

TIM PENYUSUN

Pembina :

H. ALIMUDIN, S.Sos., MM., MMKes
Kepala Dinas Kesehatan Kab. Majalengka

Ketua :

Hj. ENTIN HELIATI., Bsc., S.Sos
Sekretaris Dinas Kesehatan Kab. Majalengka

Penyusun :

1	MULYANA ALAMSYAH, SKM	19750926 200012 1 005
2	TESA SHOLIH PERDANA, SKM	19860828 200901 1 002

Pengolah Data:

1	ERIKA ASTARITA TONTON, SKM	19840113 200901 2 002
2	TUNI IRBARYANTI	19660606 200701 2 021
3	SRI MULYATI	19621014 198503 2 008
4	MUMU HERMAWAN, SKM	19790507 200801 1 010
5	YANI KRISTIANI, SKM	19790823 200701 2 012
6	WARTI, S.Kep., Ners	19770409 200003 2 007
7	ANDE ENDANG AOMA ACHMAR, S.Sos	19710721 199203 1 005
8	ABUDIN MURI J, S.Sos	19630925 198609 1 001
10	TETI HERAWATI, S.Kep	19781213 200902 2 003
11	ENAN SULAKSANA, SKM	19781213 200902 2 003
12	ELI LATIPAH, S.P	19820312 200604 2 020
13	Hj. ENDEH DEDEH, SKM	19770715 200604 2 024
14	Hj. NIA ENDAH K, S.ST	19820114 200501 2 009
15	YEYET TITIN NOHYATI	19720612 200801 2 006
16	SRI PRIHATININGSIH, SKM	19720805 199903 2 005
17	SUMINAR, S.Farm, Apt	19850817 200501 2 001
18	RICKY FIRMANSYAH GUNAWAN, SKM	19861008 201001 1 005

Kontributor :

SELURUH KEPALA BIDANG DINAS KESEHATAN KAB. MAJALENGKA
SELURUH KEPALA SEKSI DINAS KESEHATAN KAB. MAJALENGKA
SELURUH KEPALA SUB BAGIAN DINAS KESEHATAN KAB. MAJALENGKA
RSUD MAJALENGKA
RSUD CIDERES
RSBK "BUDI KASIH"
BADAN PUSAT STATISTIK KAB. MAJALENGKA
BAPPEDA KABUPATEN MAJALENGKA
PALANG MERAH INDONESIA KAB. MAJALENGKA

KATA PENGANTAR

Buku Profil Kesehatan Kabupaten Majalengka Tahun 2016 merupakan salah satu bentuk penyajian data dan informasi bidang kesehatan yang diharapkan dapat digunakan sebagai alat pemantau dan juga sebagai dasar dalam membuat perencanaan ke depan.

Data dan informasi yang terdapat di dalam Profil Kesehatan ini adalah data dan informasi tahun 2016 yang ber sumber dari Puskesmas, Rumah Sakit, lintas sektor yang terkait dengan bidang kesehatan, lintas program di tingkat kabupaten dan merupakan rangkuman data dari fasilitas kesehatan sektor terkait. Indikator dan variable yang terdapat dalam Profil Kesehatan merupakan jawaban Indeks Pembangunan Manusia (IPM), Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan dan Rencana Kerja Tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka yang dibuat setiap tahun sehingga dapat digunakan sebagai alat pantau hasil kinerja sektor kesehatan dan sektor terkait.

Tim Penyusun menyadari pentingnya Profil Kesehatan yang berdasarkan “*evidence base data*” sehingga harapan untuk digunakan sebagai dasar penyusunan perencanaan dan alat pemantau bidang kesehatan dapat menjadi kenyataan. Oleh karena itu perlu dibangun kerjasama dalam membangun “Bank Data” dengan cara melakukan kerjasama dan berkoordinasi dalam hal data dan informasi baik di lingkungan Dinas Kesehatan maupun dengan sektor terkait di berbagai tingkatan administrasi.

Kami menyadari bahwa masih terdapat kekurangan dalam Buku Profil Kesehatan Tahun 2016 ini, saran dan kritik untuk menyempurnakan buku ini sangat kami harapkan.

Ucapan terima kasih disampaikan kepada semua pihak yang telah berperan aktif dalam menyumbangkan usulan, pikiran, data dan informasi dalam pembuatan Buku Profil Kesehatan tahun 2016 ini.

Majalengka, Juli 2016

H. ALIMUDIN, S.Sos., MM., MMKes
NIP. 19610910 198203 1 015

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL	iv
DAFTAR GRAFIK	vi
DAFTAR DIAGRAM	x
DAFTAR GAMBAR	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
BAB II SITUASI UMUM DAN LINGKUNGAN	7
A GAMBARAN UMUM WILAYAH	7
B KEPENDUDUKAN	11
1 Pertumbuhan Penduduk	11
2 Persebaran dan Kepadatan Penduduk	12
3 Angka Harapan Hidup	13
C SOSIAL EKONOMI	14
1 Tingkat Pendapatan dan Daya Beli	14
2 Laju Pertumbuhan Ekonomi	15
4 Tingkat Pendidikan	17
D LINGKUNGAN FISIK	18
1 Pusat Kegiatan Perkotaan	22
2 Pusat Kegiatan Perdesaan	23
BAB III SITUASI DERAJAT KESEHATAN	27
A KESAKITAN	27
1 Gambaran Umum Masalah Kesakitan	27
3 Penyakit Tidak Menular	30
B KEMATIAN	32
1 Kematian Ibu	33
2 Kematian Bayi	41
C STATUS GIZI	46
1 Status Gizi Balita	46
2 Pemantauan Pertumbuhan (SKDN)	48
3 Asi Eksklusif	55
4 Ibu Hamil KEK dan Ibu Hamil Anemia	57
5 Bulan Penimbangan Balita	61
6 Penanganan Balita Gizi Buruk	66

BAB IV	SITUASI UPAYA KESEHATAN	71
	A LAYANAN KESEHATAN	71
	1 Kesehatan Ibu dan Anak	71
	2 Gizi	89
	3 Imunisasi	101
	4 Peromosi Kesehatan	109
	5 Keadaan Lingkungan	111
	B STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)	113
BAB V	SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN	116
	A SARANA KESEHATAN	116
	1 Puskesmas	117
	2 Puskesmas Pembantu	127
	3 Puskesmas Keliling	127
	4 Posyandu	127
	5 Laboratorium Kesehatan Daerah (LABKESDA)	127
	B TENAGA KESEHATAN	128
	C PEMBIAYAAN KESEHATAN	131
BAB VI	KESIMPULAN	134
BAB VII	PENUTUP	137
LAMPIRAN – LAMPIRAN		

Tabel Profil Kesehatan Tahun 2016

DAFTAR TABEL

Tabel	Judul Tabel	Hal
2.1	Nama Kecamatan dan Jumlah Desa/Kelurahan di Kabupaten Tahun 2016	8
2.2	Komposisi Penduduk Menurut Kelompok Umur di Tahun 2012 s.d. 2016	12
2.3	Angka Harapan Hidup (AHH) Kabupaten Majalengka Tahun 2015-2016	13
2.4	Pengeluaran Konsumsi Rumah Tangga Per Kapita Kabupaten Majalengka Tahun 2009-2012	14
2.5	Pengeluaran Konsumsi Non Makanan Per Kapita Kabupaten Majalengka Tahun 2009-2012	15
2.6	PDRB Kabupaten Majalengka Tahun 2008-2012	16
2.7	Persentase Penduduk Usia 10 Tahun ke Atas Menurut Jenjang Pendidikan Yang Ditamatkan Di Kabupaten Majalengka Tahun 2009-2012	17
2.8	Potensi Air Permukaan di Kabupaten Majalengka	18
2.9	Potensi Air Bawah Tanah di Kabupaten Majalengka	19
2.10	Perkembangan Penggunaan Lahan Kabupaten Majalengka Tahun 2007-2011	21
2.11	Sistem Pusat Kegiatan Perkotaan dan Perdesaan Kabupaten Majalengka	24
3.1	Pola Penyakit Rawat Jalan Kelompok Umur 15 – 44 Tahun Puskesmas Kabupaten Majalengka Tahun 2016	27
3.2	Pola Penyakit Rawat Jalan Kelompok Umur 15-44 tahun di RSUD Cideres Kabupaten Majalengka Tahun 2016	28
3.3	Pola Penyakit Rawat Jalan Kelompok Umur 15-44 tahun di RSUD Majalengka Kabupaten Majalengka Tahun 2016	29
3.4	Jenis Pemeriksaan Penyakit Tidak Menular Di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka Tahun 2016	30

3.5	Kematian Ibu Menurut Penyebab Tahun 2012 – 2016 Di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kab. Majalengka	37
3.6	Angka Kematian Ibu (yang dilaporkan) di Majalengka Tahun 2005 – 2016	40
4.1	Jumlah Klasifikasi Penemuan MTBS Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016	86
4.2	Cakupan Pemantauan Gizi Balita di Kabupaten Majalengka Tahun 2010 – 2016	90
4.3	Analisa Komposit SKPG	100
4.4	Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI) Serius Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016	106
4.5	Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI) Non Serius Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016	107
4.6	Standard Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten Majalengka Tahun 2014 s.d 2016	114
5.1	Distribusi Sarana Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Majalengka Tahun 2016	116
5.2	Kunjungan Rawat Jalan Puskesmas Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016	119
5.3	Kunjungan Rawat Inap Puskesmas Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016	122
5.4	Distribusi Tenaga Kesehatan Di Unit Pelayanan Kabupaten Majalengka Tahun 2016	129
5.5	Rasio Sumberdaya Kesehatan Terhadap Penduduk Tahun 2016	130
5.6	Standar Target Rasio Kebutuhan SDM Kesehatan Tahun 2014, 2019 dan 2025 Berdasarkan Kepmenko Bidang Kesra No. 54 Tahun 2013	131
5.7	Jumlah Biaya Kesehatan Menurut Sumber di Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka Tahun 2015	132
6.1	Indeks Pembangunan Manusia (IPM) di Kabupaten Majalengka Tahun 2015–2016	136

DAFTAR GRAFIK

Grafik	Judul Grafik	Hal
2.1	Data Perkembangan Curah Hujan Kabupaten Majalengka Tahun 2008 – 2012	20
3.1	Cakupan Pelayanan Kesehatan Jiwa Di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka Tahun 2016	32
3.2	Trend Kematian Ibu dan Bayi Tahun 2009-2016 Di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kab. Majalengka	35
3.3	Sebaran Persentase Status Gizi Berdasarkan Indikator IMT/U Hasil Kegiatan TBABS Terintegrasi dengan Kegiatan UKS di Kabupaten Majalengka Tahun 2014, 2015 dan 2016	47
3.4	Cakupan D/S Berdasarkan Sasaran Ril Per Puskesmas Di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kab. Majalengka Tahun 2016	49
3.5	Cakupan D/S Berdasarkan Sasaran Ril Di Kab. Majalengka Tahun 2012-2016	50
3.6	Cakupan K/S Berdasarkan Sasaran Ril Di Kab. Majalengka Tahun 2016	51
3.7	Cakupan N/D Berdasarkan Sasaran Riil Per Puskesmas Di Kab. Majalengka Tahun 2016	52
3.8	Cakupan N/S Berdasarkan Sasaran Riil Per Puskesmas Di Kab. Majalengka Tahun 2016	53
3.9	Prevalensi BGM/D Per Puskesmas Di Kab. Majalengka Tahun 2016	54
3.10	Prevalensi BGM/D Per Puskesmas Di Kab. Majalengka Tahun 2012 - 2016	55
3.11	Cakupan ASI Eksklusif Berdasarkan Sasaran Ril Di Kab. Majalengka Tahun 2016	56
3.12	PWS Prevalensi Bumil KEK Di Kab. Majalengka Tahun 2016	58
3.13	Presentase Bumil KEK Di Kab. Majalengka Tahun 2012-2016	59
3.14	Prevalensi Bumil Anemia Per Puskesmas Di Kab. Majalengka Tahun 2016	60

3.15	Presentase Bumil Anemia Di Kab. Majalengka Tahun 2012-2016	61
3.16	Presentasi Balita Sangat Kurus Berdasarkan Standar BB/TB Hasil Bulan Penimbangan Balita Per Puskesmas Di Kab. Majalengka Tahun 2016	62
3.17	Presentase Balita Kurus Berdasarkan Standar BB/TB Hasil Bulan Penimbangan Balita Per Puskesmas Di Kab. Majalengka Tahun 2016	63
3.18	Presentase Balita Gemuk Berdasarkan Standar BB/TB Hasil Penimbangan Bulan Penimbangan Balita Per Puskesmas Di Kab. Majalengka Tahun 2016	64
3.19	Prevalensi Status Gizi Balita berdasarkan Indikator Standar BB/TB Hasil Bulan Penimbangan Balita di Kabupaten Majalengka Tahun 2014 sampai dengan Tahun 2016	65
3.20	Prevalensi Status Gizi Balita berdasarkan Indikator Standar BB/U Hasil Bulan Penimbangan Balita di Kabupaten Majalengka Tahun 2014 sampai dengan Tahun 2016	66
4.1	Cakupan Kunjungan Ibu Hamil (K1) Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016	72
4.2	Cakupan Kunjungan Ibu Hamil (K4) Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016	74
4.3	Cakupan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan Di Kabupaten Majalengka 2016	75
4.4	Cakupan Komplikasi Kebidanan Ditangani Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016	76
4.5	Cakupan Pelayanan Nifas (KF3) Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016	77
4.6	Cakupan Kunjungan Neonatal Dini (KN1) Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016	79
4.7	Perbandingan KN1, Vit K1 Dan HB 0 Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016	80
4.8	Cakupan Kunjungan Neonatal Lengkap Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016	81

4.9	PWS Cakupan Komplikasi Neonatal Ditangani Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016	83
4.10	PWS Cakupan Pelayanan Kesehatan Bayi Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016	84
4.11	Cakupan Pelayanan Kesehatan Anak Balita Tahun 2016	85
4.12	PWS Cakupan Peserta KB Aktif Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016	87
4.13	Cakupan Kegagalan Kontrasepsi Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016	88
4.14	Cakupan Pemberian Vit A Bayi (6-11 bulan) Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016	91
4.15	Cakupan Pemberian Vit A Balita (12-59 bulan) Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016	92
4.16	Cakupan Pemberian Vit A Pada Ibu Nifas Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016	93
4.17	Cakupan Rumah Tangga Dengan Kategori Garam Beryodium Baik Di Kabupaten Majalengka Tahun 2014, 2015 dan 2016	94
4.18	Cakupan Pemantauan Kadarzi Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016	95
4.19	Sebaran Status Gizi Sangat Kurus dan Kurus Berdasarkan IMT/U Hasil Kegiatan TBABS Terintegrasi dengan UKS Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016	97
4.20	Cakupan Pemberian Tablet Tambah Darah Remaja Putri Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016	99
4.21	Jangkauan Program Imunisasi Di Kabupaten Majaengka Tahun 2016	101
4.22	Tingkat Perlindungan Program Imunisasi Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016	102
4.23	Masalah Program Imunisasi Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016	103
4.24	Pencapaian UCI Desa Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016	104
4.25	Pencapaian Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016	105

4.26	Jumlah Kasus KIPI Serius Di Kabupaten Majalengka Tahun 2012 – 2016	107
4.27	Perbandingan Rumah Tangga Sehat Di Kabupaten Majalengka Tahun 2015 dan 2016	110
5.1	Kunjungan Rawat Jalan Puskesmas Di Kabupaten Majalengka Tahun 2012 - 2016	118
5.2	BOR Puskesmas Dengan Tempat Perawatan (DTP) Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016	123
5.3	Pemanfaatan Puskesmas Mampu PONED Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016	125
5.4	Pemanfaatan Pelayanan Bayi di Puskesmas Mampu PONED Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016	125
5.5	Perbandingan Pasien Yang Datang dengan Yang Dirujuk Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016	126

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Judul Gambar	Hal
2.1	Peta Administrasi Kabupaten Majalengka Tahun 2016	10
5.1	Wilayah Kerja Puskesmas Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016	117

DAFTAR DIAGRAM

Diagram	Judul Diagram	Hal
3.1	Kematian Menurut Penyebab Tahun 2016 Di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kab. Majalengka	36
3.2	Kematian Bayi Berdasarkan Umur Tahun 2016 Di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kab. Majalengka	43
3.3	Kematian Neonatal 0-28 Hari Berdasarkan Penyebab Di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kab. Majalengka Tahun 2016	44
3.4	Penyebab Kematian Bayi 29 hr-11 bulan Di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kab. Majalengka Tahun 2016	45
3.5	Prosentase Kematian Balita Berdasarkan Penyebab Di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kab. Majalengka Tahun 2016	68
3.6	Kasus gizi buruk berdasarkan pertumbuhannya Januari-desember 2016 Di kabupaten majalengka	67
3.7	Kasus gizi buruk baru berdasarkan berat badan lahir Di kabupaten majalengka Tahun 2016	68
3.8	Kasus gizi buruk baru berdasarkan tanda klinis Di kabupaten majalengka Tahun 2016	69
3.9	Kasus gizi buruk baru berdasarkan penyakit penyerta Di kabupaten majalengka Tahun 2016	70

BAB I

PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan merupakan bagian dari pembangunan yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pembangunan kesehatan tersebut merupakan upaya seluruh potensi bangsa Indonesia baik masyarakat, swasta, maupun pemerintah.

Indikator utama dari pencapaian visi tersebut adalah Indeks Pembangunan Manusia (IPM) yang merupakan indikator tingkat kesejahteraan rakyat. IPM merupakan muara dari indikator makro lainnya yang menunjukkan dampak menyeluruh dari upaya pembangunan yang dilaksanakan. Komponen IPM antara lain AHH (Angka Harapan Hidup), AMH (Angka Melek Huruf), RLS (Rata-rata Lama Sekolah), dan PPP (*Purchasing Power Parity*) atau daya beli.

Untuk menentukan peringkat kabupaten/kota dalam pembangunan kesehatan disusunlah Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) yaitu indikator komposit yang menggambarkan kemajuan pembangunan kesehatan. Ada 24 indikator kesehatan yang digunakan dalam IPKM dengan nilai korelasi UHH yang tertinggi. Indikator kesehatan tersebut adalah prevalensi balita gizi buruk dan kurang, prevalensi balita sangat pendek dan pendek, prevalensi balita sangat kurus dan kurus, prevalensi balita gemuk, prevalensi diare, prevalensi pnemonia, prevalensi hipertensi, prevalensi gangguan mental, prevalensi asma, prevalensi penyakit gigi dan mulut, prevalensi disabilitas, prevalensi cedera, prevalensi penyakit sendi, prevalensi ISPA, proporsi perilaku cuci tangan, proporsi merokok tiap hari, akses air bersih, akses sanitasi, cakupan persalinan oleh nakes, cakupan pemeriksaan neonatal-1, cakupan imunisasi lengkap, cakupan penimbangan balita, ratio Dokter/Puskesmas, dan ratio bidan/desa.

UNDP (United Nation Development Programme) mendefinisikan pembangunan manusia sebagai suatu proses untuk memperluas pilihan-pilihan bagi penduduk. Dalam konsep tersebut penduduk ditempatkan sebagai tujuan akhir (*the ultimated end*) sedangkan upaya pembangunan dipandang sebagai sarana (*principal means*) untuk mencapai tujuan itu.

Untuk menjamin tercapainya tujuan pembangunan manusia, empat hal pokok yang perlu diperhatikan adalah produktivitas, pemerataan, kesinambungan, pemberdayaan. Secara ringkas empat hal pokok tersebut mengandung prinsip-prinsip sebagai berikut :

a. Produktivitas

Penduduk harus dimampukan untuk meningkatkan produktivitas dan berpartisipasi penuh dalam proses penciptaan pendapatan dan nafkah. Pembangunan ekonomi, dengan demikian merupakan himpunan bagian dari model pembangunan manusia.

b. Pemerataan

Penduduk harus memiliki kesempatan yang sama untuk mendapatkan akses terhadap semua sumber daya ekonomi dan sosial. Semua hambatan yang memperkecil kesempatan untuk memperoleh akses tersebut harus dihapus, sehingga mereka dapat mengambil manfaat dan berpartisipasi dalam kegiatan produktif yang dapat meningkatkan kualitas hidup.

c. Kesinambungan

Akses terhadap sumber daya ekonomi dan sosial harus dipastikan tidak hanya untuk generasi saat ini, tetapi juga generasi yang akan datang. Semua sumber daya fisik, manusia, dan lingkungan harus selalu diperbaharui.

d. Pemberdayaan

Penduduk harus berpartisipasi penuh dalam keputusan dan proses yang akan menentukan (bentuk/arah) kehidupan mereka, serta untuk berpartisipasi dan mengambil manfaat dari proses pembangunan.

Dalam upaya mencapai Visi Kabupaten Majalengka yaitu “**MAJALENGKA MAKMUR**” Makmur secara harfiah bermakna sejahtera, berkecukupan secara material dan agamis secara spriritual atau tatanan kehidupan yang rakyatnya mendapatkan kebahagiaan jasmani dan rohani sehubungan telah terpenuhi kebutuhannya.

Adapun definisi operasional atau yang dimaksud dengan MAJALENGKA MAKMUR dalam Visi kami adalah : “Terwujudnya suatu tatanan masyarakat, pemerintahan, dan pembangunan Majalengka yang Maju, Aman, Kondusif, Mandiri, Unggul, dan Religius” dalam arti :

- Maju : Berada di depan dibanding daerah-daerah lain dilihat dari aspek pendidikan, kesehatan, perekonomian, infrastruktur, tata kelola pemerintahan, keagamaan dan berbagai sendi kehidupan lainnya dengan tetap memperhatikan aspek-aspek pembangunan berkelanjutan;
- Aman : Kondisi daerah yang bebas dari ancaman, gangguan, ketakutan, dan konflik sosial tanpa adanya diskriminasi terhadap golongan tertentu;
- Kondusif : Situasi yang mendukung untuk berinvestasi, nyaman, disertai kualitas pelayanan aparatur yang bebas korupsi, kolusi, dan nepotisme (KKN) agar tercipta pembangunan yang seimbang di berbagai sektor;
- Mandiri : Mampu meningkatkan kemampuan daerah untuk menyelenggarakan seluruh urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah dengan tidak sepenuhnya bergantung kepada bantuan pemerintah yang lebih atas;
- Unggul : Memiliki daya saing yang tinggi berfokus pada kepemilikan sumber daya alam berlimpah, sumber daya manusia berkualitas, dan inovatif dengan memanfaatkan ilmu pengetahuan dan teknologi (IPTEK);
- Religius : Seluruh aktivitas kehidupan masyarakat Kabupaten Majalengka dijiwai oleh nilai-nilai keagamaan, mampu menjalankan dan mengamalkan ajaran agama dengan didukung sarana dan prasarana keagamaan yang memadai.

Sebagai salah satu pelaku pembangunan kesehatan, maka dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan Dinas Kesehatan harus dengan seksama memperhatikan dasar-dasar pembangunan kesehatan sebagai tercantum dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) dan Visi Kabupaten Majalengka khususnya dalam point MAJU. Untuk itu Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka membuat Visi yaitu **“Terwujudnya Masyarakat yang Mandiri Untuk Hidup Sehat Menuju Kabupaten Majalengka MAKMUR”** dan Misi sebagai upaya dalam mendukung tercapainya Visi Kabupaten Majalengka, diantaranya adalah :

1. Meningkatkan kuantitas dan kualitas pelayanan kesehatan yang terjangkau dan merata kepada seluruh masyarakat.
2. Meningkatkan ketersediaan tenaga kesehatan yang proporsional dan profesional.

3. Mengembangkan manajemen pelayanan kesehatan untuk peningkatan akuntabilitas publik.
4. Meningkatkan sinergitas upaya pembangunan kesehatan di antara sektor terkait.
5. Mendorong kemandirian individu, keluarga dan masyarakat untuk mampu hidup sehat.

Tahun 2016 ini merupakan tahun ketiga dari RPJMD tahun 2014 – 2018 Kabupaten Majalengka dimana target capaian pembangunan kesehatan yang telah ditetapkan di dalam RPJMD tersebut harus dapat dievaluasi ketercapaiannya.

Pada tahun 2016 berbagai upaya untuk mencapai Visi Dinas Kesehatan telah banyak dilakukan, namun tentunya masih banyak kendala yang berimbas pada masih rendahnya indikator pembangunan bidang kesehatan. Hal tersebutlah yang menjadi pekerjaan rumah bagi kita semua untuk lebih meningkatkan upaya dan kerjasamanya pada tahun-tahun mendatang.

Hal yang perlu menjadi perhatian kita bersama pada masa mendatang adalah mengedepankan pendekatan keluarga sehat atau pada saat ini dikenal dengan program PROKESGA dimana puskesmas melakukan pendekatan keluarga di wilayah kerjanya melalui kunjungan rumah sehingga setiap anggota Rumah Tangga dapat terpantau kondisi kesehatannya. Pendekatan keluarga merupakan strategi pendekatan pelayanan terintegrasi antara Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) yang didasari oleh data dan informasi profil kesehatan keluarga melalui kunjungan rumah.

Dengan pendekatan keluarga diharapkan Puskesmas dapat menangani masalah-masalah kesehatan dengan pendekatan siklus hidup (life cycle) dari mulai ibu hamil, bersalin, nifas, bayi, balita, anak-anak, remaja, dewasa, dan lansia. Dengan demikian, upaya mewujudkan Keluarga Sehat menjadi titik awal terwujudnya masyarakat sehat. Hal ini berarti pula bahwa keberhasilan upaya membina PHBS di keluarga merupakan kunci bagi keberhasilan upaya menciptakan kesehatan masyarakat.

Salah satu sarana yang dapat digunakan untuk melaporkan hasil pemantauan kegiatan pembangunan kesehatan serta penyelenggaraan pelayanan minimal pada tahun 2016 di Kabupaten Majalengka adalah buku Profil Kesehatan Kabupaten. Profil kesehatan merupakan salah satu paket penyajian data/informasi kesehatan yang relative

komprehensif, terbit setiap tahun sejak tahun 1985 berisi berbagai data/informasi mengenai :

- Derajat Kesehatan
- Hasil upaya kesehatan
- Sumber daya kesehatan
- Data umum dan lingkungan (geografis, administrasi, kependudukan, sosek dll)

Banyak pihak yang mengkritiknya, karena memang belum mampu memenuhi harapan semua pihak dimana data belum berkualitas dan terlambat terbit. Namunpun demikian kehadirannya selalu ditunggu. Untuk itu perlu ditingkatkan kualitasnya dan dapat terbit lebih cepat.

Penyusunan Profil kesehatan menyajikan data secara aktual dan faktual pada tahun 2016, atas cita – cita dan harapan kita selama ini tentang pembangunan kesehatan sekaligus menggambarkan evaluasi serta kajian dari permasalahan yang terjadi dalam upaya mencapai pembangunan kesehatan di Kabupaten Majalengka selama kurun waktu tersebut. Dengan demikian Profil Kesehatan Kabupaten Majalengka yang terbit sekali dalam setahun diharapkan dapat dijadikan sebagai alat potret Kabupaten Majalengka bidang kesehatan selama tahun 2016, serta menjadi salah satu acuan Pemerintah Daerah dalam mengambil kebijakan kesehatan dan atau dalam rangka menyusun rencana pembangunan kesehatan pada tahun berikutnya.

Garis besar sistematika Penulisan Profil ini adalah :

BAB I	PENDAHULUAN
BAB II	GAMBARAN UMUM
BAB III	SITUASI DERAJAT KESEHATAN
BAB IV	SITUASI UPAYA KESEHATAN
BAB V	SITUASI SUMBERDAYA KESEHATAN
BAB VI	KESIMPULAN
BAB	PENUTUP

Lampiran – Lampiran

Analisa data dalam profil ini dilakukan dengan menggunakan beberapa pendekatan analisis ; **Analisis Deskriptif** yaitu upaya menggambarkan / menjelaskan

data yang terdapat di tabel sesuai dengan karakteristik data yang di tampilkan, termasuk angka rata-rata, angka minimum dan maksimum; **Analisis Komparatif** yaitu upaya menjelaskan data dengan membandingkan karakteristik data wilayah yang satu dengan wilayah lainnya atau perbandingan data antar waktu antar jenis kelamin antar kelompok umur; **Analisis Kecenderungan** yaitu upaya untuk menjelaskan data dengan membandingkan data antar waktu dalam periode yang relative panjang; dan **Analisis Hubungan** adalah upaya menjelaskan hubungan antar variable yang satu dengan yang lainnya.

BAB II

SITUASI UMUM DAN LINGKUNGAN

A. GAMBARAN UMUM WILAYAH

Kabupaten Majalengka merupakan salah satu kabupaten di wilayah Provinsi Jawa Barat, memiliki luas 1.204,24 Km² atau 3,25% dari luas wilayah daratan Provinsi Jawa Barat (37.095,28 Km²), dengan batas wilayah sebagai berikut :

- a. Sebelah Utara, berbatasan dengan Kabupaten Indramayu;
- b. Sebelah Timur, berbatasan dengan Kabupaten Cirebon dan Kuningan, sebagaimana yang telah ditetapkan dalam Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 246 Tahun 2004 tentang Batas Wilayah Kabupaten Cirebon Provinsi Jawa Barat, dan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 14 Tahun 2009 tentang Batas Daerah Kabupaten Kuningan Provinsi Jawa Barat;
- c. Sebelah Selatan, berbatasan dengan Kabupaten Ciamis dan Tasikmalaya;
- d. Sebelah Barat, berbatasan dengan Kabupaten Sumedang, sebagaimana yang telah ditetapkan dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2008 tentang Batas Daerah Kabupaten Sumedang Provinsi Jawa Barat.

Secara Geografis Kabupaten Majalengka terletak di bagian Timur Provinsi Jawa Barat yaitu bagian Barat antara 108° 03'-108° 19' Bujur Timur, bagian Timur 108° 12'-108° 25' Bujur Timur, bagian Utara antara 6° 36'-6° 58' Lintang Selatan dan bagian Selatan 6° 43' -7° 03' Lintang Selatan.

Secara administratif, wilayah Kabupaten Majalengka terdiri dari 26 Kecamatan, 13 kelurahan dan 330 desa dapat dilihat pada Tabel 2.1. sebagai berikut :

Tabel 2.1.
Nama Kecamatan dan Jumlah Desa/Kelurahan
di Kabupaten Majalengka Tahun 2016

No.	Nama Kecamatan	Jumlah Desa	Jumlah Kelurahan	No.	Nama Kecamatan	Jumlah Desa	Jumlah Kelurahan
1.	Majalengka	5	9	14.	Sindangwangi	10	-
2.	Panyingkiran	9	-	15.	Sukahaji	13	-
3.	Kadipaten	7	-	16.	Sindang	7	-
4.	Dawuan	11	-	17.	Cigasong	6	4
5.	Kasokandel	10	-	18.	Maja	18	-
6.	Kertajati	14	-	19.	Argapura	14	-
7.	Jatitujuh	15	-	20.	Banjaran	13	-
8.	Jatiwangi	16	-	21.	Talaga	17	-
9.	Palasah	13	-	22.	Cikijing	15	-
10.	Ligung	19	-	23.	Cingambul	13	-
11.	Sumberjaya	15	-	24.	Bantarujeg	13	-
12.	Leuwimunding	14	-	25.	Lemahsugih	19	-
13.	Rajagaluh	13	-	26.	Malausma	11	-
Jumlah		Kecamatan				26	
		Desa				330	
		Kelurahan				13	

Sumber : Kabupaten Majalengka Dalam Angka, Tahun 2013

Topografis Kabupaten Majalengka secara umum dapat dibedakan menjadi 3 (tiga) bagian yaitu : landai atau dataran rendah (0 – 15 persen), berbukit bergelombang (15 – 40 persen) dan perbukitan terjal (>40 persen). Sebesar 13,21 persen dari luas wilayah Kabupaten Majalengka berada pada kemiringan lahan di atas 40 persen, 18,53 persen berada dalam kelas kemiringan lahan 15 - 40 persen, dan 68,26 persen berada pada kelas kemiringan lahan 0 - 15 persen. Kondisi bentang alam yang melandai ke daerah Barat Laut, menyebabkan sebagian besar aliran sungai dan mata air mengalir

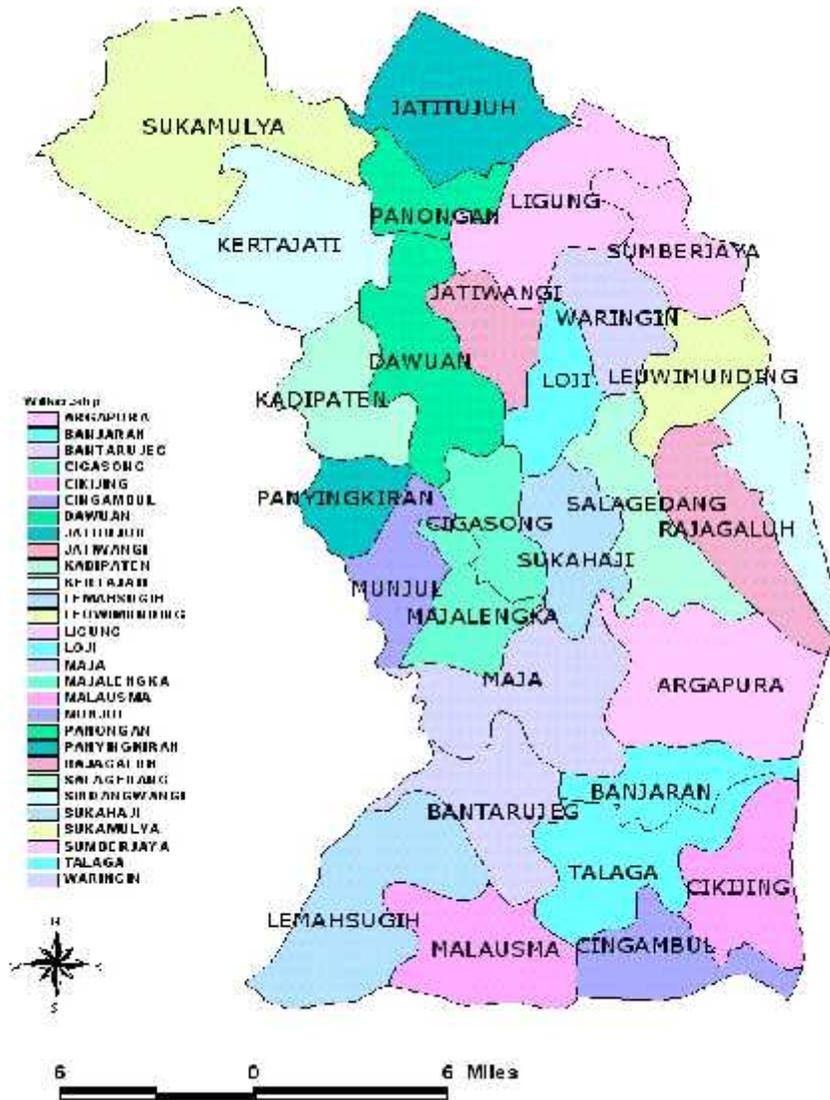
ke arah Utara, sehingga pada wilayah bagian Utara Kabupaten Majalengka terdapat banyak persawahan. Perbukitan dengan lereng yang curam terdapat di lereng Gunung Ciremai dan daerah lereng Gunung Cakrabuana. Kondisi topografis ini sangat berpengaruh terhadap pemanfaatan ruang dan potensi pengembangan wilayah, juga menyebabkan dampak yang mengakibatkan terdapatnya daerah yang rawan terhadap gerakan tanah yaitu daerah yang mempunyai kelerengan curam.

