

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami sampaikan ke hadirat Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya sehingga Penyusunan Profil Kesehatan Kabupaten Karawang Tahun 2015 dapat terselesaikan.

Profil Kesehatan merupakan salah satu media publikasi data dan informasi yang berisi situasi dan kondisi kesehatan yang cukup komprehensif. Profil Kesehatan ini juga merupakan salah satu sarana yang dapat digunakan untuk melaporkan pemantauan dan evaluasi terhadap pencapaian hasil pembangunan kesehatan, termasuk kinerja dari penyelenggaraan pelayanan minimal di bidang kesehatan di kabupaten/kota.

Profil Kesehatan Kabupaten Karawang disusun berdasarkan ketersediaan data, informasi, dan indikator kesehatan yang bersumber dari unit teknis di lingkungan Dinas Kesehatan serta institusi lain terkait seperti Rumah Sakit, Badan Pusat Statistik (BPS), BKKBN, dan Dinas Pendidikan.

Proses penyusunan Profil Kesehatan membutuhkan sumberdaya khususnya sumber daya manusia yang terampil, sumber daya data yang terpercaya dan sumber daya lain, seperti ATK yang mencukupi, Komputer dan Aplikasi Manajemen Data dan lain sebagainya.

Dengan segala keterbatasan kemampuan sumber daya tersebut diatas Penyusun mencoba dan berusaha untuk menampilkan semaksimal mungkin seluruh variabel data Profil Kesehatan sesuai Pedoman Penyusunan Profil Kesehatan, meskipun hasilnya masih kurang memuaskan berbagai pihak yang berkepentingan.

Hambatan dan kendala yang dihadapi oleh Tim Penyusun antara lain, jumlah tabel profil dan variabel yang sangat banyak, kelengkapan dan ketersediaan variabel data profil kesehatan, terdapat data sektoral non kesehatan, adanya perbedaan data hasil pengumpulan data rutin, data tabel profil kesehatan yang disepakati sebagai tabel final berubah, adanya keterbatasan pemahaman dan kemampuan tim penyusun dalam pengelolaan profil.

Diharapkan Profil Kesehatan Kabupaten Karawang ke depan banyak mengalami penyempurnaan baik dari sisi kelengkapan data variabel, kecepatan proses penyusunan, validasi datanya, penyajian dan analisa datanya serta dapat terbit lebih awal lagi setiap

tahunnya.

Dari sisi pemanfaatan informasi kesehatan, diharapkan Profil Kesehatan dapat dijadikan salah satu jejak rekam pembangunan kesehatan khususnya untuk memberikan gambaran secara umum tentang Derajat Kesehatan Masyarakat, Indeks Kesehatan, Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, serta capaian *Millenium Development Goal's (MDG's)* di Kabupaten Karawang.

Saran dan kritik untuk penyempurnaan Profil Kesehatan baik dari sisi proses penyusunan maupun substansial sangat kami harapkan. Kerjasama yang telah dibina dalam proses penyusunan Profil Kesehatan ini harus terus ditingkatkan. Semoga Profil Kesehatan Kabupaten Karawang Tahun 2015 dapat bermanfaat bagi seluruh pihak yang berkepentingan.

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada semua pihak yang telah berperan aktif dalam penyusunan dan pengelolaan Profil Kesehatan Kabupaten Karawang Tahun 2015 ini.

Karawang, Juli 2015
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Karawang

Dr.H.YUSKA YASIN,MM
NIP. 19581023 198703 1 003

DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
BAB II VISI, MISI, TUJUAN, KEBIJAKAN DAN STRATEGI	4
A. VISI DINAS KESEHATAN KABUPATEN KARAWANG	4
B. MISI DINAS KESEHATAN KABUPATEN KARAWANG	5
C. TUJUAN DAN SASARAN	6
D. STRATEGI DAN KEBIJAKAN	7
BAB III GAMBARAN UMUM DAN PERILAKU PENDUDUK	10
A. GAMBARAN UMUM DAN KEPENDUDUKAN	10
1. Gambaran Umum Wilayah	10
2. Pertumbuhan Penduduk	11
3. Persebaran dan Kepadatan Penduduk	14
B. GAMBARAN SOSIAL EKONOMI	17
1. Kondisi Ekonomi	17
2. Tingkat Kemiskinan	18
3. Keadaan Pendidikan	20
C. GAMBARAN LINGKUNGAN FISIK	20
1. Rumah Sehat	20
2. Sarana dan Akses Air Minum Berkualitas	20
3. Penyelenggara Air Minum Memenuhi Syarat Kesehatan	21
4. Sarana dan Akses Terhadap Sanitasi dasar	22
5. Sarana dan Akses Tempat-tempat Umum memenuhi Syarat	23
6. Sarana dan Akses Tempat Pengolahan Makanan Syarat, Dibina dan Diuji Petik	24
D. KEADAAN PERILAKU MASYARAKAT	24
1. Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)	24
2. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)	26
BAB IV SITUASI DERAJAT KESEHATAN	28
A. UMUR HARAPAN HIDUP	28
B. MORTALITAS	30

1. Angka Kematian Bayi (AKB)	30
2. Angka Kematian Balita (AKABA)	31
3. Angka Kematian Ibu (AKI)	32
C. MORBIDITAS	33
1. Penyakit Menular	33
2. Penyakit yang dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I)	36
3. Penyakit bersumber Binatang	37
4. Penyakit Tidak Menular	40
BAB V	
SITUASI UPAYA KESEHATAN	42
A. PELAYANAN KESEHATAN DASAR	42
1. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak	42
a. Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil	43
b. Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin	45
c. Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas	47
d. Pelayanan Komplikasi Maternal	50
e. Pelayanan Komplikasi Neonatal	52
f. Kunjungan Neonatal	54
g. Pelayanan Kesehatan pada bayi	56
h. Pelayanan Kesehatan pada Anak balita	58
i. Pelayanan Kesehatan pada Siswa SD dan Setingkat	60
j. Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja	62
2. Pelayanan Keluarga Berencana	62
3. Pelayanan Imunisasi	65
a. Imunisasi Dasar pada Bayi	65
b. Imunisasi pada Ibu Hamil	67
c. Cakupan Desa/Kelurahan UCI	68
B. PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN	69
1. Kunjungan di Rumah sakit	69
a. Kunjungan Rawat Jalan di Rumah Sakit	69
b. Kunjungan rawat Inap di Rumah Sakit2	69
2. Angka Kematian di Rumah sakit	70
3. Tingkat Efisiensi Pelayanan Rumah Sakit	71
C. PERBAIKAN GIZI MASYARAKAT	74
1. Status Gizi	74
a. Status Gizi Balita	74
b. Status Gizi Penduduk Dewasa	76
2. Pemberian Tablet Tambah darah (Fe) pada Ibu hamil	76
3. Pemberian kapsul Vitamin A	78
4. Cakupan Pemberian ASI eksklusif	80
5. Cakupan Penimbangan Balita di Posyandu (D/S)	81
D. UPAYA PENGENDALIAN PENYAKIT	83
1. Pengendalian HIV/AIDS	83
2. Pengendalian Penyakit TB Paru	84
3. Pengendalian Penyakit malaria	86
4. Pengendalian penyakit ISPA	87

5. Pengendalian Penyakit Kusta	88
6. Pengendalian Penyakit Polio	88
7. Pengendalian Penyakit DBD	89
8. Pengendalian Penyakit Filariasis	90
9. Pengendalian Penyakit Kanker	91
E. UPAYA KEFARMASIAN DAN ALAT KESEHATAN	94
1. Ketersediaan Obat dan Vaksin	94
2. Penggunaan Obat Generik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan	94
BAB VI SUMBER DAYA KESEHATAN	96
A. TENAGA KESEHATAN	96
B. SARANA KESEHATAN	100
1. Sarana Pelayanan Kesehatan Dasar	100
2. Sarana Pelayanan Kesehatan Dasar Swasta	101
3. Sarana Pelayanan Kesehatan Rujukan	102
a. Jumlah Rumah Sakit	102
b. Jumlah Sarana Tempat Tidur	102
C. PEMBIAYAAN KESEHATAN	104
1. Pembiayaan Kesehatan	104
2. Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat	105

DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel III.A.1	Banyaknya Desa Menurut Kecamatan dan Klasifikasinya di Kabupaten Karawang tahun 2015	11
Tabel III.A.2	Jumlah Penduduk Berdasarkan Jenis Kelamin di Kabupaten Karawang Tahun 2011-2015	13
Tabel III.A.3	Komposisi Penduduk Berdasarkan Usia di Kabupaten Karawang Tahun 2011-2015	13
Tabel III.B.1	Komposisi Penduduk berdasarkan Lapangan Usaha di Kabupaten Karawang Tahun 2011-2015	17
Tabel III.B.2	Komposisi Penduduk berdasarkan Tingkat Pendidikan di Kabupaten Karawang Tahun 2013-2015	20
Tabel III.C.1	Cakupan Pengawasan Tempat Pengolahan Makanan (TPM) di Kabupaten Karawang Tahun 2015	24
Tabel IV.C.1	Jumlah Kasus, Jumlah Kematian, Angka Kesakitan dan CFR Demam Berdarah Dengue	37
Tabel IV.C.2	Jumlah Kasus dan Jumlah Kematian Filariasis	38
Tabel V.B.1	Angka Kematian Pasien di Rumah Sakit di Kabupaten Karawang Tahun 2015	70
Tabel V.B.2	Indikator Kinerja Pelayanan di Rumah Sakit di Kabupaten Karawang Tahun 2015	72

DAFTAR GAMBAR

		Halaman
Gambar III.A.1	Jumlah Penduduk di Kabupaten Karawang tahun 2011-2015	12
Gambar III.A.2	Proporsi Penduduk Berdasarkan Jenis Kelamin di Kabupaten Karawang Tahun 2015	12
Gambar III.A.3	Laju Pertumbuhan Penduduk di Kabupaten Karawang Tahun 2011-2015	13
Gambar III.A.4	Luas Wilayah menurut Kecamatan di Kabupaten Karawang tahun 2015	14
Gambar III.A.5	Jumlah Penduduk menurut Kecamatan di Kabupaten Karawang Tahun 2015	15
Gambar III.A.6	Kepadatan Penduduk per km ² menurut Kecamatan di Kabupaten Karawang Tahun 2015	16
Gambar III.B.1	Tingkat Kemiskinan Menurut Kabupaten/Kota (%) di Provinsi Jawa Barat tahun 2013	19
Gambar III.C.1	Akses Terhadap Air Minum Berkualitas di Kabupaten Karawang tahun 2015	21
Gambar III.C.2	Akses Terhadap Fasilitas Sanitasi Layak (Jamban Sehat) di Kabupaten Karawang Tahun 2015	22
Gambar III.C.3	Jumlah Jamban Keluarga (Leher Angsa) di Kabupaten Karawang Tahun 2012-2015	23
Gambar III.C.4	Cakupan TTU memenuhi Syarat Kesehatan di Kabupaten Karawang Tahun 2015	23
Gambar III.D.1	Cakupan Desa Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) di Kabupaten Karawang Tahun 2015	25
Gambar III.D.2	Cakupan PHBS di Tatanan Rumah Tangga di Kabupaten Karawang Tahun 2011-2015	27
Gambar IV.A.1	Kecenderungan Umur Harapan Hidup (UHH) Penduduk di Propinsi Jawa Barat tahun 2006-2014	28
Gambar IV.A.2	Umur Harapan Hidup (UHH) Menurut Kabupaten di Propinsi Jawa Barat Tahun 2013	29
Gambar IV.B.1	Angka Kematian Bayi di Propinsi Jawa Barat Tahun 2003-2012	30
Gambar IV.B.2	Angka Kematian Neonatal, Bayi, dan Anak Balita di Kabupaten Karawang Tahun 2013-2015	31
Gambar IV.B.3	Angka Kematian Ibu Hamil, Ibu Bersalin, dan Ibu Nifas di Kabupaten Karawang Tahun 2015	32
Gambar IV.B.4	Jumlah Kematian Ibu Hamil, Ibu Bersalin dan Nifas Menurut Kelompok Umur di Kabupaten Karawang Tahun 2015	32
Gambar IV.B.5	Penyebab Kematian Ibu di Kabupaten Karawang tahun 2015	33
Gambar V.A.1	Cakupan K1 dan K4 tahun 2011-2015	43
Gambar V.A.2	Cakupan Pelayanan Ibu hamil (K1 dan K4) menurut Puskesmas di Kabupaten Karawang tahun 2015	44
Gambar V.A.3	Cakupan Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan (PN) Tahun 2014-2015	45

Gambar V.A.4	Cakupan Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan (PN) menurut Puskesmas tahun 2015	46
Gambar V.A.5	Cakupan Kunjungan Nifas 9KF-3 tahun 2014-2015	48
Gambar V.A.6	Cakupan Kunjungan Nifas (KF-3) menurut Puskesmas tahun 2015	49
Gambar V.A.7	Cakupan Penanganan Komplikasi Maternal Tahun 2014-2015	50
Gambar V.A.8	Cakupan Penanganan Komplikasi Maternal (PK) menurut Puskesmas tahun 2015	51
Gambar V.A.9	Cakupan Pelayanan Komplikasi Neonatal menurut Puskesmas Tahun 2015	53
Gambar V.A.10	Cakupan Kunjungan Neonatal (KN1 dan KN Lengkap) tahun 2014 dan 2015	54
Gambar V.A.11	Cakupan Kunjungan Neonatal (KN 1 dan KN Lengkap) menurut Puskesmas Tahun 2015	55
Gambar V.A.12	Cakupan Kunjungan Bayi tahun 2014 dan 2015	56
Gambar V.A.13	Cakupan Pelayanan Kesehatan pada Bayi menurut Puskesmas Tahun 2015	57
Gambar V.A.14	Cakupan Pelayanan Kesehatan pada Anak Balita Tahun 2014-2015	58
Gambar V.A.15	Cakupan Pelayanan Kesehatan pada Anak Balita Menurut Puskesmas Tahun 2015	59
Gambar V.A.16	cakupan Pelayanan Kesehatan pada Siswa SD dan setingkat menurut Puskesmas Tahun 2015	51
Gambar V.A.17	Cakupan Pelayanan Keluarga Berencana menurut Puskesmas Tahun 2015	63
Gambar V.A.18	Cakupan Pelayanan KB (KB Aktif) Tahun 2014 dan 2015	64
Gambar V.A.19	Proopsri Penggunaan Alat/Metode Kontrasepsi Tahun 2015	64
Gambar V.A.20	Cakupan Imunisasi dasar Lengkap pada Bayi menurut Puskesmas Tahun 2015	66
Gambar V.A.21	Cakupan Imunisasi TT pada Ibu Hamil menurut Puskesmas Tahun 2015	67
Gambar V.A.22	Cakupan Desa/Kelurahan UCI menurut Puskesmas tahun 2015	68
Gambar V.C.1	Jumlah Kasus Balita Gizi Buruk di Kabupaten Karawang Tahun 2013-2015	75
Gambar V.C.2	Cakupan Pemberian Tablet Tambah darah (Fe) pada Ibu Hamil menurut Puskesmas Tahun 2015	77
Gambar V.C.3	Cakupan Pemberian Kapsul Vitamin A pada Bayi, anak balita dan ablita Menurut Puskesmas tahun 2015	79
Gambar V.C.4	Cakupan Pemberian ASI Eksklusif tahun 2014 dan 2015	80
Gambar V.C.5	Cakupan Penimbangan Balita di Posyandu menurut Puskesmas Tahun 2015	82
Gambar V.D.1	Penemuan Penderita HIV dan AIDS berderdasarkn kelompok umur Tahun 2015	84
Gambar V.D.2	Persentase Pasien TB Paru BTA+ terhadap Suspek yang diperiksa Dahaknya di Kabupaten Karawang Tahun 2015	85
Gambar V.D.3	Persentase Keberhasilan Pengobatan TB Paru (Success rate) di Puskesmas kabupaten Karawang Tahun 2015	86

Gambar V.D.4	cakupan penemuan Penderita Pneumonia pada Balita di Kabupaten Karawang Tahun 2015	87
Gambar V.D.5	Jumlah Kasus Demam Berdarah Dengue menurut Puskesmas Tahun 2015	88
Gambar V.D.6	Penderita Filariasis yang ditangani di Kabupaten Karawang Tahun 2015	91
Gambar V.D.7	Cakupan Pelayanan IVA Puskesmas di Kabupaten Karawang tahun 2015	92
Gambar V.E.1	Persentase Ketersediaan Obat dan Vaksin Kabupaten Karawang Tahun 2015	94
Gambar V.E.2	Persentase Rata-rata Penggunaan Obat Generik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kabupaten Karawang Tahun 2011-2015	95

BAB I

PENDAHULUAN

Undang-Undang Republik Indonesia No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pasal 17 ayat 1 menyebutkan bahwa pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan akses terhadap informasi, edukasi dan fasilitas pelayanan kesehatan untuk meningkatkan dan memelihara derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Pada pasal 168 juga menyebutkan bahwa untuk menyelenggarakan upaya kesehatan yang efektif dan efisien diperlukan informasi kesehatan yang dilakukan melalui sistem informasi dan melalui kerjasama lintas sektor. Sedangkan pada pasal 169 disebutkan bahwa pemerintah memberikan kemudahan kepada masyarakat untuk memperoleh akses terhadap informasi kesehatan dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Profil Kesehatan Kabupaten Karawang tahun 2015 merupakan salah satu bentuk dokumentasi tahunan dari Produk Sistem Informasi Kesehatan yang dapat memberikan gambaran perkembangan situasi kesehatan khususnya di Wilayah Administratif Kabupaten Karawang dan juga merupakan investasi informasi untuk kebutuhan di masa yang akan datang.

Mekanisme penyusunan Profil Kesehatan Kabupaten Karawang melibatkan Dinas Kesehatan Kabupaten Karawang, Puskesmas, Rumah Sakit, Lintas Sektor antara lain Badan Pusat Statistik melalui kegiatan pemutakhiran data profil, validasi data profil secara berjenjang.

Indikator-indikator yang ditampilkan pada Profil Kesehatan antara lain: Indikator Derajat Kesehatan, Upaya Kesehatan, Sumber daya Kesehatan. Indikator Derajat Kesehatan merupakan indicator outcome meliputi mortalitas dan morbiditas serta Angka Harapan Hidup. Indikator Upaya Kesehatan merupakan indicator output hasil kegiatan Pelayanan Kesehatan Dasar maupun Rujukan. Indikator Sumber Daya merupakan indicator input yang merupakan syarat pokok dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan.

Secara umum dalam penyusunan profil kesehatan ini dilakukan analisis deskriptif, analisis komperatif antar Kecamatan/Puskesmas. Untuk melihat trend suatu indicator tertentu dilakukan analisis kecenderungan. Secara terbatas dilakukan juga analisis hubungan antar factor resiko dengan output atau outcome.

Profil Kesehatan Kabupaten Karawang diterbitkan secara berkala setiap setahun sekali. Penerbitan Profil Kesehatan berdasarkan data tahun kalender yaitu Profil Kesehatan Tahun 2015 berisi data bulan Januari s/d Desember 2015 . Ada 2 (dua) tahap dalam penyusunan profil ini yaitu tahap pertama kumpulan lampiran-lampiran atau tabel (draft) dan tahap kedua berupa narasi dan kumpulan lampiran (finalisasi).

Dalam setiap penerbitan Profil Kesehatan Kabupaten Karawang, selalu dilakukan berbagai upaya perbaikan, baik dari segi materi, analisis maupun bentuk tampilan fisiknya, sesuai masukan dari para pengelola program di Dinas Kesehatan Kabupaten dan para pemakai pada umumnya.

Profil Kesehatan Kabupaten Karawang tahun 2015, diharapkan dapat menjadi salah satu media untuk memantau dan mengevaluasi hasil penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Kabupaten, serta memberikan data yang dibutuhkan oleh para penentu kebijakan sebagai suatu bukti untuk dapat dilakukannya pengambilan keputusan berdasarkan fakta (evidence based decision making). Selain itu, Profil Kesehatan ini dapat digunakan sebagai sarana penyedia data dan informasi dalam rangka pembinaan dan pengawasan pelaksanaan upaya kesehatan di kabupaten sebagai mana diamanatkan dalam Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 2001 tentang Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintah Daerah, maupun yang telah diuraikan dalam UU No.32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah dimana kesehatan merupakan salah satu urusan Wajib Pemerintah Daerah.

Profil Kesehatan diharapkan mampu memenuhi kebutuhan informasi baik sector kesehatan sendiri maupun sector non kesehatan, terutama dalam proses manajemen yang meliputi perencanaan, penggerakan, pengendalian dan monitoring serta evaluasi pembangunan kesehatan. Untuk itu dilakukan desiminasi informasi melalui distribusi Buku Profil Kesehatan ke berbagai sector yang berkaitan dengan Bidang Kesehatan seperti Dinas Kesehatan Provinsi dan Bappeda/Sekretaris Daerah Kabupaten Karawang.

Beberapa keterbatasan yang mempengaruhi kecepatan dan ketepatan penyelesaian Profil Kesehatan diantaranya adalah:

1. Banyak data yang harus dikumpulkan
2. Banyakna sumber data yang menyebabkan mekanisme pengelolaan data dan informasi menjadi berbeda
3. Pemahaman definisi operasional yang berbeda, sehingga menghasilkan data berbeda

4. Belum semua variable indicator kesehatan yang dibutuhkan tersedia dalam system pencatatan dan pelaporan rutin
5. Batasan waktu yang sudah ditetapkan untuk update tidak dipatuhi menyebabkan data yang sudah disepakati seringkali berubah, bahkan ketika profil sudah dicetak.

BAB II

VISI, MISI, TUJUAN, KEBIJAKAN DAN STRATEGI

A. VISI DINAS KESEHATAN KABUPATEN KARAWANG

Pembangunan kesehatan di Kabupaten Karawang dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Karawang telah berpedoman dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten Karawang dengan tujuan Karawang Sehat yaitu gambaran masyarakat di masa depan dimana masyarakat hidup dalam lingkungan dan perilaku sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu dan profesional.

Berpedoman pada Visi dan Misi Kabupaten Karawang, dan memperhitungkan potensi yang dapat mendukung keberhasilan dalam peningkatan derajat kesehatan masyarakat, maka Visi Dinas Kesehatan Kabupaten Karawang adalah :

"TERWUJUDNYA MASYARAKAT KARAWANG YANG SEHAT DAN MANDIRI TAHUN 2015 "

Visi ini memberikan pengertian suatu kondisi masyarakat Karawang menyadari, mau dan mampu untuk mengenali, mencegah dan mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapi, sehingga dapat bebas dari gangguan kesehatan, baik yang disebabkan karena penyakit termasuk gangguan kesehatan akibat bencana, maupun lingkungan dan perilaku yang tidak mendukung untuk hidup sehat.

Kondisi yang diharapkan adalah masyarakat lebih proaktif dalam meningkatkan derajat kesehatan baik individu ataupun bersama melalui fasilitas kesehatan yang disediakan ataupun gerakan kesehatan masyarakat.

Visi ini merupakan cara pandang jauh ke depan tentang kemana Pembangunan Kesehatan di Kabupaten Karawang akan diarahkan dan memperjelas arah yang akan dicapai Dinas Kesehatan serta menggambarkan aspirasi di masa depan, dan menjadi inspirasi untuk meningkatkan pelayanan yang profesional melalui persiapan sumber daya kesehatan yang mempunyai keeratan dengan mutu pelayanan.

Visi Dinas Kesehatan Kabupaten Karawang ini dijadikan acuan dalam setiap langkah dan gerak seluruh komponen kesehatan agar para pelaksana kesehatan dapat melaksanakan

pelayanan kesehatan dengan profesional, amanah dan partisipatif, sehingga dapat melaksanakan tugas secara efisien dan efektif.

B. MISI DINAS KESEHATAN KABUPATEN KARAWANG

Untuk mencapai visi yang telah ditetapkan, maka dirumuskan beberapa misi, sebagai penjabaran visi, dengan mempertimbangkan hal-hal seperti tugas pokok dan fungsi organisasi; Penjabaran RPJMD Kabupaten Karawang 2011-2015; Seluruh *stakeholders* dan para pihak yang berkepentingan; serta Isu strategis yang harus ditangani.

Misi yang harus diemban dan dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Karawang yaitu :

- 1. MENINGKATKAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DAN KESEHATAN KELUARGA adalah upaya pembangunan kesehatan melalui pendidikan kesehatan dan peran aktif masyarakat dalam bidang kesehatan, peningkatan status gizi masyarakat dan penurunan angka kematian ibu, bayi dan balita.**
- 2. MENINGKATKAN PENCEGAHAN, PENGENDALIAN PENYAKIT DAN PENYEHATAN LINGKUNGAN adalah upaya pembangunan kesehatan melalui kegiatan penemuan dan penatalaksanaan penyakit menular dan tidakmenular, pengamatan penyakit, kekebalan tubuh terhadap penyakit, penanggulangan bencana dan mewujudkan lingkungan yang sehat.**
- 3. MENINGKATKAN KUALITAS PELAYANAN DAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT adalah upaya pembangunan kesehatan melalui peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas dan Jaringanya, penanganan kesehatan khusus, penanganan situasi khusus lapangan dan kualitas laboratorium kesehatan daerah, serta adanya jaminan kesehatan bagi masyarakat terutama masyarakat miskin**
- 4. MENINGKATKAN PEMERATAAN, PENGAWASAN DAN STANDARISASI PELAYANAN KESEHATAN adalah upaya pembangunan kesehatan melalui pemerataan obat dan perbekalan kesehatan di Puskesmas dan Jaringanya, pengawasan obat, makanan, minuman dan zat yang berbahaya di masyarakat serta adanya pelayanan kesehatan swasta yang memenuhi standar kesehatan.**
- 5. MENINGKATKAN MANAJEMEN KESEHATAN DAN KAPASITAS SUMBER DAYA YANG BERMUTU adalah upaya pembangunan kesehatan melalui**

pengembangan sistem informasi, perencanaan dan pelaporan kinerja kesehatan, penyediaan sarana dan prasarana kesehatan, pelayanan administrasi kesehatan, serta peningkatan kuantitas dan kualitas tenaga kesehatan.

C. TUJUAN DAN SASARAN

Tujuan merupakan penjabaran atau implementasi dari pernyataan misi yang akan dicapai dalam jangka waktu 5 tahun dan bersifat idealistik, mengandung keinginan yang kuat untuk melakukan perubahan ke arah yang lebih baik. Sedangkan sasaran merupakan penjabaran dari tujuan, yaitu sesuatu yang hendak dicapai melalui tindakan berupa kebijakan alokasi sumber daya, program dan kegiatan dengan ukuran-ukuran sebagai indikator.

Penjabaran Misi, Tujuan dan Sasaran sebagai berikut :

VISI : TERWUJUDNYA MASYARAKAT KARAWANG YANG SEHAT DAN MANDIRI TAHUN 2015	
MISI I: Meningkatkan Pemberdayaan Masyarakat dan Kesehatan Keluarga	
TUJUAN	SASARAN
Tujuan 1 : Meningkatnya Pemberdayaan Masyarakat	1.1. : Meningkatnya Promosi Kesehatan Dan Pemberdayaan Masyarakat
Tujuan 2 : Meningkatnya Status Gizi dan Kesehatan Keluarga	2.1. : Meningkatnya Perbaikan Gizi Masyarakat 2.2. : Menurunnya Angka Kesakitan dan Kematian Ibu, Anak dan Lansia
MISI II : Meningkatkan Pencegahan, Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan	
Tujuan 1 : Meningkatnya pencegahan Dan Pengendalian serta Surveilans Epidemiologi, Imunisasi dan Kesehatan Matra	1.1. : Menurunnya Angka Kesakitan dan Kematian Penyakit Menular dan Tidak Menular 1.2. : Meningkatnya Surveilans Epidemiologi, Imunisasi dan Kesehatan Matra
Tujuan 2 : Meningkatnya Lingkungan yang Sehat	2.1. : Meningkatnya Kualitas Lingkungan Sehat pada Permukiman, Tempat-Tempat Umum, Institusi dan Industri

MISI III : Meningkatkan Kualitas Pelayanan dan Jaminan Kesehatan Masyarakat	
Tujuan 1 : Meningkatnya Kualitas Pelayanan kesehatan	1.1. : Meningkatnya Kualitas Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan Jaringannya
Tujuan 2 : Meningkatnya Jaminan Kesehatan Masyarakat	2.1. : Meningkatnya Jaminan dan Asuransi Kesehatan
MISI IV : Meningkatkan Pemerataan, Pengawasan dan Standarisasi Pelayanan Kesehatan	
Tujuan 1 : Meningkatnya Pemerataan Obat dan Perbekalan Kesehatan Serta Pengawasan Makanan, Minuman dan Sediaan Farmasi	1.1. : Meningkatnya Pemerataan Obat, Perbekalan dan Alat Kesehatan 1.2. : Meningkatnya Pengawasan Makanan, Minuman dan Sediaan Farmasi
Tujuan 2 : Meningkatnya Standarisasi Pelayanan Kesehatan	2.1. : Meningkatnya Sarana Kesehatan yang Memenuhi Standar Pelayanan
MISI V : Meningkatkan Manajemen Kesehatan dan Kapasitas Sumber Daya yang Bermutu	
Tujuan 1 : Meningkatnya Sarana, Prasarana Dan Manajemen Kesehatan	1.1. : Meningkatnya Manajemen Kesehatan 1.2. : Meningkatnya Pengadaan dan Perbaikan Sarana dan Prasarana Puskesmas dan Jaringannya
Tujuan 2 : Meningkatnya Pelayanan Administrasi Perkantoran dan Capaian Kinerja dan Keuangan	2.1. : Meningkatnya Pelayanan Administrasi Perkantoran dan Kapasitas Sumber Daya Kesehatan 2.2. : Meningkatnya Capaian Kinerja dan Keuangan

D. STRATEGI DAN KEBIJAKAN

Strategi adalah cara mencapai tujuan dan sasaran yang dijabarkan ke dalam kebijakan-kebijakan dan program - program. Kebijakan pada dasarnya merupakan ketentuan-ketentuan yang telah ditetapkan oleh yang berwenang untuk dijadikan pedoman, pegangan atau petunjuk dalam pengembangan ataupun pelaksanaan program/kegiatan guna tercapainya kelancaran dan keterpaduan dalam perwujudan sasaran, tujuan, serta visi dan misi Dinas Kesehatan. Program adalah kumpulan kegiatan yang sistematis dan terpadu untuk

mendapatkan hasil yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan dan atau dengan jaringannya serta instansi lain atau dalam rangka kerjasama dengan masyarakat, guna mencapai sasaran tertentu.

Untuk mencapai Visi dan Misi Dinas Kesehatan Kabupaten Karawang perlu disusun strategi. Strategi ini merupakan faktor penting dalam proses perencanaan. Strategi sebagai rencana yang menyeluruh serta terpadu dari kinerja Dinas Kesehatan Kabupaten Karawang dalam mencapai tujuannya, dengan memperhatikan sumber daya dan keadaan lingkungan, maka ditetapkan beberapa kebijakan dan program sebagai berikut :

STRATEGI	KEBIJAKAN
MISI I : Meningkatkan Pemberdayaan Masyarakat dan Kesehatan Keluarga	
Strategi 1.1. : Pengembangan Pemberdayaan Masyarakat	Kebijakan 1.1. : Peningkatan Promosi dan Pemberdayaan Masyarakat
Strategi 2.1. : Pengembangan Gizi Masyarakat	Kebijakan 2.1. : Peningkatan Perbaikan Gizi Masyarakat
Strategi 2.2. : Pengembangan Kesehatan Ibu, Anak dan Lansia	Kebijakan 2.2. : Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak Serta Pelayanan Kesehatan Lansia
MISI II : Meningkatkan Pencegahan, Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan	
Strategi 1.1. : Pengembangan Penyakit Menular dan Tidak Menular	Kebijakan 1.1. : Peningkatan Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit Menular
Strategi 1.2. : Pengembangan Surveilans Epidemiologi, Imunisasi dan Kesehatan Mata	Kebijakan 1.2. : Peningkatan Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular Kebijakan 1.1. : Peningkatan Surveilans Epidemiologi, Imunisasi Dan Kesehatan Mata
Strategi 2.1. : Pengembangan Kualitas Kesehatan Lingkungan	Kebijakan 1.1. : Peningkatan Kualitas Kesehatan Lingkungan
MISI III : Meningkatkan Kualitas Pelayanan dan Jaminan Kesehatan Masyarakat	
Strategi 1.1. : Pengembangan Kualitas Pelayanan Kesehatan	Kebijakan 1.1. : Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan

Strategi 2.1. : Pengembangan Jaminan Kesehatan Penduduk Miskin	Kebijakan 1.1. : Peningkatan Jaminan Kesehatan Masyarakat
MISI IV : Meningkatkan Pemerataan, Pengawasan dan Standarisasi Pelayanan Kesehatan	
Strategi 1.1. : Pengembangan Kebutuhan Obat ke seluruh Puskesmas Dan Jaringannya secara merata Strategi 1.2. : Pengembangan Pengawasan Makanan, Minuman dan Sediaan Farmasi	Kebijakan 1.1. : Peningkatan Pemerataan Obat, Perbekalan dan Alat Kesehatan Kebijakan 1.1. : Peningkatan Pengawasan Makanan, Minumandan Sediaan Farmasi
Strategi 2.1. : Pengembangan Sarana Kesehatan yang Memenuhi Standar Pelayanan	Kebijakan 1.1. : Peningkatan Sarana Kesehatan yang Memenuhi Standar Pelayanan
MISI V : Meningkatkan Manajemen Kesehatan dan Kapasitas Sumber Daya yang Bermutu	
Strategi 1.1. : Pengembangan Pelayanan yang Berbasis Manajemen Kesehatan Strategi 1.2. : Pengembangan Sarana dan Prasarana sebagai Penunjang Pembangunan Kesehatan	Kebijakan 1.1. : Peningkatan Manajemen Kesehatan Kebijakan 1.1. : Peningkatan Pengadaan Dan Perbaikan Sarana dan Prasarana Puskesmas dan jaringannya
Strategi 2.1. : Pengembangan Sumber Daya Kesehatan yang bermutu	Kebijakan 1.1. : Peningkatan Pelayanan Administrasi Perkantoran
Strategi 2.2. : Pengembangan Capaian Kinerja Keuangan	Kebijakan 1.2. : Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Kesehatan Kebijakan 1.1. : Peningkatan Capaian Kinerja dan Keuangan

Selanjutnya strategi tersebut diharapkan dapat memberikan arahan dan pedoman serta dorongan kegiatan bagi setiap aktivitas yang dilakukan Dinas Kesehatan Kabupaten Karawang. Dengan demikian akan timbul kesatuan gerak dan langkah seluruh komponen kesehatan, dalam rangka pencapaian visi dan misi yang telah ditetapkan.

BAB III

GAMBARAN UMUM DAN PERILAKU PENDUDUK

A. GAMBARAN UMUM DAN KEPENDUDUKAN

1. Gambaran Umum Wilayah

Kabupaten Karawang secara geografis berada dibagian utara Provinsi Jawa Barat yang secara geografis terletak antara 107°02` – 107°40` Bujur Timur dan 5°56` - 6°34` Lintang Selatan. Secara administratif, Kabupaten Karawang mempunyai batas – batas wilayah sebagai berikut :

Sebelah Utara	:	Laut Jawa
Sebelah Timur	:	Kabupaten Subang
Sebelah Tenggara	:	Kabupaten Purwakarta
Sebelah Selatan	:	Kabupaten Bogor dan Kabupaten Cianjur
Sebelah Barat	:	Kabupaten Bekasi

Luas wilayah Kabupaten Karawang $\pm 1.753,27$ Km² atau 3,73 persen dari luas Propinsi Jawa Barat. Kabupaten Karawang merupakan salah satu daerah yang memiliki lahan subur di Jawa Barat, sehingga sebagian besar lahannya digunakan untuk pertanian. Luas seluruh lahan adalah 175.327 Ha dengan perincian sebagai berikut; Lahan Sawah seluas 97.529 Ha dan Lahan Kering seluas 77.798 Ha, dari jumlah tersebut sebesar 28,33 persen digunakan untuk bangunan dan halaman sekitarnya.

Kondisi topografi Kabupaten Karawang sebagian besar berbentuk lahan dataran yang relative rata dengan variasi antara 0 – 5 m diatas permukaan laut. Hanya sebagian kecil wilayah yang bergelombang dan berbukit-bukit dengan ketinggian antara 0 – 1200 m diatas permukaan laut.

