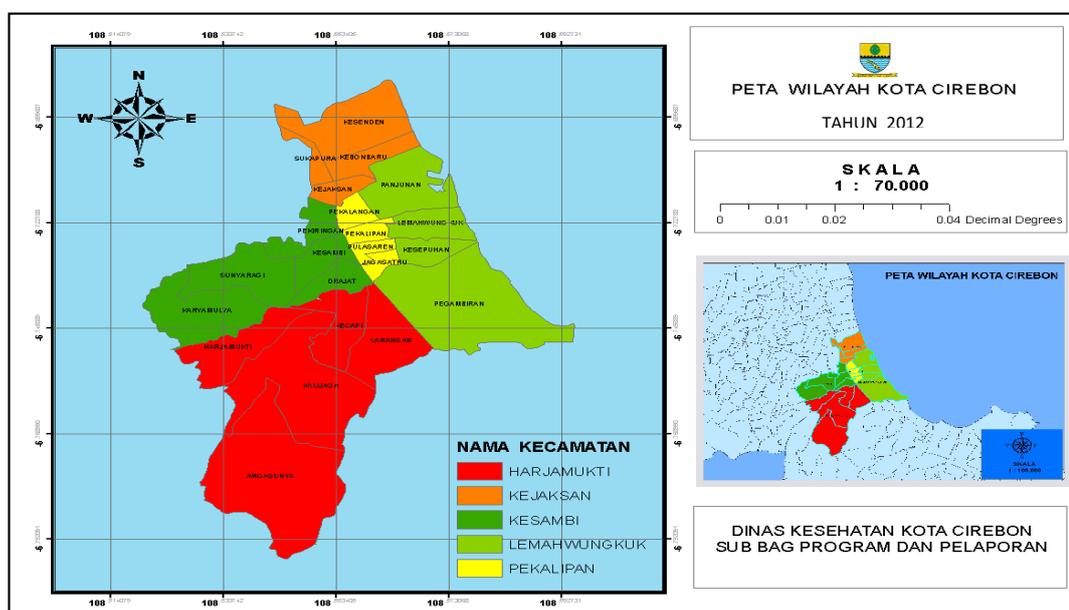
Bab 2 Gambaran Umum

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 ± 37,358 Km². Kota Cirebon beriklim tropis dengan suhu udara berkisar antara 23,4⁰ C – 33,6⁰C 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 1 Peta Kota Cirebon



Tabel 1
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.

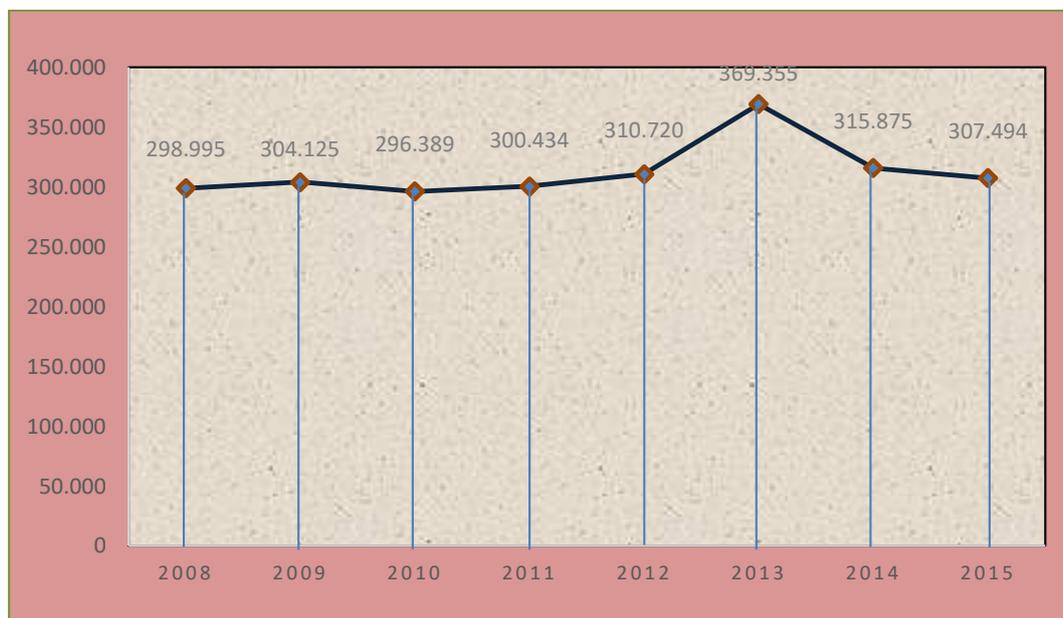
2.3 Jumlah Penduduk menurut Jenis Kelamin dan Kelompok Umur.

Kota Cirebon berpredikat Kota Sedang, mempunyai penduduk 307.494 jiwa (sumber data Pusdatin 2015), terdiri dari penduduk laki-laki 154.228 jiwa

(50,16 %) dan perempuan 153.266 jiwa (49,84 %) dengan kepadatan penduduk 8,4 jiwa/km².

Grafik 2.1

Jumlah Penduduk Kota Cirebon Tahun 2008-2015



Sumber : BPS Kota Cirebon dan Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kota Cirebon (Tahun 2015)

Berdasarkan Data tersebut maka jumlah penduduk Kota Cirebon Tahun 2015 terdapat penurunan jika dibandingkan dengan Tahun 2015. Hal ini dikarenakan tingginya jumlah migrasi keluar penduduk Kota Cirebon. 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 2015 berdasarkan kelompok usia dapat di gambarkan dalam bentuk tabel dan piramida penduduk. Untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel dan gambar piramida penduduk seperti di bawah ini.

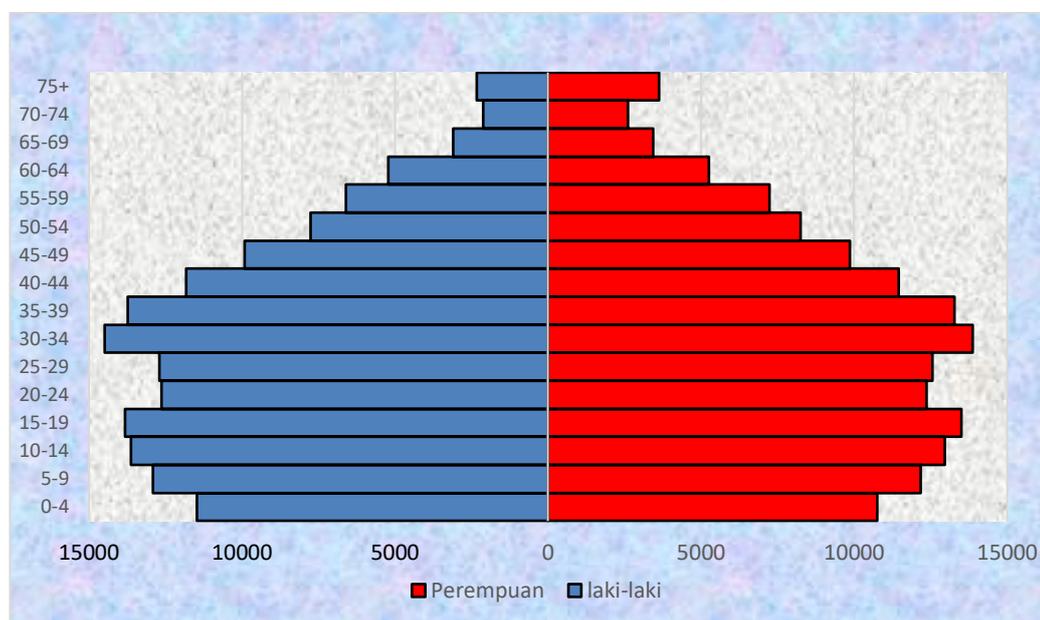
Tabel 2
Distribusi Jumlah Penduduk Kota Cirebon Berdasarkan Kelompok Umur

Kelompok Umur	Jenis Kelamin	
	Laki-Laki	Perempuan
0 - 4	11.468	10.754
5 - 9	12.912	12.177
10 - 14	13.635	12.957
15 - 19	13.814	13.515
20 - 24	12.624	12.369
25 - 29	12.704	12.569
30 - 34	14.486	13.869
35 - 39	13.727	13.286
40 - 44	11.824	11.461
45 - 49	9.917	9.867
50 - 54	7.760	8.251
55 - 59	6.611	7.238
60 - 64	5.212	5.263
65 - 69	3.095	3.443
70 - 74	2.115	2.612
75+	2.325	3.634
Jumlah	154.228	153.266

Sumber : Pusdatin 2015

Grafik 2.2

Piramida Penduduk Kota Cirebon Tahun 2015



Analisa kependudukan dibatasi pada analisa distribusi jenis kelamin dan usia berdasarkan tabel 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 2015 terlihat berbentuk pucuk granat, bentuk piramida ini menggambarkan angka kelahiran dan tingkat kelahiran yang rendah. Penurunan kelompok usia 0-4 tahun menunjukkan 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 2015 jumlah penduduk di Kota Cirebon sebesar 307.494 jiwa dengan tingkat kepadatan penduduk 8,23 jiwa/km². Berikut data kepadatan penduduk Kota Cirebon periode 2007-2015.

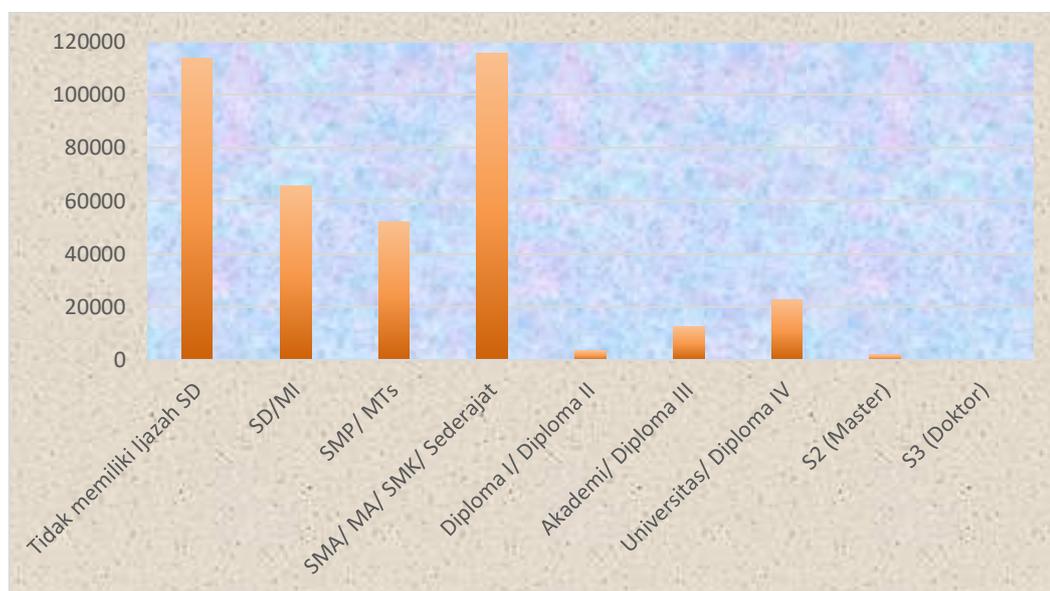
Tabel 3
Kepadatan Penduduk Di Kota Cirebon Tahun 2008- 2015

No	Tahun	Kepadatan Penduduk Per –Kilometer Persegi
1	2009	8,141
2	2010	7,933
3	2011	8,042
4	2012	8,076
5	2013	9,887
6	2014	8,455
7	2015	8,23

Sumber : Pusdatin 2015

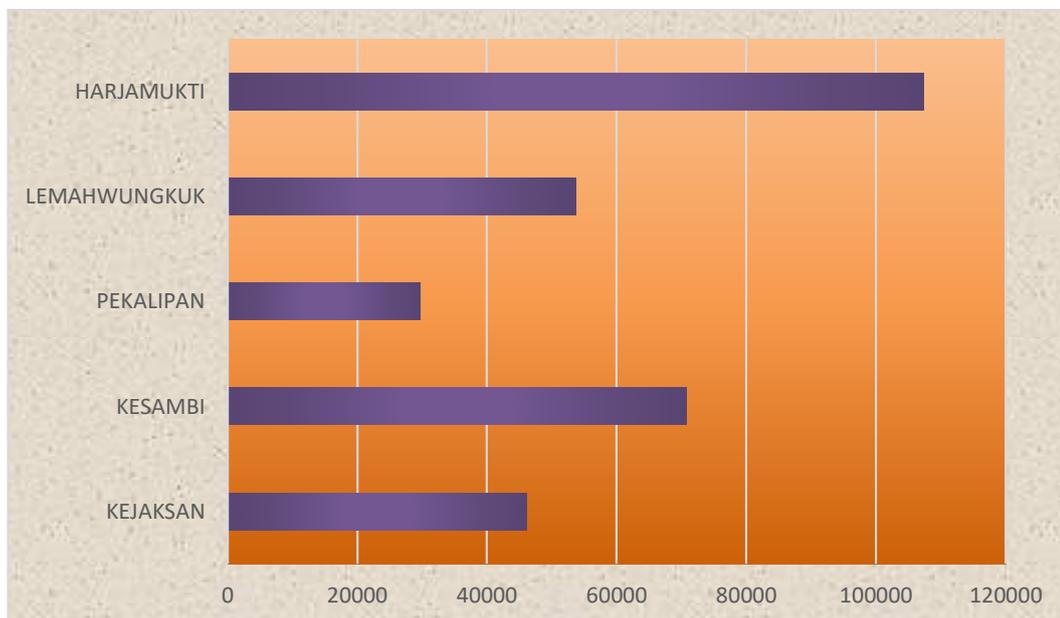
Kepadatan penduduk yang paling tinggi terdapat di Kecamatan Pekalipan (Kelurahan Jagasatru, Kelurahan Pulasaren, Kelurahan Pekalipan dan Kelurahan Pekalangan) yaitu 18,98/km², diikuti oleh Kecamatan Kejaksan (Kelurahan Kejaksan, Kelurahan Kesenden, Kelurahan Sukapura, Kelurahan Kebon Baru) yaitu 12,74/km², Kecamatan yang paling rendah kepadatan penduduknya adalah Kecamatan Harjamukti (Kelurahan Harjamukti, Kelurahan Kecapi, Kelurahan Larangan, Kelurahan Argasanya, Kelurahan Kalijaga) yaitu 6,09/km².

Grafik 2.3
Distribusi Penduduk Menurut Pendidikan Yang Ditamatkan
Kota Cirebon Tahun 2015



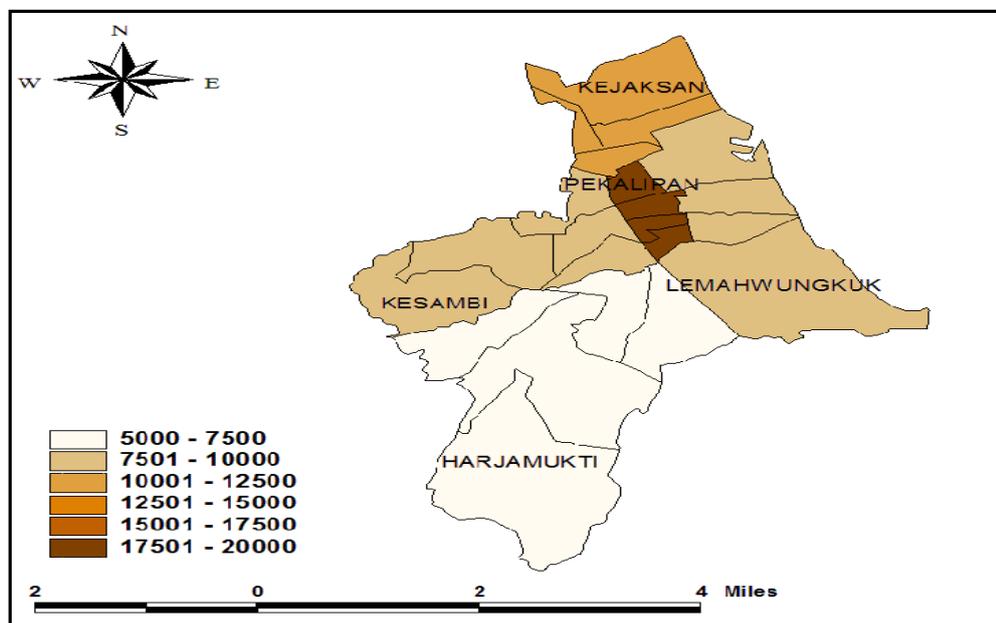
Sebagian besar penduduk Kota Cirebon menyelesaikan pendidikan di tingkat SMA/SMK/MA. Tidak memiliki ijazah SD/MI dan Tamat SD/MI menempati urutan terbanyak ke 2 dan 3 setelah pendidikan SMA/SMK/MA. Hal ini perlu perhatian yang serius bagi pemerintah untuk mengentaskan angka buta aksara di Kota Cirebon. 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 2.4
 Distribusi Jumlah Penduduk Di Kota Cirebon
 Berdasarkan Kecamatan Tahun 2015



Jumlah penduduk di kecamatan Kota Cirebon terbanyak di kecamatan Harjamukti dengan jumlah 107.340 jiwa, disusul kecamatan Kesambi dengan jumlah 70.780 jiwa, kecamatan Lemahwungkuk sebanyak 53.689 jiwa dan yang paling sedikit kecamatan Pekalipan hanya 29.626 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
Peta Distribusi Kepadatan Penduduk Kota Cirebon Tahun 2015



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)	= 73.903 (24,03%) ,
2. Berusia produktif (15 – 64 tahun)	= 216.367 (70,36%)
3. Berusia tua (\geq 65 tahun)	= 17.244 (5,61%).
Ratio Beban Tanggungan (DR Total)	= 42,13 %
Ratio Beban Tanggungan (DR Muda)	= 34,16 %
Ratio Beban Tanggungan (DR Tua)	= 7,97%

Dengan demikian maka beban tanggungan penduduk total Kota Cirebon pada tahun 2015 atau Rasio ketergantungan total tahun 2015 adalah sebesar 42,13 persen, artinya setiap 100 orang yang berusia kerja (dianggap produktif) mempunyai tanggungan sebanyak 42 orang yang belum produktif dan dianggap tidak produktif lagi. Rasio sebesar 40,04 persen ini disumbangkan oleh rasio ketergantungan penduduk muda sebesar 34,16 persen, dan rasio ketergantungan penduduk tua sebesar 7,97 persen. Dari indikator ini terlihat bahwa pada tahun 2015 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 2008 - 2015 dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4
Dependency Ratio Di Kota Cirebon Tahun 2009 – 2015

TAHUN	<i>DEPENDENCY RATIO</i>
2009	45,87
2010	46,82
2011	46,79
2012	46,83
2013	42,69
2014	40,04
2015	42,13

Sumber : Pusdatin 2015

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 2015 adalah 100,63 artinya pada tiap 100 orang perempuan terdapat 100-101 penduduk laki-laki. Pada tabel berikut menunjukkan distribusi rasio jenis kelamin menurut Kecamatan di Kota Cirebon Tahun 2015:

Tabel 5
Distribusi Sex Ratio Per Kecamatan Di Kota Cirebon Tahun 2009 - 2015

NO	KECAMATAN	2009	2010	2011	2012	2013	2015	2015
1	Kejaksan	90,44	95,67	95,67	95,64	99,21	102,46	98,19
2	Kesambi	88,18	100,57	100,58	100,55	100,94	99,37	99,88
3	Pekalipan	94,78	97,06	97,06	97,03	101,13	101,59	99,88
4	Lemahwungkuk	103,23	103,74	103,74	103,72	102,02	102,91	100,46
5	Harjamukti	98,56	101,99	101,99	101,96	103,69	104,53	102,49

Sumber : Pusdatin 2015

Dari data diatas dapat disimpulkan bahwa di kota Cirebon pada Tahun 2015 terdapat seks rasio tertinggi di Kecamatan Harjamukti yaitu 102,49 , sedangkan seks rasio terendah terdapat di Kecamatan Kejaksan yaitu 98,19.

Bab 3

Situasi Derajat Kesehatan

3.1. Angka Kematian

Angka Kematian Bayi

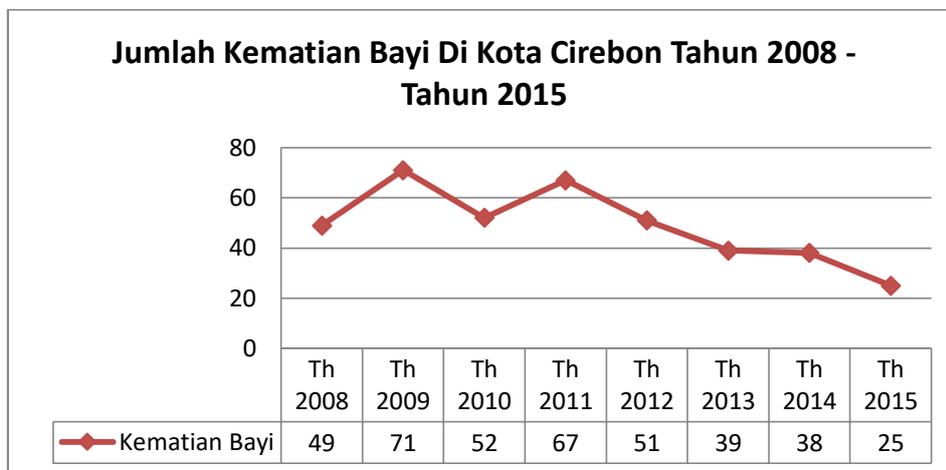
Kematian bayi adalah kematian yang terjadi antara saat setelah bayi lahir sampai bayi belum berusia tepat satu tahun (bayi lahir dalam keadaan hidup). Kematian Neo-Natal adalah kematian yang terjadi sebelum bayi berumur satu bulan atau 28 hari, umumnya disebabkan oleh faktor-faktor yang dibawa sejak 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 2014 sebanyak 389/5455 Lahir Hidup dengan penyebab BBLR 13 bayi, Infeksi 10 bayi, Asfiksia 7 bayi, broncho pneumoni 6 bayi, Aspirasi ASI 1 bayi dan Diare 1 bayi. Sedangkan tahun 2015 menjadi 25/5455 Lahir Hidup dengan penyebab utama yaitu Asfiksia urutan pertama, berikutnya BP dan sepsis

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

Grafik 3.1



Dalam 5 tahun terakhir jumlah kematian bayi mengalami penurunan, hal ini memberikan gambaran mengenai kualitas hidup di Kota Cirebon. Pada tahun 2015 kematian bayi menurun dan tidak melebihi yang ditargetkan (target kematian bayi di kota Cirebon tidak lebih dari 64 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.

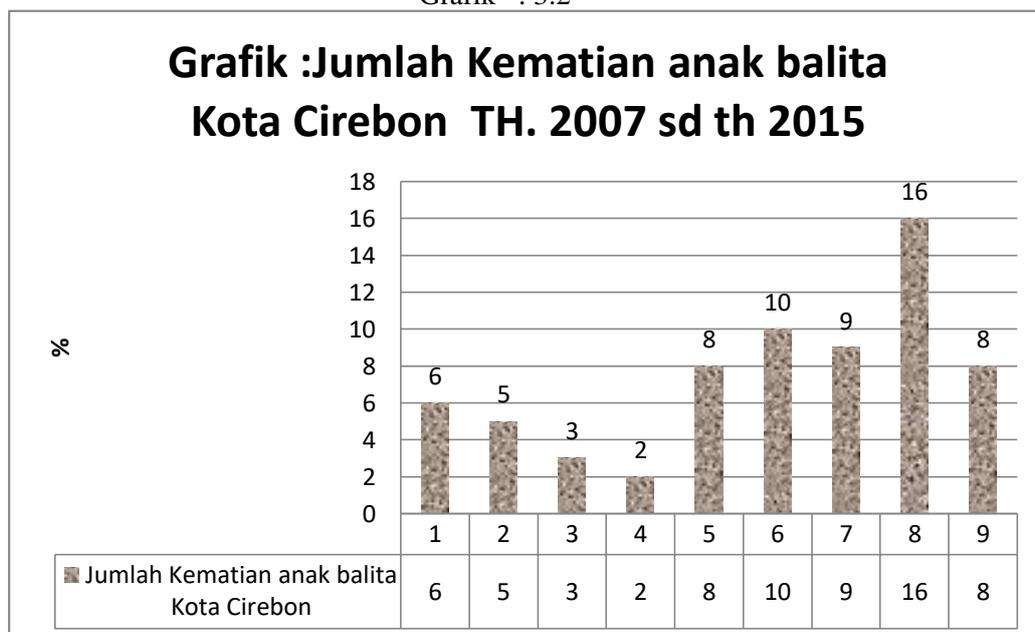
Angka Kematian Anak Balita

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 2015 terjadi penurunan dibanding tahun sebelumnya. Secara rinci data kematian anak balita yaitu tahun 2015 adalah sebanyak 8 orang (rangan rincian laki-laki 2 orang sedangkan perempuan 6 orang dari 21.321 anak balita) dari kelahiran hidup 5.378 lahir hidup, sedangkan tahun 2014 sebanyak 16 Orang (jumlah anak balita 18.875 anak balita) dari lahir hidup 5.455 lahir hidup, Tahun 2013 sebanyak 9 orang (jumlah anak balita 21.866 anak balita) dari lahir hidup 5.416 lahir hidup , 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



Sumber : Bidang Pelayanan Kesehatan

Grafik : 3.3



Jumlah Kematian Ibu

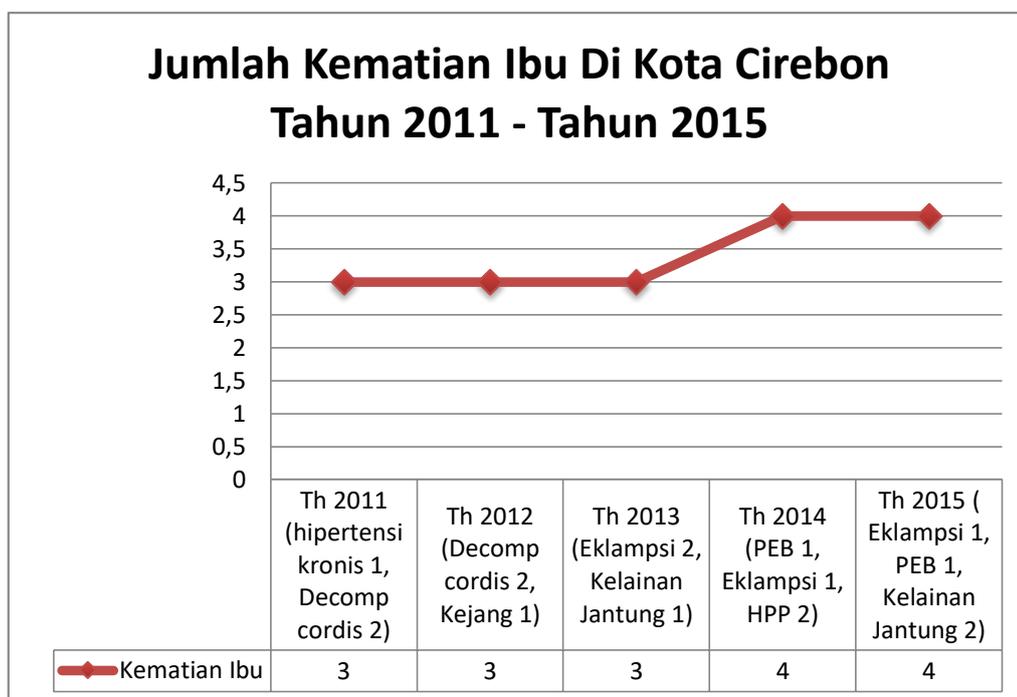
Angka kematian ibu (AKI) berguna untuk menggambarkan tingkat kesadaran perilaku hidup sehat, status gizi dan kesehatan ibu, kondisi kesehatan lingkungan, tingkat pelayanan kesehatan terutama untuk ibu hamil, pelayanan kesehatan waktu melahirkan dan masa nifas. AKI diperoleh dari jumlah kematian ibu per 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 2015 terdapat kematian ibu sebanyak 4 orang per 5400 kelahiran hidup, dan pada tahun 2014 terdapat kematian ibu sebanyak 4 orang per 5483 kelahiran hidup, pada tahun 2014 penyebab kematian disebabkan karena penyebab langsung 4 orang yaitu eklampsi 1 orang, Preeklampsi berat 1 orang dan perdarahan post partum 2 orang, sedangkan pada tahun 2015 penyebab kematian disebabkan karena penyebab langsung 2 orang yaitu eklampsi 1 orang dan inversio uteri 1 orang, sedangkan penyebab kematian tidak langsung 2 orang yaitu penyakit jantung. Dengan menurunnya kematian karena penyebab langsung, hal ini menggambarkan pemeriksaan fisik pada saat antenatal untuk deteksi dini faktor risiko sudah cukup baik, tetapi masih perlu adanya

peningkatan ketrampilan dalam deteksi dini melalui RSBM dan Peningkatan Kualitas Pelayanan Antenatal Care.

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

Grafik 3.3



3.2 ANGKA KESAKITAN

1. Imunisasi

a. Imunisasi Dasar pada Bayi

Imunisasi melindungi anak terhadap beberapa Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I). Seorang anak diimunisasi dengan vaksin yang disuntikkan atau diteteskan melalui mulut. Pada beberapa negara hepatitis masih menjadi masalah. Sepuluh dari 100 orang akan menderita hepatitis sepanjang hidupnya jika tidak diberi vaksin hepatitis B. Sampai dengan seperempat dari jumlah anak yang menderita hepatitis B dapat berkembang menjadi kondisi

penyakit hati yang serius, seperti kanker hati. Disamping itu wajib diberikan imunisasi hepatitis B segera setelah bayi lahir untuk mencegah penularan virus hepatitis dari ibu kepada anaknya.

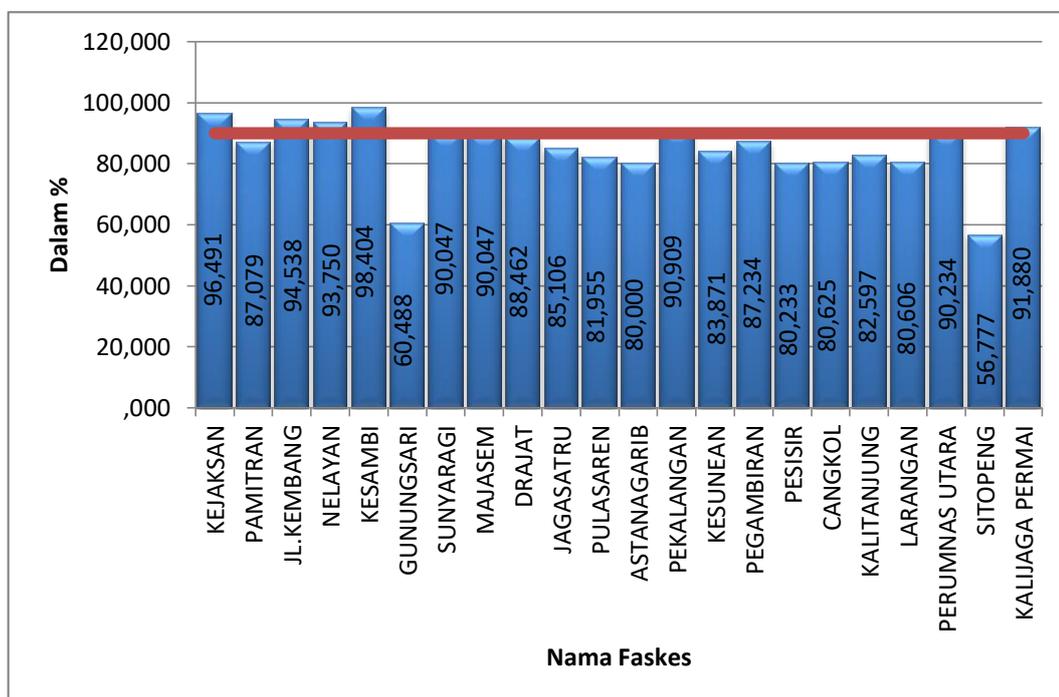
Imunisasi BCG dapat melindungi anak dari penyakit tuberculosis. Imunisasi DPT dapat mencegah penyakit diptheri, pertusis dan tetanus. Diptheri menyebabkan infeksi saluran pernafasan atas, yang dalam beberapa kasus dapat menyebabkan kesulitan bernafas bahkan kematian. Tetanus menyebabkan kekakuan otot dan kekejangan otot yang menyakitkan dan dapat mengakibatkan kematian. Pertusis atau batuk rejan mempengaruhi saluran pernafasan dan dapat menyebabkan batuk hingga delapan minggu.

Semua anak perlu mendapatkan imunisasi polio. Tanda-tanda polio adalah tungkai tiba-tiba lumpuh dan sulit untuk bergerak. Dari 200 anak yang terinfeksi polio, maka satu orang akan menjadi cacat sepanjang hidupnya.

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

Kota Cirebon memiliki cakupan imunisasi campak pada tahun 2015 sebesar 84,7%. Capaian tersebut belum memenuhi target 90% Renstra Kota Cirebon. Pada tingkat Kota, terdapat 9 Faskes yang telah berhasil mencapai target 90%. Cakupan pada tahun 2015 mengalami penurunan dibandingkan tahun 2013 yang sebesar 89,15%. Cakupan Imunisasi campak menurut Faskes seperti yang disajikan pada gambar berikut.

Grafik 3.4
Presentase cakupan imunisasi Campak Menurut Faskes Tahun 2015



Sumber : Bidang PMK, 2015

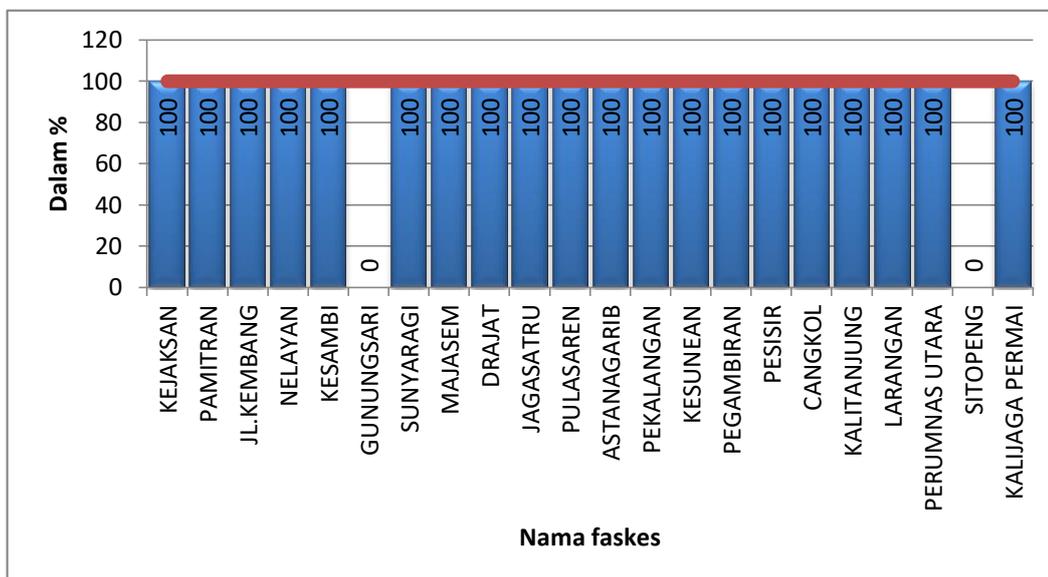
Pada grafik di atas dapat diketahui bahwa Puskesmas Kesambi memiliki capaian tertinggi sebesar 98,4% diikuti oleh Puskesmas Kejaksan sebesar 96,49% dan Puskesmas Jalan Kembang sebesar 94,54%. Sedangkan Faskes dengan cakupan terendah adalah Puskesmas Sitopeng 56,78%, diikuti oleh Puskesmas Gunungsari sebesar 60,49%.

b. Universal Child Immunization

Indikator lain yang diukur untuk menilai keberhasilan pelaksanaan imunisasi adalah Universal Child Immunization atau yang biasa disingkat UCI. UCI adalah gambaran suatu desa/kelurahan dimana $\geq 80\%$ dari jumlah bayi (0-11 bulan) yang ada di desa/kelurahan tersebut sudah mendapat imunisasi dasar lengkap. Target UCI pada Renstra tahun 2013 adalah sebesar 95%. Pada tahun 2015 terdapat 20 Kelurahan yang telah mencapai desa UCI (90,91%) seperti yang nampak

pada grafik berikut ini.