Adapun distribusi ketiga topografi yang ada di Kabupaten Majalengka sebagaimana disebutkan di atas, adalah sebagai berikut :

1. Dataran rendah, mempunyai kemiringan tanah antara 0-15%, meliputi semua kecamatan yang ada di Kabupaten Majalengka. Kecamatan yang mempunyai kemiringan 0-15% seluruh wilayahnya terdiri atas Kecamatan Cigasong, Jatitujuh, Jatiwangi, Kadipaten, Kertajati, Ligung, dan Palasah.
2. Berbukit gelombang, kemiringan tanahnya berkisar antara 15%-40%, meliputi Kecamatan Argapura, Banjaran, Bantarujeg, Malausma, Cikijing, Cingambul, Dawuan, Kasokandel, Lemahsugih, Maja, Majalengka, Rajagaluh, Sindangwangi, Sukahaji, Sindang, dan Talaga.
3. Perbukitan terjal, kemiringan tanahnya >40%, meliputi daerah sekitar Gunung Ciremai, Kecamatan Argapura, Banjaran, Bantarujeg, Malausma, Cikijing, Cingambul, Lemahsugih, Leuwimunding, Maja, Majalengka, Panyingkiran, Rajagaluh, Sindangwangi, Sukahaji, Sindang, Sumberjaya, dan Talaga.

Sedangkan berdasarkan ketinggian, wilayah Kabupaten Majalengka diklasifikasikan dalam 3 (tiga) klasifikasi utama yaitu dataran rendah (0 - 100 m dpl), dataran sedang (>100 - 500 m dpl) dan dataran tinggi (> 500 m dpl). Dataran rendah sebesar 42,21 persen dari luas wilayah, berada di Wilayah Utara Kabupaten Majalengka, dataran sedang sebesar 20,82 persen dari luas wilayah, umumnya berada di Wilayah Tengah, dan dataran tinggi sebesar 36,97 persen dari luas wilayah, mendominasi Wilayah Selatan Kabupaten Majalengka, termasuk di dalamnya wilayah yang berada pada ketinggian di atas 2.000 m dpl yaitu terletak di sekitar kawasan kaki Gunung Ciremai.

Gambar 2.1
Peta Administrasi
Kabupaten Majalengka Tahun 2016



Berdasarkan sebaran dan struktur batuanannya, **kondisi geologis** Kabupaten Majalengka meliputi: *Aluvium* seluas 17.162 Ha (14,25%), *Pleistocene Sedimentary Facies* seluas 13.716 Ha (13,39%), *Miocene Sedimentary Facies* seluas 23,48 Ha (19,50%), *Undifferentiated Volcanic Product* seluas 51.650 Ha (42,89%), *Pliocene Sedimentary Facies*, seluas 3.870 Ha (3,22%), *Liparite Dacite* seluas 179 Ha (0,15%), *Eosene*, seluas 78 Ha (0,006%), *Old Quaternary Volcanic Product* seluas 10.283 Ha (8,54%). Kondisi geologi Kabupaten Majalengka juga terdapat formasi Sesar Baribis yang berpotensi menyebabkan patahan rawan gempa, terutama untuk daerah Selatan dan Timur.

B. KEPENDUDUKAN

1. Pertumbuhan Penduduk

Sumberdaya manusia atau aspek kependudukan di Kabupaten Majalengka mencakup data jumlah dan perkembangan penduduk, kepadatan penduduk dan sebarannya, kecenderungan konsentrasi penduduk, struktur penduduk menurut mata pencaharian serta tingkat angkatan kerja dan orientasi pergerakan penduduk.

a) Jumlah dan Perkembangan Penduduk

Jumlah penduduk Kabupaten Majalengka pada Tahun 2016 berdasarkan pencatatan Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil adalah 1.250.180 jiwa. Sedangkan menurut perhitungan estimasi BPS Pusat melalui Kementerian Kesehatan RI tahun 2016 adalah sebesar 1.188.004 jiwa yang dihitung berdasarkan sensus penduduk tahun 2010 dengan Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP) 0,4%. Pertumbuhan jumlah penduduk tersebut tergolong ideal jika dibandingkan dengan target capaian pada RPJPD Kabupaten Majalengka yaitu pada tingkat LPP 0,80%. Untuk lebih jelasnya jumlah penduduk, LPP, dan Kepadatan penduduk dapat dilihat pada Tabel 2.7., sebagai berikut :

Tabel 2.2
Komposisi Penduduk Menurut Kelompok Umur
di Kabupaten Majalengka dari Tahun 2012 s.d. 2016

Kelompok Umur	2012 (%)	2013 (%)	2014 (%)	2015 (%)	2016 (%)
Muda (0-14 thn)	26,40	27,16	27,16	25,55	25,54
Produktif (15-64 thn)	65,05	65,69	65,69	66,88	66,87
Tua (65 thn)	8,55	7,15	7,15	7,57	7,61
Jumlah	100	100	100	100	100

Sumber : Tabel 2 Profile Kesehatan Tahun 2012 - 2016

Perubahan komposisi penduduk berdasarkan Kelompok Usia dimana terdapat peningkatan kelompok usia tua. Dari komposisi penduduk tersebut di atas dapat dilihat angka ketergantungan (*dependency ratio*) sebagai berikut :

$$\frac{25,54+7,61}{66,87} \times 100 = 49,58$$

Berdasarkan hasil perhitungan tersebut dapat diinterpretasikan bahwa besar beban tanggungan kelompok usia produktif atas penduduk usia non produktif adalah sebesar 49,58. Hal tersebut menunjukkan bahwa angka ketergantungan usia produktif di Kabupaten Majalengka masih tinggi (>40).

b) **Karakteristik Penduduk Berdasarkan Mata Pencaharian**

Karakteristik penduduk Kabupaten Majalengka dilihat dari struktur penduduk (usia 15 tahun ke atas) menurut mata pencaharian pada tahun 2013 masih dominan bekerja pada sektor pertanian sebesar 34,40%, dengan kata lain bahwa sektor pertanian masih menjadi sumber pendapatan utama bagi sebagian penduduk Kabupaten Majalengka. Sektor kedua yang menjadi sumber mata pencaharian adalah perdagangan, yaitu sebesar 25,01

2. Persebaran dan Kepadatan Penduduk

Berdasarkan Sensus Penduduk tahun 2010 rata-rata tingkat kepadatan penduduk Kabupaten Majalengka mencapai 969 jiwa/km², pada tahun 2016 tingkat kepadatan

mencapai 986,52 jiwa/km². Kecamatan Jatiwangi merupakan wilayah yang memiliki kepadatan penduduk tertinggi dengan jumlah kepadatan sebesar 2.101 jiwa/Km², sedangkan kecamatan yang paling rendah kepadatan penduduknya adalah Kecamatan Kertajati yaitu 311 jiwa/km².

3. Angka Harapan Hidup (AHH)

Tujuan utama pembangunan manusia dalam aspek kesehatan adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan manusia, sehingga dapat hidup sehat dan berumur panjang. Pengukuran taraf kesehatan tersebut adalah dengan menghitung angka harapan hidup saat lahir (e0). Angka Harapan Hidup (AHH) merupakan rata-rata perkiraan banyaknya tahun yang akan ditempuh oleh seseorang selama hidup. AHH dihitung dengan menggunakan metode tidak langsung yaitu banyaknya anak lahir hidup dan banyaknya anak masih hidup.

Tabel 2.3
Angka Harapan Hidup (AHH)
Kabupaten Majalengka Tahun 2015-2016

No.	Tahun	Angka Harapan Hidup (Tahun)
1.	2015	69,06
2.	2016	69,22

Sumber : BPS Provinsi Jawa Barat, Kabupaten Majalengka,

Pada tahun 2015-2016 secara umum AHH penduduk Kabupaten Majalengka mengalami peningkatan dari 69,06 tahun pada tahun 2015 menjadi 69,22. Dalam 1 tahun terjadi peningkatan AHH sebanyak 0,16 per tahun. Peningkatan tersebut cukup signifikan dan berpengaruh dalam pertumbuhan IPM di Kabupaten Majalengka.

C. SOSIAL EKONOMI

1. Tingkat Pendapatan Dan Daya Beli

Pengeluaran Konsumsi RumahTangga. Indikator pengeluaran konsumsi rumah tangga per kapita dimaksudkan untuk mengetahui tingkat konsumsi rumah tangga yang menjelaskan seberapa atraktif tingkat pengeluaran rumah tangga. Semakin besar rasio atau angka konsumsi RT semakin atraktif bagi peningkatan kemampuan ekonomi daerah. Pengeluaran konsumsi rumah tangga per kapita dapat diketahui dengan menghitung angka konsumsi RT per kapita, yaitu rata-rata pengeluaran konsumsi rumah tangga per kapita. Angka ini dihitung berdasarkan pengeluaran penduduk untuk makanan dan bukan makanan per jumlah penduduk. Makanan mencakup seluruh jenis makanan termasuk makanan jadi, minuman, tembakau, dan sirih. Bukan makanan mencakup perumahan, sandang, biaya kesehatan, sekolah, dan sebagainya

Tabel 2.4
Pengeluaran Konsumsi Rumah Tangga Per Kapita
Kabupaten Majalengka Tahun 2009-2012

No.	Tahun	Pengeluaran Konsumsi Rumah Tangga Per Kapita (Rp)
1.	2009	-
2.	2010	482.860
3.	2011	484.890
4.	2012*	487.362

Sumber : BPS Kabupaten Majalengka, Tahun 2013

*) Angka Sementara

Berdasarkan data di atas, pada tahun 2012 pengeluaran konsumsi rumah tangga sebesar 487.362, meningkat dari tahun 2011. Hal ini menunjukkan bahwa adanya peningkatan pendapatan keluarga atau daya beli masyarakat/keluarga.

Pengeluaran Konsumsi Non Makanan. Pengeluaran konsumsi non pangan perkapita dibuat untuk mengetahui pola konsumsi rumah tangga di luar pangan. Pengeluaran konsumsi non pangan per kapita dapat dicari dengan menghitung persentase konsumsi RT untuk non pangan, yaitu proporsi total pengeluaran rumah tangga untuk non pangan terhadap total pengeluaran.

Tabel 2.5
Pengeluaran Konsumsi Non Makanan Per Kapita
Kabupaten Majalengka Tahun 2009-2012

No.	Tahun	Pengeluaran Konsumsi Non Makanan Perkapita (Rp)
1.	2009	-
2.	2010	189.915
3.	2011	209.315
4.	2012*	215.272

Sumber : BPS Kabupaten Majalengka, Tahun 2013.

**) Angka Sementara*

Berdasarkan data di atas menunjukkan pada tahun 2012 pengeluaran konsumsi non pangan perkapita meningkat dibandingkan tahun 2011. Hal ini menunjukkan peningkatan pendapatan keluarga atau daya beli masyarakat/keluarga.

2. Laju Pertumbuhan Ekonomi

PDRB atas dasar harga konstan tahun 2000, selama lima tahun terakhir selalu mengalami peningkatan, yaitu dari Rp 4,042 triliun pada tahun 2008 menjadi Rp 4,854 triliun pada tahun 2012, atau mengalami peningkatan rata-rata 4,66% per tahun.

Tabel 2.6
PDRB Kabupaten Majalengka
Tahun 2008-2012

No.	Uraian	Tahun				
		2008	2009	2010	2011	2012*
1.	PDRB (milyar rupiah)	4.042	4.233	4.427	4.634	4.854
2.	Laju PDRB (%)	4,57	4,73	4,59	4,67	4,74

Sumber : BPS Kabupaten Majalengka, Tahun 2013.

*) Data sementara

Peningkatan PDRB tersebut menunjukkan meningkatnya secara riil kondisi kegiatan perekonomian masyarakat di Kabupaten Majalengka. Namun demikian, apabila dibandingkan dengan target yang tertuang dalam RPJPD kabupaten Majalengka tahun 2008-2025, capaian tersebut masih dibawah angka proyeksi yang telah ditetapkan, yaitu pada akhir tahap ke 2 (tahun 2009-2013), dproyeksikan PDRB sebesar Rp.5.201 Milyar dan LPE berkisar 5,34%-6,52%.

Secara sekoral, selama kurun waktu 2008-2012, seluruh sektor perekonomian mengalami peningkatan. Ini berarti kegiatan seluruh sektor perekonomian daerah telah tumbuh secara positif. Terdapat 4 sektor yang cukup dominan dalam kegiatan perekonomian daerah, yaitu sektor pertanian, Industri, perdagangan, dan sektor jasa, dengan nilai PDRB atas dasar harga konstan, masing masing sebesar Rp.1,113 triliun, Rp.691 miliar, Rp.797 miliar dan Rp.550 miliar pada tahun 2008, meningkat menjadi Rp.1,274 triliun, Rp.1,858 triliun, Rp.2,259 triliun dan Rp.641 miliar pada tahun 2012. Sedangkan berdasarkan harga berlaku, nilai PDRB ke 4 sektor tersebut masing-masing Rp.2,695 triliun, Rp.1,302 triliun, Rp.1,454 triliun, dan Rp.1,290 triliun pada tahun 2008, meningkat menjadi Rp.3,893 triliun, Rp.1,858 triliun, Rp.2,259 triliun dan Rp1,837 triliun pada tahun 2012.

3. Tingkat Pendidikan

a. Kemampuan Baca Tulis

Salah satu kualitas penduduk dicerminkan dengan kemampuan untuk mengakses pengetahuan untuk dapat memperluas cakrawala ilmu dan wawasan berfikir. Modal dasar suatu masyarakat untuk dapat mengakses pengetahuan antara lain dicerminkan dengan kemampuan baca-tulis yang dihitung dengan Angka Melek Huruf (AMH).

Selama periode tahun 2008-2012, AMH Kabupaten Majalengka selalu meningkat, yaitu 94,81 % pada tahun 2008, meningkat menjadi 95,14 % pada tahun 2012. Apabila dibandingkan dengan target yang tertuang dalam RPJPD kabupaten Majalengka tahun 2008-2025, capaian tersebut sudah melampaui angka yang telah ditetapkan, yaitu pada akhir tahap ke 2 (tahun 2009-2013), diproyeksikan AMH sebesar 94,82%.

Angka Melek Huruf di Kabupaten Majalengka pada tahun 2016 terjadi peningkatan yang cukup signifikan menjadi 96,11%

b. Pendidikan Tertinggi yang Ditamatkan

Tabel 2.7
Persentase Penduduk Usia 10 Tahun ke Atas
Menurut Jenjang Pendidikan Yang Ditamatkan
Di Kabupaten Majalengka Tahun 2009-2012

No.	Indikator	Tahun
		2009
1.	Tidak Punya Ijazah	19,57
2.	SD	48,78
3.	SLTP	13,91
4.	SLTA	12,27
5.	Diploma (D1-D3)	0,91
6.	\geq S1	2,89

Sumber : Dinas Pendidikan Kabupaten Majalengka, Tahun 2016.

Angka Pendidikan yang ditamatkan merupakan salah satu indikator keberhasilan di bidang pendidikan. Dari data di atas terlihat bahwa penduduk yang tidak Punya Ijasah berkurang dari 23,31 % menjadi 19,20 %, sebaliknya angka pendidikan yang ditamatkan dari tahun 2009 hingga tahun 2012 mengalami peningkatan yaitu untuk tingkatan SD menjadi sebesar 46,93%, SLTP menjadi sebesar 18,23%, SLTA menjadi sebesar 12,05%, dan Sarjana menjadi 2,36%.

D. LINGKUNGAN FISIK

Kondisi Hidrologi Kabupaten Majalengka dibagi ke dalam dua bagian yaitu air permukaan dan air tanah. *Air permukaan*, dilewati 2 (dua) sungai besar yaitu Sungai Cimanuk dan Cilutung yang menjadi sumber air baku terutama untuk kegiatan pertanian. Selain itu, Kabupaten Majalengka mempunyai beberapa potensi air permukaan lainnya berupa situ/danau yaitu di wilayah Desa Cipadung, Payung, Sangiang, dan Talagaherang. *Air Tanah*, berdasarkan kondisi potensi yang ada secara umum Wilayah Utara dan Tengah Kabupaten Majalengka merupakan daerah yang memiliki potensi Air Bawah Tanah (ABT) yang cukup baik.

Tabel 2.8
Potensi Air Permukaan di Kabupaten Majalengka

No.	Nama Sungai	Bendungan	Areal Layanan (Ha)	Debit (Liter/detik)	
				Maksimal	Minimal
1.	Cilutung	Kamun	9.289	50,73	0,41
2.	Cideres	Tirtanegara, Cigasong	2.741	3,94	0,65
3.	Cikeruh	Cikeruh, Cikutul	3.354	10,68	0,99
4.	Ciherang	Ciherang	1.009	1,76	0,3
5.	Cikadongdong	Cikemangi, Cikondang	2.411	1,47	0,4
6.	Ciwaringin	Ciwaringin	3.387	6,36	0,44
7.	Cilongkrang	Ciminggiri	Suplai ke Bd Ciawi	0,79	0,29

No.	Nama Sungai	Bendungan	Areal Layanan (Ha)	Debit (Liter/detik)	
				Maksimal	Minimal
8.	Ciawi	Ciawi	151	1,02	0,28
9.	Cimanuk	Rentang	571	900	500
10.	Cihikeu	Citeureup	348	1.252	0,26
11.	Cihieum	Cihieum	556	4.512	0,25
12.	Cisampora	Cimingking	383	1.439	0,18
JUMLAH			24.230	8.179,75	504,45

Sumber : Materi Teknis RTRW Kabupaten Majalengka Tahun 2011 – 2014.

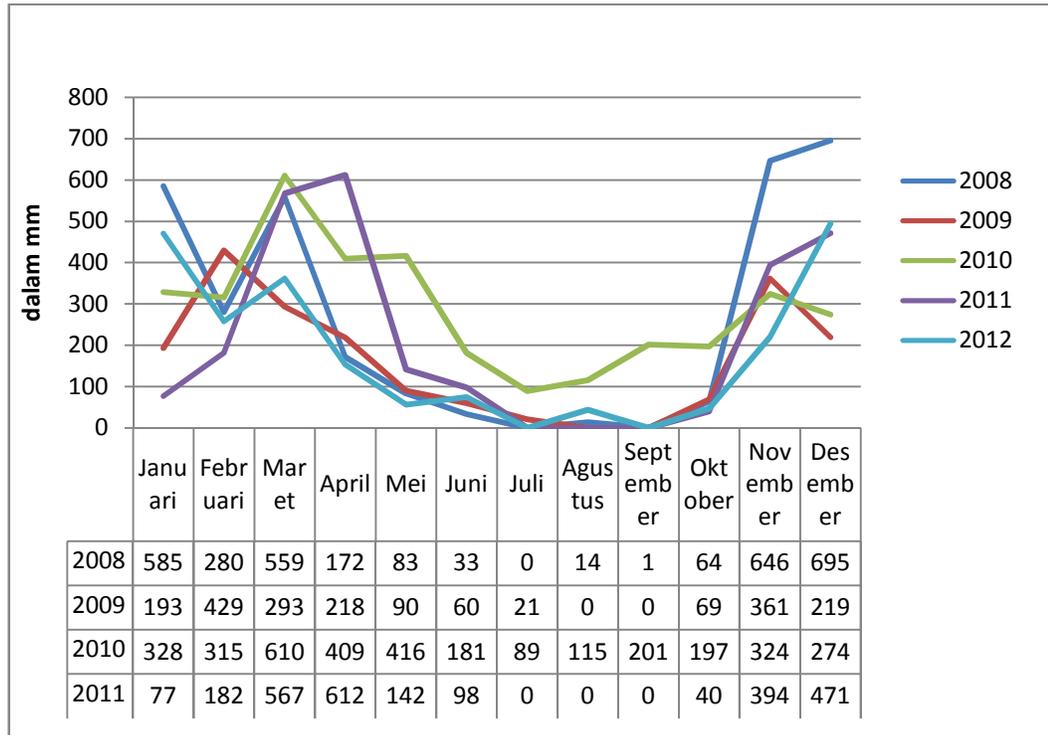
Tabel 2.9
Potensi Air Bawah Tanah di Kabupaten Majalengka

No.	Kisaran Indeks Rata-Rata	Kecamatan	Kelas	Keterangan
1.	1,64 – 2,01	Kertajati – Ligung – Dawuan dan Kasokandel – Jatiwangi	D	Kurang Berpotensi
2.	2,01 – 2,31	Palasah – Leuwimunding - Panyingkiran – Majalengka – Cigasong – Sukahaji dan Sindang – Bantarujeg dan Malausma– Talaga – Cingambul	C	Potensi Sedang
3.	2,31 – 2,61	Sumberjaya – Rajagaluh – Maja – Lemahsugih – Banjaran	B	Berpotensi
4.	2,61 - 3,14	Kadipaten – Sindangwangi – Argapura – Jatitujuh – Cikijing	A	Sangat Berpotensi

Sumber : Materi Teknis RTRW Kabupaten Majalengka, Tahun 2011 – 2014.

Curah hujan dipengaruhi oleh keadaan iklim, geografis dan perputaran arus udara. Selama periode tahun 2008-2012, curah hujan tahunan di Kabupaten Majalengka terendah yaitu sebesar 1.953 mm/tahun yang terjadi pada tahun 2009 dan tertinggi sebesar yaitu sebesar 3.459 mm/tahun pada tahun 2010, dengan rata-rata selama 5 tahun tahun sebesar 2.723mm/tahun. Kecepatan angin rata-rata berkisar 3 knot/jam sampai 5 knot/jam dengan kecepatan tertinggi pada bulan Maret sebesar 28 knot/jam, hal ini menjadikan Kabupaten Majalengka dijuluki Kota Angin.

Grafik 2.1
Data Perkembangan Curah Hujan
Kabupaten Majalengka Tahun 2008 – 2012



Sumber : BMG, Jatiwangi Tahun 2013.

Penggunaan Lahan suatu wilayah merupakan perwujudan fisik dari semua kegiatan sosial ekonomi penduduk. Pengenalan pola penggunaan lahan ini sangat diperlukan, baik untuk memperoleh gambaran mengenai potensi daerah maupun untuk mengetahui pola distribusi kegiatan sosial ekonomi serta intensitas penggunaan lahan dan berbagai kegiatan yang ada.

Tabel 2.10
Perkembangan Penggunaan Lahan
Kabupaten Majalengka Tahun 2007-2011

No.	Penggunaan Lahan	Tahun (Ha)				
		2007	2008	2009	2010	2011
Lahan Sawah						
1.	Irigasi Teknis	17.462	17.441	17.982	17.982	17.982
2.	Irigasi ½ Teknis	8.008	7.935	7.970	7.970	7.970
3.	Irigasi Sederhana Milik PU	6.032	6.224	5.534	5.534	5.533
4.	Irigasi Non PU	7.118	6.738	7.901	7.901	7.989
5.	Tadah Hujan	12.412	12.660	12.512	12.512	12.422
6.	Polder dan sawah lainnya	20	139	-	-	-
Luas Lahan Sawah		51.052	51.137	51.899	51.899	51.896
Lahan Bukan Sawah						
1.	Pekarangan/bangunan	12.245	12.273	12.025	12.137	12.243
2.	Tegal/Kebun	23.740	23.723	27.275	26.990	26.946
3.	Ladang/Huma	463	463	-	-	-
4.	Pengembalaan/Padang Rumput	779	779	693	702	752
5.	Sementara tidak diusahakan	93	46	28	28	28
6.	Ditanami pohon/Hutan Rakyat	4.544	4.507	4.739	4.747	4.697
7.	Hutan Negara	20.140	20.140	17.217	17.217	17.217
8.	Perkebunan	214	214	370	370	370
9.	Lahan lainnya	6.435	6.383	5.536	6.651	5.591
10.	Rawa-rawa	164	164	99	99	99
11.	Tambak	-	-	-	-	-
12.	Kolam/empang	555	595	543	584	585
Luas Lahan Bukan Sawah		69.372	69.287	68.525	68.525	68.528
Luas Lahan Keseluruhan		120.424	120.424	120.424	120.424	120.424

Sumber : Data Sektoral Kabupaten Majalengka, s.d Tahun 2011.

Berdasarkan data sekunder, penggunaan lahan Kabupaten Majalengka sampai dengan Tahun 2011 didominasi lahan non sawah, yaitu seluas 68.528 Ha, dengan sub sektor yang dominan pada penggunaan untuk tegal/kebun seluas 26.946 Ha, serta lahan

Hutan Negara mengingat Kabupaten Majalengka termasuk dalam kawasan TNGC seluas 17.217 Ha. Penggunaan lahan sawah seluas 51.896 Ha merupakan penggunaan lahan terbesar kedua, walaupun demikian jika dilihat lebih rinci dari data tersebut di atas menunjukkan dominasi sektor kerja penduduk Kabupaten Majalengka adalah pada sektor pertanian.

Secara administrasi Kabupaten Majalengka terbagi dalam 26 kecamatan, dengan karakteristik wilayah yang berbeda menimbulkan keberagaman; baik potensi sumberdaya alam, sumberdaya binaan maupun kegiatan sosial ekonomi. Dalam rangka mengurangi kesenjangan perkembangan tiap wilayah, maka diperlukan adanya kebijakan yang dapat memberikan fungsi dan peran yang jelas untuk setiap wilayah sesuai dengan potensi, hambatan, dan tantangannya. Dalam RTRW Kabupaten Majalengka Tahun 2011-2031 telah ditetapkan rencana struktur ruang yang akan dikembangkan di Kabupaten Majalengka. Tujuannya untuk mengoptimalkan masing-masing wilayah, sehingga tercipta pemenuhan kebutuhan antara wilayah satu terhadap wilayah yang lainnya, dan didasarkan pada tujuan yang akan dicapai melalui pengembangan suatu pusat kegiatan yang rencana pengembangan ke depan dalam kurun waktu perencanaan 20 (dua puluh) tahun.

Sistem Pusat Kegiatan Perkotaan dan Perdesaaan di Kabupaten Majalengka berdasarkan Peraturan Daerah Kabupaten Majalengka Nomor 11 Tahun 2011 tentang RTRW Kabupaten Majalengka Tahun 2011-2031 adalah sebagai berikut :

1. Pusat Kegiatan Perkotaan

- a. Pusat Kegiatan Wilayah (PKW), adalah kawasan perkotaan yang berfungsi untuk melayani kegiatan skala provinsi atau beberapa kabupaten/kota. Kondisi ini terjadi di Perkotaan Kadipaten yang terletak pada simpul perlintasan utama (regional) yang menghubungkan PKN Bandung dan PKN Cirebon, sehingga merupakan kawasan perkotaan dan atau pusat kecamatan dengan kemampuan pelayanan dan kelengkapan fasilitas dan utilitas paling tinggi dibandingkan dengan pusat kecamatan lainnya. Ruang wilayah yang termasuk dalam PKW Kadipaten adalah Kecamatan Kadipaten dan Kecamatan Dawuan.

- b. Pusat Kegiatan Lokal (PKL), adalah kawasan perkotaan yang berfungsi untuk melayani kegiatan skala Kabupaten/Kota atau beberapa kecamatan. PKL diharapkan dapat berfungsi sebagai pusat koleksi dan distribusi lokal di setiap kabupaten dan atau beberapa kecamatan terdekat. Untuk itu, setiap PKL akan dilengkapi dengan fasilitas minimum yang perlu ada untuk mendorong berfungsinya PKL. Adapun wilayah yang mempunyai fungsi sebagai PKL adalah Perkotaan Majalengka, Kertajati, Jatiwangi, Rajagaluh, Cikijing dan Talaga.
- c. Pusat Pelayanan Kawasan (PPK) adalah kawasan perkotaan yang berfungsi untuk melayani kegiatan skala kecamatan atau beberapa desa/kelurahan. Adapun wilayah yang mempunyai fungsi sebagai PPK adalah Perkotaan Kasokandel, Leuwimunding, Palasah, Jatitujuh, Ligung, Sumberjaya, Sindangwangi, Sukahaji, Lemahsugih, Bantarujeg, Maja, Argapura dan Banjaran.

2. Pusat Kegiatan Perdesaan

Pusat Kegiatan Perdesaan meliputi Pusat Pelayanan Lingkungan (PPL) yaitu kawasan permukiman yang berfungsi untuk melayani kegiatan skala antardesa, yang terdiri dari PPL Sindang, PPL Cingambul, dan PPL Malausma.

Untuk lebih jelas mengenai sistem pusat kegiatan perkotaan dan perdesaan beserta fungsinya di Kabupaten Majalengka dapat dilihat pada Tabel 2.5.

Tabel 2.11
Sistem Pusat Kegiatan Perkotaan dan Perdesaan
Kabupaten Majalengka

No.	Pusat Kegiatan	Kecamatan	Fungsi Pelayanan
A.	Pusat Kegiatan Perkotaan		
1.	Pusat Kegiatan Wilayah		
	PKW Kadipaten	Kadipaten, Dawuan	Sebagai simpul transportasi regional, pusat komersial, pusat pelayanan sosial, serta pendukung kegiatan industri.
2.	Pusat Kegiatan Lokal		
	Perkotaan Majalengka	Majalengka, Cigasong, Panyingkiran	Sebagai pusat pemerintahan, pusat pendidikan, pelayanan sosial, komersial, industri, pengembangan perumahan, pariwisata, pertanian, perikanan dan peternakan.
	Perkotaan Kertajati	Kertajati, Jatitujuh, Ligung	Sebagai kawasan komersial dan jasa, kawasan industri terpadu, kawasan BIJB, pengembangan kawasan perkotaan "aerocity", dan pertanian.
	Perkotaan Jatiwangi	Jatiwangi, Kasokandel, Sumberjaya, Palasah, Leuwimunding	Sebagai kawasan pengembangan industri, kawasan komersial, pelayanan sosial termasuk pengembangan perumahan dan pertanian.
	Perkotaan Rajagaluh	Rajagaluh, Sukahaji, Sindang, Sindangwangi	Sebagai pusat pelayanan sosial dan umum, pengembangan kawasan perkotaan, komersial, industri, pengembangan pariwisata, terminal regional, pertanian, perikanan dan peternakan.
	Perkotaan Cikijing	Cikijing, Cingambul, Banjaran, Argapura	Sebagai pusat pelayanan sosial dan umum, pengembangan pertanian dan peternakan, komersial, pengembangan pariwisata, pengembangan kawasan perkotaan, terminal regional dan industri kecil.
	Perkotaan Talaga	Talaga, Maja, Bantarujeg, Lemahsugih, Malausma	Sebagai pusat pelayanan sosial dan umum, pengembangan pertanian, pengembangan kawasan perkotaan, komersial, industri, pengembangan pariwisata dan terminal regional.

No.	Pusat Kegiatan	Kecamatan	Fungsi Pelayanan
3.	Pusat Pelayanan Kawasan		
	Perkotaan Kasokandel	Kasokandel	Sebagai kawasan pengembangan perumahan, pelayanan sosial dan jasa, industri dan kawasan perdagangan dan pertanian.
	Perkotaan Leuwimunding	Leuwimunding	Sebagai pusat pelayanan sosial dan umum, pengembangan pertanian, pengembangan kawasan perkotaan, industri dan pendukung kawasan perumahan.
	Perkotaan Palasah	Palasah	Sebagai pusat pelayanan sosial dan umum, pengembangan perkotaan, industri, pendukung kawasan perumahan dan pertanian.
	Perkotaan Jatitujuh	Jatitujuh	Sebagai kawasan pengembangan perumahan, jasa, industri, pendukung komersial dan pertanian.
	Perkotaan Ligung	Ligung	Sebagai kawasan pertahanan keamanan, pengembangan industri, pelayanan sosial dan pertanian.
	Perkotaan Sumberjaya	Sumberjaya	Sebagai kawasan pengembangan industri, kawasan perdagangan, pelayanan sosial dan pertanian.
	Perkotaan Sindangwangi	Sindangwangi	Sebagai pusat pelayanan sosial dan umum, komersial, pengembangan pariwisata dan sarana pendukung pariwisata, pertanian, perikanan dan peternakan.
	Perkotaan Sukahaji	Sukahaji	Sebagai pusat pelayanan sosial dan umum, komersial, pendukung kawasan perumahan dan pengembangan pariwisata, serta pertanian, dan peternakan.
	Perkotaan Lemahsugih	Lemahsugih	Sebagai pusat pelayanan sosial dan umum, komersial, pengembangan pertanian (tanaman pangan, perkebunan dan peternakan), serta pengembangan pariwisata.
	Perkotaan Bantarujeg	Bantarujeg	Sebagai pusat pelayanan sosial dan umum, komersial, pengembangan pertanian, dan pengembangan pariwisata.

No.	Pusat Kegiatan	Kecamatan	Fungsi Pelayanan
	Perkotaan Maja	Maja	Sebagai pusat pelayanan sosial dan umum, komersial, pengembangan pertanian, perikanan, pengembangan pariwisata dan terminal regional.
	Perkotaan Argapura	Argapura	Sebagai pusat pelayanan sosial dan umum, komersial, pengembangan pertanian (tanaman pangan, perkebunan dan peternakan), dan pengembangan pariwisata.
	Perkotaan Banjaran	Banjaran	Sebagai pusat pelayanan sosial dan umum, komersial, pengembangan pertanian (tanaman pangan, perkebunan dan peternakan), dan pengembangan pariwisata.
B.	Pusat Kegiatan Perdesaan		
1.	Pusat Pelayanan Lingkungan		
	PPL Sindang	Sindang	Sebagai pusat pelayanan sosial dan umum, komersial, pendukung kawasan perumahan dan pengembangan pariwisata, serta pertanian, perikanan dan peternakan.
	PPL Malausma	Malausma	Sebagai pusat pelayanan sosial dan umum, komersial, pengembangan pertanian, pengembangan kawasan perbatasan.
	PPL Cingambul	Cingambul	Sebagai pusat pelayanan sosial dan umum, komersial, pengembangan pertanian, pariwisata, dan industri kecil.