Wilayah Kabupaten Karawang sebagian besar tertutup dataran pantai yang luas, yang terhampar dibagian pantai utara dan merupakan batuan sedimen yang dibentuk oleh bahan-bahan lepas terutama endapan laut dan alluvium vulkanik. Dibagian tengah ditempati oleh perbukitan terutama dibentuk oleh batuan sedimen, sedang di bagian selatan terletak Gunung Sanggabuana dengan ketinggian ± 1.291 m diatas permukaan laut.

Sesuai dengan bentuk morfologinya Kabupaten Karawang terdiri dari dataran rendah yang mempunyai tempratur udara rata-rata 27⁰C dengan tekanan udara rata-rata 0,01 milibar, penyinaran matahari 66 persen dan kelembaban nisbi 80 persen. Curah hujan tahunan

berkisar antara 1.100 – 3.200 mm/tahun. Pada bulan Januari sampai April bertiup angin Muson Laut dan sekitar bulan Juni bertiup angin Muson Tenggara. Kecepatan angin antara 30–35 Km/jam, lamanya tiupan rata-rata 5-7 jam.

Kabupaten Karawang dilalui oleh aliran sungai yang melandai ke Utara arah Sungai Citarum dan merupakan pemisah antara Kabupaten Karawang dengan Kabupaten Bekasi, sedangkan Sungai Cilamaya merupakan batas wilayah dengan Kabupaten Subang. Selain sungai terdapat juga tiga buah saluran irigasi yang besar yaitu Saluran Induk Tarum Utara, Saluran Induk Tarum Tengah dan Saluran Induk Tarum Barat yang dimanfaatkan untuk pengairan sawah, tambak dan keperluan industri.

Kabupaten Karawang terdiri dari 30 Kecamatan dengan jumlah Desa seluruhnya 297 Desa dan 12 Kelurahan.

Tabel III.A.1
Banyaknya Desa Menurut Kecamatan dan Klasifikasinya
Di Kabupaten Karawang Tahun 2015

No	Nama Kecamatan	Jumlah Desa/Kelurahan	No	Nama Kecamatan	Jumlah Desa/Kelurahan
1.	Pangkalan	8	16.	Telagasari	14
2.	Tegalwaru	9	17.	Majalaya	8
3.	Ciampel	7	18.	Karawang Timur	8
4.	Telukjambe Timur	9	19.	Karawang Barat	7
5.	Telukjambe Barat	10	20.	Rawamerta	13
6.	Klari	13	21.	Tempuran	14
7.	Cikampek	10	22.	Kutawaluya	12
8.	Purwasari	8	23.	Rengasdengklok	9
9.	Tirtamulya	10	24.	Jyakerta	8
10.	Jatisari	14	25.	Pedes	12
11.	Banyusari	12	26.	Cilebar	10
12.	Kotabaru	9	27.	Cibuaya	11
13.	Cilamaya Wetan	12	28.	Tirtajaya	11
14.	Cilamaya Kulon	12	29.	Batujaya	10
15.	Lemahabang	11	30.	Pakisjaya	8

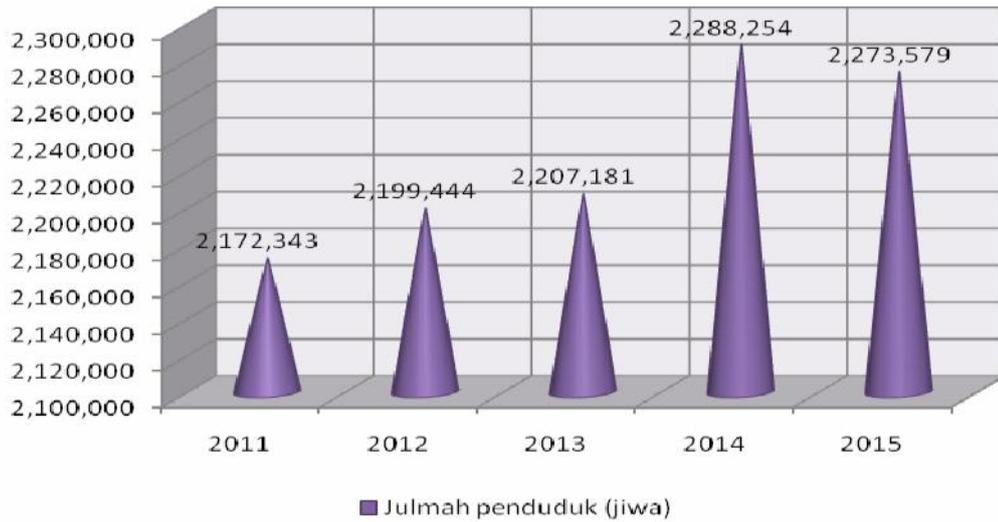
Sumber : BPS Kabupaten Karawang

2. Pertumbuhan Penduduk

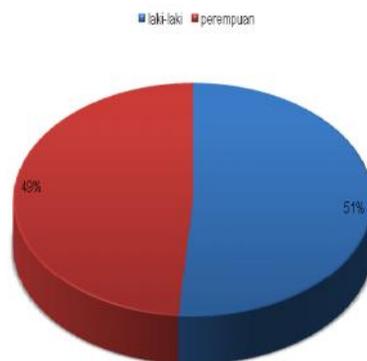
Pada tahun 2015 jumlah penduduk Kabupaten Karawang mencapai 2.273.539 jiwa, ini adalah angka yang didapat dari hasil proyeksi Dinas Kesehatan Kabupaten

Karawang. Penduduk laki-laki pada tahun 2015 berjumlah 1.166.478 jiwa dan penduduk perempuan berjumlah 1.107.101 jiwa.

Gambar III.A.1
Jumlah Penduduk di Kabupaten Karawang Tahun 2011 – 2015



Gambar III.A.2
Proporsi Penduduk Berdasarkan Jenis Kelamin Di Kabupaten Karawang Tahun 2015



Sex Ratio di Provinsi Jawa Barat tahun 2015 adalah 105,36, artinya komposisi laki-laki lebih banyak dibandingkan komposisi perempuan, dengan pengertian ada kurang lebih 105 orang laki-laki diantara 100 orang perempuan.

Tabel III.A.2
Jumlah Penduduk Berdasarkan Jenis Kelamin
Di Kabupaten Karawang Tahun 2011 – 2015

Tahun	Laki – laki	Perempuan	Jumlah
2011	1.116.748	1.055.595	2.172.343
2012	1.130.130	1.069.314	2.199.444
2013	1.137.818	1.069.363	2.207.181
2014	1.179.510	1.108.744	2.288.254
2015	1.166.478	1.107.101	2.273.539

*Sumber : BPS Kabupaten Karawang dan Proyeksi Dinas Kesehatan *)*

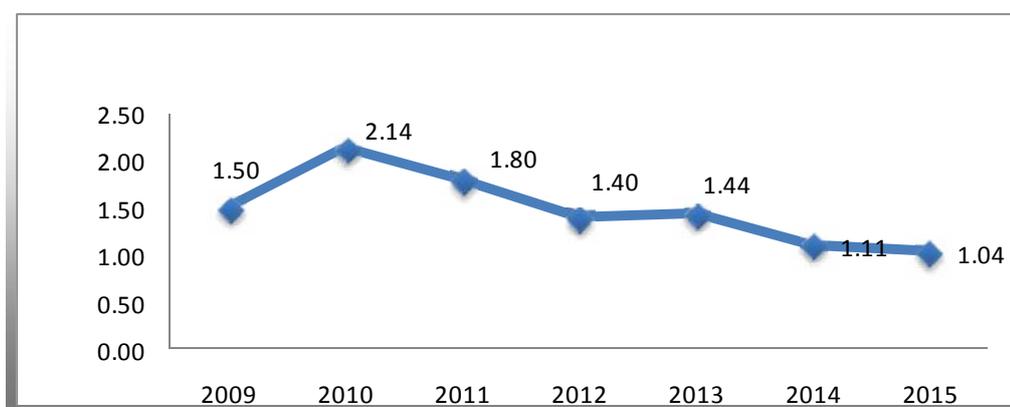
Tabel III.A.3
Komposisi Penduduk Berdasarkan Usia
Di Kabupaten Karawang Tahun 2011 – 2015

No	Struktur Usia	2011	2012	2013	2014	2015
1.	5 – 9	194.576	194.220	194.046	194.068	194.800
2.	10 – 14	198.357	197.772	196.973	196.221	195.647
3.	15 – 64	1.477.405	1.500.820	1.523.097	1.543.997	1.563.389
4.	Angka Beban Ketergantungan (Dependency Ratio %)	47,03	46,55	46,11	45,73	45,43

Sumber : BPS Kabupaten Karawang

Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP) di kabupaten Karawang dari tahun ke tahun relatif cenderung terus menurun. sehingga pada periode tahun 2015 menjadi 1,04 persen.

Gambar III.A.3
Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP)
Di Kabupaten Karawang Tahun 2009 – 2015



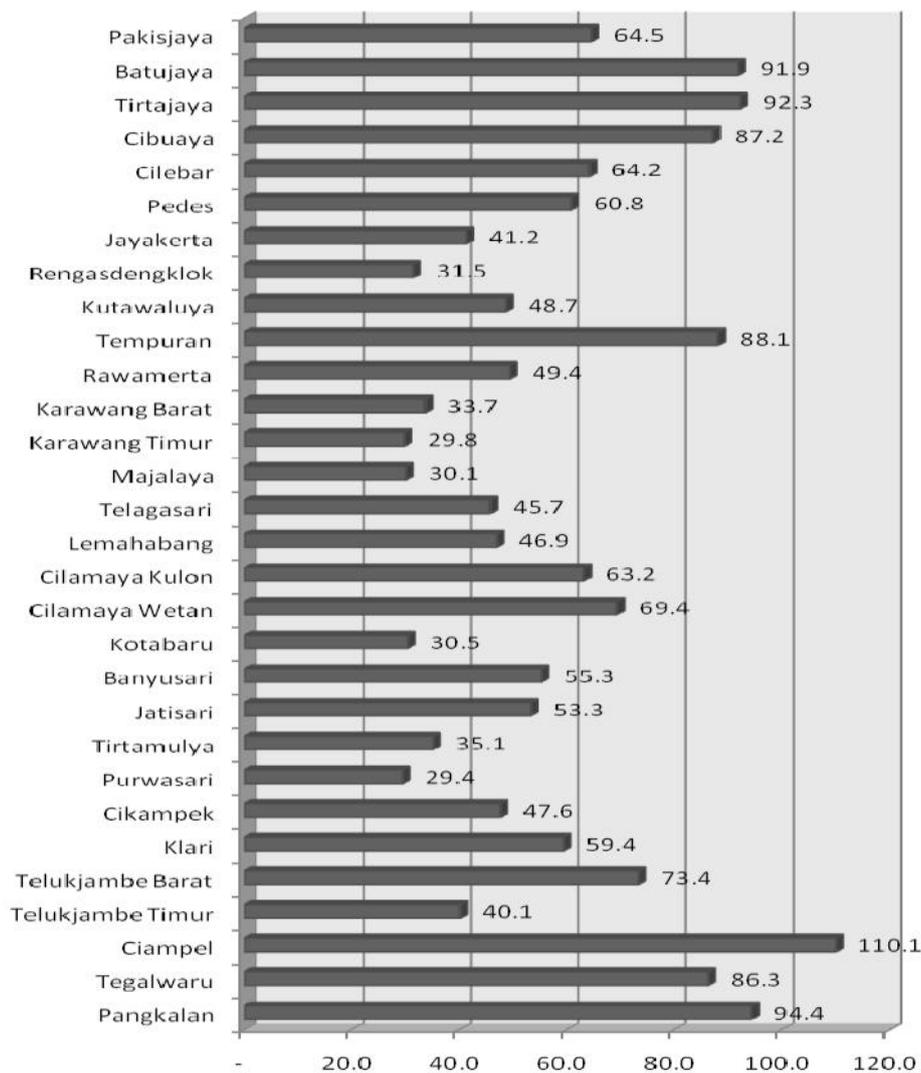
Sumber : BPS Kabupaten Karawang

3. Persebaran dan Kepadatan Penduduk

Luas wilayah yang tidak seimbang di antara Kecamatan di Kabupaten Karawang berdampak pula pada persebaran penduduk yang berakibat menjadi kompleksnya masalah kependudukan di Kabupaten Karawang.

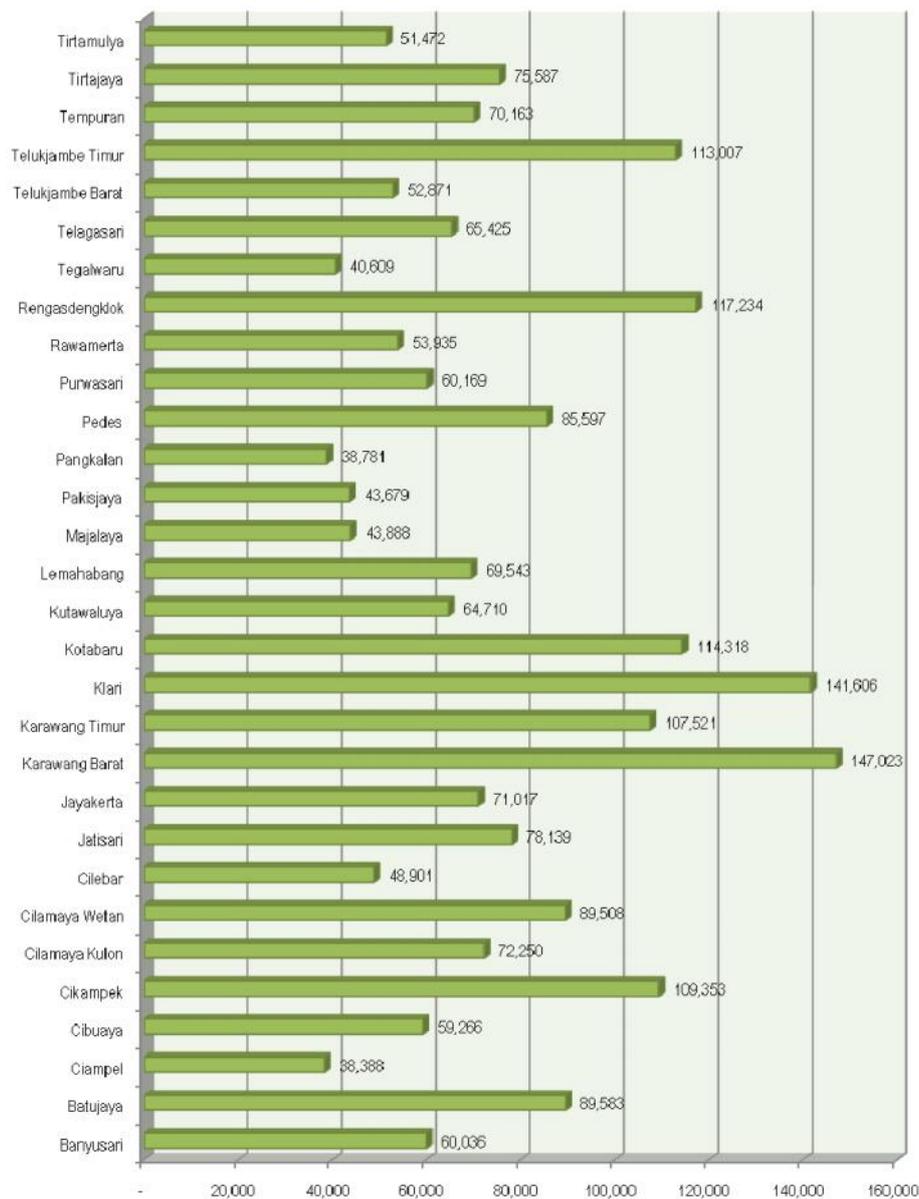
Kecamatan Ciampel memiliki luas wilayah terbesar yaitu 6,28% disusul dengan Kecamatan Pangkalan sebesar 5,38%. Sedangkan daerah yang memiliki luas wilayah terkecil adalah Kecamatan Purwasari sebesar 1,68 % dari total luas wilayah Kabupaten Karawang. Luas wilayah menurut Kecamatan di Kabupaten Karawang dapat dilihat pada gambar

Gambar III.A.4
Luas Wilayah menurut Kecamatan
di Kabupaten Karawang Tahun 2015



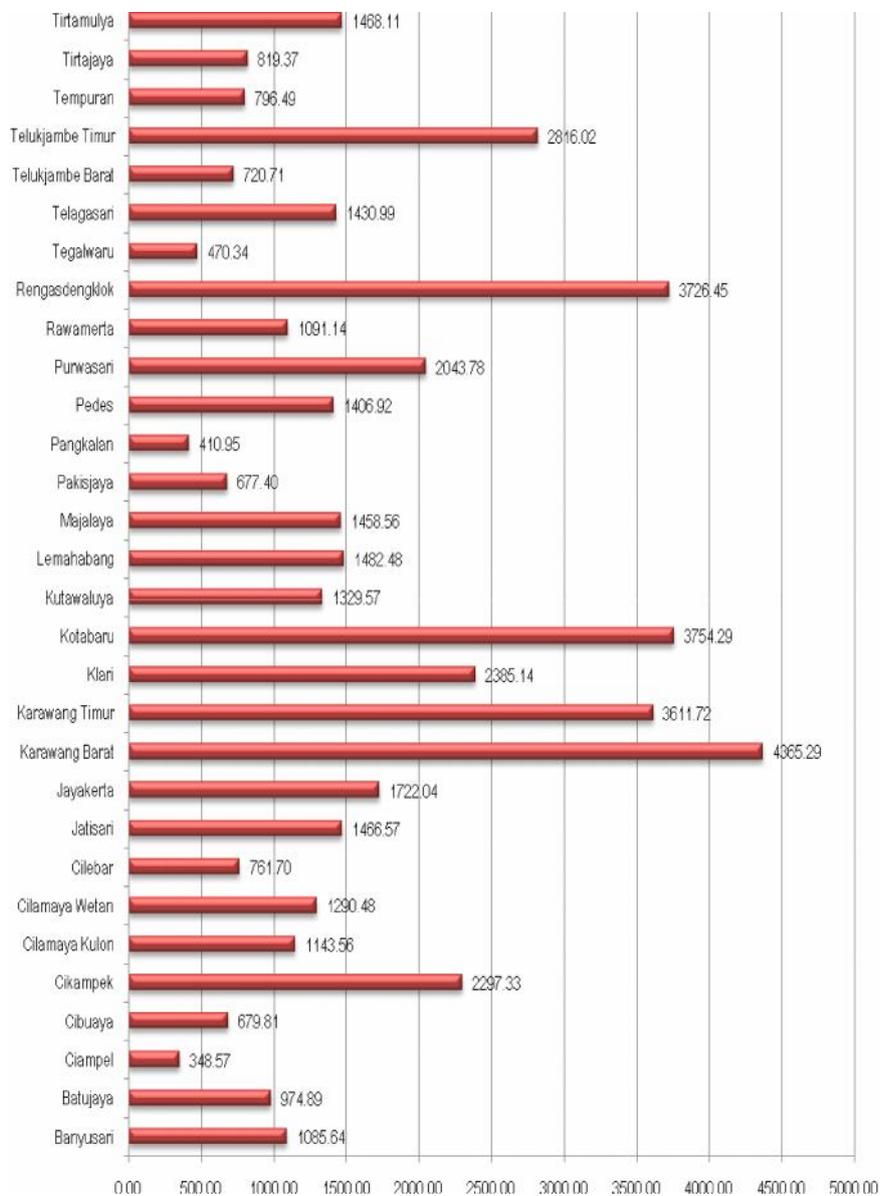
Pada tahun 2015 Kecamatan Karawang Barat (147.023 jiwa) merupakan kecamatan dengan jumlah penduduk terbesar sekitar 6,47% dari penduduk Kabupaten Karawang. Kecamatan lainnya dengan jumlah penduduk tertinggi adalah Kecamatan Klari (141.606 jiwa atau 6,23%), Kecamatan Rengasdengklok (117.234 jiwa atau 5,16%), sementara itu ada 3 (tiga) wilayah yang emppinyai penduduk paling sedikit adalah Kecamatan Ciampel (38.388 atau 1,69%), Kecamatan Pangkalan (38.781 jiwa atau 1,71%) dan Kecamatan Tegalwaru (40.609 jiwa atau 1,79%) dapat dilihat pada gambar

Gambar III.A.5
Jumlah Penduduk menurut Kecamatan
di Kabupaten Karawang Tahun 2015



Persebaran penduduk di Kabupaten Karawang tidak merata, terjadi pemusatan penduduk yang mempunyai kepadatan diatas 1.000 jiwa per kilometer persegi yaitu di Kecamatan Karawang Barat (4365 jiwa/km²) Kecamatan Kota Baru (3754 jiwa/km²), Kecamatan Rengasdengklok (3726 jiwa/km²), dan Kecamatan Karawang Timur (3611 jiwa/km²). Kemungkinan disebabkan oleh karena daerah tersebut merupakan daerah pusat industri yang menjadi daerah tujuan utama para migran. Kepadatan penduduk per km² menurut Kecamatan di Kabupaten Karawang tahun 2015 dapat dilihat pada gambar

Gambar III.A.6
Kepadatan penduduk per km² Menurut Kecamatan
di Kabupaten Karawang Tahun 2015



B. GAMBARAN SOSIAL EKONOMI

1. Kondisi Ekonomi

Kondisi perekonomian merupakan salah satu aspek yang diukur dalam menentukan keberhasilan pembangunan. Besarnya pendapatan yang diterima rumah tangga dapat menggambarkan kesejahteraan suatu masyarakat. Pertumbuhan ekonomi berkaitan erat dengan kesempatan kerja. Penggolongan usia kerja standar internasional yaitu 15 tahun ke atas, namun penduduk usia kerja yang didefinisikan oleh Badan Pusat Statistik adalah penduduk yang berusia 10 tahun keatas dan terdiri dari Angkatan Kerja dan Bukan Angkatan Kerja, sedangkan Angkatan Kerja dibagi menjadi Yang Bekerja dan Pencari Kerja.

Jumlah penduduk bekerja berdasarkan lapangan usaha di Kabupaten Karawang pada tahun 2015 sebanyak 873.995 orang. Dari jumlah tersebut, sebesar 141.586 orang atau sekitar 16,19 % bekerja pada lapangan usaha pertanian dan perikanan.

Pada lapangan usaha perdagangan memberikan kontribusi dalam penyerapan tenaga kerja sebesar 237.360 orang atau sekitar 27,15 %. Sedangkan pada lapangan usaha industry menyerap tenaga kerja sebesar 242.896 orang atau sekitar 27,79 %.

Tabel III.B.1
Komposisi Penduduk Berdasarkan Lapangan Usaha
Di Kabupaten Karawang Tahun 2011 – 2015

No	Lapangan Usaha	2011	2012	2013	2014	2015
1.	Pertanian dan Perikanan	167.499	170.627	145.861	160.819	141.586
2.	Perdagangan	289.474	284.178	269.625	266.962	237.360
3.	Industri	191.693	240.496	214.359	227.295	242.896
4.	Lapangan Usaha Lainnya	233.895	232.370	258.747	257.788	252.153

Sumber : BPS Kabupaten Karawang

Seiring dengan peningkatan jumlah penduduk telah menyebabkan peningkatan jumlah angkatan kerja. Peningkatan jumlah angkatan kerja menyebabkan semakin sempitnya peluang kerja karena minimya lapangan pekerjaan. Pertumbuhan lapangan kerja lebih lambat dibandingkan dengan pertumbuhan penduduk. hal inilah yang menyebabkan timbulnya pengangguran terbuka yang cukup tinggi.

2. Tingkat Kemiskinan

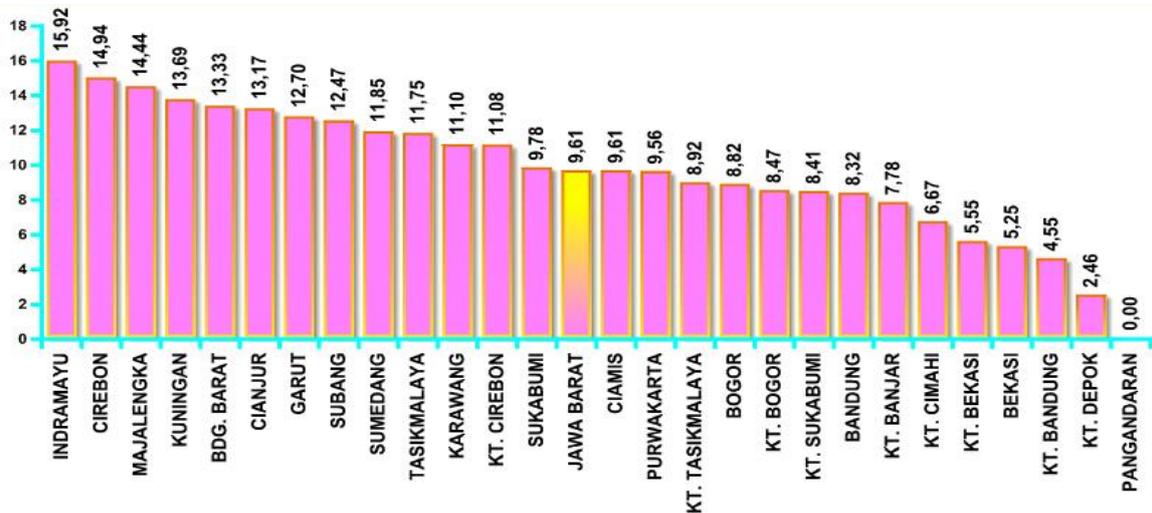
Kemiskinan menjadi isu yang harus mendapatkan perhatian dari berbagai kalangan termasuk kesehatan. Keterjangkauan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan terkait dengan daya beli dan akses dari masyarakat. Kemiskinan juga menjadi hambatan besar dalam pemenuhan kebutuhan terhadap makanan yang sehat dan bergizi sehingga dapat melemahkan daya tahan tubuh yang dapat berdampak pada kerentanan untuk terserang penyakit-penyakit tertentu. Fenomena gizi buruk dan kurang seringkali dikaitkan dengan kondisi ekonomi yang buruk jika merujuk pada fakta keterbatasan pemenuhan pangan dan gizi masyarakat.

Pengukuran kemiskinan dari Badan Pusat Statistik (BPS) menggunakan konsep memenuhi kebutuhan dasar (*basic need approach*) dalam mengukur kemiskinan di Indonesia. Secara umum kemiskinan didefinisikan sebagai kondisi dimana seseorang atau kelompok orang tidak mampu memenuhi hak-hak dasarnya untuk mempertahankan dan mengembangkan kehidupan yang bermartabat. Definisi yang sangat luas ini menunjukkan bahwa kemiskinan merupakan masalah multi dimensional, sehingga tidak mudah untuk mengukur kemiskinan dan perlu kesepakatan pendekatan pengukuran yang dipakai.

Tingkat kemiskinan ini dipandang sebagai ketidak-mampuan dari sisi ekonomi untuk memenuhi kebutuhan dasar makanan dan non makanan yang diukur dari sisi pengeluaran. Penduduk miskin adalah penduduk yang memiliki rata-rata pengeluaran per kapita perbulan dibawah Garis Kemiskinan.

Kemiskinan dipahami sebagai ketidakmampuan ekonomi penduduk untuk memenuhi kebutuhan dasar makanan maupun non makanan yang diukur dari pengeluaran. Pengukuran kemiskinan dilakukan dengan cara menetapkan nilai standar kebutuhan minimum, baik untuk makanan maupun untuk non makanan yang harus dipenuhi seseorang untuk hidup secara layak. Nilai standar kebutuhan minimum tersebut digunakan sebagai garis pembatas untuk memisahkan antara penduduk miskin dan tidak miskin. Garis pembatas tersebut yang sering disebut dengan garis kemiskinan.

Gambar III.B.1
Tingkat Kemiskinan Menurut Kabupaten/Kota
(%), di Provinsi Jawa Barat Tahun 2013



Sumber : Badan Pusat Statistik Kabupaten Karawang

3. Keadaan Pendidikan

Pendidikan memiliki peran penting dalam proses pembangunan. Laju perubahan sebagai akibat dari perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi harus disejajarkan dengan penyediaan sumber daya manusia yang berkualitas. Pendidikan kemudian menjadi pelopor utama dalam rangka penyiapan sumber daya manusia. Pendidikan merupakan salah satu aspek pembangunan yang merupakan syarat mutlak untuk mewujudkan tujuan pembangunan nasional. Dalam upaya peningkatan peran pendidikan dalam pembangunan, maka kualitas pendidikan harus ditingkatkan.

Ijazah/STTB tertinggi yang dimiliki seseorang merupakan indikator pokok kualitas pendidikan formal. Semakin tinggi ijazah/STTB yang dimiliki oleh rata-rata penduduk suatu daerah semakin tinggi taraf intelektualitas daerah tersebut.

Tabel III.B.2
Komposisi Penduduk Berdasarkan Tingkat Pendidikan
Di Kabupaten Karawang Tahun 2013-2015

No	Tingkat pendidikan	2013		2014		2015	
		Bekerja	Pengangguran	Bekerja	Pengangguran	Bekerja	Pengangguran
1.	SD	249.546	21.315	266.105	30.284	257.948	23.885
2.	SLTP	156.796	32.506	160.600	29.002	157.388	29.355
3.	SLTA	237.243	32.467	247.125	45.432	253.991	49.145
4.	Diploma	61.422	-	62.481	-	63.406	3.618

Sumber : BPS Kabupaten Karawang

C. GAMBARAN LINGKUNGAN FISIK

Menurut Himpunan Ahli Kesehatan Lingkungan Indonesia (HAKLI) kesehatan lingkungan adalah suatu kondisi lingkungan yang mampu menopang keseimbangan ekologi yang dinamis antara manusia dan lingkungannya untuk mendukung tercapainya kualitas hidup manusia yang sehat dan bahagia.

Masalah kesehatan lingkungan merupakan masalah kompleks yang harus diatasi bersama. Untuk menggambarkan keadaan lingkungan, akan disajikan indikator-indikator seperti; rumah sehat, akses air minum berkualitas, akses terhadap sanitasi dasar, desa STBM, dll.

1. Rumah Sehat

Rumah sehat adalah rumah yang memenuhi kriteria minimal : akses air minum, akses jamban sehat, lantai, ventilasi, dan pencahayaan (Kepmenkes Nomor 829/Menkes/SK/VII/1999 tentang Persyaratan Kesehatan Perumahan, dan Permenkes Nomor 1077/Per/V/Menkes/2011 tentang Pedoman Penyehatan Udara dalam Ruang Rumah).

2. Sarana dan Akses Air Minum Berkualitas

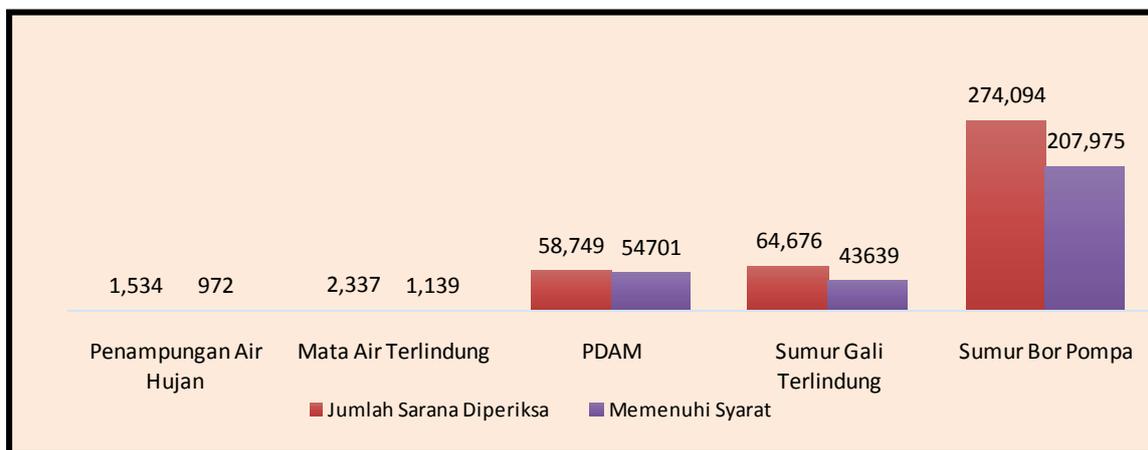
Salah satu tujuan pembangunan prasarana penyediaan air baku untuk memastikan komitmen pemerintah terhadap Millenium Development Goals (MDGs) yaitu memastikan kelestarian lingkungan hidup dengan menurunkan target hingga setengahnya proporsi rumah tangga tanpa akses berkelanjutan terhadap air minum layak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

Penyediaan air minum berkualitas yang memenuhi syarat kesehatan merupakan salah satu upaya pencegahan terjadinya kemungkinan munculnya penyakit berbasis air

(waterborne disease) karena air merupakan salah satu media lingkungan yang berperan dalam penyebaran penyakit melalui media pertumbuhan mikrobiologi serta adanya kemungkinan terlarutnya unsur kimia yang dapat mengganggu kesehatan manusia.

Sumber air minum mempengaruhi kualitas air minum. Untuk sumber air minum yang berasal dari sumber air minum layak, konsep yang digunakan meliputi air leding (kran, kran umum, hidran umum), terminal air, penampungan air hujan, sumur bor/pompa, sumur terlindung, dan mata air terlindung. Khusus untuk sumur bor/pompa, sumur terlindung, dan mata air terlindung harus memenuhi syarat jarak ke tempat penampungan kotoran/tinja minimal 10 meter.

Gambar III.C.1
Akses Terhadap Air Minum Berkualitas
Di Kabupaten Karawang Tahun 2015



3. Penyelenggara Air Minum Memenuhi Syarat Kesehatan

Air minum adalah air yang melalui proses pengolahan atau tanpa proses pengolahan yang memenuhi syarat kesehatan dan dapat langsung diminum. Penyelenggara air minum dapat berasal dari badan usaha milik Negara/badan usaha milik daerah, koperasi kesehatan, badan usaha swasta, usaha perorangan, kelompok masyarakat, dan atau individual yang melakukan penyelenggaraan air minum. Syarat-syarat kualitas air minum sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 492/Menkes/Per/IV/2010, diantaranya adalah sebagai berikut.

- Syarat Biologi : parameter mikrobiologi E Coli dan total Bakteri Koliform, kadar maksimum yang diperbolehkan 0 jumlah per 100 ml sampel;
- Syarat Fisik : tidak berbau, tidak berasa, dan tidak berwarna;

- Syarat Kimia : kadar besi maksimum yang diperbolehkan 0,3 mg/L, kesadahan masimum 500 mg/L, pH 6,5 – 8,5.

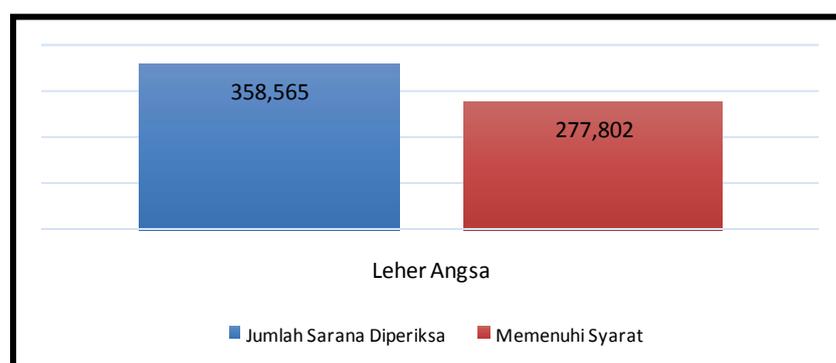
Seiring dengan kemajuan teknologi serta semakin tinggi tingkat kesadaran masyarakat terhadap kesehatan terutama dalam pemenuhan kebutuhan air bersih untuk minum, sementara itu persediaan air tanah yang selama ini menjadi sumber utama air minum telah mengalami pencemaran, rumah tangga kini mulai beralih kepada produk air minum dalam kemasan/ isi ulang. Produk ini merupakan salah satu solusi untuk konsumsi air minum karena produk dapat langsung diminum karena telah melalui proses produksi. Sementara menurut definisi MDGs air minum kemasan dan isi ulang tidak termasuk dalam sumber air minum layak. Hal ini dikarenakan air kemasan tidak dapat dipastikan keberlanjutannya dan sumbernya berasal dari wilayah lain.

4. Sarana dan Akses Terhadap Sanitasi Dasar

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

Sesuai dengan konsep MDGs, disebut akses sanitasi layak apabila penggunaan fasilitas tempat buang air besar milik sendiri atau bersama, jenis kloset yang digunakan jenis leher angsa dan tempat pembuangan akhir tinjanya menggunakan tanki septik atau Sarana Pembuangan Air Limbah (SPAL).