Grafik 3.5
Cakupan Desa / Kelurahan UCI Menurut Provinsi tahun 2015



Sumber: Bidang PMK, 2015

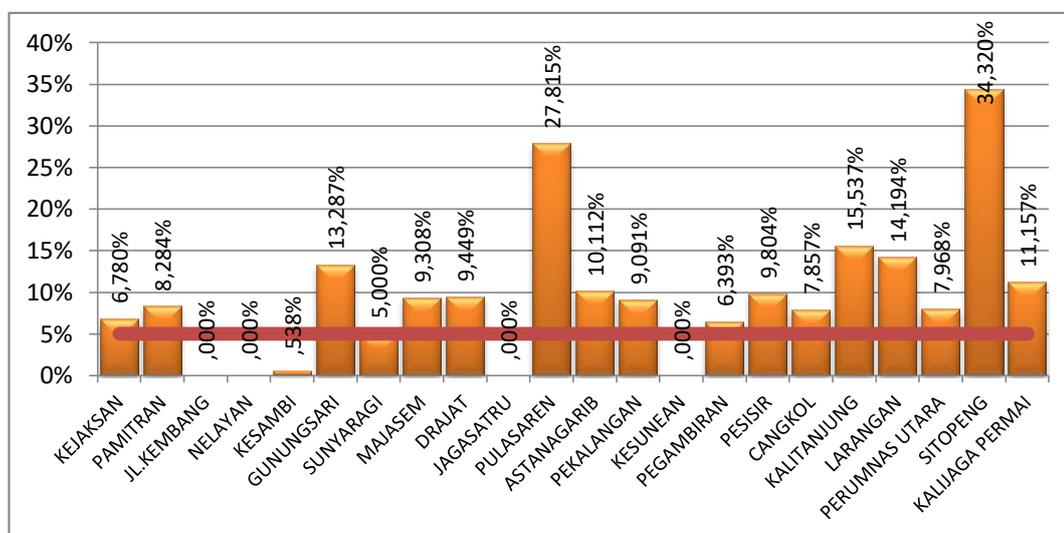
Pada Grafik 3.5 dapat diketahui bahwa terdapat dua Faskes/ Kelurahan yang belum mencapai Desa UCI.

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

Drop Out Rate imunisasi DPT/HB1-Campak pada tahun 2015 sebesar 9,47%. Angka ini lebih tinggi dari target yang diharapkan 5%. Hampir semua

Faskem mempunya DO rate diatas 5% dan hanya 6 Faskes dengan DO rate \leq 5% antara lain Puskesmas jalan Kembang, Puskesmas Nelayan, Puskesmas Kesambi, Puskesmas Sunyaragi Puskesmas Jagasatru dan Puskesmas Kesunean. Grafik mengenai dropoutrate cakupan imunisasi pada tahun 2015 DPT/HB1-campak tahun 2015 dapat dilihat dibawah ini

Grafik 3.6
 Angka Drop out Cakupan Imunisasi DPT / HB 1 – Campak pada Bayi
 Di Kota Cirebon Tahun 2015



Sumber: Bidang PMK, 2015

2. Penyakit Menular

a. Tuberkulosis Paru

Tuberkulosis merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Penyakit ini menyebar melalui droplet orang yang telah terinfeksi basil tuberkulosis.

Beban penyakit yang disebabkan oleh tuberkulosis dapat diukur dengan case notification rate (CNR) dan prevalensi (didefinisikan sebagai jumlah kasus tuberkulosis pada suatu titik waktu tertentu) dan mortalitas/kematian (didefinisikan sebagai jumlah

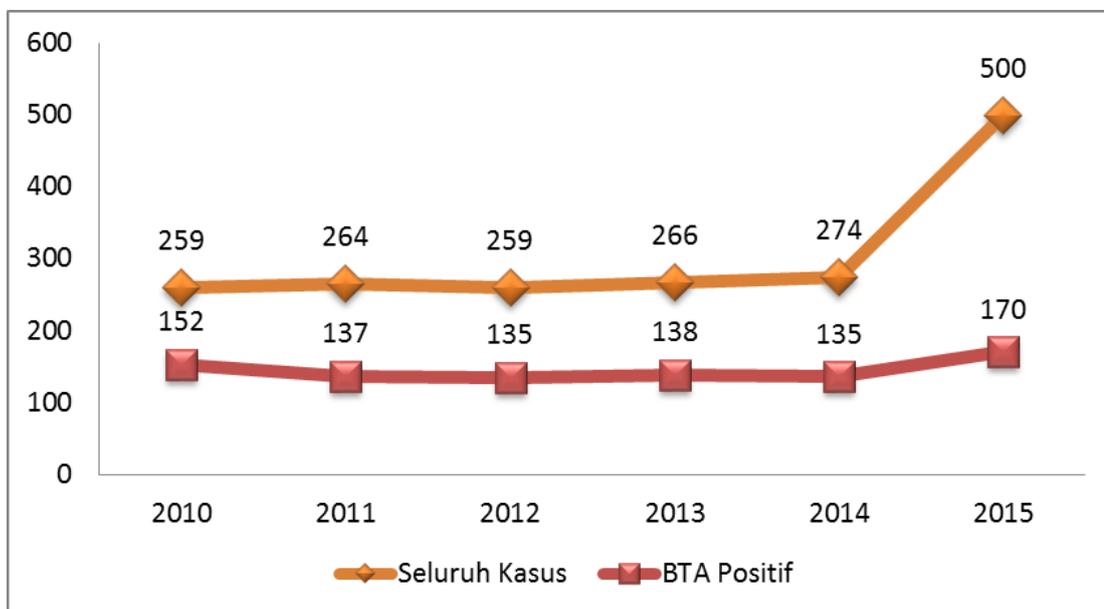
kematian akibat tuberkulosis dalam jangka waktu tertentu).

a. Angka notifikasi kasus atau case notification rate (CNR)

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

Kasus Baru BTA+ adalah Pasien yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan (4 minggu). TB BTA + yaitu penemuan pasien TB melalui pemeriksaan dahak sewaktu-pagi-sewaktu (SPS) dengan hasil pemeriksaan mikroskopis : (a) Sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif, (b) Terdapat 1 spesimen dahak SPS dengan hasil BTA positif dan foto toraks dada menunjukkan gambaran tuberkulosis, (c) Terdapat 1 atau lebih spesimen dahak hasilnya positif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya dengan hasil BTA negatif dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT. Seluruh kasus TB adalah Kasus TB (semua tipe) yang ditemukan dan diobati

GRAFIK :
ANGKA NOTIFIKASI KASUS TB PARU PER 100.000 PENDUDUK KOTA CIREBON TAHUN 2010-2015

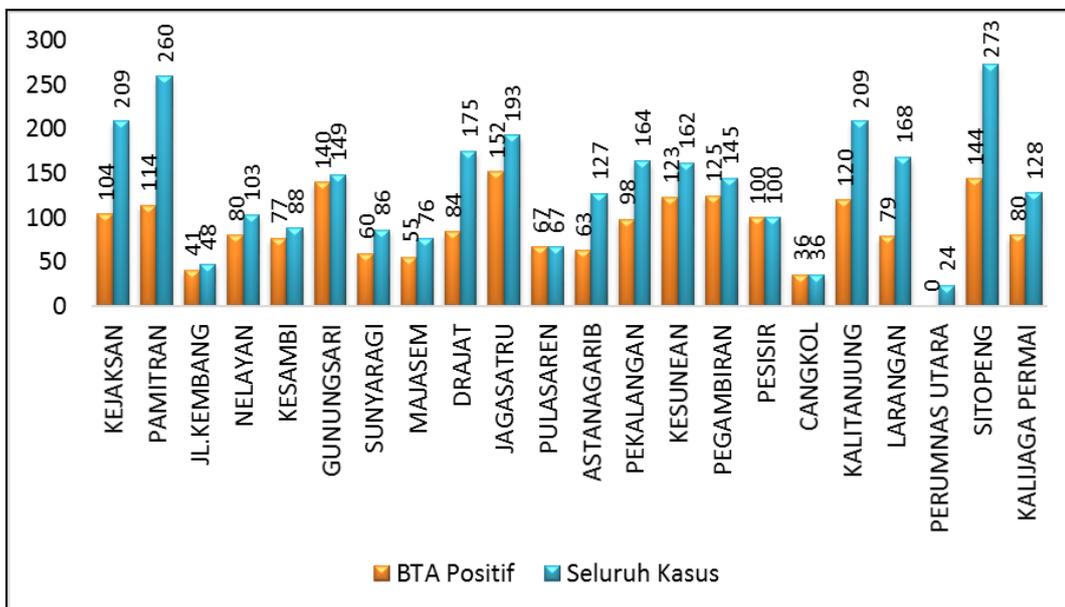


Sumber : Bidang PMK tahun 2015

Berdasarkan grafik diatas, angka notifikasi kasus TB Paru seluruh kasus dari tahun 2010 s/d 2015 sebagian besar mengalami peningkatan, tertinggi tahun 2015 sebesar 500/100.000 penduduk. Sedangkan angka notifikasi kasus TB Paru BTA Positif dari tahun 2010 s/d 2015 sebagian besar mengalami penurunan tetapi meningkat kembali tahun 2015 (170/100.000 penduduk). Perbandingan Angka notifikasi kasus TB Paru seluruh kasus Tahun 2014 mengalami peningkatan sebesar 82,17% dan Angka notifikasi kasus TB Paru BTA Positif mengalami peningkatan sebesar 25,92%. Angka ini telah memenuhi target CNR meningkat sebesar 5%. Peningkatan Angka Notifikasi Kasus TB Paru seluruh kasus diikuti dengan peningkatan Angka Notifikasi Kasus TB Paru BTA Positif, menunjukkan bahwa tata laksana TB Paru di Kota Cirebon telah menerapkan Strategi DOTS. Rumah sakit dan BKPM sangat besar kontribusinya dalam meningkatkan Angka notifikasi kasus TB Paru Kota Cirebon.

Grafik berikut memperlihatkan besarnya Angka Notifikasi Kasus atau CNR TB Paru menurut Faskes tahun 2015.

GRAFIK :
 ANGKA NOTIFIKASI KASUS TB PARU PER 100.000 PENDUDUK
 MENURUT FASKES
 TAHUN 2015



Sumber: Bidang PMK, 2015

Berdasarkan grafik diatas, Angka notifikasi kasus TB Paru BTA positif per Faskes tahun 2015 tertinggi adalah Jagasatru (152/100.000) terendah Perumnas Utara(0). Sedangkan Angka notifikasi kasus TB Paru seluruh kasus per Faskes tahun 2015 tertinggi adalah Sitopeng (273/100.000) terendah Perumnas Utara (24). Perbandingan dengan tahun 2014 rata-rata mengalami peningkatan diatas 5%.

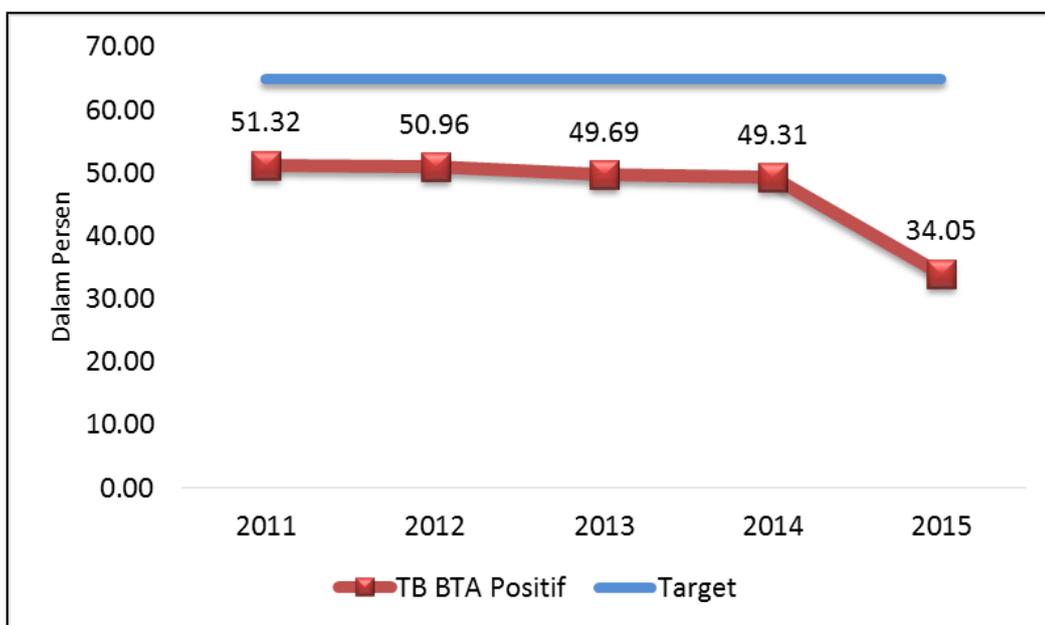
b. Proporsi pasien baru BTA positif di antara semua kasus TB

Proporsi pasien baru TB Paru BTA positif di antara semua kasus TB Paru menggambarkan prioritas penemuan pasien TB yang menular di antara seluruh pasien TB paru yang diobati. Angka ini diharapkan tidak lebih rendah dari 65%. Apabila proporsi pasien baru BTA+ di bawah 65% maka hal itu menunjukkan mutu

diagnosis yang rendah dan kurang memberikan prioritas untuk menemukan pasien yang menular (pasien BTA+).

GRAFIK :

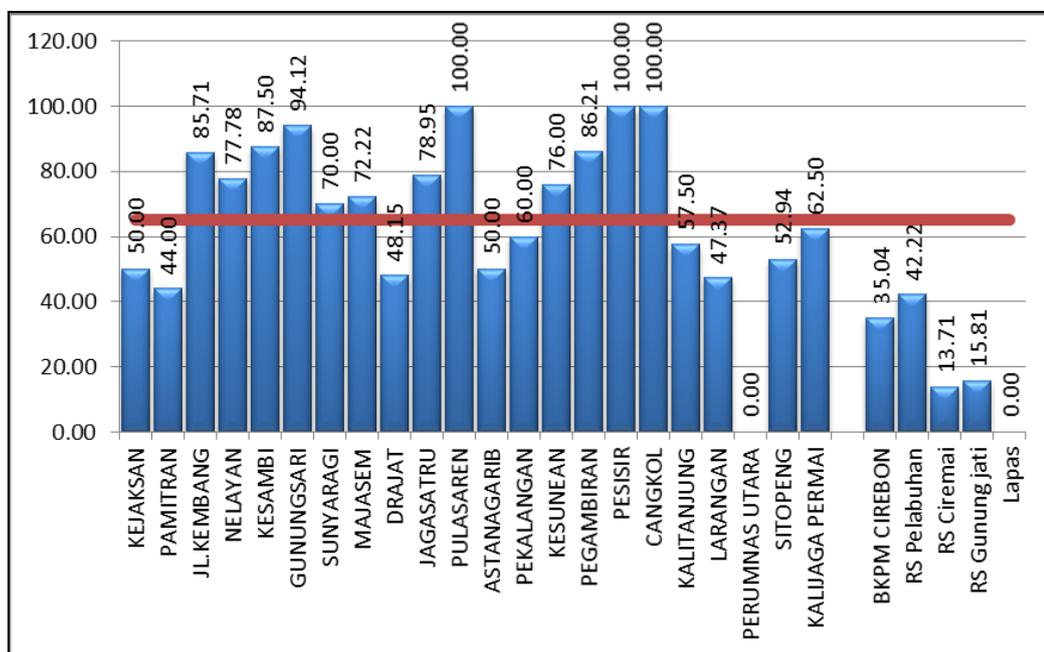
PROPORSI PASIEN BARU TB BTA POSITIF DIANTARA SEMUA KASUS TB TAHUN 2011 S/D 2015



Sumber: Bidang PMK, 2015

Grafik diatas memperlihatkan bahwa proporsi pasien baru TB BTA Positif diantara semua kasus TB di Kota Cirebon tahun 2011 sampai dengan tahun 2015 semuanya masih dibawah 65%. Hal itu mengindikasikan diagnosis kasus TB Paru belum berdasarkan prioritas pemeriksaan mikroskopis (BTA+). Proporsi terkecil berada di Rumah Sakit dan BKPM sebagai rujukan pasien TB banyak menegakan diagnosis TB dengan Rontgen Posistif. Seperti terlihat dalam grafik berikut.

GRAFIK :
 PROPORSI PASIEN BARU TB BTA POSITIF DIANTARA SEMUA KASUS TB
 MENURUT FASKES TAHUN 2015



Sumber: Bidang PMK, 2015

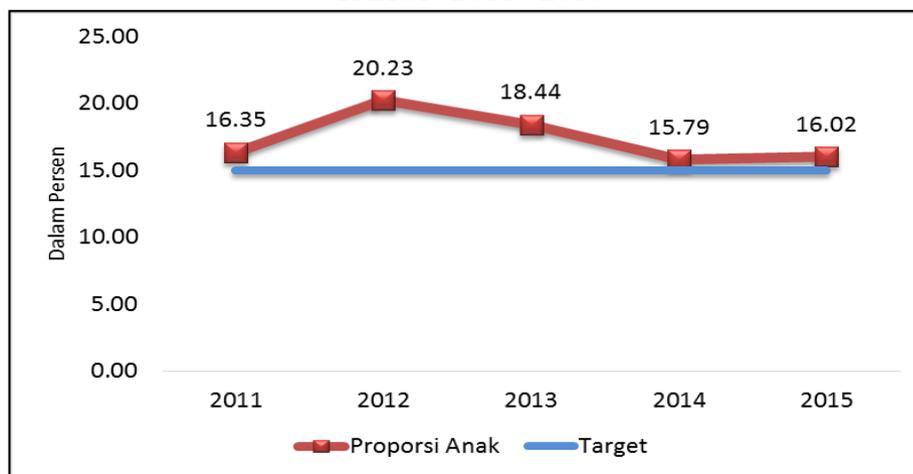
Berdasarkan grafik diatas, proporsi pasien baru TB BTA Positif diantara semua kasus TB di Kota Cirebon terendah dari Rumah Sakit dan BKPM, sedangkan Puskesmas yang masih dibawah 60% antara lain Kejaksan (50,0%), Pamitran (44,0%), Drajat (48,15%), Pekalangan (60,0%), Kalitanjung (57,5%), Kejaksan (50,0%), Larangan (47,37%), Perumnas Utara(0), Sitopeng (52,4%) dan Kalijaga Permai (62,5%).

c. Proporsi kasus TB anak 0-14 tahun

Adalah persentase pasien TB anak (0-14 tahun) yang diobati diantara seluruh pasien TB yang diobati. Angka ini sebagai salah satu indikator untuk menggambarkan ketepatan dalam mendiagnosis TB pada anak. Angka ini berkisar pada angka 8-12%. Bila angka ini terlalu besar dari 12%, kemungkinan terjadi

over diagnosis.

**GRAFIK :
PROPORSI KASUS TB ANAK DIANTARA SELURUH
KASUS KOTA CIREBON
TAHUN 2011 - 2015**

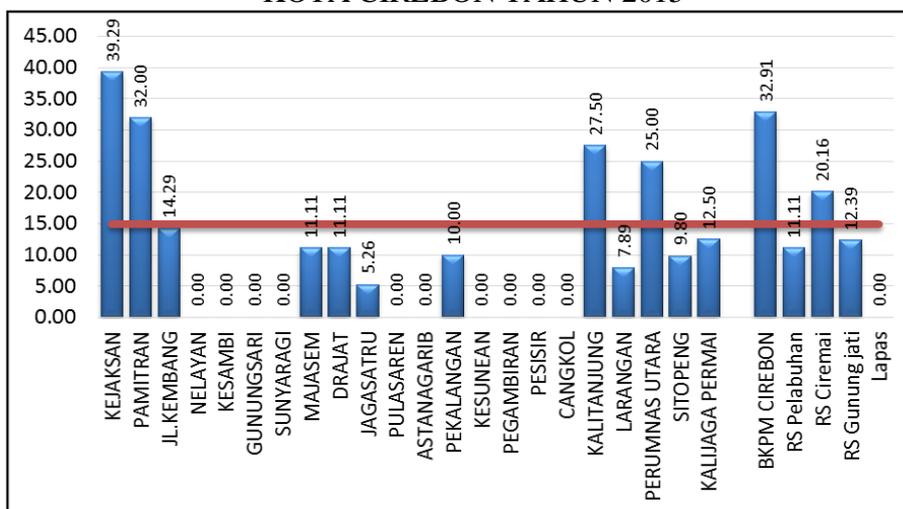


Sumber: Bidang PMK, 2015

Berdasarkan grafik diatas, Proporsi Kasus TB Anak diantara seluruh kasus TB di Kota Cirebon dari tahun 2011 sampai dengan tahun 2015 berada diatas 15%. Ini menunjukan over diagnosis dan masih tingginya penularan TB Paru pada anak.

Proporsi kasus TB anak diantara seluruh kasus TB yang berada diatas 15% terdapat pada faskes antara lain Kejaksan (39,29%), BKPM (32,91%), Pamitrان (32,0%), Kalitangjung (27,5%), Perumnas Utara (25,0%), dan Rs Ciremai (20,16%) seperti terlihat dalam grafik berikut.

GRAFIK :
PROPORSI KASUS TB ANAK DIANTARA SELURUH KASUS
MENURUT FASKES
KOTA CIREBON TAHUN 2015

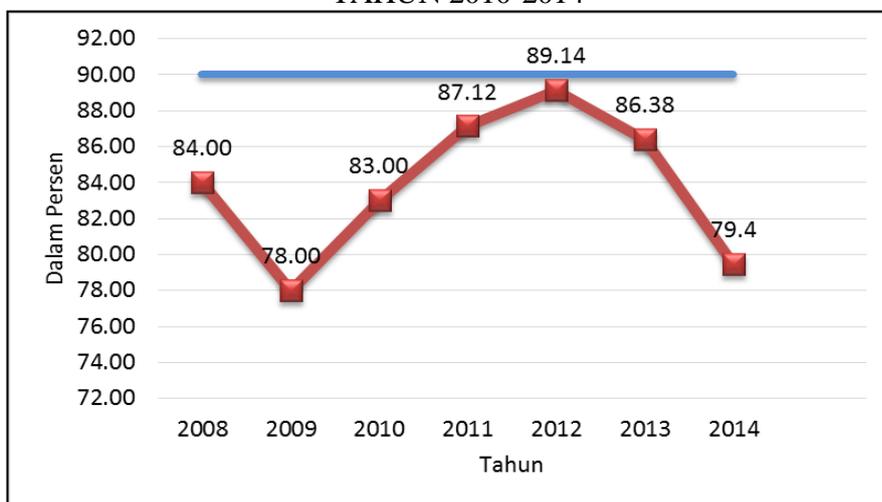


Sumber: Bidang PMK, 2015

d. Angka Keberhasilan Pengobatan Penderita TB Paru BTA+

Angka keberhasilan pengobatan (SR) menunjukkan presentase pasien baru TB paru BTA positif yang menyelesaikan pengobatan (baik yang sembuh maupun pengobatan lengkap) diantara pasien baru TB paru BTA positif yang tercatat. Dengan demikian angka ini merupakan penjumlahan dari angka kesembuhan dan angka pengobatan lengkap. Angka ini berguna untuk menunjukkan kecenderungan (trend) meningkat atau menurunnya pengobatan pasien TB pada wilayah tersebut. Angka ini dapat dihitung dengan cara mereview seluruh kartu pasien baru BTA positif yang mulai berobat dalam 9-12 bulan sebelumnya, kemudian dihitung berapa diantaranya yang sembuh setelah selesai pengobatan. Oleh karena itu, pasien yang mendapatkan pengobatan di tahun 2014 dilaporkan di tahun 2015. Data yang disajikan masih belum lengkap karena belum semua provinsi melaporkan data hasil akhir pengobatan secara tepat waktu. Berikut ini digambarkan angka kesembuhan dan keberhasilan pengobatan tahun 2008-2014.

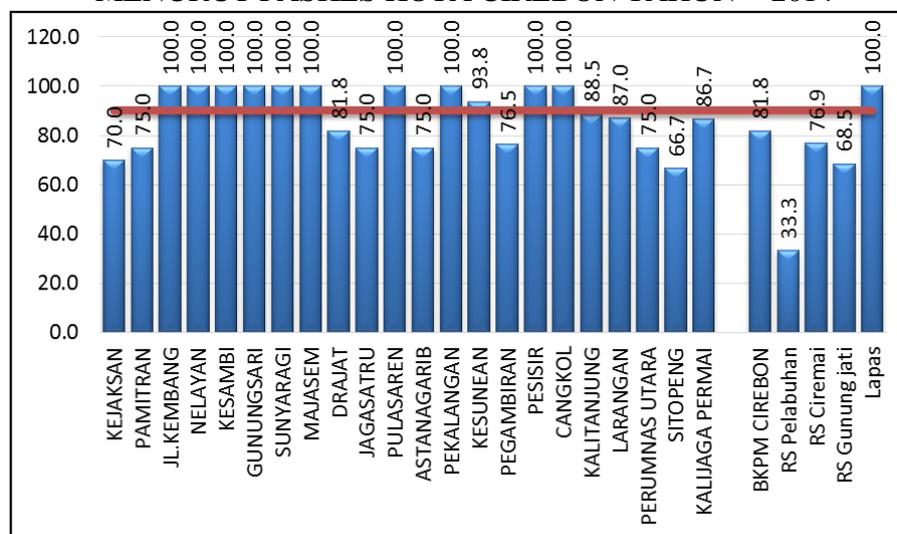
GRAFIK :
ANGKA KEBERHASILAN PENGOBATAN (SUCCESS RATE /SR) KOTA
CIREBON
TAHUN 2010-2014



Sumber: Bidang PMK, 2015

Berdasarkan grafik diatas, terlihat perkembangan angka keberhasilan pengobatan tahun 2008-2014. Angka Keberhasilan pengobatan tertinggi pada tahun 2012 sebesar 89,14%. Pada tahun 2014 angka keberhasilan pengobatan sebesar 79,4%. Dalam Renstra Kota Cirebon angka keberhasilan pengobatan pada tahun 2014 minimal 90%. Berdasarkan hal tersebut, capaian angka keberhasilan pengobatan tahun 2014 belum memenuhi target Renstra.

GRAFIK :
 ANGKA KEBERHASILAN PENGOBATAN (SUCCESS RATE /SR)
 MENURUT FASKES KOTA CIREBON TAHUN 2014



Sumber: Bidang PMK, 2015

Dalam grafik diatas memperlihatkan angka keberhasilan pengobatan TB Paru menurut Faskes tahun 2014. Faskes yang belum mencapai target angka keberhasilan pengobatan terdapat di RS dan BKPM, sedangkan Puskesmas yang belum mencapai target antara lain : Kejaksan (70,0%), Pamitran (75,0%), Drajat (81,8%), Jagasatru (75,0%), Astanagarib (76,5%), Perumnas Utara (75,0%) dan Sitopeng (66,7%).

b. HIV & AIDS

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.

Tabel :
Jumlah HIV Reaktif Dan Kasus IMS
Tahun 2008 S/D 2015

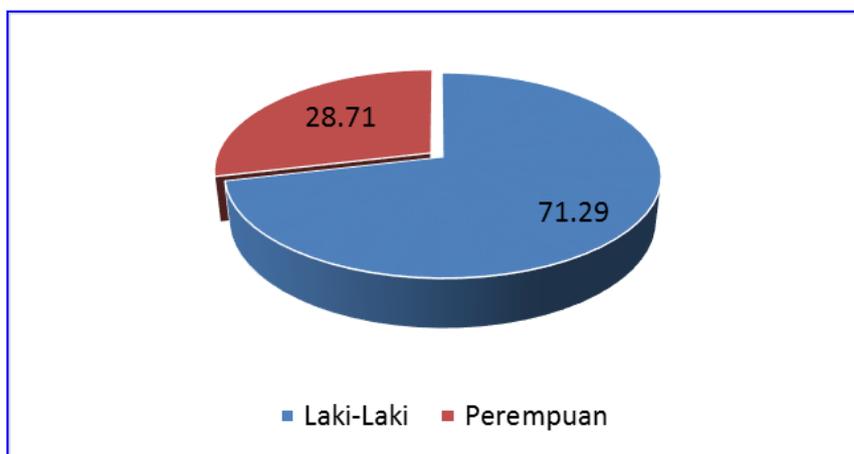
Tahun	Jumlah Klien KTHIV	Jumlah HIV Reaktif	% HIV Reaktif	Kasus IMS
2008				190
2009	303	20	6.60	272
2010	1305	42	3.22	191
2011	1343	35	2.61	212
2012	2736	47	1.72	264
2013	3852	92	2.36	837
2014	8940	91	1.01	213
2015	5702	101	1.77	264

Sumber: Bidang PMK, 2015

Dari Tabel diatas tampak Hasil penapisan yang dilakukan pada populasi risiko yang dilaksanakan di 5 (lima) Puskesmas Layanan IMS dan HIV-AIDS Komprehensif dan Berkesinambungan dan RSUD Gunung Jati Kota Cirebon pada Tahun 2015 dari jumlah klien yang dilakukan Konseling dan Tes HIV sebanyak 5702 orang, terdapat jumlah Klien HIV Reaktif sebanyak 101 orang, sedangkan pada Tahun 2014 sebanyak 8940 orang, terdapat jumlah Klien Reaktif HIV sebanyak 91 orang. Jumlah klien yang dilakukan Konseling dan Tes HIV menurun bila dibandingkan dengan tahun 2014 tetapi jumlah Klien yang Reaktif HIV meningkat. Proporsi jumlah Klien HIV reaktif terhadap jumlah klien yang dilakukan konseling dan tes HIV juga meningkat sangat tinggi bila dibandingkan dengan proporsi tahun 2014. Demikian pula penderita IMS terlihat adanya kenaikan jumlah penderita yang ditemukan, pada Tahun 2014 sebanyak 213 penderita

menjadi 264 penderita pada Tahun 2015.

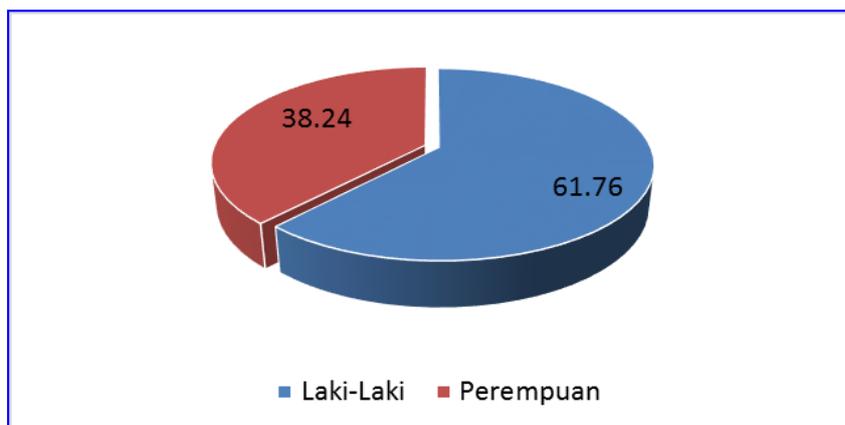
GRAFIK
PROPORSI KASUS BARU HIV MENURUT JENIS KELAMIN DI KOTA
CIREBON TAHUN 2015



Sumber: Bidang PMK, 2014

Grafik diatas menunjukkan bahwa persentase kasus baru HIV tahun 2015 pada kelompok laki-laki (71,29%) 2,4 kali lebih besar dibandingkan pada kelompok perempuan (28,71%). Sedangkan persentase kasus baru AIDS pada kelompok laki-laki (67,76%) 1,6 kali lebih besar dibandingkan pada kelompok perempuan (38,24%) seperti digambarkan berikut ini.

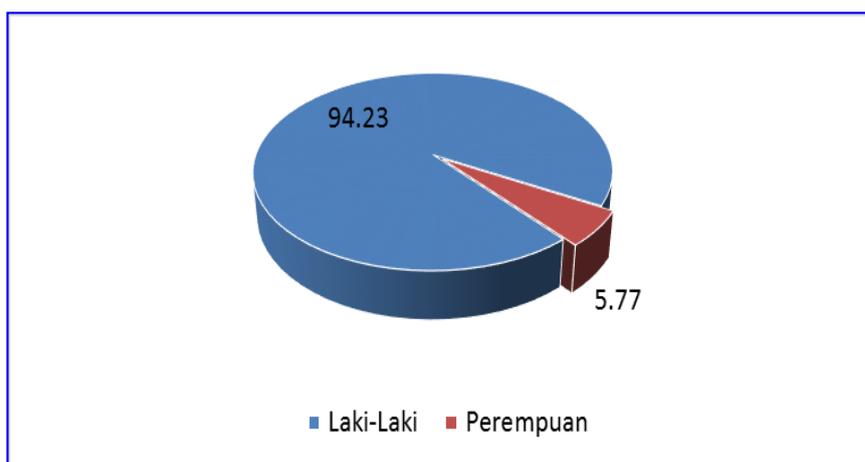
GRAFIK
PROPORSI KASUS BARU AIDS MENURUT JENIS KELAMIN DI KOTA
CIREBON TAHUN 2015



Sumber: Bidang PMK, 2015

Proporsi kasus Siphilis tahun 2015 Kota Cirebon Tahun 2015 tampak seperti pada grafik berikut.

GRAFIK
PROPORSI KASUS SYPHILIS MENURUT JENIS KELAMIN DI KOTA CIREBON TAHUN 2015



Sumber: Bidang PMK, 2015

Grafik diatas menunjukkan bahwa proporsi kasus syphilis tahun 2015 pada kelompok laki-laki (94,23%) 16,3 kali lebih besar dibandingkan pada kelompok perempuan (5,77%). Jumlah kasus syphilis Kota Cirebon tahun 2015 sebanyak 52 orang terdiri dari laki-laki 49 orang dan perempuan 3 orang.

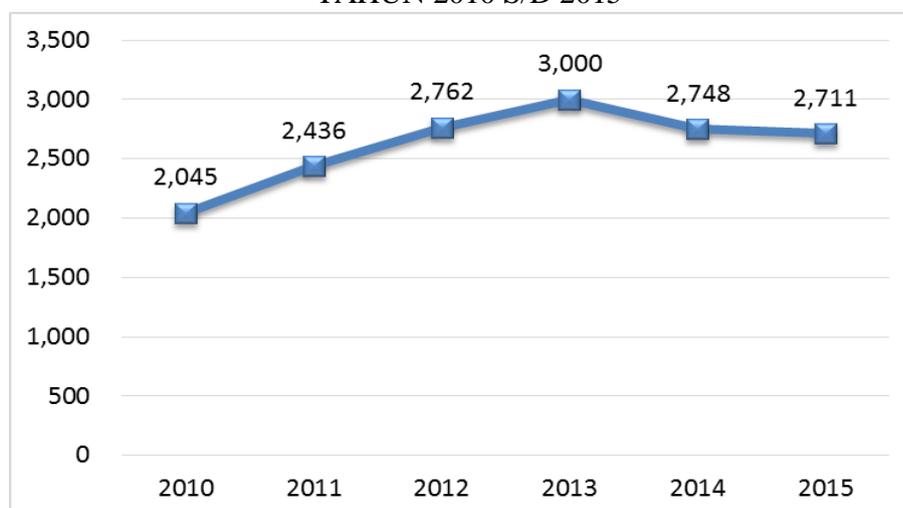
c. Pneumonia

Berdasarkan hasil riskesdas 207, prevalensi pneumonia pada balita 2,20% sedangkan hasil riskesdas 2013 prevalensi pneumonia balita adalah 1,85%. Faktor risiko yang berkontribusi terhadap insidens pneumonia pada balita tersebut antara lain malnutrisi, non ASI eksklusif, polusi udara dalam rumah, kepadatan dalam rumah, tidak diimunisasi (campak, Pertusis dan Hib) BBLR.

Salah satu upaya yang dilakukan untuk mengendalikan penyakit ini yaitu dengan meningkatkan penemuan pneumonia pada balita. 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, penderita pneumonia diklasifikasikan menjadi pneumonia ringan, sedang dan pneumonia berat. Pneumonia ringan dan sedang yang ditemukan langsung dilakukan penatalaksanaan di unit yang menemukan dengan kegiatan kunjungan rumah (Care seeking). Sedangkan penatalaksanaan Pneumonia berat penderita langsung dirujuk ke fasilitas Kesehatan Rujukan (Rumah Sakit). Perkiraan kasus pneumonia pada balita di suatu wilayah sebesar 10% dari jumlah balita di wilayah tersebut. Berikut ini gambaran penemuan pneumonia pada balita tahun 2010-2015.