Sumber : RTRW Kabupaten Majalengka, Tahun 2011 – 2013.

BAB III

SITUASI DERAJAT KESEHATAN

A. KESAKITAN

1. Gambaran Umum Masalah Kesakitan

Dalam pembahasan kali ini kami menyajikan data pola penyakit di Puskesmas dan Rumah Sakit selama tahun 2016 pada kelompok umur 15 – 44 Tahun. Angka tersebut dapat dijadikan bahan analisa untuk perencanaan dan intervensi kesehatannya.

Tabel 3.1

**Pola Penyakit Rawat Jalan Kelompok Umur 15 – 44 Tahun
di Puskesmas Kabupaten Majalengka Tahun 2016**

NO.	NAMA PENYAKIT	KASUS BARU	
		JUMLAH	%
1	Nasofaringitis Akuta (Common Cold)	11.923	13,91
2	Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Atas Akut tidak spesifik	7.863	9,17
3	Dispepsia	5.798	6,76
4	Penyakit Pulpa dan jaringan Periapikal	5.596	6,53
5	Gastroduodenitis tidak spesifik	5.378	6,27
6	Tukak Lambung	4.937	5,76
7	Myalgia	4.535	5,29
8	Dermatitis lain, tidak spesifik (eksema)	3.879	4,52
9	Hipertensi Primer (esensial)	3.559	4,15
10	Penyakit Lain-lainnya	3.548	4,14
11	Gangguan lain pada kulit dan jaringan subkutan yang tidak terklasifikasikan	3.413	3,98
12	Diare dan Gastroenteritis	3.302	3,85
13	Migren dan sindrom nyeri kepala lainnya	3.243	3,78
14	Penyakit Gusi, jaringan Periodontal dan tulang alveolar	3.062	3,57
15	Demam yang tidak diketahui sebabnya	2.990	3,49

NO .	NAMA PENYAKIT	KASUS BARU	
		JUMLAH	%
16	Faringitis Akuta	2.511	2,93
17	Gejala dan tanda umum lainnya	2.469	2,88
18	Karies gigi	2.371	2,77
19	Rematisme, tidak spesifik	1.972	2,30
20	Skabies	1.704	1,99
21	Konjunktivitis	1.672	1,95
Jumlah		85.725	100

Sumber : Tabel 82D, Profile Kesehatan 2016

Pola penyakit rawat jalan paling banyak di Puskesmas adalah Nasofaringitis Akut sebanyak 13,91% diikuti dengan penyakit infeksi saluran pernafasan atas akut tidak spesifik sebanyak 9,17%

Tabel 3.2
Pola Penyakit Rawat Jalan Kelompok Umur 15-44 tahun
di RSUD Cideres Kabupaten Majalengka Tahun 2016

NO .	NAMA PENYAKIT	KASUS BARU	
		JUMLAH	%
1	Dispepsia	1192	22,35
2	Nekrosis pulpa gangren pulpa	428	8,03
3	Miopia tidak termasuk : Miopia degeneratif (H44.2)	373	6,99
4	Otitis media supurativa	356	6,68
5	Gangguan telinga luar lainnya	354	6,64
6	Pengawasan terhadap tersangka tuberkulosis	321	6,02
7	Neoplasma jinak lemak	220	4,13
8	Astigmatisma	199	3,73
9	Benjolan dalam payudara tidak spesifik	196	3,68
10	Keratitis	189	3,54

11	Nekrosis pulpa	187	3,51
12	Pengawasan terhadap kehamilan resiko tinggi lainnya	186	3,49
13	Kerabunan	172	3,23
14	Penyakit jantung hipertensif	165	3,09
15	Perawatan ibu yang disebabkan oleh luka uterin	163	3,06
16	Presbiopia	162	3,04
17	Hipertensi esensial (primer)	144	2,70
18	Konjungtivitis	121	2,27
19	Pulpitis pulpa : - Abses - Polip Pulpitis - Akut - Kronis (Hip	108	2,03
20	Katarak senilis	97	1,82
Jumlah		5333	100

Sumber : RSUD Cideres tahun 2016

Pola penyakit rawat jalan di Rumah Sakit Cideres pada masyarakat usia 15 – 44 tahun (Usia Produktif), menunjukkan penyakit paling banyak pada Dispepsia (22,35%) disusul Nekrosis pulpa gangren pulpa (8,03%).

Tabel 3.3

**Pola Penyakit Rawat Jalan Kelompok Umur 15-44 tahun
di RSUD Majalengka Kabupaten Majalengka Tahun 2016**

NO .	NAMA PENYAKIT	KASUS BARU	
		JUMLAH	%
1	Myopia	197	11,71
3	Blepharitis	137	8,14
4	Mecrosis of pulp	121	7,19
5	Impacted cerumen	103	6,12
6	Neoplasm of uncertain	100	5,94
7	Skabies	94	5,59
8	Suervision of high-risk pregnancy	87	5,17
9	Cronic gingivitis	86	5,11
10	Neoplasma connective & other	85	5,05

NO .	NAMA PENYAKIT	KASUS BARU	
		JUMLAH	%
11	Deposits on teeth	73	4,34
13	Tension	64	3,80
14	Hebephrenic schizoprenia	62	3,68
15	Other beman neoplasm	50	2,97
16	Acne nulgans	43	2,55
17	Caries of dentine	42	2,50
18	Acute lymphadenitis of face	39	2,32
19	Radiculophary	36	2,14
20	Urinary tract infection	36	2,14
Jumlah		1683	100

Sumber : RSUD Majalengka tahun 2016

Pola penyakit rawat jalan di Rumah Sakit Majalengka pada masyarakat usia 15 – 44 tahun (Usia Produktif), menunjukkan Myopia (11,71%) disusul dengan Blepharitis (8,14%).

2. Penyakit Tidak Menular

a. Penyakit Degeneratif

Tahun 2016 ini merupakan awal mula dilaksanakannya surveilans terhadap penyakit tidak menular. Namun pelaksanaan program baru dilaksanakan pada pertengahan tahun, sehingga data yang ada belum bisa menginterpretasikan gambaran penyakit degeneratif di kabupaten majalengka selama tahun 2016.

Namun ada beberapa jenis penyakit yang telah dilakukan pendataan seperti terlihat pada tabel berikut :

Tabel 3.4

Jenis Pemeriksaan Penyakit Tidak Menular

Di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka Tahun 2016

NO	JENIS PEMERIKSAAN	JUMLAH YANG DIPERIKSA	HASIL POSITIP
1	Hipertensi	836.160	47.495
2	Obesitas	546	536
3	IVA Test	899	56
4	Bennjolan Payudara	899	154

b. Gangguan Jiwa

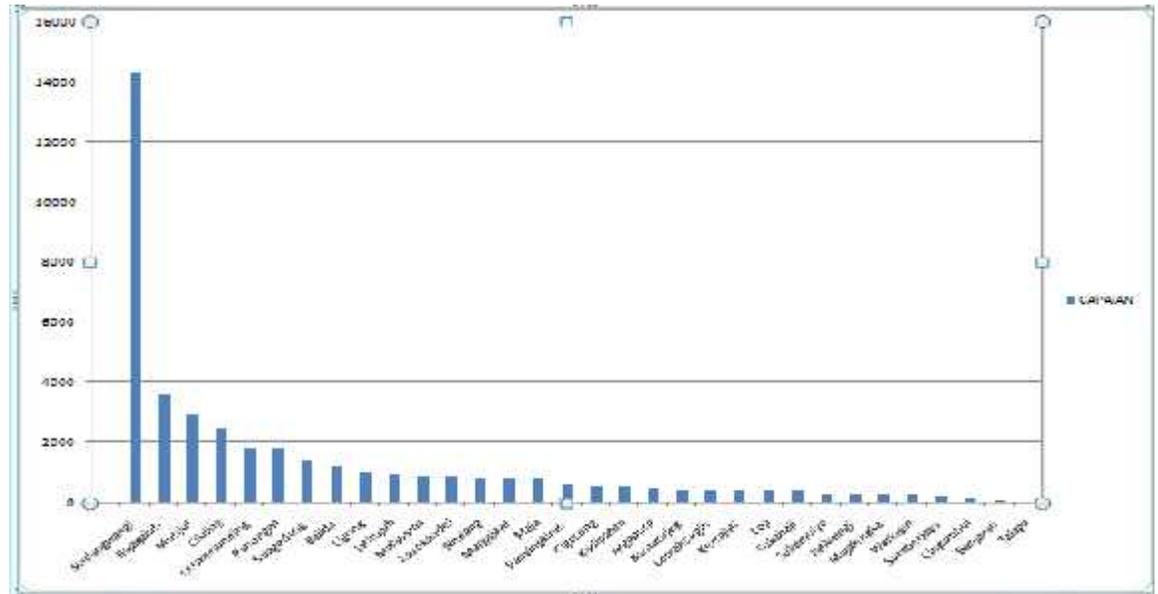
Kesehatan jiwa adalah bagian integral dari kesehatan dan merupakan kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, mental dan sosial individu secara optimal, dan yang selaras dengan perkembangan orang lain.

Lingkup masalah kesehatan jiwa yang dihadapi dan perlu ditangani oleh program kesehatan jiwa bersifat kompleks yang meliputi: masalah gangguan (penyakit) jiwa dan syaraf, masalah psikososial, masalah perkembangan manusia yang harmonis dan peningkatan kualitas hidup. Jadi masalah kesehatan jiwa di masyarakat sangatlah luas dan kompleks, bukan hanya meliputi yang jelas terganggu jiwanya tetapi juga berbagai problem psikososial, bahkan berkaitan dengan kualitas hidup dan keharmonisan hidup. Masalah ini tidak dapat dan tidak mungkin diatasi oleh pihak kesehatan jiwa saja, tetapi membutuhkan suatu kerjasama yang luas secara lintas program dan lintas sektor.

Deteksi dini gangguan kesehatan jiwa adalah kegiatan pemeriksaan untuk melihat adanya gejala awal gangguan kesehatan jiwa, **dengan menggunakan metoda 2 menit**. Dengan menggunakan metode ini, masyarakat yang mempunyai keluhan yang berhubungan dengan kejiwaan bisa cepat terdeteksi.

Cakupan pelayanan kesehatan jiwa berdasarkan kunjungan ke puskesmas tahun 2016 mencapai 41.554, terdiri dari psikosa 1.408 kasus (3,39%), neurosa 39.441 kasus (94,92%), NAPZA 87 kasus (0,21%), retardasi mental 67 kasus (0,16%), epilepsi 346 kasus (0,83%), dan gangguan jiwa lainnya 205 kasus (0,49%). Hasil ini menunjukkan bahwa kunjungan gangguan kesehatan jiwa terbanyak adalah kasus neurosa.

Grafik 3.1
Cakupan Pelayanan Kesehatan Jiwa
Di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka Tahun 2016



Dari grafik di atas terlihat bahwa Puskesmas Sindangwangi merupakan Puskesmas yang memiliki kunjungan terbanyak pasien dengan masalah kesehatan jiwa yaitu 14.299 kunjungan, sedangkan Puskesmas Talaga merupakan Puskesmas yang memiliki kunjungan Puskesmas terendah dengan hanya 65 kunjungan. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat di Sindangwangi lebih rentan terhadap masalah kejiwaan dibanding Puskesmas lainnya. Serta deteksi dini dan pencatatan pelaporan di Puskesmas Sindangwangi sudah lebih optimal dibanding dengan Puskesmas lain.

B. KEMATIAN

Secara umum tingkat kematian berhubungan erat dengan tingkat kesakitan karena biasanya merupakan akumulasi akhir dari berbagai penyakit. Peristiwa kematian yang terjadi dalam suatu wilayah dapat menggambarkan derajat kesehatan, penanganan

penyakit dan pelayanan kesehatan maupun hal-hal yang berkaitan dengan peristiwa kematian di wilayah tersebut. Pada dasarnya ada 2 penyebab kematian yaitu penyebab langsung dan penyebab tidak langsung, walaupun kenyataan yang terjadi adalah akumulasi interaksi berbagai faktor tunggal maupun bersama yang pada akhirnya berpengaruh terhadap tingkat kematian masyarakat.

1. Kematian Ibu

Angka kematian ibu di Indonesia merupakan yang tertinggi di Asia Tenggara. Menurut Survei Demografi Kesehatan Indonesia 2002-2003, angka kematian ibu (AKI) di Indonesia adalah 307 per 100.000 kelahiran hidup, dengan angka kematian bayi (AKB) sebesar 35 per 1.000 kelahiran hidup (Depkes RI, 2007). Salah satu penyebab morbiditas dan mortalitas ibu dan janin adalah pre-eklamsia dengan angka kejadiannya berkisar antara 0,51% - 38,4% menurut WHO. Di negara maju, angka kejadian pre-eklamsia berkisar 6% - 7%. Di negara berkembang, angka kematian ibu karena pre-eklamsia masih tinggi. Penyebab angka kematian ibu dan anak yang tinggi pada kasus pre-eklamsia dan eklamsia di negara-negara berkembang adalah karena pemeriksaan antenatal dan upaya pencegahan yang kurang, serta terlambat mendapat penanganan yang tepat.

Menurut Depkes RI, pada tahun 2005 kasus pre-eklamsia dan eklamsia memiliki persentase kasus sebesar 4,91% dari seluruh kasus obstetri di rumah sakit di Indonesia, dengan Case Fatality Rate sebesar 2,35% yang merupakan penyebab kematian ibu terbesar.

Pre-eklamsia ialah penyakit yang ditandai dengan adanya hipertensi, edema, dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Sedangkan eklamsia adalah pre-eklamsia yang terkomplikasi dengan kejang tonik-klonik umum. Etiologi dan patofisiologi dari pre-eklamsia dan eklamsia masih belum dapat dijelaskan secara pasti, namun terdapat beberapa hipotesis yang mencoba menerangkan hal tersebut, salah satunya adalah teori tentang disfungsi endotel. Disfungsi endotel ini akan menyebabkan aktivasi koagulasi, sehingga dapat terjadi trombositopenia konsumtif.

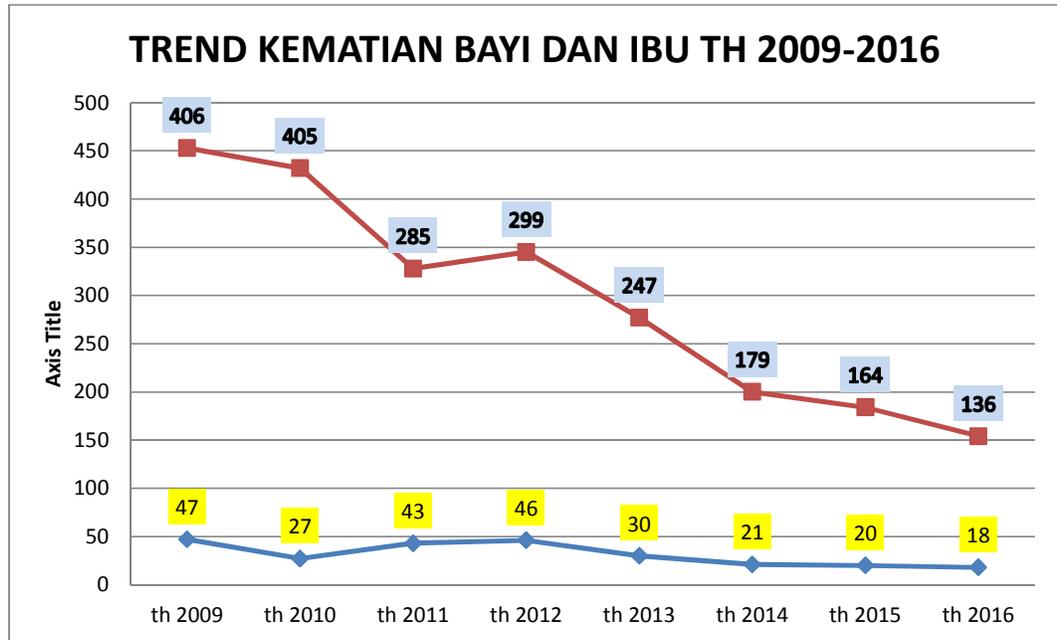
Sedangkan pada ibu hamil normal, dikatakan trombosit juga menurun kadarnya secara progresif selama kehamilan.

Angka kematian ibu atau maternal mortality rate (MMR) adalah angka kematian ibu yang disebabkan oleh karena kehamilan atau persalinan pada setiap 100.000 kelahiran hidup. Angka ini berguna untuk menggambarkan status gizi dan kesehatan ibu, kondisi kesehatan lingkungan serta tingkat pelayanan kesehatan terutama untuk ibu pada saat hamil, melahirkan dan masa nifas. Angka ini juga berkontribusi pada angka harapan hidup secara keseluruhan sebagai indikator pembangunan manusia.

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan indikator status kesehatan masyarakat. Selama 15 tahun terakhir, AKI di Indonesia tidak menunjukkan penurunan yang bermakna, seharusnya sudah mencapai 225/100.000 kelahiran hidup (KH) pada tahun 2000. Dalam upaya pencapaian Millenium Development Goals (MDGs) pada tahun 2014, diharapkan AKI turun menjadi 118 per 100.000 KH, AKB menjadi 24 per 1.000 KH dan Angka Kematian Neonatal (AKN) menjadi 15 per 1.000 KH.

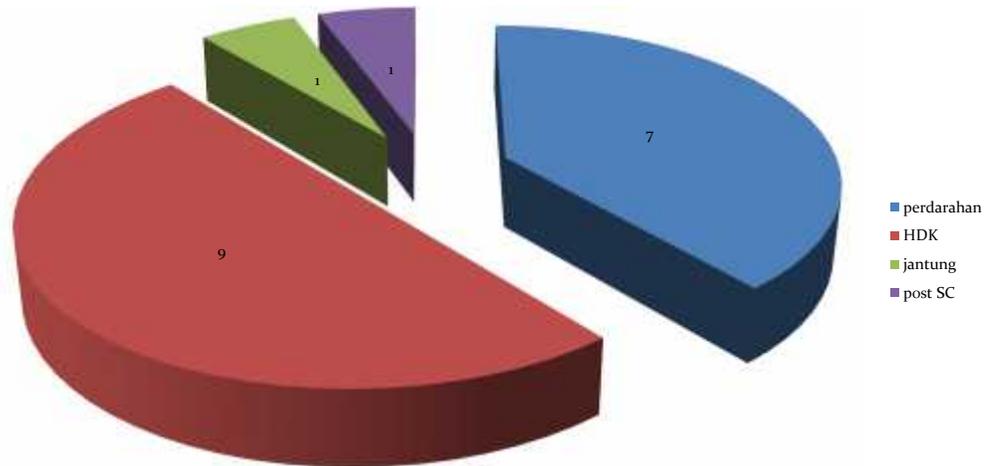
Tahun 2016 jumlah kematian ibu di Kabupaten Majalengka adalah 18 orang. Kematian ibu menurut penyebab terdiri dari hipertensi dalam kehamilan 9 orang (50%), perdarahan 7 orang (38,8%), penyakit jantung 1 orang (5,5%) dan post SC 1 orang (5,5%). Kematian ibu menurut waktu terjadinya kematian adalah kematian ibu hamil 4 orang (22,2%), ibu melahirkan 9 orang (50%) dan kematian ibu nifas 5 orang (27,7%). Sementara itu kematian ibu menurut tempat kematian adalah 1 orang (5,5%) meninggal di perjalanan 1 orang (5,5%) meninggal di rumah dan 16 orang (88,8%) meninggal di Rumah Sakit. Dari 19 orang yang meninggal di Rumah Sakit 13 orang meninggal dalam waktu kurang dari 48 jam dan 3 orang dalam waktu lebih dari 48 jam.

Grafik 3.2
Trend Kematian Ibu dan Bayi Tahun 2009-2016
Di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kab. Majalengka



Dari grafik diatas terlihat bahwa kematian ibu dan bayi tiap tahun turun meskipun tidak signifikan. Untuk tahun 2016 jumlah kematian ibu menjadi 18 orang dan jumlah kematian bayi sebanyak 136 orang.

Diagram 3. 1
Kematian Menurut Penyebab Tahun 2016
Di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kab. Majalengka



Terjadi penurunan jumlah kematian ibu yang bermakna jika dibandingkan dengan upaya-upaya yang dilakukan pada Tahun 2013. Sebab kematian ibu di Kabupaten Majalengka mengalami pergeseran jika pada Tahun 2012 sebab kematian tertinggi adalah Hipertensi Dalam Kehamilan 21 orang (46%) pada tahun 2013 sebab kematian tertinggi disebabkan karena perdarahan 12 (40%) pada tahun 2014 disebabkan oleh hipertensi dalam kehamilan 12 orang (57,14%), pada tahun 2015 disebabkan oleh hipertensi dalam kehamilan 9 orang (45%). Dan pada tahun 2016 juga disebabkan oleh hipertensi dalam kehamilan 9 orang (50%).

Tabel 3.5
Kematian Ibu Menurut Penyebab Tahun 2012 - 2016
Di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kab. Majalengka

Penyebab	Tahun 2012	Tahun 2013	Tahun 2014	Tahun 2015	Tahun 2016
Perdarahan	10	12	3	6	7
HDK	21	11	12	9	9
Infeksi	4		1	1	
Post SC				1	1
Partus Lama	0	1			
Penyakit Jantung	8	4	1	2	1
Emboli Air Ketuban	0	1	3		
Ileus	0	1			
TBC	1		1		
Gagal Ginjal	1				
Hilang Kesadaran Akut	1	0			
Hipokalemia				1	
Jumlah	46	30	21	20	18

Diperkirakan 15-20 % kehamilan dan persalinan akan mengalami komplikasi. Sebagian komplikasi ini dapat mengancam jiwa, tetapi sebagian besar komplikasi dapat dicegah danditangani bila: 1) ibu segera mencari pertolongan ke tenaga kesehatan; 2) tenaga kesehatanmelakukan prosedur penanganan yang sesuai, antara lain penggunaan partograf untukmemantau perkembangan persalinan, dan pelaksanaan manajemen aktif kala III (MAK III) untuk mencegah perdarahan pasca-salin; 3) tenaga kesehatan mampu melakukan identifikasidini komplikasi; 4) apabila komplikasi terjadi, tenaga kesehatan dapat memberikanpertolongan pertama dan melakukan tindakan stabilisasi pasien sebelum melakukan rujukan;5) proses rujukan efektif; 6) pelayanan di RS yang cepat dan tepat guna.

Dengan demikian, untuk komplikasi yang membutuhkan pelayanan di RS, diperlukanpenanganan yang berkesinambungan (*continuum of care*), yaitu dari pelayanan di tingkatdasar sampai di Rumah Sakit. Langkah 1 sampai dengan 5 diatas tidak akan bermanfaat bilalangkah ke 6 tidak adekuat. Sebaliknya, adanya

pelayanan di RS yang adekuat tidak akan bermanfaat bila pasien yang mengalami komplikasi tidak dirujuk.

Seharusnya sebagian besar kematian ibu dapat dicegah karena sebagian besar komplikasi kebidanan dapat ditangani. Setidaknya ada tiga kondisi yang perlu dicermati dalam menyelamatkan ibu yaitu :

- a) Pertama, sifat komplikasi obstetri yang tidak dapat diprediksi akan dialami oleh siapa dan kapan akan terjadi (dalam kehamilan, persalinan atau pasca-salin terutama 24 jam pertama pasca-salin). Hal ini menempatkan setiap ibu hamil mempunyai risiko mengalami komplikasi kebidanan yang dapat mengancam jiwanya.
- b) Kedua, karena setiap kehamilan berisiko maka seharusnya setiap ibu mempunyai akses terhadap pelayanan yang adekuat yang dibutuhkannya saat komplikasi terjadi. Sebagian komplikasi dapat mengancam jiwa sehingga harus segera mendapatkan pertolongan di rumah sakit yang mampu memberikan pertolongan kegawat-daruratan kebidanan dan bayi baru lahir.
- c) Ketiga, sebagian besar kematian ibu terjadi pada masa persalinan dan dalam 24 jam pertama pasca persalinan, suatu periode yang sangat singkat sehingga akses terhadap dan kualitas pelayanan pada periode ini perlu mendapatkan prioritas agar mempunyai daya ungkit yang tinggi dalam menurunkan kematian ibu.

Dalam kenyataannya, langkah-langkah pencegahan dan penanganan komplikasi tersebut diatas seringkali tidak terjadi, yang disebabkan oleh karena keterlambatan dalam setiap langkah, yaitu:

- a) Terlambat mengambil keputusan

Keterlambatan pengambilan keputusan di tingkat masyarakat dapat disebabkan oleh beberapa hal berikut ini:

- 1) Ibu terlambat mencari pertolongan tenaga kesehatan walaupun akses terhadap tenaga kesehatan tersedia 24/7 (24 jam dalam sehari dan 7 hari dalam seminggu) – oleh karena masalah tradisi/kepercayaan dalam pengambilan keputusan di keluarga, dan ketidakmampuan menyediakan

biaya non-medis dan biaya medis lainnya (obat jenis tertentu, pemeriksaan golongan darah, transport untuk mencari darah/obat, dll).

- 2) Keluarga terlambat merujuk karena tidak mengerti tanda bahaya yang mengancam jiwa ibu.
 - 3) Tenaga kesehatan terlambat melakukan pencegahan dan/atau mengidentifikasi komplikasi secara dini - yang disebabkan oleh karena kompetensi tenaga kesehatan tidak optimal, antara lain kemampuan dalam melakukan APN (Asuhan Persalinan Normal) sesuai standar dan penanganan pertama keadaan GDON (Gawat Darurat Obstetri dan Neonatal).
 - 4) Tenaga kesehatan tidak mampu meng"advokasi" pasien dan keluarganya mengenai pentingnya merujuk tepat waktu untuk menyelamatkan jiwa ibu.
- b) Terlambat Mencapai RS Rujukan dan Rujukan Tidak Efektif, yang dapat disebabkan oleh:
- 1) Masalah geografis
 - 2) Ketersediaan alat transportasi
 - 3) Stabilisasi pasien komplikasi (misalnya pre-syok) tidak terjadi/tidak efektif – karena keterampilan tenaga kesehatan yg kurang optimal dan/atau obat/alat kurang lengkap
 - 4) Monitoring pasien selama rujukan tidak dilakukan atau dilakukan tetapi tidak ditindaklanjuti
- c) Terlambat Mendapatkan Pertolongan Adekuat di RS Rujukan, yang dapat disebabkan karena :
- 1) Tenaga kesehatan yang dibutuhkan (SPOG, Anestesi, Anak, dll) tidak tersedia terutama pada hari libur
 - 2) Tenaga Kesehatan kurang terampil walaupun akses terhadap tenaga tersedia
 - 3) Sarana dan prasarana tidak lengkap/tidak tersedia, termasuk ruang perawatan, ruang tindakan, peralatan dan obat
 - 4) Darah tidak segera tersedia

- 5) Pasien tiba di RS dengan “kondisi medis yang sulit diselamatkan”
- 6) Kurang jelasnya Pengaturan penerimaan kasus darurat agar tidak terjadi penolakan pasien atau agar pasien dialihkan ke RS lain secara efektif
- 7) Kurangnya informasi di masyarakat tentang kemampuan sarana pelayanan kesehatan yang dirujuk dalam penanganan kegawat daruratan maternal dan bayi baru lahir, sehingga pelayanan adekuat tidak diperoleh

Tabel dibawah ini menggambarkan Angka Kematian Ibu tahun 2005 – 2015 di Kabupaten Majalengka.

Tabel 3.6
Angka Kematian Ibu (yang dilaporkan) di Kabupaten Majalengka
Tahun 2005 – 2016

Tahun	AKI	Sumber
2005	147,9	BPS Kab. Majalengka
2006	147,6	
2007	197,17	
2008	148,36	
2009	223,21	
2010	133,25	Tabel 7 Profile Kesehatan Tahun 2010
2011	209,5	Tabel 8 Profile Kesehatan Tahun 2011
2012	209,2	Tabel 8 Profile Kesehatan Tahun 2012
2013	137,97	Tabel 8 Profile Kesehatan Tahun 2013
2014	98,18	Tabel 6 Profile Kesehatan Tahun 2014
2015	93,34	Tabel 6 Profile Kesehatan Tahun 2015
2016	86,28	Tabel 6 Profile Kesehatan Tahun 2016

2. Kematian Bayi

Angka Kematian bayi di Indonesia masih tinggi dibandingkan dengan negara berkembang lainnya. Angka Kematian Bayi (AKB) adalah jumlah kematian bayi dalam usia 28 hari pertama kehidupan per 1000 kelahiran hidup. Angka ini merupakan salah satu indikator derajat kesehatan bangsa. Tingginya angka Kematian bayi ini dapat menjadi petunjuk bahwa pelayanan maternal dan neonatal kurang baik, untuk itu dibutuhkan upaya untuk menurunkan angka kematian bayi tersebut.

Menurut laporan World Health Organization (WHO) pada tahun 2000 Angka Kematian Bayi (AKB) didunia 54 per 1000 kelahiran hidup dan tahun 2006 menjadi 49 per 1000 kelahiran hidup. Menurut data dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 sebesar 34/1000 kelahiran hidup sedangkan angka Kematian balita (AKBAL) pada tahun 2007 sebesar 44/1000 kelahiran hidup.

Menurut WHO dalam Maryunani (2009) data BBLR dirincikan sebanyak 17% dari 25 juta persalinan pertahun didunia dan hampir semua terjadi dinegara berkembang. Angka kejadian BBLR di Indonesia adalah 10,5% masih di atas angka rata-rata Thailand (9,6%) dan Vietnam (5,2%). Di Indonesia, BBLR bersama 1 prematur merupakan penyebab Kematian neonatal yang tinggi. Berdasarkan hasil Riskesdas 2010 ditemukan bahwa daerah Sumut kejadian berat bayi lahir rendah sebanyak 8,2 %. Berdasarkan profil Puskesmas Kecamatan Medan Tuntungan tahun 2011 ditemukan kejadian BBLR 1,5% dari setiap persalinan pertahun.

Bayi yang lahir dari ibu muda mengalami lebih sering kejadian prematuritas atau berat badan kurang, dan angka kematian yang lebih tinggi dari pada bayi yang dilahirkan dari ibu yang lebih tua. Berat badan kurang mungkin merupakan penyebab kematian janin dan bayi yang terpenting. Berat badan kurang pada bayi yang dilahirkan dari ibu yang sangat muda ternyata berhubungan dengan cacat bawaan fisik atau mental seperti ayan, kejang – kejang, keterbelakangan, kebutaan atau ketulian.

Salah satu penyebab Kematian neonatus tersering adalah bayi berat lahir rendah (BBLR) baik cukup bulan maupun kurang bulan (prematuur). Pertumbuhan

dan perkembangan BBLR setelah lahir mungkin akan mendapat banyak hambatan. Perawatan setelah lahir diperlukan bayi untuk dapat mencapai pertumbuhan dan perkembangannya. Kemampuan ibu untuk memahami sinyal dan berespon terhadap bayi prematur berinteraksi dan memberikan dekapan.

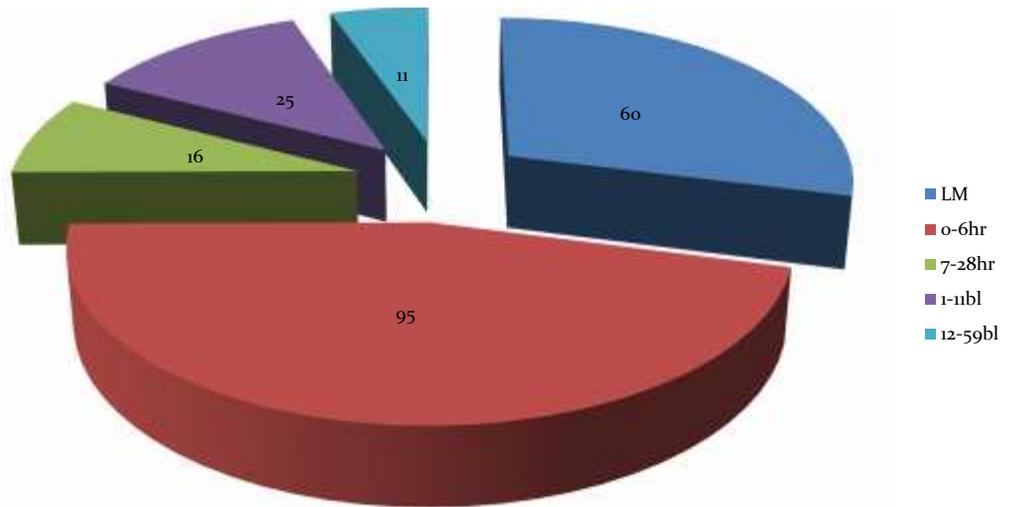
Bayi lahir dengan berat badan lahir rendah merupakan salah satu faktor risiko yang mempunyai kontribusi terhadap kematian bayi khususnya pada masa perinatal selain itu BBLR dapat mengalami gangguan mental dan fisik pada usia tumbuh kembang selanjutnya sehingga membutuhkan biaya perawatan yang tinggi. Angka BBLR di Indonesia nampak bervariasi, secara nasional berdasarkan analisa lanjut SDKI angka BBLR sekitar 7,5 %.

Bila dikaji lebih dalam lagi, fenomena faktor demografi dan perawatan antenatal yang kurang baik akan berujung pada tingginya angka kejadian bayi berat lahir rendah atau prematur yang dapat mengakibatkan tingginya angka kesakitan dan kematian pada bayi.

Berdasarkan kajian dan meta analisis tentang faktor faktor penentu bayi berat lahir rendah antara lain adalah faktor demografi dan psikososial termasuk di dalamnya (usia ibu, status ekonomi, pendidikan, penghasilan) faktor berikutnya adalah faktor perawatan Antenatal termasuk didalamnya (kunjungan antenatal pertama, jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan dan kualitas perawatan antenatal). Apabila faktor-faktor di atas tidak segera diatasi maka jumlah kelahiran BBLR kemungkinan semakin meningkat. Hal ini akan menjadi beban pembangunan kesehatan jangka pendek dan jangka panjang, karena dampak jangka pendek meningkatnya jumlah kematian bayi usia 0-28 hari, sedangkan jangka panjang BBLR rentan terhadap timbulnya beberapa jenis penyakit pada usia dewasa.