Gambar III.C.2
Akses Terhadap Fasilitas Sanitasi Layak (Jamban Sehat)
Di Kabupaten Karawang Tahun 2015



Gambar III.C.3
Jumlah Jamban Keluarga (Leher Angsa)
Di Kabupaten Karawang Tahun 2012 – 2015

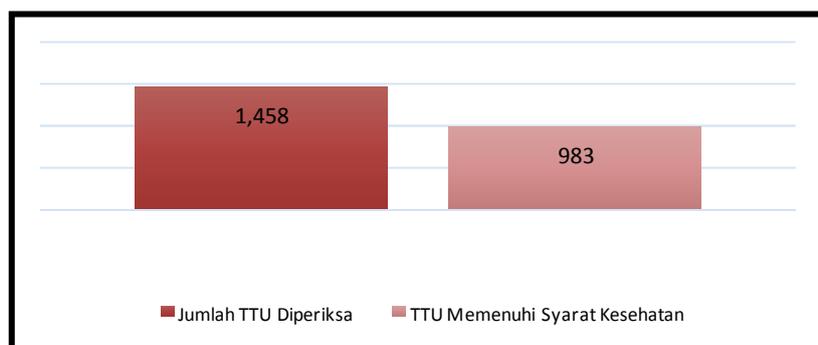


Secara umum kendala yang dihadapi dalam upaya pencapaian target yaitu :

- Proses peningkatan perubahan perilaku tidak dapat dilakukan secara instan, cenderung membutuhkan waktu yang relative lama agar masyarakat dapat mengadopsi perilaku yang lebih sehat dalam kehidupan sehari-hari. Meskipun demikian kondisi sosial budaya yang sangat bervariasi dapat mempengaruhi cepat lambatnya perubahan perilaku.
- Belum meratanya ketersediaan sarana air minum dan sanitasi yang mudah, murah dan terjangkau oleh masyarakat.
- Kondisi geografis yang sangat bervariasi mengakibatkan sulitnya menentukan pilihan teknologi sanitasi yang dapat diterapkan di daerah tersebut.

5. Sarana dan Akses Tempat – Tempat Umum Memenuhi Syarat

Gambar III.C.4
Cakupan TTU Memenuhi Syarat Kesehatan
Di Kabupaten Karawang Tahun 2015



6. Sarana dan Akses Tempat Pengolahan Makanan Memenuhi Syarat, Dibina dan Diuji Petik.

Tabel III.C.1
Cakupan Pengawasan Tempat Pengolahan Makanan (TPM)
Di Kabupaten Karawang Tahun 2015

No.	Jenis TPM	Jumlah TPM	TPM memenuhi syarat higiene sanitasi	TPM tidak memenuhi syarat hiegene sanitasi	TPM dibina	%
1	Jasa Boga	160	83	77	32	51.875
2	Rumah Makan/ Restroan	1804	262	1542	1092	14.52328
3	Depot Air Minum (DAM)	859	275	584	398	32.01397
4	Makanan Jajanan	1140	116	1024	516	10.17544
	Jumlah	3963	736	3227	2038	18.57179

D. KEADAAN PERILAKU MASYARAKAT

1. Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)

Dalam kerangka pembangunan kesehatan, sektor air minum, sanitasi dan higienis merupakan satu kesatuan dalam prioritas pembangunan bidang kesehatan dengan titik berat pada upaya promotif preventif dalam perbaikan lingkungan untuk mencapai salah satu sasaran MDGs. STBM menjadi ujung tombak keberhasilan pembangunan air minum dan penyehatan lingkungan secara keseluruhan. Sanitasi total berbasis masyarakat sebagai pilihan pendekatan, strategi dan program untuk mengubah perilaku hygiene dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat dengan metode pemicuan dalam rangka mencapai target MDGs.

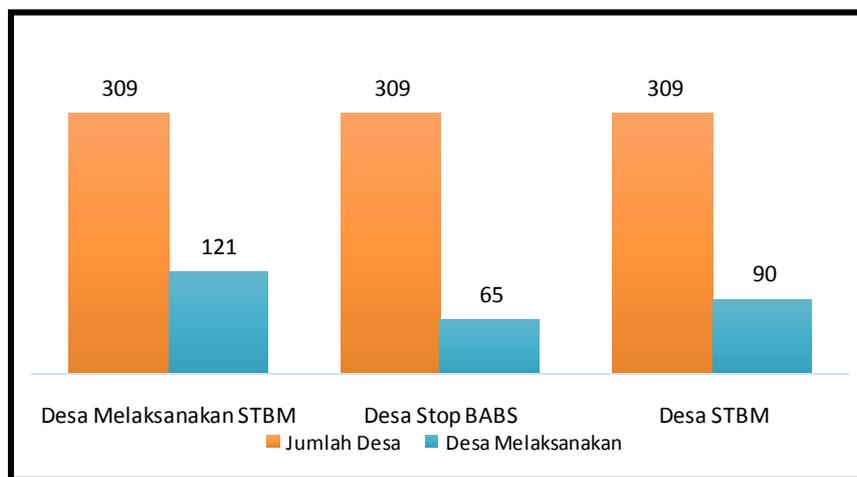
Suatu Desa/Kelurahan dikatakan telah melaksanakan STBM didasarkan pada kondisi :

- Minimal telah ada intervensi melalui pemicuan di salah satu dusun dalam desa/ kelurahan tersebut,
- Adanya masyarakat yang bertanggung jawab untuk melanjutkan aksi intervensi STBM baik individu atau dalam bentuk komite dan sebagai respon dari aksi intervensi STBM, dan

- Masyarakat menyusun suatu rencana aksi kegiatan dalam rangka mencapai komitmen-komitmen perubahan perilaku pilar-pilar STBM yang telah disepakati bersama.

Pelaksanaan STBM dilakukan secara bertahap dengan prioritas pada pilar ke-1 yaitu Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) dan adopsi perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS), dan secara bertahap mengembangkan pilar-pilar lain dari STBM.

Gambar III.D.1
Cakupan Desa Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)
Di Kabupaten Karawang Tahun 2015



Dalam pelaksanaan STBM mencakup 5 pilar yaitu :

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

Tujuan dari STBM adalah untuk mencapai kondisi sanitasi total dengan mengubah perilaku higienis dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat dengan 3 komponen strategi yaitu :

- 1) Menciptakan lingkungan yang mendukung terlaksananya kegiatan STBM melalui :
 - Advokasi dan sosialisasi kepada pemerintah dan pemangku kepentingan secara berjenjang;

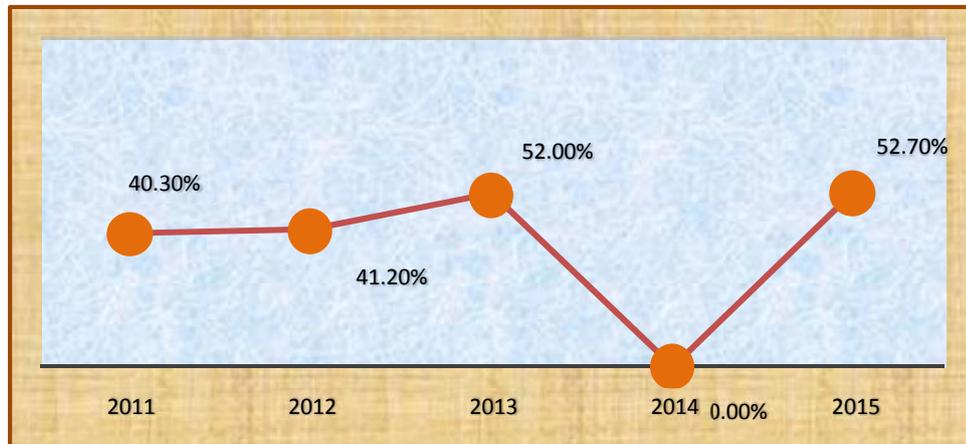
- Peningkatan kapasitas institusi pelaksana di daerah; dan
 - Meningkatkan kemitraan multi pihak.
- 2) Peningkatan kebutuhan akan sarana sanitasi melalui peningkatan kesadaran masyarakat tentang konsekuensi dari kebiasaan buruk sanitasi (buang air besar) dan dilanjutkan pemicuan perubahan perilaku komunitas.
- Meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memilih teknologi, material dan biaya sarana sanitasi yang sehat,
 - Mengembangkan kepemimpinan di masyarakat (*natural leader*) untuk memfasilitasi pemicuan perubahan perilaku masyarakat dan mengembangkan sistem penghargaan kepada masyarakat untuk meningkatkan dan menjaga keberlanjutan STBM melalui deklarasi Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS).
- 3) Peningkatan penyediaan melalui peningkatan kapasitas produksi swasta lokal dalam penyediaan sarana sanitasi, yaitu melalui pengembangan kemitraan dengan kelompok masyarakat, koperasi, pengusaha lokal dalam penyediaan sarana sanitasi.

2. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Keluarga mempunyai peran penting dalam meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat, karena dalam keluarga terjadi komunikasi dan interaksi antara anggota keluarga yang menjadi awal penting dari suatu proses pendidikan perilaku. Pelaksanaan perilaku hidup bersih dan sehat sejak dini dalam keluarga dapat menciptakan keluarga yang sehat dan aktif dalam setiap upaya kesehatan di masyarakat.

PHBS di rumah tangga adalah upaya untuk memberdayakan anggota rumah tangga agar tahu, mau dan mampu mempraktikkan perilaku hidup bersih dan sehat serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat. Untuk mencapai rumah tangga ber PHBS, terdapat 10 perilaku hidup bersih dan sehat yang dipantau, yaitu; a) Persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan, b) Memberi ASI eksklusif, c) Menimbang balita setiap bulan, d) Menggunakan air bersih, e) Mencuci tangan dengan air bersih dan sabun, f) Menggunakan jamban sehat, g) Memberantas jentik di rumah sekali seminggu, h) Makan buah dan sayur setiap hari, i) Melakukan aktivitas fisik setiap hari, dan j) Tidak merokok di dalam rumah.

Gambar III.D.2
Cakupan PHBS di Tatanan Rumah Tangga
Di Kabupaten Karawang Tahun 2011 - 2015



Dari jumlah rumah tangga yang ada yaitu sebanyak 582.685, yang di pantau PHBS oleh kader dan petugas sebanyak 561.849 rumah tangga atau 96.42 % dari seluruh rumah tangga. Dan rumah tangga yang ber-PHBS sebanyak 296.774 rumah tangga atau 52,7 %. Target PHBS Rumah Tangga di Propinsi Jawa Barat Tahun 2015 sebesar 70 %, sedangkan pencapaian PHBS Rumah Tangga di Kabupaten Karawang sekitar 52,70 %, dalam hal ini berarti Kabupaten Karawang belum dapat mencapai target yang diharapkan.

BAB IV SITUASI DERAJAT KESEHATAN

A. UMUR HARAPAN HIDUP (UHH)

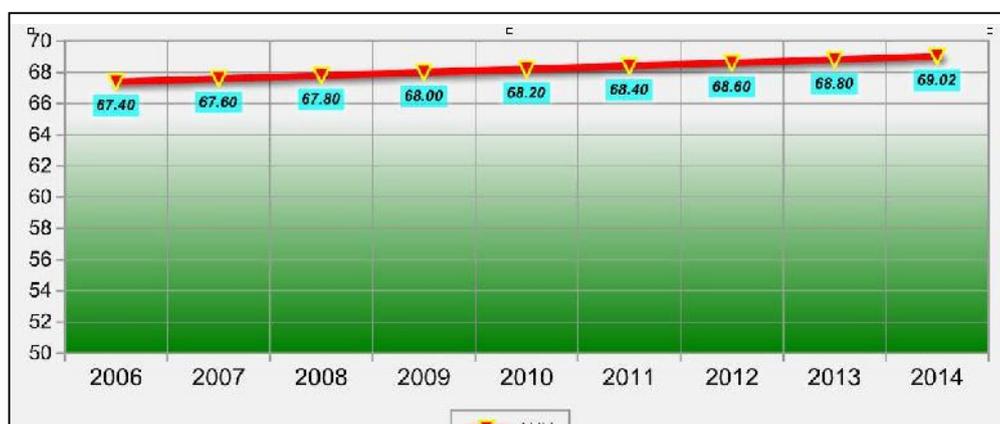
Umur Harapan Hidup (UHH) merupakan salah satu indikator derajat kesehatan yang digunakan sebagai salah satu dasar penghitungan Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Umur Harapan Hidup (UHH) memberikan gambaran probabilitas umur maksimal yang dapat dicapai seorang bayi baru lahir.

Indikator ini dipandang dapat menggambarkan taraf hidup suatu bangsa, sehingga dijadikan salah satu indikator untuk mengevaluasi kinerja pemerintah dalam meningkatkan kesejahteraan penduduk pada umumnya dan meningkatkan derajat kesehatan pada khususnya. Peningkatan Umur Harapan Hidup menunjukkan adanya peningkatan kehidupan dan kesejahteraan penduduk serta meningkatnya derajat kesehatan suatu bangsa.

Untuk dapat meningkatkan Umur Harapan Hidup bukan saja diperlukan program pembangunan kesehatan namun diperlukan juga program sosial lainnya seperti program pemberantasan kemiskinan, perbalikan kualitas lingkungan hidup, kecukupan pangan dan gizi.

Indikator Umur Harapan Hidup (UHH) tidak bisa didapatkan dari sistem pencatatan pelaporan rutin, tetapi melalui estimasi berdasarkan data primer hasil survey atau sensus yang diterbitkan oleh Badan Pusat Statistik (BPS).

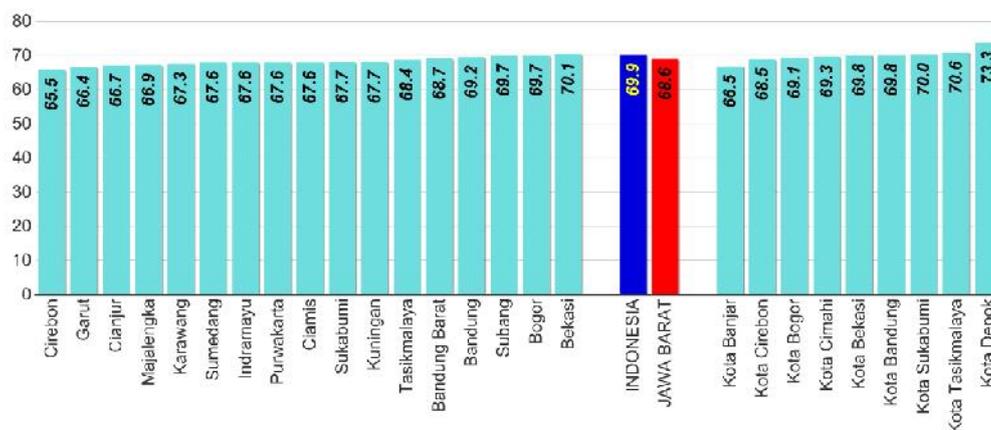
Gambar IV.A.1
Kecenderungan Umur Harapan Hidup (UHH) Penduduk di Provinsi
Jawa Barat Tahun 2006 sd 2014



Berdasarkan angka yang dipublikasikan BPS Jawa Barat, Umur Harapan Hidup (UHH) waktu lahir di Jawa Barat selama periode 2006 sampai dengan 2014 cenderung meningkat, yaitu dari 67.4 tahun pada 2006 menjadi 69.02 pada tahun 2014. Peningkatan dari tahun ke tahun relatif konstan yaitu 0.2 tahun. Dengan peningkatan UHH 0.2 tahun setiap tahunnya, berarti untuk meningkatkan satu tahun UHH waktu lahir di Jawa Barat diperlukan waktu minimal 5 tahun.

Berdasarkan publikasi BPS 2013 capaian UHH kabupaten kota di Provinsi Jawa Barat, untuk UHH tahun 2012 berkisar 65.5 tahun sampai dengan 73.3 tahun. UHH tertinggi untuk kelompok kabupaten berada di Kabupaten Bekasi dengan UHH mencapai 70.1 tahun dan terendah berada di Kabupaten Cirebon dengan 65.5 tahun. Untuk kelompok kota, UHH tertinggi terdapat di Kota Depok dengan 73.3 tahun dan terendah dicapai kota Banjar dengan UHH 66,5 tahun.

Gambar IV. A. 2
Umur Harapan Hidup (UHH)
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat Tahun 2013



Sebanyak 15 kabupaten kota di Provinsi Jawa Barat mempunyai UHH dibawah rata rata Jawa Barat, yaitu Kota Cirebon, Kota Depok, Kab. Tasikmalaya, Kab.Kuningan, Kab. Sukabumi, Kab. Ciamis, Kab. Purwakarta, Kab. Indramayu, Kab. Sumedang, Kab. Karawang, Kab. Majalengka, Kab. Cianjur, Kab. Garut dan Kab. Cirebon.

Sedangkan dibandingkan dengan UHH Nasional, maka kabupaten kota yang sudah melebihi UHH Nasional (69.9 tahun) hanya dicapai oleh empat kabupaten kota, yaitu oleh satu kabupaten yaitu Kab. Bekasi dan tiga kota, yaitu Kota Sukabumi, Kota Tasikmalaya dan Kota Depok.

B. MORTALITAS

Angka kematian merupakan indikator *outcome* pembangunan kesehatan. Angka kematian dapat menggambarkan seberapa tinggi derajat kesehatan masyarakat di suatu wilayah. Pada dasarnya penyebab kematian ada yang langsung dan tidak langsung, walaupun dalam kenyataannya terdapat interaksi dari berbagai faktor yang mempengaruhi terhadap tingkat kematian di masyarakat.

Berbagai faktor yang berkaitan dengan penyebab kematian, baik langsung maupun tidak langsung, antara lain dipengaruhi oleh tingkat sosial ekonomi, kualitas lingkungan hidup, upaya pelayanan kesehatan dan lain-lain.

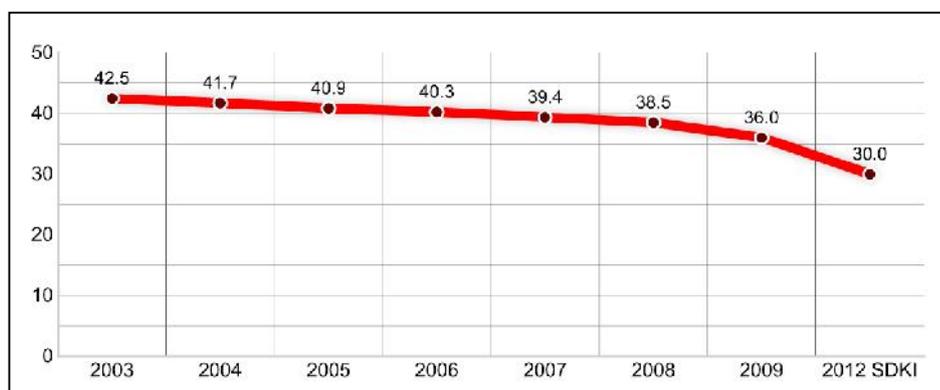
Di Provinsi Jawa Barat beberapa faktor penyebab kematian perlu mendapat perhatian khusus, diantaranya yang berhubungan dengan kematian ibu dan bayi yaitu besarnya tingkat kelahiran, umur masa paritas, jumlah anak yang dilahirkan serta penolong persalinan.

Indikator kematian yang paling sering digunakan adalah Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi dan Angka Kematian Balita (Akaba). Indikator kematian tersebut tidak dapat dihasilkan dari sistem pencatatan pelaporan rutin, namun berasal dari perhitungan yang dilakukan oleh BPS.

1. Angka Kematian Bayi (AKB)

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

Gambar IV.B.1
Angka Kematian Bayi di Provinsi Jawa Barat
Tahun 2003 sd 2012



Sumber : Badan Pusat Statistik

AKB menggambarkan besarnya risiko kematian bayi (<1 tahun) dalam 1000 kelahiran hidup. Berdasarkan kesepakatan internasional AKB merupakan indikator yang menggunakan konsep *rate*, meskipun dalam kenyataannya hanya *ratio*.

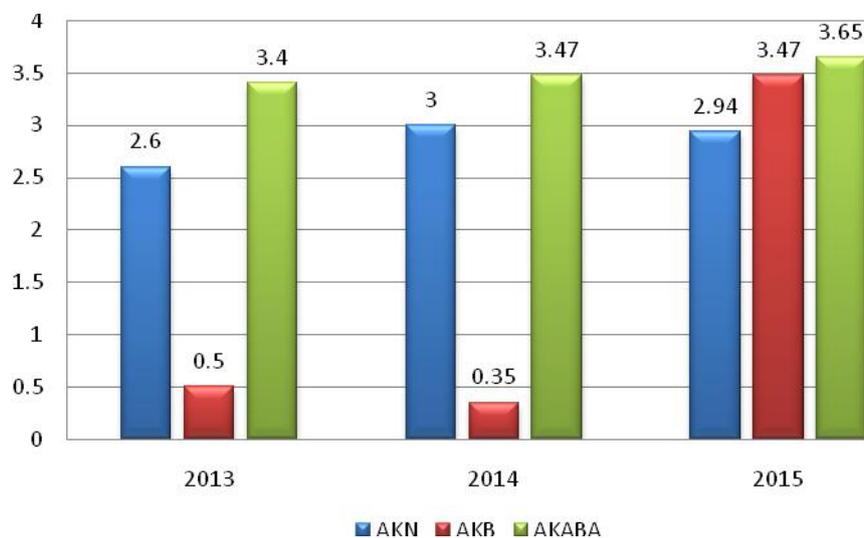
Berdasarkan publikasi BPS, AKB Provinsi Jawa Barat sejak tahun 2003 sampai dengan 2009 cenderung mengalami penurunan. Selama periode 2003 s/d 2009 AKB berhasil diturunkan sebesar 6.5 poin (range 42.5 – 36/1000 kelahiran hidup). Berarti di Provinsi Jawa Barat rata rata AKB turun sebesar 1 point setiap tahunnya.

Untuk AKB 2013, BPS melakukan publikasi berdasarkan SDKI 2012, di mana Provinsi Jawa Barat mempunyai AKB sebesar 30/1000 kelahiran hidup. Dibandingkan AKB 2009, maka terjadi penurunan sebesar 6 poin, yaitu dari 36/1000 kelahiran hidup menjadi 30/1000 kelahiran hidup.

2. Angka Kematian Balita (AKABA)

Interpretasi Angka Kematian Balita adalah jumlah kematian balita umur 0-5 tahun diantara 1000 kelahiran hidup. Sama halnya dengan Angka Kematian Bayi, Angka Kematian Balita dihitung oleh Badan Pusat Statistik (BPS).

Gambar IV.B.2
Angka Kematian Neonatal, Bayi dan Anak Balita
di Kabupaten Karawang Tahun 2013-2015

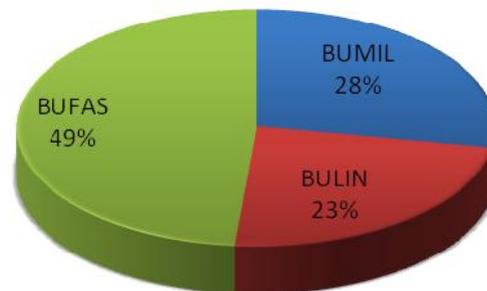


Sumber: Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi

3. Angka Kematian Ibu (AKI)

Angka Kematian Ibu (AKI) adalah jumlah penduduk wanita yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk kecelakaan atau kasus isidentil) selama kehamilan, melahirkan dan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan lama kehamilan yang dinyatakan dalam 100.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama.

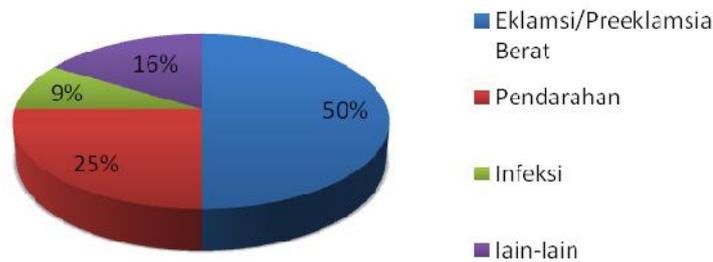
Gambar IV.B.3
Angka Kematian Ibu hamil, Ibu Bersalin, dan Ibu Nifas
Di Kabupaten Karawang Tahun 2015



Gambar IV.B.4
Jumlah Kematian Ibu Hamil, Bersalin, dan Nifas Menurut Kelompok Umur
Di Kabupaten Karawang Tahun 2015



Gambar IV.B.5
Penyebab Kematian Ibu di Kabupaten Karawang Tahun 2015



Penyebab tidak langsung tingginya AKI adalah faktor pendidikan ibu yang rendah, status gizi ibu yang kurang serta terlalu muda usia ibu pada saat hamil.

Berdasarkan laporan dari fasilitas kesehatan, penyebab langsung kematian ibu maternal diklasifikasikan menjadi eklamsia (tekanan darah tinggi)/preeklamsia berat, pendarahan, infeksi dan lain-lain. Eklamsia/preeklamsia merupakan penyebab paling utama, diikuti dengan eklamsia. Selengkapny data penyebab kematian ibu maternal di provinsi Jawa Barat dari tahun 2003-2008 diperlihatkan pada gambar diatas.

C. MORBIDITAS

Morbidity adalah angka kesakitan, dapat juga berupa angka insiden maupun angka prevalensi dari suatu penyakit. Morbidity menggambarkan kejadian penyakit dalam suatu populasi pada kurun waktu tertentu. Morbidity juga berperan dalam penilaian terhadap derajat kesehatan masyarakat.

1. 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.

1) Kasus Baru dan Prevalensi BTA Positif

Jumlah kasus baru BTA+ yang ditemukan pada tahun 2015 sebanyak 1.291 kasus. Jumlah tersebut sedikit lebih rendah dibandingkan dengan kasus baru BTA+ yang ditemukan pada tahun 2014 yang sebesar 1.594 kasus.

Menurut jenis kelamin, kasus BTA+ pada laki-laki sebanyak 818 kasus (63%) dan kasus BTA+ pada wanita sebanyak 473 kasus (37%).

2) Proporsi Pasien Baru BTA Positif Diantara Semua Kasus

Proporsi pasien baru BTA+ diantara semua kasus adalah persentase pasien baru BTA+ diantara semua pasien TB paru tercatat. Indikator ini menggambarkan prioritas penemuan pasien TB yang menular diantara seluruh pasien TB paru yang diobati. Angka ini diharapkan tidak lebih rendah dari 65%. Apabila proporsi pasien baru TB positif di bawah 65% maka hal itu menunjukkan mutu diagnosis yang rendah dan kurang memberikan prioritas untuk menemukan pasien yang menular (pasien BTA+).

3) 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. CNR kasus baru BTA+ per 100.000 penduduk tahun 2015 sebesar 56,42% per 100.000 penduduk tahun 2015 sebesar 80,15%.

4) Angka Penemuan Kasus

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

5) Proporsi Kasus TB Anak 0-14 Tahun

Proporsi kasus TB anak 0-14 tahun yang ditemukan pada tahun 2015 sebanyak 120 kasus atau 6,54% dari total jumlah kasus TB sebanyak 1.834 kasus.

b. HIV dan AIDS

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

Sebelum memasuki fase AIDS, penderita terlebih dahulu dinyatakan sebagai HIV positif. Jumlah HIV positif yang ada di masyarakat dapat diketahui melalui 3 metode, yaitu pada layanan *Voluntary, Conseling, and Testing (VCT)*, *Sero Survey*, dan Survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP).

1) Jumlah Kasus HIV Positif dan AIDS

Jumlah kasus HIV Positif pada tahun 2015 sebanyak 104 kasus yang terdiri dari 65,38 % laki-laki dan 34,62% perempuan. Sedangkan untuk kasus AIDS pada tahun 2015 tidak ditemukan kasus.

2) Pengetahuan AIDS

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk membentuk tindakan seseorang, sebab dari pengalaman dan hasil penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih baik dibandingkan dengan perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

3) Darah Donor Diskrining Terhadap HIV

c. Pneumonia

Pneumonia adalah infeksi akut yang mengenai jaringan paru (alveoli). Infeksi dapat disebabkan oleh bakteri, virus maupun jamur. Pneumonia juga dapat terjadi akibat kecelakaan karena menghirup cairan atau bahan kimia. Populasi yang rentan terserang pneumonia adalah anak-anak usia kurang dari 2 tahun, usia lanjut lebih dari 65 tahun dan orang yang memiliki masalah kesehatan (malnutrisi, gangguan imunologi).

d. Kusta

Kusta adalah penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium Leprae*. Penatalaksanaan kasus yang buruk dapat menyebabkan kusta menjadi progresif, menyebabkan kerusakan permanen pada kulit, saraf, anggota gerak dan mata.

Pada tahun 2015 ditemukan sebanyak 385 kasus baru kusta yang terdiri dari 254 penderita kusta laki-laki dan 131 penderita kusta perempuan. Kasus baru kusta 0-14 tahun tahun 2013 sebanyak 41 kasus (10,65%) dan kasus kusta cacat tingkat 2 sebanyak 20 kasus (5,2%).

e. Diare

Penyakit diare merupakan penyakit endemis di Indonesia dan juga merupakan penyakit potensial KLB yang sering disertai kematian.

Pada tahun 2015 jumlah perkiraan kasus diare sebanyak 48.655 kasus dengan angka kesakitan diare per 1000 penduduk sebesar 21,40. Sedangkan jumlah kasus diare yang ditangani pada tahun 2015 sebanyak 51.044 kasus dengan angka kesakitan diare per 1000 penduduk sebesar 22,45.

2. Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I)

a. Tetanus Neonatorum

Tetanus Neonatorum disebabkan oleh basil *Clostridium Tetani*, yang masuk ke tubuh melalui luka. Penyakit ini menginfeksi bayi baru lahir yang salah satunya disebabkan oleh pemotongan tali pusat dengan alat yang tidak steril. Kasus tetanus neonatorum banyak ditemukan di negara berkembang khususnya dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan yang rendah.

b. Campak

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

Campak dinyatakan sebagai KLB apabila terdapat 5 atau lebih kasus klinis dalam waktu 4 minggu berturut-turut yang terjadi mengelompok dan dibuktikan adanya hubungan epidemiologis.

c. Difteri

Penyakit Difteri disebabkan oleh bakteri *Corynebacterium Diphtheriae* yang menyerang sistem pernapasan bagian atas. Penyakit difteri pada umumnya menyerang anak-anak usia 1-10 tahun.

d. Polio dan AFP

Polio adalah salah satu penyakit menular yang termasuk PD3I. Penyakit ini disebabkan oleh infeksi virus yang menyerang sistem syaraf hingga penderita

mengalami kelumpuhan. Penyakit yang pada umumnya menyerang anak usia 0-3 tahun ini ditandai dengan munculnya demam, lelah, sakit kepala, mual, kaku di leher, serta sakit di tungkai dan lengan.

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. Kementerian Kesehatan menetapkan Non polio AFP Rate minimal 2/100.000 populasi anak usia < 15 tahun.

3. Penyakit Bersumber Binatang

a. Demam Berdarah Dengue (DBD)

Demam berdarah adalah penyakit demam akut yang disebabkan oleh *Virus Dengue*, yang masuk ke peredaran darah manusia melalui gigitan nyamuk dari *Genus Aedes*, misalnya *Aedes Aegypti* atau *Aedes Albopictus*. *Aedes Aegypti* adalah *Vektor* yang paling banyak ditemukan menyebabkan penyakit ini. Nyamuk dapat membawa *Virus Dengue* setelah menghisap darah orang yang telah terinfeksi virus tersebut. Sesudah masa inkubasi virus ini dalam nyamuk selama 8-10 hari, nyamuk yang terinfeksi dapat mentransmisikan *Virus Dengue* tersebut ke manusia sehat yang digigitnya.

Pada tahun 2015, jumlah penderita DBD yang dilaporkan sebanyak 569 kasus dengan jumlah kematian 4 orang (incident rate = 25,03 per 100.000 penduduk dan CFR = 0,7 %). Terjadi penurunan jumlah kasus pada tahun 2015 dibandingkan tahun 2014 sebagaimana tabel berikut :

Tabel IV.C.1
Jumlah Kasus, Jumlah Kematian, Angka Kesakitan dan CFR
Demam Berdarah Dengue

TAHUN	JUMLAH KASUS	JUMLAH KEMATIAN	ANGKA KESAKITAN (IR)	CFR
2012	495	4	22,4	0,8
2013	752	7	33,75	0,93
2014	752	7	33,5	0,9
2015	569	4	25,03	0,7

b. Chikungunya

Chikungunya adalah penyakit infeksi akut yang ditandai gejala utama demam, ruam/bercak-bercak kemerahan di kulit dan nyeri persendian, penyakit ini disebabkan oleh infeksi *Virus Chik* yang ditularkan oleh nyamuk *Aedes Aegypti* dan *Aedes Albopictus*.

Demam Chik dijumpai terutama di daerah tropis/ subtropis dan sering menimbulkan epidemi. Beberapa faktor yang mempengaruhi munculnya demam Chik yaitu rendahnya status kekebalan kelompok masyarakat dan kepadatan populasi nyamuk penular karena banyaknya tempat perindukan nyamuk yang biasanya terjadi pada musim penghujan.

c. Filariasis

Filariasis adalah penyakit yang disebabkan oleh parasite berupa *Cacing Filaria*, yang terdiri dari tiga spesies yaitu; *Wucheria 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 2015, jumlah penderita Filariasis yang dilaporkan sebanyak 47 kasus dengan tidak ada kasus kematian (incident rate = 2,07 per 100.000 penduduk dan CFR = 0 %). Terjadi peningkatan jumlah kasus pada tahun 2015 dibandingkan tahun 2014 sebagaimana tabel berikut :

Tabel IV.C.2
Jumlah Kasus dan Jumlah Kematian Filariasis

TAHUN	JUMLAH KASUS	JUMLAH KEMATIAN	ANGKA KESAKITAN (IR)	CFR
2012	41	0	1,85	0
2013	43	0	1,93	0
2014	43	0	1,88	0
2015	47	0	2,07	0

d. Malaria

Malaria merupakan salah satu penyakit menular yang upaya pengendaliannya menjadi komitmen global dalam Millenium Development Goals (MDGs). Malaria 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.

Ditjen PP dan PL Kementerian Kesehatan telah menetapkan stratifikasi endemisitas malaria suatu wilayah di Indonesia menjadi 4 strata, berdasarkan Angka Kesakitan Malaria/Annual Paracite Incidence (API) yaitu :

- 1) Endemis Tinggi : API > 5 per 1.000 penduduk
- 2) Endemis Sedang : API berkisar antara 1 - 5 per 1.000 penduduk
- 3) Endemis Rendah : API 0 – 1 per 1.000 penduduk
- 4) Non Endemis : API 0

Terdapat dua jenis tes sediaan darah untuk mendeteksi penyakit malaria yaitu pemeriksaan Mikroskopis dan Rapid Diagnostic Test (RDT). Pemeriksaan Mikroskopis menghasilkan hasil tes sediaan darah lebih akurat dibandingkan RDT.

e. Rabies

Rabies merupakan penyakit yang disebabkan oleh infeksi Virus Rabies yang ditularkan melalui gigitan hewan seperti anjing, kucing, kelelawar, kera, musang dan srigala yang didalam tubuhnya mengandung Virus Rabies.

Terdapat beberapa indikator yang digunakan dalam memantau upaya pengendalian rabies yaitu; GHPR (Kasus Gigitan Hewan Penular Rabies), Kasus yang Divaksinasi dengan Vaksin Anti Rabies (VAR), dan Kasus yang Positif Rabies dan mati berdasarkan uji *Lyssa*.

f. Leptospirosis

Leptospirosis merupakan *zoonosis* yang diduga paling luas penyebarannya di dunia. Sumber infeksi pada manusia biasanya akibat kontak secara langsung atau tidak langsung dengan urine hewan yang terinfeksi. Penyakit ini bersifat musiman, di daerah yang beriklim sedang masa puncak insidens dijumpai pada musim panas dan musim gugur karena temperatur adalah faktor yang mempengaruhi

kelangsungan hidup *Leptospira*, sedangkan di daerah tropis insiden tertinggi pada musim hujan.

g. Antraks

Penyakit ini disebabkan oleh Kuman Antraks (*Bacillus Anthracis*). Kuman ini dapat membentuk spora yang tahan terhadap perubahan lingkungan dan dapat bertahan hidup selama 60 tahun di dalam tanah, sehingga sulit untuk dimusnahkan. Sumber penularan Antraks adalah hewan peliharaan seperti sapi, kerbau, kambing, domba yang terinfeksi *Bacillus Anthracis*.