GRAFIK :
CAKUPAN PENEMUAN PNEUMONIA PADA BALITA KOTA CIREBON
TAHUN 2010 S/D 2015



Sumber: Bidang PMK, 2015

Bila di perhatikan dari grafik diatas, bahwa penemuan penderita pneumonia dari tahun ke tahun mengalami peningkatan, kemudian menurun pada tahun 2014 dan 2015. Penurunan penemuan penderita pneumonia ini tidak mempengaruhi dalam memberikan penanganan penderita pneumonia, karena semua penderita dapat di tangani/tatalaksana (100%)

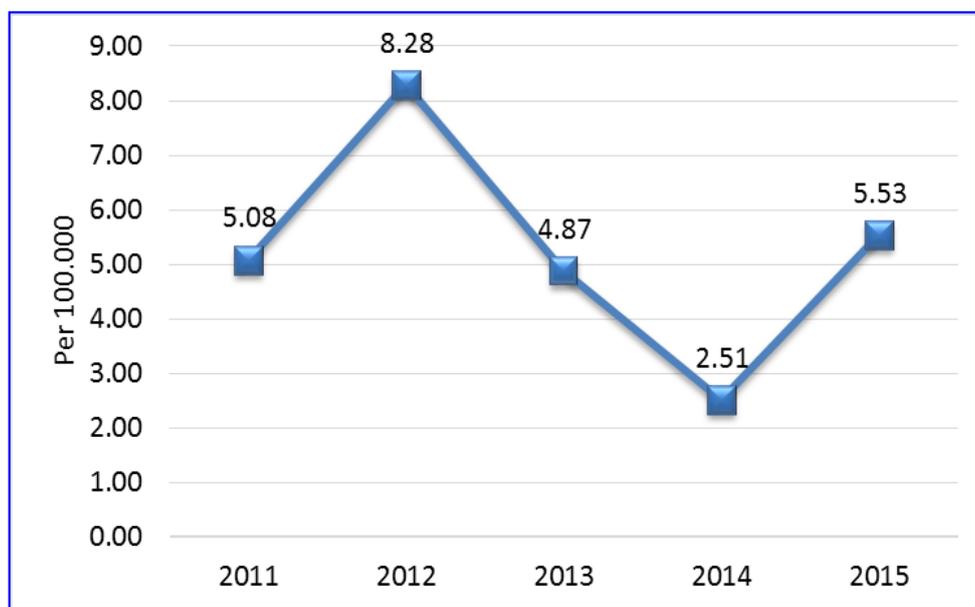
d. Kusta

Pada tahun 2000 Indonesia telah berhasil mencapai status eliminasi Kusta. Eliminasi didefinisikan sebagai pencapaian jumlah penderita terdaftar kurang dari

1 kasus per 10.000 penduduk. Dengan demikian, sejak tahun tersebut di tingkat dunia maupun nasional, kusta bukan lagi menjadi masalah kesehatan bagi masyarakat

Sejak tercapainya status eliminasi kusta, situasi kusta di Indonesia menunjukkan kondisi yang relatif statis. Hal ini dapat terlihat dari angka penemuan kasus baru kusta selama lebih dari 5 tahun yang menunjukkan kisaran angka antara 2,51 hingga 8,28 per 100.000 penduduk seperti terlihat dalam grafik berikut.

GRAFIK
ANGKA PENEMUAN KASUS BARU KUSTA (NCDR) KOTA CIREBON
TAHUN 2015

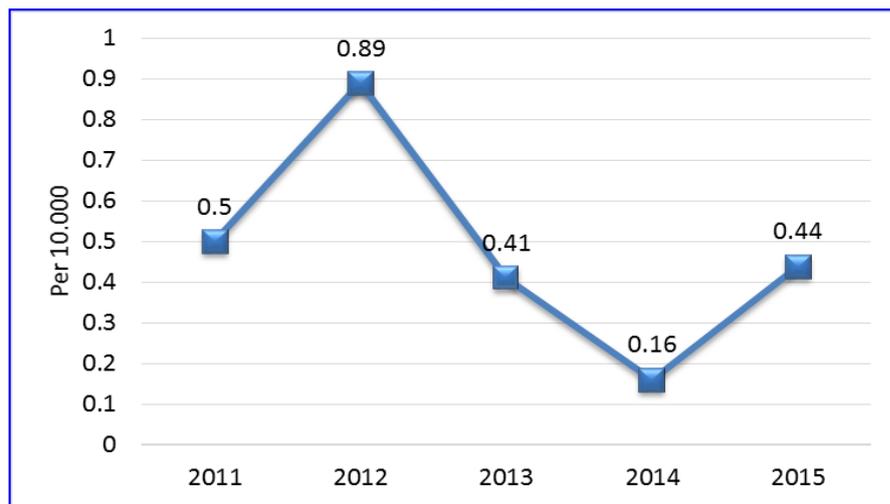


Sumber: Bidang PMK, 2015

Berdasarkan grafik diatas, angka penemuan kasus baru kusta tertinggi tahun 2012 (8,28/100.000). Tahun 2013 hingga tahun 2014 angka penemuan kasus baru terus menurun menjadi 2,51 per 100.000 penduduk. Tahun 2015 mengalami peningkatan yang cukup signifikan bila dibandingkan dengan data pada tahun sebelumnya.

Angka prevalensi kusta Kota Cirebon berkisar antara 0,16 hingga 0,89 per 10.000 penduduk per tahunnya. Angka Prevalensi kusta tertinggi pada tahun 2012 (0,89/10.000). Namun, sejak tahun 2013 sampai dengan tahun 2014 angka tersebut menunjukkan penurunan. Situasi tersebut dapat dilihat dalam grafik berikut dibawah ini:

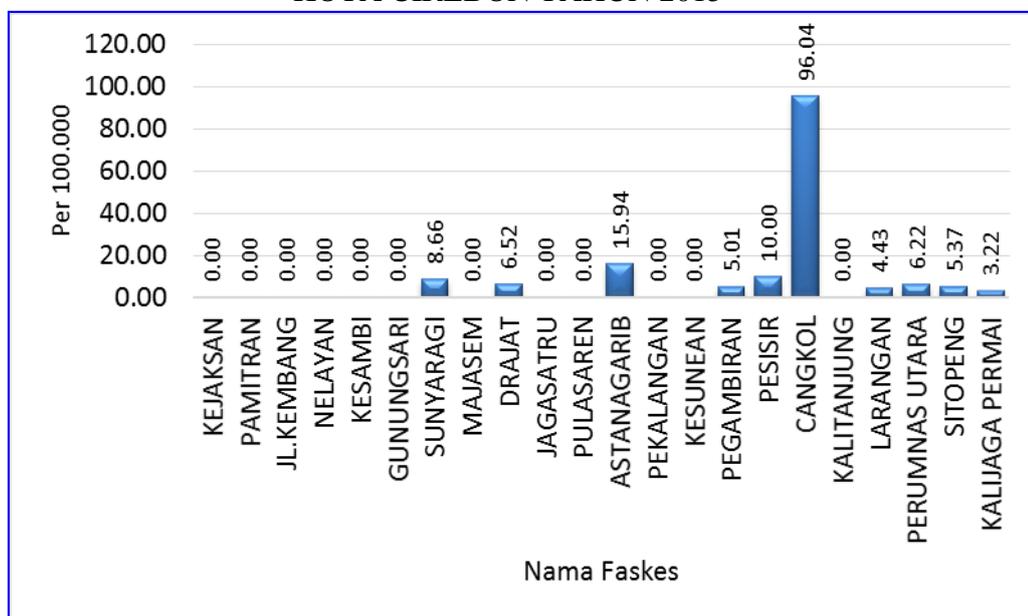
**GRAFIK
ANGKA PPREVALENSI KUSTA KOTA CIREBON
TAHUN 2015**



Sumber: Bidang PMK, 2015

Sedangkan angka penemuan kusta baru kota Cirebon tahun 2015 menurut Faskes terlihat dalam grafik berikut.

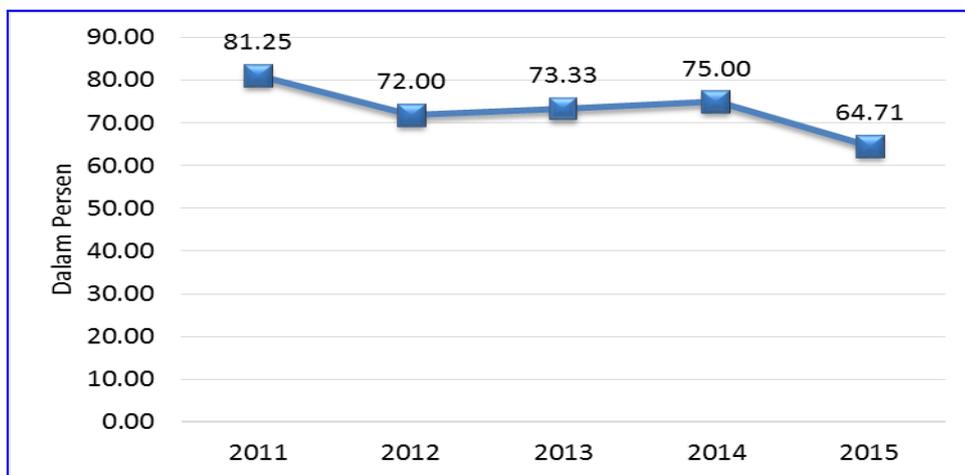
GRAFIK
ANGKA PENEMUAN KASUS BARU KUSTA (NCDR) MENURUT FASKES
KOTA CIREBON TAHUN 2015



Sumber: Bidang PMK, 2015

Penyakit kusta diklasifikasikan menjadi 2 tipe yaitu Pausi Basiler (PB) MultiBasiler (MB). Tipe MB diketahui sebagai sumber utama penularan penyakit kusta. Proporsi penderita MB diantara kasus baru kusta merupakan indikator yang digunakan untuk memperkirakan besarnya sumber penularan. Dari grafik di bawah dapat diketahui bahwa proporsi penderita MB di antara kasus baru kusta sejak tahun 2011 sampai dengan tahun 2015 masih diatas 60%. Hal ini mengindikasikan bahwa sumber penularan penyakit kusta masih tinggi. Pada tahun 2015 dilaporkan 11 kasus baru kusta tipe Multi Basiler (64,71%), lebih rendah dibandingkan tahun 2014 (75%). Grafik berikut adalah proporsi penemuan kasus baru kusta.

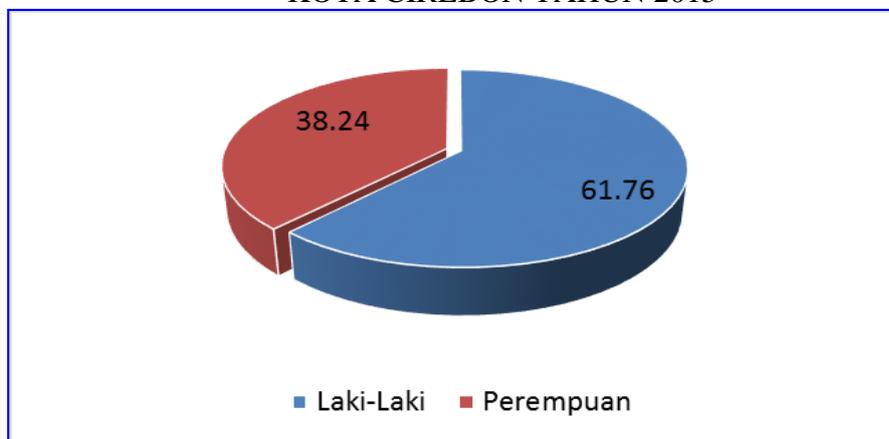
GRAFIK
PROPORSI PENDERITA KUSTA MB DIANTARA KASUS KUSTA BARU
KOTA CIREBON TAHUN 2015



Sumber: Bidang PMK, 2015

Sedangkan Proporsi penderita kusta baru menurut jenis kelamin di Kota Cirebon tahun 2015 seperti dalam grafik dibawah ini terlihat laki-laki lebih tinggi (61,76%) dibanding perempuan (38,24%).

GRAFIK
PROPORSI PENDERITA KUSTA BARU MENURUT JENIS KELAMIN
KOTA CIREBON TAHUN 2015



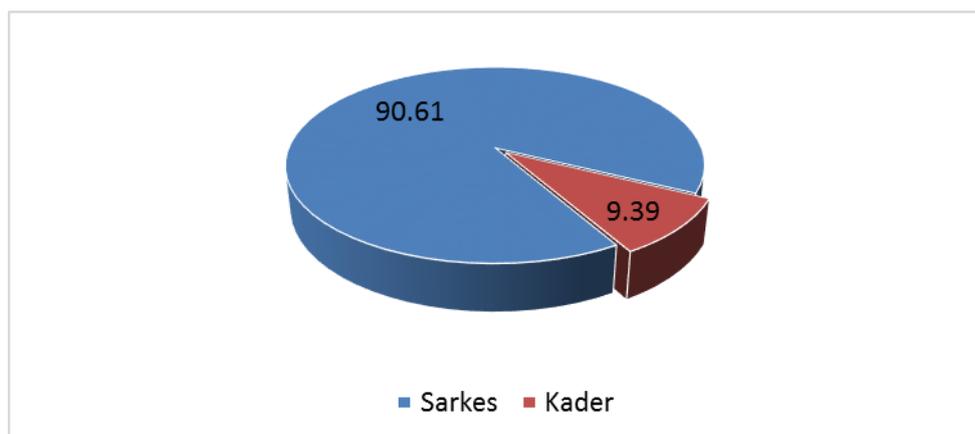
Sumber: Bidang PMK, 2015

e. Diare

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 2015 jumlah penderita diare balita 8.775 orang, dari jumlah tersebut dilayani oleh sarana kesehatan sebanyak 7.951 orang dan dilayani oleh kader kesehatan sebanyak 824 orang. Jika dibandingkan dengan penderita diare yang dilayani pada Tahun 2014 yang berjumlah 8.718 orang, terdapat peningkatan jumlah penderita diare balita yang dilayani pada Tahun 2014.

GRAFIK :

PROPORSI CAKUPAN PELAYANAN PENDERITA DIARE BERDASARKAN TEMPAT PELAYANAN KOTA CIREBON TAHUN 2015



Sumber : Bidang PMK, 2015

Penggunaan oralit pada Tahun 2015 yang dilayani oleh sarana kesehatan sebanyak 15.798 oleh kader kesehatan sebanyak 1.637 sebesar 100%, artinya semua penderita yang datang berobat diberi oralit. Jumlah pemakaian oralit pada Tahun 2015 dengan standar pemberian oralit per kasus 1200 – 1500 ml (6 bungkus oralit @ 200 ml) sedangkan jumlah pemakaian oralit Tahun 2014 sebesar 3 – 4 bungkus/ penderita

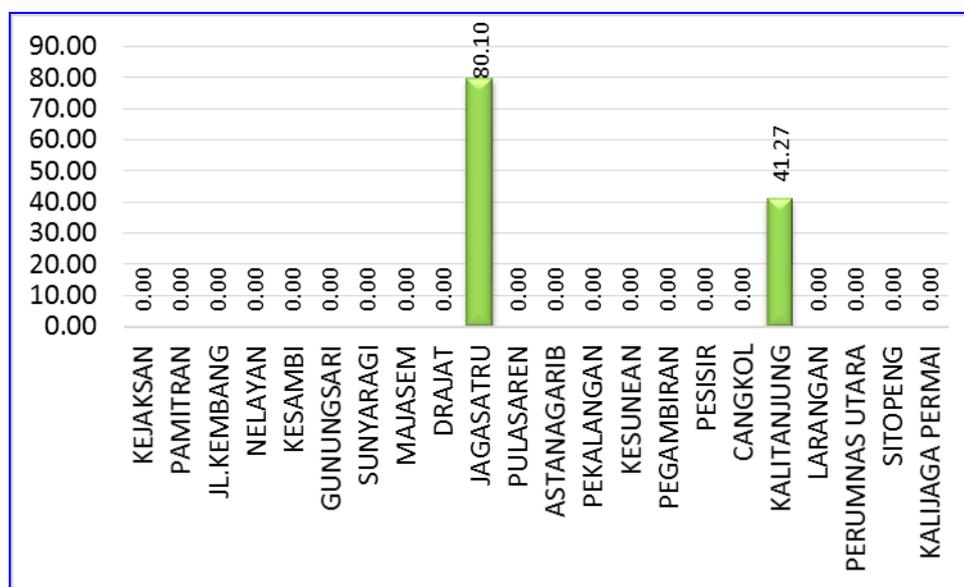
e. Acute Flaccid Paralysis (AFP)

AFP merupakan kelumpuhan yang sifatnya flaccid yang bersifat lunglai, lemas atau layuh (bukan kaku), atau terjadi penurunan kekuatan otot, dan terjadi secara akut (mendadak). Sedangkan non polio AFP adalah kasus lumpuh layuh akut yang diduga kasus Polio sampai dibuktikan dengan pemeriksaan laboratorium bukan kasus Polio. Kegiatan surveilens epidemiologi dilakukan secara aktif terhadap kasus-kasus acute flaccid paralysis (AFP) kelompok umur < 15 tahun hingga dalam kurun waktu tertentu, untuk mencari kemungkinan adanya virus Polio liar yang berkembang di masyarakat dengan pemeriksaan spesimen tinja dari kasus AFP yang dijumpai. Target Renstra Kota Cirebon tahun 2015 menetapkan non polio AFP Rate minimal 2/100.000 populasi anak usia <15 tahun.

Perkiraan Penemuan penderita kelumpuhan AFP Provinsi Jawa barat untuk Kota Cirebon adalah 2 kasus diantara 100.000 ($2/100.000 \times 78.157$) sedangkan dalam Renstra Kota Cirebon tahun 2015 Target minimal penemuan penderita AFP sebanyak 5 kasus. Strategi penemuan kasus AFP dilakukan melalui system surveilans berbasis masyarakat (Community Based Surveillance = CBS) dan melalui system Surveilans di rumah sakit (Hospital Based Surveillance = HBS). Proritas penemuan kasus AFP sebenarnya ada pada HBS diasumsikan bahwa sebagian besar kasus dengan kelumpuhan akan berobat ke rumah sakit.

Berdasarkan kegiatan surveilens AFP pada penduduk <15 tahun 2015, Kota Cirebon menemukan sebanyak 4 kasus yang terdapat di Puskesmas Jagasatru dan Puskesmas Kalitanjung masing-masing dua kasus. Sehingga Acute Flacid Paralisis (AFP) rate Kota Cirebon tahun 2015 sebesar 5,11 per 100.000 penduduk ($4/78.157 \times 100.000$). AFP rate berdasarkan Faskes sebagaimana terlihat pada grafik berikut.

GRAFIK
AFP RATE MENURUT FASKES DI KOTA CIREBON
TAHUN 2015



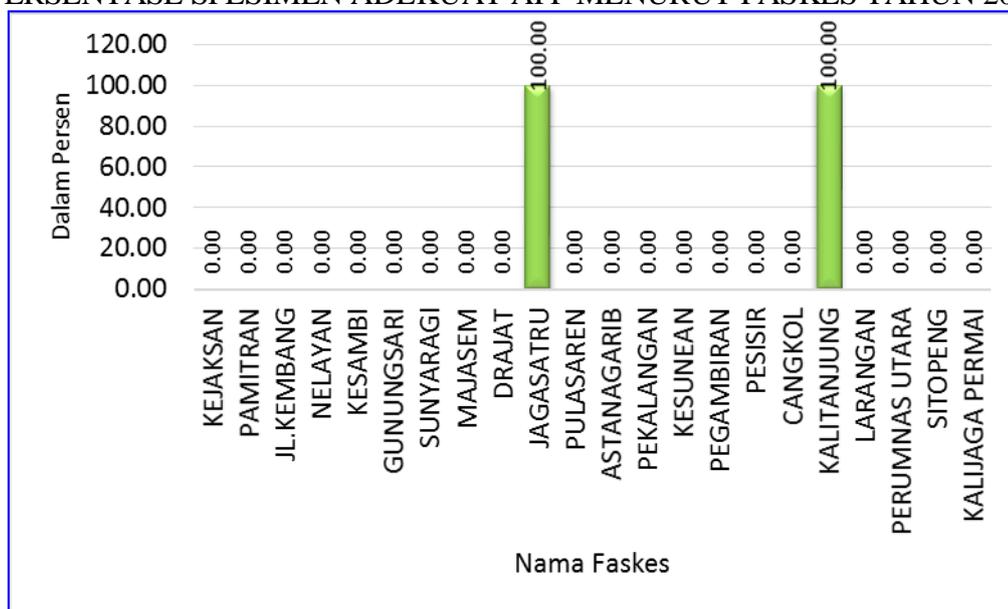
Sumber: Bidang PMK, 2015

Grafik diatas memperlihatkan bahwa 22 Faskes yang ada di Kota Cirebon, hanya dua Faskes yang menemukan kasus AFP yaitu Jagasatru 2 kasus (AFP rate 80,11/100.000) dan Kalitanjung 2 kasus (AFP rate 41,27/100.000). Penemuan penderita kelumpuhan AFP ini belum memenuhi target Kota Cirebon tetapi target provisi Jawa Barat telah melampaui.

Setiap kasus AFP yang ditemukan dalam kegiatan intensifikasi surveilens, dilakukan pemeriksaan spesimen tinja untuk mengetahui ada tidaknya virus Polio liar yang menyerang masyarakat. Pengambilan dan pengiriman sample tinja sebanyak dua kali dengan interval 24 jam yang dikirimkan ke Laboratorium Bio Farma Bandung. Pengambilan specimen yang adekuat dan tepat waktu pada semua kasus AFP sangat diperlukan untuk membuktikan virus Non Polio.

Penatalaksanaan spesimen adekuat kasus AFP tampak dalam grafik berikut dibawah ini.

GRAFIK
 PERSENTASE SPESIMEN ADEKUAT AFP MENURUT FASKES TAHUN 2015



Sumber: Bidang PMK, 2015

Standar spesimen adekuat yaitu $\geq 80\%$. Pada tahun 2014 spesimen adekuat di Kota Cirebon sebesar 100%. Dengan demikian spesimen adekuat secara Kota Cirebon telah sesuai standar.

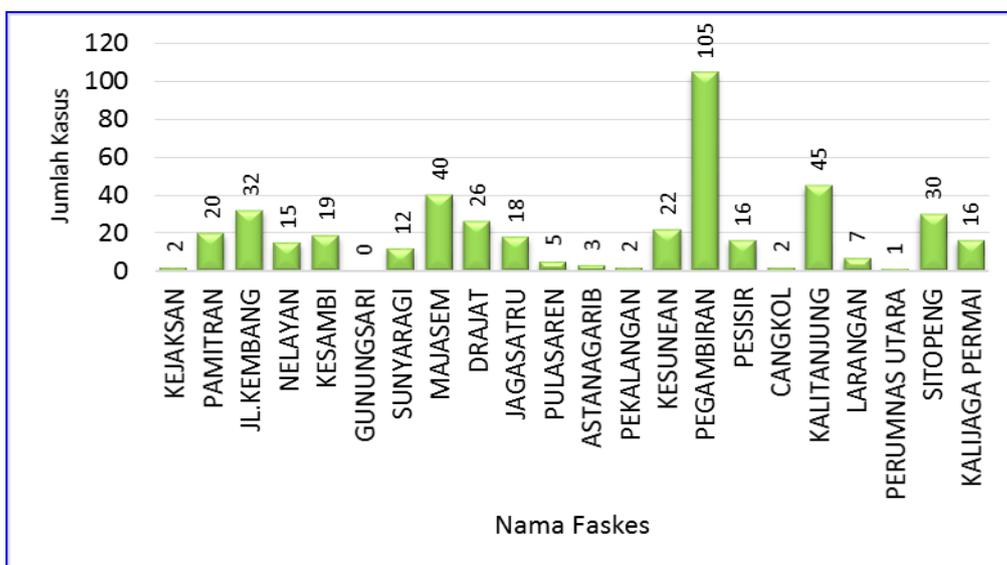
Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium BIO FARMA, dari 4 kasus yang diperiksa semua menunjukkan hasil negatif polio (berarti tidak ditemukan virus polio liar).

f. Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I)

PD3I (penyakit menular yang dapat dicegah dengan imunisasi) merupakan penyakit yang diharapkan dapat diberantas/ditekan dengan pelaksanaan program imunisasi. Cakupan imunisasi yang senantiasa tinggi diperlukan untuk mencegah individu terpapar penyakit yang berbahaya dan mencegah penularan di masyarakat. Jenis-jenis Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I) saat ini yang masuk kedalam program imunisasi adalah Tuberculosis, Difteri, Pertusis, Polio, Campak, Tetanus dan Hepatitis B.

Berdasarkan hasil kegiatan surveilans epidemiologi PD3I Kota Cirebon tahun 2015 tidak ada faskes yang melaporkan kasus penyakit dipteri, pertusis dan tetanus neonatorum. Sedangkan jumlah kasus campak yang dilaporkan tahun 2015 sebanyak 438 orang. Jauh lebih tinggi dibandingkan dengan penemuan kasus campak tahun 2014 sebanyak 186 kasus yang tersebar sebagai berikut.

GRAFIK
JUMLAH KASUS CAMPAK KOTA CIREBON MENURUT FASKES
TAHUN 2015



Sumber: Bidang PMK, 2015

Grafik diatas memperlihatkan kasus terbanyak terjadi di pegambiran 108 kasus dan terkecil Gunungsari 0 kasus. Kasus campak di Pegambiran terjadi sepanjang tahun 2015 dan tersebar disemua wilayah sehingga tidak menimbulkan KLB di Wilayah tersebut. Setiap kasus campak yang ditemukan ditindaklanjuti dengan pengambilan serum penderita campak untuk konfirmasi ke Laboratorium Bio Farma Bandung. Kasus Campak yang dapat diambil serum untuk ditindaklanjuti pemeriksaan sebanyak 120 kasus terdiri dari Positif campak 40 kasus (33,3%), positif rubela 44 kasus (36,7%) dan Negatif Campak/rubela 36 kasus (30%).

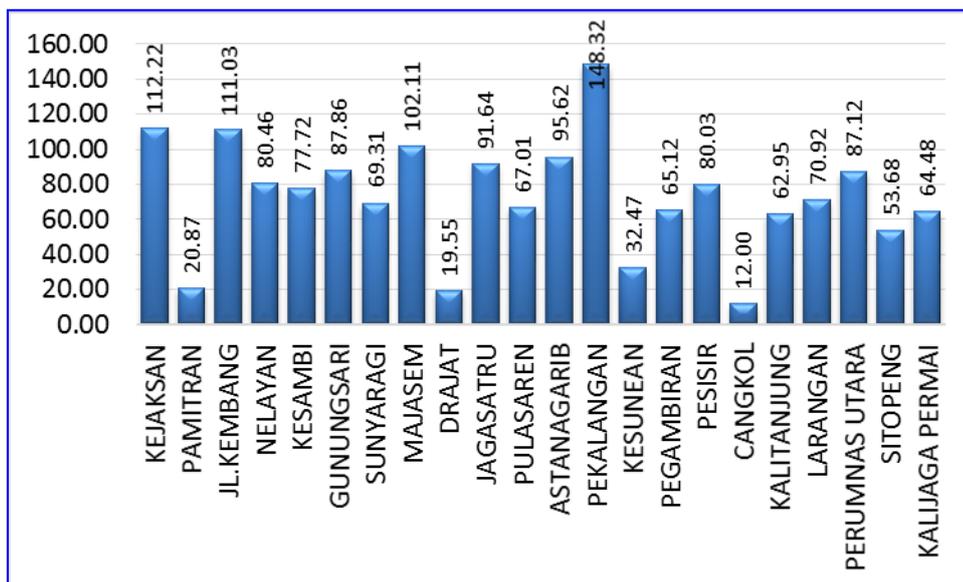
g. Angka Kesakitan dan Kematian Demam Berdarah Dengue (DBD)

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue, yang masuk ke peredaran darah manusia melalui gigitan nyamuk dari genus *Aedes*, misalnya *Aedes aegypti* atau *Aedes albopictus*. Penyakit DBD dapat muncul sepanjang tahun dan dapat menyerang seluruh kelompok umur. Penyakit ini berkaitan dengan kondisi lingkungan dan perilaku masyarakat.

Berdasarkan laporan yang bersumber dari laporan bulanan Dinas Kesehatan Provinsi dapat dilihat bahwa pada tahun 2010 kasus DBD lebih tinggi (156.086 kasus) dibanding tahun 2011 s/d tahun 2013. Meskipun pada tahun 2011 kasus DBD turun menjadi 62.725 kasus, namun tahun 2012 meningkat kembali menjadi 90.245 kasus pada tahun 2013 kembali naik dibanding tahun 2012 menjadi 112.511 kasus. Pada tahun 2014 terjadi penurunan kasus menjadi 100.347 dibandingkan tahun 2013.

Berdasarkan laporan S0 yang berasal dari Rumah Sakit tahun 2015 jumlah penderita Demam berdarah yang dilaporkan sebanyak 220 penderita dengan rata-rata perbulan 18 penderita. Jumlah ini lebih rendah dibandingkan dengan tahun 2014 sebanyak 318 penderita dengan rata-rata perbulan 26 penderita. Sehingga Angka Incidence Rate/Angka kesakitan tahun 2015 sebesar 71,5 per 100.000 penduduk dan angka Incidence Rate/Angka kesakitan tahun 2014 sebesar 100,7 per 100.000 penduduk. Angka Kesakitan DBD tahun 2015 menurut Faskes sebagai berikut.

GRAFIK
ANGKA KESAKITAN DEMAM BERDARAH KOTA CIREBON
MENURUT FASKES
TAHUN 2015



Sumber: Bidang PMK, 2015

Jumlah kematian DBD yang dilaporkan tahun 2015 sebanyak 5 orang dengan CFR/angka kematian sebesar 2,3% lebih tinggi dibandingkan tahun 2014 dengan jumlah kematian 7 orang dengan CFR/angka kematian sebesar 2,2%.

h. Angka Kesakitan Malaria

Malaria adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh parasit Plasmodium yang hidup dan berkembang biak dalam sel darah merah manusia, ditularkan oleh nyamuk malaria (*Anopheles*) betina, dapat menyerang semua orang baik laki-laki ataupun perempuan pada semua golongan umur dari bayi, anak-anak dan orang dewasa.

Kegiatan yang dilakukan dalam menemukan kasus malaria di Kota Cirebon adalah melalui pemeriksaan darah pada setiap kasus panas. Pada tahun 2014 tidak terdapat kasus malaria yang dilaporkan.

i. Kasus Penyakit Filariasis Ditangani

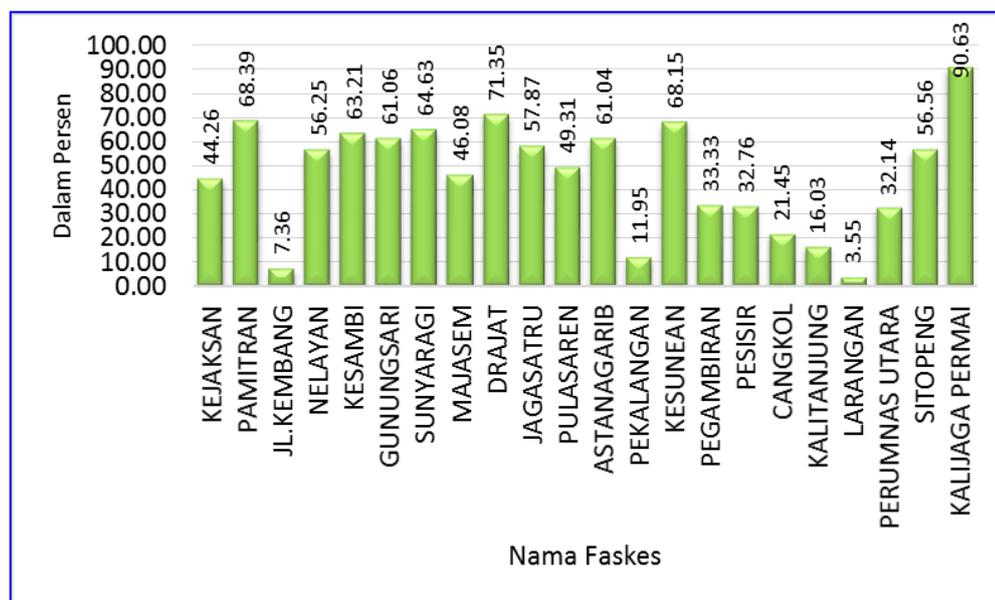
Filariasis adalah penyakit yang disebabkan oleh parasit berupa cacing filaria, yang terdiri dari tiga spesies yaitu *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* dan *Brugia timori*. Penyakit ini menginfeksi jaringan limfe (getah bening). Filariasis menular melalui gigitan nyamuk yang mengandung cacing filaria dalam tubuhnya. Dalam tubuh manusia, cacing tersebut tumbuh menjadi cacing dewasa dan menetap di jaringan limfe sehingga menyebabkan pembengkakan di kaki, tungkai, payudara, lengan dan organ genital. Pada tahun 2014 tidak terdapat kasus filariasis yang dilaporkan.

j. Persentase hipertensi/tekanan darah

Penduduk yang berusia >18 tahun yang dilakukan pengukuran tekanan darah minimal satu tahun sekali di suatu wilayah. Pengukuran dapat dilakukan di dalam unit pelayanan kesehatan primer, pemerintah maupun swasta, di dalam maupun di luar gedung. Hipertensi/tekanan darah tinggi Peningkatan tekanan darah yaitu keadaan dimana tekanan darah sistolik lebih besar atau sama dengan 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik lebih besar atau sama dengan 90 mmHg (Joint National Committee on Prevention Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure VII/JNC-VII, 2003).

Berdasarkan hasil laporan kegiatan puskesmas di Kota Cirebon tahun 2015, jumlah pengukuran tekanan darah pada usia >18 tahun adalah 21.944 orang terdiri dari laki-laki 10.549 orang dan perempuan 11.395 orang. Jumlah penduduk usia >18 tahun yang mempunyai tekanan darah tinggi sebanyak 8.537 orang terdiri dari laki-laki 3.797 orang dan perempuan 4.740 orang. Prosentasi Tekanan darah tinggi terhadap jumlah penduduk usia >18 tahun dilakukan tekanan darah adalah 39%. Persentasi menurut Faskes terlihat dalam grafik berikut.

GRAFIK
PROSENTASI TEKANAN DARAH TINGGI TERHADAP PENDUDUK USIA
>15 TAHUN DILAKUKAN TEKANNAN DARAH DI KOTA CIREBON
MENURUT FASKES
TAHUN 2015



Sumber: Bidang PMK, 2015

Persentase Tekanan darah tinggi tertinggi di Puskesmas Kalijaga Permai (90,63%) diikuti Puskesmas Drajat (71,35%) dan Puskesmas Pamitran (68,39%). Sedangkan Prosentasi terendah di Puskesmas Larangan (3,35%), diikuti Puskesmas Jalan Kembang (7,36%) dan Puskesmas Pekalangan (11,95%).

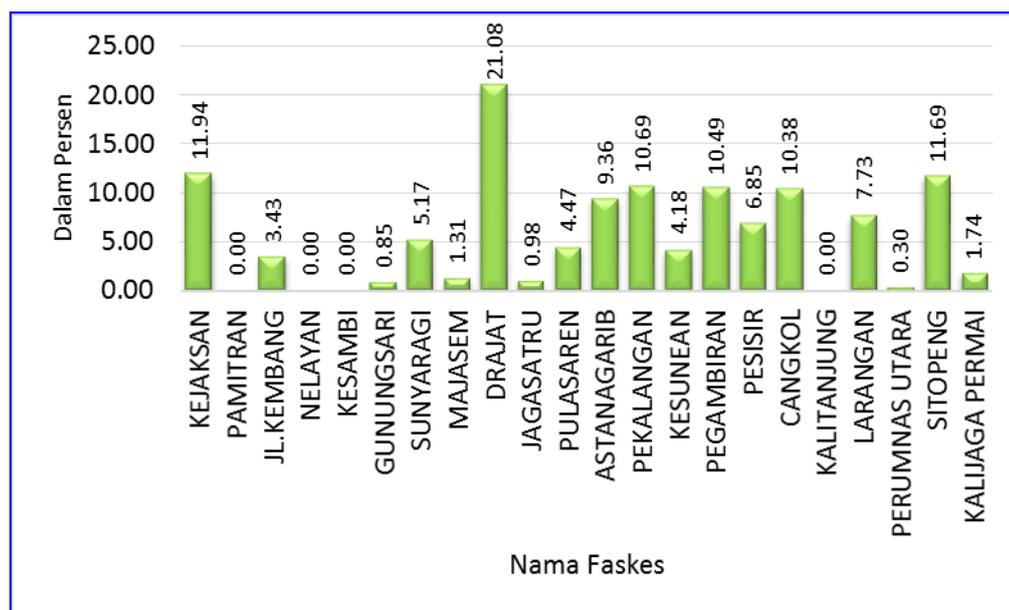
k. Persentase obesitas

Obesitas merupakan suatu epidemik global sehingga menjadi masalah kesehatan yang harus segera ditangani, karena kejadian obesitas memiliki relevansi yang kuat terhadap peningkatan kejadian PTM. Obesitas adalah terjadinya penimbunan lemak yang berlebihan pada tubuh yang dapat menimbulkan risiko bagi kesehatan. Dikatakan obesitas apabila hasil pengukuran Indeks Massa Tubuh (IMT)

> 25. Obesitas diukur tiap pasien usia ≥ 15 tahun datang ke FPKTP atau posbindu satu kali dalam satu tahun. Pada yang bermasalah berat badan/obese dapat dilakukan evaluasi tiap bulan atau minimal 3 bulan sekali Dilaporkan satu tahun sekali, hasil yang dilaporkan adalah pengukuran terakhir

Berdasarkan hasil laporan kegiatan puskesmas di Kota Cirebon tahun 2015, jumlah pemeriksaan obesitas pasien usia >15 tahun adalah 18.654 orang terdiri dari laki-laki 7.714 orang dan perempuan 10.940 orang. Jumlah Obesitas yang ditemukan 977 orang terdiri dari laki-laki 297 orang dan perempuan 680 orang. Sehingga prosentasi obesitas terhadap jumlah pemeriksaan obesitas usia >15 tahun adalah 5,24%. Persentasi menurut Faskes terlihat dalam tabel berikut.