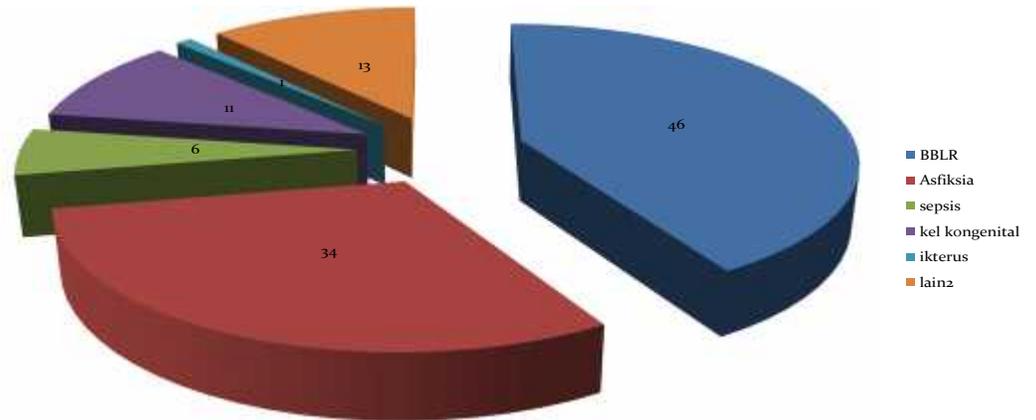
Jumlah bayi lahir hidup Tahun 2016 adalah 20.863 turun jika dibandingkan dengan tahun 2015 yaitu 21.427 orang. Jumlah kematian bayi sebanyak 136 orang dan jumlah kematian balita sebanyak 11 orang.

Diagram 3.2
Kematian Bayi Berdasarkan Umur Tahun 2016
Di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kab. Majalengka



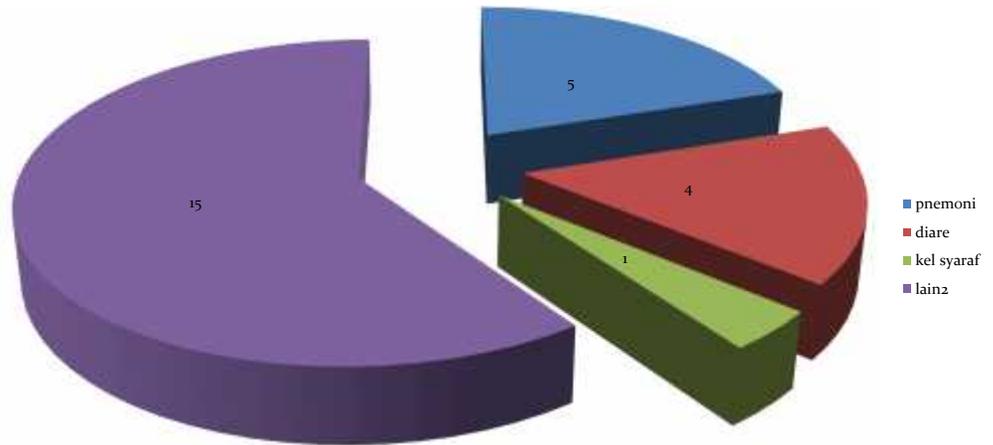
Kematian bayi menurut umur tahun 2016 paling banyak adalah pada umur 0-6 hari yaitu sebanyak 95 orang (69,85%), meningkat jika dibandingkan Tahun 2015 (59,15%).

Diagram 3.3
Kematian Neonatal 0-28 Hari Berdasarkan Penyebab
Di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kab. Majalengka Tahun 2016



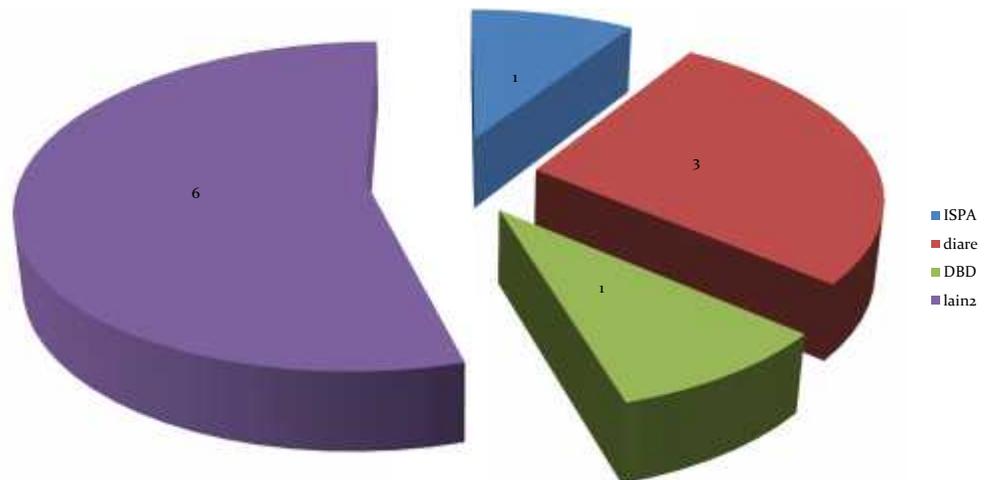
Kematian neonatal menurut penyebab di Kabupaten Majalengka tahun 2016 adalah BBLR 46 orang (41,44%), asfiksia 34 orang (30,6%), sepsis 6 orang (5,4%), ikterus 1 orang (0,9%), kelainan kongenital 11 orang (9,9%), dan penyebab lainnya 13 orang (11,7 %).

Diagram 3.4
Penyebab Kematian Bayi 29 hr-11 bulan
Di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kab. Majalengka Tahun 2016



Berdasarkan diagram diatas terlihat bahwa penyebab kematian bayi usia 29-11 bulan terbanyak oleh pnemonia 5 orang (20%), diare 4 orang (16%), kelainan syaraf 1 orang (4%) dan lain-lain 15 orang (60%).

Diagram 3.5
Prosentase Kematian Balita Berdasarkan Penyebab
Di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kab. Majalengka Tahun 2016



Berdasarkan diagram diatas terlihat bahwa penyebab kematian balita terbanyak adalah karena ISPA sebanyak 1 orang (9,09%), karena diare sebanyak 3 orang (27,2%), karena demam berdarah sebanyak 1 orang (9,09%) dan penyebab lain sebanyak 6 orang (54,5%).

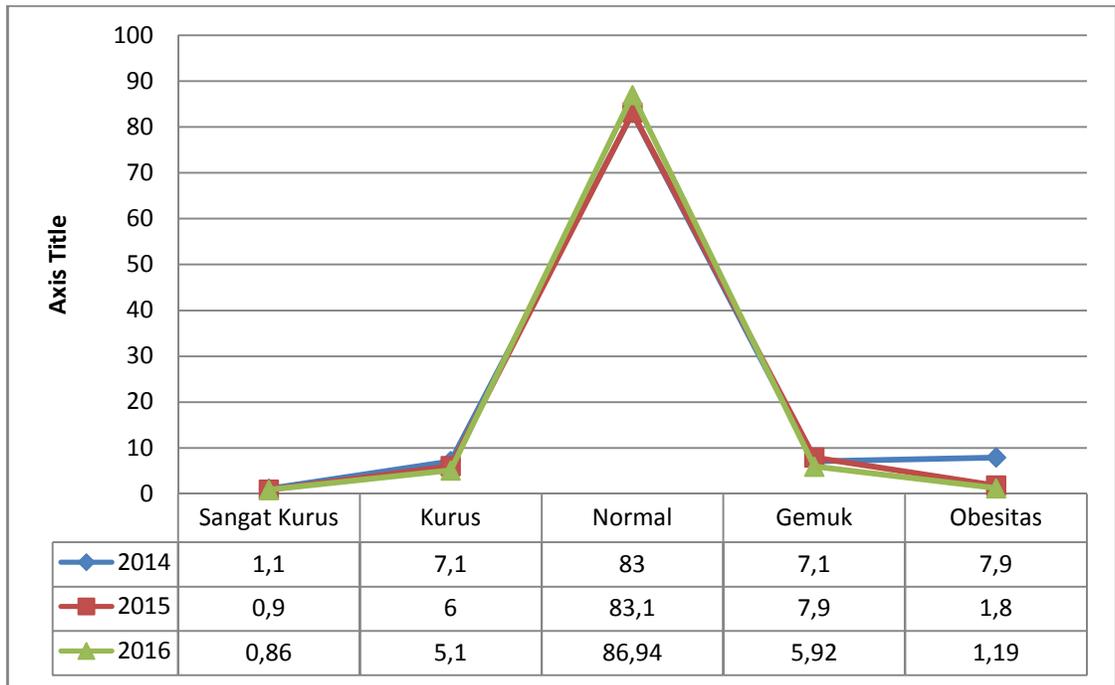
C. STATUS GIZI

Upaya Perbaikan Gizi Masyarakat sebagaimana disebutkan di dalam undang-undang No. 36 tahun 2009 bertujuan untuk meningkatkan mutu gizi perorangan dan masyarakat, antara lain melalui perbaikan pola konsumsi makanan, perbaikan perilaku sadar gizi, dan peningkatan akses dan mutu pelayanan gizi dan kesehatan sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi. Upaya perbaikan gizi dilaksanakan secara bertahap dan berkesinambungan sesuai dengan tahapan dan prioritas pembangunan nasional. Sasaran jangka panjang yang ingin dicapai adalah bahwa masalah gizi tidak menjadi masalah kesehatan masyarakat berdasarkan ukuran-ukuran universal yang telah disepakati.

1. Status Gizi Balita

Perkembangan dan diferensiasi status gizi terjadi lebih banyak pada anak dibandingkan pada kelompok-kelompok lain. Keadaan Status Gizi Balita di Kabupaten Majalengka dapat terlihat pada tabel berikut :

Grafik 3.3
Sebaran Persentase Status Gizi Berdasarkan Indikator IMT/U
Hasil Kegiatan TBABS Terintegrasi dengan Kegiatan UKS
di Kabupaten Majalengka Tahun 2014, 2015 dan 2016



Sumber : Bidang Yankes Primer Dinkes Kab. Majalengka Tahun 2016

Pada tabel di atas dapat dilihat prevalensi balita sangat kurus, kurus, gemuk dan obesitas Tahun 2016 menurun, sedangkan persentase status gizi balita baik naik dalam kurun waktu 3 tahun.

Intervensi yang telah dilakukan dan bersifat jangka pendek adalah dengan pemberian makanan tambahan (PMT), yang selama ini telah terbukti dapat meningkatkan status gizi balita selain intervensi pada program lain seperti imunisasi dan kesehatan lingkungan. Intervensi pada gizi lebih saat ini belum dilakukan secara intensif. Hanya saja jika mengikuti definisi operasional Standar Pelayanan Minimum (SPM), yang menjadi sasaran adalah seluruh balita dari keluarga miskin tanpa melihat status gizi balita sehingga yang terjadi adalah peningkatan pada status gizi lebih atau gemuk.

Pemberian Makanan Tambahan (PMT) bersumber dari Program Jaringan Pengaman Kesehatan Masyarakat Miskin (PJPKMM) sangat membantu untuk peningkatan Status Gizi pada Balita, khususnya balita pada keluarga miskin.

2. Pemantauan Pertumbuhan (SKDN)

Selama ini pemantauan pertumbuhan balita dilakukan dengan menggunakan SKDN dan BGM sebagai berikut :

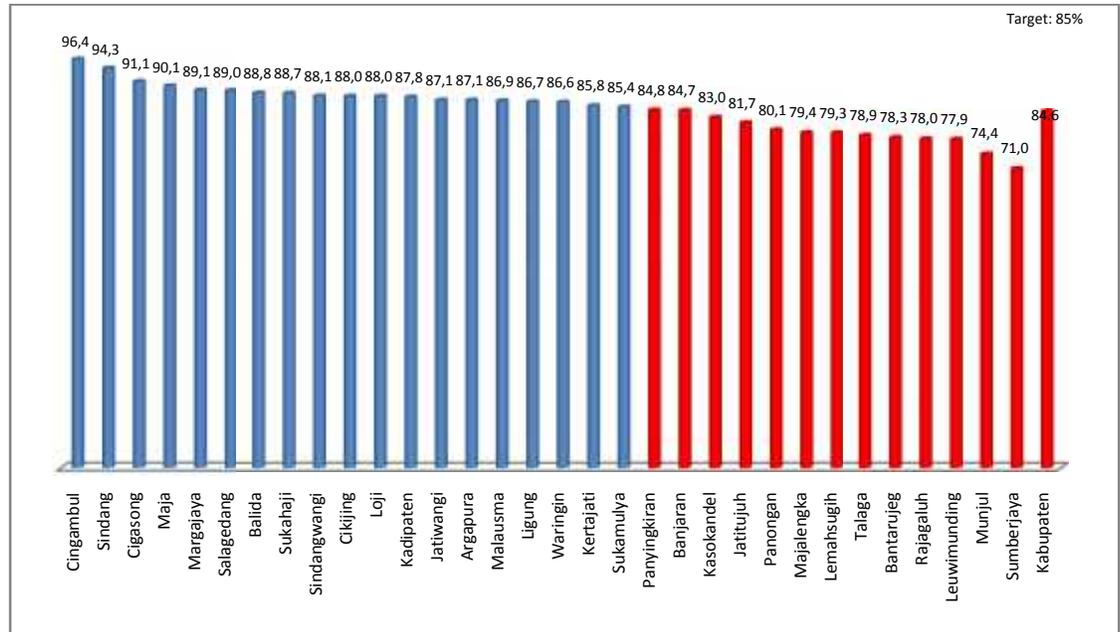
- S : adalah jumlah seluruh balita yang ada di wilayah kerja se Kabupaten Majalengka.
- K : adalah jumlah balita yang terdaftar dan memiliki Kartu Menuju Sehat (KMS) atau Buku KIA di wilayah Kabupaten Majalengka.
- D : adalah jumlah seluruh balita yang ditimbang di wilayah Kabupaten Majalengka.
- N : adalah balita yang naik berat badannya sesuai dengan garis pertumbuhan.
- BGM : adalah balita dengan berat badan menurut umur berada pada dan di bawah garis merah pada KMS.

a) Cakupan D/S

Cakupan D/S adalah cakupan rata rata Balita (0-59 Bulan) yang datang ditimbang dibandingkan dengan jumlah balita yang ada di wilayah kerja se-Kabupaten Majalengka dalam kurun waktu satu tahun. Cakupan D/S adalah indikator untuk mengetahui partisipasi masyarakat terhadap kegiatan posyandu. Cakupan D/S adalah indikator untuk mengetahui partisipasi masyarakat terhadap kegiatan posyandu. **Cakupan D/S di Kabupaten Majalengka tahun 2016 adalah 84,6 %** (berdasarkan sasaran riil) dan cakupan D/S di Kabupaten Majalengka tahun 2016 berdasarkan estimasi adalah 87,2 %.

Pada grafik di bawah ini dapat dilihat pemantauan wilayah setempat cakupan D/S perpuskesmas di Kabupaten Majalengka tahun 2016 sebagai berikut:

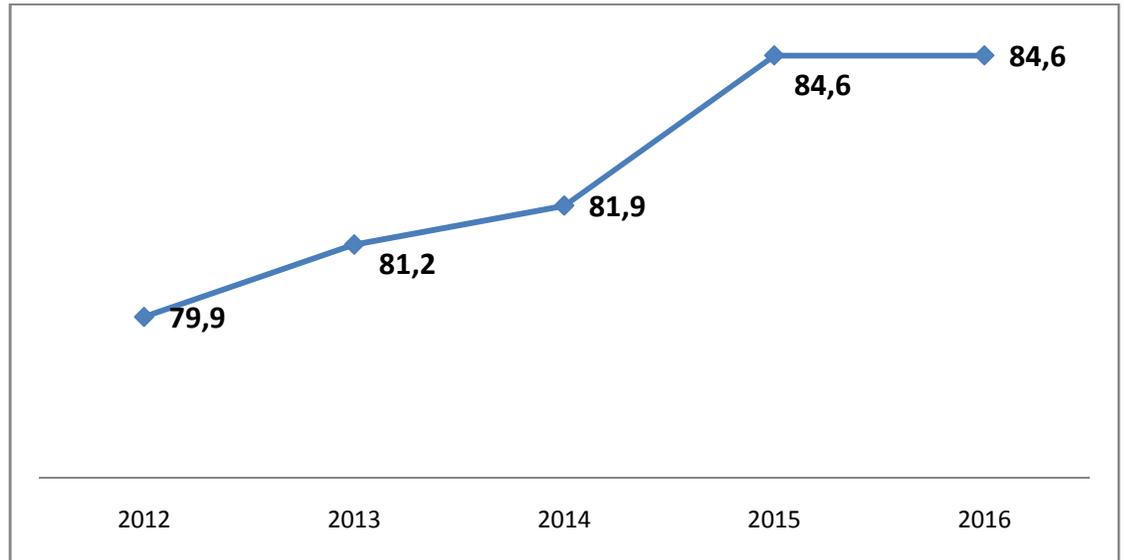
Grafik 3.4
Cakupan D/S Berdasarkan Sasaran Ril Per Puskesmas
Di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kab. Majalengka Tahun 2016



Pada grafik tersebut dapat dilihat bahwa 19 Puskesmas sudah mencapai cakupan D/S di atas 85% yaitu Puskesmas Cingambul, Sindang, Cigasong, Maja, Margajaya, Salagedang, Balida, Sukahaji, Sindangwangi, Cikijing, Loji, Kadipaten, Jatiwangi, Argapura, Malausma, Ligung, Waringin, Kertajati, Sukamulya. Cakupan D/S Kabupaten Majalengka Tahun 2016 baru mencapai 84,6 % masih berada di bawah target.

Pada grafik di bawah ini menggambarkan cakupan D/S Kabupaten Majalengka Tahun 2012 sampai Tahun 2016 adalah sebagai berikut :

Grafik 3.5
Cakupan D/S Berdasarkan Sasaran Ril
Di Kab. Majalengka Tahun 2012-2016



Pada grafik di atas dapat dilihat bahwa trend dari tahun 2012 sampai tahun 2016 cenderung naik yaitu sebesar 84,6 %. Selama D/S belum mencapai 100%, masih ada kemungkinan balita gizi kurang yang belum terdata.

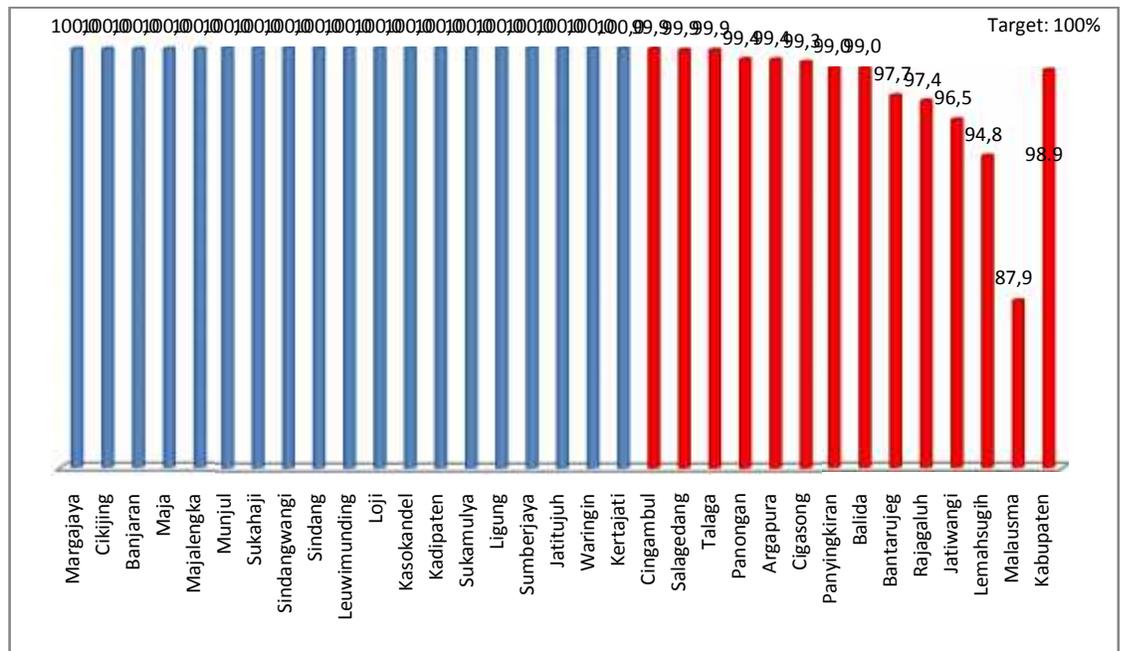
b) Cakupan K/S

Persentase balita mempunyai Buku KIA/KMS adalah proporsi balita mempunyai Buku KIA/KMS terhadap jumlah balita yang ada di suatu wilayah pada periode tertentu $\times 100\%$. Buku KIA adalah buku yang berisi catatan kesehatan ibu (hamil, bersalin dan nifas) dan anak (bayi baru lahir, bayi dan anak balita) serta berbagai informasi cara memelihara dan merawat kesehatan ibu dan anak. Sedangkan Kartu Menuju Sehat (KMS) adalah kartu yang memuat kurva pertumbuhan normal anak berdasarkan indeks antropometri berat badan menurut umur yang dibedakan berdasarkan jenis kelamin. KMS digunakan untuk mencatat berat badan, memantau pertumbuhan balita setiap bulan dan sebagai media penyuluhan gizi dan kesehatan.

Cakupan K/S di Kabupaten Majalengka tahun 2016 adalah 98,9% (berdasarkan sasaran riil) dan cakupan K/S di Kabupaten Majalengka tahun 2016 berdasarkan estimasi adalah 101,9%.

Pada grafik di bawah ini dapat dilihat pemantauan wilayah setempat cakupan K/S Berdasarkan Sasaran Riil perpuskesmas di Kabupaten Majalengka tahun 2016 sebagai berikut:

Grafik 3.6
Cakupan K/S Berdasarkan Sasaran Riil
Di Kab. Majalengka Tahun 2016



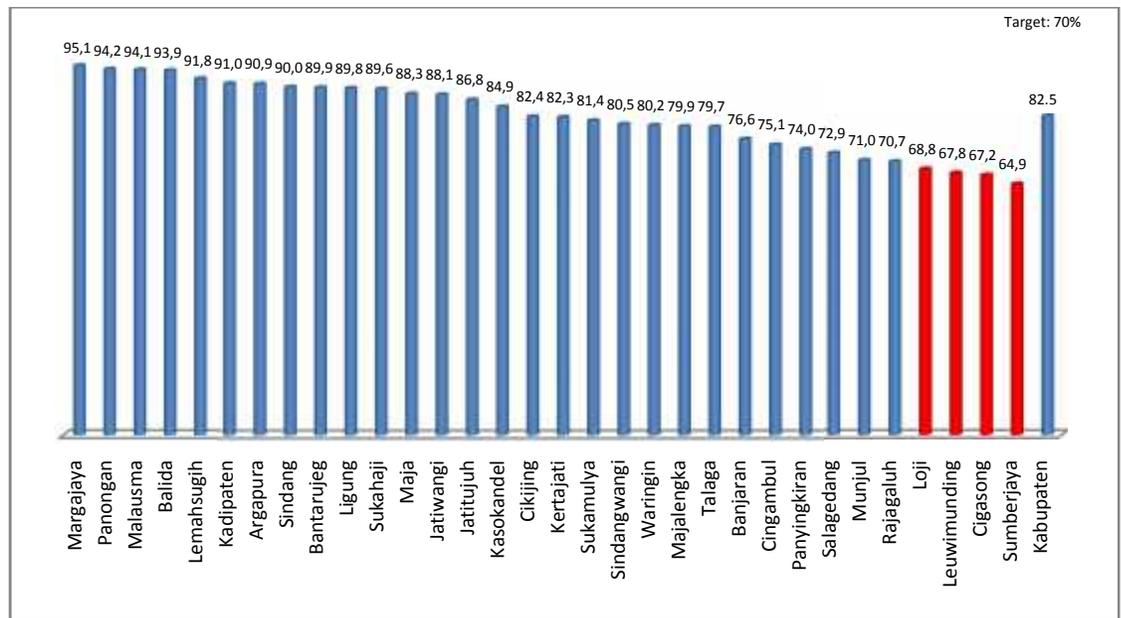
Pada grafik tersebut dapat dilihat bahwa 19 Puskesmas sudah mencapai cakupan K/S 100% dan 13 puskesmas belum mencapai target yaitu puskesmas Cingambul, Salagedang, Talaga, Panongan, Argapura, Cigasong, Panyingkiran, Balida, Bantarujeg, Rajagaluh, Jatiwangi, Lemahsugih, Malausma. Cakupan K/S Kabupaten Majalengka Tahun 2016 baru mencapai 98.9 % masih berada di bawah target.

c) Cakupan N/D

Cakupan N/D adalah rata-rata cakupan Balita (0-59 Bulan) yang ditimbang dan naik berat badannya dibandingkan dengan jumlah balita yang datang dan ditimbang di wilayah kerja se-Kabupaten Majalengka dalam kurun waktu satu tahun. Cakupan N/D yaitu indikator yang digunakan untuk mengetahui keberhasilan program.

Pada grafik berikut dapat dilihat cakupan N/D Per puskesmas di Kabupaten Majalengka tahun 2016.

Grafik 3.7
Cakupan N/D Berdasarkan Sasaran Riil Per Puskesmas
Di Kab. Majalengka Tahun 2016



Pada grafik di atas dapat dilihat cakupan N/D **Kabupaten Majalengka Tahun 2016 adalah 82,5%**. Pada grafik tersebut dapat dilihat bahwa 28 puskesmas cakupan N/D di atas 70 % dan 4 puskesmas dengan cakupan N/D di bawah 70 % . Puskesmas dengan cakupan N/D di bawah 70 % adalah Puskesmas Loji, Cigasong, Leuwimunding, Sumberjaya.

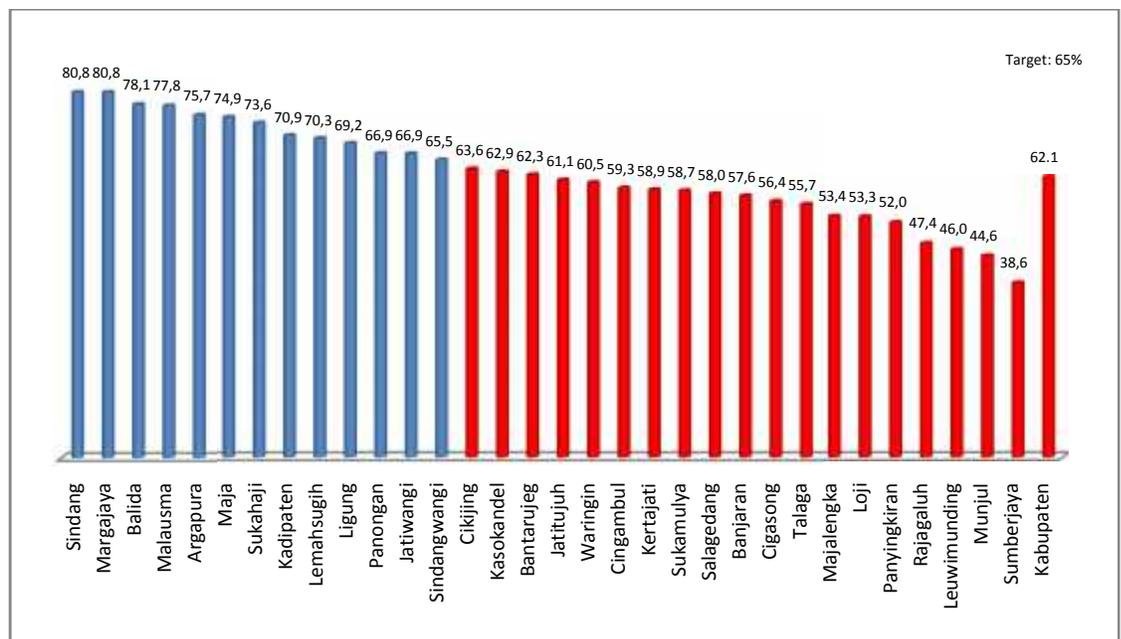
d) Cakupan N/S

Cakupan N/S adalah jumlah rata-rata cakupan Balita (0-59 Bulan) yang ditimbang dan naik berat badannya dibandingkan dengan jumlah seluruh balita yang ada di wilayah kerja di Kabupaten Majalengka. Dapat dilihat **bahwa cakupan N/S Kabupaten Majalengka Tahun 2016 adalah 62,1%** (berdasarkan sasaran riil) dan berdasarkan sasaran estimasi adalah 64,0%.

Pada grafik berikut dapat dilihat pemantauan wilayah setempat cakupan N/S Perpuskesmas di Kabupaten Majalengka tahun 2016 berdasarkan sasaran riil sebagai berikut :

Grafik 3.8

Cakupan N/S Berdasarkan Sasaran Riil Per Puskesmas Di Kab. Majalengka Tahun 2016



Pada grafik di atas dapat dilihat bahwa dari 32 Puskesmas dengan cakupan N/S di atas 65% ada 13 puskesmas yaitu Puskesmas Sindang, Margajaya, Balida, Malausma, Argapura, Maja, Sukahaji, Kadipaten, Ligung, Panongan, Jatiwangi dan Sindangwangi.

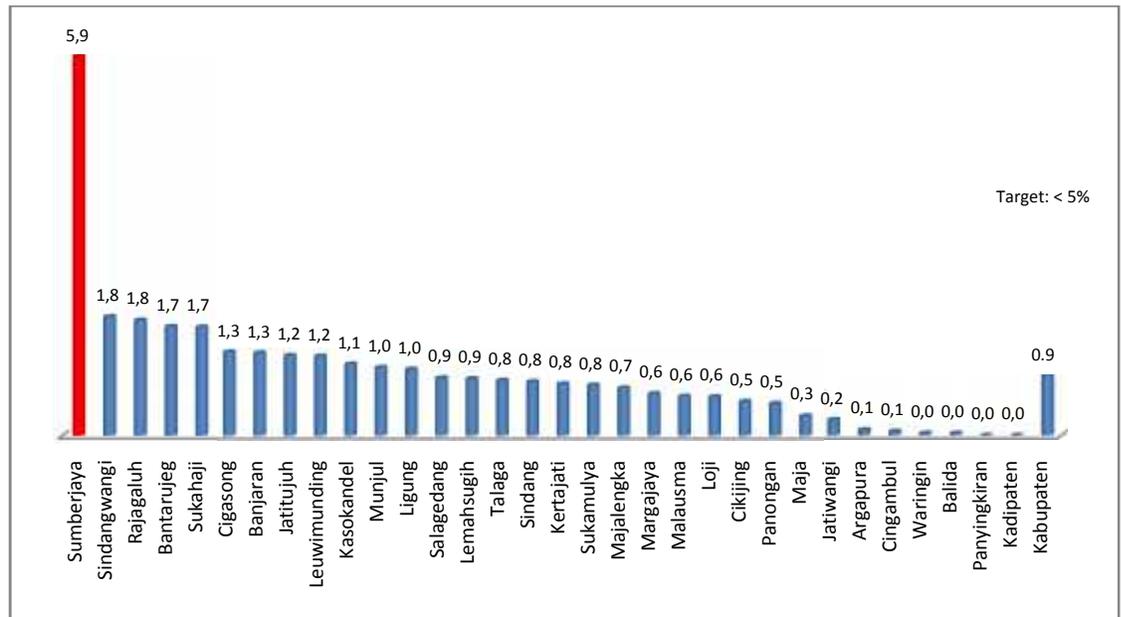
e) Cakupan BGM/D

Cakupan BGM/D adalah cakupan yang menggambarkan persentase balita yang BGM dibandingkan balita yang ditimbang. Cakupan BGM/D sangat penting untuk mendeteksi dini balita gizi buruk, menentukan prioritas wilayah sasaran dan intervensi dan bermanfaat untuk pencegahan dan penanggulangan balita gizi buruk.

Cakupan BGM/D di Kabupaten Majalengka tahun 2016 adalah 0,9% sudah mencapai target yaitu di bawah 5 %.

Pada grafik di bawah ini dapat dilihat pemantauan wilayah setempat cakupan BGM/D perpuskesmas di Kabupaten Majalengka tahun 2016 sebagai berikut :

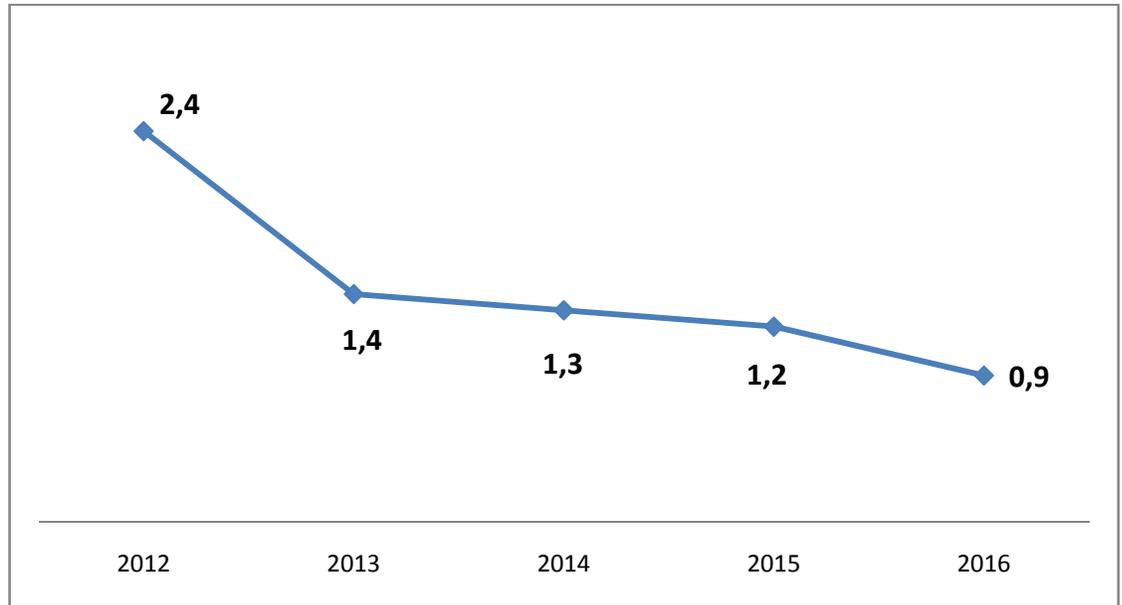
Grafik 3.9
Prevalensi BGM/D Per Puskesmas
Di Kab. Majalengka Tahun 2016



Pada grafik di atas dapat dilihat bahwa semua puskesmas cakupan BGM/D mencapai target yaitu di bawah 5 %.