4. Penyakit Tidak Menular

a. Diabetes Melitus

Diabetes Mellitus (DM) adalah salah satu penyebab utama kematian yang disebabkan oleh karena pola makan/nutrisi, perilaku tidak sehat, kurang aktifitas fisik dan stress. Menurut laporan Riskesdas 2007, DM menyumbang 4,2 % kematian pada kelompok umur 15-44 tahun di daerah perkotaan dan merupakan penyebab kematian tertinggi ke-6. Selain pada kelompok tersebut, DM juga merupakan penyebab kematian tertinggi ke-2 pada kelompok umur 45-54 tahun di perkotaan (14,7%) dan tertinggi ke-6 di daerah perdesaan (5,8%).

b. Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah

Penyakit jantung dan pembuluh darah merupakan penyebab kematian utama dan ketidakmampuan fisik yang diderita masyarakat Indonesia bahkan Indonesia.

Penyakit jantung dan pembuluh darah mempunyai resiko utama yang sama (common underlying risk factor) yaitu: konsumsi tembakau, pola makan yang tidak seimbang, aktifitas fisik yang kurang dan adanya kondisi lingkungan yang tidak kondusif terhadap kesehatan.

Jenis penyakit yang dapat digolongkan ke dalam penyakit jantung dan pembuluh darah adalah:

1. Penyakit jantung coroner (PJK, penyakit jantung iskemik, serangan jantung, infark miokard, angina pectoris)
2. Penyakit pembuluh darah otak (stroke, TIA (transient ischemic attack))
3. Penyakit jantung, hipertensi
4. Penyakit pembuluh darah perifer

5. Penyakit gagal jantung
6. Penyakit jantung rematik
7. Penyakit jantung bawaan
8. Penyakit kardiomiopathy
9. Penyakit jantung katub

c. Dampak Kesehatan Akibat Bencana

Menurut UU No 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana, bencana dikategorikan menjadi bencana alam, bencana non alam, dan bencana sosial. Bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang disebabkan oleh alam antara lain berupa gempa bumi, tsunami, gunung meletus, banjir, kekeringan, angin topan, dan tanah longsor. Bencana Non Alam antara lain kebakaran hutan yang disebabkan manusia, kecelakaan transportasi, kegagalan konstruksi, dampak industry, ledakan nuklir, pencemaran lingkungan dan kegiatan keantariksaan. Bencana sosial antara lain berupa kerusuhan sosial dan konflik sosial dalam masyarakat.

BAB V

SITUASI UPAYA KESEHATAN

Upaya Kesehatan terdiri dari upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan. Upaya kesehatan masyarakat adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat serta swasta, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan di masyarakat. Sedangkan upaya kesehatan perorangan adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat serta swasta, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan.

Kualitas pelayanan kesehatan ditentukan juga oleh berbagai faktor antara lain sarana fisik, tenaga kesehatan, alat penunjang pelayanan kesehatan, obat-obatan dan standar pelayanan kesehatan.

Berbagai upaya pemerintah telah dilakukan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, antara lain melalui upaya kesehatan dasar, upaya kesehatan rujukan serta perbaikan gizi masyarakat serta upaya kesehatan khusus.

A. PELAYANAN KESEHATAN DASAR

1. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mengamatkan bahwa upaya kesehatan ibu ditujukan untuk menjaga kesehatan ibu sehingga mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas serta mengurangi angka kematian ibu. Upaya kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada Undang-Undang Kesehatan tersebut meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Upaya pemeliharaan kesehatan bayi dan anak ditujukan untuk mempersiapkan generasi yang akan datang yang sehat, cerdas, dan berkualitas serta menurunkan angka kematian bayi dan anak. Upaya pemeliharaan kesehatan anak dilakukan sejak janin masih dalam kandungan, dilahirkan, setelah dilahirkan, dan sampai berusia 18 (delapan belas) tahun.

Upaya kesehatan ibu dan anak diharapkan mampu menurunkan angka kematian. Indikator angka kematian yang berhubungan dengan ibu dan anak adalah Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Neonatal (AKN), Angka Kematian Bayi (AKB), dan Angka Kematian Anak Balita (AKABA). Berdasarkan hasil Survey Demografi dan Kesehatan

Indonesia (SDKI) 2007, AKI sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan SDKI tahun 2012 menyebutkan bahwa AKB sebesar 32 per 1.000 kelahiran hidup, AKN sebesar 19 per 1.000 kelahiran hidup, dan AKABA sebesar 40 per 1.000 kelahiran hidup.

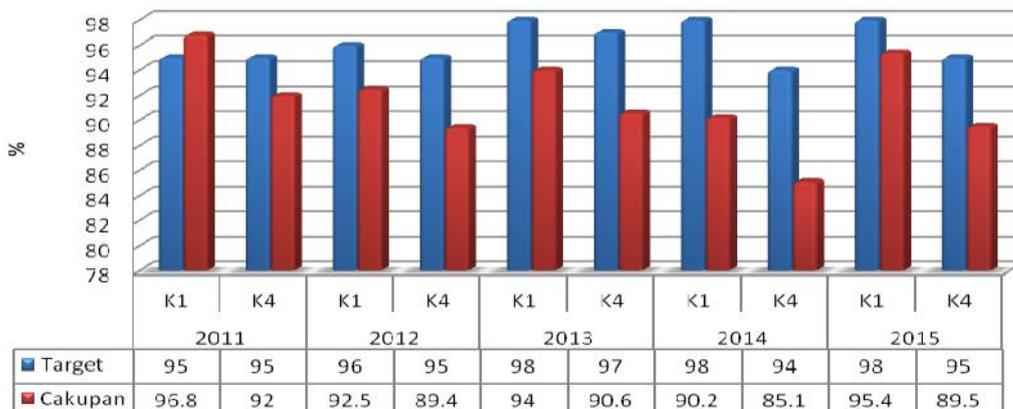
Komitmen global dalam MDGs menetapkan target terkait kematian ibu dan kematian anak yaitu menurunkan Angka Kematian Ibu hingga tiga per empat dalam kurun waktu 1990-2015 dan menurunkan Angka Kematian Anak hingga dua per tiga dalam kurun waktu 1990-2015.

a. Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil

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

Capaian pelayanan kesehatan ibu hamil dapat dinilai dengan menggunakan indikator cakupan K1 dan K4. Cakupan K1 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal pertama kali, dibandingkan dengan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Sedangkan cakupan K4 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai standar paling sedikit 4 kali sesuai jadwal yang dianjurkan.

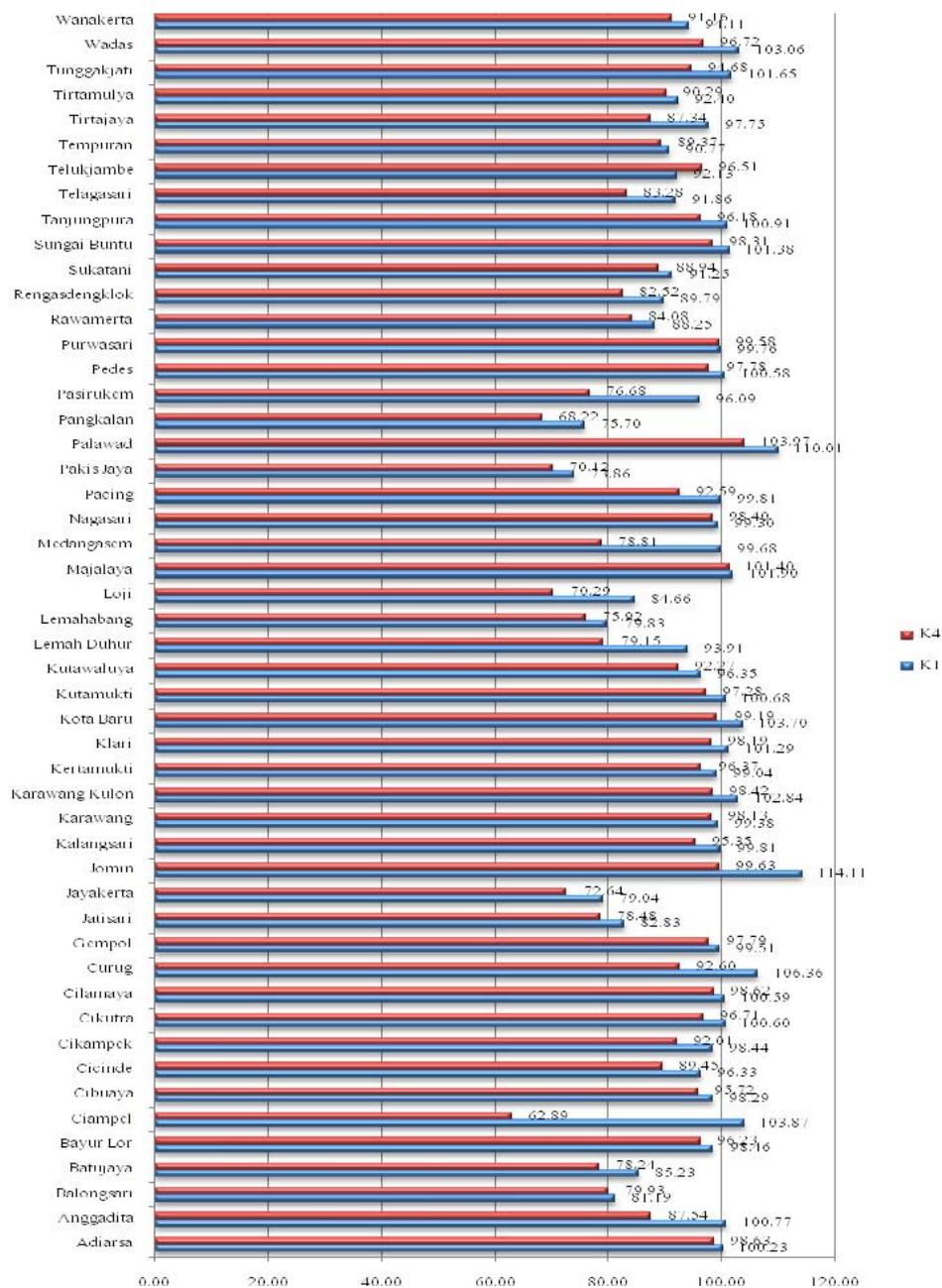
**Gambar V.A.1
Cakupan K1 dan Cakupan K4 Tahun 2011-2015**



Sumber: Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi

Cakupan K1 dan K4 pada tingkat kabupaten pada Tahun 2015 dapat dilihat dari Gambar 4.1 Cakupan K1 dan K4 Tahun 2015 lebih tinggi dari Tahun 2014 yaitu sebesar 95,4% untuk cakupan K1 dan 89,5% untuk cakupan K4. Meskipun terjadi peningkatan dibandingkan tahun sebelumnya, capaian tersebut belum memenuhi target SPM/Renstra sebesar 98% untuk Cakupan K1 dan 95% untuk cakupan K4.

Gambar V.A.2
Cakupan Pelayanan Ibu hamil (K1 dan K4) Tahun 2015



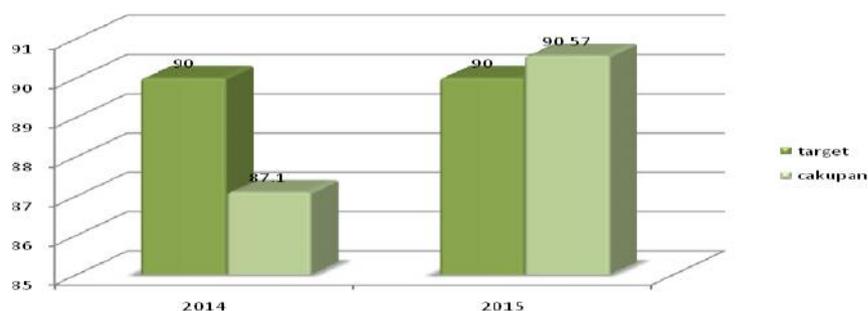
Dari Gambar V.A.2 dapat disimpulkan bahwa target cakupan K1 sebagian besar puskesmas telah mencapai target, dari 50 puskesmas ada 29 puskesmas yang sudah mencapai target. Untuk cakupan K4 dari seluruh jumlah puskesmas ada 25 puskesmas yang sudah mencapai target, hal ini berpengaruh juga pada pencapaian target kabupaten sehingga masih ada kesenjangan sekitar 4% untuk cakupan K1 dan 6,33% untuk cakupan K4.

Berbagai program dan kegiatan telah dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Karawang untuk semakin mendekatkan akses pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada masyarakat. Hingga Desember 2015 tercatat 50 Puskesmas tersebar di 30 Kecamatan, walaupun belum memenuhi rasio ideal (1 : 30.000 penduduk) keberadaan Puskesmas dirasakan sangat membantu mendekatkan akses pelayanan kesehatan ibu. Selain Puskesmas ada juga Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM), seperti Poskesdes dan Posyandu. Adanya Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) sejak tahun 2010 dan diluncurkannya Jaminan Persalinan (Jampersal) sejak tahun 2011 juga semakin bersinergi dalam berkontribusi meningkatkan cakupan K1 dan K4.

b. Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin

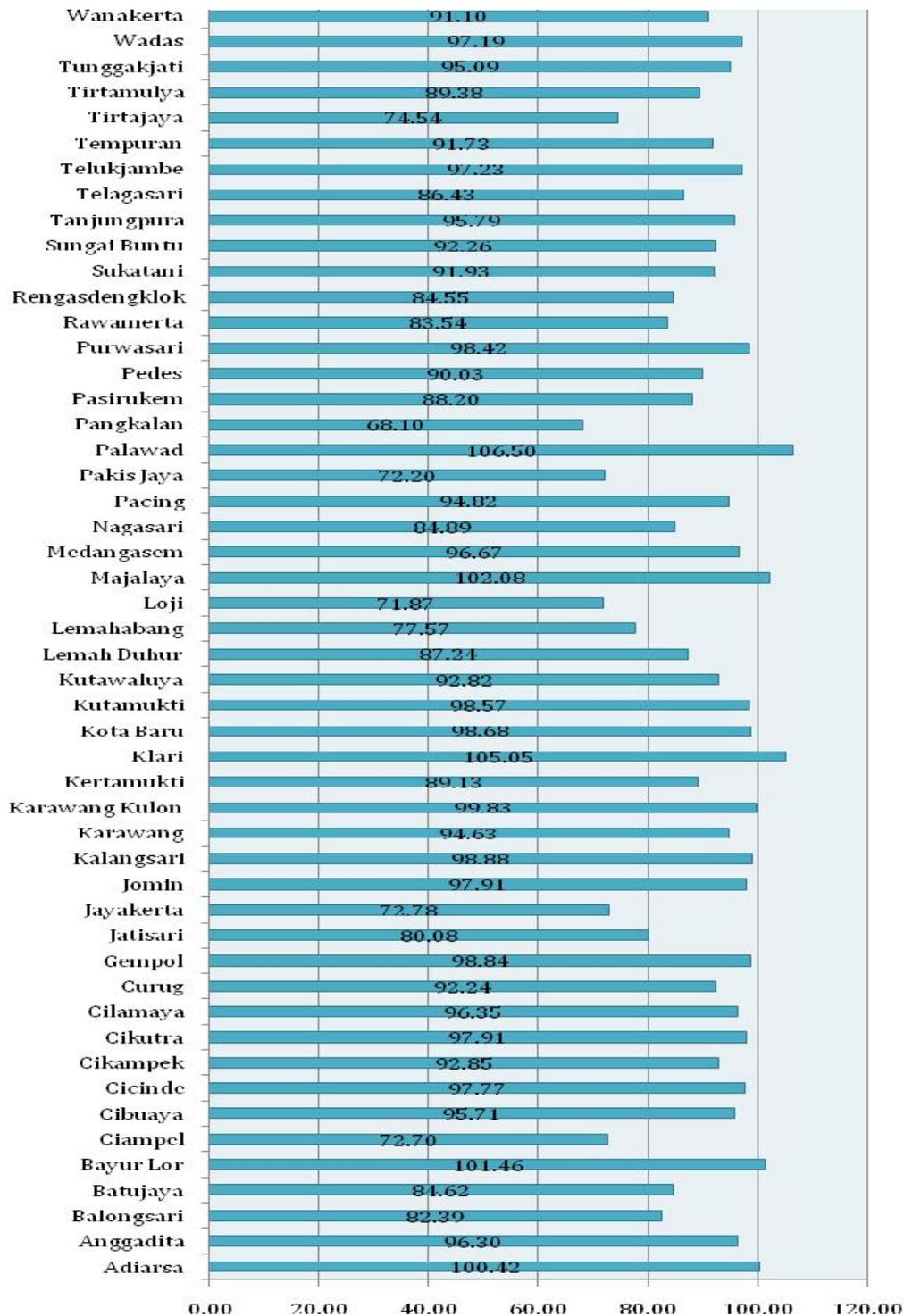
Pelayanan kesehatan ibu bersalin dilaksanakan dalam rangka mendorong agar setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih dan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Pencapaian upaya kesehatan ibu bersalin diukur melalui indikator persentase persalinan ditolong tenaga kesehatan terlatih (cakupan Pn). Indikator ini memperlihatkan tingkat kemampuan Pemerintah dalam menyediakan pelayanan persalinan berkualitas yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih.

Gambar V.A.3
Cakupan Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan (PN)
Tahun 2014 dan 2015



Berdasarkan Gambar V.A.3 dapat disimpulkan bahwa Cakupan pada tingkat kabupaten pada Tahun 2015 lebih tinggi dari Tahun 2014 yaitu sebesar 90,54%.

Gambar V.A.4
Cakupan Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan (PN)
Menurut Puskesmas 2015



Berdasarkan Gambar di atas dapat dilihat bahwa target persalinan oleh tenaga kesehatan pada tahun 2015 sudah tercapai, ada 32 puskesmas (64%) dari jumlah total 50 puskesmas yang sudah mencapai target. Masih banyak persalinan yang dibantu oleh paraji yaitu masih tersebar di 18 puskesmas (36 % dari total 50 puskesmas).

Belum tercapainya pencapaian indikator KIA harus dikaji mulai dari kesesuaian data sasaran puskesmas, pendokumentasian hasil pelayanan kesehatan, dan kemampuan petugas dalam mengolah data. Masih banyaknya persalinan oleh paraji menunjukkan kurangnya kemitraan antara bidan dan paraji, hal ini menuntut agar bidan bermitra dengan paraji, juga memberikan konseling yang berkualitas saat ANC untuk menggiring ibu hamil bersalin di nakes dan faskes serta melaksanakan kunjungan rutin untuk ibu hamil resti yang terdeteksi baik oleh tenaga kesehatan maupun oleh masyarakat.

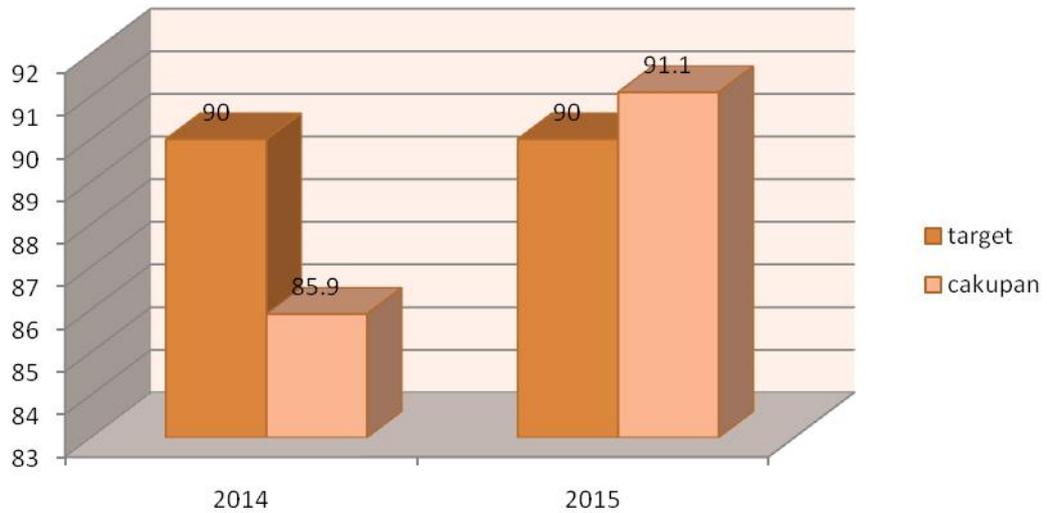
Kematian ibu terkait erat dengan penolong persalinan dan tempat/fasilitas persalinan. Persalinan yang ditolong tenaga kesehatan terbukti berkontribusi terhadap turunnya risiko kematian ibu, demikian pula dengan tempat/fasilitas, jika persalinan dilakukan di fasilitas kesehatan, juga akan semakin menekan risiko kematian ibu.

c. Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas

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

Keberhasilan upaya kesehatan ibu nifas diukur melalui indikator cakupan pelayanan kesehatan ibu nifas (KF 3). Indikator ini menilai kemampuan pemerintah dalam menyediakan pelayanan kesehatan ibu nifas yang berkualitas sesuai standar.

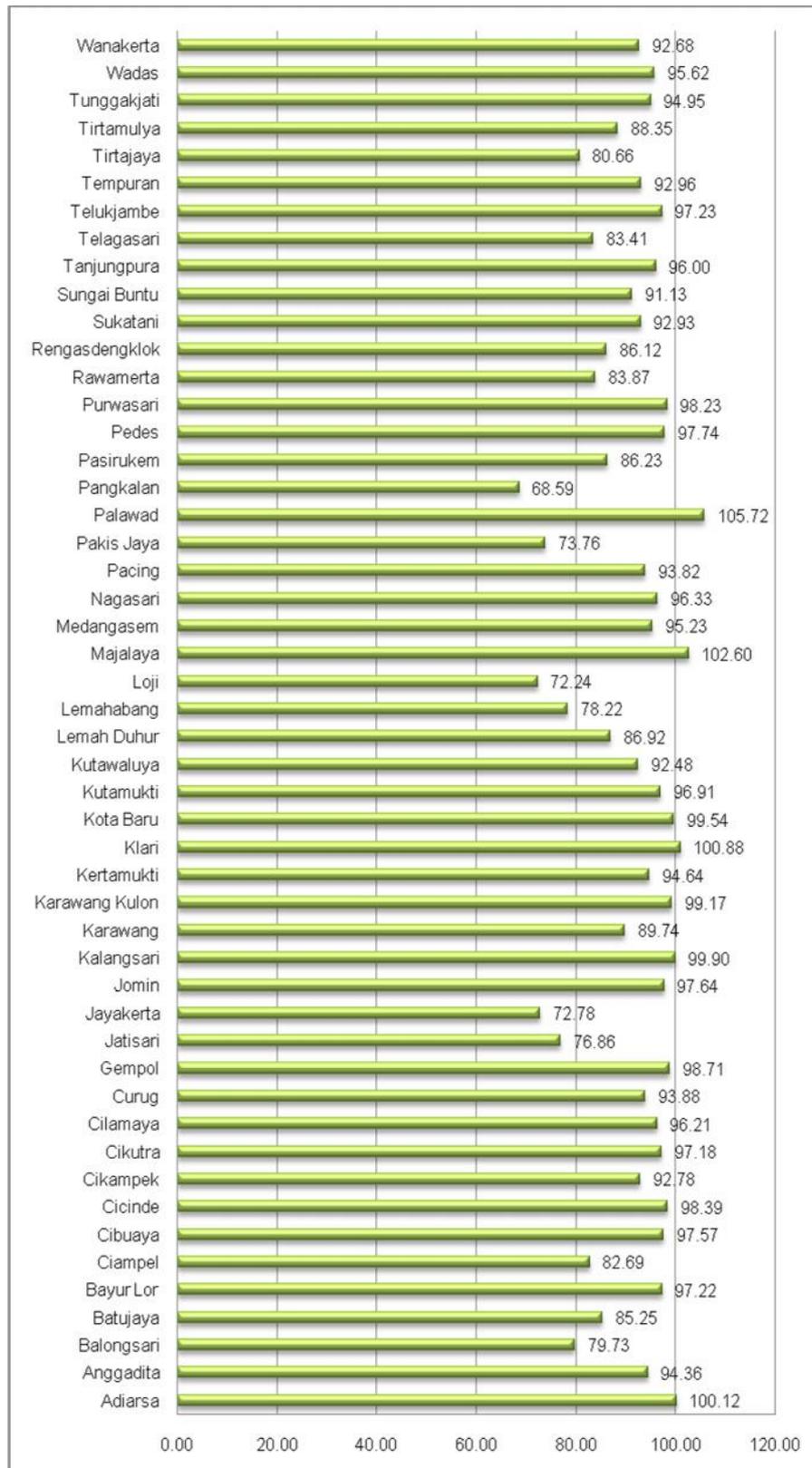
Gambar V.A.5
Cakupan Kunjungan Nifas (KF-3) Tahun 2014 dan 2015



Berdasarkan Gambar V.A.5 dan Gambar V.A.6 dapat diketahui bahwa terdapat 33 (66%) Puskesmas telah mencapai target SPM/Renstra 2015, dan 17 (34%) Puskesmas dengan capaian dibawah target SPM/Renstra 2015.

Adapun Cakupan pada tingkat kabupaten pada Tahun 2015 lebih tinggi dari Tahun 2014 yang sebesar 91,10%. Cakupan tersebut sudah mencapai target SPM/Renstra tahun 2015 sebesar 90%.

Gambar V.A.6
Cakupan Kunjungan Nifas (KF – 3) Menurut Puskesmas Tahun 2015

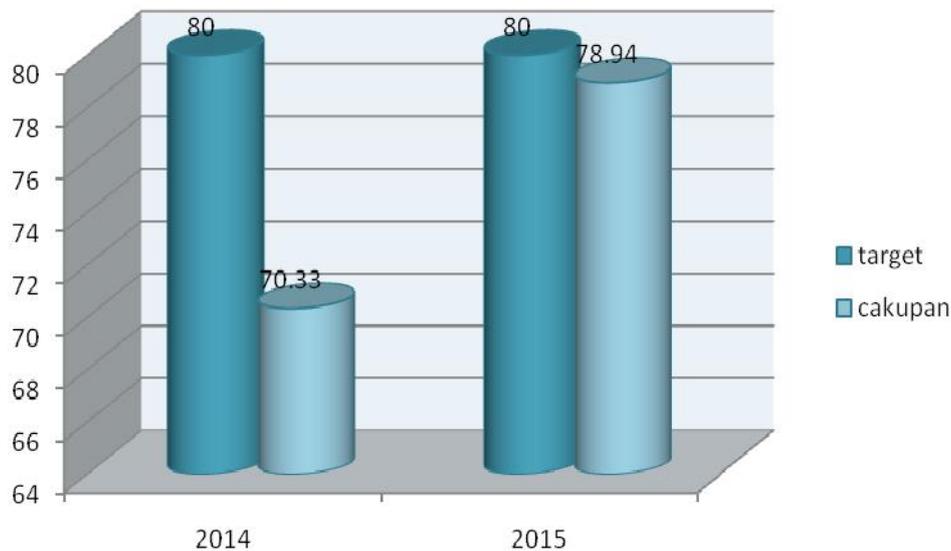


d. Pelayanan Komplikasi Maternal

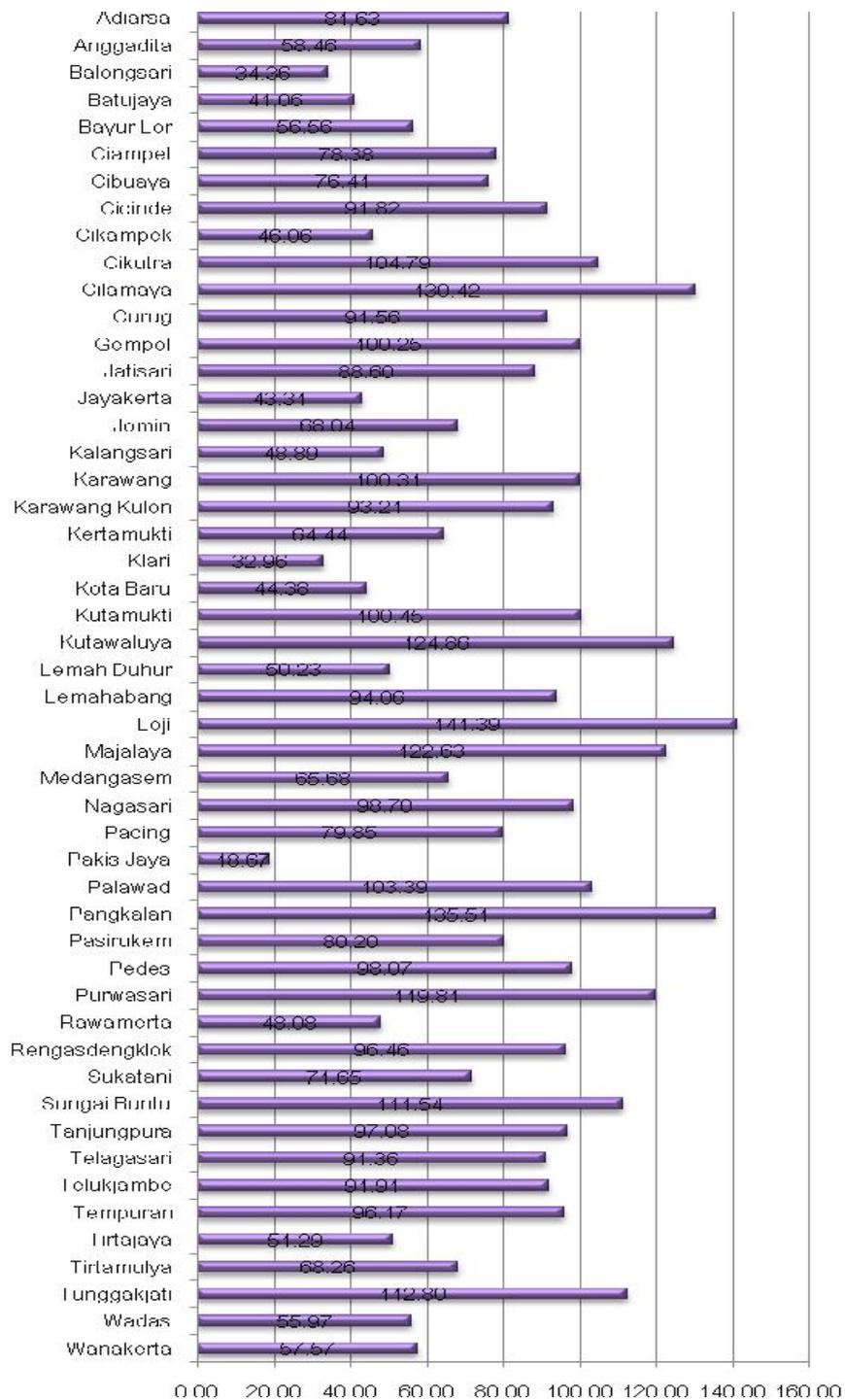
Komplikasi maternal adalah kesakitan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan atau janin dalam kandungan, baik langsung maupun tidak langsung, termasuk penyakit menular dan tidak menular yang dapat mengancam jiwa ibu dan atau janin, yang tidak disebabkan oleh trauma/ kecelakaan. Pencegahan dan penanganan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

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

Gambar V.A.7
Cakupan Penanganan Komplikasi Maternal Tahun 2014 dan 2015



Gambar V.A.8
Cakupan Penanganan Komplikasi Maternal (PK)
Menurut Puskesmas Tahun 2015



Berdasarkan Gambar V.A.7 dan Gambar V.A.8 dapat diketahui bahwa hampir semua Puskesmas belum mencapai target SPM/Renstra 2015 sebesar 80%, hal ini

dikarenakan kurangnya pemahaman petugas kesehatan tentang definisi operasional. Belum tercapainya cakupan penanganan komplikasi obstetri dapat disebabkan oleh kurangnya pencatatan dan pelaporan, kurangnya pengetahuan tentang definisi operasional kasus yang termasuk dalam komplikasi dan penanganannya. Adapun Cakupan pada tingkat kabupaten pada Tahun 2015 lebih tinggi dari Tahun 2014 yang sebesar 78,94 %. Cakupan pada tingkat kabupaten Tahun 2015 ini belum memenuhi target target SPM/Renstra sebesar 80 %.

Walaupun sebagian komplikasi maternal tidak dapat dicegah dan diperkirakan sebelumnya, tidak berarti bahwa komplikasi tersebut tidak dapat ditangani. Mengingat bahwa setiap ibu hamil/bersalin/nifas berisiko mengalami komplikasi, maka mereka perlu mempunyai akses terhadap pelayanan kegawatdaruratan maternal/obstetrik.

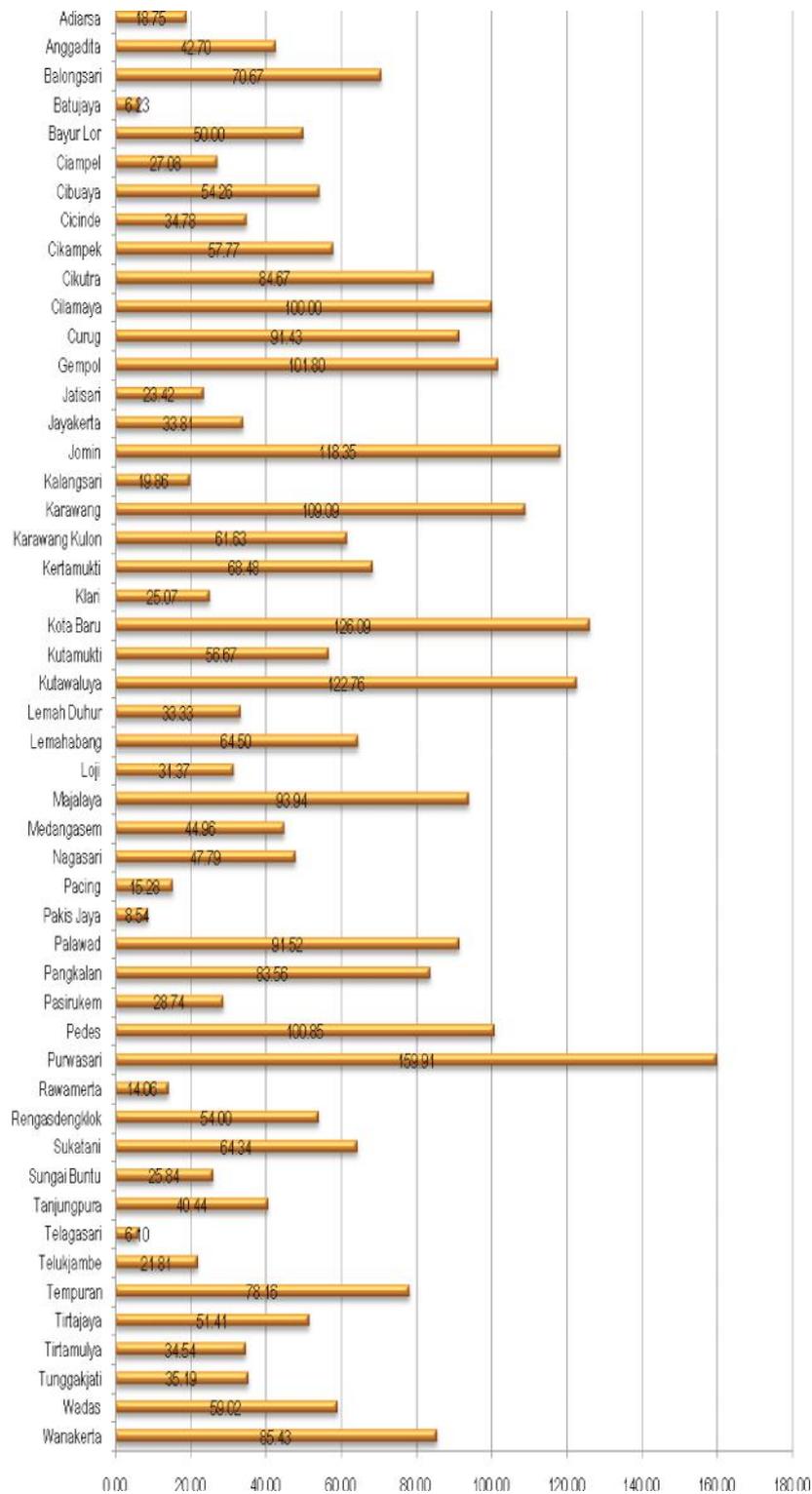
Terdapat tiga jenis area intervensi yang dapat dilakukan untuk menurunkan angka kematian dan kesakitan ibu dan neonatal yaitu; 1). Peningkatan pelayanan antenatal yang mampu mendeteksi dan menangani kasus risiko tinggi secara memadai; 2). Pertolongan persalinan yang bersih dan aman oleh tenaga kesehatan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

e. Pelayanan Komplikasi Neonatal

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

Yang dimaksud dengan penanganan Komplikasi Neonatal adalah neonatal sakit dan atau neonatal dengan kelainan yang mendapat pelayanan sesuai standar oleh tenaga kesehatan (dokter, bidan, perawat) baik di rumah, sarana pelayanan kesehatan dasar maupun sarana pelayanan kesehatan rujukan. Pelayanan sesuai standar antara lain sesuai dengan standar MTBM, manajemen asfiksia bayi baru lahir, manajemen bayi berat lahir rendah, pedoman pelayanan neonatal esensial ditingkat pelayanan kesehatan dasar, PONED, PONEK atau standar operasional pelayanan lainnya.