GRAFIK
PROSENTASI OBESITAS TERHADAP PEMERIKSAAN USIA >15 TAHUN
KOTA CIREBON MENURUT FASKES
TAHUN 2015



Sumber: Bidang PMK, 2015

Prosentasi Obesitas tertinggi di Puskesmas Drajat (21,08%) diikuti Puskesmas Kejaksan (11,94%) dan Puskesmas Sitopeng (11,69%). Sedangkan Puskesmas Pamitran, Puskesmas Nelayan, Puskesmas Kesambidan Puskesmas Kalitanjung masih 0,0%.

1. Cakupan Desa/Kelurahan terkena KLB ditangani < 24 jam

Kejadian Luar Biasa adalah Timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan dan atau kematian yang bermakna secara epidemiologis pada suatu desa/kelurahan dalam waktu tertentu. Desa/ kelurahan KLB merupakan Jumlah KLB di desa/kelurahan dimana terjadi peningkatan kesakitan atau kematian penyakit potensial KLB, penyakit karantina atau keracunan makanan. Penanggulangan KLB kurang dari 24 jam yaitu sejak laporan W1 diterima sampai penyelidikan dilakukan dengan catatan selain formulir W1 dapat juga berupa faximili atau telepon.

Penyelidikan KLB adalah rangkaian kegiatan berdasarkan cara-cara epidemiologi untuk memastikan adanya suatu KLB, mengetahui gambaran penyebaran KLB dan mengetahui sumber dan cara-cara penanggulangannya. Penanggulangan KLB merupakan Upaya untuk menemukan penderita atau tersangka penderita, penatalaksanaan penderita, pencegahan peningkatan, perluasan dan menghentikan suatu KLB

Berdasarkan hasil Pemantauan SKD KLB melalui EWARS Pada tahun 2015 terjadi peningkatan kasus klinis campak sebanyak 2 kali. Peningkatan kasus Campak di Kelurahan Karyamuya puskesmas Majasem terjadi mulai minggu ke-5 sampai minggu ke-7 dan Kelurahan Argasunya Puskesmas Sitopeng mulai minggu ke-9 sampai minggu ke-11 tahun 2015.

Adanya kenaikan kasus klinis campak ini ditindaklanjuti dengan konfirmasi dan penyelidikan epidemiologi ke Puskesmas yang bersangkutan. Hasil penyelidikan epidemiologi terduga KLB di Puskesmas Majasem terjadi di RT 05 RW 04 Kelurahan Karya Mulya mulai tanggal 5 february 2015 dan berakhir tgl 28 february 2015. Jumlah penderita yang ditemukan sebanyak 37 orang dengan atack rate 0,16%. Sedangkan Hasil penyelidikan epidemiologi terduga KLB di Puskesmas Sitopeng terjadi di RT 01 RW 09 Kelurahan Argasunya mulai tanggal 4 maret 2015 dan berakhir tanggal 17 maret 2015. Jumlah penderita yang ditemukan sebanyak 7 (atack rate 0,05%) dan 1 orang meninggal (CRF 12,5%).

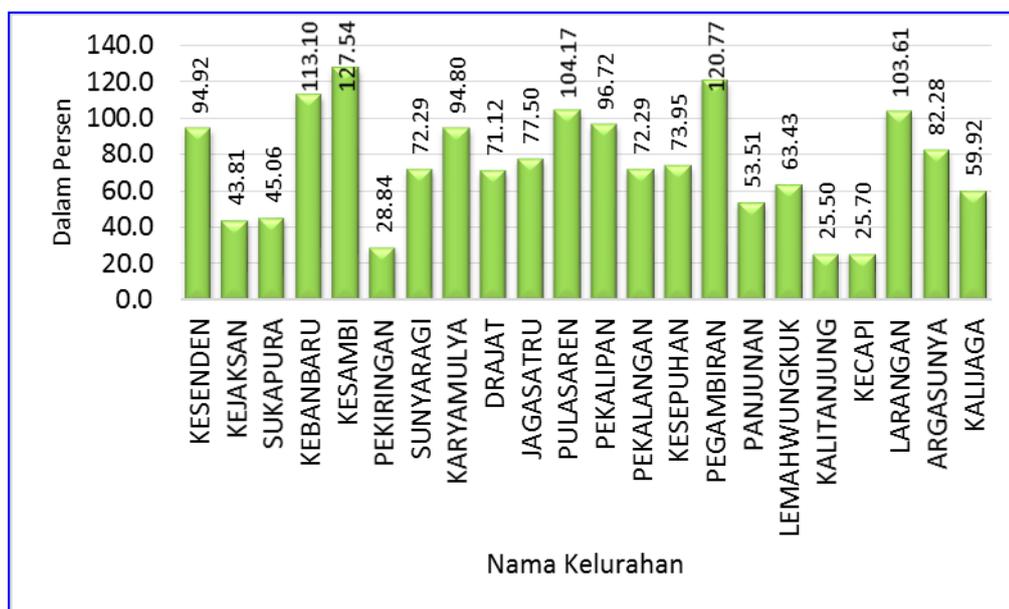
Tatalaksana KLB kasus campak klinis di lapangan dilakukan dengan memberikan Pengobatan pada penderita yang tidak komplikasi berupa antipiretik, Pemberian vitamin A dosis tinggi, Pengobatan komplikasi di puskesmas dan Pengambilan serum darah penderita di puskesmas.

m. Persentase Cakupan Imunisasi TT pada Ibu Hamil dan WUS

Salah satu upaya untuk mencapai eliminasi tetanus neonatorum adalah pemberian imunisasi TT pada wanita usia subur, termasuk ibu hamil untuk memberikan perlindungan seumur hidup terhadap penyakit tetanus. Perlindungan seumur hidup tersebut dapat diperoleh dengan imunisasi TT sebanyak lima dosis sesuai dengan interval atau jarak waktu yang dianjurkan.

Cakupan TT2+ ibu hamil kota cirebon tahun 2015 yaitu sebesar 74,19%, belum mencapai target (80%). Dari 22 Kelurahan hanya 9 yang mencapai target 80% yaitu kelurahan Kesenden, Kelurahan Kebon Baru, Kelurahan Kesambi, Kelurahan Karyamulya, Kelurahan Pulasaren, Kelurahan Pekalipan, Kelurahan Pegambiran, Kelurahan Larangan dan Kelurahan Argasunya. Cakupan Tertinggi adalah kelurahan Kesambi (120%) dan terendah kelurahan Harjamukti (25,49%). Cakupan TT2+ Ibu Hamil berdasarkan kelurahan sebagai berikut dibawah ini.

GRAFIK
CAKUPAN TT2+ IBU HAMIL KOTA CIREBON BERDASARKAN
KELURAHAN
TAHUN 2015

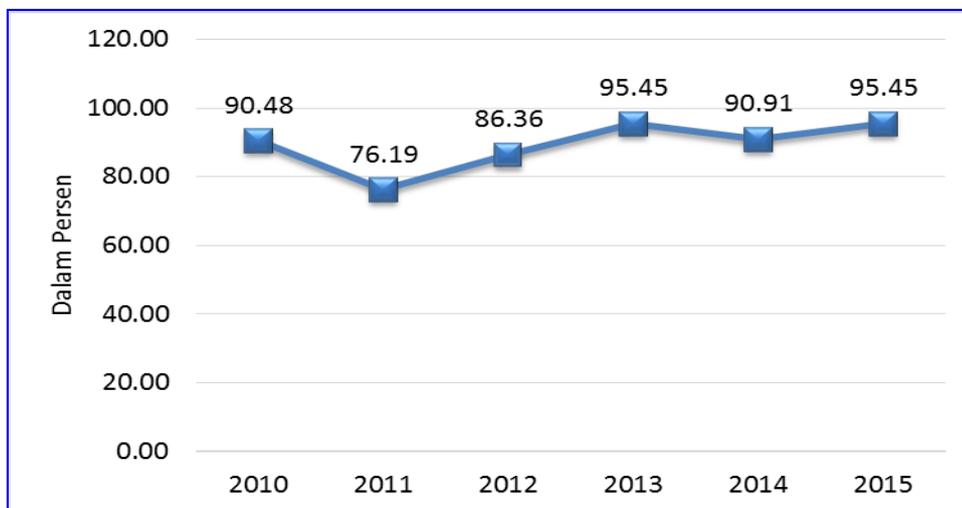


Sumber: Bidang PMK, 2015

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

Universal Child Immunization atau yang biasa disingkat UCI adalah gambaran suatu desa/kelurahan dimana $\geq 80\%$ dari jumlah bayi (0-11 bulan) yang ada di desa/kelurahan tersebut sudah mendapat imunisasi dasar lengkap. Target UCI Kota Cirebon yang tercantum pada Renstra tahun 2015 adalah sebesar 95%. Pencapaian UCI Kota Cirebon pada tahun 2015 adalah 95,45% lebih tinggi dari UCI tahun 2014 (90,91%). Dari 22 Kelurahan yang ada hanya satu kelurahan yang belum mencapai target yaitu Kelurahan Argasunya. Cakupan Desa UCI tahun 2010 sampai dengan 2015 seperti yang nampak pada grafik berikut ini.

GRAFIK
CAKUPAN DESA UCI KOTA CIREBON BERDASARKAN KELURAHAN
TAHUN 2015



Sumber: Bidang PMK, 2015

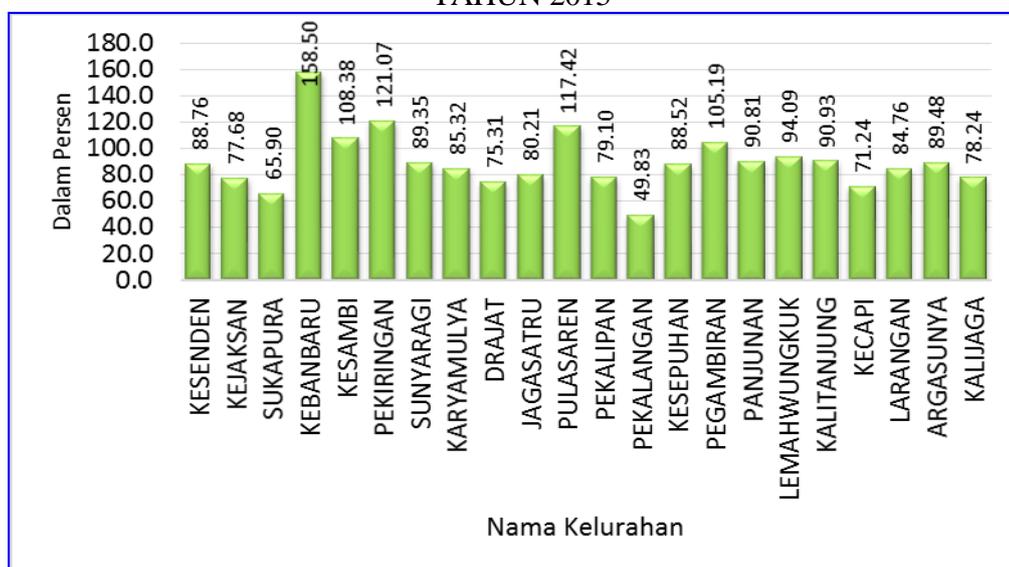
o. Persentase Cakupan Imunisasi Bayi.

Sebagai salah satu kelompok yang menjadi sasaran program imunisasi, setiap bayi wajib mendapatkan lima Imunisasi dasar Lengkap (LIL) yang terdiri dari : 1 dosis BCG, 3 dosis DPT, 4 dosis polio, 3 dosis hepatitis B, dan 1 dosis campak. Imunisasi melindungi anak terhadap beberapa Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I). Imunisasi BCG dapat melindungi anak dari penyakit tuberculosis. Imunisasi DPT dapat mencegah penyakit diptheri, pertusis dan tetanus. Diptheri menyebabkan infeksi saluran pernafasan atas, yang dalam beberapa kasus dapat menyebabkan kesulitan bernafas bahkan kematian. Tetanus menyebabkan kekakuan otot dan kekejangan otot yang menyakitkan dan dapat mengakibatkan kematian. Pertusis atau batuk rejan mempengaruhi saluran pernafasan dan dapat menyebabkan batuk hingga delapan minggu. Imunisasi Polio dapat mencegah penyakit Polio, tanda-tanda polio adalah tungkai tiba-tiba lumpuh dan sulit untuk bergerak. Dari 200 anak yang terinfeksi polio, maka satu orang akan menjadi cacat sepanjang hidupnya.

Dari sudut pandang program, cakupan imunisasi BCG, HB (<7 hari), DPT-HB1/DPT-HB-Hib1 merupakan indikator bagi jangkauan program, cakupan imunisasi DPT-HB3/DPT-HB-Hib3, Polio 4 dan Campak merupakan indikator bagi tingkat perlindungan, sedangkan Drop Out/DO (DPTHB1/DPT-HB-Hib1)-(DPT-HB3/DPT-HB-Hib3) atau (DPTHB1/DPT-HB-Hib1)-campak adalah indikator manajemen program. Tiap jenis imunisasi tersebut memiliki target cakupan masing-masing.

Cakupan imunisasi HB0 (<7 hari) Kota Cirebon tahun 2015 adalah 88,49%, telah mencapai target 80%. Cakupan ini lebih rendah dari tahun 2014 sebesar 95,35%. Cakupan Tertinggi adalah kelurahan Kebon Baru (158,5%) dan terendah kelurahan Pekalangan (49,83%). Kelurahan yang belum mencapai target 80% adalah Kelurahan Kejaksan, Kelurahan Sukapura, Kelurahan Drajat, Kelurahan Pekalangan, Kelurahan Kecapi dan Kelurahan kalijaga. Cakupan Imunisasi HB0 (<7 hari) berdasarkan kelurahan sebagai berikut dibawah ini.

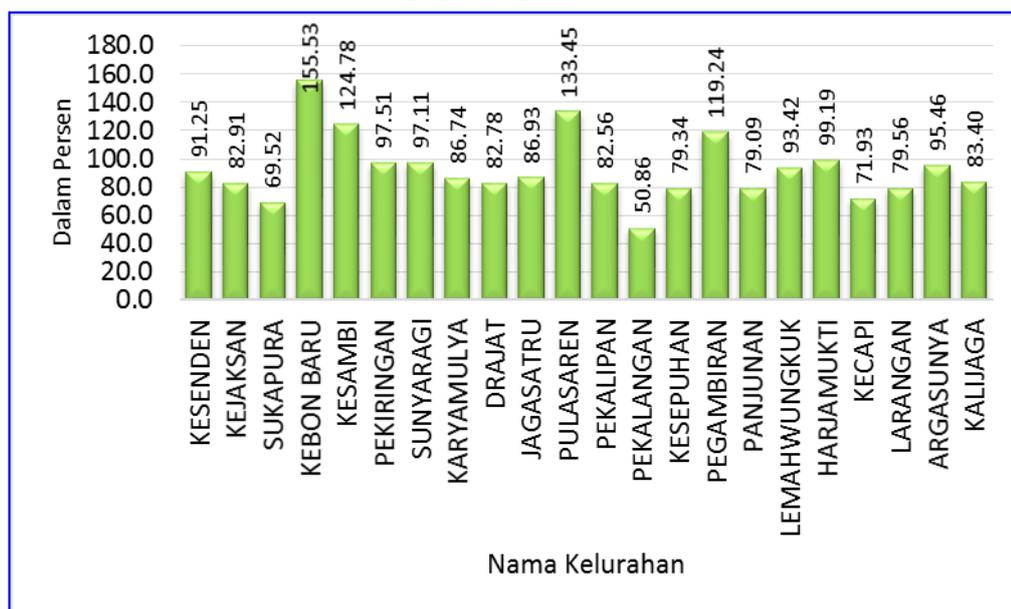
GRAFIK
CAKUPAN IMUNISASI HB0 (<7 HARI) KOTA CIREBON BERDASARKAN
KELURAHAN
TAHUN 2015



Sumber: Bidang PMK, 2015

Cakupan imunisasi BCG Kota Cirebon tahun 2015 adalah 91,05%, belum mencapai target renstra 98%. Cakupan ini lebih rendah dari tahun 2014 sebesar 92%. Cakupan Tertinggi adalah kelurahan Kebon Baru (155,5%) dan terendah kelurahan Pekalangan (50,86%). Kelurahan yang telah mencapai target 98% adalah Kelurahan Kebon Baru, Kelurahan Kesambi, Kelurahan Pegambiran dan Kelurahan Harjamukti. Cakupan Imunisasi BCG berdasarkan kelurahan sebagai berikut dibawah ini.

GRAFIK
CAKUPAN IMUNISASI BCG KOTA CIREBON BERDASARKAN
KELURAHAN
TAHUN 2015

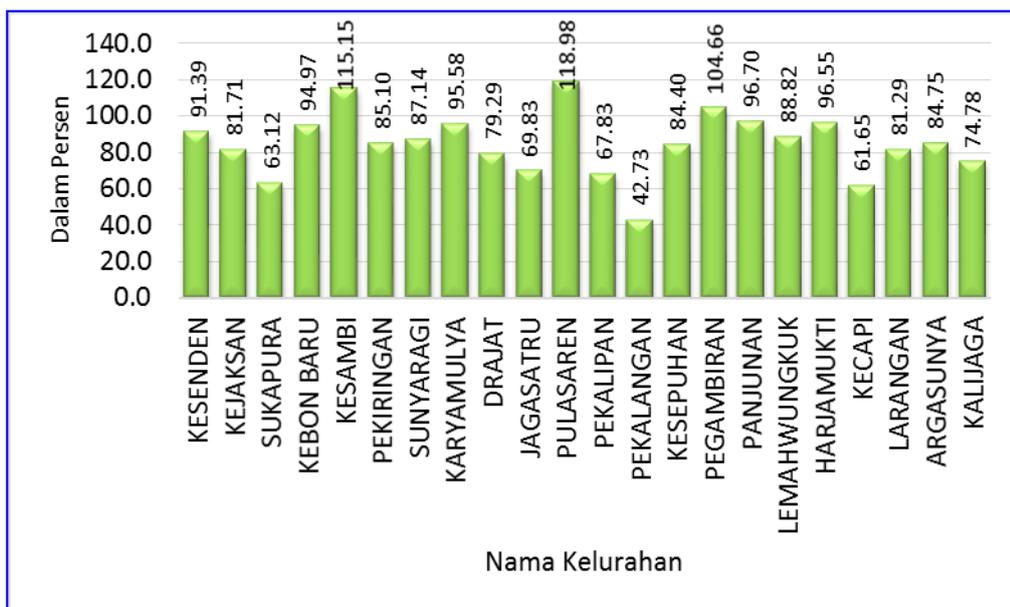


Sumber: Bidang PMK, 2015

Cakupan imunisasi DPT-HB-Hib3 Kota Cirebon tahun 2015 adalah 84,59%, belum mencapai target renstra 90%. Cakupan ini lebih rendah dari tahun 2014 sebesar 87,2%. Cakupan Tertinggi adalah kelurahan Pulasaren (118,98%) dan terendah kelurahan Pekalangan (42,73%). Kelurahan yang telah mencapai target 90% adalah Kelurahan Kesenden, Kelurahan Kebon Baru, Kelurahan Kesambi,

Kelurahan Pulasaren, Kelurahan Pegambiran, Kelurahan Panjunan dan Kelurahan Harjamukti. Cakupan Imunisasi DPT-HB-Hib3 berdasarkan kelurahan sebagai berikut dibawah ini.

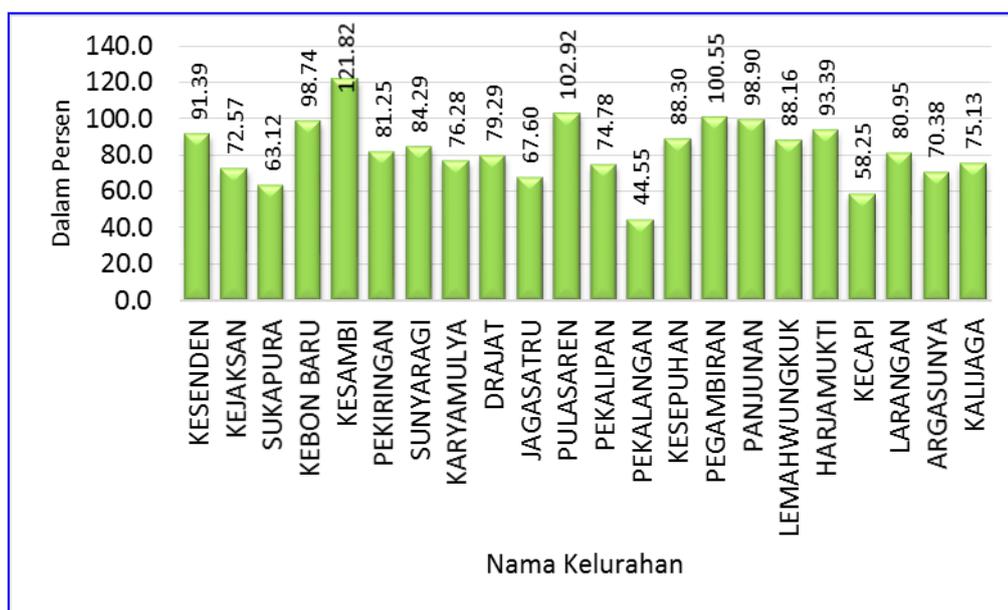
GRAFIK
CAKUPAN IMUNISASI DPT-HB-Hib3 KOTA CIREBON BERDASARKAN
KELURAHAN
TAHUN 2015



Sumber: Bidang PMK, 2015

Cakupan imunisasi Polio 4 Kota Cirebon tahun 2015 adalah 81,27%, belum mencapai target renstra 90%. Cakupan ini lebih rendah dari tahun 2014 sebesar 87,36%. Cakupan Tertinggi adalah Kelurahan Kesambi (121,82%) dan terendah kelurahan Pekalangan (44,55%). Kelurahan yang telah mencapai target 90% adalah Kelurahan Kesenden, Kelurahan Kebon Baru, Kelurahan Kesambi, Kelurahan Pulasaren, Kelurahan Pegambiran, Kelurahan Panjunan dan Kelurahan Harjamukti. Cakupan Imunisasi Polio 4 berdasarkan kelurahan sebagai berikut dibawah ini.

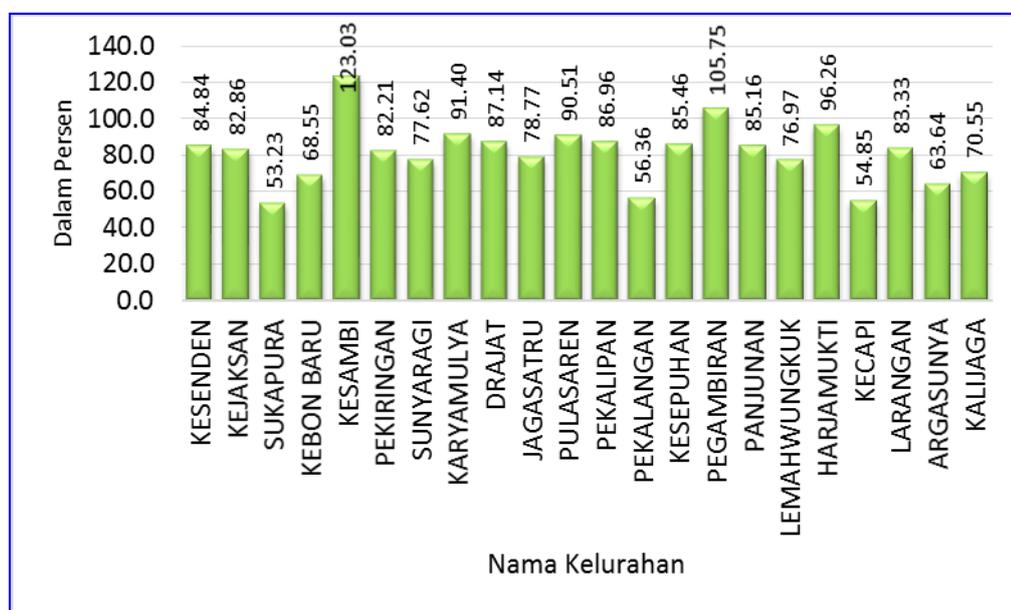
GRAFIK
CAKUPAN IMUNISASI POLIO 4 KOTA CIREBON BERDASARKAN
KELURAHAN
TAHUN 2015



Sumber: Bidang PMK, 2015

Cakupan imunisasi Campak Kota Cirebon tahun 2015 adalah 80,53%, belum mencapai target renstra 90%. Cakupan ini lebih rendah dari tahun 2014 sebesar 84,7%. Cakupan Tertinggi adalah Kelurahan Kesambi (123,03%) dan terendah kelurahan Sukapura (53,23%). Kelurahan yang telah mencapai target 90% adalah Kelurahan Kesambi, Kelurahan Pulasaren, Kelurahan Pegambiran dan Kelurahan Harjamukti. Cakupan Imunisasi Polio 4 berdasarkan Kelurahan sebagai berikut dibawah ini.

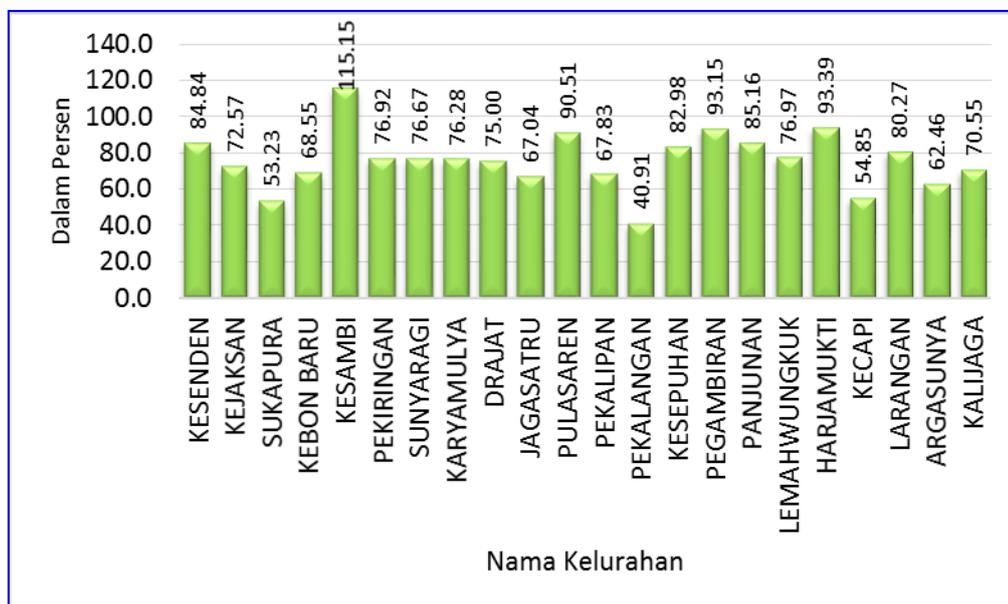
GRAFIK
CAKUPAN IMUNISASI CAMPAK KOTA CIREBON BERDASARKAN
KELURAHAN
TAHUN 2015



Sumber: Bidang PMK, 2015

Keberhasilan program imunisasi dapat diukur melalui cakupan imunisasi dasar lengkap pada bayi (0-11 bulan). Cakupan imunisasi dasar lengkap Kota Cirebon tahun 2015 adalah 75,56%. Cakupan ini lebih rendah dari tahun 2014 sebesar 84,67%. Cakupan Tertinggi adalah Kelurahan Kesambi (115,15%) dan terendah kelurahan Pekalangan (40,91%). Kelurahan yang telah mencapai target 90% adalah Kelurahan Kesambi, Kelurahan Pulasaren, Kelurahan Pegambiran dan Kelurahan Harjamukti. Cakupan Imunisasi Polio 4 berdasarkan Kelurahan sebagai berikut dibawah ini.

GRAFIK
CAKUPAN IMUNISASI DASAR LENGKAP KOTA CIREBON
BERDASARKAN KELURAHAN TAHUN 2015



Sumber: Bidang PMK, 2015

3.3. Status Gizi

Status Gizi Balita

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

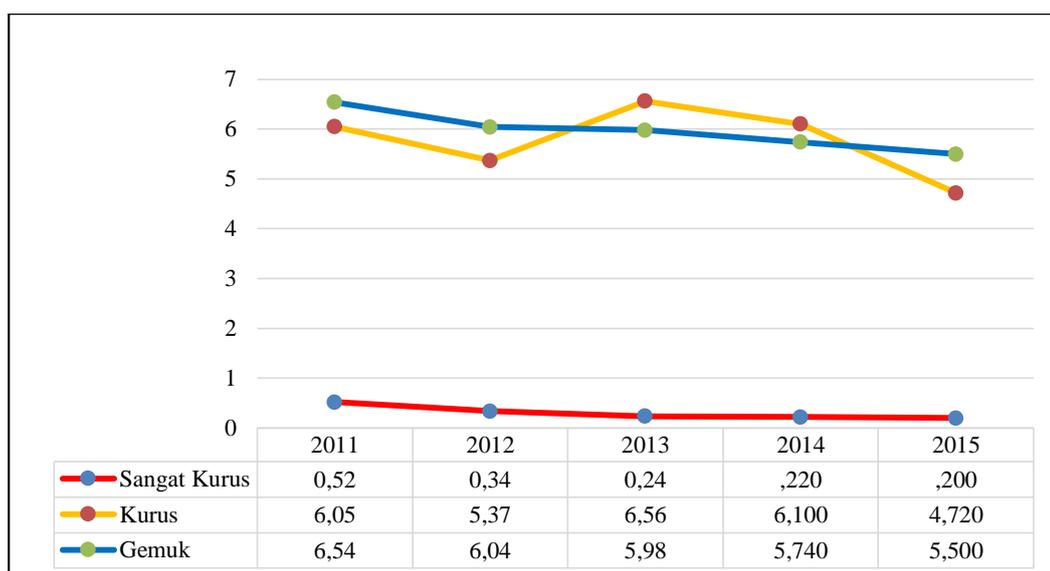
Menuju Sehat (KMS) dan tabel baku antropometri WHO 2005. Adapun klasifikasi status gizi anak balita adalah :

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 : $- 3$ SD sampai < -2 SD
 - 3) Sangat Pendek : < -3 SD
3. Indeks BB/TB (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 Sistem Kewaspadaan Pangan dan gizi (SKPG), di Dinas Kesehatan Kota Cirebon sudah dilaksanakan secara berkala setiap tahun yaitu pada Bulan Agustus atau Februari 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.

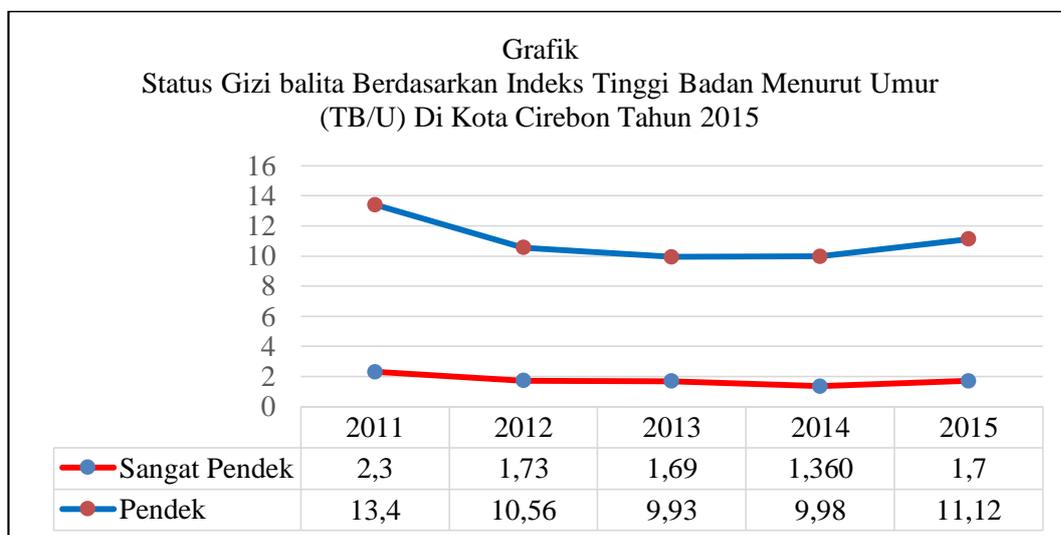
Grafik
Status Gizi Balita Berdasarkan Indeks Berat Badan Menurut Tinggi Badan (BB/TB) Di Kota Cirebon Tahun 2015



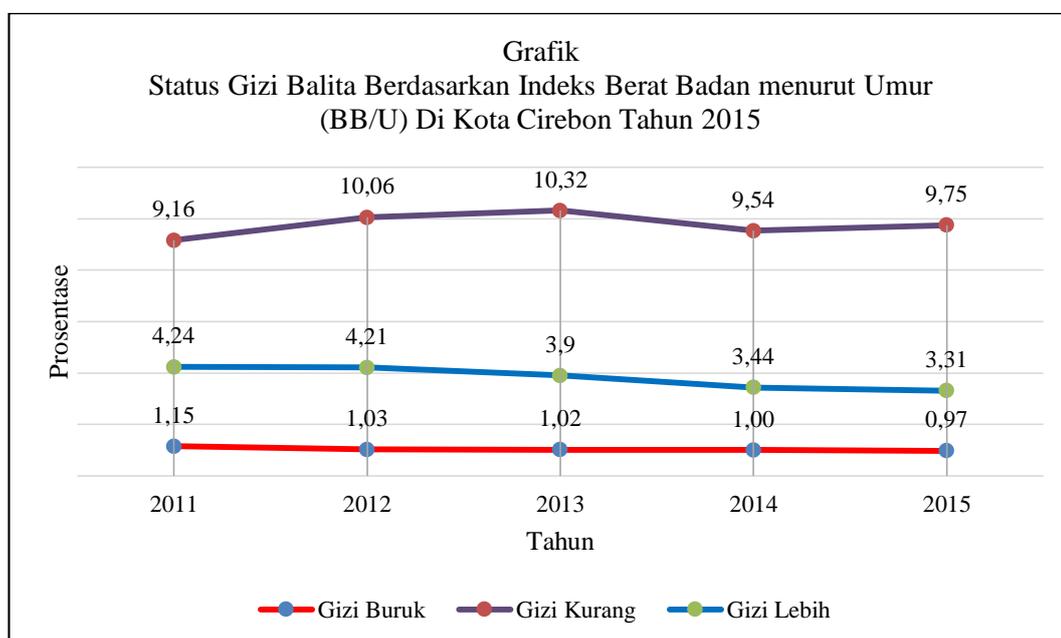
Berdasarkan indikator berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) prevalensi balita dengan status gizi sangat kurus (gizi buruk) pada tahun 2015 adalah 0,22% lebih rendah dari tahun 2013 sebesar 0,24%. Hasil Bulan Penimbangan Balita tahun 2015 juga menunjukkan prevalensi balita Kurus (gizi kurang) sebesar 6,1%, lebih rendah bila dibandingkan tahun 2013 yaitu 6,56%, sedangkan prevalensi balita gemuk 5,74% lebih rendah dari tahun 2013 yaitu 5,98%. Sesuai target yang telah ditetapkan Kementerian Kesehatan RI bahwa sasaran Pembinaan Gizi Masyarakat adalah menurunkan prevalensi gizi kurang (BB/TB) menjadi kurang dari 15%. Prevalensi gizi kurang di Kota Cirebon sebesar 6,32%, lebih rendah dari target sasaran Pembinaan Gizi Masyarakat Kementerian

Kesehatan RI tahun 2010-2015. Berdasarkan indikator berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) prevalensi balita dengan status gizi sangat kurus (gizi buruk) pada tahun 2015 adalah 0,20% lebih rendah dari tahun 2014 sebesar 0,22% dan tahun 2013 sebesar 0,24%. Hasil Bulan Penimbangan Balita tahun 2015 juga menunjukkan prevalensi balita Kurus (gizi kurang) sebesar 4,72%, lebih rendah dari tahun 2014 sebesar 6,1%, dan tahun 2013 yaitu 6,56%, sedangkan prevalensi balita gemuk 5,50%, lebih rendah bila dibandingkan tahun 2014 5,74% dan tahun 2013 yaitu 5,98%. Sesuai target yang telah ditetapkan Kementerian Kesehatan RI bahwa sasaran Pembinaan Gizi Masyarakat adalah menurunkan prevalensi gizi kurang (BB/TB) menjadi kurang dari 15%. Prevalensi gizi kurang di Kota Cirebon sebesar 6,32%, lebih rendah dari target sasaran Pembinaan Gizi Masyarakat Kementerian Kesehatan RI tahun 2015-2019.