Pada grafik di bawah ini dapat dilihat cakupan BGM/D dari tahun 2012 sampai 2016 sebagai berikut :

Grafik 3.10
Prevalensi BGM/D Per Puskesmas
Di Kab. Majalengka Tahun 2012 - 2016



Pada grafik di atas dapat dilihat bahwa pada tahun 2016 terdapat kecenderungan menurun cakupan BGM/D dari tahun sebelumnya.

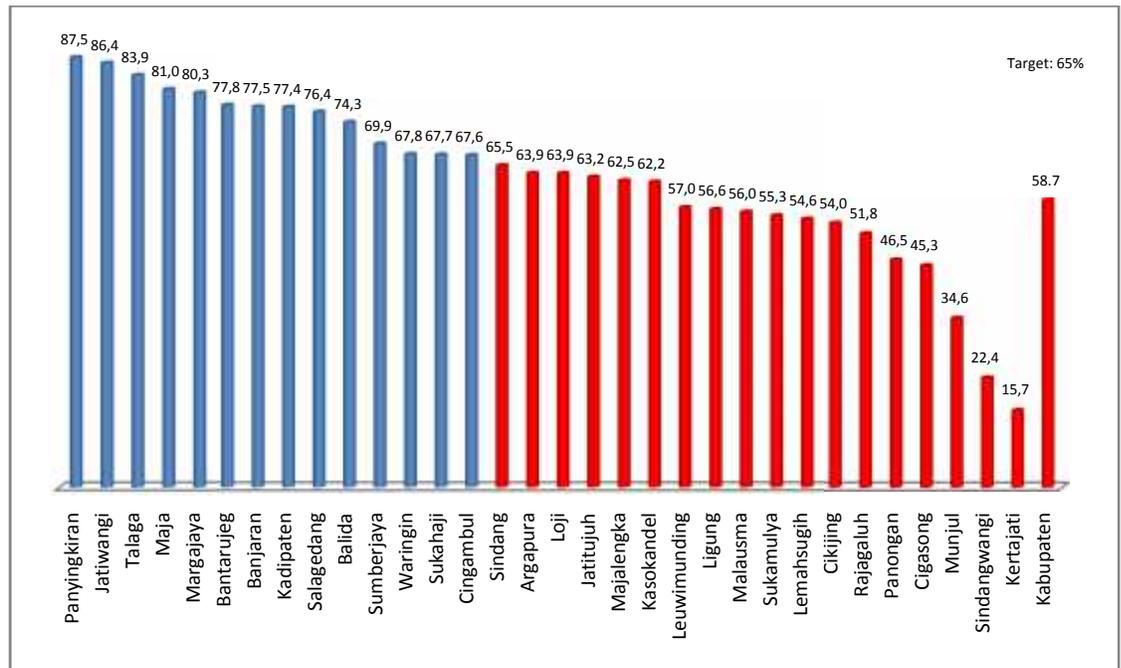
3. Asi Eksklusif

ASI Eksklusif adalah pemberian hanya Air Susu Ibu (ASI) saja pada bayi tanpa tambahan makanan/minuman lain kecuali obat/vitamin/mineral sejak lahir sampai bayi berusia 6 bulan. Bayi dikatakan mendapatkan ASI Eksklusif bila pada saat survey dilakukan masih diberi ASI secara eksklusif.

Cakupan ASI Eksklusif tahun 2016 di Kabupaten Majalengka berdasarkan Sasaran Riil adalah 58,7%, mengalami peningkatan dari tahun 2015 yaitu sebesar 56,4%

Dapat dilihat pemantauan wilayah setempat cakupan ASI Eksklusif Berdasarkan Sasaran Riil Perpuskesmas di Kabupaten Majalengka tahun 2016 sebagai berikut :

Grafik 3.11
Cakupan ASI Eksklusif Berdasarkan Sasaran Riil
Di Kab. Majalengka Tahun 2016



Pada grafik di atas dapat dilihat bahwa dari 32 Puskesmas, hanya 14 puskesmas yang mencapai target 65% yaitu Puskesmas Panyingkiran, Jatiwangi, Talaga, Maja, Margajaya, Bantarujeg, Banjaran, Kadipaten, Salagedang, Balida, Sumberjaya, Waringin, Sukahaji dan Cingambul.

ASI Eksklusif 0-6 bulan (ASI Eksklusif Proses) sebagai upaya untuk meningkatkan cakupan ASI Eksklusif 6 bulan. Target cakupan ASI Eksklusif 0-6 bulan adalah 65%. Rata-rata pencapaian cakupan di kabupaten sebesar 70,69% (diatas target 65%). Dari 32 puskesmas, ada 22 puskesmas yang sudah mencapai target, dan 10 puskesmas yang belum mencapai target. Hal ini menunjukkan bahwa

selama proses menuju ASI E6 bulan masih banyak yang drop out, sampai saat ini belum dilakukan penelitian drop out terbanyak di umur berapa.

4. Ibu Hamil KEK dan Ibu Hamil Anemia

a) Ibu Hamil KEK (Kurang Energi Kronis)

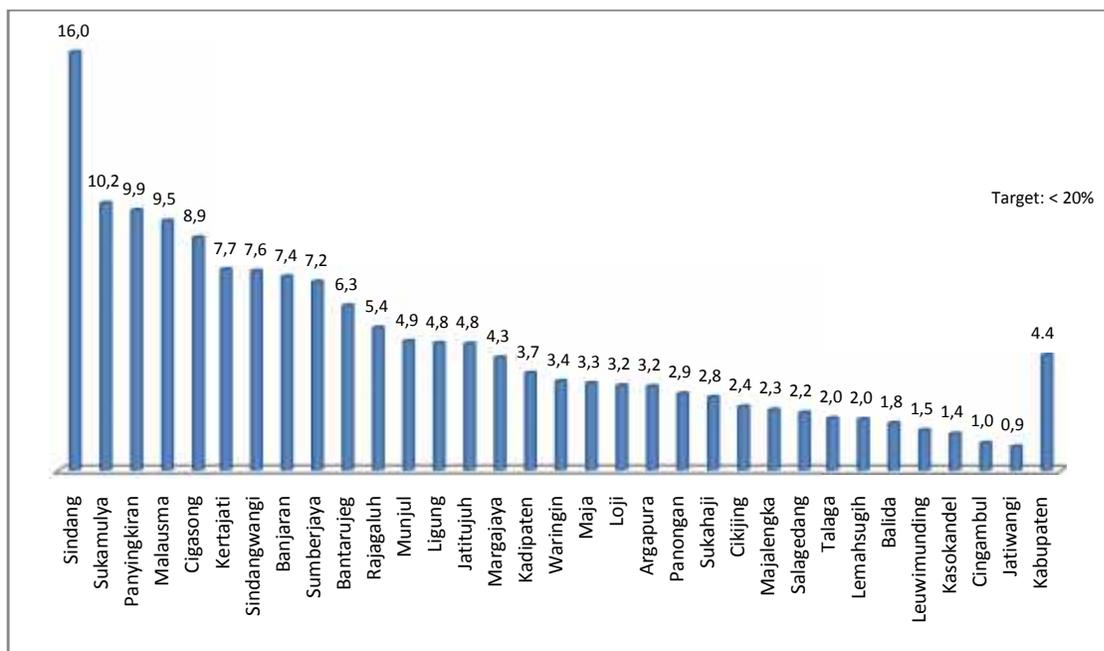
Bumil KEK adalah ibu hamil yang mempunyai ukuran lingkaran lengan atas (LILA) $< 23,5$ cm hasil pengukuran menggunakan pita LILA. Parameter yang digunakan adalah jumlah Bumil KEK yang dihitung setiap bulan dan dan prevalensi Bumil KEK yang dihitung setiap tahun. Prevalensi Bumil KEK adalah persentase jumlah bumil KEK dibandingkan dengan jumlah bumil yang ada di wilayah kerja.

Bumil KEK merupakan faktor resiko terjadinya BBLR. Bumil KEK dianggap sebagai masalah kesehatan masyarakat bila prevalensi $> 10\%$.

Dari laporan Bumil KEK Puskesmas di Kabupaten Majalengka tahun 2016, dapat dilihat bahwa **Prevalensi Bumil KEK pada tahun 2016 adalah 4,4%**.

Pada grafik di bawah ini dapat dilihat Pemantauan Wilayah Setempat Prevalensi Bumil KEK Puskesmas di Kabupaten Majalengka Tahun 2016 sebagai berikut :

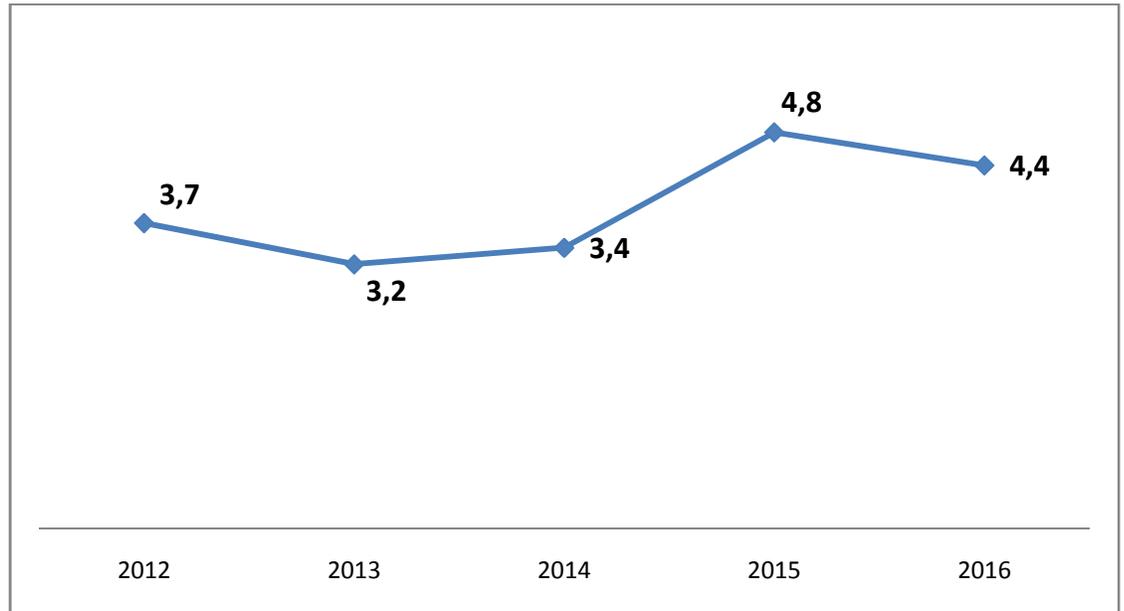
Grafik 3.12
PWS Prevalensi Bumil KEK
Di Kab. Majalengka Tahun 2016



Pada grafik di atas dapat dilihat bahwa dari 32 Puskesmas di Kabupaten Majalengka pada tahun 2016 persentase Bumil KEK <math>< 20\%</math>. Prevalensi Bumil KEK di tiap Puskesmas berkisar antara 16 – 0,9%. Bumil KEK merupakan masalah kesehatan di Puskesmas Sindang karena presentase Bumil KEK di atas ambang batas masalah kesehatan (10%). Presentase tertinggi ada di wilayah Puskesmas Sindang. Penanganan masalah bumil KEK antara lain melalui penyuluhan maupun pemberian PMT serta dilakukan pemantauan secara intensif.

Pada grafik di bawah ini dapat dilihat prevalensi Bumil KEK dari tahun 2012 sampai tahun 2016 sebagai berikut :

Grafik 3.13
Presentase Bumil KEK
Di Kab. Majalengka Tahun 2012-2016



Pada grafik di atas dapat dilihat bahwa pada tahun 2016 Presentase Bumil KEK cenderung menurun.

b) Ibu Hamil Anemia

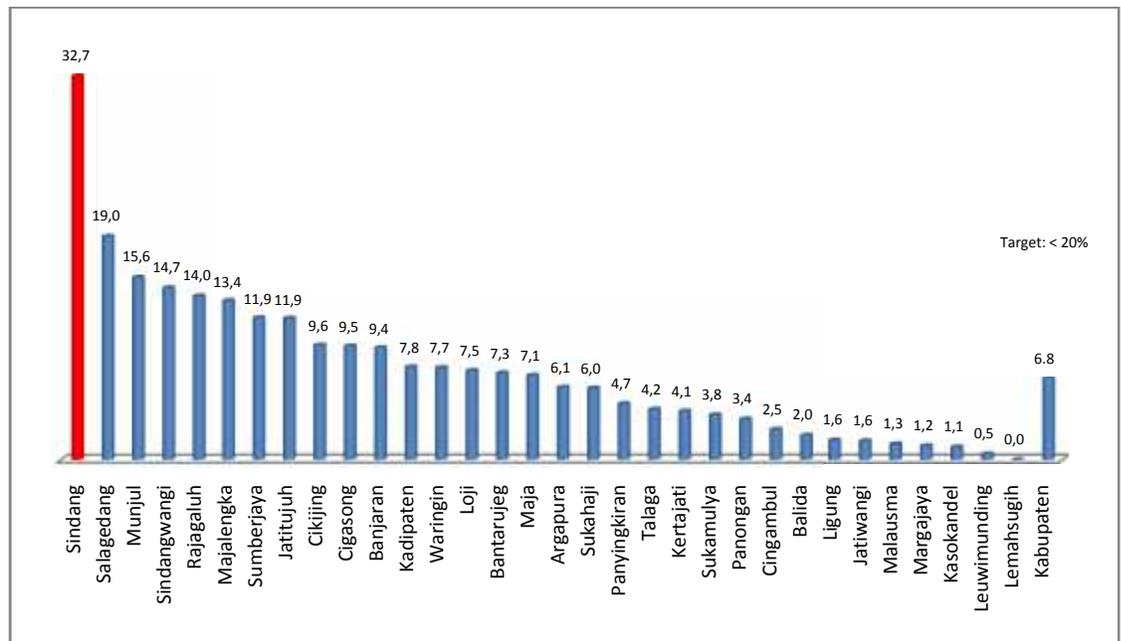
Ibu Hamil Anemia adalah Ibu Hamil yang menderita anemia gizi besi dengan kadar haemoglobin (Hb) Kurang dari 11,0 gram %. Parameter yang digunakan adalah jumlah Bumil anemia yang dihitung setiap bulan dan dan prevalensi Bumil anemia yang dihitung setiap tahun. Prevalensi Bumil anemia adalah persentase jumlah bumil anemia dibandingkan dengan jumlah bumil yang ada di wilayah kerja.

Bumil anemia merupakan faktor resiko terjadinya perdarahan. Bumil anemia dianggap sebagai masalah kesehatan masyarakat bila prevalensi > 20%.

Berdasarkan laporan Bumil Anemia per puskesmas di Kabupaten Majalengka tahun 2016, dapat dilihat bahwa **Prevalensi Bumil Anemia pada tahun 2016 adalah 6,8%.**

Pada grafik di bawah ini dapat dilihat Pemantauan Wilayah Setempat Prevalensi Bumil Anemia Perpuskesmas di Kabupaten Majalengka Tahun 2016 sebagai berikut :

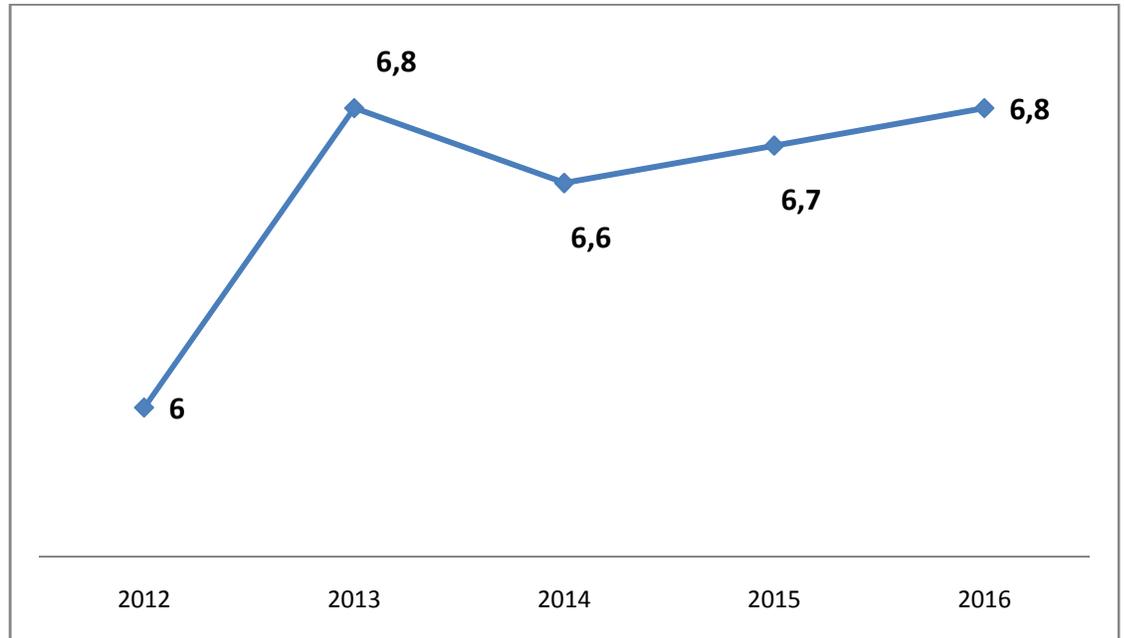
Grafik 3.14
Prevalensi Bumil Anemia
Per Puskesmas Di Kab. Majalengka Tahun 2016



Pada grafik di atas dapat dilihat bahwa presentase bumil anemia masih di atas 20% di Puskesmas Puskesmas Sindang. Sedangkan prevalensi antara 10-20% ada di Puskesmas Jatitujuh, Sumberjaya, Majalengka, Rajagaluh, Sindangwangi, Munjul, Salagedang. Tingginya prevalensi di Puskesmas Sindang tersebut sejalan dengan deteksi dini dan pencatatan yang lebih baik dibanding puskesmas lainnya.

Dapat di bawah ini dapat dilihat presentase bumil anemia di Kabupaten Majalengka tahun 2012 sampai dengan tahun 2016 sebagai berikut :

Grafik 3.15
Presentase Bumil Anemia
Di Kab. Majalengka Tahun 2012-2016



Pada grafik di atas dapat dilihat bahwa pada tahun 2016 presentase bumil anemia kembali meningkat dibanding tahun 2015.

5. Bulan Penimbangan Balita

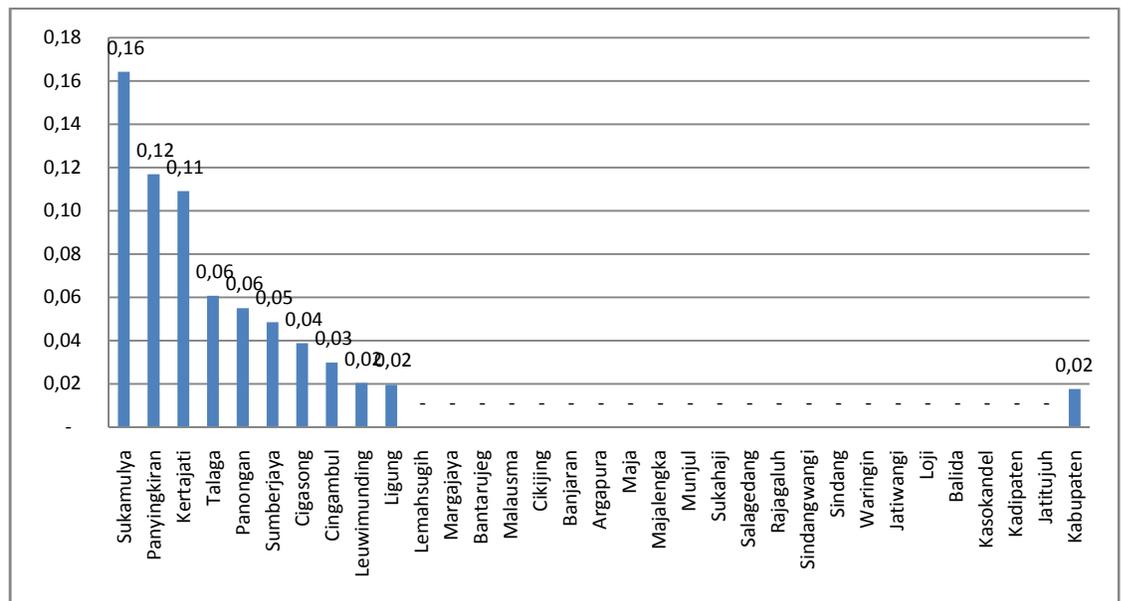
Bulan Penimbangan Balita (BPB) adalah salah satu komponen sistem kewaspadaan pangan dan gizi dengan tujuan memberikan informasi gambaran masalah status gizi terutama gizi kurang dan gizi buruk.

Pada Laporan Pemantauan Bulan Penimbangan Balita, dapat dilihat bahwa berdasarkan hasil pemantauan Bulan Penimbangan Balita di Kabupaten Majalengka tahun 2016 diperoleh status gizi menurut indikator BB/U adalah Gizi Sangat Kurang 0,50%, Gizi Kurang 4,63%, Gizi Baik 93,03% dan Gizi Lebih 1,83%. Sedangkan status gizi menurut indikator BB/TB hasil pemantauan Bulan Penimbangan Balita (BPB) di Kabupaten Majalengka tahun 2016 diperoleh status Gizi Sangat Kurus 0,02%, Kurus 2,34%, Normal 94,13% dan Gemuk 3,52%.

Semakin banyak balita yang ditimbang, akan semakin terlihat gambaran status gizi balita.

Pada grafik di bawah ini dapat dilihat pemantauan wilayah setempat status gizi sangat kurus hasil Bulan Penimbangan Balita Per Puskesmas di Kabupaten Majalengka tahun 2015 sebagai berikut :

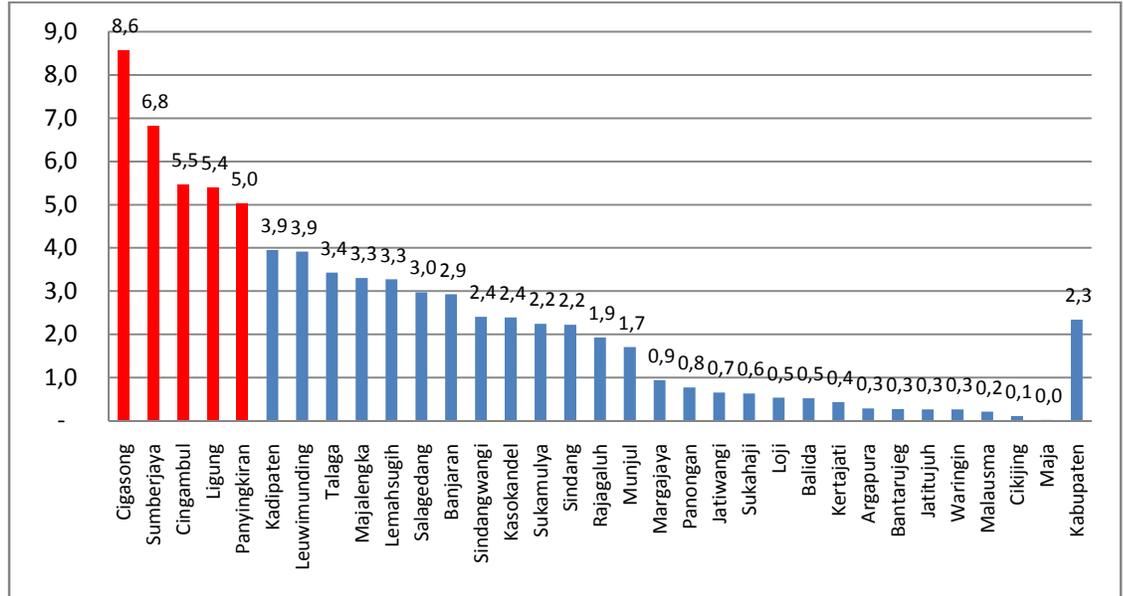
Grafik 3.16
Presentasi Balita Sangat Kurus Berdasarkan Standar BB/TB
Hasil Bulan Penimbangan Balita Per Puskesmas
Di Kab. Majalengka Tahun 2016



Pada grafik di atas dapat dilihat bahwa status gizi balita sangat kurus (gizi buruk) yang melebihi 0,1 % berada di wilayah Kerja Puskesmas Sukamulya, Panyingkiran, Kertajati. sedangkan di wilayah lainnya berada di bawah 0,1 %.

Pada grafik di bawah ini dapat dilihat pemantauan wilayah setempat status gizi kurus hasil Bulan Penimbangan Balita Per Puskesmas di Kabupaten Majalengka tahun 2016 sebagai berikut :

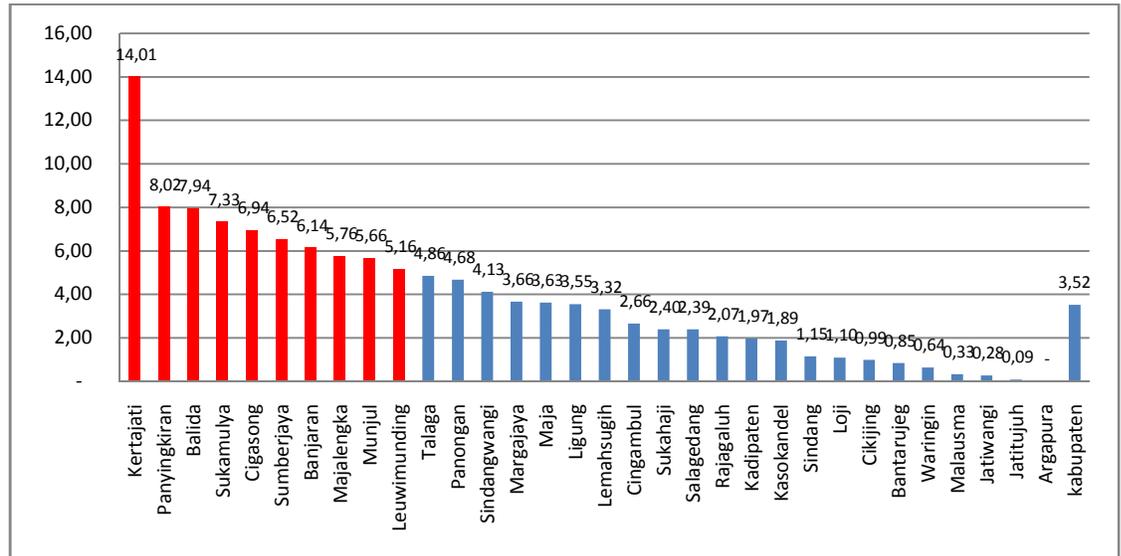
Grafik 3.17
Presentase Balita Kurus Berdasarkan Standar BB/TB
Hasil Bulan Penimbangan Balita Per Puskesmas
Di Kab. Majalengka Tahun 2016



Pada grafik di atas dapat dilihat bahwa balita yang status gizi kurus di atas 5% berada di wilayah kerja Puskesmas Cigasong, Sumberjaya, Leuwimunding, Cingambul, Ligung, Panyingkiran. sedangkan di wilayah lainnya berada di bawah 5%.

Pada grafik di bawah ini dapat dilihat pemantauan wilayah setempat status gizi gemuk hasil Bulan Penimbangan Balita Per Puskesmas di Kabupaten Majalengka tahun 2016 sebagai berikut :

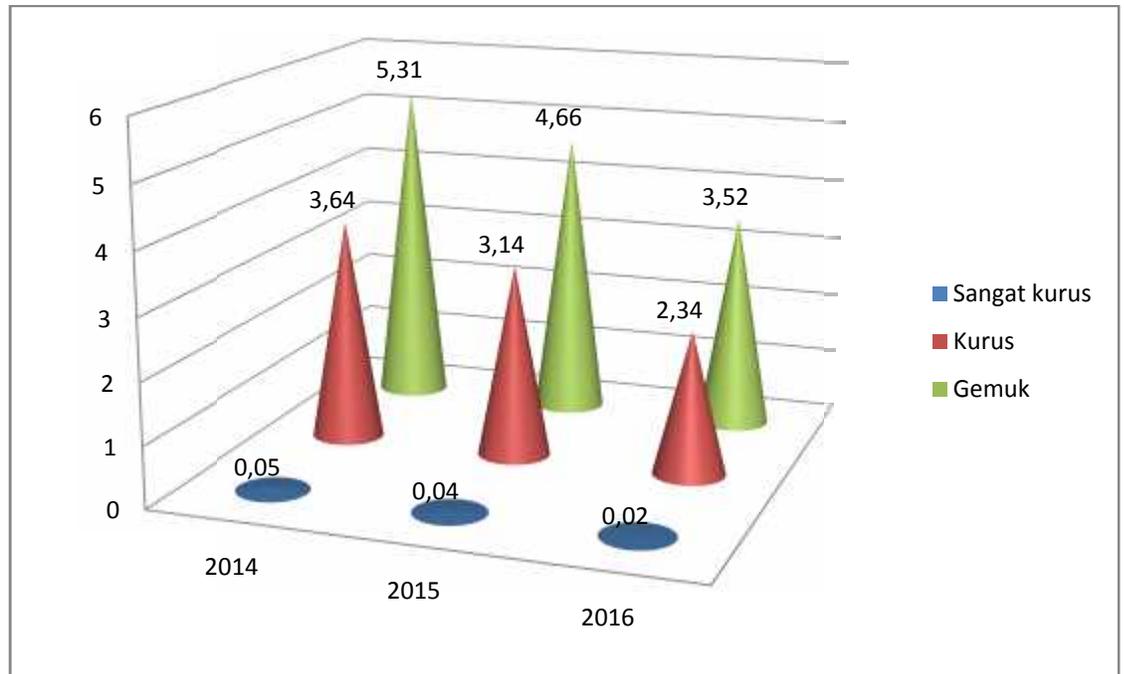
Grafik 3.18
Presentase Balita Gemuk Berdasarkan Standar BB/TB
Hasil Penimbangan Bulan Penimbangan Balita Per Puskesmas
Di Kab. Majalengka Tahun 2016



Pada grafik di atas dapat dilihat bahwa balita gemuk berdasarkan Standar BB/TB berada diatas 5% yaitu Puskesmas Kertajati, Panyingkiran, Balida, Sukamulya, Cigasong, Sumberjaya, Banjaran, Majalengka, Munjul, Leuwimunding.

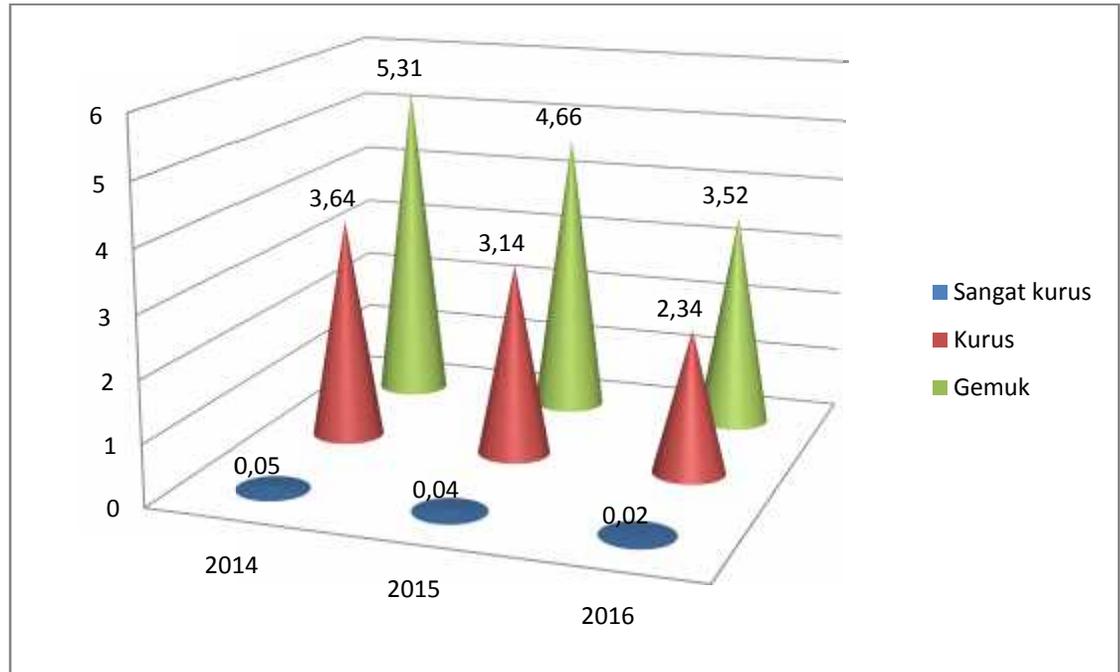
Pada grafik di bawah ini dapat dilihat prevalensi balita sangat kurus, kurus dan gemuk Tahun 2016 menurun dibandingkan pada Tahun 2015, sedangkan persentase status gizi balita normal naik dibandingkan pada tahun 2015.

Grafik 3.19
Prevalensi Status Gizi Balita berdasarkan Indikator Standar BB/TB
Hasil Bulan Penimbangan Balita di Kabupaten Majalengka
Tahun 2014 sampai dengan Tahun 2016



Pada grafik di bawah ini dapat dilihat prevalensi balita sangat kurang, kurang dan lebih Tahun 2016 menurun dibandingkan pada Tahun 2015, sedangkan persentase status gizi balita baik naik dibandingkan pada tahun 2015.