Gambar V.A.9
Cakupan Pelayanan Komplikasi Neonatal
Menurut Puskesmas Tahun 2015



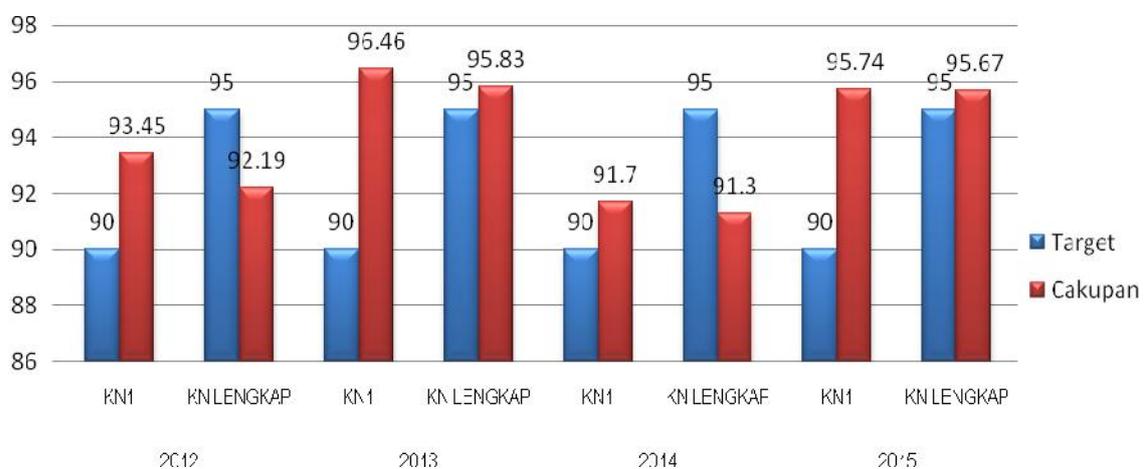
Berdasarkan Gambar V.A.9 dapat diketahui bahwa terdapat 14 Puskesmas telah mencapai target SPM/Renstra 2015 sebesar 80%, dan 36 Puskesmas dengan capaian dibawah target SPM/Renstra 2015. Adapun Cakupan pada tingkat kabupaten pada Tahun 2015 lebih tinggi dari Tahun 2014 yang sebesar 55,96 %. Meskipun terjadi peningkatan dibandingkan tahun sebelumnya, capaian tersebut belum memenuhi target SPM/Renstra sebesar 80 %.

f. Kunjungan Neonatal

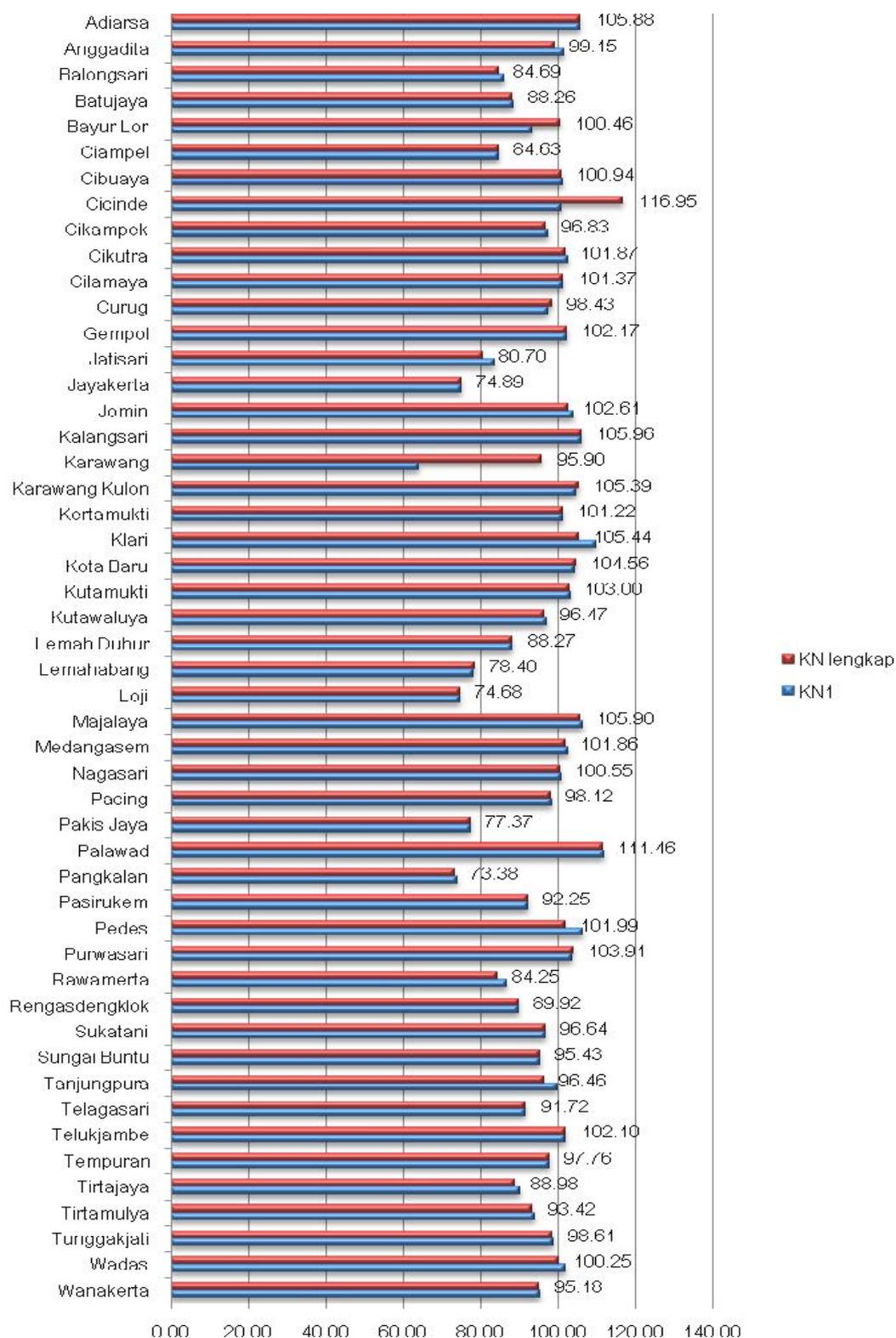
Bayi baru lahir atau dikaenal dengan neonatal merupakan salah satu kelompok yang paling rentan terhadap gangguan kesehatan. Beberapa upaya kesehatan dilakukan untuk mengendalikan risiko pada kelompok ini diantaranya dengan mengupayakan agar persalinan dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan serta menjamin tersedianya pelayanan kesehatan sesuai standar pada kunjungan bayi baru lahir.

Pelayanan kesehatan neonatal sesuai standar adalah pelayanan kesehatan neonatal saat lahir dan pelayanan kesehatan saat kunjungan neonatal sebanyak 3 kali (umur 6-48 jam, umur 3-7 hari dan umur 8-28 hari). Pelayanan yang diberikan saat kunjungan neonatal adalah pemeriksaan sesuai standar Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) dan konseling perawatan bayi baru lahir termasuk ASI eksklusif dan perawatan tali pusat. Pada kunjungan neonatal pertama (KN-1) bayi baru lahir mendapatkan vitamin K1 injeksi dan imunisasi Hepatitis B0 bila belum diberikan saat lahir.

Gambar V.A.10
Cakupan Kunjungan Neonatal (KN1 dan KN Lengkap)
Tahun 2012 sd 2015



Gambar V.A.11
Cakupan Kunjungan Neonatal (KN 1 dan KN Lengkap)
Menurut Puskesmas) Tahun 2015



Berdasarkan Gambar V.A.10 dan Gambar V.A.11 dapat diketahui bahwa terdapat 37 Puskesmas telah mencapai target SPM/Renstra 2015 sebesar 90% untuk Cakupan KN1 dan 34 puskesmas telah mencapai target SPM/Renstra 2013 sebesar 95% untuk cakupan KN Lengkap. Adapun Cakupan pada tingkat kabupaten pada Tahun 2015 lebih tinggi dari Tahun 2014 yang sebesar 95,74 % untuk cakupan KN1 dan 95,67 % untuk cakupan KN Lengkap.

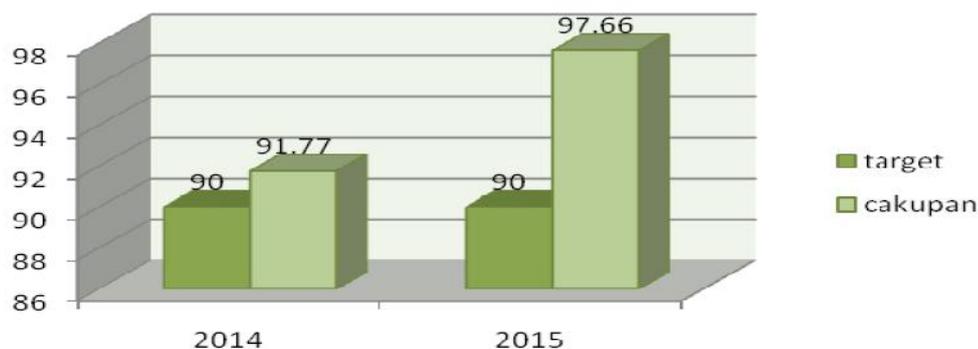
g. Pelayanan Kesehatan pada Bayi

Bayi merupakan salah satu kelompok yang rentan terhadap gangguan kesehatan maupun serangan penyakit. Oleh karena itu dilakukan upaya pelayanan kesehatan yang ditujukan pada bayi usia 29 hari sampai dengan 11 bulan dengan memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis kesehatan (dokter, bidan dan perawat) minimal 4 kali.

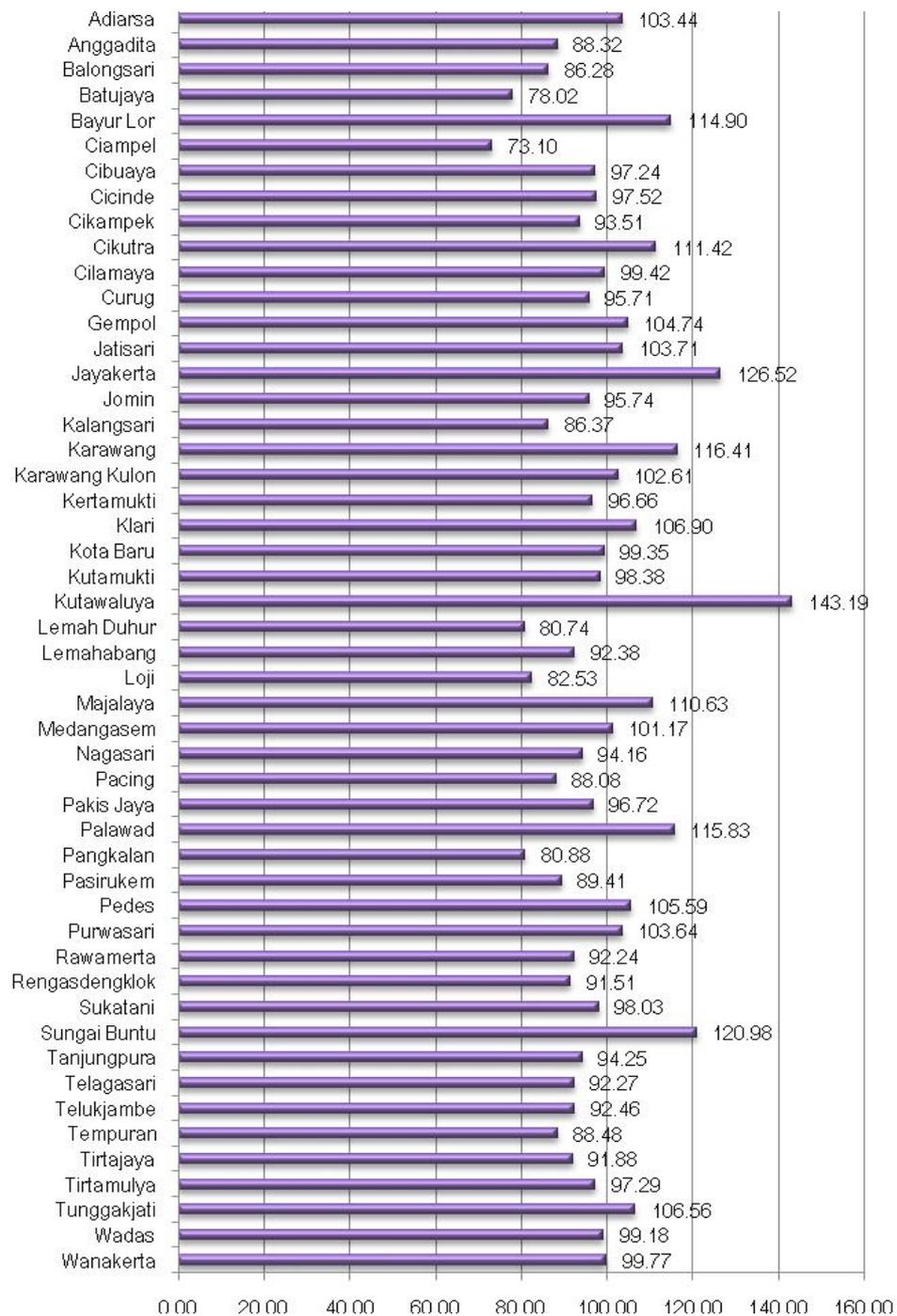
Program ini bertujuan untuk meningkatkan akses bayi terhadap pelayanan kesehatan, mengetahui sedini mungkin bila terjadi kelainan sehingga dapat cepat mendapat pertolongan. Pelayanan kesehatan tersebut meliputi:

1. Pemberian immunisasi dasar (BCG, Polio 1-4, DOT-HB 1-3, Campak)
2. SDIDTK (Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang bayi)
3. Pemberian Vitamin A 100.000 IU (6 – 11 bulan)
4. Konseling ASI Eksklusif dan pemberian makanan pendamping ASI
5. Konseling pencegahan hipothermi dan perawatan kesehatan bayi di rumah menggunakan Buku KIA.
6. Penanganan rujukan kasus.

Gambar V.A.12
Cakupan Kunjungan Bayi
Tahun 2014 dan 2015



Gambar V.A.13
Cakupan Pelayanan Kesehatan pada Bayi
Menurut Puskesmas Tahun 2015



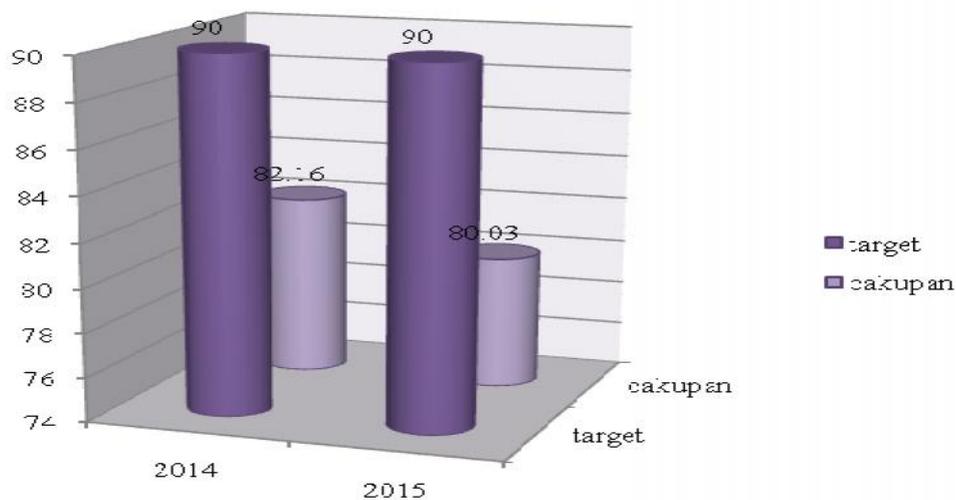
Berdasarkan Gambar V.A.13 ini juga dapat diketahui bahwa terdapat 39 Puskesmas telah mencapai target SPM/Renstra 2015 sebesar 90 %. Adapun Cakupan pada tingkat kabupaten pada Tahun 2015 lebih tinggi dari Tahun 2014 yang sebesar 97,66%.

h. Pelayanan Kesehatan pada Anak Balita

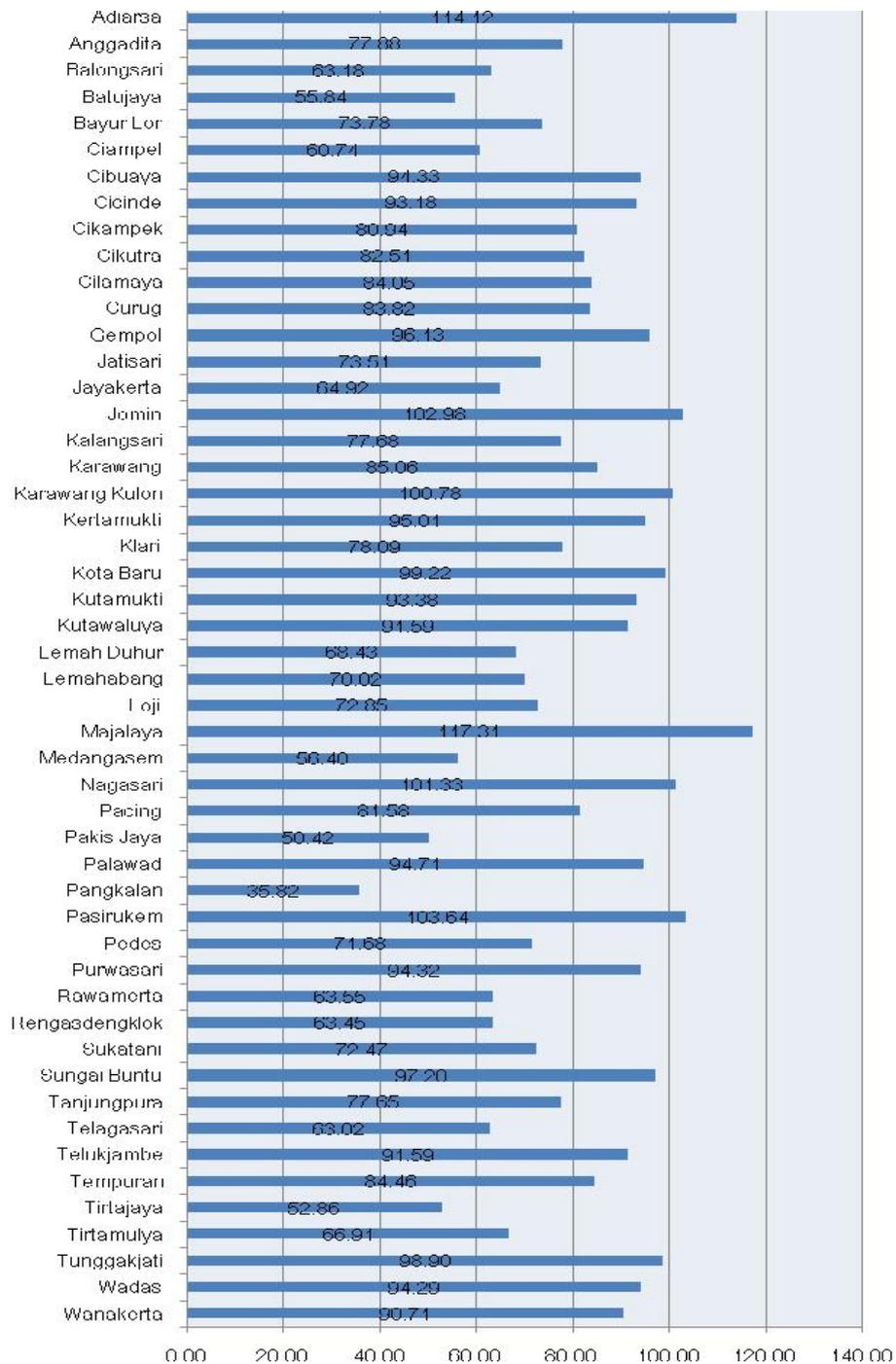
Batasan anak balita adalah setiap anak yang berada pada kisaran umur 12 bulan sampai dengan 59 bulan. Pelayanan kesehatan pada anak balita dilakukan oleh tenaga kesehatan dalam upaya meningkatkan kualitas hidup anak balita dengan melakukan beberapa kegiatan antara lain;

1. Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan dan stimulasi tumbuh kembang pada anak dengan menggunakan instrumen SDIDTK;
2. Pembinaan posyandu, pembinaan anak prasekolah termasuk pendidikan anak usia dini (PAUD) dan konseling keluarga padakelas ibu balita dengan memanfaatkan buku KIA;
3. Perawatan anak balita dengan pemberian ASI sampai 2 tahun, makanan gizi seimbang dan vitamin A.

Gambar V.A.14
Cakupan Pelayanan Kesehatan pada Anak Balita
Tahun 2014 dan 2015



Gambar V.A.15
Cakupan Pelayanan Kesehatan pada Anak Balita
Menurut Puskesmas Tahun 2015



Berdasarkan Gambar V.A.15 dapat diketahui bahwa terdapat 20 Puskesmas telah mencapai target SPM/Renstra 2015 sebesar 90 %, dan 30 Puskesmas dengan capaian dibawah target SPM/Renstra 2015. Adapun Cakupan pada tingkat kabupaten pada Tahun 2015 lebih rendah dari Tahun 2014 yang sebesar 80,03%.

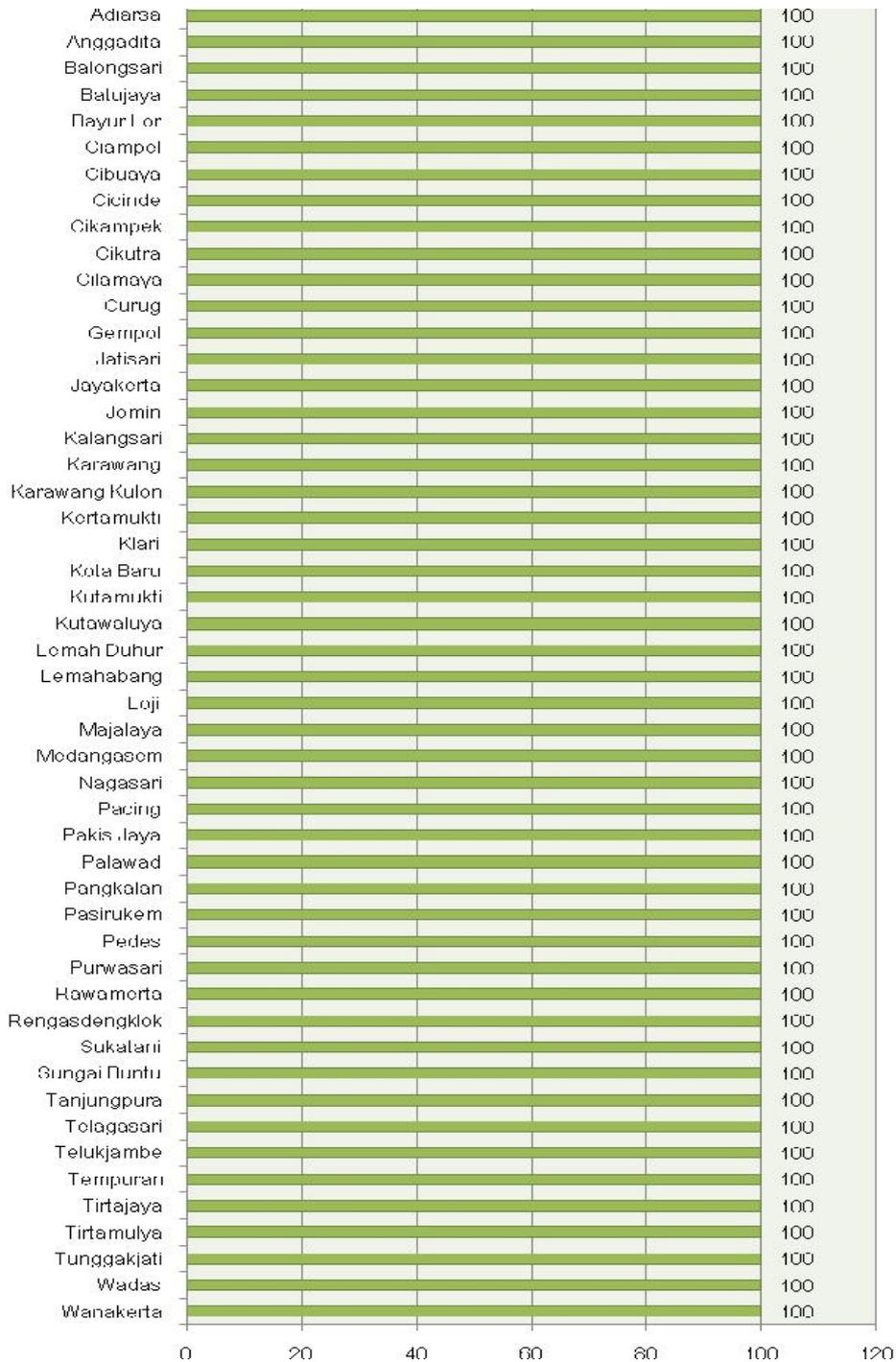
Masih rendahnya cakupan pelayanan kesehatan anak balita bisa disebabkan oleh tidak terlaksananya salah satu syarat minimal pelayanan kesehatan balita yang sesuai standar. Oleh karena itu diharapkan kerjasama dengan lintas program dan lintas sektor untuk membantu pelaksanaan stimulasi deteksi dan intervensi dini tumbuh kembang pada balita, serta melaksanakan pada MTBS pada semua balita sakit, menggerakkan posyandu guna mencapai standar pelayanan minimal pada pelayanan kesehatan anak balita. Hal ini menunjukkan belum cukup optimalnya efektifitas, continuum of care dan kualitas pelayanan kesehatan balita, dan masih perlu dikaji lebih jauh tentang kuaallitas pelayanan serta pencatatan dan pelaporan di tingkat puskesmas dan bidan desa.

i. Pelayanan Kesehatan pada Siswa SD dan Setingkat

Salah satu upaya kesehatan anak adalah intervensi pada anak usia sekolah. Upaya kesehatan pada kelompok ini yang dilakukan melalui penjangkaran kesehatan terhadap murid SD/MI kelas 1 juga menjadi salah satu indikator yang dapat dievaluasi keberhasilannya. Melalui kegiatan penjangkaran kesehatan diharapkan bisa mengatasi permasalahan kesehatan pada anak usia sekolah yaitu pelaksanaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) seperti menggosok gigi dengan baik dan benar, mencuci tangan menggunakan sabun, karies gigi, kecacingan, kelainan refraksi/ ketajaman penglihatan dan masalah gizi.

Penjangkaran kesehatan dinilai dengan menghitung persentase SD/MI yang melakukan penjangkaran kesehatan terhadap seluruh SD/MI yang menjadi sasaran penjangkaran.

Gambar V.A.16
Cakupan Pelayanan Kesehatan pada Siswa SD dan Setingkat
Menurut Puskesmas Tahun 2015



Berdasarkan Gambar V.A.16 dapat diketahui bahwa cakupan penjangkaran kesehatan siswa SD/MI, pencapaian sudah 100%, artinya sudah semua SD/MI melakukan penjangkaran kesehatan.

j. Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)

Salah satu upaya kesehatan anak yang ditetapkan melalui Instruksi Presiden adalah Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas. Program ini mulai dikembangkan pada tahun 2003 yang bertujuan khusus meningkatkan pengetahuan dan keterampilan remaja tentang kesehatan reproduksi dan perilaku hidup sehat serta memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada remaja.

Puskesmas yang memiliki PKPR memberikan layanan baik di dalam maupun di luar gedung yang ditujukan kepada kelompok remaja berbasis sekolah ataupun masyarakat. Hal ini dilakukan agar layanan yang diberikan dapat menjangkau semua kelompok remaja (10-19 tahun). Kriteria yang ditetapkan bagi Puskesmas yang mampu laksana PKPR yaitu :

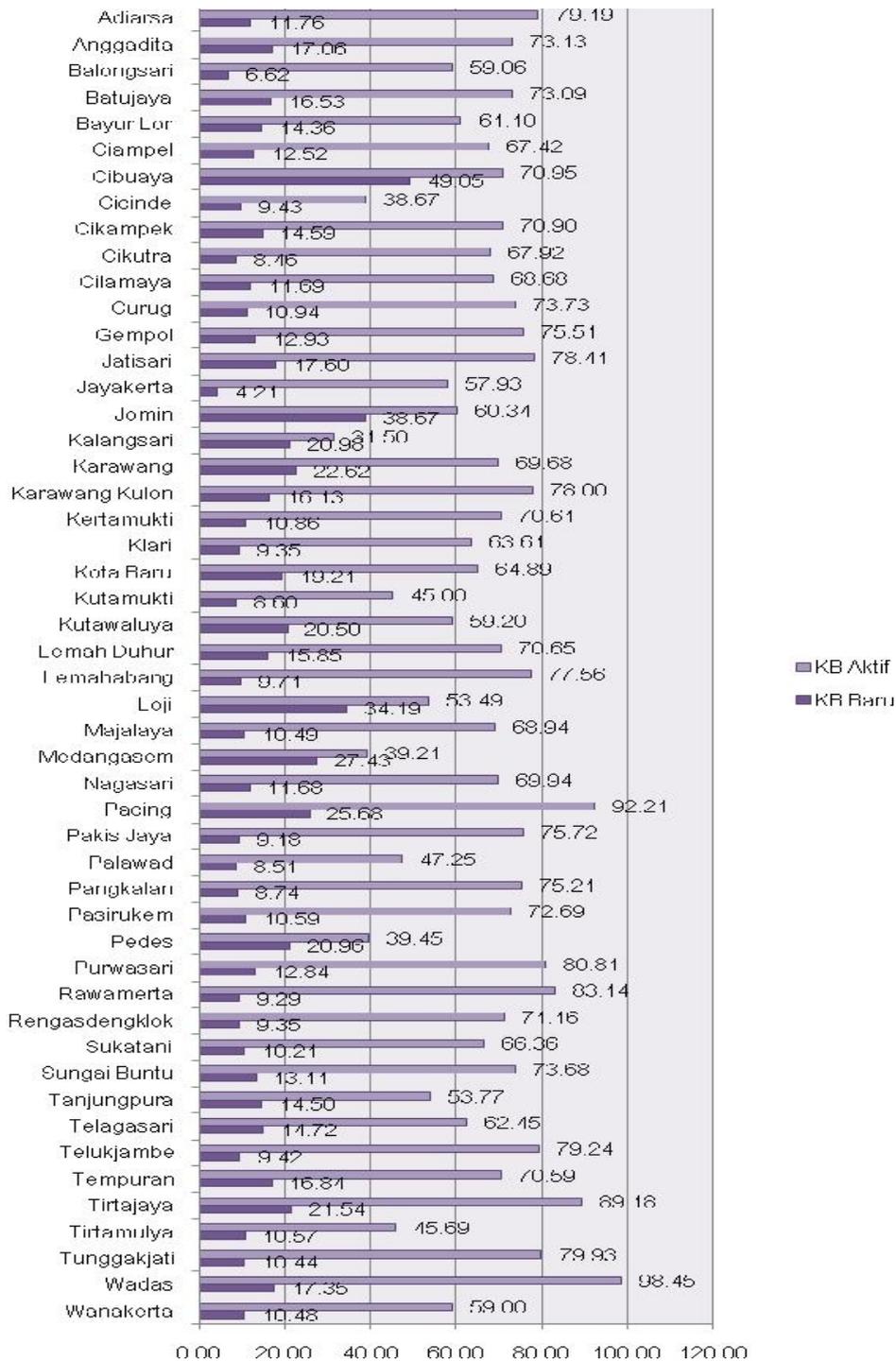
- a. Melakukan pembinaan pada minimal 1 sekolah (sekolah umum, sekolah berbasis agama) dengan melaksanakan kegiatan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) di sekolah binaan minimal dua kali setahun;
- b. Melatih kader kesehatan remaja di sekolah minimal sebanyak 10% dari jumlah murid di sekolah binaan, dan
- c. Memberikan pelayanan konseling pada semua remaja yang memerlukan konseling yang kontak dengan petugas PKPR.

2. Pelayanan Keluarga Berencana

Program Keluarga Berencana (KB) dilakukan dalam rangka mengatur jumlah kelahiran atau menjarangkan kelahiran. Sasaran program KB adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang lebih dititik beratkan kepada kelompok Wanita Usia Subur (WUS) yang berada pada kisaran usia 15-49 tahun.

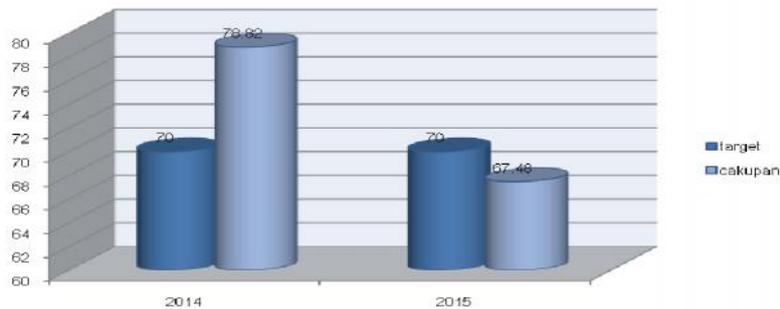
Keberhasilan program KB dapat diukur dengan melihat cakupan KB Aktif dan KB Baru. Cakupan KB Aktif menggambarkan proporsi pasangan usia subur (PUS) yang sedang menggunakan alat/metoda kontrasepsi terhadap jumlah PUS yang ada. Sedangkan cakupan KB Baru adalah jumlah PUS yang baru menggunakan alat/ metoda kontrasepsi terhadap jumlah PUS.

Gambar V.A.17
Cakupan Pelayanan Keluarga Berencana Menurut Puskesmas Tahun 2015



Berdasarkan Gambar V.A.17 dapat diketahui bahwa terdapat 25 Puskesmas telah mencapai target SPM/Renstra 2015 sebesar 70%, dan 25 Puskesmas dengan capaian dibawah target SPM/Renstra 2015.

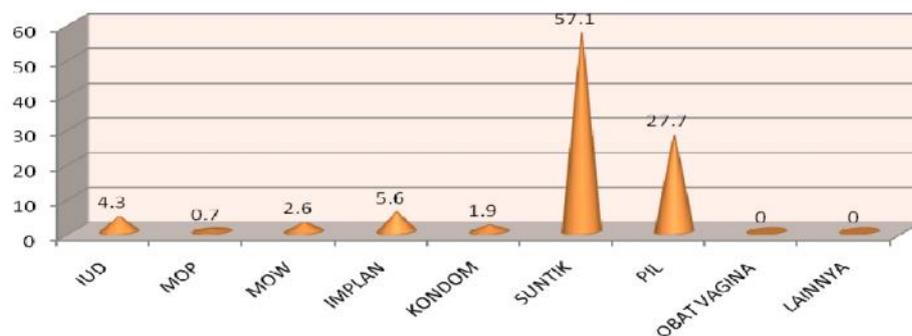
Gambar V.A.18
Cakupan Pelayanan KB (KB Aktif) Tahun 2014 dan 2015



Berdasarkan Gambar V.A.18 dapat diketahui bahwa Cakupan pelayanan KB pada tingkat kabupaten pada Tahun 2015 lebih rendah dari Tahun 2014 yang sebesar 67,48 % dan capaian tersebut belum memenuhi target SPM/Renstra sebesar 70%.

Penurunan jumlah dan presentase KB aktif secara garis besar disebabkan masih ada beberapa puskesmas yang belum memanfaatkan kohort KB secara maksimal sehingga cakupan masih diatas jauh dari target. Sangat disadari bahwa perubahan perilaku adalah sasaran utama dari setiap alat bantu atau metode yang digunakan untuk meningkatkan kualitas pelayanan. Perubahan prilaku serta kepatuhan terhadap standar kualitas hanya mungkin dicapai dengan menyampaikan pesan – pesan melalui berbagai saluran yang tersedia. Perubahan paradigma dalam program KB hendaknya bukan diartikan sebagai upaya untuk secara bertahap melepaskan tanggung jawab pemerintah melainkan lebih tepat apabila disebutkan sebagai peningkatan peran serta masyarakat dalam program KB dan kependudukan. Diharapkan kepada puskesmas dan bidan desa dapat memperbaiki sitem pencatatan (RR) KB.