Target Pembinaan Gizi Masyarakat dari Kementerian Kesehatan tahun 2015 adalah menurunkan prevalensi stunting menjadi setinggi-tingginya 32%. Hasil Bulan Penimbangan di Kota Cirebon Tahun 2015 menunjukkan data sebagaimana pada grafik berikut.



Dari grafik diatas menunjukkan bahwa balita sangat pendek sedikit meningkat dari di tahun 2014 yaitu dari 1,4% menjadi 1,7% di tahun 2015. Begitu pun dengan balita pendek sedikit meningkat dari 9,98% tahun 2014 menjadi 11,12 % pada tahun 2015. Secara keseluruhan balita pendek (stunting) sedikit meningkat dari 11,34% pada tahun 2014 menjadi 12,82% atau naik 1,48%. Data tersebut memberikan gambaran bahwa upaya perbaikan status gizi balita pendek belum dapat memberikan hasil yang maksimal, perlu upaya yang lebih tepat yaitu sejak kehamilan ibu oleh karena status gizi pendek sangat dipengaruhi oleh kecukupan gizi saat masih dalam kandungan.



Berdasarkan indikator berat badan menurut umur (BB/U) prevalensi balita dengan status gizi gizi buruk (sangat kurang) pada tahun 2015 sebesar 0,97%. Bila dibandingkan data tahun 2014 sebesar 1,0%, maka hampir tidak ada penurunan (0,03%). Namun demikian data tersebut masih di bawah batas masalah gizi 3% yang diharapkan di Kota Cirebon. Hasil Bulan Penimbangan Balita tahun 2015 juga menunjukkan prevalensi balita gizi kurang sebesar 9,75% sedikit meningkat dari tahun 2014 sebesar 9,54%, tetapi masih

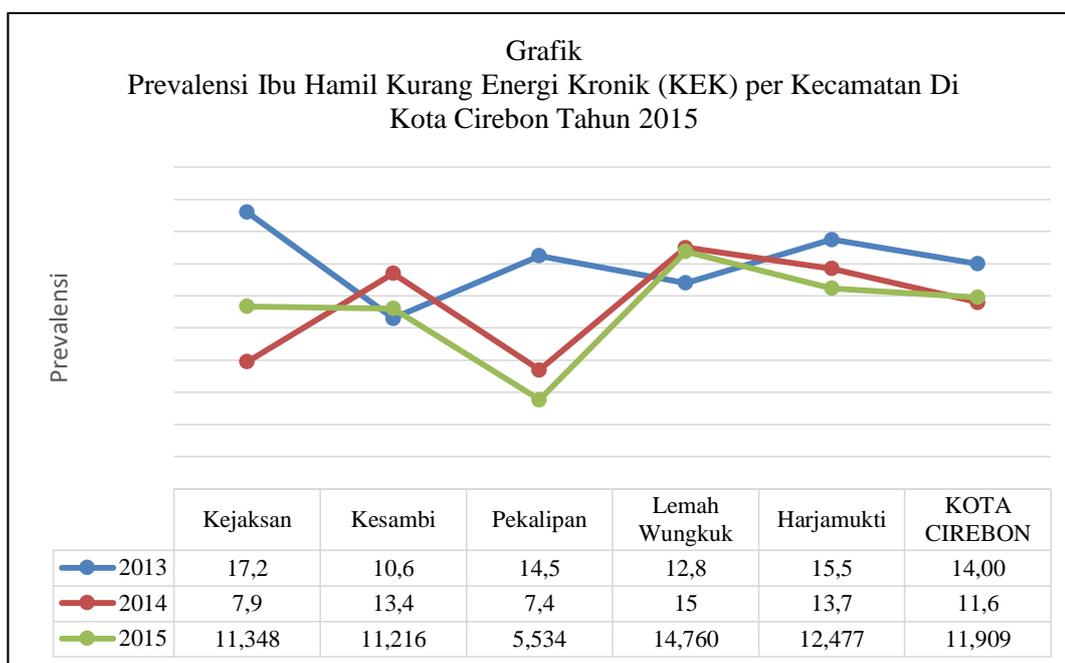
lebih rendah bila dibandingkan tahun 2013 yaitu 10,32%, sedangkan prevalensi balita gizi lebih 3,31%, lebih rendah dari tahun 2014 yaitu 3,44%.

Upaya penanggulangan balita gizi buruk dilakukan melalui kegiatan PPG (Pusat Pemulihan Gizi) di dua Puskesmas Kesunean dan Sitopeng, Pemberian PMT Pemulihan bagi balita gizi kurang dan gizi buruk di semua Puskesmas, penanganan cepat kasus balita gizi buruk serta upaya rutin di posyandu sehingga dapat menurunkan kasus balita gizi buruk. 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.

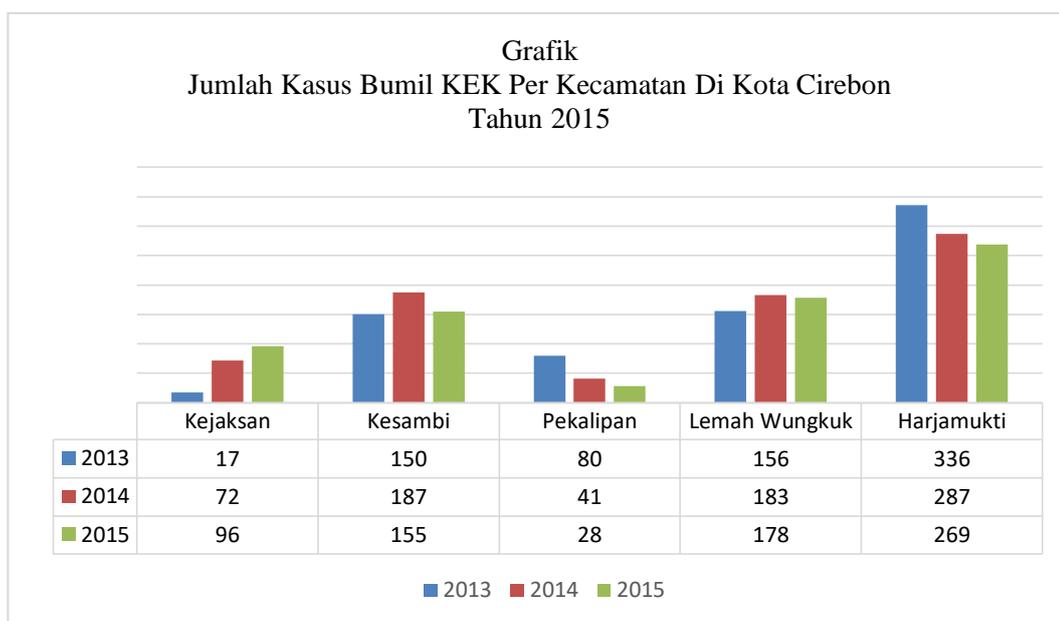
Status Gizi Ibu Hamil

Status gizi ibu selama hamil akan mempengaruhi tumbuh kembang bayi dalam kandungan. Kurang Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil berpengaruh terhadap kualitas bayi yang dilahirkan serta berdampak pada kematian bayi dan ibu. Ibu hamil yang berisiko KEK adalah ibu hamil yang mempunyai ukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA) < 23,5 cm.

Data Status Gizi ibu hamil di Kota Cirebon dapat dilihat dari prevalensi ibu hamil Kurang energi Kronik (KEK) dan anemia karena kurang zat besi. Data tersebut diperoleh dari hasil pemeriksaan pada ibu hamil saat ANC di fasilitas pelayanan kesehatan yang ada. Hasil pemeriksaan LiLA dan Hb pada ibu hamil selama tahun 2015 di fasilitas pelayanan kesehatan di Kota Cirebon sebagaimana grafik berikut.



Dari grafik di atas dapat dilihat ada sedikit peningkatan prevalensi ibu hamil KEK pada tahun 2015 di Kota Cirebon dari 11,6% menjadi 11,9%. Meskipun jika dilihat jumlah kasus ibu hamil KEK sebenarnya menunjukkan penurunan pada tahun 2015 dari 770 kasus menjadi 726 kasus atau turun 44 kasus. Prevalensi tertinggi di Wilayah Kecamatan Lemah Wungkuk 14,8% dan terendah di Kecamatan Pekalipan 5,5%. Peningkatan prevalensi ibu hamil KEK terjadi di wilayah Kecamatan Kejaksan dan Lemah Wungkuk, sedangkan tiga kecamatan lainnya Kesambi, Pekalipan dan Harjamukti justru terjadi penurunan prevalensi. Meskipun prevalensi meningkat tetapi jumlah kasus di semua wilayah kecamatan menurun bila dibandingkan tahun 2014. Peningkatan prevalensi bumil KEK menunjukkan upaya penanggulangan ibu hamil kurang gizi termasuk upaya pencegahannya belum menunjukkan hasil yang optimal sehingga perlu upaya lebih baik. Namun peningkatan prevalensi juga bisa menunjukkan peningkatan pelayanan pemeriksaan ibu hamil (ANC) lebih teliti dan pengelolaan data surveilans gizi lebih baik. Jumlah Kasus Ibu Hamil KEK di Kota Cirebon pada tahun 2015 dapat dilihat pada grafik berikut.

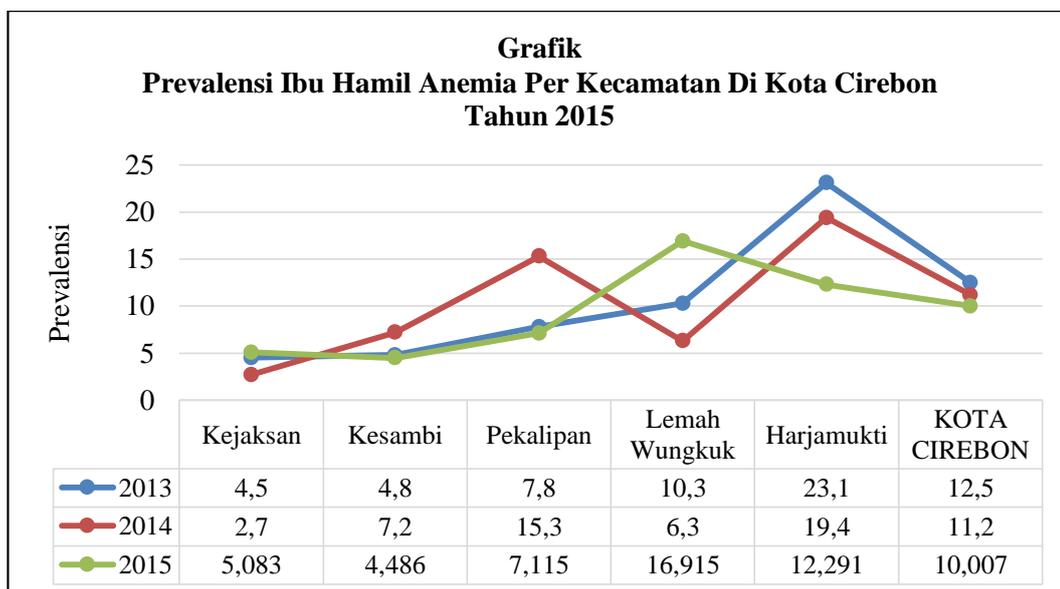


Upaya perbaikan gizi yang dilakukan untuk ibu hamil KEK antara lain penyuluhan, konseling, pendampingan dan pemberian PMT Pemulihan baik dari dana APBD Kota Cirebon, Bantuan Operasional Puskesmas (BOK) dan JKN telah memberikan pengaruh terhadap penurunan kasus ibu hamil KEK di Kota Cirebon.

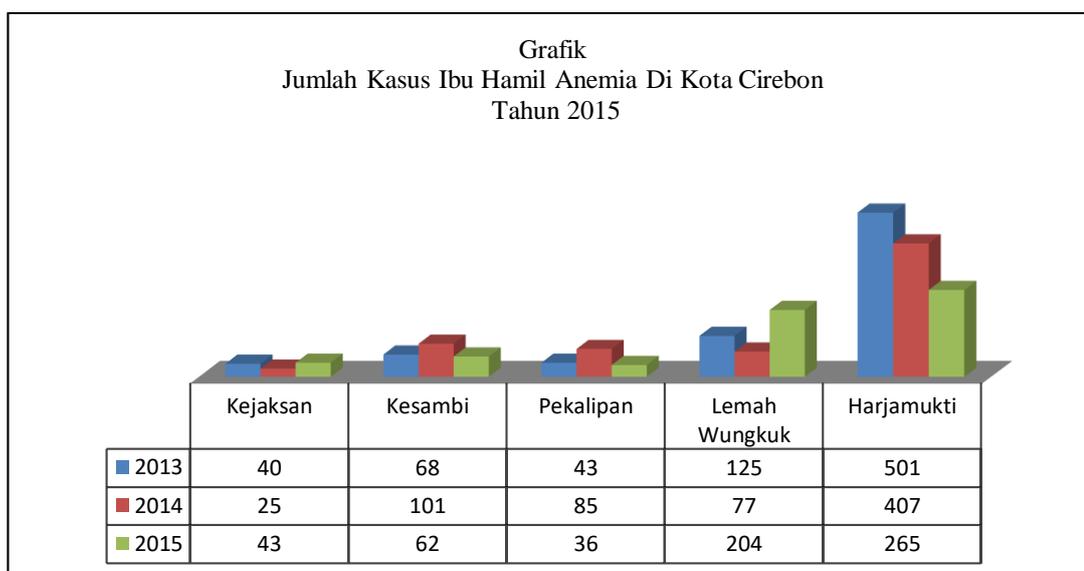
Masalah gizi pada ibu hamil selain KEK juga kekurangan zat besi, asam folat, seng dan yodium. Pada Ibu hamil KEK dapat terjadi bersamaan atau saling terkait dengan kekurangan zat gizi mikro, terutama terjadi pada keluarga miskin (GAKIN).

Anemia adalah keadaan kurang darah yang sebagian besar disebabkan karena makanan yang dikonsumsi kurang mengandung zat pembentuk darah (Zat Besi). Anemia ditandai dengan kadar haemoglobin (Hb) dalam darah kurang dari normal. Pada ibu hamil anemia kadar Hb dalam darah kurang dari 11 gr%.

Anemia pada ibu hamil akan mengakibatkan perdarahan saat melahirkan bahkan kematian ibu. Bayi yang dilahirkan dari ibu hamil anemia juga lebih besar kemungkinan dengan berat lahir rendah (BBLR).



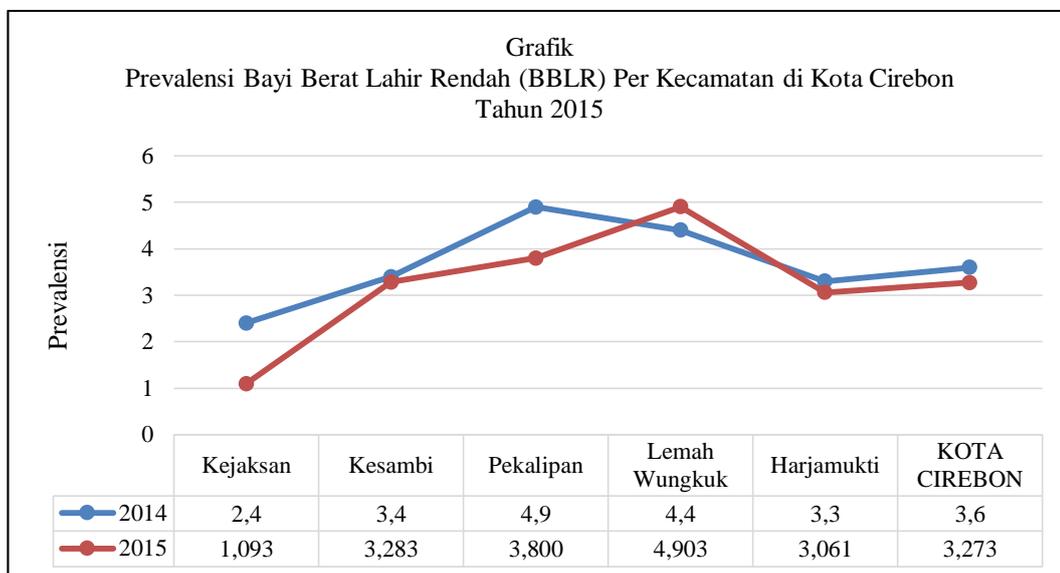
Dari grafik di atas prevalensi ibu hamil Anemia di Kota Cirebon pada tahun 2015 menurun dari 12,5% (777 kasus) dan 11,2% (695 kasus) di tahun 2014 menjadi 10,0% (610 kasus). Penurunan prevalensi yang terbesar di Wilayah Kecamatan Pekalipan dari 15,3% menjadi 7,1% disusul Kecamatan Harjamukti dari 19,2% menjadi 12,3%, tetapi peningkatan prevalensi terjadi di Kecamatan Kejaksan dari 2,7% menjadi 5,1%. Prevalensi tertinggi di Wilayah Kecamatan Lemah Wungkuk yaitu 16,9% bergeser dari Kecamatan Harjamukti 19,4% di tahun 2014 dan terendah di Kecamatan Kesambi 4,5%.



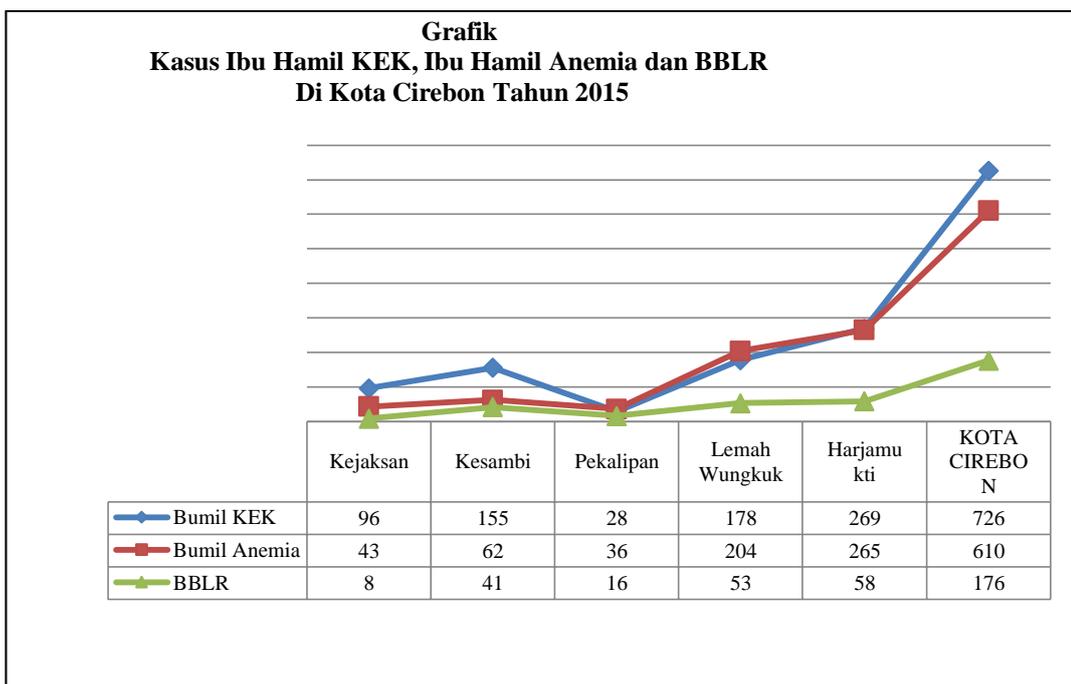
Grafik di atas menunjukkan adanya penurunan jumlah kasus ibu hamil KEK di tiga wilayah Kecamatan yaitu Kesambi, Pekalipan dan Harjamukti, namun ada peningkatan jumlah kasus di dua wilayah Kecamatan lainnya, Kejaksan dan Lemah Wungkuk. Penurunan Prevalensi dapat dipengaruhi dari upaya pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil minimal 90 tablet selama kehamilan secara berturut-turut. Namun Peningkatan prevalensi yang tinggi merupakan masalah baru yang bisa disebabkan karena tablet tambah darah yang diberikan pada ibu hamil belum tentu diminum seluruhnya sehingga tidak mengatasi keadaan anemai ibu hamil. Hal lain yang perlu dievaluasi adalah ketepatan penentuan diagnosa anemia melalui pengukuran dan pemeriksaan kadar Hb darah ibu hamil bukan secara kualitatif serta ketersediaan tenaga pranata laboratorium di beberapa Puskesmas yang belum terpenuhi menjadi kendala tersendiri dalam pemeriksaan ibu hamil anemia.

Prevalensi Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR)

Bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram disebut Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR). Terjadinya BBLR disebabkan antara lain kurangnya asupan gizi saat janin dalam kandungan, yang biasanya karena ibunya kurang gizi (KEK) atau anemia. BBLR juga bisa disebabkan lahir kurang bulan (belum waktunya). Bayi yang lahir dengan berat badan rendah perlu penanganan yang tepat, karena bayi tersebut mudah mengalami hipotermi dan organ-organ dalam tubuhnya belum sempurna terbentuk sehingga biasanya menjadi penyebab kematian bayi.



Jumlah BBLR di Kota Cirebon pada tahun 2015 adalah 176 kasus, menurun bila dibandingkan tahun 2014 sebanyak 195 kasus. Ika dihitung prevalensi BBLR pada tahun 2015 lebih rendah dari 2014, yaitu 3,3% pada tahun 2015 dan 3,6% pada tahun 2014. Prevalensi BBLR yang tertinggi di wilayah Kecamatan Lemah Wungkuk 4,9%, terendah di Kecamatan Kejaksan 1,1%.



Dari grafik tersebut menunjukkan bahwa kasus ibu hamil KEK, Anemia dan BBLR di Kota Cirebon pada tahun 2015 saling berbanding lurus, BBLR banyak terjadi di wilayah Kecamatan dengan bumil KEK dan/atau Anemia yang banyak. Kasus BBLR yang banyak terjadi pada saat kasus ibu hamil KEK maupun ibu hamil anemia seperti di Kecamatan Harjamukti dan Lemah Wungkuk. Bahkan di Kecamatan Lemah Wungkuk terjadi kenaikan kasus BBLR dan ternyata terjadi peningkatan juga kasus ibu hamil KEK dan Anemia. Sementara di wilayah Kecamatan Harjamukti terdapat kasus ibu hamil KEK dan anemia terbanyak dan ternyata kasus BBLR juga terbanyak.

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 misalnya terjadinya gizi buruk ataupun penyimpangan perkembangan. Sebaiknya petugas kesehatan dibantu kader dan

masyarakat tetap mewaspadaai kasus yang dapat terjadi pada ibu selama kehamilan agar tidak terjadi masalah kesehatan lebih lanjut yang diakibatkan oleh keadaan Anemia, KEK maupun BBLR.

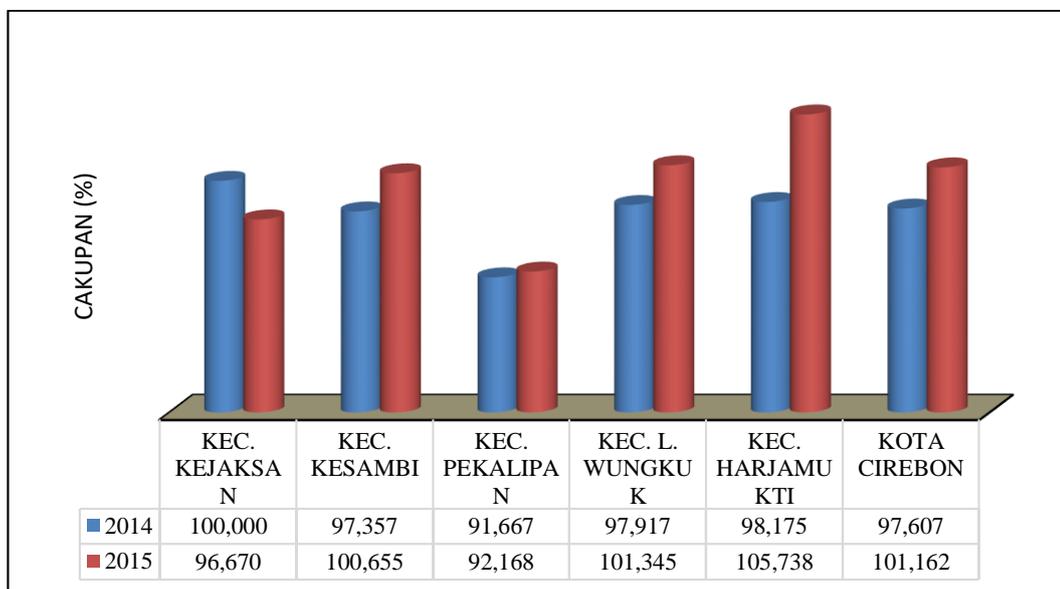
Hasil Cakupan Distribusi Tablet Tambah Darah untuk Ibu Hamil

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 diminum secara rutin seperti anjuran petugas kesehatan. Adapun Hasil cakupan Tablet Fe bagi ibu hamil di Dinas Kesehatan Kota Cirebon pada tahun 2015 seperti pada grafik berikut:

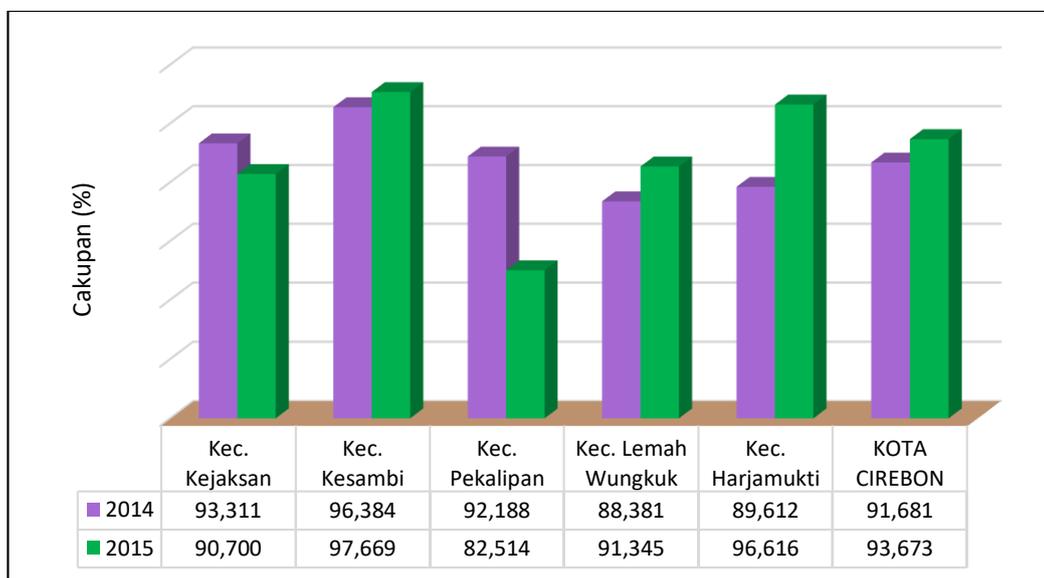
**Grafik .
Cakupan Pemberian Tablet FE1 pada Ibu Hamil Per Kecamatan
Di Kota Cirebon Tahun 2015**



Hasil cakupan Fe1 (Pemberian tablet Fe sebanyak 30 tablet) pada tahun 2015 meningkat dibandingkan tahun 2014 yaitu 101,16 % dari 97,61 %. Cakupan tertinggi berada di wilayah Kecamatan Harjamukti 105,74% dan terendah di Kecamatan Pekalipan 92,17%.

Data Cakupan Pemberian Tablet Fe3 (pemberian tablet Fe sebanyak 90 tablet) dapat dilihat dari grafik di berikutnya. Grafik tersebut menunjukkan cakupan pemberian tablet Fe 90 tablet pada ibu hamil di Kota Cirebon pada tahun 2015 meningkat bila dibandingkan tahun 2014 yaitu 93,67% dari 91,68%. Cakupan pemberian Fe3 tertinggi di wilayah Kecamatan Kesambi 97,67% sedangkan terendah di wilayah Kecamatan Pekalipan 82,52%.

**Grafik .
Cakupan Pemberian Tablet FE1 pada Ibu Hamil Per Kecamatan
Di Kota Cirebon Tahun 2015**



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. Hal lainnya yang sangat penting untuk dipantau dan dievaluasi adalah kepatuhan ibu hamil minum tablet Fe, oleh karena yang dapat mengatasi anemia pada ibu hamil adalah ketika ibu hamil mengkonsumsi tablet Fe secara teratur bukan sekedar mendapatkannya.

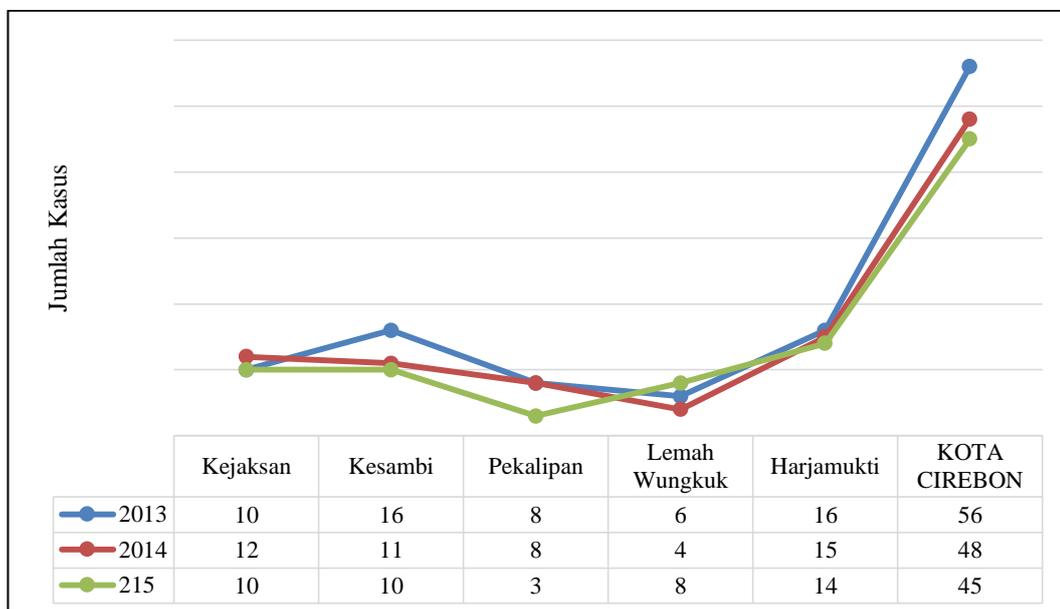
Hasil perawatan bagi balita gizi buruk

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.
Jumlah Kasus Balita Gizi Buruk Mendapat Perawatan Di Kota Cirebon Tahun 2015



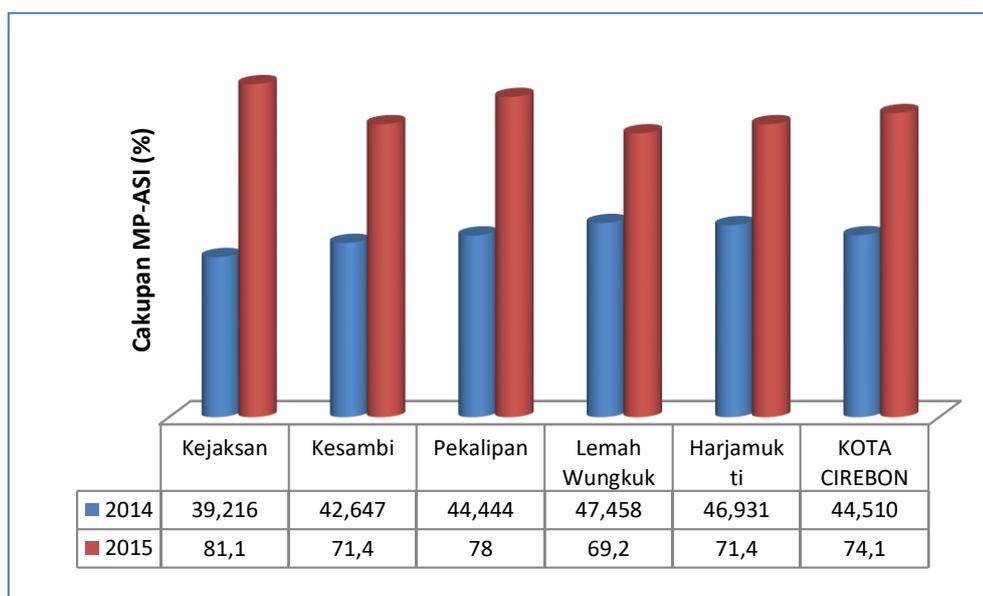
Jumlah balita gizi buruk yang ditemukan di Kota Cirebon pada tahun 2015 adalah 45 kasus, lebih kecil dari tahun 2014 yaitu 48 kasus. Jumlah tersebut lebih sedikit bila dibandingkan yang ditemukan pada tahun 2013 sejumlah 56 balita. Jumlah kasus balita gizi buruk yang terbanyak ditemukan di Wilayah Kecamatan Harjamukti yaitu 14 kasus sedangkan yang paling sedikit di Wilayah Kecamatan Pekalipan 3 kasus. Semua kasus yang ditemukan tersebut ditangani oleh seluruh puskesmas yang ada baik konseling, PMT, PPG maupun rujukan (ke RSBM, RSU, DSA). Dengan kata lain semua balita gizi buruk mendapatkan perawatan sesuai pedoman. Hal ini sesuai dengan target Standar Pelayanan Minimal (SPM) 100% balita gizi buruk mendapatkan perawatan.

Hasil Pemberian MP-ASI (Makanan Pendamping ASI) Bagi Baduta (6-24 Bulan)

Pemberian MP-ASI berarti memberiakan makanan lain sebagai pendamping ASI yang diberikan pada bayi dan anak usia 6 sampai 24 bulan. MP-ASI yang tepat dan baik merupakan makanan yang dapat memenuhi kebutuhan gizi sehingga bayi dan anak dapat tumbuh kembang dengan optimal. Jenis MP-ASI yang dapat diberikan dapat berupa MP-ASI pabrikan (biskuit, bubur instan dsb) atau makanan lokal yang biasa dikonsumsi di keluarga atau masyarakat setempat. Pemberian MP-ASI secara bertahap sesuai usia anak, mulai dari lumat, lembik sampai terbiasa dengan makanan keluarga. Di samping MP-ASI, pemberian ASI terus dilanjutkan sebagai sumber zat gizi dan faktor pelindung penyakit hingga anak mencapai usia dua tahun atau lebih.

Kebutuhan gizi bayi sampai usia 6 bulan masih dapat dipenuhi dari ASI. Mulai usia 6 bulan kebutuhan energi bayi tidak dapat dipenuhi dari ASI, hanya setengah sampai sepertiga kebutuhan saja, sehingga perlu tambahan energi dari MP-ASI.

Grafik Hasil Pemberian MP-ASI pada Baduta Gakin di Kota Cirebon Tahun 2015



Hasil Pemberian MP-ASI pada bayi dan anak usia 6 sampai 24 bulan dari keluarga miskin di Kota Cirebon tahun 2015 adalah 74,1%, meningkat dari tahun 2014 yaitu 44,5%. Cakupan tertinggi di wilayah Kecamatan Kejaksan 81,1% dan terendah di Kecamatan Lemah Wungkuk 69,2%. Pemberian MP-ASI tersebut terdiri dari pabrikan dan lokal dengan sumber dana dari APBD Pemerintah Kota Cirebon dan APBN di Puskesmas (BOK). Bila dibandingkan dengan target Standar pelayanan Minimal (SPM) Kemenkes RI untuk Pemberian MP-ASI bagi baduta gizi kurang dari keluarga miskin adalah 100%, maka capaian di Kota Cirebon masih dibawah target. Kiranya diperlukan dukungan lebih untuk meningkatkan cakupan pemberian MP-ASI terutama bagi baduta gakin sehingga dapat meningkatkan status gizinya dan mencegah timbulnya gizi kurang maupun gizi buruk pada balita.