Grafik 3.20
Prevalensi Status Gizi Balita berdasarkan Indikator Standar BB/U
Hasil Bulan Penimbangan Balita di Kabupaten Majalengka
Tahun 2014 sampai dengan Tahun 2016



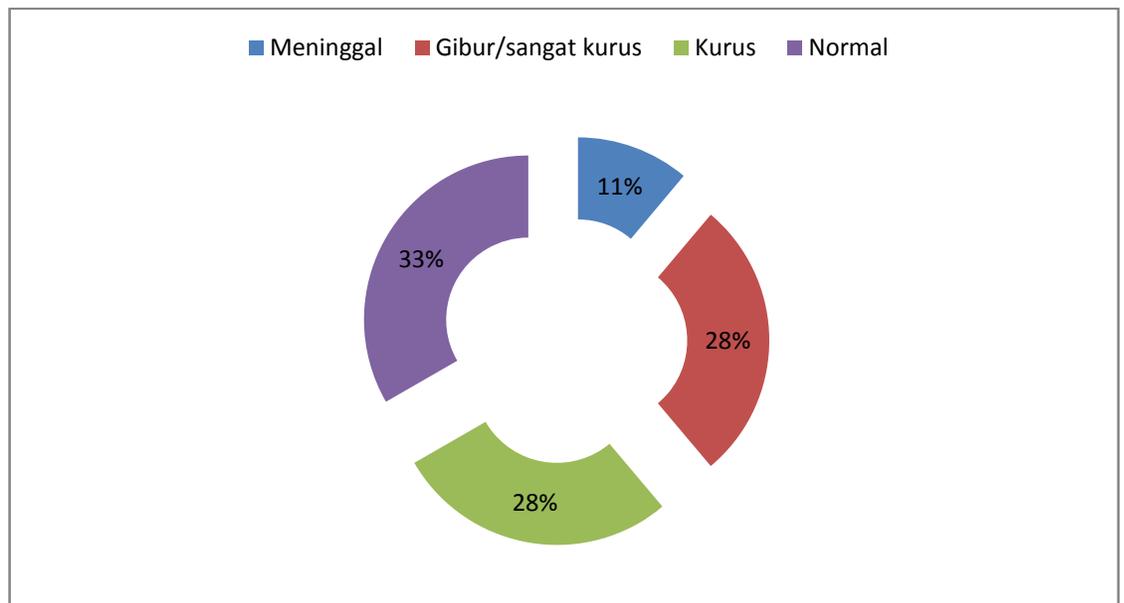
6. Penanganan Balita Gizi Buruk

Gizi Buruk merupakan akibat kekurangan gizi tingkat berat yang bila tidak ditangani secara cepat, tepat dan komprehensif dapat mengakibatkan kematian. Perawatan gizi buruk dilaksanakan dengan tatalaksana gizi buruk rawat inap dan untuk gizi buruk tanpa komplikasi dilakukan perawatan rawat jalan. Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) merupakan salah satu kegiatan pokok penatalaksanaan balita gizi buruk yang dilaksanakan selama 90 hari.

Berdasarkan rekapitulasi balita gizi buruk berdasarkan hasil validasi Bulan Penimbangan Balita (BPB) tahun 2016 di Kabupaten Majalengka, dapat dilihat bahwa **pada tahun 2016 di Kabupaten Majalengka terdapat gizi buruk 18 anak balita yang terdiri dari 9 balita dari keluarga non gakin dan 9 balita dari**

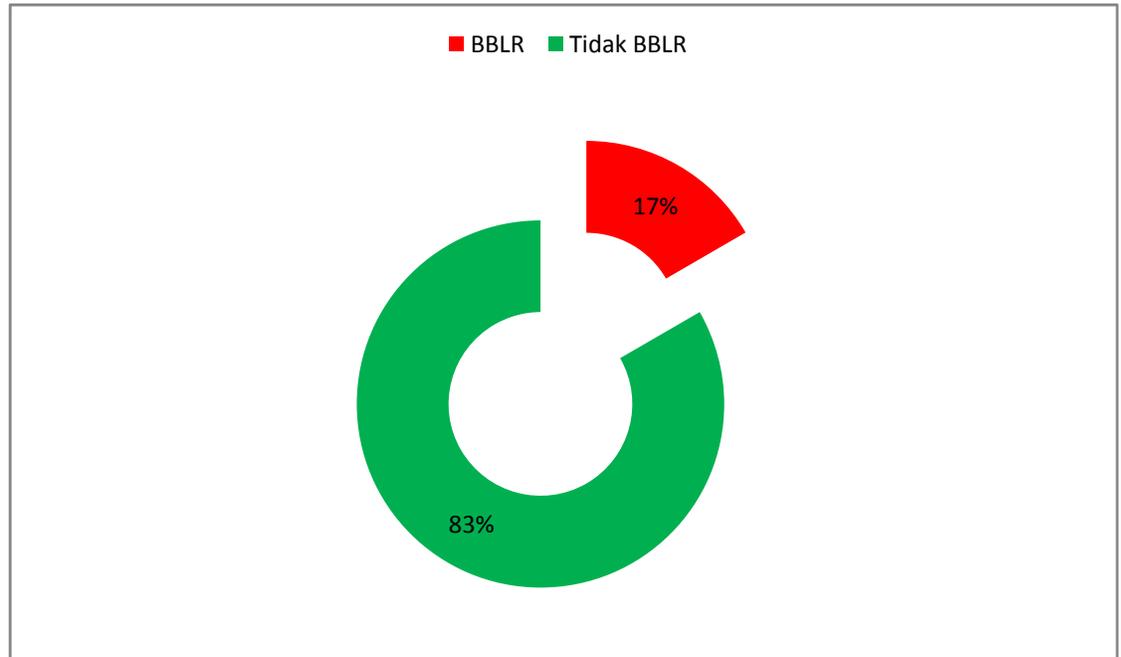
keluarga miskin (gakin). Dari 17 balita gizi buruk (12 laki-laki dan 6 perempuan) ada 2 balita gizi buruk yang meninggal.

Diagram 3.6
Kasus gizi buruk berdasarkan pertumbuhannya
Januari-desember 2016 Di kabupaten majalengka



Berdasarkan grafik di atas, dari 18 orang kasus gizi buruk baru yang ditemukan selama tahun 2016, 2 orang balita (11,1%) meninggal, 5 orang balita (27,8%) masih gizi buruk, 5 orang balita (27,8%) kurus dan 6 orang balita (33,3%) menjadi normal. Berdasarkan data tersebut, ada 11 orang (61,11%) balita kasus gizi buruk selama tahun 2016 sudah membaik, hal ini karena intervensi yang sudah dilakukan oleh TPG di Puskesmas intervensi yang diberikan adalah PMT Pemulihan, konseling, kunjungan, pengobatan penyakit penyerta.

Diagram 3.7
Kasus gizi buruk baru berdasarkan berat badan lahir
Di kabupaten majalengka Tahun 2016



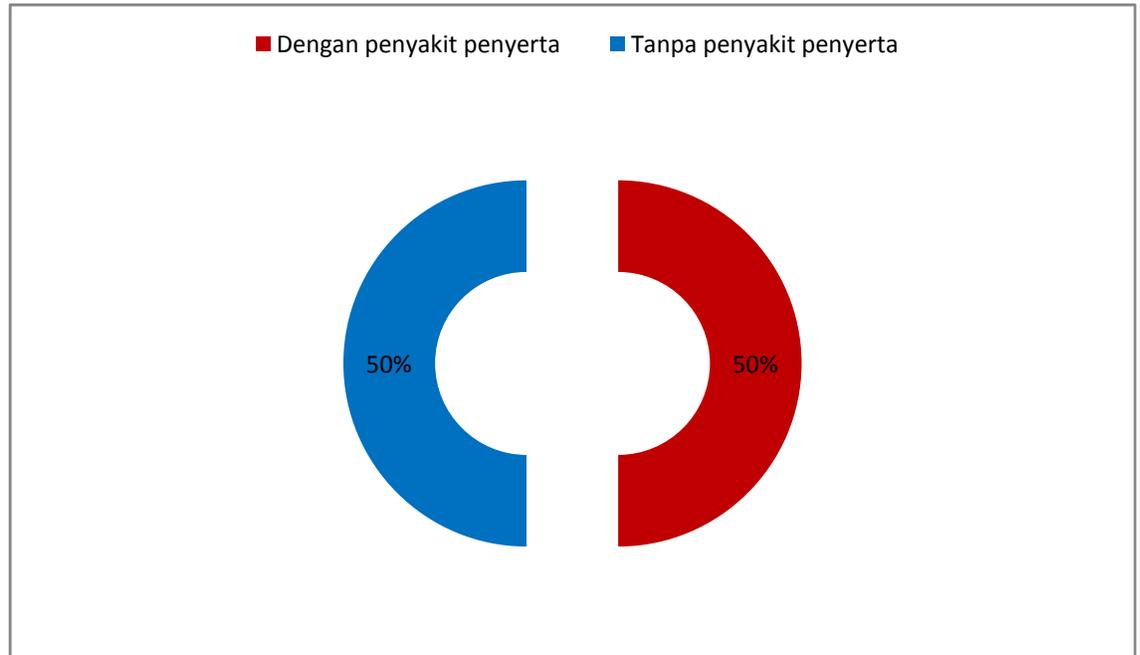
Berdasarkan grafik di atas, dari 18 orang kasus gizi buruk baru yang ditemukan selama tahun 2016, 3 orang balita (16,7%) dengan berat badan lahir rendah (BBLR), dan sebanyak 15 orang balita (83,3%) dengan berat badan lahir normal (tidak BBLR).

Diagram 3.8
Kasus gizi buruk baru berdasarkan tanda klinis
Di kabupaten majalengka Tahun 2016



Berdasarkan grafik di atas, dari 18 orang kasus gizi buruk baru yang ditemukan selama tahun 2016, 2 orang balita (11,1%) dengan tanda klinis, dan sebanyak 16 orang balita (88,9%) tanpa tanda klinis.

Diagram 3.9
Kasus gizi buruk baru berdasarkan penyakit penyerta
Di kabupaten majalengka Tahun 2016



Berdasarkan grafik di atas, dari 18 orang kasus gizi buruk baru yang ditemukan selama tahun 2016, 9 orang balita (50%) dengan tanda klinis, dan sebanyak 16 orang balita (50%) tanpa tanda klinis.

BAB IV

SITUASI UPAYA KESEHATAN

A. LAYANAN KESEHATAN

1. Kesehatan Ibu dan Anak

a. Kesehatan Ibu

1) Pelayanan Antenatal (K1)

Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama masa kehamilannya, dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang ditetapkan dalam **Standar Pelayanan Kebidanan (SPK)**. Pelayanan antenatal sesuai standar meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik (umum dan kebidanan), pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus, serta intervensi umum dan khusus (sesuai risiko yang ditemukan dalam pemeriksaan). Dalam penerapannya terdiri atas:

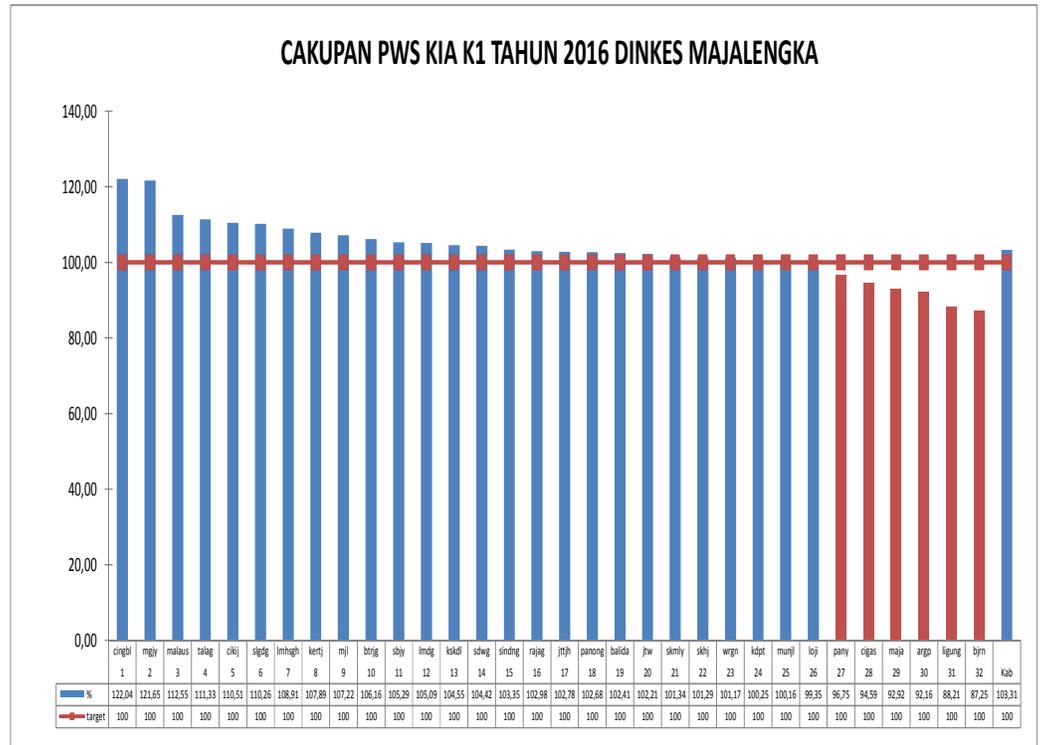
1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan.
2. Ukur tekanan darah.
3. Nilai Status Gizi (ukur lingkaran lengan atas).
4. Ukur tinggi fundus uteri.
5. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ).
6. Skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi *Tetanus Toksoid (TT)* bila diperlukan.
7. Pemberian Tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan.
8. Test laboratorium (rutin dan khusus).
9. Tatalaksana kasus
10. Temu wicara (konseling), termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta KB pasca persalinan.

Pemeriksaan laboratorium rutin mencakup pemeriksaan golongan darah, hemoglobin, protein urine dan gula darah puasa. Pemeriksaan khusus

dilakukan di daerah prevalensi tinggi dan atau kelompok ber-risiko, pemeriksaan yang dilakukan adalah hepatitis B, HIV, Sifilis, malaria, tuberkulosis, kecacangan dan thalasemia.

Cakupan K1 tahun 2016 mencapai 103,31% jika dibandingkan dengan estimasi jumlah ibu hamil dari target 100%. Berdasarkan grafik 4.1 puskesmas yang sudah mencapai target cakupan K1 sampai bulan Desember tahun 2016 sebanyak 24 Puskesmas.

Grafik 4.1
Cakupan Kunjungan Ibu Hamil (K1)
Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016



Sumber : Bidang Yankes Dinkes Kab. Majalengka Tahun 2016

2) Pelayanan Antenatal (K4)

pelayanan antenatal disebut lengkap apabila dilakukan oleh tenaga kesehatan serta memenuhi standar tersebut. Ditetapkan pula bahwa frekuensi

pelayanan antenatal adalah minimal 4 kali selama kehamilan, dengan ketentuan waktu pemberian pelayanan yang dianjurkan sebagai berikut :

- Minimal 1 kali pada triwulan pertama.
- Minimal 1 kali pada triwulan kedua.
- Minimal 2 kali pada triwulan ketiga.

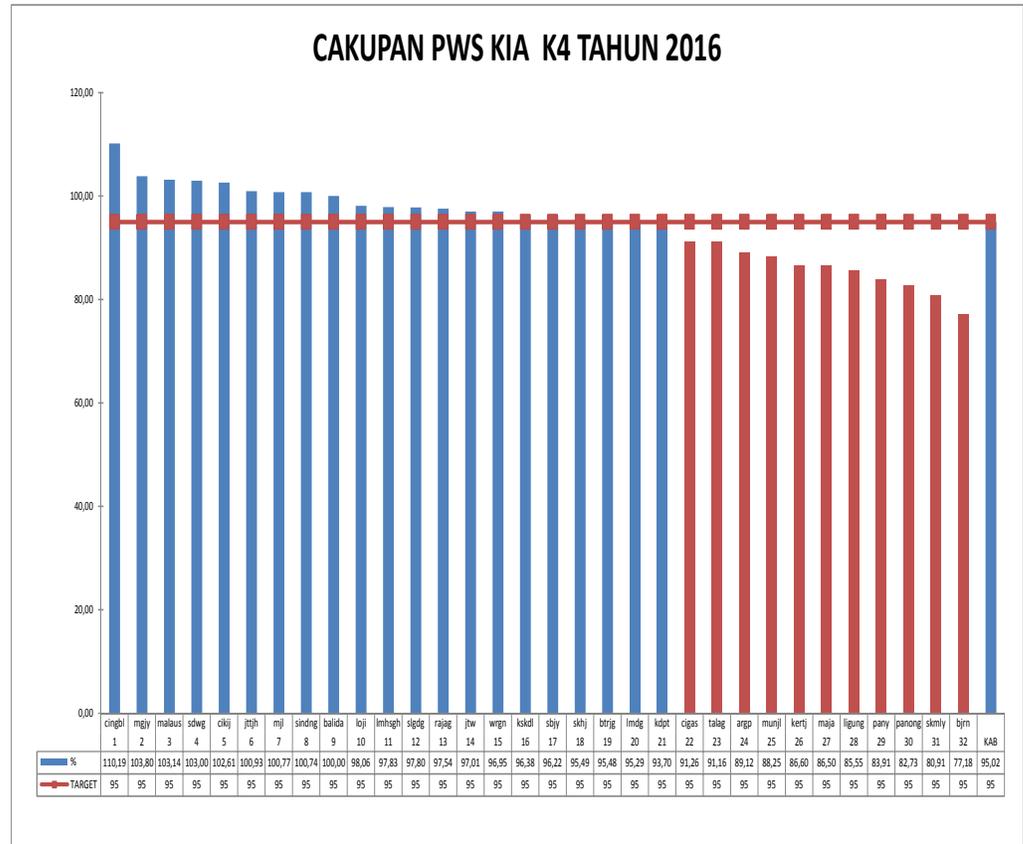
Standar waktu pelayanan antenatal tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan kepada ibu hamil, berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan dan penanganan komplikasi.

Tenaga kesehatan yang berkompeten memberikan pelayanan antenatal kepada Ibu hamil adalah : dokter spesialis kebidanan, dokter, bidan dan perawat.

Secara keseluruhan cakupan K4 sampai Desember tahun 2016 mencapai 95,02%. Puskesmas yang belum mencapai target (95%) ada 12 Puskesmas yaitu: Kadipaten, Cigasong, Talaga, Argapura, Munjul, Kertajati, Maja, Ligung, Panyingkiran, Panongan, Sukamulya dan Banjaran.

Belum tercapainya K4 menggambarkan masih kurangnya tingkat perlindungan ibu hamil di suatu wilayah di samping menggambarkan kurangnya kemampuan manajemen ataupun kelangsungan program KIA.

Grafik 4.2
Cakupan Kunjungan Ibu Hamil (K4)
Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016



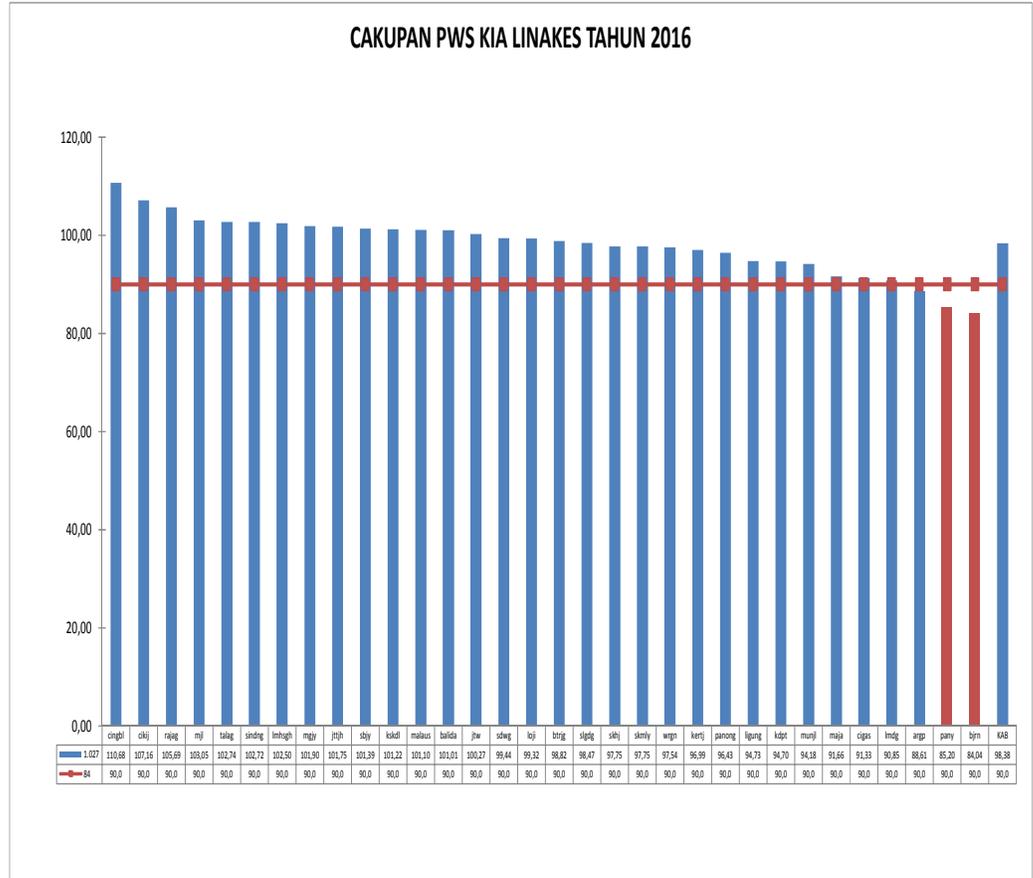
Sumber : Bidang Yankes Dinkes Kab. Majalengka Tahun 2016

3) Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan (Pn)

Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah pelayanan persalinan yang aman yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten. Pada kenyataan di lapangan, masih terdapat penolong persalinan yang bukan tenaga kesehatan dan dilakukan di luar fasilitas pelayanan kesehatan. Oleh karena itu secara bertahap seluruh persalinan akan ditolong oleh tenaga kesehatan kompeten dan diarahkan ke fasilitas pelayanan kesehatan.

Jumlah ibu bersalin selama tahun 2016 adalah 20.788 orang dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan mencapai 98,38% dari target 90%.

Grafik 4.3
Cakupan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan Di Kabupaten Majalengka
Tahun 2016



Sumber : Bidang Yankes Dinkes Kab. Majalengka Tahun 2016

Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah pelayanan persalinan yang aman yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten. Pada kenyataan di lapangan, masih terdapat penolong persalinan yang bukan tenaga kesehatan dan dilakukan di luar fasilitas pelayanan kesehatan. Oleh karena itu secara bertahap seluruh persalinan akan ditolong oleh tenaga kesehatan kompeten dan diarahkan ke fasilitas pelayanan kesehatan.

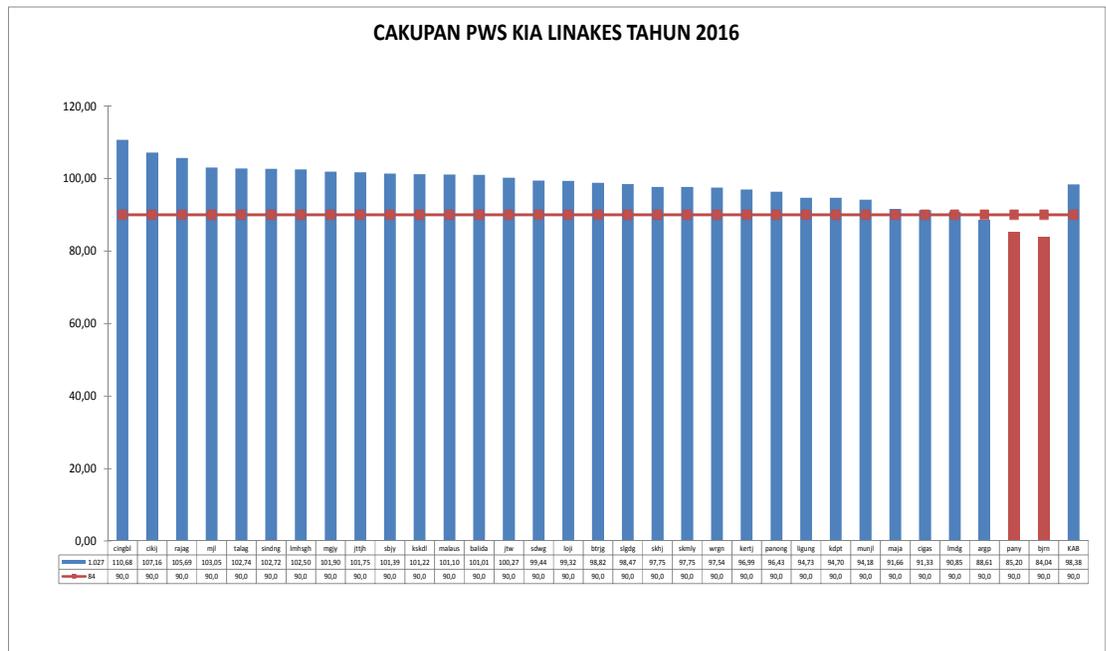
4) Pelayanan Komplikasi Kebidanan

Komplikasi yang dimaksud adalah Kesakitan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas yang dapat mengancam jiwa ibu dan atau bayi. Komplikasi dalam kehamilan misalnya abortus, hiperemesis gravidarum dan perdarahan pervaginam, hipertensi dalam kehamilan, kehamilan lewat waktu dan ketuban pecah dini. Perdarahan antepartum pada kehamilan trimester 1 (satu) biasanya karena abortus dan kehamilan ektopik terganggu (KET), sedangkan perdarahan yang terjadi pada kehamilan trimester 3 (tiga) biasanya disebabkan karena placenta previa dan solucio placentae.

Komplikasi dalam persalinan meliputi, kelainan letak/ presentasi janinpartus macet/ distosia, hipertensi dalam kehamilan (preeklamsia, eklamsia), perdarahan pasca persalinan (dalam 24 jam pertama), infeksi berat/ sepsis kontraksi dini/ persalinan prematur dan kehamilan ganda. Komplikasi dalam Nifas meliputi hipertensi dalam kehamilan (preeklamsia, eklamsia), infeksi dan post partum lanjut (>24 jam).

Grafik 4.4

Cakupan Komplikasi Kebidanan Ditangani Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016



Cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani sampai Desember tahun 2016 mencapai 100,56%. Cakupan yang melebihi 100% bisa disebabkan karena jumlah ibu hamil risiko tinggi yang lebih dari 20%, penatalaksanaan penolong yang melakukan kontak pertama dengan ibu bersalin kurang kompeten atau sebelumnya ditolong oleh dukun paraji.

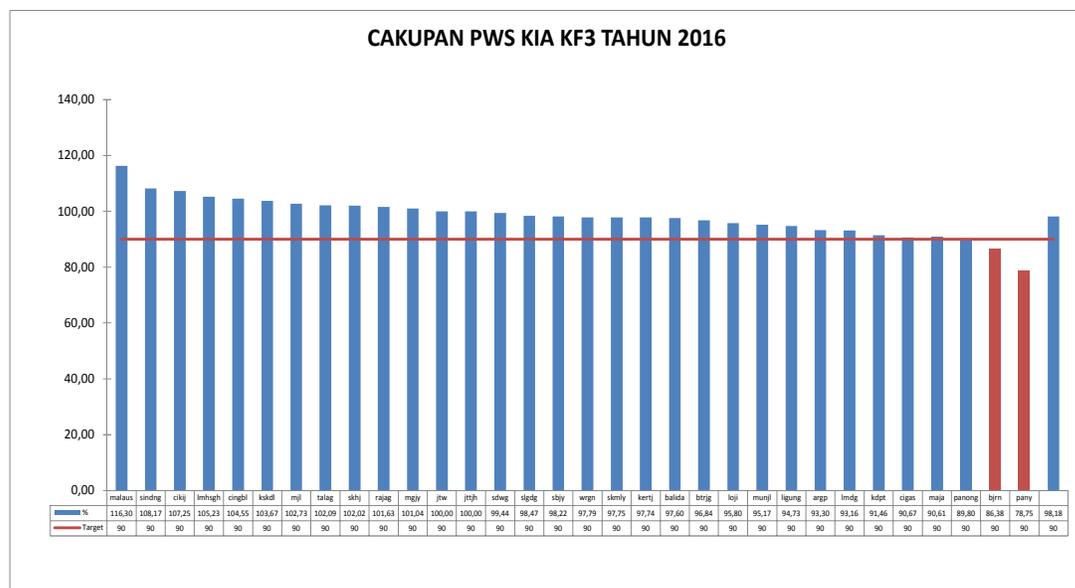
5) Pelayanan Nifas (KF3)

Standar pelayanan nifas adalah pemeriksaan tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu dan respirasi), involusi uteri, pemeriksaan lochia dan pengeluaran pervaginam lainnya, pemeriksaan payudara dan motivasi asi eksklusif, pemberian Vitamin A dua kali serta persiapan dan/ atau pemasangan KB pasca persalinan.

Cakupan kunjungan nifas lengkap (KF3) oleh Tenaga Kesehatan di Kabupaten Majalengka sampai bulan Desember sudah mencapai target yang diharapkan yaitu 98,18% dari target 90%. Puskesmas yang belum mencapai target sebanyak 2 Puskesmas, yaitu: Banjaran dan Panyingkiran.

Grafik 4.5

**Cakupan Pelayanan Nifas (KF3)
Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016**



Sumber : Bidang Yankes Dinkes Kab. Majalengka Tahun 2016

b. Kesehatan Anak

1) Pelayanan Neonatal Dini (KN1)

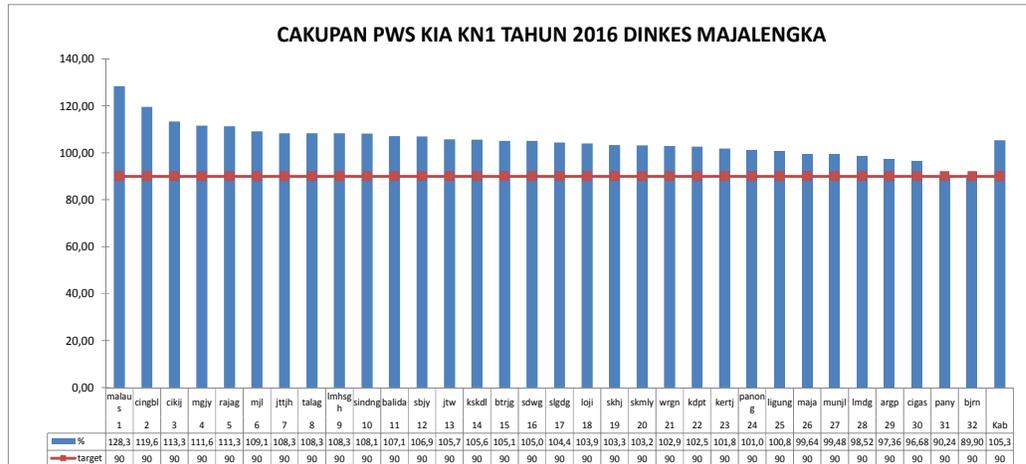
Pelayanan kesehatan neonatus adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonatus sedikitnya 3 kali, selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir, baik di fasilitas kesehatan maupun melalui kunjungan rumah.

Kunjungan neonatal bertujuan untuk meningkatkan akses neonatus terhadap pelayanan kesehatan dasar, mengetahui sedini mungkin bila terdapat kelainan/masalah kesehatan pada neonatus. Risiko terbesar kematian neonatus terjadi pada 24 jam pertama kehidupan, minggu pertama dan bulan pertama kehidupannya. Sehingga jika bayi lahir di fasilitas kesehatan sangat dianjurkan untuk tetap tinggal di fasilitas kesehatan selama 24 jam pertama.

Jumlah bayi baru lahir hidup Tahun 2016 adalah 21.427 orang. Menurun jika dibandingkan dengan tahun 2014 yaitu 21.390 orang. Cakupan Kunjungan neonatal pertama oleh Tenaga Kesehatan tahun 2016 adalah 105,3% dari target 90%, seperti terlihat pada grafik berikut.

Beberapa hal yang dilakukan oleh petugas saat bayi lahir adalah manajemen asfiksia bayi baru lahir/resusitasi, pemeriksaan segera setelah lahir, inisiasi menyusu dini, cegah hipotermi, cegah infeksi, vit k₁ injeksi, hep b1 injeksi, salep mata antibiotika, penanganan gawat darurat dan rujukan kasus.