Gambar V.A.19
Proporsi Penggunaan Alat/ Metoda Kontrasepsi Tahun 2015



3. Pelayanan Imunisasi

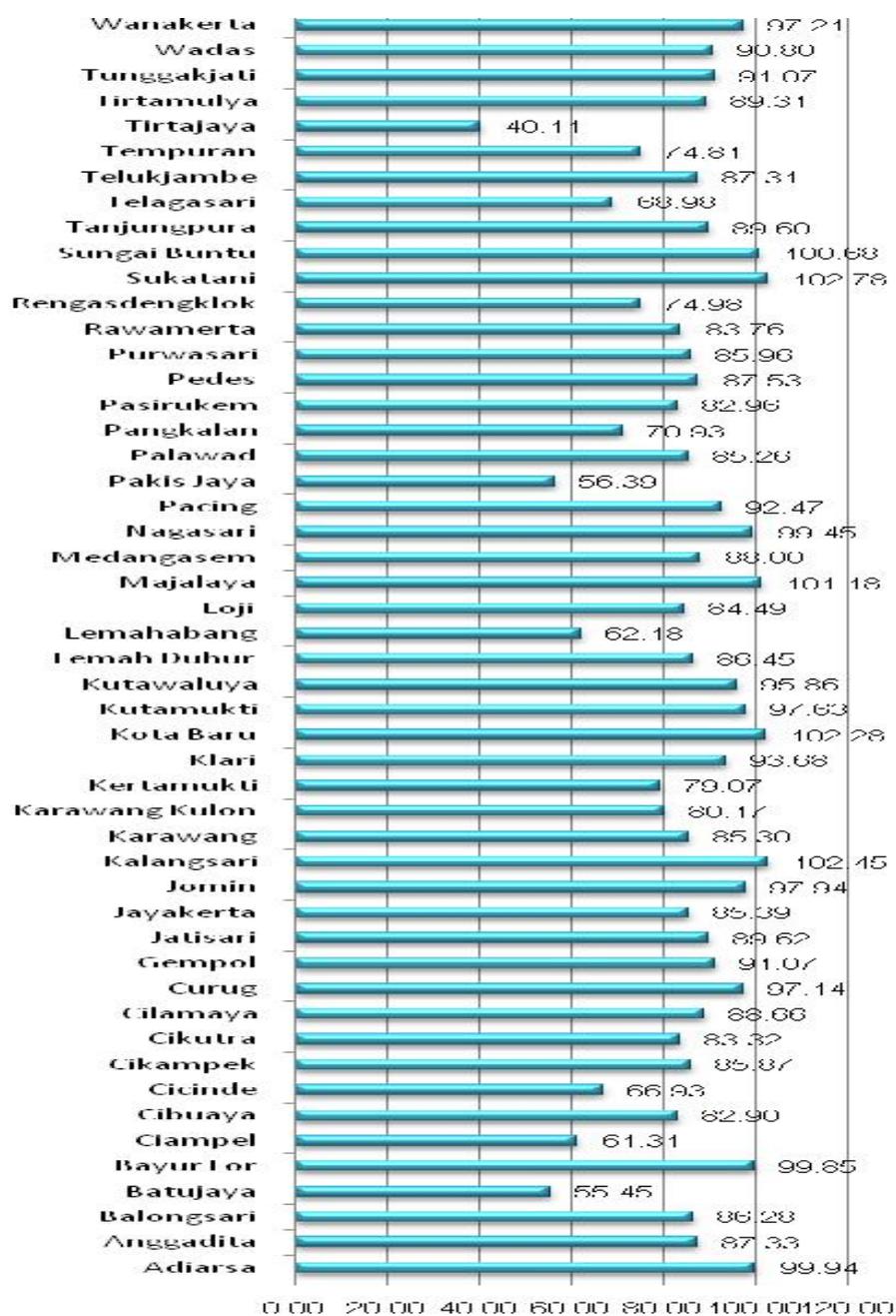
Program imunisasi merupakan salah satu upaya untuk melindungi penduduk terhadap penyakit tertentu. Beberapa penyakit menular yang termasuk kedalam Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) antara lain; Difteri, Tetanus, Hepatitis B, Radang Selaput Otak, Radang Paru-Paru, Pertusis dan Polio.

Program imunisasi melalui pemberian vaksin adalah upaya stimulasi terhadap sistem kekebalan tubuh untuk menghasilkan anti bodi dalam upaya melawan penyakit dengan melumpuhkan “antigen” dilemahkan yang berasal dari vaksin. Program imunisasi diberikan kepada populasi yang dianggap rentan terjangkit penyakit menular, yaitu bayi, anak usia sekolah, wanita usia subur dan ibu hamil.

a. Imunisasi Dasar pada Bayi

Sebagai salah satu kelompok yang menjadi sasaran program imunisasi, setiap bayi wajib mendapatkan lima imunisasi dasar lengkap (LIL) yang terdiri dari; 1 dosis BCG, 3 dosis DPT, 4 dosis Polio, 3 dosis Hepatitis B, dan 1 dosis Campak. Keberhasilan seorang bayi dalam mendapatkan 5 jenis imunisasi dasar tersebut diukur melalui indikator imunisasi dasar lengkap.

Gambar V.A.20
Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap pada Bayi
Menurut Puskesmas Tahun 2015



Berdasarkan Gambar V.A.20 dapat diketahui bahwa terdapat 5 Puskesmas telah mencapai target SPM/Renstra 2015 sebesar 100%, dan 45 Puskesmas dengan capaian dibawah target SPM/Renstra 2015. Adapun Cakupan pada tingkat kabupaten pada Tahun 2015 lebih tinggi dari Tahun 2014 yang sebesar 83,39 % atau terdapat 47.574 bayi yang

mendapatkan imunisasi dasar lengkap dari total jumlah bayi 57.047 bayi. Meskipun terjadi peningkatan dibandingkan tahun sebelumnya, capaian tersebut belum memenuhi target SPM/Renstra sebesar 100 %.

b. Imunisasi pada Ibu Hamil

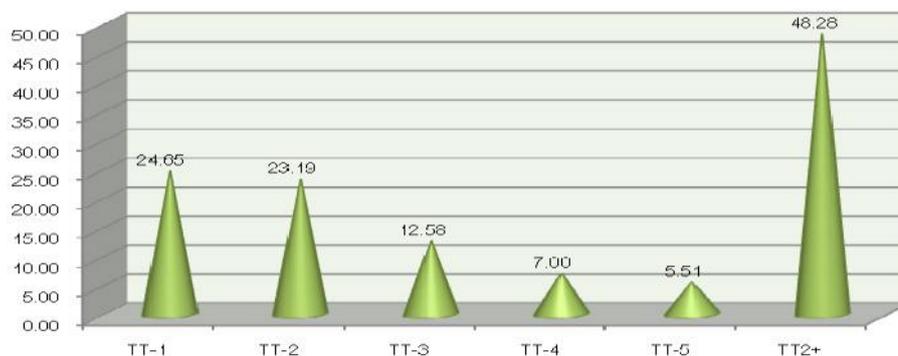
Ibu hamil juga merupakan populasi yang rentan terhadap infeksi penyakit menular, oleh karena itu program imunisasi juga ditujukan pada kelompok ini. Salah satu penyakit menular yang dapat berakibat fatal dan berkontribusi terhadap kematian ibu dan kematian anak adalah Tetanus Maternal dan Neonatal.

Pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan berkomitmen terhadap program Eliminasi Tetanus Maternal dan Neonatal (*Maternal and Neonatal Tetanus Elimination* atau MNTE). Badan Kesehatan Dunia (WHO) menetapkan Status Eliminasi Tetanus Maternal dan Neonatal jika terdapat kurang dari 1 (satu) kasus Tetanus Neonatal per 1.000 kelahiran hidup di setiap kabupaten/kota suatu Negara.

Maternal and Neonatal Tetanus Elimination (MNTE) merupakan program eliminasi tetanus pada neonatal dan wanita usia subur termasuk ibu hamil. Strategi yang dilakukan antara lain :

- a. Pertolongan persalinan yang aman dan bersih;
- b. Cakupan imunisasi rutin TT yang tinggi dan merata;
- c. Penyelenggaraan survey Tetanus Neonatorum.

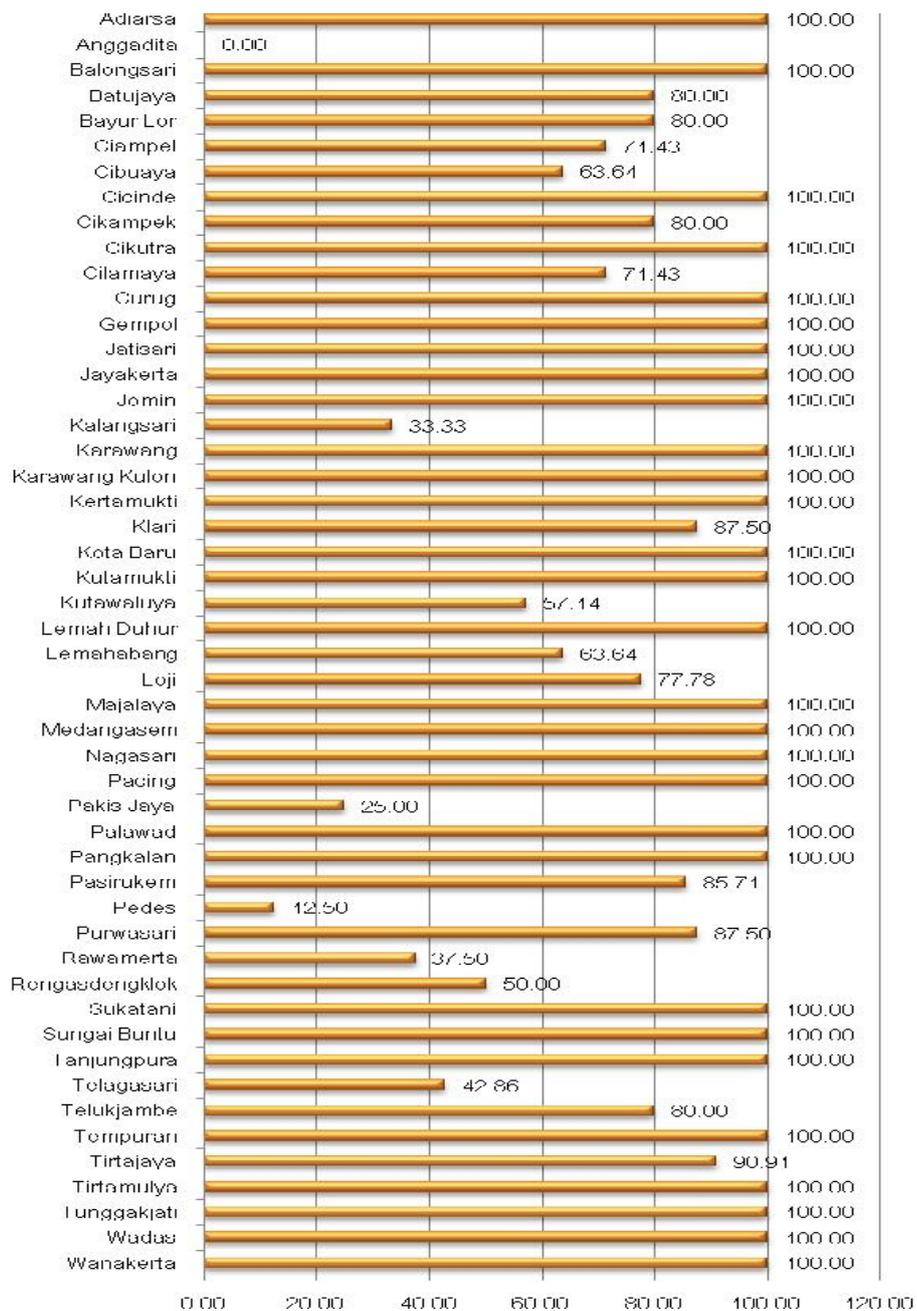
Gambar V.A.21
Cakupan Imunisasi TT pada Ibu Hamil
Menurut Puskesmas Tahun 2015



c. Cakupan Desa/Kelurahan UCI

Indikator lain yang diukur untuk menilai keberhasilan pelaksanaan imunisasi adalah *Universal Child Immunization* (UCI). UCI adalah gambaran suatu desa/kelurahan dimana $\geq 80\%$ dari jumlah bayi (0-11bulan) yang ada di desa/kelurahan tersebut sudah mendapat imunisasi dasar lengkap.

Gambar V.A.22
Cakupan Desa/Kelurahan UCI Menurut Puskesmas Tahun 2015



Berdasarkan Gambar V.A.22 dapat diketahui bahwa terdapat 29 Puskesmas telah mencapai target SPM/Renstra 2015 sebesar 100 % dan 21 Puskesmas dengan capaian dibawah target SPM/Renstra 2015. Adapun Cakupan pada tingkat kabupaten pada Tahun 2015 lebih tinggi dari Tahun 2014 yang sebesar 80,6%.

B. PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN

Dengan meningkatnya kesadaran dan pengetahuan masyarakat tentang pentingnya kesehatan serta meningkatnya kemampuan sosial ekonomi, maka kemampuan masyarakat untuk memilih pelayanan kesehatan yang memuaskan akan meningkat di masa mendatang. Upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit harus ditingkatkan mutunya. Upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit tersebut meliputi pelayanan rawat jalan, rawat inap, rujukan serta pelayanan kesehatan lainnya.

1. Kunjungan di Rumah Sakit

a. Kunjungan Rawat Jalan di Rumah Sakit

Kunjungan rawat jalan baik kasus baru maupun kasus lama di seluruh Rumah Sakit di Kabupaten Karawang tahun 2015 berjumlah 1.086.298 meningkat dari tahun 2014. Fluktuasi jumlah kunjungan rawat jalan rumah sakit sangat dipengaruhi oleh kelengkapan laporan rumah sakit. Pada tahun 2015 dari 20 Rumah sakit yang ada di Kabupaten Karawang, semuanya sudah mengirimkan laporan kunjungan rawat jalan.

Untuk mengetahui pola jumlah kunjungan rawat jalan di rumah sakit dapat dilihat pada gambar berikut ini.

Proporsi kunjungan rawat jalan 2015 mencapai 47,78 % jumlah penduduk Kabupaten Karawang. Proporsi ini sudah sesuai dengan perkiraan angka estimasi akses penduduk menggunakan sarana pelayanan rumah sakit yang berkisar 20 sampai dengan 25%.

b. Kunjungan Rawat Inap di Rumah Sakit

Jumlah kunjungan rawat inap rumah sakit cenderung fluktuatif. Kunjungan rawat inap tahun 2015 meningkat dari tahun 2014, yaitu dari 87.515 tahun 2014 menjadi 151.136 tahun 2015.

Proporsi kunjungan rawat inap 2015 mencapai sekitar 7,1 % jumlah

penduduk yang melakukan kunjungan rawat inap. Artinya ada 7,1 % dari penduduk yang berobat ke rumah sakit harus diberikan pelayanan rawat inap. Hal ini sesuai dengan perkiraan angka estimasi jumlah penduduk yang harus diberikan layanan rawat inap, sebesar 5 %.

2. Angka Kematian di Rumah Sakit

Jumlah kematian di rumah sakit adalah merupakan indikator dampak dari proses pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit. Pada umumnya kematian pasien di rumah sakit dikelompokkan dalam *Gross Death Rate* (Angka Kematian Kasar di Rumah Sakit) dan *Net Death rate* (Angka Kematian Bersih).

Untuk mengetahui mutu pelayanan rumah sakit di Kabupaten Karawang selama tahun 2015 dapat diketahui dari indikator GDR (*Gross Death Rate*) dan NDR (*Net Death Rate*), seperti pada tabel berikut ini.

Tabel V. B. 1
Angka Kematian Pasien di Rumah Sakit
di Kabupaten Karawang Tahun 2015

No.	Rumah Sakit	GDR	NDR
1	RSUD KARAWANG	53,97	6,49
2	RSU DEWI SRI	-	-
3	RSU BAYU KARTA	12.38	5.26
4	RSU KARYA HUSADA	16.53	7.57
5	RSU ISLAM KARAWANG	6.75	3.48
6	RSU PROKLAMASI	7.31	1.99
7	RSU SARASWATI	2.61	0.22
8	RSU CITO	11.34	5.13
9	RSU DELIMA ASIH	-	-
10	RSU IZZA DH RSU AQMA	16.69	7.72
11	RSIA DJOKO PRAMONO	6.73	0.00
12	RSIA CITRA SARI HUSADA	0.00	0.00
13	RSU FIKRI MEDIKA	7.15	4.40
14	RSU LIRA MEDIKA	16,6	14,2
15	RSU PURI ASIH	57.85	27.93
16	RSU SENTRAL MEDIKA	29.05	26.14
17	RSIA TITIAN BUNDA	3.76	0.63
18	RSB SENTUL	3.31	3.31
19	RSU ROSELLA	0.00	0.00
20	RSIA MITRA FAMILY	18.80	5.46

Indikator mutu pelayanan rumah sakit GDR bisa memberikan gambaran secara umum tentang kematian yang terjadi di rumah sakit, tanpa mempertimbangkan kematian pasien yang baru tiba atau sampai di rumah sakit (dibawah 48 jam). Indikator GDR juga menunjukkan mutu pelayanan rumah sakit.

Angka kematian pasien di rumah sakit belum sepenuhnya bisa di analisa karena data yang diberikan dari rumah sakit belum lengkap, diharapkan kerjasama antar dinas kesehatan dan pelaporan data rs di tingkatkan

Angka kematian pasien di rumah sakit belum sepenuhnya bisa di analisa karena data-data yang diberikan dari rumah sakit belum lengkap, diharapkan kerjasama antar dinas kesehatan dan pelaporan data rumah sakit lebih ditingkatkan lagi.

Angka GDR tahun 2015 di Kabupaten Karawang per 100 penduduk keluar dalam kondisi meninggal yaitu 10,5, dimana angka ini diperoleh dari data 16 Rumah sakit yang mengirimkan laporan. Angka GDR ini masih berada dibawah standar yaitu 45 per 1000 penderita keluar dalam kondisi meninggal. Berdasarkan pelaporan yang diterima, indikator GDR tertinggi terjadi di RS Puri Asih yaitu 57,85/1000 dan RSUD Karawang yaitu 53,97/1000, Hal ini wajar karena RS tersebut merupakan rumah sakit rujukan tertinggi di Kabupaten Karawang, yang banyak menerima pasien dengan kondisi yang sudah kritis/kompleks. Capaian indikator GDR RS Pemerintah ini melebihi nilai standar indikator GDR, yakni 45/1000. Sedangkan yang terendah pada RS Saraswati dengan nilai 2,61/1000.

Ukuran indikator mutu pelayanan rumah sakit yang lebih sensitif bisa dilihat dari indikator NDR. NDR hanya menghitung kematian yang sudah dalam penanganan rumah sakit atau sudah ada di RS lebih dari 48 jam. NDR Kabupaten Karawang sebesar 7,3/1000, kedaan ini masih dibawah standar NDR yang dipersyaratkan yakni 25/1000. Sama halnya dengan indikator GDR maka untuk NDR yang tertinggi 2015 terjadi juga di RS Puri Asih yaitu sebesar 27,93/1000. Sedangkan terendah terjadi di RS Proklamasi dengan angka NDR sebesar 1,99/1000.

3. Tingkat Efisiensi Pelayanan Rumah Sakit

Penilaian tingkat keberhasilan pelayanan di rumah sakit biasanya dilihat dari berbagai segi yaitu tingkat pemanfaatan sarana, mutu dan tingkat efisiensi pelayanan. Beberapa indikator standar terkait dengan pelayanan kesehatan di rumah sakit yang dipantau antara lain pemanfaatan tempat tidur (*Bed Occupancy Rate/BOR*), rata-rata lama hari perawatan (*Length of Stay/LOS*), rata-rata tempat tidur dipakai (*Bed Turn Over/BTO*),

rata-rata selang waktu pemakaian tempat tidur (*Turn of Interval/TOI*), Persentase pasien keluar yang meninggal (*Gross Death Rate/GDR*) dan Persentase pasien keluar yang meninggal 48 jam perawatan (*Net Death Rate/NDR*).

Indikator tersebut merupakan indikator luaran dan proses pada rumah sakit. Indikator ini hanya memperlihatkan sejauh mana rumah sakit dimanfaatkan oleh masyarakat pengguna dan sejauh mana tempat tidur rumah sakit dapat dipergunakan se optimal mungkin. Kinerja Rumah Sakit di Provinsi Jawa Barat tahun 2014 dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel V.B.2
Indikator Kinerja Pelayanan di Rumah Sakit
di Kabupaten Karawang Tahun 2015

No.	Rumah Sakit	BOR (%)	BTO (Kali)	TOI (Hari)	ALOS (Hari)
1	RSUD KARAWANG	73,93	70,19	1,36	4,04
2	RSU DEWI SRI	66.53	0.00	0	0
3	RSU BAYU KARTA	61.90	62.08	2.24	3.64
4	RSU KARYA HUSADA	75.35	75.01	1.20	3.66
5	RSU ISLAM KARAWANG	48.42	93.10	2.02	2.76
6	RSU PROKLAMASI	0.48	50.18	7.24	0.12
7	RSU SARASWATI	4.66	66.55	5.23	2.50
8	RSU CITO	41.00	50.70	4.25	3.33
9	RSU DELIMA ASIH	48.39	0.00	0	0
10	RSU IZZA DH RSU AQMA	52.99	52.56	3.26	2.73
11	RSIA DJOKO PRAMONO	54.85	45.39	3.63	3.26
12	RSIA CITRA SARI HUSADA	95.09	91.36	0.20	3.15
13	RSU FIKRI MEDIKA	96.68	86.61	0.14	4.00
14	RSU LIRA MEDIKA	25.89	38.23	7.08	3.30
15	RSU PURI ASIH	0.00	40.65	8.98	0.00
16	RSU SENTRAL MEDIKA	4.94	47.25	7.34	0.28
17	RSIA TITIAN BUNDA	19.36	26.13	11.26	2.76
18	RSB SENTUL	22.28	36.24	7.83	2.60
19	RSU ROSELLA	0.00	8.42	43.37	0.00
20	RSIA MITRA FAMILY	24.40	37.48	7.36	3.38

Berdasarkan tabel indikator pelayanan rumah sakit 2015 di atas capaian BOR tertinggi dicapai oleh RS Fikri Medika sebesar 96,68 %. Capaian BOR ini berada di atas standar BOR 75%-85%. Sedangkan yang terendah terjadi pada RS Islam Karawang yaitu sebesar 0,48 %. Capaian BOR RSUD Daerah Karawang sebesar 73,93 % mengindikasikan adanya pemanfaatan sarana pelayanan yang dimiliki daerah oleh masyarakatnya.

Untuk indikator lama rawatan seorang pasien (LOS) tertinggi dicapai oleh RSUD Karawang yaitu sekitar 4,04 hari, dan angka tersebut sudah berada di standar LOS yaitu 3-9 hari. Sedangkan capaian terendah dicapai RS Proklamasi yaitu sebesar 0-1 (0,12) hari.

Batasan ideal untuk TOI adalah 1 - 3 hari, itu berarti hanya RSUD Karawang yang TOI nya ideal. TOI rumah sakit lainnya mencapai angka diatas 3 hari.

Untuk indikator BTO hampir semua rumah sakit sudah mencapai standar ideal yakni frekwensi di atas 30 kali. BTO tertinggi dicapai oleh RS Islam Karawang dengan frekwensi 93 kali per tahun.

Selain indikator tersebut di atas, untuk menggambarkan tingkat efisiensi pelayanan rumah sakit secara keseluruhan digunakan metode pendekatan Barber Johnson. Metode Barber Johnson membuat komposit dari 4 indikator pelayanan rawat inap rumah sakit yang dipakai untuk mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu, dan efisiensi pelayanan rawat inap suatu rumah sakit, yakni. BOR (*Bed Occupancy Ratio*), AVLOS (*Average Length of Stay*), TOI (*Turn Over Interval*), BTO (*Bed Turn Over*).

Pada grafik Barber Johnson akan terdapat 4 garis, yaitu garis BOR, LOS, TOI dan garis BTO. Perpotongan dari ke empat garis indikator tersebut akan di visualisasikan oleh titik perpotongan. Perpotongan garis tersebut apakah berada di dalam atau diluar daerah efisien.

Daerah Efisien ditentukan dengan nilai-nilai standar dari ke empat indikator pelayanan. Nilai Standar ke empat indikator tersebut adalah : BOR : 75%, AvLOS : 3-9 hari, TOI : 1-3 hari, BTO : 30 kali. Daerah efisien digunakan untuk membantu pembaca untuk menentukan apakah dengan nilai-nilai ke empat indikator tersebut, pemakaian tempat tidur di sebuah rumah sakit sudah efisien atau tidak. Apabila titik temu ke empat garis tersebut berada pada daerah efisien, maka pemanfaatan tempat tidur sudah efisien, begitu pula sebaliknya. Keempat indikator tersebut saling berkaitan sehingga memerlukan upaya menyeluruh bila ingin meningkatkan efisiensi pengelolaan RS.

Secara empiris rendahnya BOR antara lain dipengaruhi oleh lama rawat yang

berkurang (LOS) dan interval bed terisi (TOI) yang cukup tinggi. TOI tinggi antara lain berkaitan dengan pengorganisasian yang kurang baik dan rendahnya permintaan/penggunaan tempat tidur. Upaya yang dapat dilakukan untuk menurunkan angka TOI antara lain melalui promosi, peningkatan pelayanan dan realokasi tempat tidur, serta perbaikan penatalaksanaan bagian penerimaan pasien.

C. PERBAIKAN GIZI MASYARAKAT

Masalah gizi penduduk merupakan masalah yang tersembunyi, yang berdampak pada tingginya angka kesakitan dan kematian. Kurang asupan dan absorpsi gizi mikro dapat menimbulkan konsekuensi pada status kesehatan, pertumbuhan, mental dan fungsi lain (kognitif, sistem imunitas, reproduksi, dan lain-lain). Timbulnya masalah gizi dapat disebabkan karena kualitas dan kuantitas dari intake makanan (terutama energi dan protein), dimana secara kronis bersama-sama dengan faktor penyebab lainnya dapat mengakibatkan marasmus atau kwashiorkor.

Sesungguhnya telah banyak upaya penanggulangan masalah gizi yang dilakukan, akan tetapi, keberhasilan upaya tersebut masih dirasakan belum optimal. Upaya perbaikan gizi masyarakat merupakan upaya untuk menangani permasalahan gizi yang dihadapi masyarakat. Indikator gizi masyarakat antara lain status gizi, anemia gizi besi, vitamin A dan gangguan akibat kekurangan yodium.

1. Status Gizi

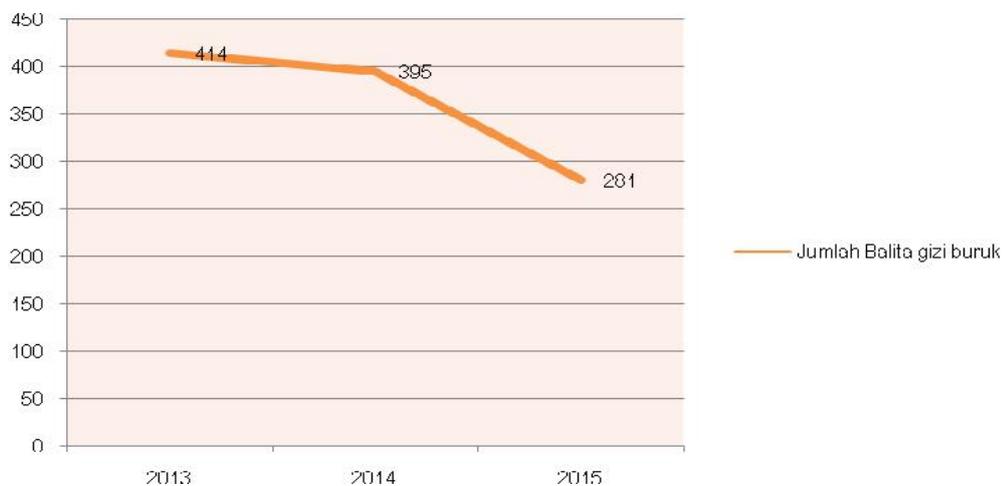
a. Status Gizi Balita

Salah satu indikator kesehatan yang dinilai keberhasilan pencapaiannya dalam MDGs adalah status gizi balita. Status gizi balita dapat diukur berdasarkan umur, berat badan (BB), dan tinggi badan/panjang badan (TB/PB). Variabel umur, BB dan TB disajikan dalam bentuk tiga indikator antropometri, yaitu; berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB).

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

Pada tahun 2015 terdapat 0,126% balita gizi buruk dari total jumlah balita sebanyak 222.811 balita atau sebanyak 281 kasus balita gizi buruk yang ditemukan dan mendapatkan perawatan. Perbaikan gizi masyarakat mengalami penurunan pada tahun 2015 dibandingkan tahun 2014 dan mencapai target yaitu seluruh kasus balita gizi buruk sudah mendapat perawatan (100%).

Gambar V.C.1
Jumlah kasus balita gizi buruk
Di Kabupaten Karawang Tahun 2013-2015



Indikator gizi yang lain yaitu tinggi badan menurut umur (TB/U) memberikan indikasi masalah gizi yang sifatnya kronis sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama, misalnya kemiskinan, perilaku hidup tidak sehat dan pola asuh/ pemberian makanan yang kurang baik dari sejak anak dilahirkan yang mengakibatkan anak menjadi pendek.

Indikator berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) dan Indeks Massa Tubuh (IMT) memberikan indikasi masalah gizi yang sifatnya akut sebagai akibat dari peristiwa yang terjadi dalam waktu yang tidak lama (singkat), misalnya mengidap penyakit tertentu dan kekurangan asupan gizi yang mengakibatkan anak menjadi kurus. Cakupan Balita yang ditimbang berat badannya menurun dari 70,52% tahun 2013 menjadi 65,6% tahun 2014, dan pada tahun 2015 cakupan balita yang ditimbang mengalami peningkatan menjadi 68,7%. Cakupan ini masih rendah apabila di bandingkan dengan target yaitu sebesar 85 %. Rendahnya partisipasi masyarakat ini karena banyak balita yang tidak

hadir di penimbangan posyandu setiap bulannya. Partisipasi masyarakat pada bulan Februari dan Agustus lebih tinggi jika dibandingkan dengan dengan bulan – bulan yang lain karena pada bulan itu bertepatan dengan bulan pemberian kapsul vitamin A dan Bulan Penimbangan Balita. Jumlah BGM baru pada tahun 2015 sebanyak 5306 anak atau sebesar 3.5 %. Data ini masih di bawah batas masalah yaitu sebesar 5 %. Data BGM ini sebagai skrining awal balita yang mengalami kekurangan masalah gizi.

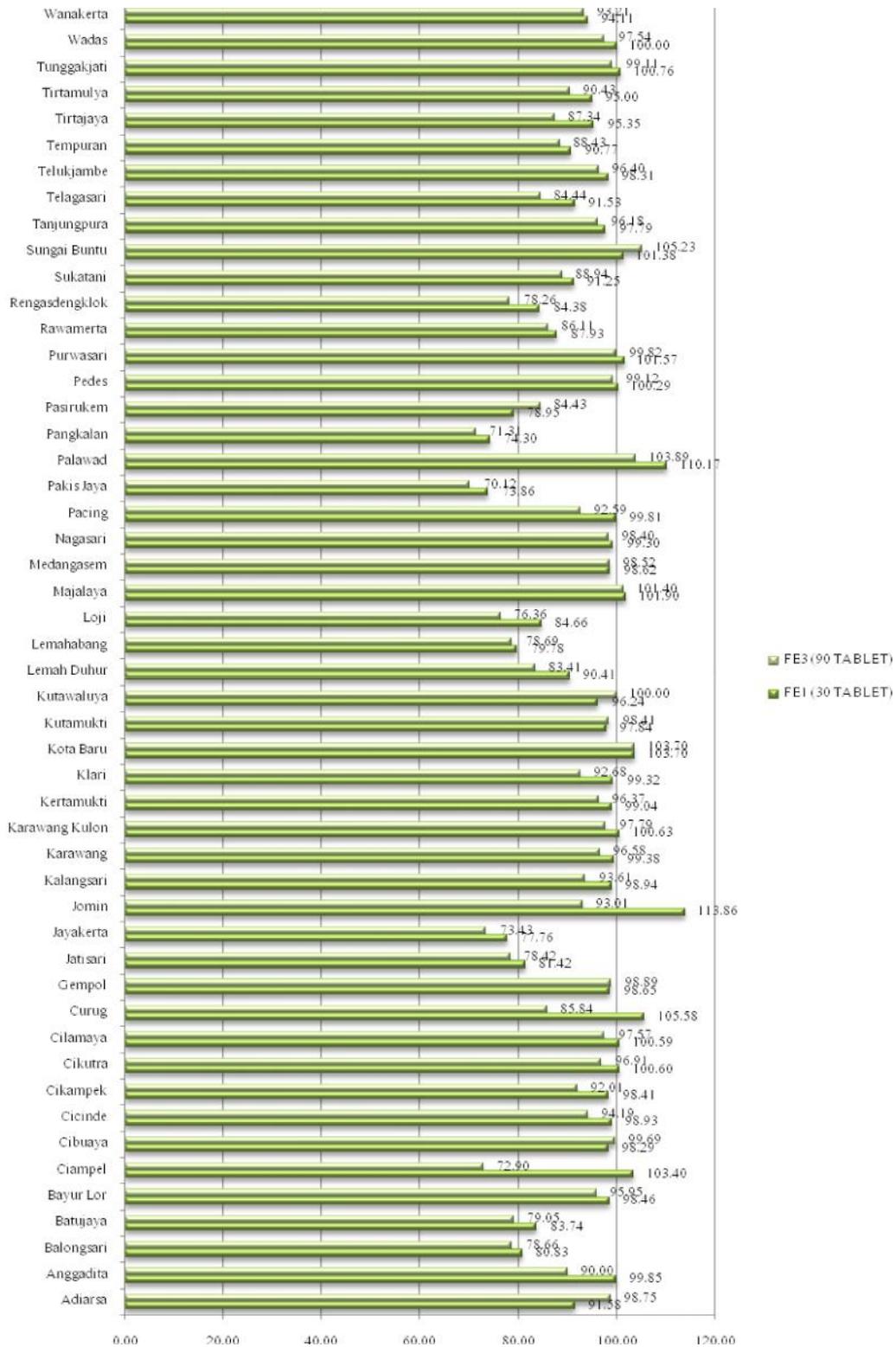
b. Status Gizi Penduduk Dewasa

Gambaran status gizi pada kelompok umur > 18 tahun dapat diketahui melalui prevalensi gizi berdasarkan indikator Indeks Masa Tubuh (IMT). Status gizi pada kelompok dewasa berusia diatas 18 tahun didominasi dengan masalah obesitas, walaupun masalah kurus juga masih cukup tinggi. Pada semua kelompok umur penduduk dewasa, kelebihan berat badan lebih tinggi pada perempuan dibandingkan laki-laki. Rata-rata prevalensi kelebihan berat badan relative tinggi terdapat pada usia 35-39 tahun pada laki-laki maupun perempuan.

2. Pemberian Tablet Tambah Darah (Fe) pada Ibu Hamil

Salah satu permasalahan gizi masyarakat adalah anemia gizi besi, yaitu suatu kondisi ketika kadar Haemoglobin (Hb) dalam darah tergolong rendah. Rendahnya kadar Hb ini terjadi karena kekurangan asupan zat gizi yang diperlukan untuk pembentukan komponen Hb terutama zat besi (Fe). Sebagian besar anemia yang ditemukan di Indonesia adalah anemia gizi besi, yaitu anemia yang disebabkan karena kekurangan zat besi (Fe). Dalam rangka penanggulangan permasalahan anemia gizi besi (Fe), telah dilakukan program pemberian tablet Fe. Pemberian tablet besi ini diintegrasikan dalam pelayanan kunjungan ibu hamil (antenatal care).