Hasil cakupan pencapaian pemantauan pertumbuhan balita

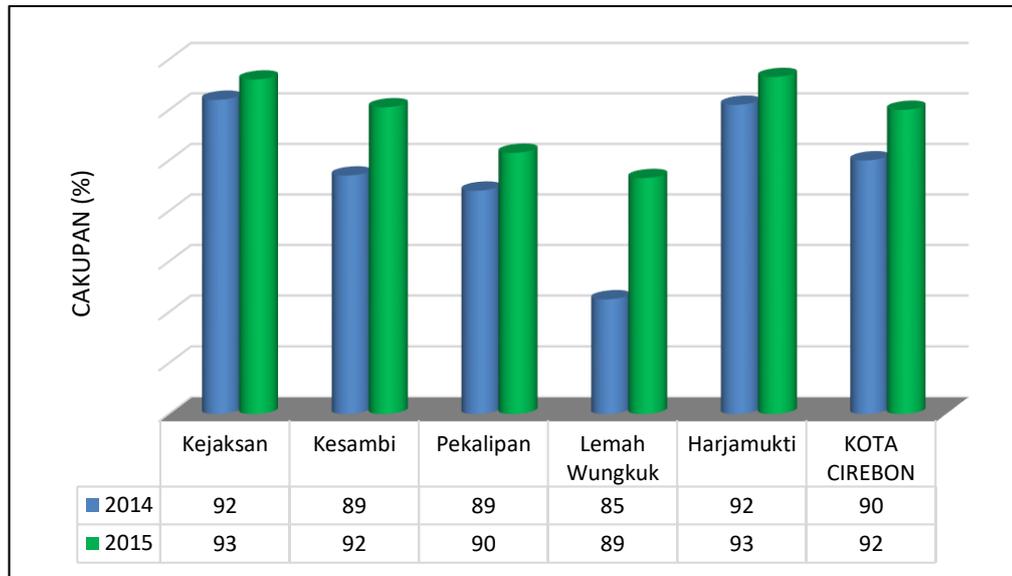
Kegiatan Usaha Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK) di Posyandu adalah Pelayanan gizi dimana kegiatan utamanya adalah penimbangan balita dan penyuluhan dalam rangka

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.

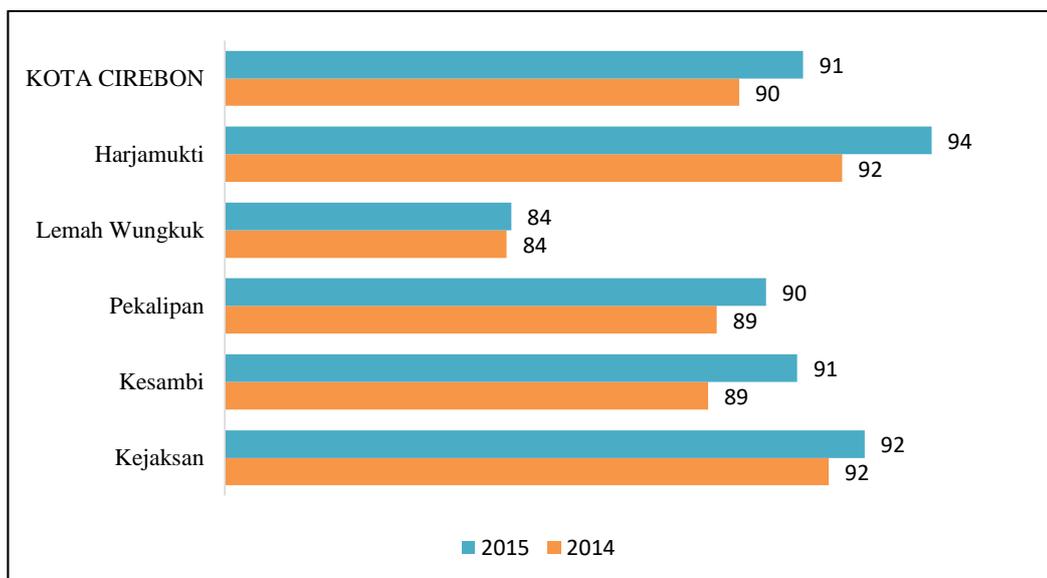
Pemantauan pertumbuhan dilakukan melalui penimbangan balita di posyandu atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Dalam penimbangan di posyandu dikenal dengan istilah S adalah semua balita yang ada di wilayah dan terdaftar di posyandu, K adalah semua balita yang memiliki Kartu Menuju Sehat (KMS), D 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 :
Cakupan Balita Ditimbang di Kota Cirebon
Tahun 2015



Dari grafik tersebut dapat diketahui pencapaian prosentase baduta (balita usia dibawah dua tahun) ditimbang di posyandu (D/S) di wilayah Kota Cirebon tahun 2015 menunjukkan 92,0% meningkat dari tahun 2014 yaitu 89,5 %. Cakupan D/S baduta tertinggi di wilayah Kecamatan Harjamukti 93,3% dan tererndah di Kecamatan Lemah Wungkuk 89,3%.

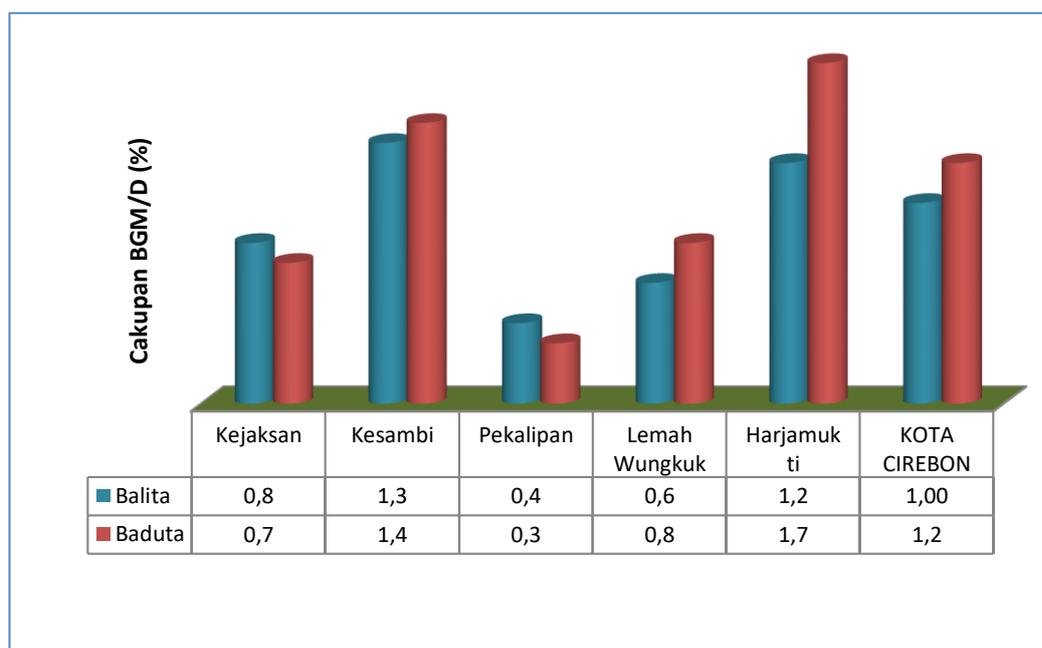
Grafik :
Cakupan Balita Ditimbang di Kota Cirebon
Tahun 2015



Sementara itu prosentase balita (anak usia bawah lima tahun) pada tahun 2015 adalah 90,0%, sedikit meningkat dari tahun 2014 yaitu 89,5%. Cakupan D/S balita yang tertinggi pada wilayah Kecamatan Harjamukti 93,8% dan yang terendah di Kecamatan Lemah Wungkuk 84,4%. Target Pembinaan Gizi Masyarakat tahun 2015 untuk Balita Ditimbang Berat Badannya (D/S) adalah 81%. Cakupan D/S posyandu di Kota Cirebon telah mencapai target yaitu 90,0%, namun demikian sebagian bila dibandingkan jumlah balita proyeksi yang ada maka cakupan masih kurang dari target. Oleh karena itu perlu upaya dan strategi untuk meningkatkan D/S terutama di wilayah Kecamatan lemah Wungkuk.

Dengan indikator BGM/D pada balita menurun menjadi 1,2 % pada tahun 2014 dari 1,3 % pada tahun 2013. Hasil selengkapnya seperti pada grafik berikut :

Grafik : 3.12
Cakupan BGM/D Posyandu di Kota Cirebon
Tahun 2015



Cakupan Balita Berat Badan di Bawah Garis Merah (BGM) yang ditimbang di posyandu di wilayah Kota Cirebon (BGM/D) pada tahun 2015 adalah 1,0%, sedikit turun dari tahun 2014 yaitu 1,2%. Cakupan BGM ditimbang terendah di wilayah Kecamatan Pekalipan yaitu 0,4% dan tertinggi di Kecamatan Kesambi 1,3%. Cakupan Baduta (anak usia dibawah dua tahun) BGM yang ditimbang di posyandu di wilayah Kota Cirebon (BGM/D) pada tahun 2015 adalah 1,2%, sedikit meningkat dari tahun 2014 yaitu 1,1%. Cakupan BGM/D pada Baduta terendah di wilayah Kecamatan Pekalipan yaitu 0,3% dan tertinggi di Kecamatan Harjamukti 1,4%.

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

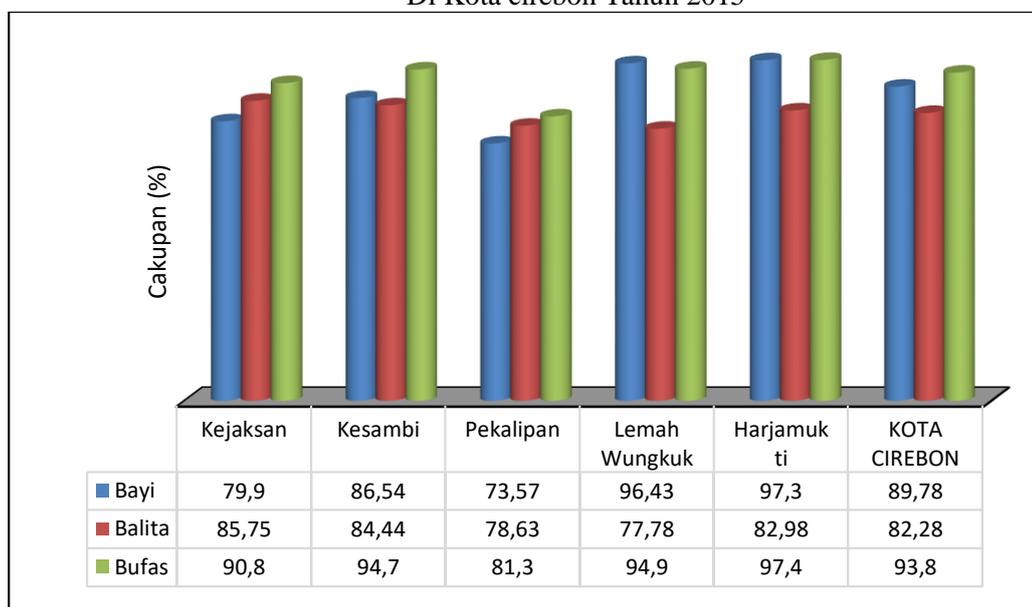
Program Penanggulangan masalah Kurang Vitamin A (KVA) merupakan salah satu program perbaikan gizi masyarakat yang dilaksanakan secara promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Kegiatan promotif dapat dilakukan melalui promosi atau penyuluhan untuk meningkatkan konsumsi makanan kaya vitamin A dan secara preventif dapat dilakukan dengan suplementasi kapsul Vitamin A dosis tinggi dan fortifikasi vahan makanan dengan Vitamin A. Deteksi dini dan pengobatan kasus Xeroftalmia 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 :

Grafik : 3.13
Cakupan Pemberian Vitamin A pada Bayi, Balita dan Ibu Nifas
Di Kota Cirebon Tahun 2015



Hasil cakupan rata – rata pemberian vitamin A tahun 2015 pada bayi menurun dari tahun 2014 yaitu 89,7% dari 91,7% pada 2014, hal serupa terjadi pada cakupan vitamin A balita yaitu 82,28% sedangkan pada tahun 2014 mencapai 82,28%. Cakupan yang menurun tersebut disebabkan perbedaan cara menghitung cakupan dimana pada tahun 2014 dihitung dari balita yang ada dan tercatat pada register (riil) sedangkan pada tahun 2015 dihitung dari cakupan terendah diantara Bulan Februari dan Agustus bahkan untuk Profil adalah dari sasaran proyeksi bukan riil. Namun jika dihitung dari balita dan bayi yang tercatat pada register yang ada cakupan pemberian Vitamin A pada bayi dan balita (6-59 bulan) pada tahun 2015 adalah 99,86%.

Cakupan pemberian vitamin A pada ibu nifas pada tahun 2015 sebesar 93,8% meningkat dari tahun 2014 yaitu 90,8%. Peningkatan tersebut dapat dipengaruhi dari upaya *sweeping* petugas dan kader pada ibu nifas yang lebih meningkat. Oleh karena itu upaya *sweeping* melalui kunjungan rumah ataupun rumah bersalin untuk memperoleh informasi ibu bersalin sehingga dapat memberikan vitamin A bufas kepada sasaran tetap diperlukan.

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.

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.

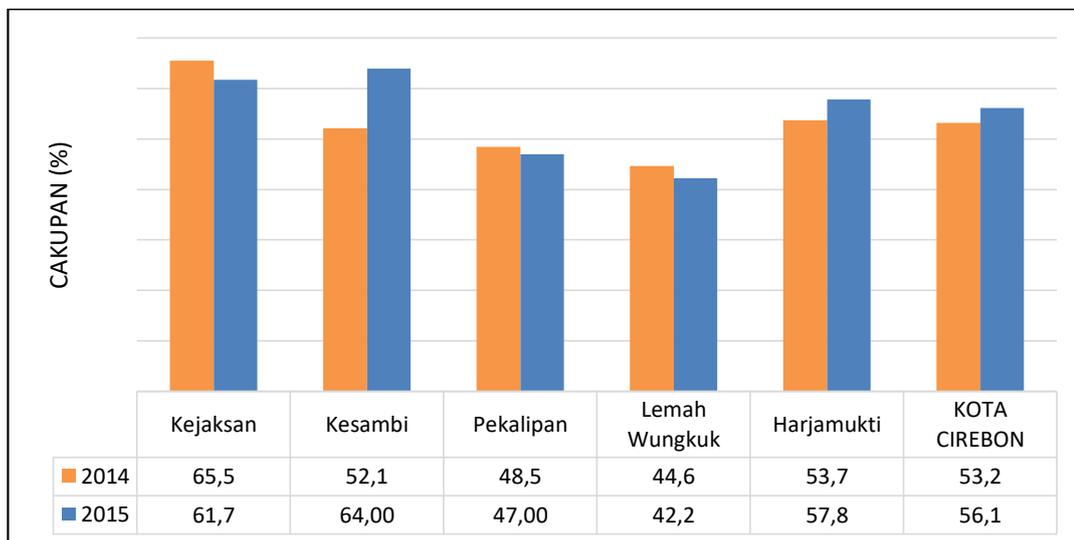
Banyak sekali keuntungan yang diperoleh dari ASI. Tidak saja keuntungan dalam proses pertumbuhan dan perkembangan bayi, tetapi juga hubungan kasih sayang antara ibu dan bayi memberikan dukungan yang sangat besar terhadap terjadinya proses pembentukan emosi positif pada anak. Keuntungan bagi ibu antara 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 Pemberian ASI Eksklusif pada Bayi (0-6 Bulan)
Di Kota Cirebon Tahun 2015



Hasil tabel di atas menunjukkan bahwa di Kota Cirebon pada tahun 2015 bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapatkan ASI eksklusif 0-6 bulan sebanyak 56,1% yang berarti meningkat dari tahun 2014 sebesar 53,2%. Cakupan tertinggi di wilayah Kecamatan Kesambi 64,0% dan terendah di Kecamatan Lemah Wungkuk 42,2%. Bila dibandingkan SPM Kota Cirebon tahun 2015 yang harus dicapai sebesar 40%, capaian yang ada sudah di

atas target, namun bila dibandingkan target akhir tahun 2019 sebesar 60% maka masih kurang. 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.

Upaya yang telah dilakukan untuk meningkatkan cakupan ASI Eksklusif pada tahun 2015 antara lain Gerakan 1000 Hari Untuk Negeri dengan peningkatan ASI Eksklusif, Pemberian Penghargaan pada Ibu ASI Eksklusif dan Kader Motivator ASI Eksklusif, Advokasi tentang Pentingnya ASI Eksklusif, serta meningkatkan jumlah konselor ASI di setiap Puskesmas dan Rumah Sakit dengan membantu memfasilitasi kelengkapan Kit Konseling Menyusui.

Perilaku ibu yang tidak memberikan ASI secara eksklusif baik ditambah dengan susu formula ataupun makanan pralaktal sangat merugikan karena dapat mengakibatkan bayi sakit diare, atau infeksi lainnya dan dalam jangka waktu selanjutnya dapat mengakibatkan balita gizi kurang gizi.

Beberapa hal yang menghambat pemberian ASI Eksklusif antara lain :

1. Kurangnya pengetahuan ibu dan keluarga tentang cara menyusui yang benar dan manfaat ASI serta bahaya makanan pralaktal.
2. Kurangnya bantuan dan dukungan petugas kepada ibu menyusui.
3. Faktor sosial budaya di masyarakat.
4. Kondisi yang kurang memadai atau mendukung bagi ibu bekerja untuk tetap memberikan ASI.
5. Promosi susu formula yang gencar.

Upaya yang dilakukan untuk meningkatkan cakupan pemberian ASI Eksklusif antara lain meningkatkan kemampuan dan keterampilan petugas dalam konseling laktasi, pendampingan bagi ibu menyusui, penghargaan bagi ibu ASI Eksklusif dsb.

Bab 4

Situasi Upaya Kesehatan

4.1. Pelayanan Kesehatan

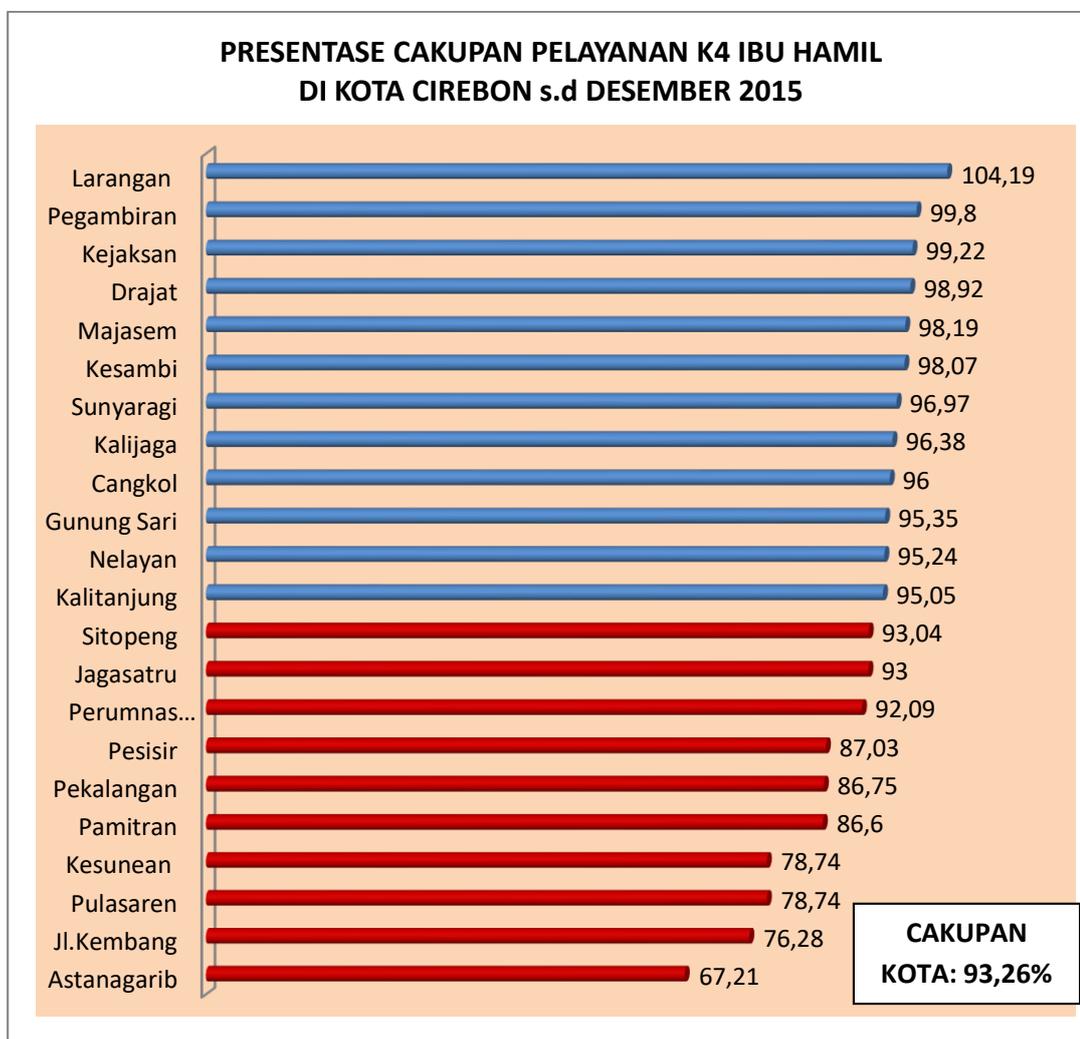
Cakupan Kunjungan Antenatal

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 2015 adalah sebagai berikut :

- K4 target Depkes 95% dan target SPM Kota Cirebon sebesar 85%, sedangkan pencapaian cakupan K4 sebesar 93,26%
- Cakupan K4 dalam tahun 2015 di Kota Cirebon dapat dilihat sebagaimana grafik berikut :

GRAFIK 4.1



Sumber : Bidang Pelayanan Kesehatan

Pada tahun 2015, di Kota Cirebon menunjukkan bahwa cakupan K4 secara keseluruhan sebesar 93,26%, bila dibandingkan tahun 2014 (90,50%) mengalami kenaikan. K4 dengan kisaran tertinggi ada di kelurahan Kecapi Puskesmas Larangan sebesar 104,19% dan terendah di kelurahan Pekalipan Puskesmas Astanagarib 67,21%, Jika dilihat berdasarkan SPM Perwalkot Kota Cirebon untuk target K4 sebesar 85%, 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 480 ibu hamil atau ada 7,97% 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 kelurahan 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 2015 sebesar 111,18%. Berdasarkan target Depkes 80% pada tahun 2015 maupun target SPM kota Cirebon 95% pada tahun 2015, cakupan tersebut sudah mencapai target.

GRAFIK 4.2



Dari grafik di atas pencapaian cakupan pada tahun 2015 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, 13 puskesmas RSBM, 5 puskesmas mampu PONEK sampai rumah sakit PONEK 24 jam. Ada 11 Rumah Sakit yang ada di wilayah Kota Cirebon yang memberikan pelayanan Obstetri Neonatal. Dan dari 11 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 BPJS 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).

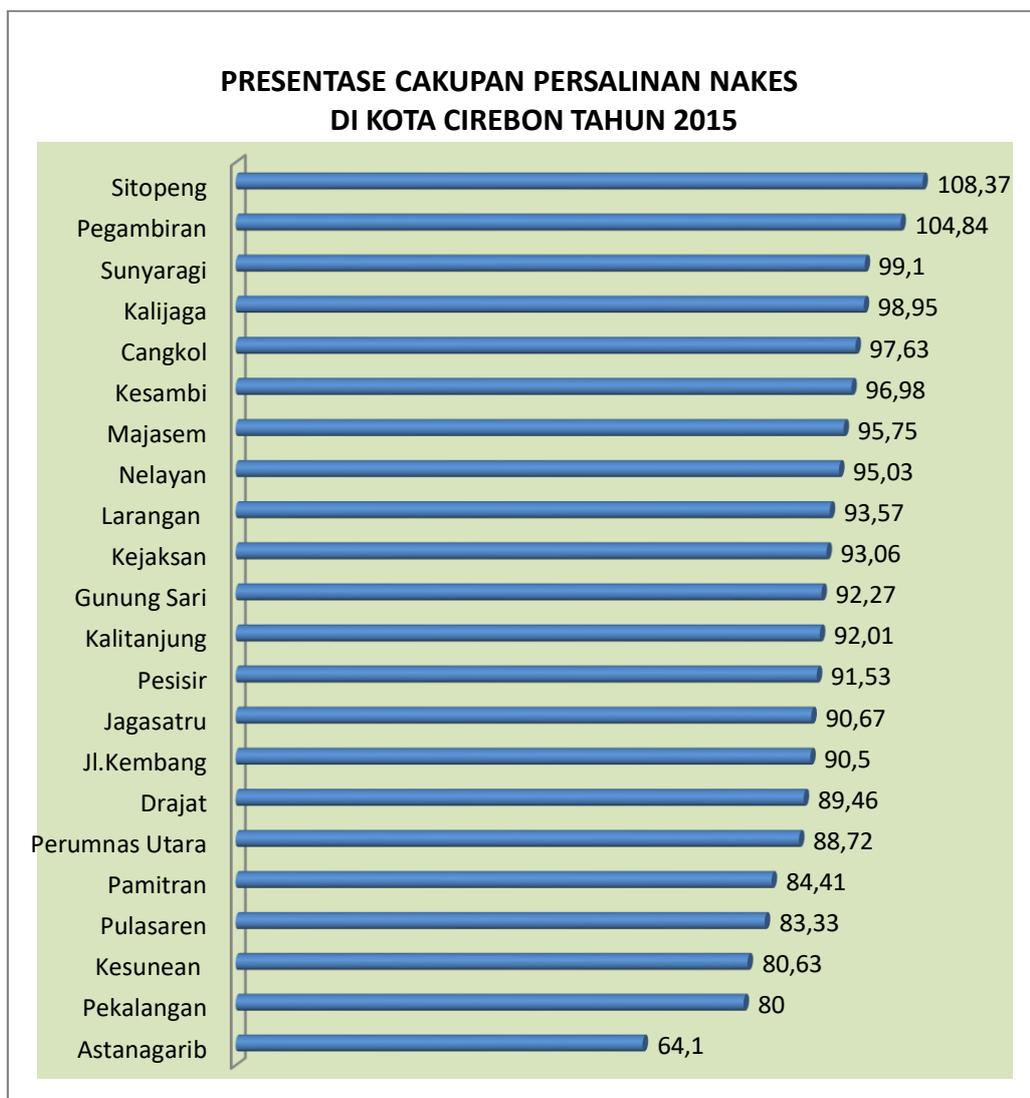
Upaya untuk menurunkan Angka kematian Bayi dan Ibu Maternal salah satunya adalah melalui persalinan yang sehat dan aman yaitu persalinan yang di tolong oleh tenaga kesehatan maupun dukun terlatih dengan didampingi oleh tenaga kesehatan.

Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di Kota Cirebon pada tahun 2015 sebesar 93,84% hal ini ada kenaikan bila dibandingkan dengan tahun 2014 sebesar 90,29%. Kisaran tertinggi di Kelurahan Argasunya Puskesmas Sitopeng sebesar 108,37% dan kisaran terendah di Kelurahan Pekalipan Puskesmas Astanagarib sebesar 64,10 %. Untuk target Kota Cirebon tahun 2015 sebesar 90% dan target Depkes tahun 2015 sebesar 90%, indikator ini mengalami kenaikan dan sudah 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 2015 di Kota Cirebon dapat dilihat sebagaimana grafik berikut :

GRAFIK 4.3



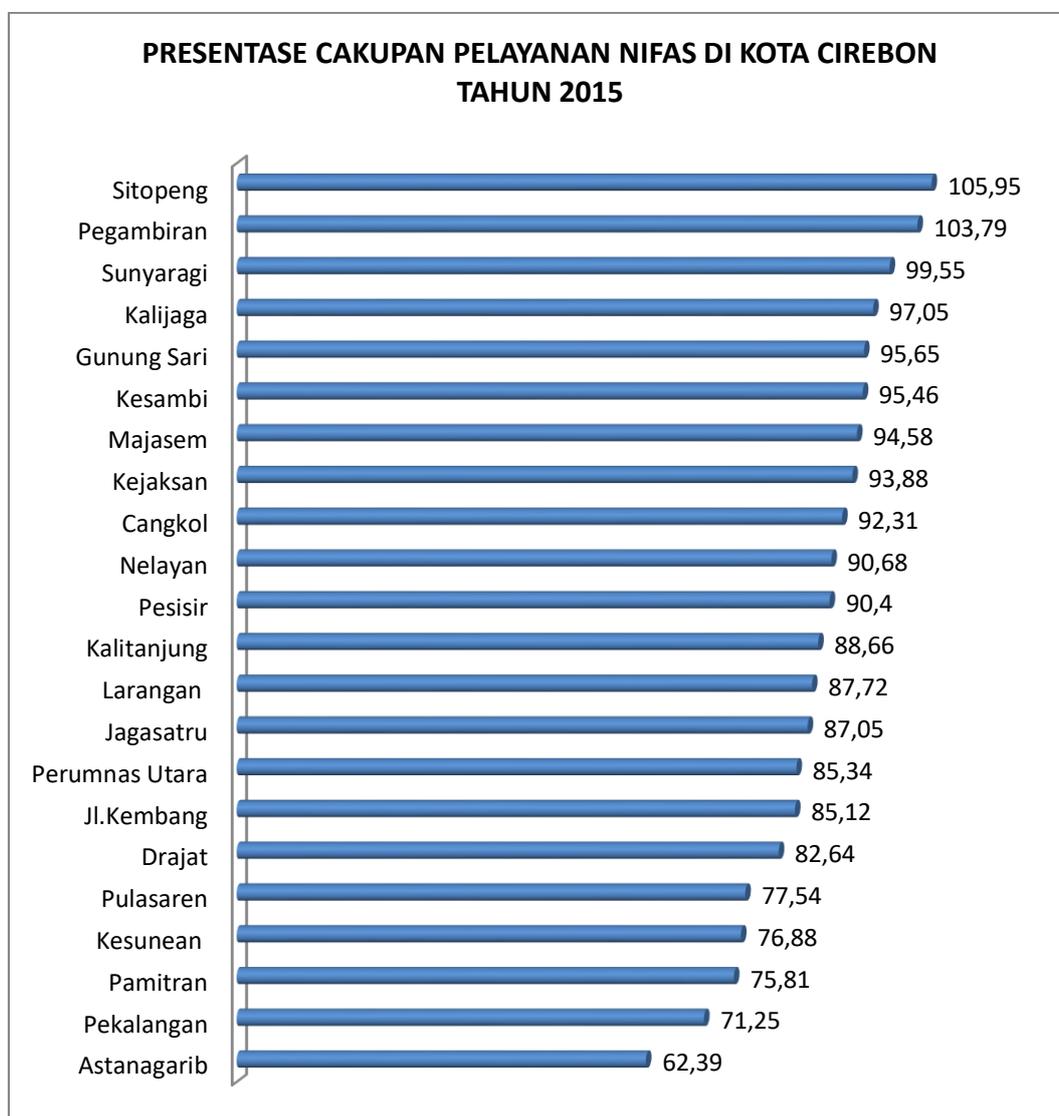
Dari grafik di atas dapat dilihat bahwa persalinan di Kota Cirebon sudah diberikan oleh tenaga yang kompeten, walaupun pada kenyataan di lapangan masih ada persalinan yang ditolong oleh bukan tenaga kesehatan dan dilakukan diluar fasilitas pelayanan kesehatan. Hal tersebut terlihat dari capaian cakupan Persalinan di Fasilitas Kesehatan 89,92%, ada kesenjangan 3,92% 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 52,64% (dari data Cakupan Persalinan Nakes 108.37% hanya 55,73% yang bersalin di Faskes). Selain itu, di

Kota Cirebon pun masih ada pertolongan persalinan oleh Dukun sebesar 0,38% yang kisarannya berada tertinggi di kelurahan argasunya sebesar 4,63%, sisanya ada di kelurahan kecapi sebesar 0,29%, 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 2015 sebesar 90,95%, mengalami kenaikan dibandingkan tahun 2014 sebesar 87%. Indikator ini belum mencapai target Kota Cirebon tahun 2014 sebesar 90% dan juga target Depkes tahun 2015 sebesar 90%. Kisaran tertinggi ada di kelurahan Argasunya Puskesmas Sitopeng sebesar 105.95% dan kisaran terendah berada di kelurahan pekalian Puskesmas Astanagarib sebesar 62,39%. 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.

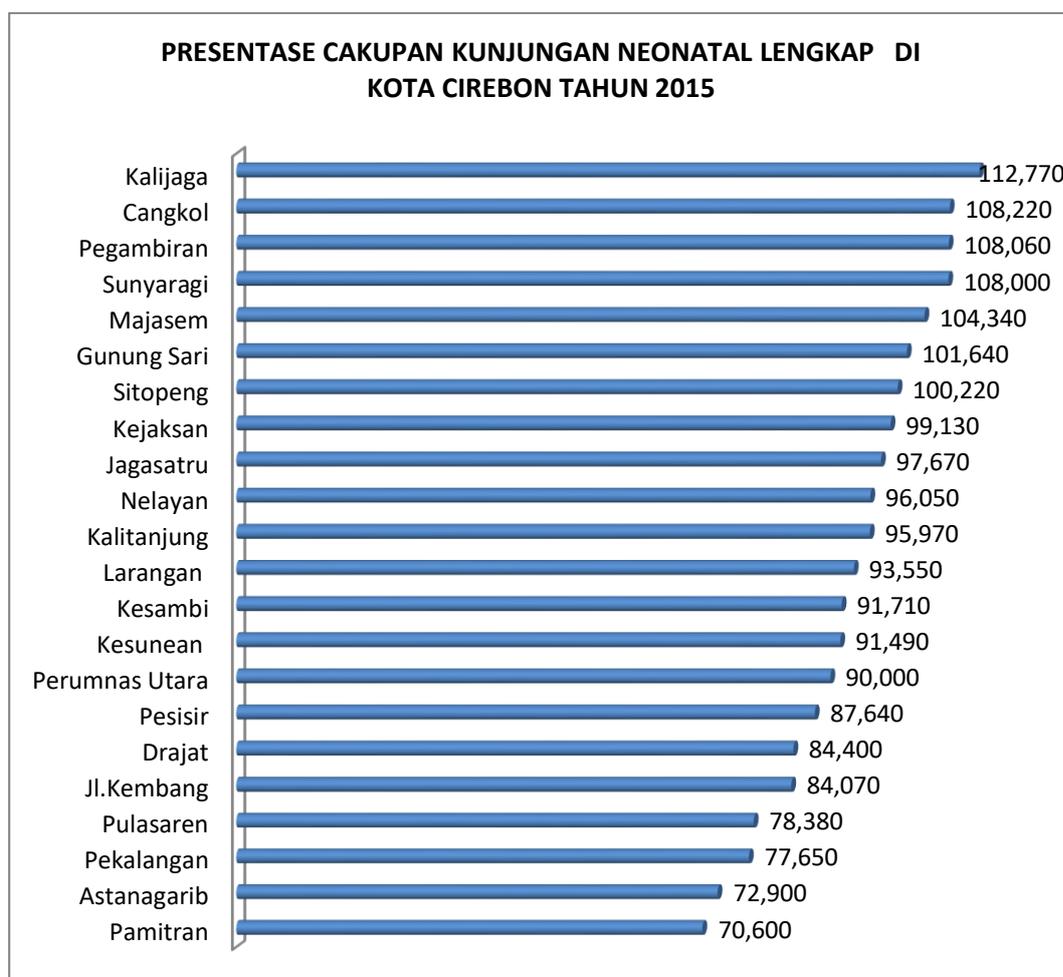
6. Pelayanan KB Pasca salin.

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 2015 sebesar 96,13% dengan kisaran tertinggi di Kelurahan Kalijaga Puskesmas kalijaga sebesar 112,77% dan yang terendah di Kelurahan kejaksan Puskesmas Pamitran sebesar 70,60%. Untuk target pencapaian Kota Cirebon pada Tahun 2015 sebesar 90% dan target Depkes tahun 2015 sebesar 90%. Bila dibandingkan dengan cakupan tahun 2014 sebesar 89,92% maka indikator ini mengalami kenaikan, hal ini menggambarkan akses neonatus terhadap pelayanan kesehatan dasar sudah optimal, 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.