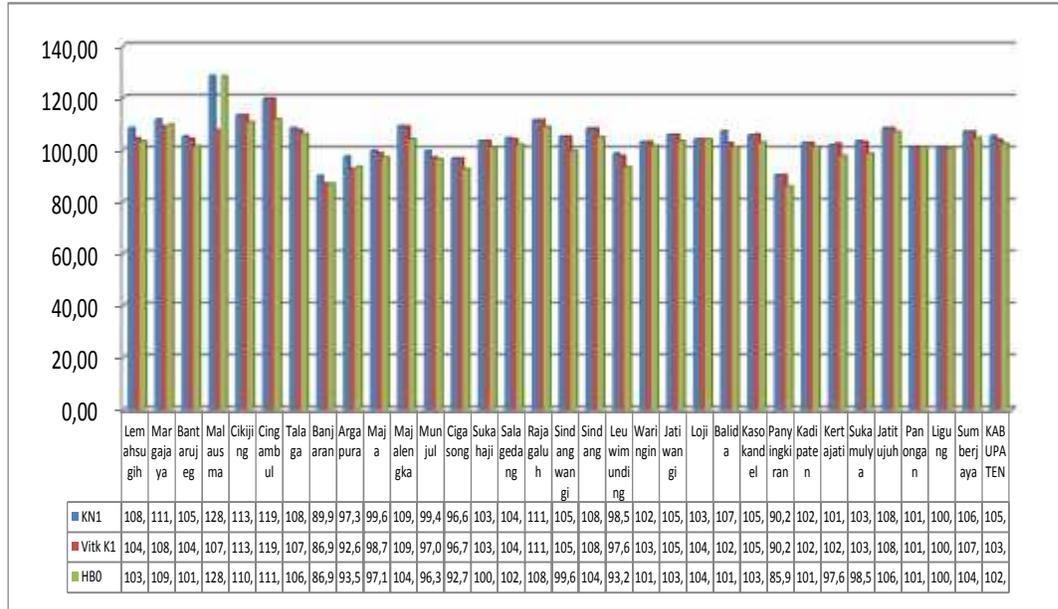
Grafik 4.6
Cakupan Kunjungan Neonatal Dini (KN1)
Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016



Sumber : Bidang Yankes Dinkes Kab. Majalengka Tahun 2016

Petugas pada saat melakukan kunjungan Neonatal yang pertama menggunakan pedoman Manajemen Terpadu Bayi Muda, memberikan konseling perawatan bayi baru lahir dan ASI eksklusif, memberikan injeksi Vit K₁ sebanyak 1 mg secara Intra Muskular, memberikan immunisasi Hepatitis B dini serta melakukan penanganan dan rujukan kasus jika diperlukan. Idealnya, bila sudah dilakukan kunjungan neonatal yang pertama, maka pemberian Vit K₁ dan pemberian immunisasi hepatitis B dini juga sudah dilakukan, tetapi belum semua Bidan melakukan kunjungan neonatal secara optimal seperti terlihat pada grafik berikut :

Grafik 4.7
Perbandingan KN1, Vit K1 Dan HB 0
Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016



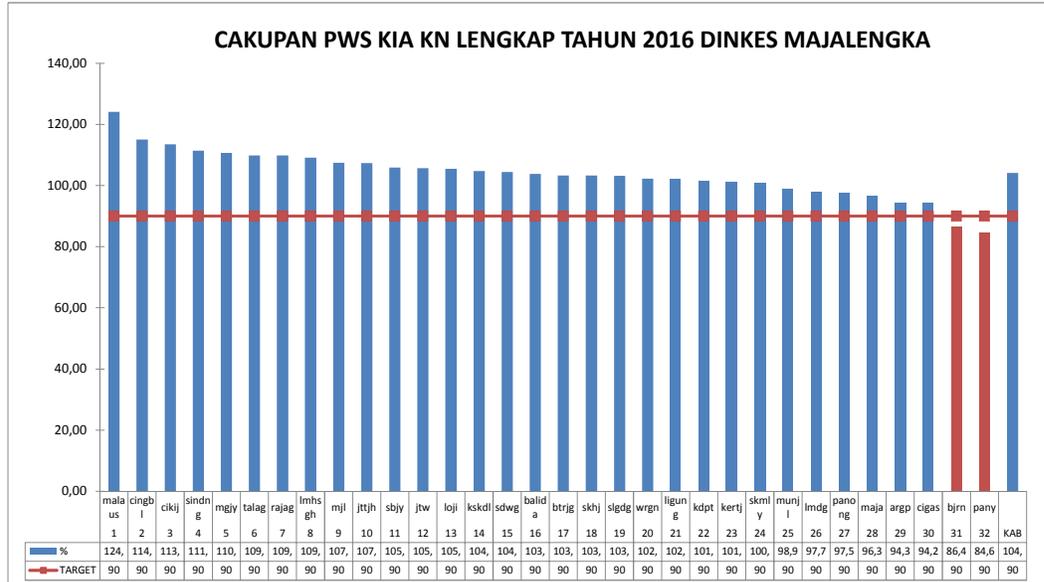
Sumber : Bidang Yankes Dinkes Kab. Majalengka Tahun 2016

Berdasarkan grafik diatas terlihat bahwa hanya Puskesmas Loji, Ligung dan Panongan yang sesuai antara Kunjungan neonatal pertama, pemberian Vit K 1 dan HB 0. Puskesmas yang lainnya belum sesuai. Hasil ini dimungkinkan karena ada bayi yang lahir dengan BBLR sehingga petugas belum memberikan immunisasi hepatitis B dini.

2) Pelayanan Neonatal Lengkap

Cakupan kunjungan neonatal lengkap tahun 2016 mencapai 104,29% dari target 90%, dengan Puskesmas yang masih mempunyai cakupan dibawah target adalah Banjaran dan Panyingkiran.

Grafik 4.8
Cakupan Kunjungan Neonatal Lengkap
Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016



Sumber : Bidang Yankes Dinkes Kab. Majalengka Tahun 2016

3) Pelayanan Komplikasi Neonatal

Pelayanan Neonatus dengan komplikasi adalah penanganan neonatus dengan penyakit dan kelainan yang dapat menyebabkan kesakitan, kecacatan dan kematian oleh dokter/bidan/perawat terlatih di polindes, puskesmas, puskesmas PONED, rumah bersalin dan rumah sakit pemerintah/swasta.

Diperkirakan sekitar 15% dari bayi lahir hidup akan mengalami komplikasi neonatal. Hari Pertama kelahiran bayi sangat penting, oleh karena banyak perubahan yang terjadi pada bayi dalam menyesuaikan diri dari kehidupan di dalam rahim kepada kehidupan di luar rahim. Bayi baru lahir yang mengalami gejala sakit dapat cepat memburuk, sehingga bila tidak ditangani dengan adekuat dapat terjadi kematian. Kematian bayi sebagian besar terjadi pada hari pertama, minggu pertama kemudian bulan pertama kehidupannya.

Faktor resiko pada neonatus akan meningkatkan resiko terjadinya komplikasi, deteksi dini untuk Komplikasi pada Neonatus dengan melihat tanda-tanda atau gejala-gejala sebagai berikut :

- a) Tidak mau minum/ menyusu atau memuntahkan semua
- b) Riwayat kejang
- c) Bergerak hanya jika dirangsang / *Letargis*.
- d) Frekwensi napas 30 x/menit dan 60 x/menit.
- e) Suhu tubuh 35,5°C dan 37,5°C
- f) Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat.
- g) Merintih.
- h) Ada *pustule* kulit.
- i) Nanah banyak di mata.
- j) Pusar kemerahan meluas ke dinding perut.
- k) Mata cekung dan cubitan kulit perut kembali sangat lambat.
- l) Timbul kuning dan atau tinja berwarna pucat.
- m) Berat badan menurut umur rendah dan atau ada masalah pemberian ASI.
- n) BBLR (Bayi Berat Lahir Rendah < 2500 gram)
- o) Kelainan Kongenital seperti ada celah di bibir dan langit-langit.

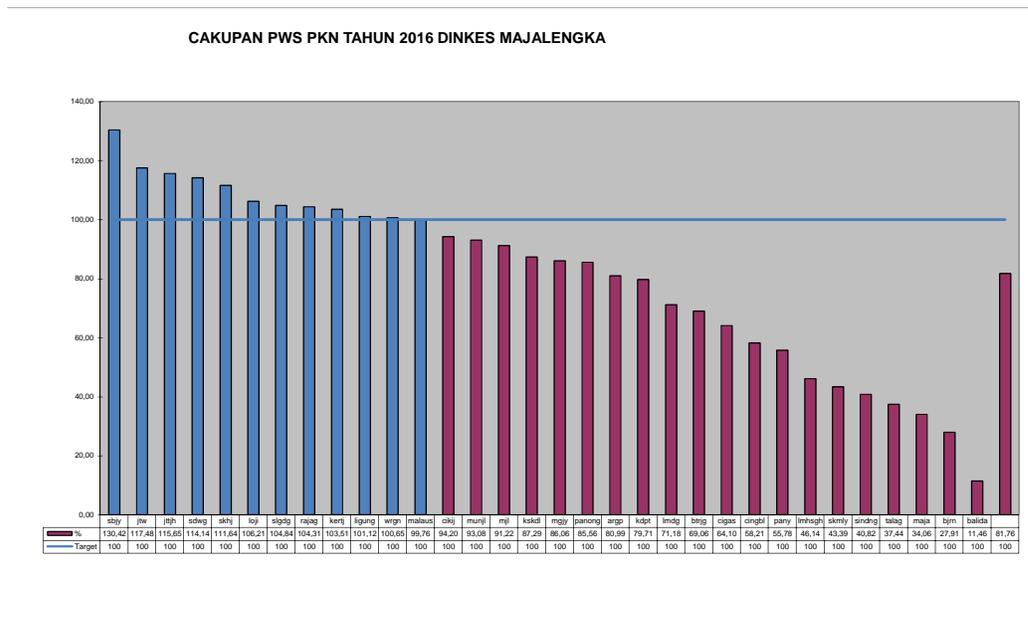
Komplikasi pada neonatus antara lain :

- a) Asfiksia bayi baru lahir.
- b) Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR): Hipotermi, Hipoglikemia, Ikterus, Masalah pemberian minum
- c) Gangguan napas
- d) Kejang
- e) Infeksi Neonatus
- f) Klasifikasi dalam MTBM :

- ✓ Infeksi bakteri (termasuk klasifikasi Infeksi Bakteri Lokal dan Penyakit Sangat Berat atau Infeksi Bakteri Berat)
- ✓ Ikterus (termasuk klasifikasi Ikterus Berat dan Ikterus)
- ✓ Diare (termasuk klasifikasi Diare Dehidrasi Berat dan Diare Dehidrasi Ringan/Sedang)
- ✓ Berat badan rendah menurut umur dan atau masalah pemberian ASI.
- ✓ Trauma lahir, sindroma gangguan pernapasan, kelainan kongenital, dll.

Cakupan komplikasi neonatal ditangani sampai bulan Desember baru mencapai 81,76% dari target 100%. Puskesmas yang sudah mencapai target sebanyak 10 Puskesmas, yaitu; Sumberjaya, Jatiwangi, Jatitujuh, Sukahaji, Sindangwangi, Loji, Salagedang, Rajagaluh, Kertajati, Ligung dan Waringin, seperti terlihat pada grafik berikut:

Grafik 4.9
PWS Cakupan Komplikasi Neonatal Ditangani
Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016



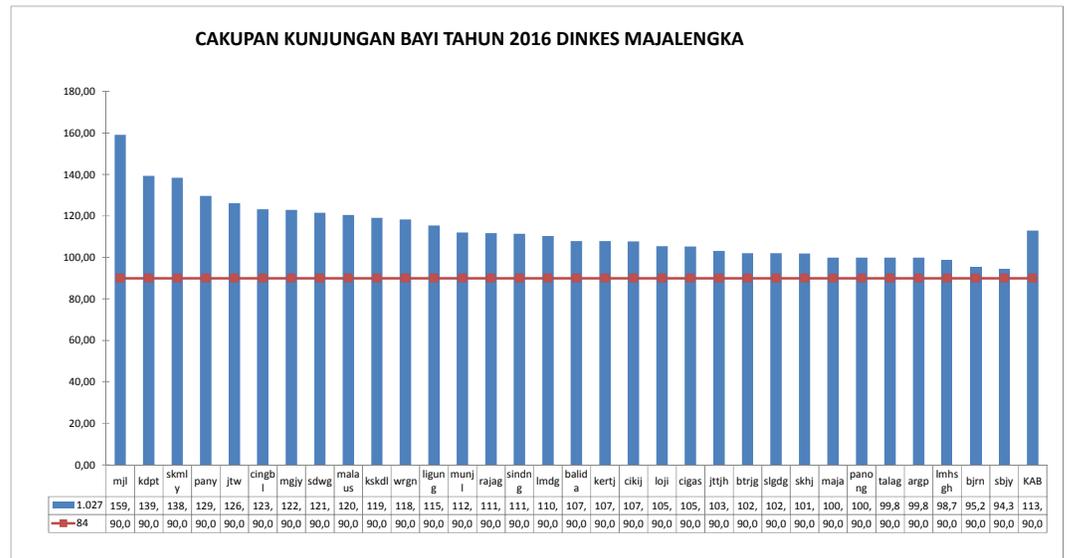
Sumber : Bidang Yankes Dinkes Kab. Majalengka Tahun 2016

4) Pelayanan Kesehatan Bayi

Kunjungan bayi bertujuan untuk meningkatkan akses bayi terhadap pelayanan kesehatan dasar, mengetahui sedini mungkin bila terdapat kelainan pada bayi sehingga cepat mendapat pertolongan, pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit melalui pemantauan pertumbuhan, imunisasi, serta peningkatan kualitas hidup bayi dengan stimulasi tumbuh kembang. Dengan demikian hak anak mendapatkan pelayanan kesehatan terpenuhi. Pelayanan yang diberikan oleh petugas sebagai upaya dalam meningkatkan kualitas hidup bayi adalah Vaksinasi lengkap, Vit A 1 x umur 6 bln , MTBS jika sakit, SDIDTK, Penanganan dan rujukan kasus.

Grafik 4.10

**PWS Cakupan Pelayanan Kesehatan Bayi
Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016**



Sumber : Bidang Yankes Dinkes Kab. Majalengka Tahun 2016

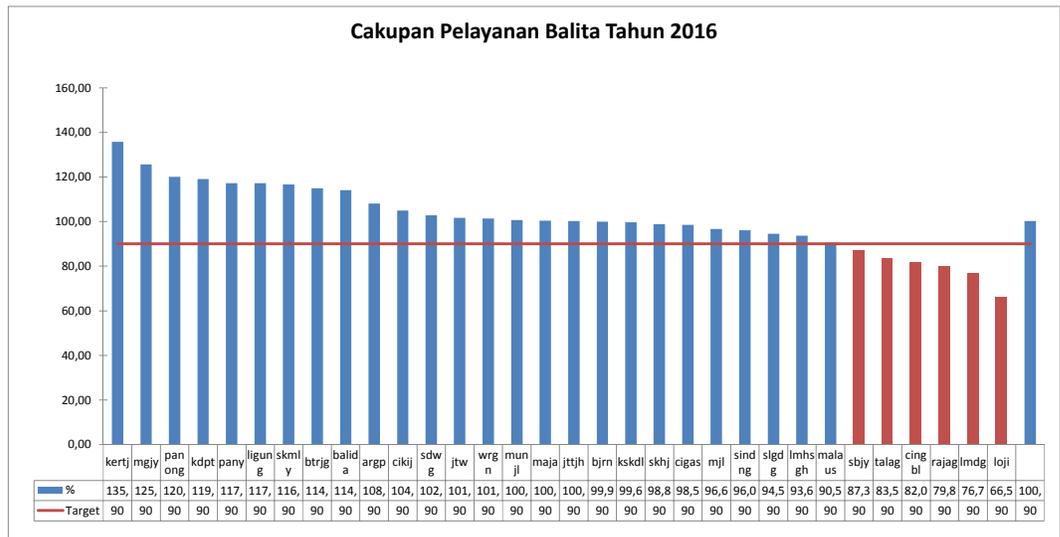
Cakupan Kunjungan bayi atau pelayanan kesehatan bayi sampai Desember tahun 2016 mencapai 113,02%. Seluruh Puskesmas sudah mencapai target yang diharapkan yaitu 90% .

5) Pelayanan Kesehatan Anak Balita

Cakupan Pelayanan Kesehatan Anak Balita sampai Desember tahun 2016 mencapai 100,30%. Puskesmas yang sudah mencapai target (90%) baru 15 Puskesmas seperti pada grafik berikut.

Grafik 4.11

Cakupan Pelayanan Kesehatan Anak Balita Tahun 2016



Sumber : Bidang Yankes Dinkes Kab. Majalengka Tahun 2016

Cakupan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di Kabupaten Majalengka sudah mencapai 100% atau dilaksanakan di 32 Puskesmas. Jumlah balita ditatalaksana MTBS 81.563 orang (97,46%), dirujuk 1.267 orang (1,5%), kunjungan ulang 11.052 (13,55%) dari jumlah kunjungan balita sakit ke Puskesmas 83.687 orang. Menurut tabel 3.2 jumlah klasifikasi tertinggi yang ditemukan batuk bukan pneumonia 48,08%, demam mungkin bukan malaria 34,85%, demam mungkin bukan DBD 32,96% dan diare tanpa dehidrasi 10,48%.

Tabel 4.1
Jumlah Klasifikasi Penemuan MTBS
Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016

Klasifikasi	JML kasus	%
Pneumonia Berat	226	0,28
Pneumonia	4072	4,99
Batuk Bukan Pneumonia	39214	48,08
Diare Dehidrasi Berat	5	0,01
Diare Dehidrasi Rgn Sdg	912	1,12
Diare tanpa Dehidrasi	8545	10,48
Diare Persisten berat	0	
Diare Persisten	92	0,11
Disentri	678	0,83
Peny. Berat dgn Demam	60	0,07
Malaria	1	0,00
Demam M gk Bkn Malaria	33	0,04
Demam Bukan Malaria	28421	34,85
Campak dgn komplikasi	1194	1,46
Campak	56	0,07
Demam Berdarah (DBD)	4	0,00
Mungkin DBD	95	0,12
Demam M gk bukan DBD	26885	32,96
Mastoiditis	59	0,07
Infeksi Telinga Akut	557	0,68
Infeksi Telinga Kronis	163	0,20
Sangat Kurus &/ Edema	23	0,03
Kurus	1544	1,89
Anemia Berat	3	0,00
Anemia	5	0,01
Tidak Anemia	0	
Keluhan lainnya	22754	27,90

Sumber : Bidang Yankes Dinkes Kab. Majalengka Tahun 2016

6) Pelayanan Anak Pra Sekolah, Usia Sekolah dan Remaja

Pada anak pra sekolah dilakukan pelayanan Stimulasi Deteksi Intervensi Dini Tumbuh Kembang pada anak pra sekolah yang dilaksanakan di Posyandu, PAUD atau KOBAR minimal 2 kali dalam setahun. Kegiatan ini bertujuan untuk mendeteksi kelainan perkembangan pada anak pra sekolah, semakin cepat terdeteksi maka semakin cepat pula intervensi yang

diberikan sesuai usia anak tersebut. Berikut adalah grafik hasil SDIDTK pada anak pra sekolah:

Pencapaian SDIDTK pada anak pra sekolah se kabupaten Majalengka tahun 2016 yang belum mencapai target 90% ada 7 Puskesmas yaitu: Puskesmas Sumberjaya, Salagedang, Cikijing, Rajagaluh, Kasokandel, Sindang dan Sukahaji.

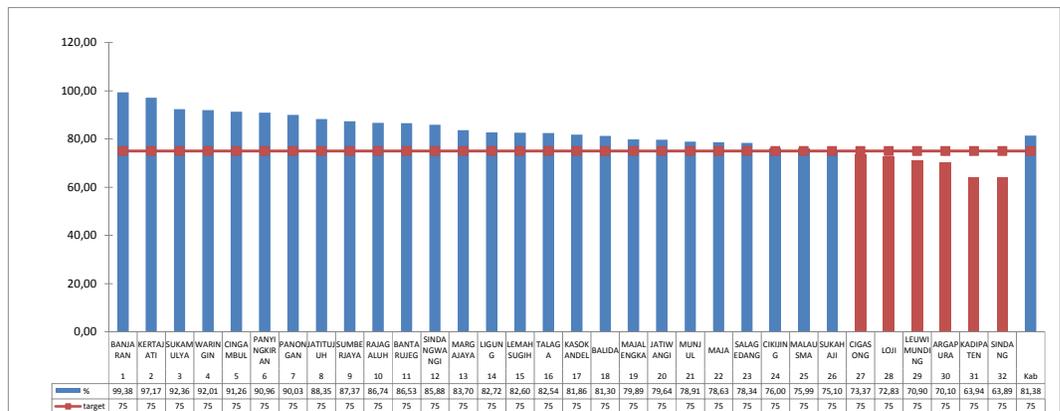
Selain kegiatan SDIDTK, dilakukan pula penjarangan kesehatan peserta anak usia sekolah yang merupakan bagian dari pelayanan dasar kesehatan sebagai urusan wajib pemerintah. Penjarangan dilakukan 1 tahun sekali pada awal tahun pelajaran terhadap murid kelas 1 SD/MI, SMP/MTs, SMA/SMK/MA Negeri dan swasta.

c. Pelayanan Keluarga Berencana

1) Peserta KB Aktif

Indikator ini menunjukkan berapa besar PUS yang berpotensi hamil yang terlindung dari kejadian kehamilan. Berdasarkan grafik di bawah diketahui bahwa cakupan peserta KB Aktif di Kabupaten Majalengka tahun 2016 mencapai 81,38% dari target 75%.

Grafik 4.12
PWS Cakupan Peserta KB Aktif
Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016



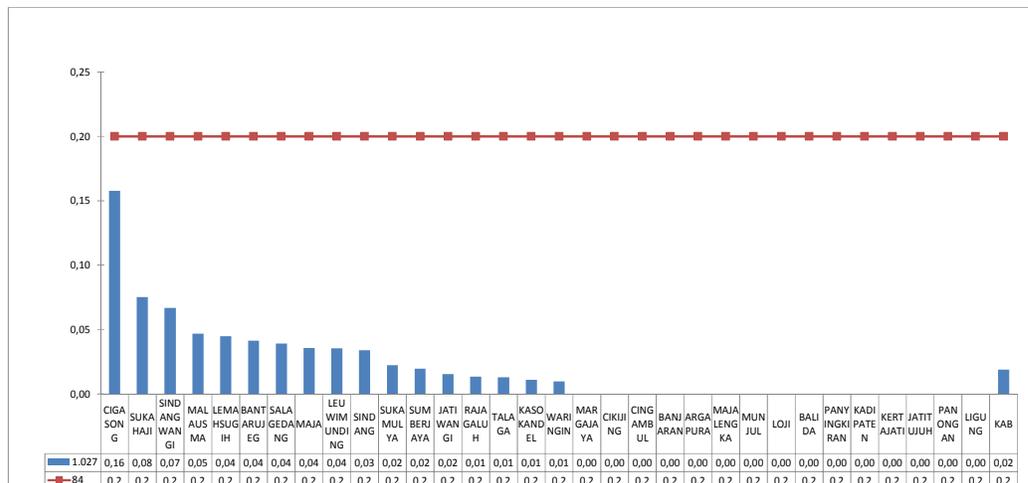
Sumber : Bidang Yankes Dinkes Kab. Majalengka Tahun 2016

Dari grafik di atas terlihat bahwa ada 6 Puskesmas yang belum mencapai target 70%, yaitu: Cigasong, Loji, Leuwimunding, Argapura, Kadipaten dan Sindang. Hasil ini dimungkinkan karena belum optimalnya sistim pencatatan dan pelaporan di Puskesmas tersebut atau memang karena jumlah PUS yang sedikit.

3) Kegagalan Kontrasepsi

Kegagalan kontrasepsi dapat terjadi karena setiap metode kontrasepsi angka efektifitasnya tidak ada yang 100%, artinya ada kemungkinan terjadinya kegagalan walaupun kecil.

Grafik 4.13
Cakupan Kegagalan Kontrasepsi
Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016



Sumber : Bidang Yankes Dinkes Kab. Majalengka Tahun 2016

Berdasarkan grafik di atas terlihat bahwa cakupan kegagalan kontrasepsi di Kabupaten Majalengka tahun 2016 mencapai 0,02%. Cakupan ini berada di bawah toleransi (0,2%) tetapi masih ada Puskesmas yang cakupan kegagalan kontrasepsinya tertinggi (0,16%) yaitu Puskesmas Cigasong.

2. Gizi

Masalah gizi penduduk merupakan masalah yang tersembunyi, yang berdampak pada tingginya angka kesakitan dan kematian. Kurang asupan dan gizi mikro dapat menimbulkan konsekuensi pada status kesehatan, pertumbuhan, mental dan fungsi lain (kognitif, sistem imunitas, reproduksi dan lain-lain)

Program perbaikan gizi bertujuan untuk meningkatkan status gizi di masyarakat maupun di institusi dalam rangka meningkatkan kemandirian, intelektualitas dan produktivitas sumber daya manusia, Sasaran program ini adalah :

3. 100 % balita gizi buruk mendapat perawatan
4. 90 % bayi usia 0-6 bulan mendapat ASI Eksklusif
5. 85 % Rumah Tangga mengkonsumsi garam beryodium,
6. 83 % balita 6 – 59 bln mendapat kapsul vitamin A
7. 95 % ibu hamil mendapat Fe 90 tablet
8. 100 % Puskesmas dan Kabupaten melaksanakan surveilans gizi,
9. 85 % balita ditimbang berat badannya (D/S)
10. 100 % Ibu bersalin mendapat Vit. A 200.000 IU, 2 kapsul
11. 100 % penyediaan buffer stock MP-ASI untuk daerah bencana.

Berbagai upaya dilakukan untuk mengatasi masalah gizi antara lain Program Upaya Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK), Penanggulangan Gaki, Upaya Pelayanan Gizi Institusi, dan Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi (SKPG).

a. Cakupan Pemantauan Status Gizi

Hasil pemantauan pertumbuhan balita pada tahun 2016, menunjukkan cakupan jangkauan program/partisipasi masyarakat (D/S) sebesar 84,6% dan cakupan keberhasilan/efektifitas program (N/D) sebesar 82,5%. Capaian tersebut mengalami peningkatan dibanding tahun 2015, serta keduanya sudah mencapai target sebesar 80%.

Sama halnya dengan cakupan balita Bawah Garis Merah tahun 2016 sebesar 0,9% dimana sudah mencapai target yaitu dibawah 5% dan konsisten dari tahun sebelumnya.

Tabel 4.2
Cakupan Pemantauan Gizi Balita
di Kabupaten Majalengka Tahun 2010 – 2016

Tahun	D/S -80%	N/D -80%	BGM (<15%)
2010	79,3	70,8	1,3
2011	78,1	72,4	1,4
2012	79,9	78,2	2,4
2013	79,3	78,5	1,4
2014	81,9	81,3	1,3
2015	84,6	81,9	1,2
2016	84,6	82,5	0,9

Sumber : Bidang Yankes Dinkes Kab. Majalengka Tahun 2016

b. Distribusi Vitamin A

Vitamin A merupakan salah satu zat gizi penting yang berfungsi untuk penglihatan, pertumbuhan dan meningkatkan daya tahan tubuh. Secara nasional masalah kekurangan vitamin A (KVA) pada balita saat ini sudah tidak merupakan masalah kesehatan namun harus terus dipertahankan agar tidak terjadi KVA.

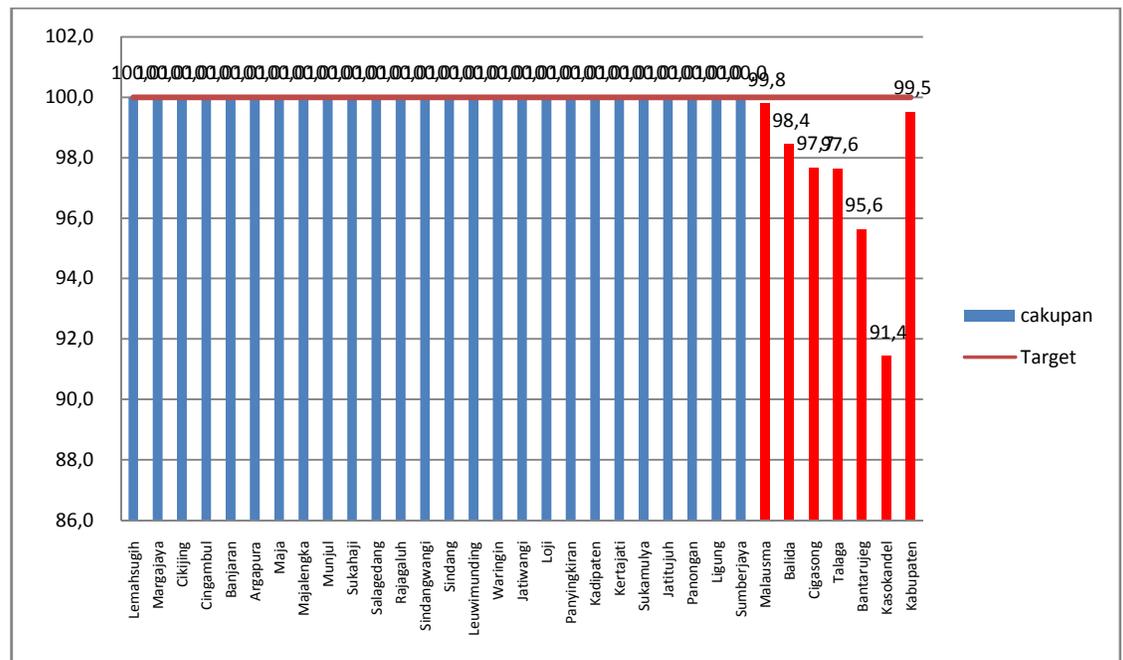
Indikator pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi adalah cakupan Bayi yang mendapat vitamin A dosis tinggi, cakupan Balita yang mendapat vitamin A dosis tinggi 2 kali dan cakupan Ibu Nifas yang mendapat 2 kapsul vitamin A dosis tinggi.

1) Cakupan Bayi (6-11 Bulan) Yang Mendapat Vitamin A Dosis Tinggi

Cakupan Bayi yang mendapat vitamin A dosis tinggi adalah bayi (6-11 Bulan) yang mendapat vitamin A satu kali dengan dosis 100.000 SI (kapsul warna biru) dibandingkan dengan jumlah seluruh bayi 6-11 Bulan yang ada di wilayah kerja.

Cakupan pemberian vitamin A pada bayi di Kabupaten Majalengka tahun 2016 adalah 99,5% berdasarkan sasaran riil dan 112,9% berdasarkan sasaran proyeksi.

Grafik 4.14
Cakupan Pemberian Vit A Bayi (6-11 bulan)
Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016



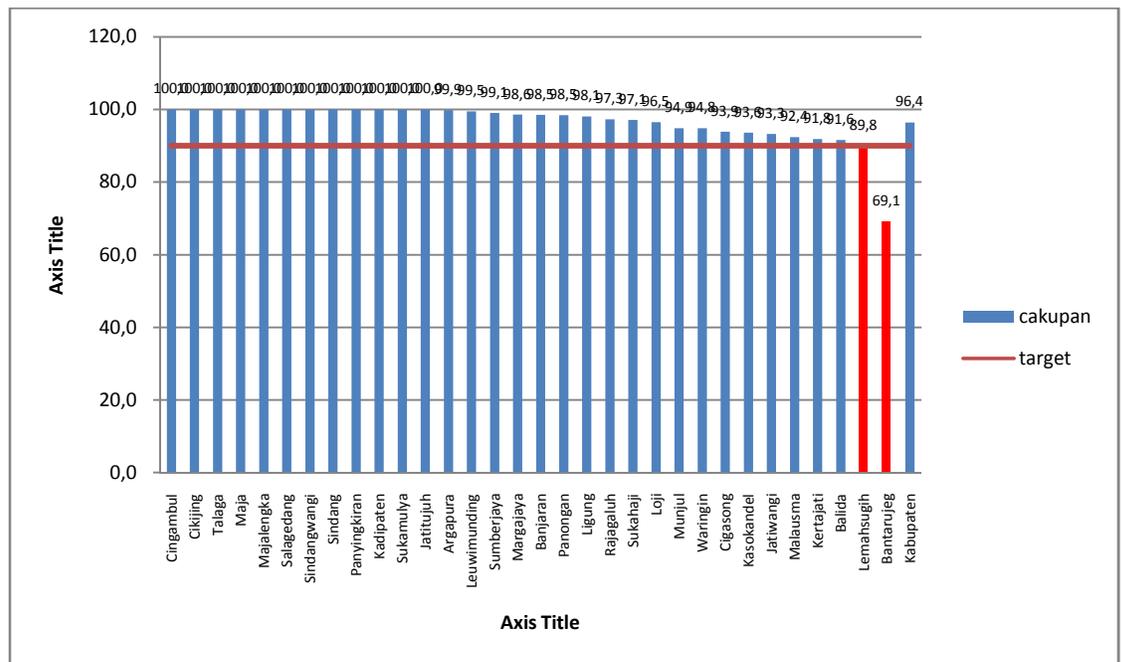
cakupan vitamin A bayi berdasarkan sasaran riil di 26 puskesmas sudah 100%, sedangkan 6 puskesmas dengan cakupan vitamin A bayi di bawah 100% yaitu Puskesmas Malausma, Balida, Cigasong, Talaga, Bantarujeg, Kasokandel.

2) Cakupan Anak Balita (12-59 Bulan) Yang Mendapat 2 Kali Vitamin A Dosis Tinggi

Cakupan Balita yang mendapat vitamin A dosis tinggi adalah anak umur 12-59 Bulan yang mendapat vitamin A sebanyak dua kali dengan dosis 200.000 SI (kapsul warna merah) dibandingkan dengan jumlah seluruh anak umur 12-59 Bulan yang ada di wilayah kerja.

Cakupan pemberian vitamin A pada balita (12-59 bulan) di Kabupaten Majalengka tahun 2016 adalah 96,4% berdasarkan sasaran riil dan 98,1%.

Grafik 4.15
Cakupan Pemberian Vit A Balita (12-59 bulan)
Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016



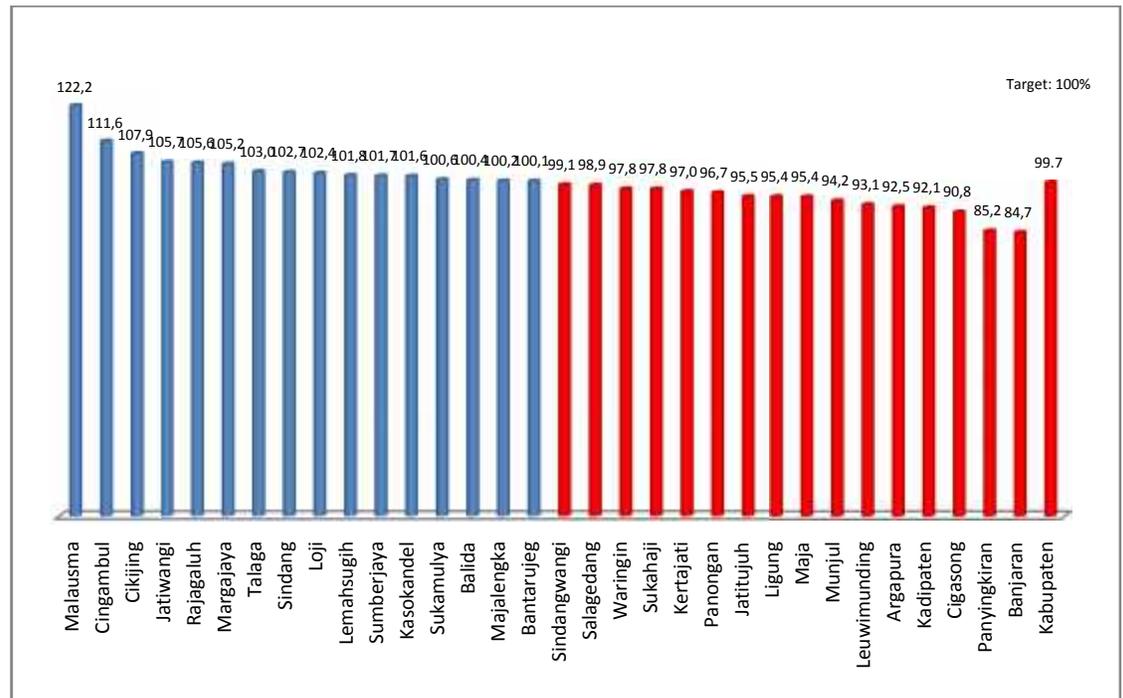
dari 32 Puskesmas, 30 Puskesmas dengan cakupan Vitamin A Balita di atas 90% dan 2 Puskesmas dengan cakupan vitamin A di bawah 90% yaitu Puskesmas Lemahsugih dan Bantarujeg.