Gambar V.C.2
Cakupan Pemberian Tablet Tambah Darah (Fe) pada Ibu Hamil
Menurut Puskesmas Tahun 2015



Berdasarkan Gambar V.C.2 dapat diketahui bahwa terdapat 14 Puskesmas telah mencapai target SPM/Renstra 2015 sebesar 100%, dan 36 Puskesmas dengan capaian dibawah target SPM/Renstra 2015. Adapun Cakupan pada tingkat kabupaten pada Tahun 2015 lebih tinggi dari Tahun 2014 yang sebesar 94,33 % untuk cakupan Fe1 dan 90,57 % untuk cakupan Fe4. Meskipun terjadi peningkatan dibandingkan tahun sebelumnya, capaian tersebut belum memenuhi target SPM/Renstra sebesar 100 %.

Efektivitas upaya pemberian tablet besi juga sangat bergantung pada seberapa besar kepatuhan ibu hamil dalam mengkonsumsi tablet besi yang diberikan. Cakupan pemberian tablet besi yang tinggi bisa tidak berdampak pada penurunan anemia besi jika kepatuhan ibu hamil dalam menelan tablet besi masih rendah.

Program pemberian tablet besi sangat terkait dengan pelayanan kesehatan pada ibu hamil (K1 – K4) karena diberikan pada saat ibu hamil melakukan kunjungan ke pelayanan kesehatan. Pemberian tablet besi juga menjadi salah satu syarat terpenuhinya kunjungan ibu hamil K4.

Dari 95,4 % ibu hamil yang melakukan kunjungan K1, terdapat 59.189 ibu hamil atau 94,33 % sudah mendapatkan tablet Fe1. Dan dari 89,5 % ibu hamil yang melakukan kunjungan ulang (K4) terdapat 56.832 ibu hamil atau 90,57 % telah mendapatkan tablet Fe4. Dari data ini dapat disimpulkan bahwa masih terdapat kesenjangan antara kunjungan K1 dan K4, kunjungan K1 dan Fe1, kunjungan K4 dan Fe3 yang perlu ditindaklanjuti sehingga dapat diintervensi ke tingkat pelayanan dasar (bidan desa) agar melakukan ANC berkualitas dengan 10T minimal 4 kali sesuai standar pada semua ibu hamil.

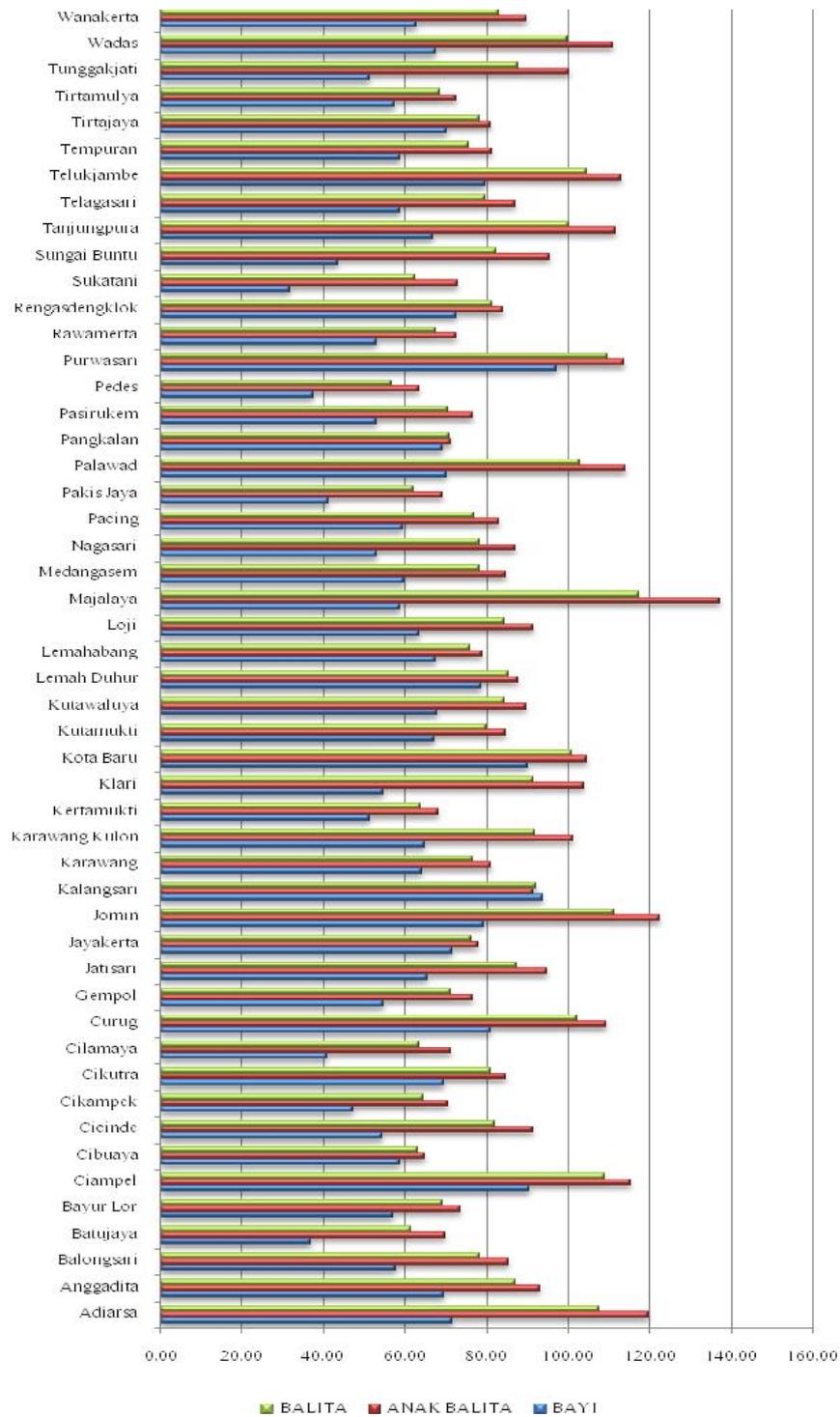
3. Pemberian Kapsul Vitamin A

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

Pemberian kapsul vitamin A dilakukan terhadap bayi (6-11 bulan) dengan dosis 100.000 SI, anak balita (12-59 bulan) dengan dosis 200.000 SI, dan ibu nifas diberikan kapsul vitamin A 200.000 SI, sehingga bayinya akan memperoleh vitamin A yang cukup melalui

ASI. Pemberian kapsul vitamin A diberikan secara serentak setiap bulan Februari dan Agustus pada balita usia 6-59 bulan.

Gambar V.C.3
Cakupan Pemberian Kapsul Vitamin A pada Bayi, anak balita dan balita
Menurut Puskesmas Tahun 2015

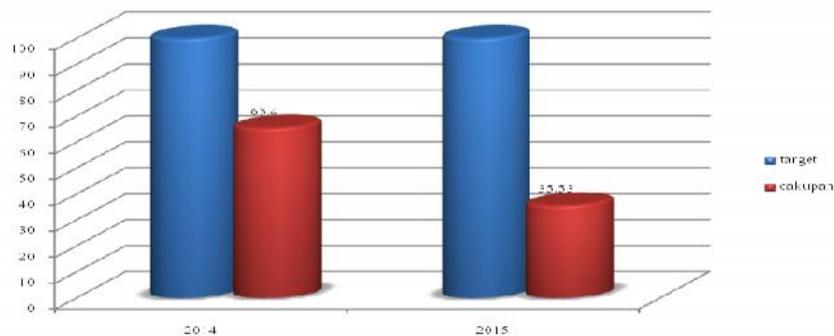


Berdasarkan Gambar V.C.3 cakupan Vitamin A bayi (6-11 bulan), balita (12-59 bulan dan bayi balita. Cakupan Vitamin A bayi sebesar 62.14 % pada tahun 2015. Cakupan ini masih rendah, ini terjadi karena jumlah bayi yang ada lebih sedikit dari jumlah proyeksi bayi yang ada. Sedangkan untuk cakupan balita 12-59 bulan sebesar 88.66 % . Untuk Cakupan vitamin A 6-59 bulan sebesar 81.87 % masih di bawah target yaitu sebesar 85 % . Ini terjadi karena adanya perbedaan jumlah sasaran yang riil dan proyeksi, terutama jumlah sasaran 6-11 bulan.

4. Cakupan Pemberian ASI Eksklusif

Cara pemberian makanan pada bayi yang baik dan benar adalah menyusui bayi secara eksklusif sejak lahir sampai dengan umur 6 bulan dan meneruskan menyusui anak sampai umur 24 bulan. Mulai umur 6 bulan, bayi mendapat makanan pendamping ASI yang bergizi sesuai dengan kebutuhan tumbuh kembangnya.

Gambar V.C.4
Cakupan Pemberian ASI Eksklusif
Tahun 2014 dan 2015



Berdasarkan Gambar V.C.4 dapat diketahui bahwa cakupan pemberian ASI Eksklusif tahun 2015 lebih rendah dari tahun 2014 yaitu 35,53 %, hal ini disebabkan oleh beberapa hal antara lain :

- a. Pemasaran susu formula masih gencar dilakukan untuk bayi 0-6 bulan yang tidak ada masalah medis;

- b. Masih banyaknya perusahaan yang mempekerjakan perempuan tidak memberi kesempatan pada ibu yang memiliki bayi 0-6 bulan untuk melaksanakan pemberian ASI secara eksklusif.
- c. Masih banyak tenaga kesehatan di tingkat layanan yang belum peduli atau belum berpihak pada pemenuhan hak bayi untuk mendapatkan ASI eksklusif, yaitu masih mendorong untuk memberi susu formula pada bayi 0-6 bulan;
- d. Masih terbatasnya tenaga konselor ASI;
- e. Belum maksimalnya kegiatan edukasi, sosialisasi, advokasi, dan kampanye terkait pemberian ASI.

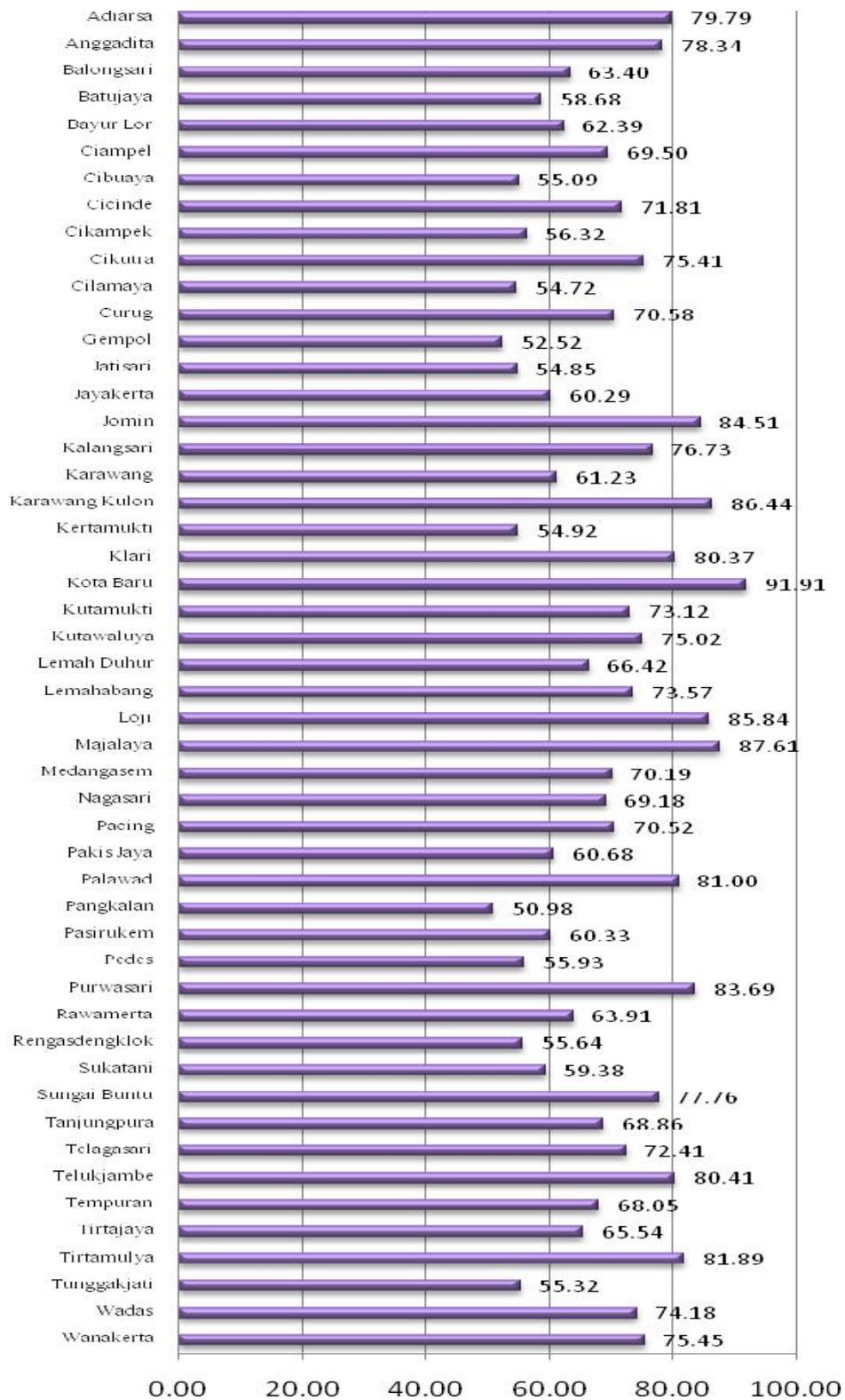
Upaya yang dilakukan dalam memecahkan masalah tersebut di atas antara lain dengan melaksanakan 10 Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui (LMKM), yaitu:

- a. Membuat kebijakan tertulis tentang menyusui dan dikomunikasikan kepada semua staf pelayanan kesehatan;
- b. Melatih semua staf pelayanan dalam keterampilan menerapkan kebijakan menyusui tersebut;
- c. Menginformasikan kepada semua ibu hamil tentang manfaat dan manajemen menyusui;
- d. Membantu ibu menyusui dini dalam 30 menit pertama persalinan;
- e. Membantu ibu cara menyusui dan mempertahankan menyusui meskipun ibu dipisah dari bayinya;
- f. Memberikan ASI saja kepada bayi baru lahir kecuali ada indikasi medis;
- g. Menerapkan rawat gabung ibu dengan bayinya sepanjang waktu (24 jam);
- h. Mengajukan menyusui sesuai permintaan bayi;
- i. Tidak memberi dot kepada bayi;
- j. Mendorong pembentukan kelompok pendukung menyusui dan merujuk ibu kepada kelompok tersebut setelah keluar dari sarana pelayanan.

5. Cakupan Penimbangan Balita di Posyandu (D/S)

Kegiatan penimbangan balita di Posyandu (D/S) menjadi salah satu indikator yang ditetapkan pada Renstra Dinas Kesehatan. Indikator ini berkaitan dengan cakupan pelayanan gizi pada balita, cakupan pelayanan kesehatan dasar khususnya imunisasi, serta penanganan prevalensi gizi kurang pada balita.

Gambar V.C.5
Cakupan Penimbangan Balita di Posyandu (D/S)
Menurut Puskesmas Tahun 2015



Berdasarkan Gambar V.C.5 dapat diketahui bahwa terdapat 10 Puskesmas telah mencapai target SPM/Renstra 2015 sebesar 80 %, dan 40 Puskesmas dengan capaian dibawah target SPM/Renstra 2015. Adapun Cakupan pada tingkat kabupaten pada Tahun 2015 lebih tinggi dari Tahun 2014 (65,6%) yaitu sebesar 68,69 %. Meskipun terjadi peningkatan/ penurunan dibandingkan tahun sebelumnya, capaian tersebut belum memenuhi target SPM/Renstra sebesar 80 %.

Kunjungan balita ke posyandu sangat berkaitan dengan indikator D/S. Namun demikian terdapat beberapa kendala yang dihadapi terkait dengan kunjungan balita ke posyandu. Permasalahan tersebut antara lain :

- a. Dana operasional dan sarana prasarana untuk menggerakkan kegiatan posyandu;
- b. Tingkat pengetahuan kader dan kemampuan petugas dalam pemantauan pertumbuhan dan konseling;
- c. Tingkat pemahaman keluarga dan masyarakat terhadap manfaat posyandu, dan;
- d. Pelaksanaan pembinaan kader.

D. UPAYA PENGENDALIAN PENYAKIT

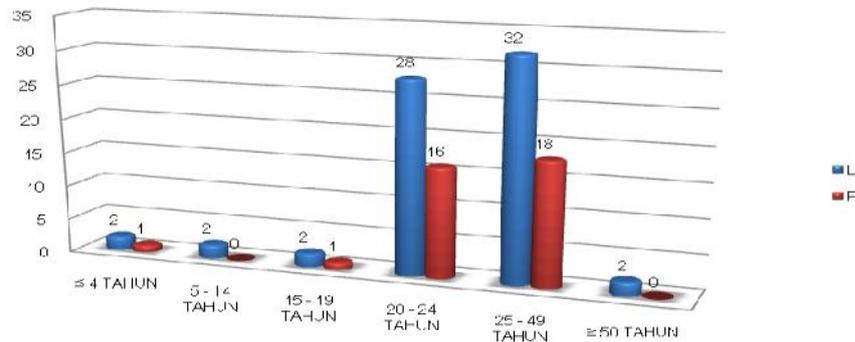
1. Pengendalian HIV AIDS

HIV dan AIDS merupakan salah satu penyakit menular yang pengendaliannya dipantau melalui komitmen global MDGs. Kegiatan pengendalian penyakit ini dilakukan melalui pencegahan infeksi, penularan, penemuan penderita secara dini yang kemudian dilanjutkan dengan kegiatan konseling hingga perawatan dan pengobatan.

Upaya penemuan penderita dilakukan melalui skrining HIV dan AIDS terhadap darah donor, pemantauan pada kelompok berisiko Penyakit Menular Seksual (PMS) seperti Wanita Penjaja Seks (WPS), penyalahgunaan NAPZA dengan suntikan (IDUs), dan penghuni Lapas.

Hasil pelaksanaan surveilans HIV dan AIDS selama tahun 2015 sebagaimana tabel berikut :

Gambar V.D.1
Penemuan Penderita HIV dan AIDS Berdasarkan Kelompok Umur
Tahun 2015



Dalam rangka mengendalikan penyebaran dan menurunkan jumlah kasus baru HIV dan AIDS, diperlukan upaya khusus yang difokuskan pada kelompok remaja. Upaya yang dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan remaja terkait HIV dan AIDS adalah melalui kampanye “Aku Bangga Aku Tahu” (ABAT). Kampanye ABAT merupakan sosialisasi mengenai perilaku seksual yang harus dihindari sebelum ada komitmen melalui pernikahan dan penyadaran tentang cara penularan penyakit HIV dan AIDS.

Upaya lain yang dilakukan dalam rangka pengendalian HIV dan AIDS yaitu peningkatan akses masyarakat terhadap pengobatan dan penyediaan layanan terpadu/komprehensif HIV dan AIDS. Dengan upaya penyediaan layanan terpadu tersebut, upaya pencegahan, perawatan, dan pelayanan kasus HIV dan AIDS termasuk layanan konseling, layanan perawatan dukungan dan pengobatan, serta pengurangan dampak buruk dapat dilakukan di satu titik layanan.

2. Pengendalian Penyakit TB Paru

Selain HIV, AIDS dan Malaria, Tuberkulosis (TB) juga menjadi salah satu penyakit menular yang upaya pengendaliannya dinilai pada komitmen *Global Millenium Development Goals* (MDGs). MDGs menetapkan TB sebagai bagian dari tujuan dibidang kesehatan yang terdiri dari :

- Menurunkan insiden TB Paru pada tahun 2015;
- Menurunkan prevalensi TB Paru dan angka kematian akibat TB Paru menjadi setengahnya pada tahun 2015 dibandingkan tahun 1990;

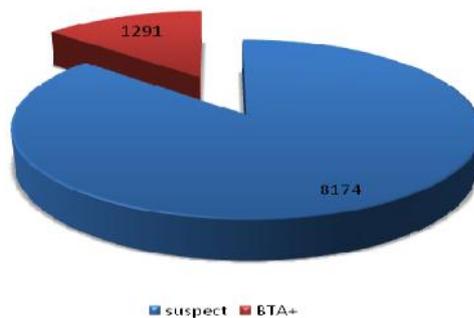
- Sedikitnya 70% kasus TB Paru BTA+ terdeteksi dan diobati melalui program DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse Chemotherapy*) atau pengobatan TB Paru dengan pengawasan langsung oleh Pengawas Menelan Obat (PMO);
- Sedikitnya 85 % tercapai *Succes Rate* (SR).

Upaya pengobatan kasus TB dilakukan dengan menerapkan strategi DOTS, yaitu strategi penatalaksanaan TB yang menekankan pentingnya pengawasan terhadap pasien TB untuk memastikan pasien menyelesaikan pengobatan sesuai ketentuan sampai dinyatakan sembuh.

- a) Proporsi Pasien TB Paru BTA+ diantara Suspek yang Diperiksa

Persentase TB Paru BTA+ terhadap Suspek TB Paru yang diperiksa selama tahun 2015 sebagaimana gambar berikut :

Gambar V.D.2
Persentase Pasien TB Paru BTA+ terhadap Suspek yang Diperiksa Dahaknya
Di Kabupaten Karawang Tahun 2015

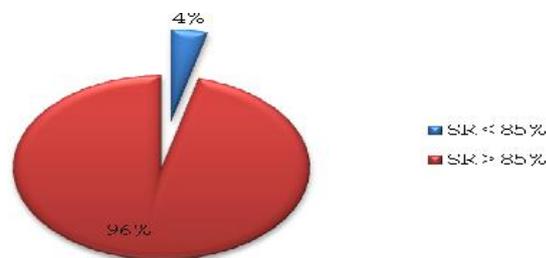


Persentase BTA+ terhadap Suspek yang diperiksa dahaknya menggambarkan mutu dari proses penemuan sampai diagnosis pasien, serta kepekaan menetapkan kriteria suspek. Angka ini bila terlalu kecil ($< 5\%$) kemungkinan disebabkan antara lain karena penjarangan suspek terlalu longgar, banyak yang tidak memenuhi kriteria suspek, atau ada masalah dalam pemeriksaan laboratorium (negatif palsu). Sedangkan bila angka ini terlalu besar ($> 15\%$) kemungkinan disebabkan antara lain karena penjarangan terlalu ketat atau ada masalah dalam pemeriksaan laboratorium (positif palsu). Persentase BTA+ terhadap Suspek selama tahun 2015 adalah 15,79 %.

b) Angka Penemuan Kasus TB Paru BTA+ (*Case Detection Rate/CDR*)

Case Detection Rate atau Angka Penemuan Kasus TB paru BTA+ merupakan indikator yang digunakan untuk mengetahui keberhasilan upaya pendeteksian kasus. Indikator ini menggambarkan proporsi antara penemuan TB Paru BTA+ terhadap jumlah perkiraan kasus TB Paru. Indikator lain yang digunakan dalam upaya pengendalian TB adalah *Success Rate* atau Angka Keberhasilan Pengobatan.

Gambar V.D.3
Persentase Keberhasilan Pengobatan TB Paru (Success Rate)
Di Puskesmas Kabupaten Karawang Tahun 2015



Berdasarkan Gambar V.D.3 dapat disimpulkan bahwa 87 % pengobatan TB paru yang dilakukan di Puskesmas, RSUD dan Lapas mencapai angka keberhasilan pengobatan TB Paru > 85 %. Persentase keberhasilan Pengobatan TB Paru tingkat Kabupaten Tahun 2013 adalah 94,96 %.

3. Pengendalian Penyakit Malaria

Millenium Development Goals (MDGs) juga memantau keberhasilan pengendalian penyakit malaria melalui tujuan ke-6 yaitu memerangi HIV AIDS, malaria dan penyakit menular lainnya. Malaria masih menjadi permasalahan kesehatan masyarakat di beberapa wilayah di Indonesia khususnya yang terkait dengan resistensi *Plasmodium Falcifarum* terhadap pengobatan *Klorokuin*. Permasalahan lainnya yang menyebabkan malaria masih menjadi beban kesehatan masyarakat adalah meluasnya daerah perindukan vector akibat perubahan lingkungan, penambahan jumlah vektor akibat perubahan iklim yang menyebabkan musim hujan lebih panjang daripada musim kemarau, dan peningkatan penularan karena mobilitas penduduk yang tinggi.

Eliminasi malaria memiliki kegiatan utama antara lain :

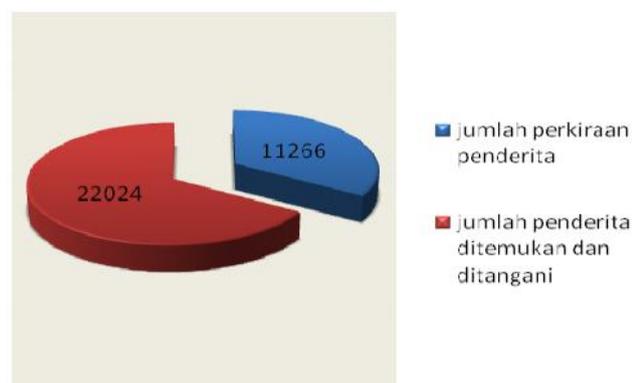
- a. Peningkatan kualitas dan akses terhadap penemuan dini dan pengobatan malaria;
- b. Penjaminan kualitas diagnosis malaria melalui pemeriksaan laboratorium maupun *Rapid Diagnostic (RDT)*;
- c. Perlindungan terhadap kelompok rentan terutama ibu hamil dan balita di daerah endemis tinggi;
- d. Penguatan penanganan Kejadian Luar Biasa (KLB) dan surveilans kasus malaria;
- e. Intervensi vektor termasuk surveilans vektor;
- f. Penguatan sistem pengelolaan logistic malaria.

4. Pengendalian Penyakit ISPA

Pada klasifikasi pengendalian ISPA berdasarkan golongan umur terdapat dua kelompok, yaitu golongan umur 2 bulan s/d < 5 tahun, dan golongan umur < 2 bulan. Pneumonia pada golongan umur 2 bulan s/d < 5 tahun ditetapkan 3 klasifikasi yaitu; Pneumonia, Pneumonia Berat dan Batuk Bukan Pneumonia. Pada golongan umur < 2 bulan ditetapkan 2 klasifikasi yaitu; Pneumonia Berat dan Batuk Bukan Pneumonia.

Semua kasus ISPA yang ditemukan harus ditatalaksana sesuai standar, dengan demikian angka penemuan kasus pneumonia juga menggambarkan penatalaksanaan kasus ISPA. Cakupan penemuan penderita pneumonia pada balita merupakan persentase jumlah penderita pneumonia pada balita baik Pneumonia Berat maupun Pneumonia, terhadap jumlah target penemuan pneumonia balita. Target penemuan pneumonia balita tersebut ditentukan berdasarkan proporsi 10 % dari jumlah seluruh balita.

Gambar V.D.4
Cakupan Penemuan Penderita Pneumonia Pada Balita
Di Kabupaten Karawang Tahun 2015



Beberapa hambatan yang ditemui dalam meningkatkan cakupan penemuan Pneumonia balita di Puskesmas antara lain :

- a. Under reported yang disebabkan karena kerancuan antara diagnose kerja dan klasifikasi ISPA (Pneumonia, Pneumonia Berat, Batuk Bukan Pneumonia/ISPA Biasa), sehingga banyak kasus Pneumonia dimasukkan kedalam ISPA biasa.
- b. Pengendalian pneumonia balita masih berbasis Puskesmas. Data kasus pneumonia belum mencakup RS Pemerintah dan Swasta, klinik, praktek dokter dan sarana kesehatan lain.

5. Pengendalian Penyakit Kusta

Dalam upaya pengendalian penyakit kusta digunakan dua indikator utama yaitu angka penemuan kasus baru atau *New Case Detection Rate* (NCDR), dan angka cacat tingkat II. Indikator NCDR menggambarkan besarnya masalah kusta dalam satu wilayah dan satu waktu sedangkan angka cacat tingkat II menggambarkan perubahan dalam penemuan kasus baru kusta.

6. Pengendalian Penyakit Polio

Pada tahun 1988, siding ke-41 WHA (*World Health Assembly*) telah menetapkan program Eradikasi Polio secara global (*Global Polio Eradication Initiative*) yang ditujukan untuk mengeradikasi polio pada tahun 2000. Kesepakatan ini diperkuat oleh sidang *World Summit for Children* pada tahun 1989, dimana Indonesia turut menandatangani kesepakatan tersebut. Eradikasi Polio adalah apabila tidak ditemukan virus polio liar indigenous selama 3 tahun berturut-turut di suatu region yang dibuktikan dengan surveilans AFP (*Acute Flaccid Paralysis*) yang sesuai standar sertifikasi.

Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit polio dilakukan melalui imunisasi rutin, imunisasi tambahan, surveilans AFP, dan pengamanan virus polio liar di laboratorium. surveilans AFP adalah pengamatan yang dilakukan terhadap semua kasus lumpuh layuh akut (AFP) pada anak usia < 15 tahun yang merupakan kelompok rentan terhadap penyakit polio. Tujuan surveilans AFP antara lain mengidentifikasi daerah risiko tinggi untuk terjadinya transmisi virus polio, memantau kemajuan program eradikasi polio, dan membuktikan Indonesia bebas polio. Penemuan kasus dalam surveilans AFP dilaksanakan melalui surveilans aktif RS dan surveilans berbasis masyarakat.

Salahsatu indikator untuk mengukur kinerja surveilans AFP adalah Non Polio AFP rate ≥ 2 per 100.000 anak usia < 15 tahun. Indikator lain yang juga digunakan untuk menilai penemuan kasus AFP adalah persentase spesimen adekuat $\geq 80\%$, artinya minimal 80% spesimen tinja penderita harus sesuai dengan persyaratan yaitu diambil ≤ 14 hari setelah kelumpuhan dan suhu spesimen $2^0 - 8^0$ C sampai di laboratorium.

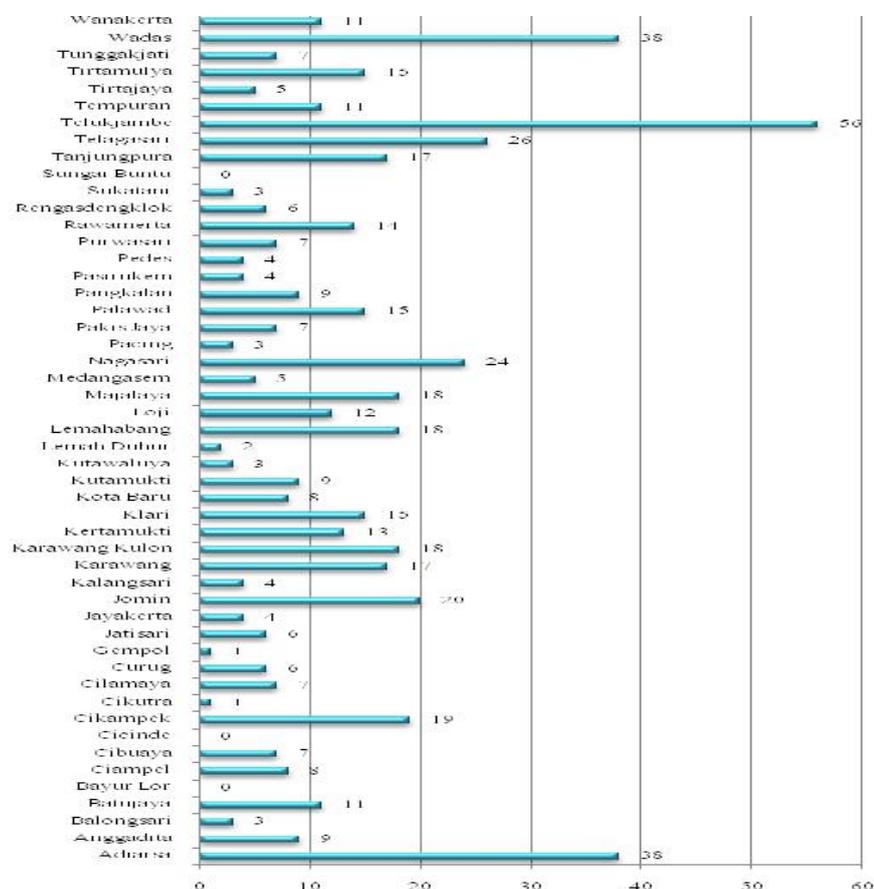
7. Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) masih menjadi permasalahan kesehatan masyarakat karena fatalitasnya dalam menyebabkan kematian dan kerapnya Kejadian Luar Biasa (KLB) yang terjadi pada bulan tertentu.

Upaya pengendalian penyakit DBD secara umum terdiri dari :

- Peningkatan kegiatan surveilans penyakit dan surveilans vektor;
- Diagnosis dini dan pengobatan dini;
- Peningkatan upaya pemberantasan vektor penular penyakit DBD.

Gambar V.D.5
Jumlah Kasus Demam Berdarah Dengue Menurut Puskesmas tahun 2015



Berdasarkan Gambar di atas dapat diketahui bahwa selama tahun 2015 jumlah kasus DBD sebanyak 569 kasus terdiri dari 300 laki-laki dan 269 perempuan. Jumlah penderita sebanyak meninggal sebanyak 4 orang dengan CFR 0,70 %.

Upaya pemberantasan vektor dilakukan melalui kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN). Kegiatan ini dilakukan melalui pengasapan dengan insektisida dalam dua siklus. Pada siklus pertama semua nyamuk yang mengandung virus dengue dan nyamuk-nyamuk lainnya akan mati, namun akan muncul nyamuk-nyamuk baru yang berasal dari jentik yang memang tidak bisa dibasmi pada siklus pertama. Oleh karena itu perlu dilakukan pengasapan siklus kedua. Pengasapan yang kedua dilakukan 1 minggu sesudah pengasapan yang pertama agar nyamuk yang baru tersebut akan terbasmi sebelum sempat menularkan kepada orang lain.

Untuk mengetahui efektifitas PSN maka dilakukan Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB). Kegiatan PJB menghasilkan indikator Angka Bebas Jentik (ABJ) yang menggambarkan kepadatan jentik.

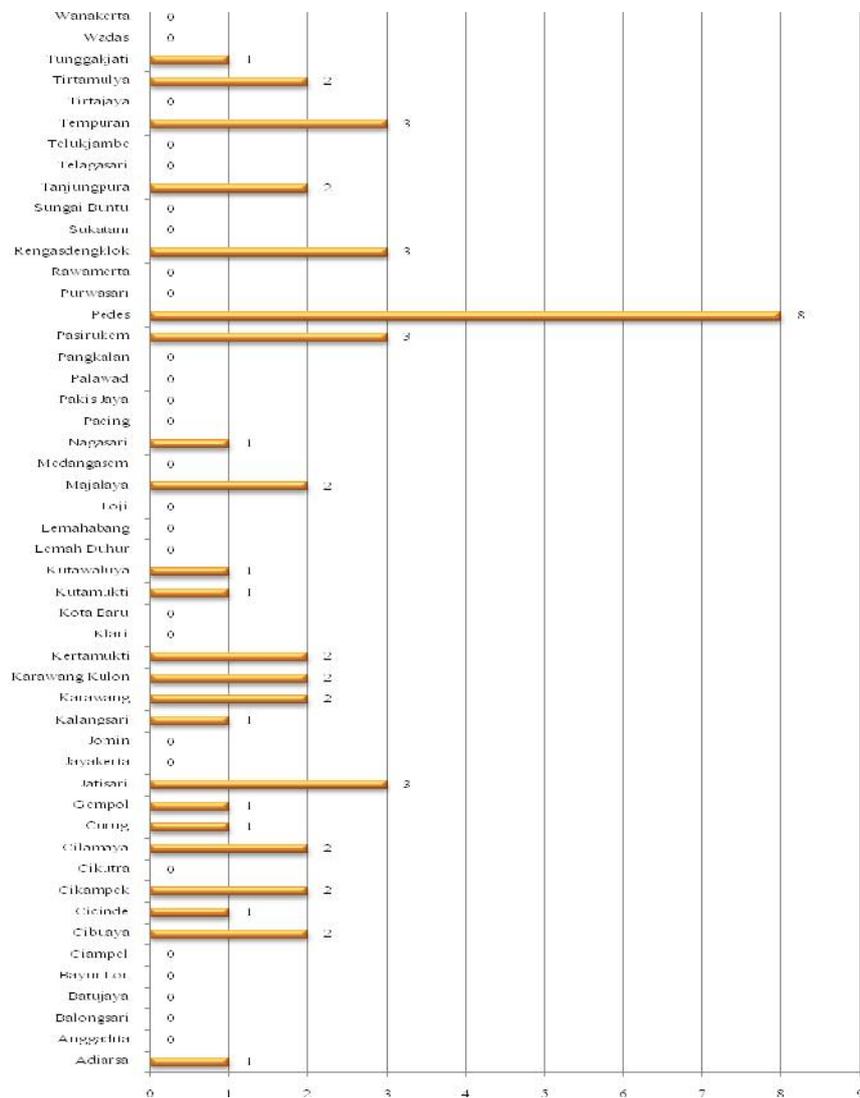
8. Pengendalian Penyakit Filariasis

Penyakit Filariasis/ Kaki Gajah telah menjadi salah satu penyakit yang diprioritaskan untuk dieliminasi dan diprakarsai oleh WHO sejak tahun 1999. Komitmen tersebut diperkuat pada tahun 2000 melalui keputusan WHO dengan mendeklarasikan “*The Global Goal of Elimination of Lymphatic Filariasis as a Public Health Problem by the Year 2020*”. Indonesia sepakat untuk memberantas filariasis sebagai bagian dari eliminasi filariasis global melalui dua pilar kegiatan :

- a. Pemberian obat masal pencegahan (POMP) filariasis kepada semua penduduk di kabupaten endemis filariasis dengan menggunakan DEC 6 mg/kg BB dikombinasikan dengan Albendazole 400 mg sekali setahun selama minimal 5 tahun berturut-turut, guna memutus rantai penularan.
- b. Tatalaksana kasus klinis filariasis guna mencegah dan mengurangi kecacatan.