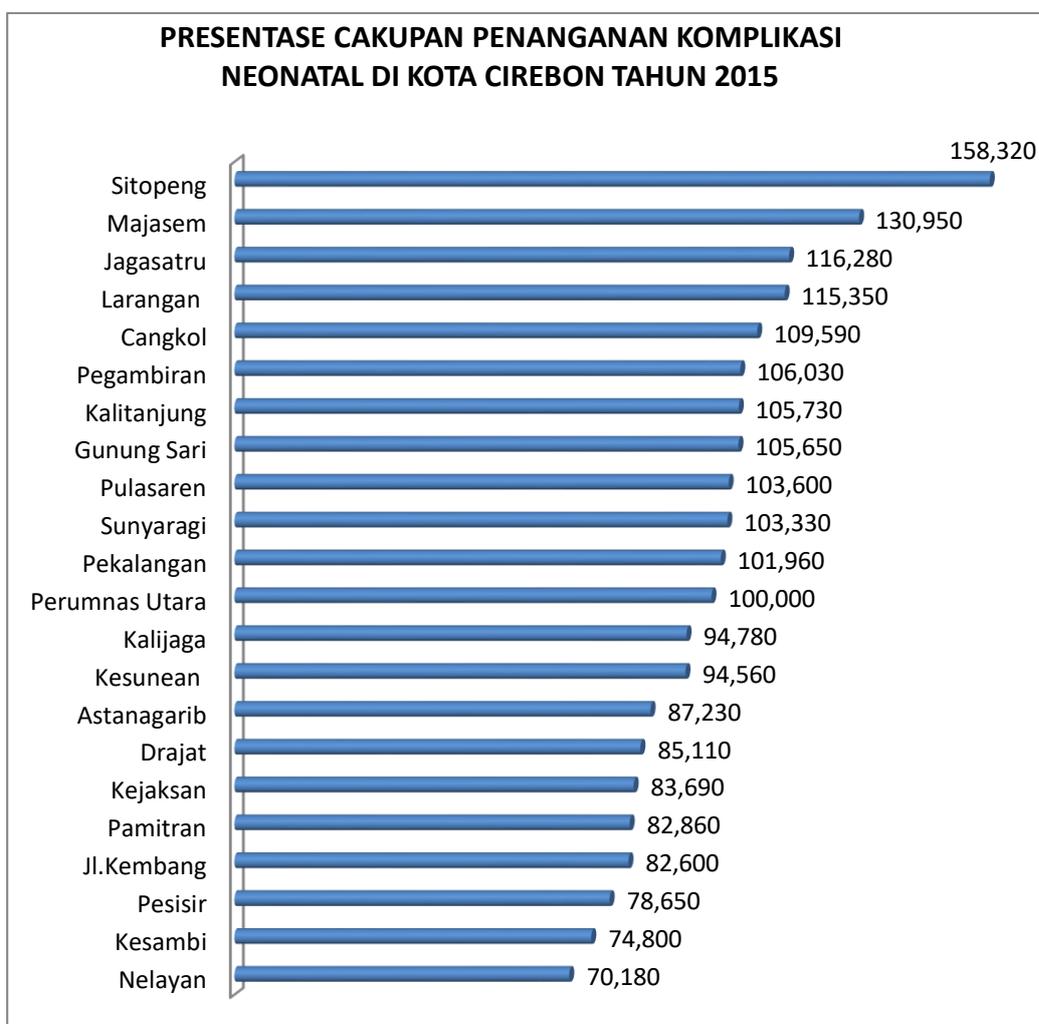
GRAFIK 4.5



Cakupan Neonatal dengan Komplikasi yang Ditangani

Cakupan neonatal dengan komplikasi yang ditangani pada tahun 2014 di kota Cirebon sebesar 102,10% dan turun menjadi 95,65% pada tahun 2015. Target pencapaian Kota Cirebon pada tahun 2015 sebesar 85 %, dengan target Depkes pada tahun 2015 sebesar 80%, dan dari kedua target tersebut, indikator ini sudah mencapai target.

Grafik : 4.6



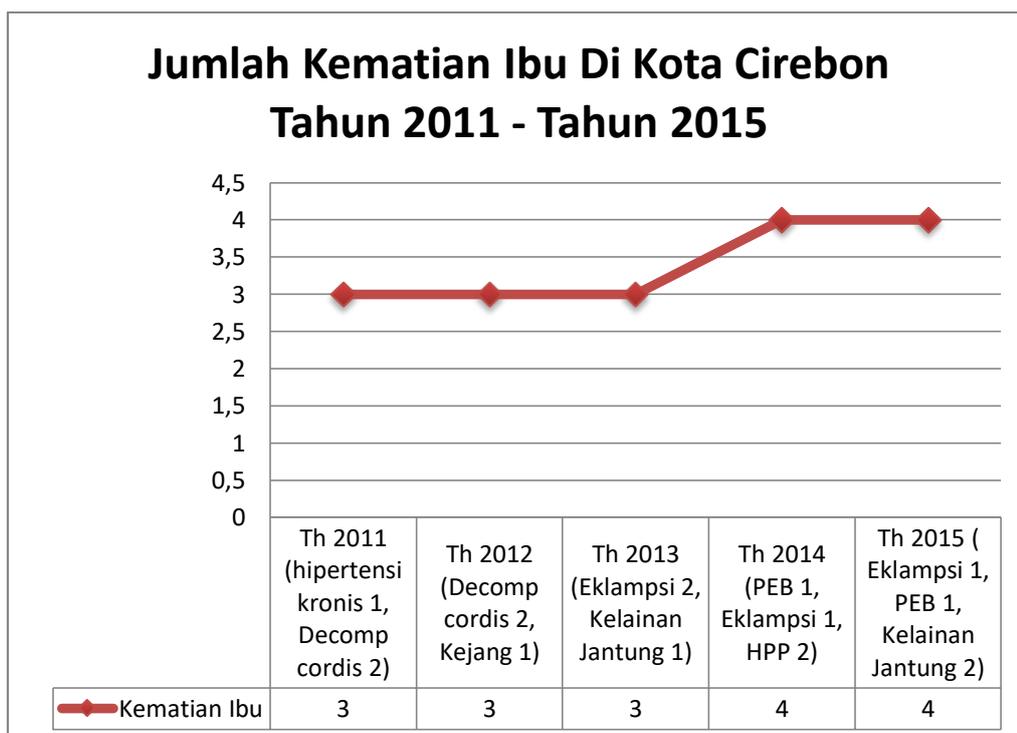
Angka Kematian Maternal

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 2015 terdapat kematian ibu sebanyak 4 orang per 5400 kelahiran hidup, dan pada tahun 2014 terdapat kematian ibu sebanyak 4 orang per 5483 kelahiran hidup, pada tahun 2014 penyebab kematian disebabkan karena penyebab langsung 4 orang yaitu eklampsi 1 orang, Preeklampsi berat 1 orang dan perdarahan post partum 2 orang, sedangkan pada tahun 2015 penyebab kematian disebabkan karena penyebab langsung 2 orang yaitu eklampsi 1 orang dan inversio uteri 1 orang, sedangkan penyebab kematian tidak langsung 2 orang yaitu penyakit jantung. Dengan menurunnya kematian karena penyebab langsung, hal ini menggambarkan pemeriksaan fisik pada saat antenatal untuk deteksi dini faktor risiko sudah cukup baik, tetapi masih perlu adanya peningkatan ketrampilan dalam deteksi dini melalui RSBM dan Peningkatan Kualitas Pelayanan Antenatal Care.

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

GRAFIK : 4.5



Persentase Peserta KB Aktif menurut Jenis Kontrasepsi

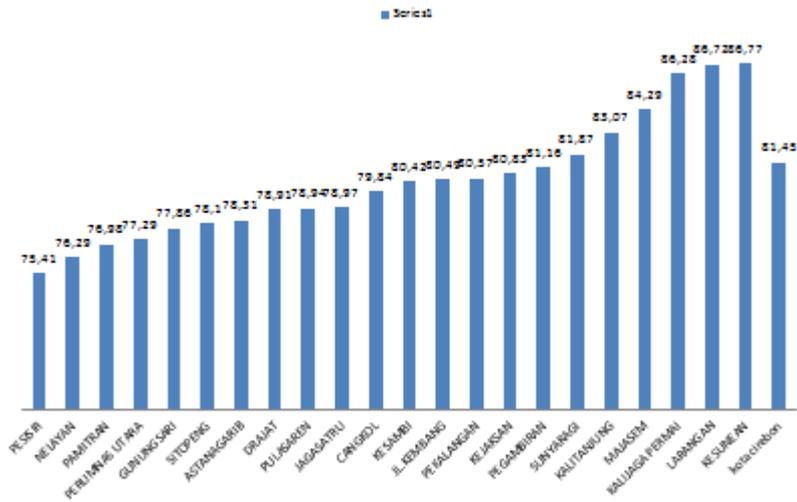
Keluarga berencana adalah suatu usaha untuk menjarangkan jumlah dan jarak kehamilan dengan memakai kontrasepsi. Secara umum dapat diartikan sebagai suatu usaha yang mengatur banyaknya kehamilan sedemikian rupa sehingga berdampak positif bagi ibu, bayi dan ayah serta keluarga yang bersangkutan tidak menimbulkan 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.

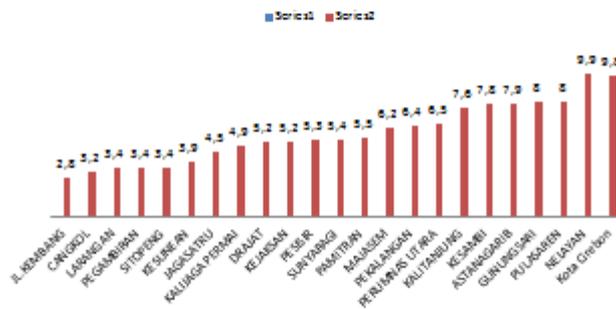
Akseptor KB aktif yaitu akseptor yang ada pada saat ini menggunakan salah satu cara atau alat kontrasepsi untuk menjarangkan kehamilan atau mengakhiri kesuburan. Di Kota Cirebon persentase akseptor KB aktif tahun 2015 adalah 81,45% dari jumlah PUS 41140. Puskesmas dengan akseptor KB aktif tertinggi adalah Puskesmas Kesunean 86,77% dari jumlah PUS 2093, dan Puskesmas dengan akseptor KB aktif terendah adalah Puskesmas Pesisir 75,41% dengan jumlah PUS 1395.

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 9,8% dari jumlah PUS 41140. Puskesmas dengan akseptor KB baru tertinggi adalah Puskesmas Nelayan 9,8% dari jumlah PUS 1046, dan akseptor KB baru terendah adalah Puskesmas Jalan Kembang 2,8% dari PUS 1794.

CAKUPAN KB AKTIF



akseptor KB Baru



Cakupan Pelayanan Kesehatan Bayi

Lima tahun pertama kehidupan, pertumbuhan mental dan intelektual berkembang pesat. Masa ini merupakan masa keemasan atau golden period dimana terbentuk dasar-dasar kemampuan keindraan, 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 serta masyarakat seperti orangtua, kader, guru TK/RA/PAUD.

Sedangkan Manajemen Terpadu Balita Muda (MTBM) di tingkat pelayanan kesehatan dasar dilakukan oleh tim tenaga kesehatan yang terdiri dari perawat atau bidan serta dokter dengan menggunakan bagan MTBS yang ter update, dengan sasaran bayi muda baik sakit maupun sehat usia 0- 2 bulan sebagai salah satu standar pelayanan bayi.

Pelayanan kesehatan bayi sendiri meliputi pelayanan pada bayi usia 0-11 bulan baik yang sakit maupun sehat. Pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan sesuai standar yang meliputi :

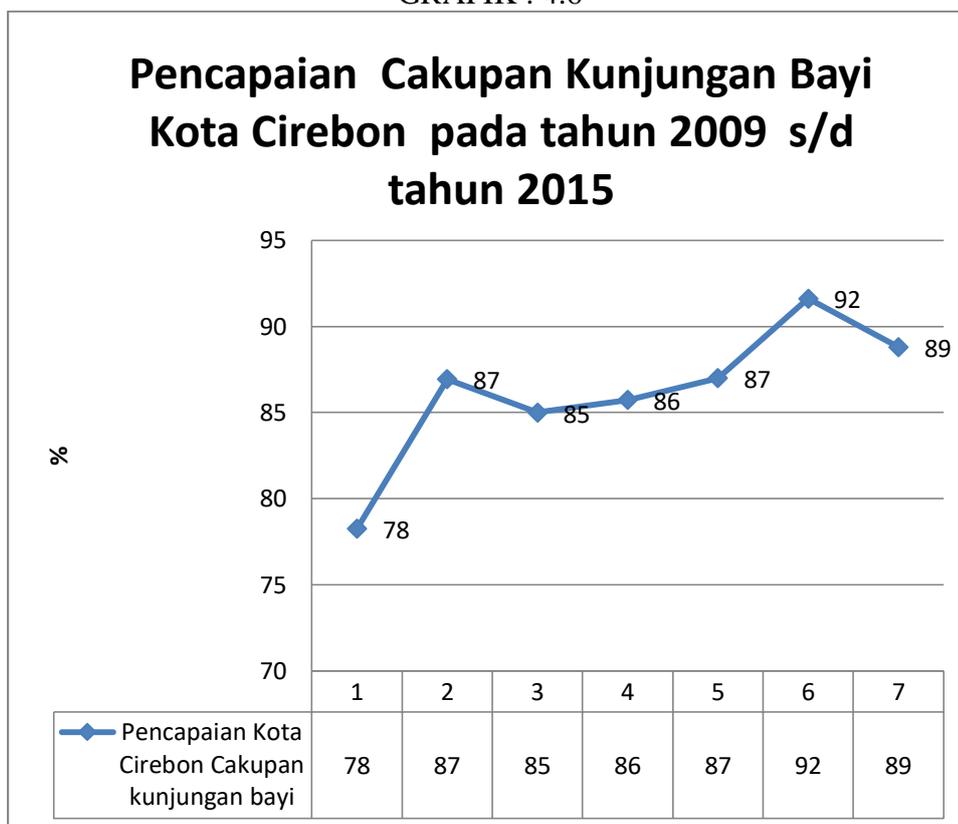
1. Pelayanan pemantauan pertumbuhan minimal 4 kali setahun yang tercatat dalam Buku KIA/KMS. Pemantauan pertumbuhan adalah pengukuran berat badan anak balita setiap bulan yang tercatat pada Buku KIA/KMS. Bila berat

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 sesuai kelompok usianya. Pelayanan SDIDTK diberikan di dalam gedung (sarana pelayanan kesehatan) maupun di luar gedung.
3. Pemberian Vitamin A dosis tinggi (100.000 IU), 1 kali dalam setahun.
4. Pemberian imunisasi Dasar Lengkap.
5. Kepemilikan dan pemanfaatan buku KIA oleh setiap anak balita

Cakupan Pelayanan Bayi (0-11 bulan) diwilayah kerja dalam beberapa 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 bayi pada Tahun 2009: 78% dari jumlah bayi 5.823 bayi , Tahun 2010: 87% dari jumlah bayi 5.698 bayi estimasi, Tahun 2011 : 85% dari jumlah bayi 5.940 bayi estimasi, Tahun 2012 : 86 % dari jumlah bayi 5.871 bayi estimasi , Tahun 2013 : 87% dari jumlah bayi 5.871 bayi estimasi, Tahun 2014 : 92% dari jumlah bayi 5.507 bayi estimasi, sedangkan Tahun 2015 : 89 % dari jumlah bayi 5.618 bayi estimasi. Dapat dilihat cakupan tahun 2015 terjadi penurunan cakupan dari tahun sebelumnya, target tahun 2015 90 % , hal ini disebabkan beberapa hal antara lain : kurangnya pengetahuan petugas dalam pemahaman defenisi operasional sehingga ada pelayanan kesehatan bayi sesuai standar yang belum tercatat dan dilaporkan. Untuk itu perlu peningkatan kualitas pencapaian cakupan pelayanan kesehatan bayi melalui peningkatan pelayanan kesehatan bayi sesuai standar secara terpadu dan peningkatan kualitas pencatatan dan pelaporan pelayanan melalui kohort bayi yang mencatat pelayanan kesehatan bayi sesuai standar.

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 keindraan, 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 :

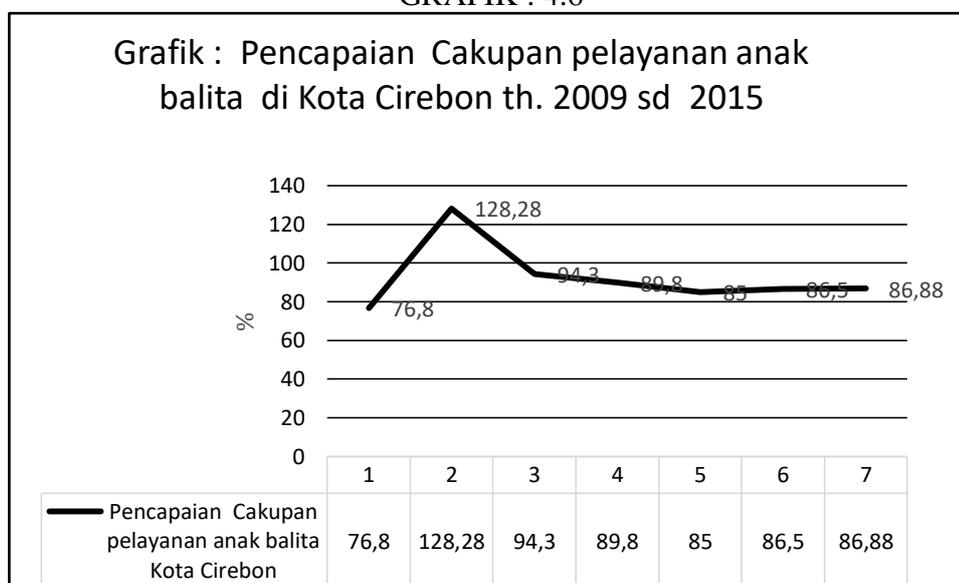
1. Pelayanan pemantauan pertumbuhan minimal 8 kali setahun yang tercatat dalam Buku KIA/KMS. Pemantauan pertumbuhan adalah pengukuran berat badan anak balita setiap bulan yang tercatat pada Buku KIA/KMS. Bila berat badan tidak naik dalam 2 bulan berturut-turut atau berat badan anak balita di bawah garis 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) diwilayah 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, Tahun 2014 : 86,5 % dari jumlah anak balita 18.785. Tahun 2015 : 86,88 % dari jumlah anak balita 21.321. Dapat dilihat cakupan tahun 2015 terjadi peningkatan cakupan dari tahun

sebelumnya, 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 defenisi 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 mulai tahun 2013 mulai pembenahan optimalisasi penggunaan kohort anak balita sesuai defenisi operasional.

Cakupan Penjaringan Kesehatan Sisawa 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 2015

Jumlah laki-laki	: 3.520 anak
Jumlah perempuan	: 3.363 anak
Jumlah keseluruhan	: 6.883 anak.
- Jumlah murid kelas 1 SD dan setingkat yang mendapat pelayanan kesehatan

Jumlah laki-laki	: 3.379 anak (96%)
Jumlah perempuan	: 3.178 anak (94,5 %)
Jumlah keseluruhan	: 6.557 anak (95,26 %)

Berdasarkan data hasil penjaringan anak yang mendapat pelayanan kesehatan ternyata belum mencapai target SPM yaitu 100 %. Masih terlihat bahwa siswa SD laki-laki dari jumlah 3.520 anak hanya 3.379 anak yang mendapat pelayanan kesehatan (96 %), sebanyak 141 anak siswa laki-laki (4 %) tidak mendapat pelayanan kesehatan, sedangkan untuk siswa perempuan dari jumlah 3.363 siswa hanya 3.178 anak yang mendapat pelayanan kesehatan (94,5 %), sebanyak 185 siswa perempuan (5,5 %) 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 untuk 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 mendapat 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 2015 ada 228 posbindu dan puskesmas yang telah melaksanakan **santun lansia sebanyak 7 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 2015 di Kota Cirebon sudah melaksanakan pembinaan dan pemantauan kesehatan serta pemeriksaan lansia di 228 posbindu serta **7 puskesmas yg telah melaksanakan santun lansia**.

Cakupan pelayanan kesehatan usila Tahun 2015 yang mendapatkan pelayanan kesehatan dari jumlah 59.378 lansia yang mendapatkan pelayanan 11.289 lansia atau sekitar 19,01%. **Pencapaian tersebut sudah sesuai target SPM yaitu 30% dari jumlah sasaran lansia**.

Cakupan Pelayanan Gawat Darurat Level 1 yang Harus Diberikan Pelayanan Kesehatan (RS) di Kab/Kota.

Rumah Sakit di Kota Cirebon berjumlah 11 (sebelas) RS, Rumah Sakit Umum berjumlah 7 (tujuh), Rumah Sakit Khusus berjumlah 4 (empat). Masing-masing Rumah Sakit sudah mempunyai sarana Instalasi Gawat Darurat (IGD), dengan persyaratan Rumah Sakit level I. Berdasarkan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan 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.

4.2.4 Indikator Kinerja Pelayanan di Rumah Sakit.

Indikator penilaian tingkat keberhasilan pelayanan di Rumah Sakit biasanya menggambarkan mutu pelayanan Rumah Sakit, dimana 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*).

Sebagaimana pada data tabel terlihat bahwa angka pemanfaatan Tempat Tidur di rumah sakit (BOR) Kota Cirebon Tahun 2014 rata-rata sebesar 63,4% dan pada Tahun 2015 sebesar 57,44% terlihat adanya penurunan sebesar 5,96%. Data Tahun 2015 diambil dari 11 RS dari Bulan Januari s/d Desember 2015 dengan pengambilan data ke Rumah Sakit-Rumah Sakit, dan melalui proses konfirmasi data terakhir. Dari 11 RS baru ada 4 (empat) RS yang termasuk memenuhi BOR ideal yaitu RSUD Gunung Jati 68,87%, RST Ciremai 69,85% dan RS Pelabuhan 60,88%, RS Sumber Kasih 69,95% yang lainnya 7 (tujuh) RS masih dibawah BOR ideal.

Kondisi demikian dipengaruhi oleh adanya berlakunya Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sehingga banyaknya pemanfaatan masyarakat terhadap sarana kesehatan lanjutan.

Tempat tidur yang ideal sekitar 60 – 85%, BOR yang masih rendah menunjukkan kurangnya pemanfaatan fasilitas perawatan rumah sakit oleh masyarakat. Angka BOR yang tinggi ($>85\%$) menunjukkan 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 2014 sebesar 3,9 hari, dan pada Tahun 2015 sebesar 3,6 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.

Net Death Rate (NDR) atau Kematian ≥ 48 jam setelah dirawat untuk setiap 1.000 penderita keluar hidup dan mati merupakan indikator gambaran mutu pelayanan di Rumah Sakit. Indikator Angka Kematian ≥ 48 jam di Rumah Sakit pada Tahun 2014 sebesar 2,5% sedangkan pada Tahun 2015 sebesar 2,4%.

Kematian ≥ 48 jam setelah dirawat untuk setiap 1.000 penderita keluar hidup dan mati ini mengalami penurunan sebesar 0,1%. Dilihat dari angka NDR yang tertinggi di Rumah Sakit Kota Cirebon adalah RSUD Gunung Jati sebesar 47,5% angka tersebut termasuk kedalam Angka Kematian yang tinggi jika dibandingkan dengan standar Netto/ NDR sebesar $< 25\%$.

Angka Kematian Kasar (GDR) yang bisa juga sebagai indikator untuk mengetahui mutu pelayanan/perawatan rumah sakit, rata-rata GDR Rumah Sakit pada Tahun 2014 sebesar 4.6 %, dan Tahun 2015 sebesar 4.2% angka kematian kasar mengalami penurunan sebesar 0.4%. Dilihat dari angka GDR yang tertinggi di Rumah Sakit Kota Cirebon adalah RSUD Gunung Jati sebesar 71,4 % angka tersebut jauh diatas standar angka kematian kasar sebesar 45%.

Peningkatan jumlah kematian yang ada di RSUD Gunung Jati Kota Cirebon dikarenakan berubahnya fungsi RSUD Gunung jati menjadi Rumah sakiit Rujukan Regional Wilayah 3 sehingga banyaknya pasien yang dirujuk ke rumah sakit dan berasal bukan hanya dari wilayah Kota Cirebon saja tetapi berasal dari daerah yang berasal dari wilayah 3 Jawa Barat. Di samping itu juga jumlah pasien rawat inap dari 11 (sebelas) rumah sakit yang ada di Kota Cirebon, terbanyak di RSUD Gunung Jati sebesar 36,7%.

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. Ketidaknyamanan 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 dilakukan 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 2015, jumlah tumpatan gigi tetap sebanyak 6.109 tindakan sedangkan pencabutan gigi tetap sebanyak 3.316 tindakan (rasio 6.109 : 3.316). Artinya tumpatan gigi tetap 1,84 lebih banyak dibandingkan dengan pencabutan gigi tetap. Rasionya meningkat 0,1 lebih banyak dibanding tahun sebelumnya yaitu tumpatan gigi tetap 1,73 lebih banyak daripada pencabutan gigi tetap.

Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat sudah cukup memperhatikan kesehatan gigi mereka. Kesadaran dan motivasi akan kesehatan giginya semakin meningkat. Hal ini ditunjukkan dengan penurunan angka pencabutan gigi tetap pada tahun sebelumnya dari 5.126 tindakan di tahun 2014 menjadi 3.316 tindakan di tahun 2015. Tren menurunnya jumlah pencabutan gigi dan meningkatnya tren penumpatan gigi merupakan hal positif yang terjadi di masyarakat, meski masih terdapat beberapa puskesmas mempunyai rasio pencabutan gigi lebih banyak dibanding tumaopatan giginya.

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 2015 meliputi :

1. Penyuluhan kelompok yang telah dilaksanakan oleh 22 Puskesmas selama Tahun 2015 sebanyak 3.330 kali, 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 2015 sebanyak 25 kali . Tahun 2013 sebanyak 6.188 kali Bila dibandingkan dengan Tahun 2013 terjadi penurunan karena keterbatasan sumber dana, sumber tenaga .

4.2 Akses dan Mutu Pelayanan

Cakupan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan

Upaya peningkatan kualitas hidup manusia di bidang kesehatan merupakan usaha yang sangat luas dan menyeluruh, meliputi peningkatan kesehatan fisik maupun non fisik.

Dalam Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau.

Kesadaran tentang pentingnya jaminan perlindungan sosial terus berkembang sesuai amanat pada perubahan UUD 1945 pasal 134 ayat 2 bahwa negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh Rakyat Indonesia. Pada tahun 2004 telah dikeluarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yang mengamanatkan bahwa program jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk program jaminan kesehatan melalui suatu badan penyelenggara jaminan sosial

Badan penyelenggara jaminan sosial telah diatur dengan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Untuk program Jaminan Kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, implementasinya telah dimulai sejak 1 Januari 2015. Program tersebut selanjutnya disebut sebagai program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ada unsur peserta yang meliputi :

1. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar pemerintah.
2. Peserta program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terdiri atas 2 kelompok yaitu : Peserta Penerima Bantuan Penerima Iuran (PBI) jaminan kesehatan dan Peserta bukan Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan.
3. Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu.
4. Peserta bukan Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan adalah pekerja Penerima Upah dan Anggota Keluarganya, Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya, serta bukan Pekerja dan Anggota Keluarganya.

Untuk Kota Cirebon pada Tahun 2015 tercatat kesepertaan BPJS Kesehatan sebagai berikut :

1. Pekerja Penerima Upah sebanyak 84.491 jiwa.

Terdiri dari PNS, Anggota TNI/POLRI, Pejabat Negara, Pegawai Pemerintah non pegawai negeri dan pegawai swasta yang iurannya dibayar oleh Pemberi Kerja yang dipotong langsung dari gaji bulanan yang diterimanya.

2. Peserta Bukan Pekerja sebanyak 14.174 jiwa.

Terdiri dari investor, perusahaan, penerima pension, veteran, perintis kemerdekaan, janda, duda, anak yatim piatu dari veteran atau perintis kemerdekaan dibayar oleh Peserta yang bersangkutan.

3. Peserta Bukan Penerima Upah sebanyak 21.191 jiwa.

Terdiri dari pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri seperti tukang baso, tukang beca, dan lain-lain.

4. Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) :

1) PBI yang iurannya dibayar oleh Pemerintah Pusat sebanyak 104.247 jiwa

2) PBI yang iurannya dibayar oleh Pemerintah Kota sebanyak 41.924 jiwa
Terdiri dari orang miskin dan tidak mampu sebagaimana terdaftar dalam Surat Keputusan Walikota Cirebon.

Dengan jumlah penduduk Kota Cirebon pada Tahun 2015 sebanyak 307.494 jiwa maka dapat disimpulkan bahwa Cakupan Jaminan Kesehatan di Kota Cirebon sebesar 86,51 %. Diharapkan jumlah tersebut bertambah pada Tahun 2016 mengingat rencana Universal Health Covarege (UHC) untuk Kota Cirebon pada Tahun 2016 semua penduduk Kota Cirebon telah memiliki Jaminan Kesehatan.

Pembiayaan 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

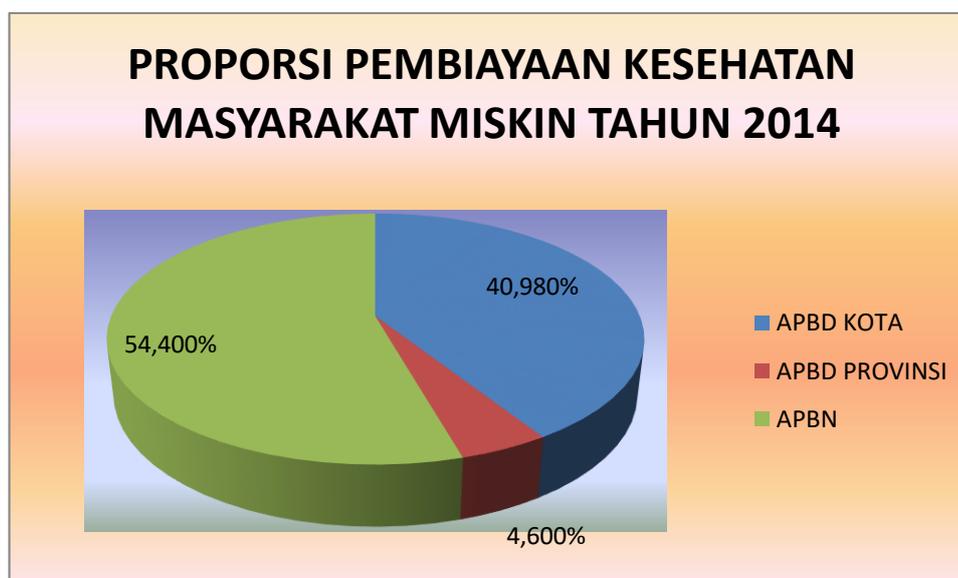
pembiayaan kesehatan untuk masyarakat miskin Tahun 2015 sebesar Rp. 17.762.842.200,- ada penurunan 6,5% dibanding Tahun 2013 sebesar Rp. 19.000.000.000,-. Adapun penyerapan sampai akhir tahun 2015 sebesar Rp.12.058.789.188,- atau 67,89% dengan jumlah pasien yang terlayani di pelayanan dasar dan pelayanan lanjutan sebanyak 99.961 orang.

APBD I Provinsi Jawa Barat melalui Dana Bantuan Gubernur mengalokasikan pembiayaan kesehatan untuk masyarakat miskin Kota Cirebon di Luar Kuota Jamkesmas Tahun 2015 sebesar Rp. 2.000.000.000,- , namun dana tersebut tidak dapat diserap karena dalam petunjuk teknis diperuntukan untuk pembayaran iuran premi masyarakat miskin di luar kuota Jamkesmas (Jamkesda) dan pembayaran klaim pelayanan di rumah sakit dengan menggunakan paket INA-CBG's. Hal itu tidak dapat dilaksanakan karena pada saat dana siap dicairkan pembayaran iuran premi masyarakat miskin ke Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) bidang Kesehatan sudah di biyai dari Anggaran APBD Kota Cirebon dan dituangkan dalam Perjanjian Kerja Sama (PKS) antara pihak Pemerintah Kota yang didelegasikan ke Dinas Kesehatan Kota Cirebon dengan pihak BPJS. Untuk pembayaran klaim di rumah sakit pun tidak dapat dilakukan karena tidak ada petugas verifikasi dengan tarif paket INA-CBG's di rumah sakit.

Anggaran bersumber dari dana APBN untuk pembiayaan kesehatan masyarakat miskin Kota Cirebon tidak langsung dialokasikan melalui Dinas Kesehatan namun dalam bentuk iuran premi bagi Penerima Bantuan Iuran (PBI) dengan jumlah peserta 102.702 jiwa. Bila dihitung per jiwa Rp. 19.225,- maka berjumlah Rp. 23. 693.351.400,-, dan dana iuran tersebut di salurkan langsung ke BPJS Kesehatan.

Grafik 4.9

Proporsi Biaya Jaminan kesehatan Kota Cirebon Tahun 2015



Sumber : Bidang jaminan dan Sarana Kesehatan

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 2015 adalah Rp. 19.762.842.200 dengan realisasi penyerapan anggaran APBD Kota sebesar Rp.12.058.729.188 atau 67,89%. Dan realisasi penyerapan anggaran dana APBD I sebesar 0 %. Rendahnya penyerapan ada pada kode rekening belanja klaim pelayanan kesehatan karena masyarakat tidak mampu sudah didaftarkan ke BPJS sebagai Penerima Bantuan Iuran (PBI) Daerah

Selain pembiayaan untuk masyarakat miskin, Kota Cirebon juga mengalokasikan pembiayaan untuk jaminan pemeliharaan kesehatan lainnya bagi masyarakat Kota. Dana tersebut sebesar Rp. 3.070.157.800 melalui Kegiatan Pembinaan, Pengembangan, Pembiayaan dan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan dengan alokasi pemanfaatan untuk kegiatan: Pelayanan kesehatan gratis untuk biaya retribusi di Puskesmas, pelaksanaan operasi katarak, pelayanan pengobatan masal, dan pelayanan sunatan masal. Realisasi penyerapan 37,38 %. Hal ini disebabkan karena rencana awal alokasi untuk pelayanan gratis di puskesmas dibiayai bagi semua tindakan, namun sesuai kebijakan dan aturan hanya untuk biaya retribusi rawat jalan di Puskesmas.

Jumlah Kunjungan Jiwa di sarana Kesehatan

Pada tahun 2015 kunjungan kasus gangguan jiwa sebanyak 15.874 orang (1,41%) yang terdiri dari 7.408 orang laki-laki (46,67%) dan 8.466 orang perempuan (53,33%). Kunjungan ini meningkat dari tahun sebelumnya yaitu 12.802 (0,39%) 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

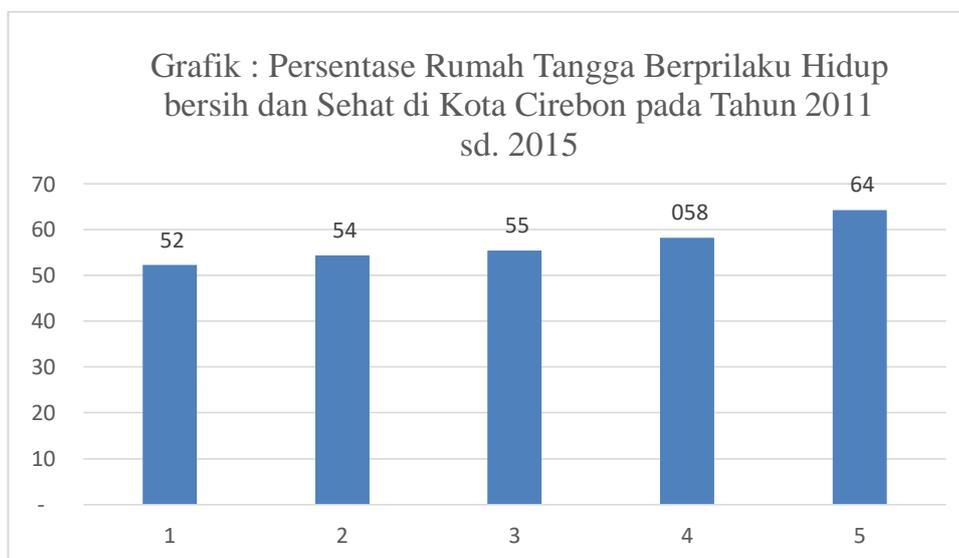
Persentase Rumah Tangga Ber-PHBS.