Kegiatan tatalaksana kasus klinis filariasis harus dilakukan pada semua penderita. Tatalaksana ini bertujuan mencegah atau mengurangi kecacatan penderita dan agar penderita menjadi mandiri dalam merawat dirinya. Setiap penderita dibuatkan status rekam medis yang disimpan di Puskesmas dan mendapatkan kunjungan dari petugas kesehatan minimal 6 kali dalam setahun.

Gambar V.D.6
Penderita Filariasis yang ditangani
Di Kabupaten Karawang Tahun 2015



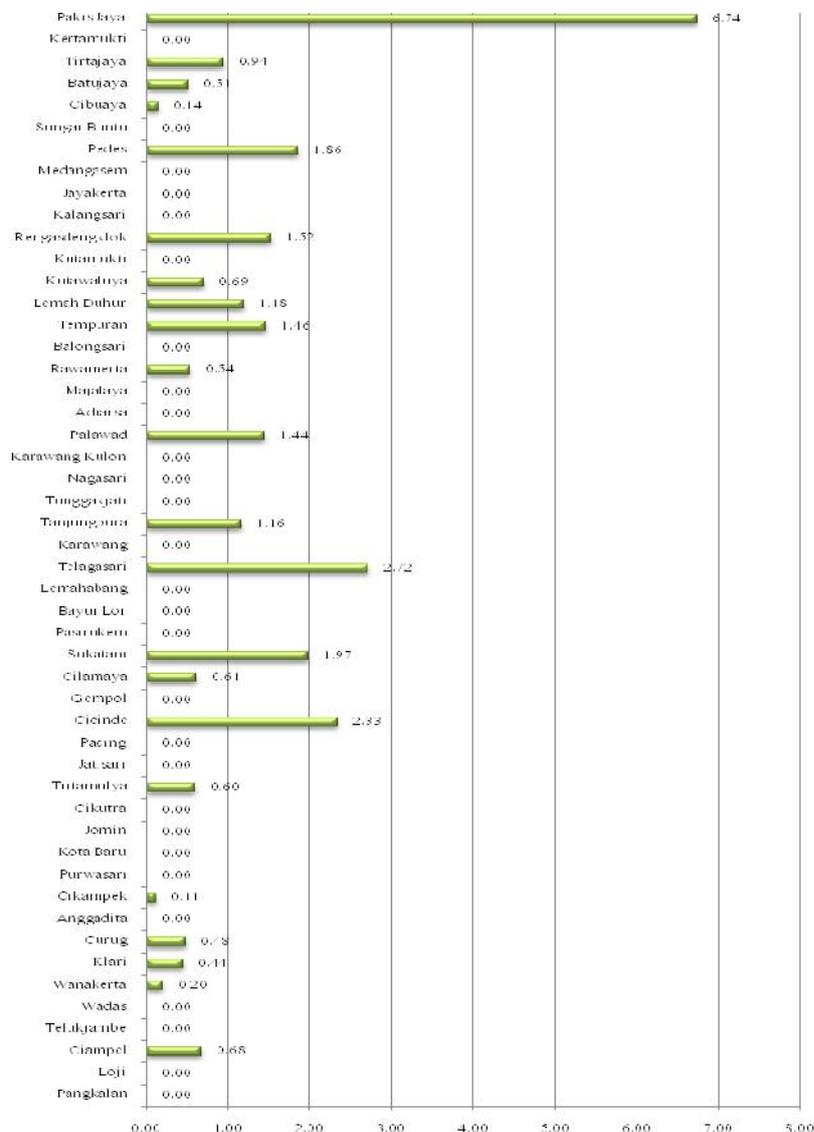
Berdasarkan Gambar V.C.6 dapat diketahui bahwa selama Tahun 2015 Jumlah seluruh kasus penderita Filariasis (termasuk kasus baru yang ditemukan) sebanyak 47 kasus dengan angka kesakitan per 100.000 penduduk sebesar 2,07. Jumlah penderita Filariasis terbanyak selama tahun 2015 ditemukan di wilayah kerja Puskesmas Pedes sebanyak 8 kasus.

9. Pengendalian Penyakit Kanker

Program pengendalian penyakit kanker dilakukan untuk semua jenis kanker, tetapi saat ini masih diprioritaskan pada dua kanker tertinggi di Indonesia yaitu kanker leher Rahim dan kanker payudara. Kegiatan yang dilakukan meliputi pencegahan primer, sekunder dan

tersier. Pencegahan primer dilakukan melalui pengendalian faktor risiko dan peningkatan komunikasi, informasi dan edukasi. Pencegahan sekunder dilakukan melalui deteksi dini dan tatalaksana yang dilakukan di Puskesmas dan rujukan ke rumah sakit. Deteksi dini kanker leher rahim menggunakan metode Inspeksi Visual dengan Asam Asetat (IVA) dan *Krioterapi* untuk IVA (lesi pra kanker leher Rahim) positif. Sedangkan deteksi dini kanker payudara menggunakan metoda *Clinical Breast Examination* (CBE). Pencegahan tersier dilakukan melalui perawatan paliatif dan rehabilitatif di unit-unit pelayanan kesehatan yang menangani kanker dan pembentukan kelompok *survivor* kanker di masyarakat.

Gambar V.D.7
Cakupan Pelayanan IVA Puskesmas
Di Kabupaten Karawang Tahun 2015



Berdasarkan Gambar V.D.7 dapat disimpulkan bahwa cakupan Deteksi dini kanker leher Rahim dengan metode pemeriksaan IVA di Puskesmas pada tahun 2015 masih rendah, dimana dari total 37.525 perempuan usia 30-50 tahun hanya 0,87 % atau 135 perempuan yang melakukan pemeriksaan IVA di puskesmas. Hal ini menunjukkan masih diperlukan peningkatan komunikasi, informasi dan edukasi mengenai pemeriksaan atau deteksi dini kanker leher Rahim menggunakan metode pemeriksaan IVA kepada masyarakat khususnya perempuan.

Kegiatan-kegiatan yang dilakukan dalam rangka pengendalian penyakit kanker antara lain :

- a. Pencegahan dan pengendalian faktor risiko
- b. Penemuan dan tatalaksana kasus
- c. Peningkatan surveilans epidemiologi
- d. Peningkatan jejaring kerja dan kemitraan

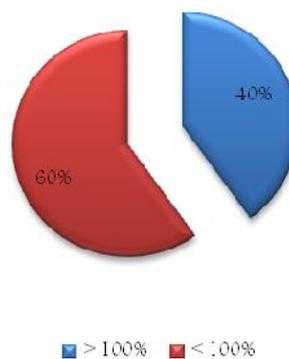
E. UPAYA KEFARMASIAN DAN ALAT KESEHATAN

1. Ketersediaan Obat dan Vaksin

Obat merupakan salah satu komponen yang tak tergantikan dalam pelayanan kesehatan. Akses terhadap obat terutama obat esensial merupakan salah satu hak azasi manusia.

Kebijakan pemerintah terhadap peningkatan akses obat telah ditetapkan antara lain dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Sistem Kesehatan Nasional (SKN), dan Kebijakan Obat Nasional (KONAS). Dalam upaya pelayanan kesehatan, ketersediaan obat dalam jenis lengkap, jumlah yang cukup, terjamin khasiatnya, aman, efektif dan bermutu dengan harga terjangkau serta mudah diakses adalah sasaran yang harus dicapai.

Gambar V.E.1
Persentase Ketersediaan Obat dan Vaksin
Kabupaten Karawang Tahun 2015



Berdasarkan Gambar V.E.1 dapat disimpulkan bahwa ketersediaan obat dan vaksin Kabupaten Karawang Tahun 2015 adalah 40 % (34 item) obat dengan ketersediaan lebih dari 100 % dan hanya 40 % (51 item) obat dengan ketersediaan kurang dari 100 %.

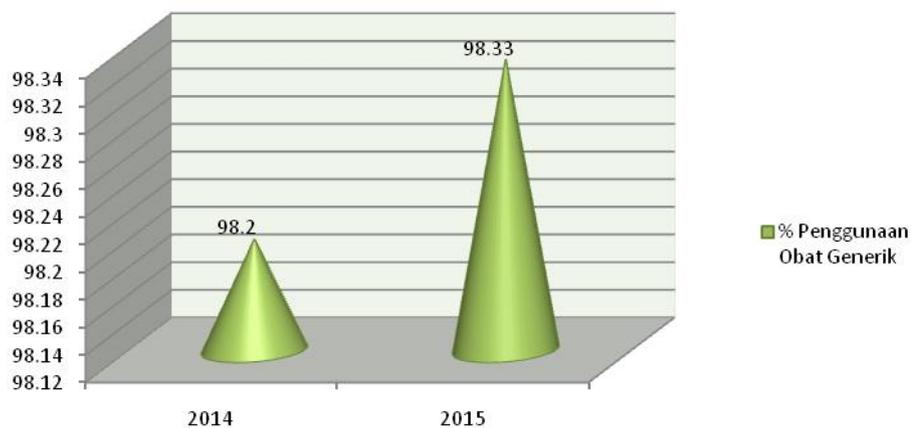
2. Penggunaan Obat Generik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Obat Generik adalah obat dengan nama resmi International Non Proprietary Names (INN) yang ditetapkan dalam Farmakope Indonesia atau buku standar lainnya untuk zat berkhasiat yang dikandungnya.

Dalam rangka penggunaan obat generic di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor: HK. 02.02/Menkes/068/I/2010

tentang Kewajiban Menggunakan Obat Generik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah. Agar penggunaan obat generic berjalan lancar dan efektif maka perlu dilakukan pengawasan dan pembinaan obat generic yang ditetapkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: HK. 03.01/Menkes/159/I/2010 tentang Pedoman Pembinaan dan Pengawasan penggunaan Obat Generik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah.

Gambar V.E.2
Persentase Rata – Rata Penggunaan Obat Generik
Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kabupaten Karawang Tahun 2011 - 2015



BAB VI

SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN

Penentu keberhasilan pembangunan kesehatan adalah ketersediaan sumber daya kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan baik secara kuantitas maupun secara kualitas. Sumber daya kesehatan yang diperlukan didalam pembangunan kesehatan antara lain tenaga, dana, sarana dan prasarana serta teknologi.

A. TENAGA KESEHATAN

Berikut dipaparkan jumlah dan beberapa karakteristik tenaga berdasarkan jenis tenaga kesehatan meliputi dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, bidan, perawat, perawat gigi, kefarmasian, tenaga gizi, kesehatan masyarakat, kesehatan lingkungan, keteknisan medis, fisioterapis serta tenaga non kesehatan. Dalam uraian ini yang jumlah tenaga perawat merupakan gabungan dari latar belakang pendidikan keperawatan tingkat sarjana dan diploma. Untuk tenaga kefarmasian merupakan gabungan dari apoteker, sarjana farmasi, diploma farmasi dan asisten apoteker. Tenaga gizi merupakan gabungan sarjana gizi dan diploma gizi. Sedangkan tenaga kesehatan masyarakat merupakan gabungan dari lulusan sarjana dan diploma kesmas, tidak termasuk tenaga kesehatan lingkungan.

Beberapa keterbatasan dalam validasi data tenaga kesehatan antara lain belum semua tenaga kesehatan dapat diidentifikasi, antara lain kemungkinan adanya laporan tenaga kesehatan (terutama tenaga medis) lebih dari satu kali, belum teridentifikasinya tenaga medis yang bekerja secara penuh waktu dengan yang paruh waktu, adanya perubahan pada tingkat dan latar belakang pendidikan terakhir terutama yang mengikuti jenjang pendidikan yang berbeda dari jenis tenaga awalnya.

Tabel 2.6
Jumlah Tenaga Kesehatan di Kabupaten Karawang
Tahun 2011-2015

JENIS TENAGA	JUMLAH
Dokter Spesialis	363
Dokter Umum	294
Dokter Gigi	90

Dokter Gigi Spesialis	6
Bidan	1142
Perawat	2050
Perawat Gigi	35
Kefarmasian	349
Tenaga Gizi	59
Kesehatan Masyarakat	61
Kesehatan Lingkungan	31
Keteknisian Medis	244
Fisioterapis	41
Kesehatan Lainnya	206
Non Kesehatan	1334

Jumlah keseluruhan tenaga bidang kesehatan di Kabupaten Karawang Tahun 2015 sebanyak 6.305 orang. Tenaga tersebut terdiri dari 78,84 % tenaga kesehatan dan 21,16 % tenaga non kesehatan.

Berdasarkan proporsi tenaga kesehatan, tenaga perawat merupakan tenaga kesehatan yang terbanyak yaitu 32,51 %. Berikutnya tenaga bidan sebesar 18,11 % dan tenaga non kesehatan 21,16%.

Berdasarkan tempat bekerja, seluruh dokter spesialis bertugas di rumah sakit baik RSUD maupun RSU Swasta. Hal itu sesuai peran dan fungsi tenaga spesialis di rumah sakit yang harus menangani kasus-kasus rujukan.

Berbeda dengan dokter spesialis, komposisi dokter umum yang berkerja di rumah sakit (60,54 %) dan di puskesmas (38,1 %). Sebesar 1.36 % dokter bekerja sebagai manajemen kesehatan di dinas kesehatan.

Berdasarkan tempat kerja dokter gigi yang bertugas di puskesmas sebesar 54,95 % dan bekerja di rumah sakit sebesar 43,96 %. Sedangkan dokter gigi yang bekerja di dinas kesehatan sebesar 1,09 %.

Berdasarkan tempat bekerja tenaga bidan lebih dari setengahnya (62,69 %) bekerja di puskesmas. Hal tersebut sesuai dengan tugas fungsi bidan yang harus menjamin bahwa proses kehamilan, persalinan dan paska persalinan dapat berjalan dengan selamat dan sehat. Sebesar 37,30 % tenaga bidan di Kabupaten Karawang bekerja di rumah sakit. Terdapat juga sebagian 0,48 % bekerja di lingkungan dinas kesehatan sedangkan.

Untuk tenaga perawat di Kabupaten Karawang sebanyak 83,34 % bekerja di rumah sakit dan 13,27 % perawat bekerja di puskesmas. Tidak berbeda jauh dengan bidan,

perawat yang bekerja di lingkungan dinas kesehatan hanya sebesar 0,39 %.

Komposisi tenaga kefarmasian di Kabupaten Karawang 90,26 % bekerja di rumah sakit. Hanya 7,45% tenaga kefarmasian bekerja di puskesmas. 2,29 % tenaga kefarmasian bekerja di dinas kesehatan.

Komposisi tenaga gizi yang bekerja di puskesmas (40,68 %) lebih sedikit dibanding yang bekerja di rumah sakit (59,32 %). Untuk tenaga gizi yang berada di institusi pendidikan dan latihan belum teridentifikasi jumlahnya.

Untuk proporsi tenaga kesehatan masyarakat, yang bekerja di Puskesmas sebesar 21,31% jika dibandingkan dengan yang bekerja di Dinas Kesehatan sebesar 24,59 %, sedangkan yang bekerja di rumah sakit sebesar 54,1 %.

Sesuai dengan tugas fungsinya sebagian besar (58,06 %) tenaga kesehatan lingkungan bertugas di puskesmas. Proporsi tenaga kesehatan lingkungan yang bekerja di rumah sakit (25,81 %) sedikit lebih banyak dibandingkan dengan tenaga kesehatan lingkungan yang bekerja di dinas kesehatan yaitu 16,13%.

Distribusi tenaga keteknisan medik di Kabupaten Karawang 89,75 % bekerja di rumah sakit. Proporsi yang ideal mengingat rumah sakit merupakan sarana kesehatan yang harus memberikan pelayanan spesialisik dan sub spesialisik, yang dalam pelayanannya memerlukan peralatan teknis dalam mendeteksi dan mengobati penyakit. Sehingga tenaga keteknisan medis diperlukan baik sebagai operator maupun tenaga perawatan peralatan kesehatan yang digunakan. Sebagian kecil lainnya bekerja di puskesmas 7,38 %, 2,87 % di Dinas Kesehatan.

Sama halnya dengan keteknisan medis, tenaga fisioterapis di Kabupaten Karawang bekerja di rumah sakit. Keberadaan tenaga fisioterapis secara umum mendukung unit rehabilitasi medik. Di puskesmas belum ada tenaga fisioterapis.

Berdasarkan pedoman profil, yang disebut tenaga non kesehatan adalah pejabat struktural, staf penunjang administrasi, staf penunjang perencanaan, tenaga pendidikan, tenaga kependidikan dan juru. Proporsi terbesar tenaga non kesehatan berada di rumah sakit yaitu sebesar 90,83 %. Sedangkan yang bekerja di Puskesmas sebesar 7,49 % dan 1,87% bekerja di Dinas Kesehatan.

Berikut disajikan perbandingan antara ketersediaan perjenis tenaga kesehatan dengan jumlah penduduk. Analisis akan membandingkan antara rasio yang dicapai terhadap standar tenaga kesehatan Indonesia Sehat yaitu rasio jenis tenaga per 100.000

penduduk, serta terhadap standar minimal ketersediaan tenaga kesehatan di puskesmas.

Standar indikator Indonesia Sehat yaitu rasio dokter spesialis 6 per 100.000 penduduk, rasio dokter 40 per 100.000 penduduk, rasio dokter gigi 11 per 100.000 penduduk, rasio bidan 100 per 100.000 penduduk, rasio perawat 117.5 per 100.000 penduduk, rasio tenaga gizi 22 per 100.000 penduduk, rasio tenaga kesmas 40 per 100.000 penduduk, rasio tenaga sanitasi 40 per 100.000 penduduk.

Sedangkan standar minimal ketersediaan tenaga adalah 2 dokter umum per puskesmas, 1 dokter gigi per puskesmas, 3 bidan per puskesmas, 7 perawat per puskesmas, 1 tenaga gizi per puskesmas, 1 tenaga sanitarian per puskesmas dan 1 tenaga apoteker per puskesmas.

Tabel VI.A. 3
Rasio Tenaga Kesehatan Terhadap penduduk
di Kabupaten Karawang 2015

Jenis Tenaga Kesehatan	Rasio/100.000 Penduduk
Dokter Spesialis	15,97
Dokter Umum	12,93
Dokter Gigi	4,00
Dokter Gigi Spesialis	0,26
Bidan	50,23
Perawat	90,17
Perawat Gigi	1,54
Kefarmasian	15,35
Tenaga Gizi	2,59
Kesehatan Masyarakat	2,68
Kesehatan Lingkungan	1,36
Keteknisan Medis	10,7
Fisioterapis	1,89

Berdasarkan perbandingan jumlah tenaga medis dengan penduduk Kabupaten Karawang, diketahui rasio dokter spesialis terhadap penduduk di Kabupaten Karawang mencapai 15,97 per 100.000 penduduk. Rasio ini sudah melebihi standar rasio dokter spesialis Indonesia Sehat sebesar 6 per 100.000 penduduk.

Untuk Rasio dokter umum terhadap 100.000 penduduk, Kabupaten Karawang baru mencapai angka sebesar 12,93 per 100.000 penduduk. Masih lebih rendah dibanding

dengan rasio minimal Indonesia Sehat yaitu 40/100.000 penduduk. Untuk memenuhi rasio standar tersebut masih dibutuhkan 615 tenaga dokter di Kabupaten Karawang.

Rasio dokter gigi di Kabupaten Karawang baru mencapai 4,00 per 100.000 penduduk. Masih lebih rendah dari standar Indonesia Sehat (11 per 100.000). Untuk mencapai standar Indonesia Sehat, Kabupaten Karawang masih kekurangan 159 dokter gigi baru. Sedangkan dibandingkan dengan rasio satu puskesmas satu dokter gigi, maka Kabupaten Karawang sudah memenuhi standar.

Rasio bidan per 100.000 penduduk Jawa Barat baru mencapai 50,23. Angka ini masih lebih rendah dari standar Indonesia Sehat yaitu 100 per 100.000. Meskipun demikian, bila dibandingkan dengan standar 1 puskesmas 3 bidan maka keberadaan bidan di puskesmas sudah memenuhi standar.

Untuk rasio tenaga perawat Kabupaten Karawang mencapai 90,17 per 100.000 penduduk, masih lebih rendah dari standar Indonesia Sehat 117,5 per 100.000 penduduk. Bila dibandingkan terhadap standar 7 perawat untuk 1 puskesmas, Kabupaten Karawang baru 5-7 orang perawat untuk 1 puskesmas.

Untuk rasio tenaga gizi capaian Kabupaten Karawang baru mencapai 2,59 per 100.000 penduduk, masih jauh lebih rendah dari standar Indonesia Sehat 22 per 100.000 penduduk. Demikian juga dengan rasio tenaga kesehatan masyarakat dengan kesehatan lingkungan baru mencapai 2,68 dan 1,36, masih jauh lebih rendah dibandingkan standar Indonesia Sehat yaitu 40 per 100.000 penduduk baik untuk rasio tenaga kesehatan masyarakat maupun kesehatan lingkungan.

Selain upaya penambahan tenaga kesehatan baru, juga perlu diperhatikan masalah distribusi dan pemerataan tenaga kesehatan yang sudah ada. Data tenaga kesehatan di Kabupaten Karawang selengkapnya dapat dilihat pada lampiran Profil Kesehatan 2015, pada tabel 72 sampai tabel 80.

B. SARANA KESEHATAN

1. Sarana Pelayanan Kesehatan Dasar

Jumlah Puskesmas di Kabupaten Karawang tahun 2015 tercatat sebanyak 50 buah. Terdiri dari 37 puskesmas tanpa perawatan dan 13 puskesmas dengan perawatan. Proporsi Puskesmas terhadap penduduk di Kabupaten Karawang sebesar 1 : 45.472, hal ini masih dibawah target nasional sebesar 1 : 30.000. Sedangkan jumlah Puskesmas

Pembantu tercatat sebanyak 71 buah, dengan rasio terhadap Puskesmas sebesar 1,42. tetapi tidak semua pustu berjalan sesuai dengan fungsinya karena pustu rusak berat. Rasio pustu terhadap penduduk adalah 1 pustu untuk setiap 32.022 penduduk, hal ini lebih rendah dari target nasional yaitu 1 pustu untuk 15.000 penduduk.

Jumlah posyandu tahun 2015 berjumlah 2.271 buah, bertambah 16 buah dibanding kondisi 2014. Hal ini mengindikasikan adanya peningkatan peran masyarakat dalam upaya promotif dan preventif. Jumlah puskesmas dan jejaring puskesmas selengkapny dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel VI.B.1
Jumlah Puskesmas dan Jejaring Puskesmas
Di Kabupaten Karawang Tahun 2011-2015

SARANA	2011	2012	2013	2014	2015
Puskesmas	48	50	50	50	50
Pusk Pembantu	69	69	69	70	71
Pusk Keliling + kend. Operasional	94	99	111	373	388
Posyandu	2.218	2.227	2.223	2.255	2.271

2. Sarana Pelayanan Kesehatan Dasar Swasta

Bentuk sarana pelayanan kesehatan dasar swasta yang ada di Kabupaten Karawang dapat dilihat pada table berikut:

Tabel VI.B.2
Data sarana Pelayanan Kesehatan Dasar Tahun 2011 – 2015

NO	SARANA KESEHATAN	2011	2012	2013	2014	2015
1	Klinik	-	-	-	291	297
2	Praktek Dokter Umum	608	323	179		969
3	Praktek dokter spesialis	156	79	93		246
4	Praktek dokter gigi	81	108	37	37	154
5	Praktek dokter gigi spesialis	2	2	2	2	2
6	Praktek Bidan	480	238	273	273	312

7	BKMM	1	1	1	1	1
8	Laboratorium swasta	6	6	5	8	8
9	Optikal	18	26	26	26	5
10	Gudang farmasi	1	1	1	1	1
11	Apotik	196	230	246	260	260
12	Toko obat berijin	98	96	65	65	65
13	Industri rumah tangga	-	-	109	354	521

3. Sarana Pelayanan Kesehatan Rujukan

a) Rumah Sakit

Jumlah rumah sakit di Kabupaten Karawang tahun 2015 sebanyak 20 buah, yang mencakup rumah sakit umum dan khusus milik pemerintah daerah kabupaten dan swasta.

Tabel 2.4
Jumlah Rumah sakit di Kabupaten Karawang Tahun 2011-2015

No	Sarana	Tahun				
		2011	2012	2013	2014	2015
1	RSUD Kabupaten	1	1	1	1	1
2	RS Swasta	15	15	16	18	19

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Karawang

b) Sarana Tempat Tidur

Tabel 2.5
Data Jumlah Tempat Tidur Rumah Sakit
Kab. Karawang Tahun 2011 – 2015

NO	RUMAH SAKIT	JUMLAH TEMPAT TIDUR				
		2011	2012	2013	2014	2015
1	RSUD KARAWANG	373	378	378	378	373
2	RSU DEWI SRI	119	119	119	119	160
3	RSU BAYU KARTA	128	128	128	199	199
4	RSU KARYA HUSADA				125	125
5	RSU ISLAM	88	88	88	103	105
6	RSU PROKLAMASI	72	72	72	77	90
7	RSU SARASWATI	65	65	65	70	69
8	RSU CITO	110	110	110	110	127
9	RSU DELIMA ASIH	43	43	43	70	71
10	RSU IZZA	50	50		94	106

11	RSIA DJOKO PRAMONO	25	25	25	25	36
12	RSIA CITRA SARI HUSADA				167	154
13	RSU FIKRI MEDIKA	70	70	70	100	105
14	RSU LIRA MEDIKA				44	44
15	RSU PURI ASIH				74	74
16	RSU SENTRAL MEDIKA				59	51
17	RSIA TITIAN BUNDA				76	61
18	RS SENTUL					50
19	RSU ROSELA					60
20	RSIA MITRA FAMILY					44
JUMLAH		1143	1148	1098	1890	2104

Apabila jumlah tempat tidur dibandingkan dengan jumlah penduduk di Kabupaten Karawang tahun 2015 (2.273.579 jiwa) maka satu tempat tidur melayani 1.080 penduduk. Bila ditinjau dari rasio tempat tidur dibandingkan dengan jumlah penduduk, maka masih kurang, sesuai dengan Standar WHO untuk jangkauan pelayanan rumah sakit adalah 1 tempat tidur untuk 1000 penduduk.

Kecenderungan jumlah tempat tidur (TT) rumah sakit mulai tahun 2011 sampai dengan 2015 terus meningkat. Kondisi 2011 Kabupaten Karawang mempunyai tempat tidur di rumah sakit sebanyak 1.143 buah. Dari tahun ke tahun terdapat kenaikan jumlah tempat tidur rumah sakit, pada tahun 2015 terdapat kenaikan sebanyak 944 buah (82.5%).

C. PEMBIAYAAN KESEHATAN

1. Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan memegang peranan sangat penting dalam pencapaian tujuan suatu organisasi. Demikian juga kegiatan pembangunan kesehatan di Kabupaten Karawang memerlukan sumber dana untuk upaya pencapaian tujuan pembangunan kesehatan. Sumber dana pembangunan kesehatan di Kabupaten Karawang berasal dari APBD II, APBD Provinsi, dan ABPN.

Tabel VI.C.1
Alokasi dan Realisasi Anggaran Kabupaten
Dinas Kesehatan Kabupaten Karawang Tahun 2015

No.	Uraian	Anggaran (Rp)	Realisasi (Rp)	%	Saldo (Rp)
A.	PENDAPATAN ASLI DAERAH	67.971.396.000	71.272.383.989	104,84	3.300.987.989
1.	Hasil Retribusi daerah	3.658.140.000	2.723.705.500	104,84	(934.434.500)
2.	lain-lain Pendapatan Asli Daerah yang sah	64.313.256.000	68.548.678.489	106,59	4.235.422.489
B.	BELANJA	360.496.344.245	198.934.856.794	55,18	(161.561.487.451)
1.	BELANJA TIDAK LANGSUNG	84.419.201.200	84.135.082.695	95,69	(284.118.505)
	Belanja Pegawai	84.419.201.200	84.135.082.695	99,66	(284.118.505)
2.	BELANJA LANGSUNG	276.077.143.045	114.799.774.099	41,60	(161.227.368.946)
	Belanja Pegawai	8.182.644.000	7.830.414.000		(352.230.000)
	Belanja Barang dan Jasa	166.410.148.953	93.373.185.645	56,11	(73.036.963.308)
	Belanja Modal	101.484.350.092	13.596.174.454	13,40	(87.888.175.638)

Tabel VI.C.2
Belanja Langsung Berdasarkan Sumber Anggaran Dinas Kesehatan Kab. Karawang

BELANJA	TAHUN
	2015
APBD Kabupaten (Rp)	28.156.987.932
APBD Propinsi (Rp)	58.711.501.829
DAK (Rp)	2.152.890.000
DBHCT (Rp)	88.685.223.834
Kapitasi JKN (Rp)	64.313.256.000
Pajak Rokok (Rp)	34.057.283.450
Total (Rp)	276.077.143.045

2. Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah tonggak sejarah dimulainya reformasi menyeluruh sistem jaminan sosial di Indonesia. Jaminan sosial tersebut merupakan salah satu bentuk perlindungan sosial yang diselenggarakan oleh Negara Republik Indonesia guna menjamin warganegaranya dalam memenuhi kebutuhan hidup dasar yang layak, sebagaimana tertuang dalam deklarasi PBB tentang Hak Asasi Manusia (HAM) tahun 1948 dan Konvensi ILO Nomor 102 tahun 1952.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) telah menetapkan kelembagaan yang bertanggungjawab dalam penyelenggaraan jaminan sosial dimaksud, yakni BPJS Kesehatan yang merupakan transformasi dari PT. ASKES Persero, dan BPJS Ketenagakerjaan yang merupakan transformasi dari PT. Jamsostek.

Jaminan Kesehatan Nasional sudah mulai dilaksanakan sejak tanggal 1 Januari 2014, dengan BPJS Kesehatan sebagai Penyelenggara. Jaminan Kesehatan Nasional menggantikan program-program jaminan sosial yang ada sebelumnya yang dinilai kurang berhasil memberikan manfaat yang berarti kepada penggunanya, karena jumlah pesertanya kurang, jumlah nilai manfaat program kurang memadai, dan tata kelola program yang belum efektif dan efisien.

Peserta Jaminan Kesehatan Nasional dikelompokkan secara garis besar dalam dua kategori, yakni: Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang tidak lain adalah masyarakat miskin yang preminya dibiayai oleh negara; dan Peserta bukan Penerima Bantuan Iuran (Non PBI) yang terdiri dari tiga golongan yaitu: Pekerja Penerima Upah, Pekerja Bukan Penerima Upah, dan Bukan Pekerja.

Dalam rangka pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini, banyak hal yang perlu dimantapkan oleh pemerintah daerah dalam hal ini Pemerintah Daerah Kabupaten Karawang. Pemantapan tersebut terutama yang bertujuan pada peningkatan kualitas pelayanan dan sarana prasarana Puskesmas sebagai Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) Tingkat I, baik terkait dengan aspek-aspek kredensialing institusi maupun yang berhubungan dengan aspek pengelolaan keuangan di Puskesmas dari dana kapitasi peserta JKN serta pemantapan integrasi peserta Karawang Sehat (Jaminan Kesehatan Daerah Karawang) untuk diarahkan menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional.

Tujuan penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yaitu untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin dan hampir miskin agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien. Melalui Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat diharapkan dapat menurunkan angka kematian ibu, menurunkan angka kematian bayi dan balita serta menurunkan angka kelahiran di samping dapat terlayannya kasus-kasus kesehatan bagi masyarakat miskin umumnya. Program ini telah berjalan lima tahun, dan telah memberikan banyak manfaat bagi peningkatan akses pelayanan kesehatan masyarakat miskin dan hampir miskin di puskesmas dan jaringannya serta pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Peserta Jamkesmas mendapatkan pelayanan kesehatan komprehensif dan berjenjang dari pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya hingga pelayanan kesehatan rujukan di RS.

Strategi dan kebijakan diperlukan dalam rangka menyelenggarakan segala bentuk tindakan dalam rangka mencapai tujuan, adapun strategi dan kebijakan yang dipakai adalah sebagai berikut :

- a. Undang –Undang 1945 pasal 28
- b. Undang-Undang nomor 40 Tahun 2004 tentang SSJN
- c. Pasal 170 UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- d. Undang –Undang nomor 44 tentang Rumah Sakit

- e. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat
- f. Peraturan Bupati Karawang No. 35 Tahun 2015 tentang Penggunaan Dana Kapitasi Puskesmas di Kabupaten Karawang

Tabel VI.C.3
Jumlah Penduduk Kabupaten Karawang Tahun 2008 – 2014

No	Uraian	Tahun							
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
1	JumlahPenduduk	2.051.303	2.082.143	2.127.791	2.165.996	2.199.394	2.225.383	2.250.120	
2	Komposisi Menurut Jenis Kelamin	Pria	1.039.084	1.066.648	1.096.892	1.116.586	1.130.132	1.142.884	1.154.982
		Wanita	1.012.219	1.015.495	1.030.899	1.049.410	1.069.262	1.082.499	1.095.138
3	Pertumbuhan (LPP %)	1,79	1,50	2,14	1,80				

Sumber : BPS Kabupaten Karawang

Dari data jumlah penduduk Kabupaten Karawang Tahun 2014 di atas, 24% diantaranya adalah penduduk miskin atau tidak mampu di luar kuota Jamkesmas/PBI APBN, yang menjadi sasaran utama program pelayanan Karawang Sehat.

Pemerintah daerah Kabupaten Karawang menyelenggarakan Program Jaminan Pelayanan Kesehatan yang ditujukan khusus untuk masyarakat miskin dan tidak mampu Kabupaten Karawang di luar kuota Jamkesmas.

Melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun 2015 Pemerintah Daerah Kabupaten Karawang dan Pemerintah Provinsi Jawa Barat telah mengalokasikan sejumlah dana yang ditujukan untuk memberikan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin Kabupaten Karawang di luar kuota Jamkesmas melalui program Karawang Sehat.

Pada tahun 2014, pelaksanaan program Karawang Sehat sudah dilaksanakan berbasis aplikasi Sistem Informasi Teknologi yang pengadaannya dilaksanakan pada ahir tahun 2013. System manajemen pelayanan kesehatan berupa aplikasi multi user yang terintegrasi dari awal pelayanan sampai akhir pelayanan, namun sistem aplikasi tersebut mudah untuk

dioperasikan dan berbasis IT (Information Technology) yang bertujuan untuk meningkatkan efisiensi, efektifitas dan akuntabilitas kinerja dan keuangan.

Dari hasil pelaksanaan program Karawang Sehat tahun 2015, dana pelayanan kesehatan penyelenggaraan Karawang Sehat anggaran tahun 2015 terserap 78,29% untuk pelayanan kesehatan tingkat lanjut dengan jumlah saldo sebesar Rp. **4.224.054.268,-**

Penyerapan dana Karawang Sehat tertinggi tahun 2015 adalah RSUD Karawang dengan angka 7,2M, dilanjutkan dengan RS Islam 2,8 M. Sedangkan penyerapan nihil adalah RS. Mitra Family. Penyerapan dana tersebut berbanding lurus dengan jumlah pasien yang dilayani pada rumah sakit.

Sedangkan proporsi penyerapan dana antara rumah sakit dalam daerah dan rumah sakit rujukan luar daerah, rumah sakit dalam daerah menyerap sekitar 75 % anggaran, sedangkan sisanya 25 % diseraap oleh rumah sakit luar daerah, dapat dilihat pada diagram di bawah ini.