PHBS adalah singkatan dari Perilaku Hidup Bersih dan Sehat yang terdiri dari 5 tatanan yaitu :

1. Tatanan Rumah Tangga
2. Tatanan Institusi kesehatan
3. Tatanan Institusi Sekolah
4. Tatanan Tempat-Tempat Kerja
5. Tatanan Tempat-Tempat Umum

Di Tahun 2015 Kota Cirebon telah melaksanakan pengkajian PHBS di tatanan Rumah Tangga juga sekolah , hanya saja karena keterbatasan waktu, biaya dan sumber daya manusia, Tahun 2015 pengkajian PHBS tatanan sekolah baru dilaksanakan di TK Negeri Pembina, SDN Guntur, SMP Negeri 11, SMA Negeri 8, SMP Negeri 5 dan SMA Negeri 2 Cirebon.

Sedangkan untuk pengkajian PHBS tatanan rumah tangga dilakukan oleh tenaga kesehatan bermitra dengan kader dengan hasil cakupan PHBS Tatanan Rumah Tangga sebagaimana grafik dibawah ini .



Sumber : Bidang Pelayanan Kesehatan

Dari Grafik diatas dapat dilihat bahwa terjadi kenaikan cakupan PHBS tatanan rumah tangga yang ber PHBS sebagai berikut Tahun 2011 Rumah Tangga yang ber PHBS 52 % dari Jumlah Rumah Tangga yang dipantau 61.229, sedangkan jumlah yang Rumah Tangga ada 61.229, Tahun 2012 Rumah Tangga yang ber PHBS 54 % dari Jumlah Rumah Tangga yang dipantau 50.991, sedangkan jumlah yang Rumah Tangga ada 61.771, Tahun 2013 Rumah Tangga yang ber PHBS 55 % dari Jumlah Rumah Tangga yang dipantau 57.945 , sedangkan jumlah yang Rumah Tangga ada 57.945, Tahun 2014 Rumah Tangga yang ber PHBS 58,19 % dari Jumlah Rumah Tangga yang dipantau 59.011 , sedangkan jumlah yang Rumah Tangga ada 61.198, dan Tahun 2015 rumah tangga yang ber PHBS 64, 3 % dari jumlah rumah tangga yang dipantau 76.995 dan rumah tangga yang ada 79.475.

4.4 Keadaan Lingkungan

Rumah Sehat

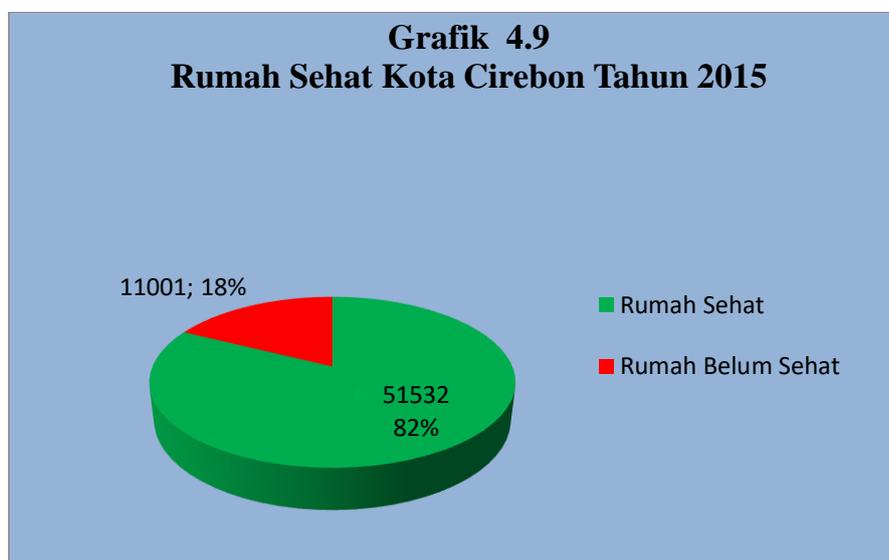
Rumah adalah bangunan yang berfungsi sebagai tempat tinggal atau hunian yang digunakan untuk berlindung dari gangguan iklim dan makhluk hidup lainnya serta tempat pengembangan kehidupan keluarga. Rumah merupakan kebutuhan pokok manusia, keadaan rumah sangat berpengaruh pada perkembangan dan kesehatan 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 2015 di Kota Cirebon jumlah rumah yang ada sebanyak 62.533 rumah. Dari 11.775 rumah yang dibina pada tahun 2015, sebanyak 1.189 rumah yang memenuhi syarat. Sehingga jumlah rumah yang memenuhi syarat (rumah sehat) seluruhnya sebanyak 51.532 (82,41%). Dan masih terdapat 11.001 (17,59%) rumah lagi yang belum memenuhi syarat.

Target rumah sehat yang harus tercapai pada Tahun 2015 adalah 80%. Hal ini berarti sudah melampaui target rumah sehat. Apabila hasil tersebut dibandingkan dengan Tahun 2014 (81,46%) maka terdapat kenaikan sebesar 0,95%. Berikut hasil pemantauan rumah sehat kota Cirebon Tahun 2015.



Akses Air Minum

Air merupakan kebutuhan pokok bagi mahluk 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.

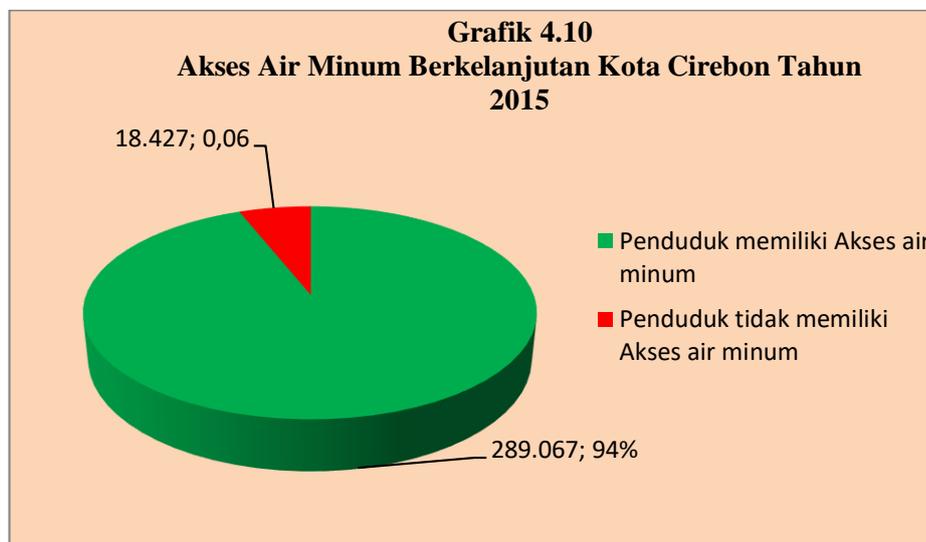
Inspeksi sanitasi terhadap sarana air bersih dilakukan untuk mengetahui risiko pencemaran rendah, sedang, tinggi atau amat tinggi. Sarana air bersih yang mempunyai risiko pencemaran rendah dan sedang dilakukan tindak lanjut dengan pengambilan sampel air, sedangkan untuk risiko pencemaran tinggi dan amat tinggi dilakukan perbaikan fisik sarana air bersih atau perbaikan kualitas air.

Jumlah penyelenggara air minum di Kota Cirebon sebanyak 1 (satu) yaitu PDAM Tirta Dharma Kota Cirebon. Pengawasan kualitas air PDAM tersebut pada tahun 2015 dilakukan dengan pengambilan sampel air sebanyak 655 sampel. Dari hasil pemeriksaan laboratorium sebanyak 638 sampel (97,40%) memenuhi syarat kesehatan. Ada peningkatan jumlah sampel yang diperiksa dari tahun sebelumnya (2014) sebanyak 165 sampel, dari 490 menjadi 655 sampel. Dan peningkatan prosentase sampel memenuhi syarat, dari 96,73% pada tahun 2014 menjadi 97,40% pada tahun 2015.

Jumlah penduduk yang memiliki akses air minum berkelanjutan pada Tahun 2015 sebanyak 289.067 jiwa (94,01%) 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 perpipaan sebanyak 238.463 jiwa (77,55%). Terdapat kenaikan dari tahun sebelumnya (2014) sebanyak 1,04% dari 92,97% menjadi 94,01%.

Target akses air minum tahun 2015 adalah 93%, sedangkan capaian 94,01%. Hal ini berarti sudah melebihi target yang 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.



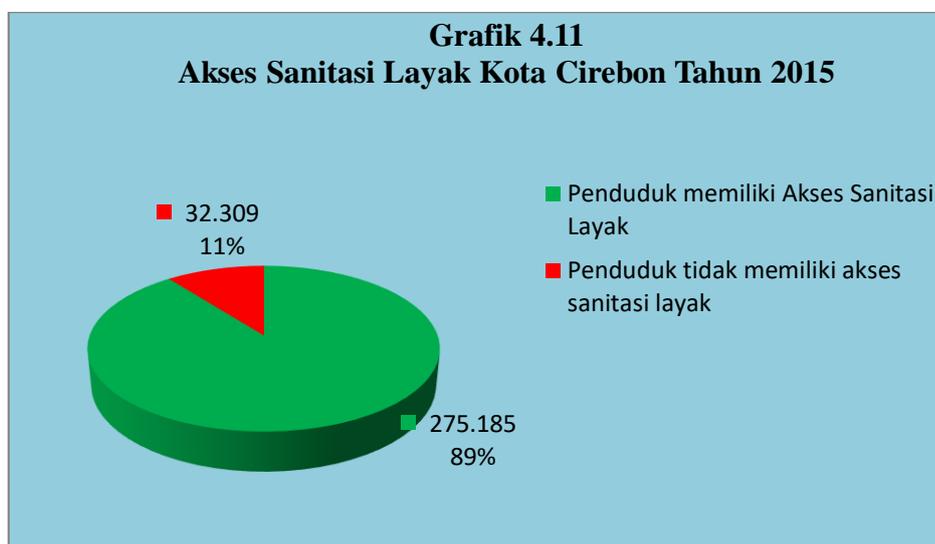
Sarana Sanitasi Dasar

Sanitasi yang layak (jamban sehat) adalah salah satu faktor yang penting untuk mengendalikan kasus diare dan kematian karena diare. 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 bertutup, 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 2015 sebanyak 275.185 jiwa (89,49%) dengan kelurahan yang rendah akses sanitasinya adalah Kelurahan Kesepuhan (58,55%). Sedangkan kelurahan yang sudah

mencapai ODF (Stop Buang Air Besar Sembarangan) adalah kelurahan Larangan (100%). Jumlah kelurahan yang melaksanakan STBM (pemicuan) sebanyak 22 kelurahan (100%). Jika dibandingkan dengan target jamban sehat tahun 2015 (87,40%) maka sudah melampaui (89,49%).

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 .

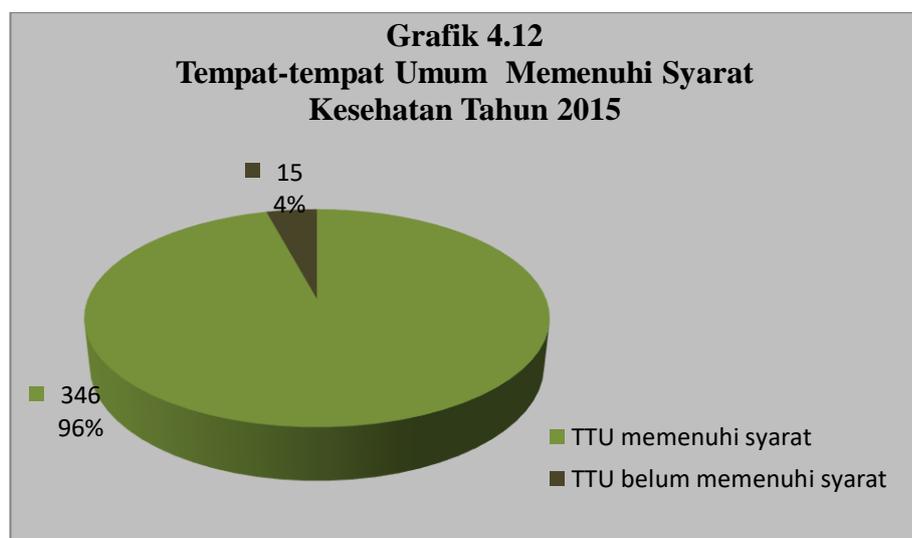


Tempat-tempat Umum (TTU)

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 2015 ini yang termasuk tempat-tempat umum yaitu sarana pendidikan, sarana kesehatan dan hotel.

Pada tahun 2015, jumlah sarana pendidikan yang memenuhi syarat yaitu SD 98,3%, SLTP 95,3% dan SLTA 94%. Sedangkan sarana kesehatan yang memenuhi syarat yaitu Puskesmas 100% dan rumah sakit 100%. Tempat-tempat umum berupa hotel bintang seluruhnya memenuhi syarat (100%) dan hotel non bintang sebanyak 83,3% memenuhi syarat. Sehingga total tempat-tempat umum yang memenuhi syarat sebanyak 346 (95,84%) dari 361 TTU.



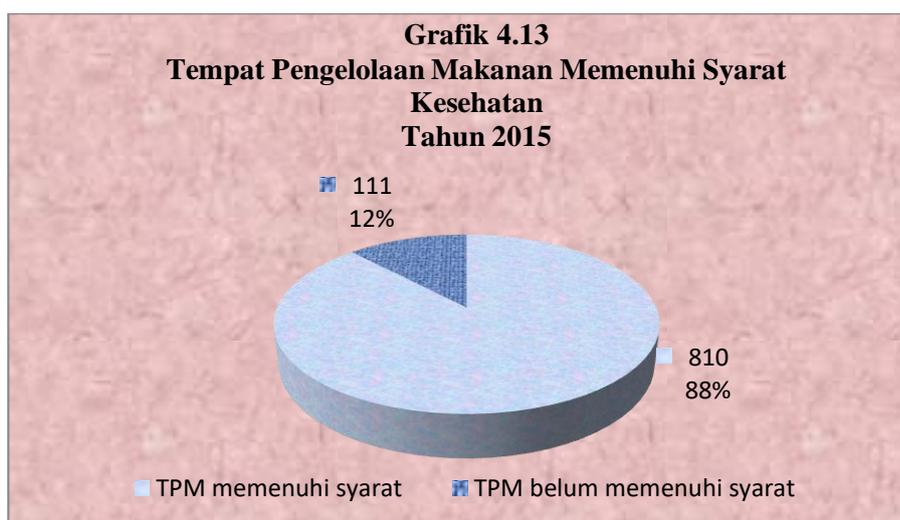
Tempat Pengelolaan Makanan (TPM)

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

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

Hasil pemantauan pada tahun 2015 jumlah TPM yang ada sebanyak 921 TPM, dan sebanyak 810 (87,95%) diantaranya memenuhi syarat dengan rincian

jasaboga sebanyak 40 (4,34%), rumah makan/restoran 167 (18,13%), depot air minum 100 (10,86%), makanan jajanan 503 (54,61%). Sedangkan TPM yang tidak memenuhi syarat sebanyak 111 (12,05%) dengan rincian jasaboga 2 (0,22%), rumah makan/restoran 0 (0%), depot air minum 23 (2,50%), dan makanan jajanan 86 (9,34%). Jumlah TPM tidak memenuhi syarat yang dibina sebanyak 99 (89,19%), sedangkan TPM yang memenuhi syarat yang diuji petik/dibina sebanyak 773 (95,43%).



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.

Penyediaan obat di Fasilitas kesehatan dilaksanakan dengan mengacu kepada Formularium Nasional (Fornas) dengan harga obat yang tercantum dalam e-katalog obat. Pengadaan obat dalam e-katalog menggunakan mekanisme e-purchasing. Dalam hal jenis obat tidak tersedia dalam Fornas dan harganya tidak terdapat dalam e-katalog, maka pengadaannya dapat menggunakan mekanisme pengadaan yang lain sesuai dengan perundang-undangan yang berlaku.

Pada pelaksanaan pelayanan kesehatan, penggunaan obat disesuaikan dengan standar pengobatan dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Apabila dalam pemberian pelayanan kesehatan, pasien membutuhkan obat yang belum tercantum di Formularium Nasional, maka hal ini dapat diberikan dengan ketentuan bahwa penggunaan obat di luar Formularium Nasional di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dapat digunakan apabila sesuai dengan indikasi medis dan sesuai dengan standar pelayanan kedokteran.

Pengadaan obat dan perbekalan kesehatan tahun 2015 menggunakan sistem e-purchasing dengan harga e-katalog dan e-tendering. Obat yang diadakan umumnya adalah obat generik berlogo untuk pelayanan kesehatan dasar.

Sumber anggaran yang didapat dari penyediaan obat dan perbekalan Kesehatan tahun 2015, yaitu :

1. APBD Kota Cirebon (APBD II)
2. Dana Alokasi Khusus (DAK)
3. Buffer Stok Propinsi (APBD I)
4. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan
5. Program KIA-Gizi dan Pemberantasan Penyakit Menular (P2M)
6. Dirjen Bina Kefarmasian (Obat Jiwa dan Kesus)

Pemantauan penulisan resep obat generik di sarana pelayanan kesehatan dasar (puskesmas) pada tahun 2015 mencapai angka rata-rata 95%. Meningkat 1 % dari tahun 2014 yang menunjukkan angka rata-rata 94 %. Hal ini menunjukkan bahwa pemakaian obat generik semakin meningkat di Puskesmas. Prosentase ketersediaan obat generik 85%, sedangkan presentase ketersediaan obat essential mencapai 54,5%, menurun 14,61 % dari tahun 2014. Penurunan ketersediaan obat essential ini dikarenakan meningkatnya pemakaian obat generik yang non essential.

Jenis Obat dan Perbekalan Kesehatan yang terdapat di UPTD Farmasi tahun 2015 sebanyak 221 jenis, menurun sebanyak 17 jenis dari tahun 2014, yang dibutuhkan sebanyak 238 jenis. Penurunan ini disebabkan oleh beberapa jenis obat yang tidak dibutuhkan lagi di Puskesmas berkaitan dengan indikasi pengobatannya.

Obat dan Perbekalan Kesehatan yang sangat dibutuhkan pada tahun 2015 sebanyak 221 jenis terdiri dari :

1. 123 jenis obat yang termasuk ke dalam di Formularium Nasional Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
2. 84 jenis obat yang tidak termasuk ke dalam Formularium Nasional
3. 14 jenis Bahan Medis Habis Pakai (BMHP).

Di UPTD farmasi pada Tahun 2015 terdapat 221 jenis obat dan bahan medis habis pakai, namun Obat dan vaksin yang sangat dibutuhkan berdasarkan format laporan ketersediaan Kementerian Kesehatan RI sebanyak 144 jenis obat yang diwajibkan, hanya 81 item obat dibutuhkan oleh Dinkes Kota Cirebon, dengan evaluasi tingkat kecukupan sebagai berikut:

1. Terdapat 32 jenis obat dengan tingkat kecukupan s/d 100% (Tingkat kecukupan obat kurang dari 12 bulan)
2. Terdapat 49 jenis obat dengan tingkat kecukupan lebih dari 100% (Tingkat kecukupan sampai dengan 18 bulan)
3. Terdapat 63 jenis obat yang tidak dibutuhkan di Puskesmas

Grafik 5.1

Ketersediaan Obat Kota Cirebon Tahun 2015



Sumber : UPTD Farmasi Kota Cirebon

Berdasarkan data diatas maka obat yang tersedia di UPTD Farmasi, 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 2015, terhitung ada 98 apotek, 35 toko obat, 36 klinik terdiri dari 29 klinik Pratama, 7 klinik Utama. Sedangkan laboratorium mandiri ada 9 laboratorium.

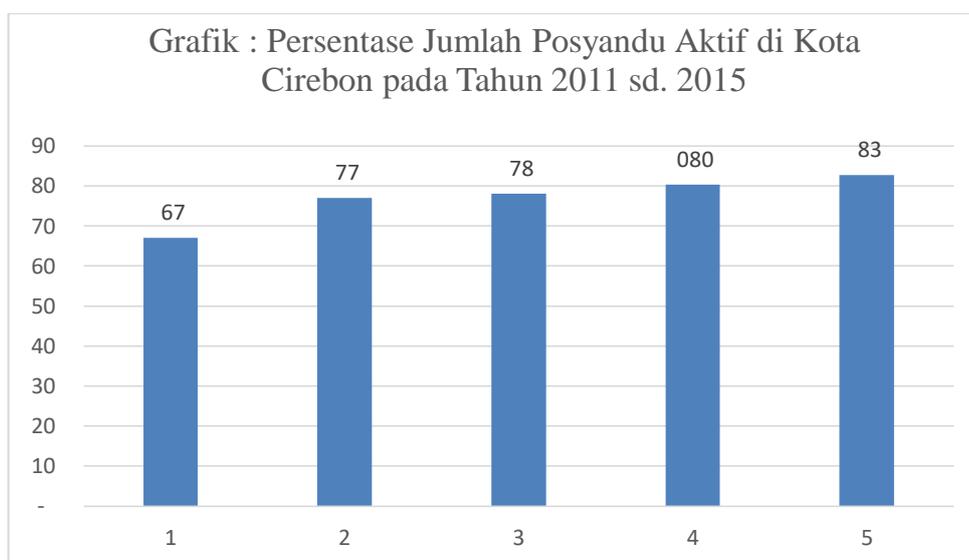
Jumlah rumah sakit ada 11 rumah sakit yang terdiri dari 3 rumah sakit khusus bersalin, 1 rumah sakit khusus bedah, 7 rumah sakit umum. **Rumah sakit yang telah melaksanakan penetapan kelas sudah 7 rumah sakit dan 2 rumah sakit dalam proses di Kementerian Kesehatan.** Sampai saat ini belum ada rumah sakit 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 11 Rumah Sakit yang ada, 7 Rumah Sakit mempunyai Laboratorium Kesehatan dan 5 Rumah Sakit yang memiliki 4 spesialis dasar.**

Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat (UKBM).

Persentase Cakupan Posyandu Aktif

Posyandu adalah Pos Pelayanan Terpadu, yang mencakup pelayanan kesehatan ibu, bayi, anak balita secara terpadu dengan berbasis masyarakat, dikelola oleh masyarakat dan untuk masyarakat.

Dikatakan posyandu aktif adalah apabila posyandu di wilayah tersebut telah mencapai strata purnama dan atau strata mandiri . Adapun data jumlah Posyandu Aktif adalah sebagaimana grafik dibawah ini :



Sumber : Bidang Pelayanan Kesehatan

Dari grafik diatas dapat dilihat adanya kenaikan prosentase posyandu aktif mulai dari Tahun 2011 jumlah posyandu aktif 214 dari jumlah posyandu yang ada 319, Tahun 2012 jumlah posyandu aktif 256 dari jumlah posyandu yang ada 329, tahun 2013 jumlah posyandu aktif 256 dari jumlah posyandu yang ada 329, tahun 2014 jumlah posyandu aktif 265 dari jumlah posyandu yang ada 330, tahun 2015 jumlah posyandu aktif 273 dari jumlah posyandu yang ada 330.

Keadaan kampung siaga aktif

Kampung siaga Aktif adalah bentuk pengembangan dari desa siaga yang telah dimulai sejak tahun 2006. Kemudian dikembangkan menjadi Desa Siaga Aktif berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor

1529/MENKES/SK/X/2010 tentang Pedoman umum pengembangan desa dan kelurahan aktif Desa atau kelurahan aktif .

Desa dan Kelurahan Siaga Aktif adalah bentuk pengembangan dari Desa Siaga yang telah dimulai sejak tahun 2006. Desa atau Kelurahan Siaga Aktif adalah desa atau yang disebut dengan nama lain atau kelurahan yang:

1. Penduduknya dapat mengakses dengan mudah pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan setiap hari melalui Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) atau sarana kesehatan yang ada di wilayah tersebut seperti, Pusat Kesehatan Masyarakat Pembantu (Pustu), Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) atau sarana kesehatan lainnya.
2. Penduduknya mengembangkan UKBM dan melaksanakan survailans berbasis masyarakat (meliputi pemantauan penyakit, kesehatan ibu dan anak, gizi, lingkungan dan perilaku), kedaruratan kesehatan dan penanggulangan bencana, serta penyehatan lingkungan sehingga masyarakatnya menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

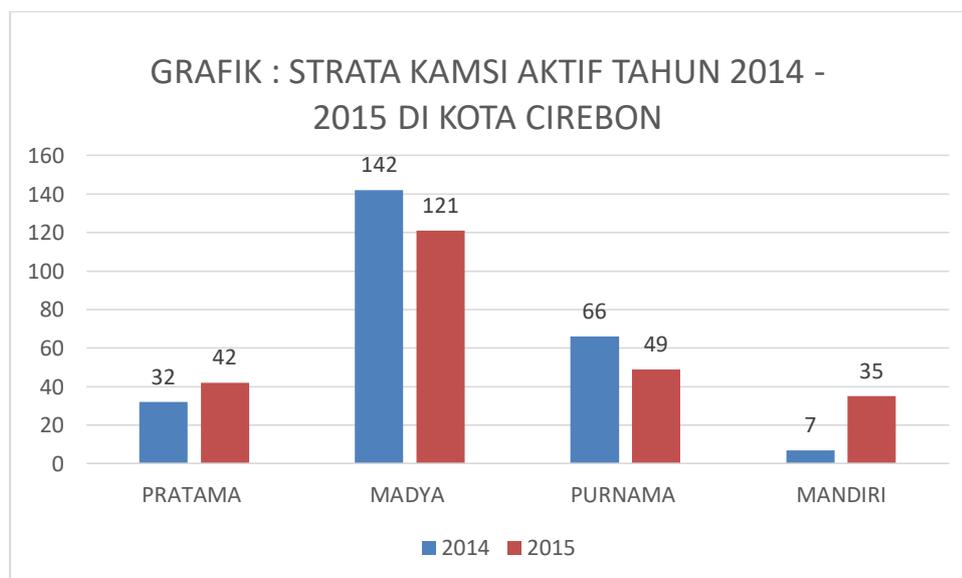
Untuk menjamin kemantapan dan kelestarian, pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dilaksanakan secara bertahap, dengan memperhatikan kriteria atau unsur-unsur yang harus dipenuhi, yaitu:

1. Kepedulian Pemerintah Desa atau Kelurahan dan pemuka masyarakat terhadap Desa dan Kelurahan Siaga Aktif yang tercermin dari keberadaan dan keaktifan Forum Desa dan Kelurahan.
2. Keberadaan Kader Pemberdayaan Masyarakat/kader teknis Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
3. Kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang buka atau memberikan pelayanan setiap hari .
4. Keberadaan UKBM yang dapat melaksanakan
 - (a) survailans berbasis masyarakat,
 - (b) penanggulangan bencana dan kedaruratan kesehatan,
 - (c) penyehatan lingkungan.

5. Tercakupnya (terakomodasikannya) pendanaan untuk pengembangan desa dan Kelurahan Siaga Aktif dalam Anggaran Pembangunan Desa atau Kelurahan serta dari masyarakat dan dunia usaha
6. Peran serta aktif masyarakat dan organisasi kemasyarakatan dalam kegiatan kesehatan di Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
7. Peraturan di tingkat desa atau kelurahan yang melandasi dan mengatur tentang pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
8. Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di Rumah Tangga di desa atau kelurahan.

Di kota Cirebon keadaan Kampung Siaga Aktif yaitu Tahun 2011: 247 RW (100%), Tahun 2012: 247 RW (100%), Tahun 2013: 247 RW (100%), Tahun 2014: 247 RW (100%), dan Tahun 2015: 247 RW (100%). Namun keadaan kualitas kampung siaga aktif itu sendiri dilihat dari strata nya adalah sebagaimana grafik berikut :

GRAFIK :



Sumber : Bidang Pelayanan Kesehatan Dasar.

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa terjadi peningkatan strata kampung siaga aktif dengan strata mandiri tahun 2014 : 7 RW tahun 2015 : 35 RW, sedangkan strata purnama

mengalami penurunan dari tahun 2014 : 66 RW tahun 2015 : 49 RW, strata madya juga mengalami penurunan yaitu tahun 2014 :142 RW, tahun 2015 : 121 RW, sedangkan strata pratama mengalami kenaikan yaitu : tahun 2014 : 32 RW, tahun 2015 : 42 RW. Fluktuasi keadaan strata kampung siaga aktif ditiap RW dipengaruhi oleh kualitas tiap indikator kampung siaga aktif itu sendiri terutama keadaan UKBM dan PHBS.Salah satu bentuk UKBM yang ada di masyarakat adalah Posyandu. Posyandu adalah Pos Pelayanan Terpadu, yang mencakup pelayanan kesehatan ibu, bayi, anak balita secara terpadu dengan berbasis masyarakat, dikelola oleh bmasyarakat dan untuk masyarakat.

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 perawat 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 2015, jumlah tenaga kesehatan di Kota Cirebon sebanyak 1.992 orang yang bekerja di UPTD Kesehatan (Puskesmas, Labkesda, Kesehatan Khusus dan Farmasi) 25,1% atau 667 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 88 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 2015

No	Tenaga Kesehatan	UPTD Kesehatan	Rumah Sakit	Institusi Diknakes	Sarana Kesehatan Lain	Dinkes Kota
1.	Medis	62	184	0	0	0
2.	Keperawatan	288	949	0	0	0
3.	Kefarmasian	42	118	0	0	1
4.	Gizi	13	33	0	0	2
5.	Keterampilan Fisik	0	18	0	2	0
6.	Keteknisan Medis	23	95	0	5	2
7.	Kesmas	37	25	3	14	7
Jumlah		465	1.422	3	21	12

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 2014

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	62	1 : 3
2.	Keperawatan	1.273	1 : 290	288	1 : 13
3.	Kefarmasian	161	1 : 2.294	42	1 : 2

4. Gizi	53	1 : 6.969	13	1 : 1
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	37	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 2015

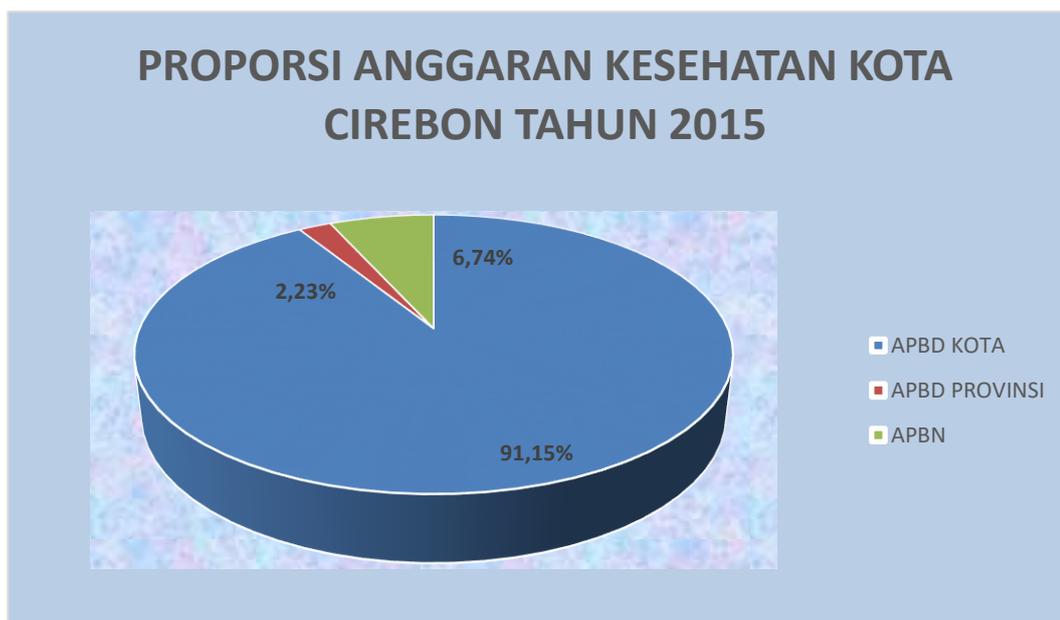
No	Tenaga Kesehatan	Kecamatan									
		Harjamukti		Lemahwungkuk		Pekalipan		Kesambi		Kejaksan	
		Jumlah Tenaga	Rasio terhadap Jumlah Penduduk								
1.	Medis	15	1: 7.156	11	1: 4.881	7	1: 4.232	15	1: 4.719	12	1: 3.838
2.	Keperawatan	75	1: 1.431	46	1: 1.167	43	1: 689	66	1: 1.072	52	1: 886
3.	Kefarmasian	11	1: 9.758	6	1: 8.948	5	1: 5.925	8	1: 8.848	8	1: 5.757
4.	Gizi	3	1: 35.780	3	1: 17.896	3	1: 9.875	1	1: 70.780	3	1: 15.353
5.	Keterampilan Fisik	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
6.	Keteknisian Medis	7	1: 15.334	1	1: 53.689	1	1: 29.626	3	1: 23.593	3	1: 15.353
7.	Kesehatan Masyarakat	8	1: 13.418	6	1: 8.948	7	1: 4.232	8	1: 8.848	8	1: 5.757

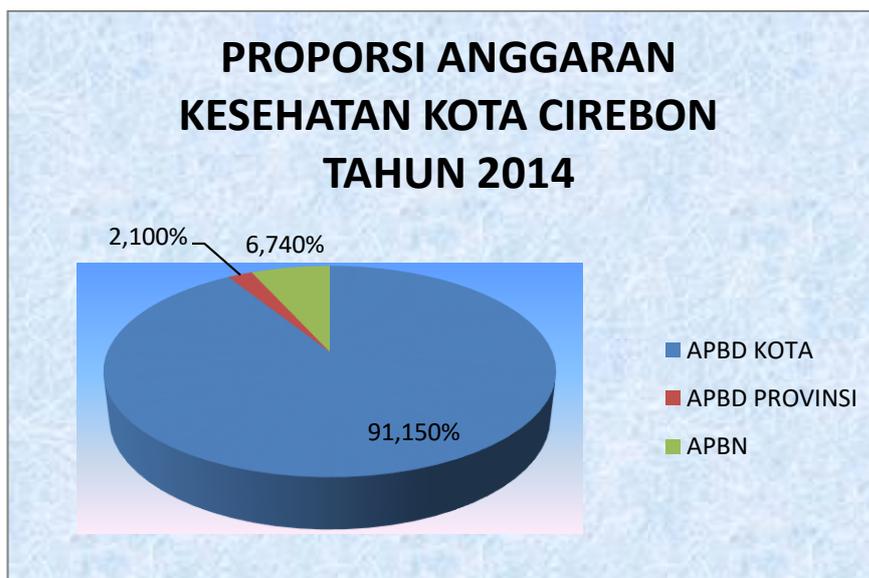
5.3 Pembiayaan Kesehatan

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 355.636.774.628 (90,97%), APBD Provinsi Rp. 8.725.478.300 (2,23%). APBN sebesar Rp. 26.559.682.000 (6,79%). Sedangkan Pinjaman/Hibah Luar Negeri (PHLN) yang berasal dari Global Fund sebesar Rp. 0 (0%). Sedangkan Persentase APBD Kesehatan terhadap APBD Kota Cirebon sebesar 33,59%. **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 8,85% saja. Berikut ini grafik proporsi anggaran kesehatan Kota Cirebon tahun 2015**

Grafik 5.4

Proporsi Anggaran Kesehatan Kota Cirebon Tahun 2015





Sumber : Sekretariat Dinas Kesehatan Sub Bagian Keuangan

Bab 6

Kesimpulan

Pelaksanaan pembangunan di Kota Cirebon sampai sekarang ini terus ditingkatkan. Hal ini dapat terlihat dari meningkatnya capaian diberbagai sektor. Salah satunya pencapaian dalam bidang kesehatan, dimana banyak program-program kesehatan yang sesuai dan bahkan melebihi Standar pelayanan Minimal (SPM) Kota Cirebon, hal ini dapat dilihat dari beberapa indikator yang telah tercapai sesuai dengan target yang ditetapkan.

Berdasarkan data profil kesehatan,tahun 2015 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 belum maksimal.

Untuk menunjang pembangunan di bidang kesehatan yang telah menunjukkan keberhasilan haruslah diiringi dengan peningkatan kualitas sumber daya manusia kesehatan yaitu dengan melalui pendidikan dan pelatihan bagi tenaga kesehatan, agar tenaga kesehatan dapat meningkatkan kualitas dan kompetensinya dalam melayani masyarakat, sehingga kualitas hidup masyarakat dapat meningkat yang kemudian dapat mendukung pembangunan Kota Cirebon dengan lebih baik lagi.

Lampiran