3) Cakupan Ibu Nifas Yang Mendapat 2 Kapsul Vitamin A Dosis Tinggi

Cakupan Vitamin A Ibu Nifas adalah cakupan Ibu Nifas (0-42 hari) yang mendapat kapsul vitamin A dosis tinggi sebanyak dua kali kapsul vitamin A 200.00 SI yang masing-masing sebaiknya diberikan sesaat setelah melahirkan dan

setelah 24 jam berikutnya di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Cakupan Vitamin A Bufas di Kabupaten Majalengka tahun 2016 adalah 99,7%.

Grafik 4.16
Cakupan Pemberian Vit A Pada Ibu Nifas
Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016



Dari 32 Puskesmas yang cakupan vitamin A Bufasnya mencapai target 100% ada 16 puskesmas yaitu Puskesmas Malausma, Cingambul, Cikijing, Jatiwangi, Rajagaluh, Margajaya, Talaga, Sindang, Loji, Lemahsugih, Kasokandel, Sumberjaya, Sukamulya, Balida, Majalengka, Bantarujeg sedangkan 16 Puskesmas lainnya belum mencapai target (di bawah 100%).

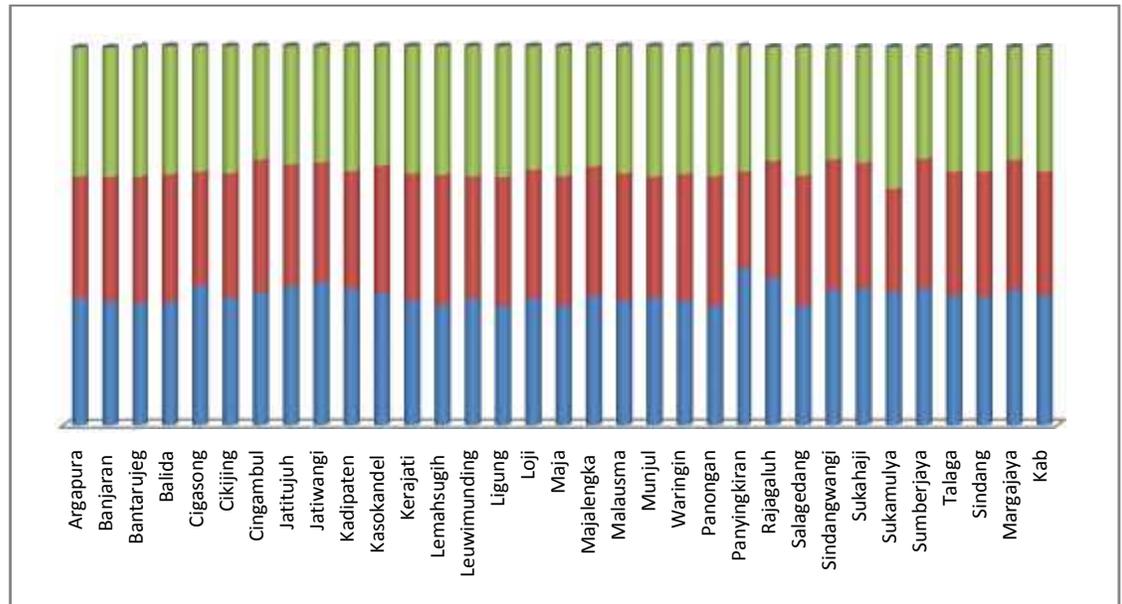
c. Distribusi Kapsul Yodium

Gangguan Akibat Kekurangan Yodium termasuk salah satu masalah kesehatan masyarakat, terutama apabila berada di bawah ambang nilai yang bisa menimbulkan masalah kesehatan. Indikator yang digunakan untuk memantau GAKY saat ini adalah cakupan garam beryodium yaitu cakupan rumah tangga yang menggunakan/mengonsumsi garam beryodium cukup (kandungan yodium dalam garam di atas 30 ppm).

Berikut dapat dilihat cakupan rumah tangga dengan kategori garam beryodium baik hasil pemantauan garam beryodium tingkat masyarakat perpuskesmas di Kabupaten Majalengka tahun 2014, 2015 dan 2016 sebagai berikut :

Grafik 4.17

Cakupan Rumah Tangga Dengan Kategori Garam Beryodium Baik Di Kabupaten Majalengka Tahun 2014, 2015 dan 2016

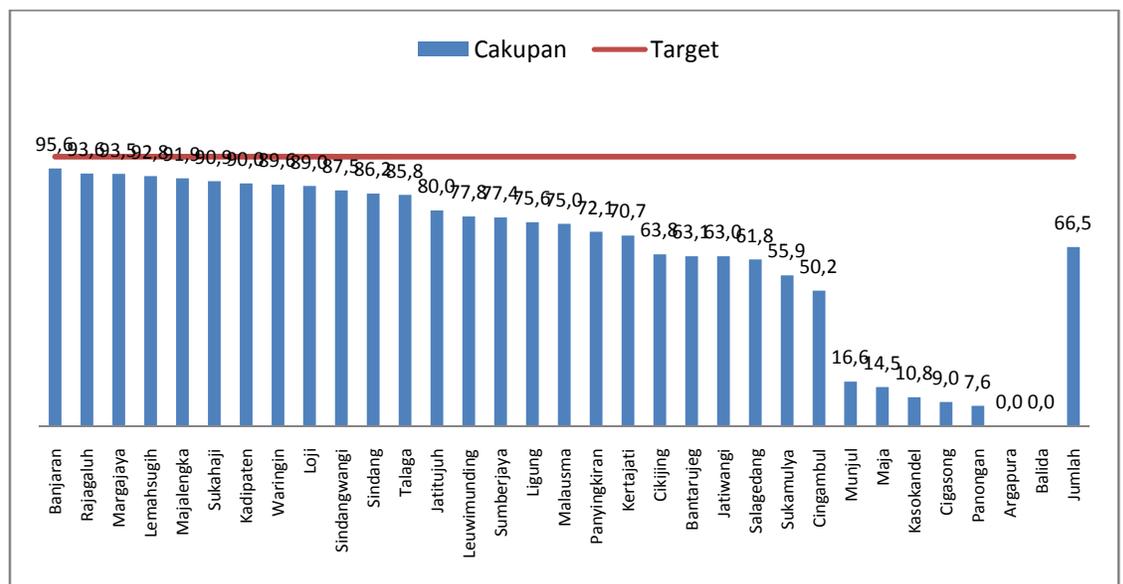


Pada grafik di atas dapat dilihat Cakupan rumah tangga dengan garam beryodium per Puskesmas Tahun 2014, 2015, 2016. Cakupan rumah tangga mengkonsumsi garam beryodium tahun 2016 mengalami kenaikan dari tahun 2015 sebesar 3,71 Puskesmas yang hasilnya berfluktuatif adalah argapura, cigasong, cikijing, kadipaten, lehamsugih, leuwimunding, loji, munjul, panyingkiran, salagedang, sukamulya, talaga. Puskesmas yang hasilnya turun adalah puskesmas Banjaran, Bantarujeg, Balida, Kertajati, Ligung, Maja, Malausma, Waringin dan Panongan. Puskesmas yang hasilnya naik adalah Jatitujuh, Cingambul, Jatiwangi, Kasokandel, Majalengka, Rajagaluh, Sindangwangi, Sukahaji, Sumberjaya, Sindang dan Margajaya.

d. Pemantauan kadarzi (keluarga sadar gizi) terintegrasi desa siaga

KADARZI merupakan salah satu strategi dalam pengembangan desa siaga sehingga kegiatannya merupakan kegiatan yang tidak terpisahkan dari Pengembangan Desa Siaga.

Grafik 4.18
Cakupan Pemantauan Kadarzi
Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016



Pada grafik di atas dapat dilihat cakupan KK yang sudah Kadarzi di Kabupaten Majalengka hanya mencapai 66,5% dan 32 Puskesmas dibawah target 100%. Dibandingkan dengan tahun 2015 mengalami kenaikan.

e. Surveilans Gizi

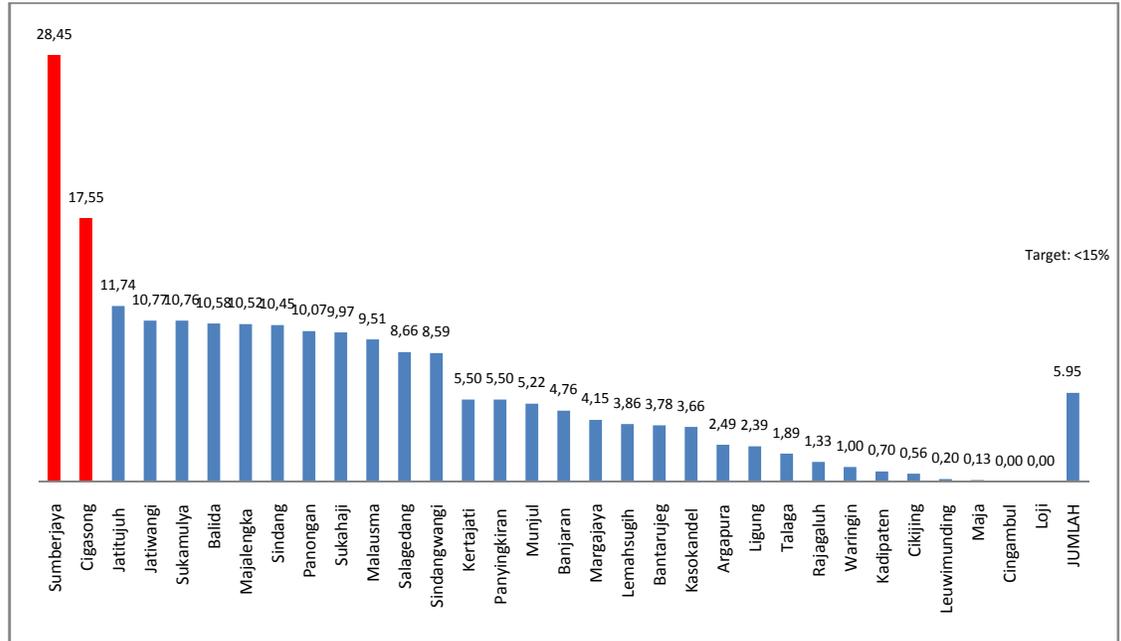
Surveilans gizi adalah kegiatan analisis secara sistematis dan terus menerus terhadap masalah gizi buruk dan indikator pembinaan gizi masyarakat agar dapat melakukan tindakan penganggulangan secara efektif dan efisien dan tepat waktu melalui proses pengumpulan data, pengolahan, penyebaran informasi kepada penyelenggara program kesehatan dan tindak lanjut sebagai respon terhadap perkembangan informasi.

Indikator output yang diharapkan dari ruang lingkup surveilans gizi adalah tersedianya informasi gizi buruk yang ditangani/dirawat, tersedianya informasi cakupan pemantauan pertumbuhan (D/S), tersedianya informasi cakupan ASI Eksklusif, tersedianya cakupan konsumsi garam beryodium tingkat rumah tangga, tersedianya informasi cakupan distribusi kapsul vitamin A dan tersedianya cakupan distribusi tablet Fe₃ pada bumil.

f. Pengukuran Tinggi Badan Anak Baru Sekolah (TBABS) Terintegrasi Dengan Uks

Pengukuran Tinggi Badan Anak Baru Sekolah (TBABS) merupakan salah satu indikator yang digunakan untuk menilai pertumbuhan fisik penduduk dalam menilai peningkatan kualitas sumber daya manusia. Dengan penilaian pencapaian TBABS secara periodik akan memberikan informasi dalam perencanaan dan intervensi upaya peningkatan status gizi anak usia sekolah. Dari 19.763 anak di 758 SD/MI yang diukur diperoleh hasil anak termasuk Sangat Kurus 0,86%, Kurus 5,10%, Normal 86,94%, Gemuk 5,92%, dan Obesitas 1,19%.

Grafik 4.19
Sebaran Status Gizi Sangat Kurus dan Kurus Berdasarkan IMT/U
Hasil Kegiatan TBABS Terintegrasi dengan UKS
Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016



Sumber : Bidang Yankes Dinkes Kab. Majalengka Tahun 2016

Berdasarkan Grafik di atas dapat dilihat sebaran status gizi sangat kurus dan kurus berdasarkan IMT/U Hasil TBABS di Kabupaten Majalengka Tahun 2016 sebanyak 5,95 % masih dibawah ambang batas 15%. Ada 2 Puskesmas yang diatas ambang batas 15% yaitu Puskesmas Sumberjaya dan Cigasong. Puskesmas Sumberjaya dengan prevalensi masalah kurusnya yang paling besar, perlu adanya validasi dan intervensi secara terpadu dan berkesinambungan.

g. Pemberian tablet tambah darah remaja putri (TTD Rematri)

Tablet Tambah Darah (TTD) adalah tablet untuk suplementasi Penanggulangan Anemia Gizi yang setiap tablet mengandung Fero Sulfat 200 mg atau setara 60 mg besi elemental dan 0,25 mg asam folat.

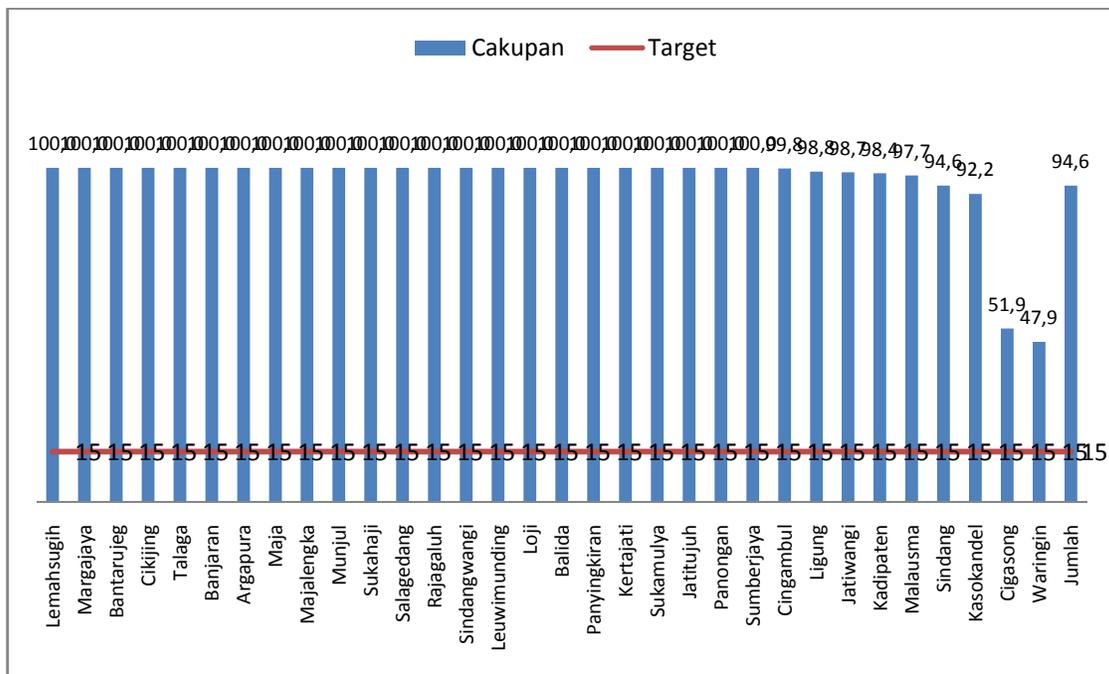
Karena kebutuhan zat besi pada remaja putri (Rematri) sangat tinggi dan tidak bisa dipenuhi hanya dari makanan saja. Terutama pada saat menstruasi terjadi pengeluaran zat besi dari tubuh dalam jumlah besar, sehingga kebutuhan zat besi dalam tubuh pun meningkat.

Kebijakan Gerakan Penyelamatan Masa Depan (GEMA MAPAN) adalah upaya bersama antara pemerintah dan masyarakat untuk mewujudkan generasi masa depan yang sehat jasmani, rohani, cerdas dan produktif. Salah satu tujuannya adalah meningkatkan kualitas kesehatan remaja putri.

Kegiatan pemberian TTD Rematri di Kabupaten Majalengka, difokuskan pada rematri di satu sekolah Lanjutan Pertama/Sekolah Lanjutan Atas terpilih di 32 Puskesmas. Setiap remaja putri diberikan Tablet Tambah darah sebanyak 13 tablet tiap bulan dimana 10 tablet diminum pada saat haid/menstruasi dan setiap minggu selain masa haid diminum 1 tablet. TTD diberikan selama 4 (empat) bulan.

Pada grafik di bawah dapat dilihat bahwa dari Remaja Putri yang ada di sekolah Lanjutan Pertama dan Lanjutan Atas sebanyak 29.983 siswi, yang mendapat TTD Rematri selama 4 bulan hanya 28.353 siswi (94,6%) dan dilaksanakan di 97 SMP, 75 MTs, 22 SMA, 28 MA, 29 SMK sehingga total 271 sekolah.

Grafik 4.20
Cakupan Pemberian Tablet Tambah Darah Remaja Putri
Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016



h. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

Bayi Berat Lahir Rendah (adalah) keadaan bayi lahir dengan berat badan < 2500 gram yang ditimbang pada saat lahir atau hari ke 7 setelah lahir (WHO, 1987). Parameter yang digunakan adalah jumlah kasus BBLR yang ditimbang pada saat lahir dan hari ke 7 setelah lahir. Indikator adalah prevalensi BBLR. Jumlah kasus BBLR dihitung setiap bulan untuk intervensi, sedangkan prevalensi dihitung setiap tahun. Dapat dilihat bahwa Prevalensi BBLR pada tahun 2016 adalah 4,8%.

Prevalensi BBLR diatas ambang batas 5% yaitu di Puskesmas Sumberjaya, Margajaya, Sukahaji, Sindangwangi, Kasokandel, Malausma, Panongan, Argapura, Salagedang, Rajagaluh, Munjul, Bantarujeg, Jatitujuh, Sindang, Maja.

i. Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi (SKPG)

Ketiga indikator digabung (dikompositkan) menjadi satu informasi situasi pangan dan gizi wilayah, maka dapat menggunakan tahapan sebagai berikut:

- Menjumlahkan ketiga nilai skor pangan, gizi, dan kemiskinan.
- Jumlah ketiga nilai indikator akan diperoleh maksimum 9, dan jumlah yang terendah 3.

Tabel 4.3
Analisa Komposit SKPG

Komposit 3	Skor	Komposit 1 – 2				
		2	3	4	5	6
	1	3	4	5	6	7
	2	4	5	6	7	8
	3	5	6	7	8	9

Keterangan:
Total bobot 3 – 4 = warna hijau (aman)
Total bobot 5 – 6 dan tidak ada skor 3 – warna kuning (waspada)
Total bobot 5 – 9 dan ada skor 3 – warna merah (rawan)

Hasil analisis untuk selanjutnya digunakan sebagai bahan intervensi penanganan. Hasil analisis juga dapat divisualisasikan dalam bentuk peta untuk mempermudah dalam mensosialisasikan dan advokasi pengambilan kebijakan.

Peta situasi pangan dan gizi adalah peta yang menggambarkan tingkat kerawanan masing-masing wilayah dan dapat ditinjau dari tiga aspek, yaitu ketersediaan, akses, dan pemanfaatan pangan. Dengan demikian maka peta situasi pangan dan gizi merupakan gabungan antara tiga peta, yaitu peta ketersediaan, akses, dan pemanfaatan pangan. Data yang digunakan dalam penyusunan peta tersebut adalah

hasil analisis dari tiga indikator ketersediaan, akses, dan pemanfaatan pangan yang diuraikan pada hasil analisis sebelumnya.

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa di Kabupaten Majalengka wilayah yang termasuk dalam kategori rawan pangan sejumlah 6 (enam) Kecamatan yaitu kecamatan Lemahsugih, Bantarujeg, Malausma, Cingambul, Cigasong dan Sumberjaya. Sedangkan 1 (satu) kecamatan termasuk dalam kategori waspada pangan yaitu kecamatan Dawuan. Dan untuk 19 (Sembilan belas) kecamatan termasuk dalam kategori Aman pangan yaitu kecamatan Cikijing, Banjaran, Talaga, Argapura, Maja, Majalengka, Sindang, Sukahaji, Rajagaluh, Leuwimunding, Sindangwangi, Palasah, Jatiwangi, Kasokandel, Panyingiran, Kadipaten, Kertajati, Jatitujuh, dan Ligung.

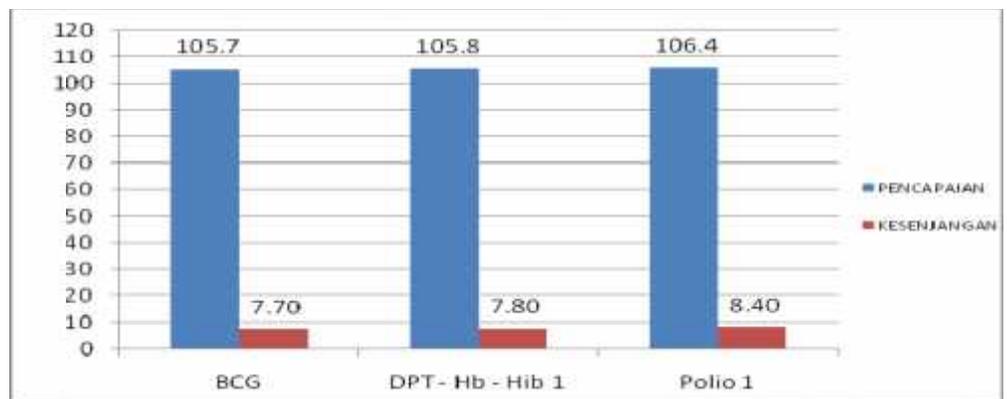
3. Imunisasi

a. Capaian Pelaksanaan Program

1). Jangkauan Program (Aksesibilitas)

Grafik 4.21

Jangkauan Program Imunisasi
Di Kabupaten Majaengka Tahun 2016



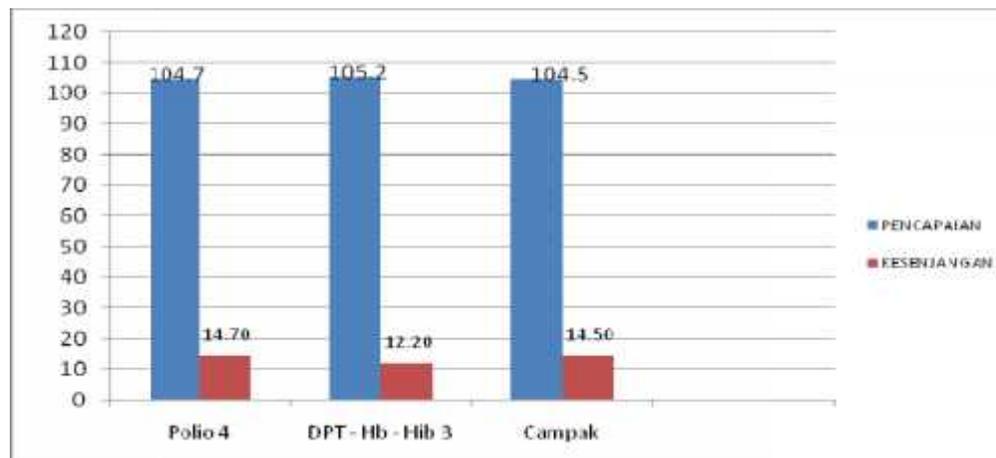
Sumber : Bidang P2PL Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka 2016

Hasil pencapaian cakupan imunisasi tahun 2016 berdasarkan (Jangkauan Program) di Kabupaten Majalengka semua antigen sudah mencapai target (98 %) dari ketiga antigen tersebut, untuk antigen BCG : 105,7 % dengan kesenjangan sebesar 7,70 % , DPT – HB - Hib1 : 105,8 % dengan kesenjangan sebesar 7,80 % sedangkan untuk antigen Polio 1 : 106,4 % dengan kesenjangan sebesar 8,40 %.

2). Tingkat Perlindungan (Efektifitas)

Grafik 4.22

**Tingkat Perlindungan Program Imunisasi
Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016**

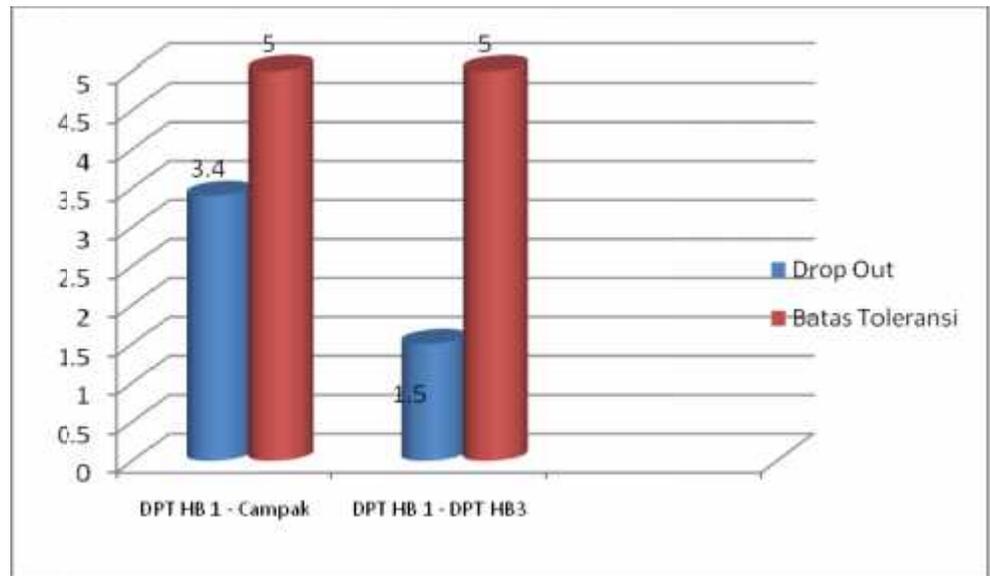


Sumber : Bidang P2PL Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka 2016

Hasil pencapaian cakupan imunisasi tahun 2016 berdasarkan (Tingkat perlindungan Program) di Kabupaten Majalengka semua antigen sudah mencapai target . Dari ketiga antigen tersebut, untuk antigen DPT – Hb - Hib 3 : 104,7 % dengan kesenjangan sebesar 14,70 % , Polio 4 : 105,2 % dengan kesenjangan sebesar 12,20 % sedangkan untuk antigen Campak : 104,5 % dengan kesenjangan sebesar 14,50 %.

3). Masalah Program (Efisiensi)

Grafik 4.23
Masalah Program Imunisasi
Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016



Sumber : Bidang P2PL Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka 2016

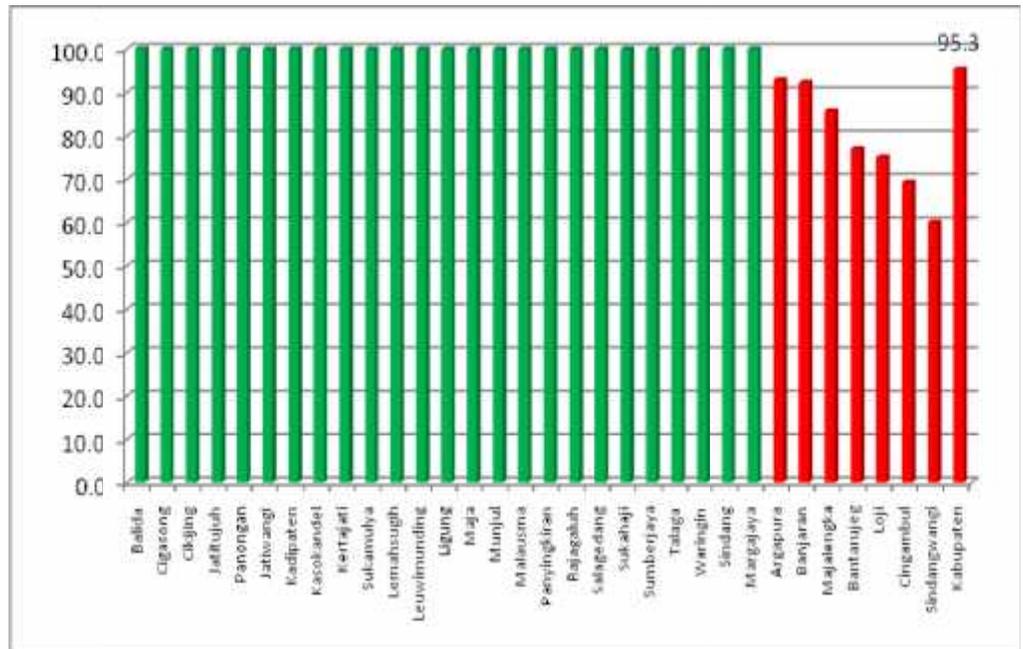
Tingkat masalah program untuk DO DPT – Hb – Hib 1 – Campak tidak terlalu besar sehingga tidak melebihi batas toleransi yang telah ditentukan begitu pula dengan DO DPT Hb – Hib1 – DPT Hb – Hib3 , hal ini menunjukkan adanya penurunan DO di banding dengan tahun sebelumnya dan adanya peningkatan motivasi kinerja koordinator imunisasi sehingga pencapaian Drop Out di tahun sekarang tidak melebihi batas toleransi DO yang telah ditentukan.

b. Pencapaian UCI (*Universal Child of Immunisation*) Desa

Grafik 4.24

Pencapaian UCI Desa

Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016



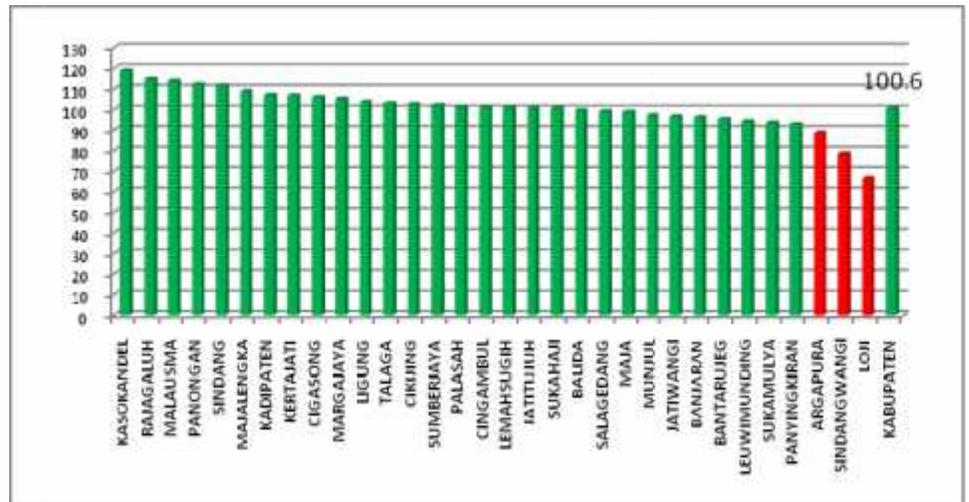
Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) di Kabupaten Majalengka Tahun 2016 mencapai 95,3 % (327 desa) sedangkan untuk desa yang NON UCI mencapai 4,7 % (25 desa) dari 343 desa yang ada di Kabupaten Majalengka. Sedangkan untuk Puskesmas yang tidak mencapai UCI berdasarkan indicator IDL berjumlah 7 Puskesmas dari total 32 Puskesmas yang ada di Kabupaten Majalengka , yaitu Puskesmas Argapura, Banjaran , Bantarujeg , Cingambul , Loji , Majalengka dan Sindangwangi.

c. Analisa PWS Imunisasi Dasar Lengkap

1). Imunisasi Dasar Lengkap

Grafik 4.25

**Pencapaian Imunisasi Dasar Lengkap (IDL)
Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016**



Hasil cakupan Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) di Kabupaten Majalengka tahun 2016 mencapai 100,6 % , hal ini menunjukkan bahwa hasil cakupan IDL mengalami kenaikan yang sangat signifikan sebesar 26,7 % dibandingkan dengan tahun 2015 dan sudah mencapai target dari target yang sudah ditentukan yaitu sebesar 92 % . Sedangkan puskesmas yang belum mencapai target adalah sebanyak 3 puskesmas yaitu puskesmas Argapura , Sindangwangi dan Loji.

d. Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI)

1). KIPI Serius

Kasus KIPI serius terjadi pada saat pelayanan imunisasi rutin di posyandu sebanyak 10 kasus dengan angka kesembuhan sebanyak 8 kasus dan angka kematian sebanyak 2 kasus. dengan rincian kasus sebagai berikut :

Tabel 4.4
Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI) Serius
Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016

No	Puskesmas	Jumlah Kasus	Jenis Imunisasi	Tempat Imunisasi	Keterangan
1	Lemahsugih	1	HB 0 BCG	Posyandu	Meninggal
2	Kadipaten	2	Campak	Posyandu	Sembuh
			DPT – hb – hib 2 Polio 3	Posyandu	Meninggal
3	Sindang	1	Hb 0	Posyandu	Sembuh
4	Malausma	1	DPT – Hb – Hib 1 Polio 2	Posyandu	Sembuh
5	Rajagaluh	1	DPT – Hb – Hib 3 Polio 4	Posyandu	Sembuh
6	Talaga	1	DPT – Hb – Hib 3	Posyandu	Sembuh
7	Cikijing	1	DPT – Hb – Hib 2 Polio 3	Posyandu	Sembuh
8	Salagedang	1	DPT – Hb – Hib 2 Polio 3	BPS	Sembuh
9	Jatitujuh	1	Campak	BPS	sembuh

Grafik 4.26
Jumlah Kasus KIPI Serius
Di Kabupaten Majalengka Tahun 2012 - 2016



2). KIPI Non Serius

KIPI non serius yang dilaporkan di Kabupaten Majalengka selama Tahun 2016 adalah sebanyak 2496 kasus yang tersebar di 32 puskesmas dengan rincian kasus sebagai berikut :

Tabel 4.5
Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI) Non Serius
Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016

No	Puskesmas	Jumlah Kasus	Keterangan
1	Kasokandel	334	
2	Talaga	536	
3	Kadipaten	59	
4	Ligung	266	
5	Cingambul	0	
6	Rajagaluh	126	
7	Loji	256	
8	Majalengka	36	

9	Sumberjaya	32	
10	Cikijing	34	
11	Panyingkiran	90	
12	Panongan	17	
13	Munjul	30	
14	Malausma	0	
15	Argapura	61	
16	Sukahaji	0	
17	Cigasong	56	
18	Leuwimunding	0	
19	Kertajati	41	
20	Jatitujuh	191	
21	Lemahsugih	18	
22	Sindangwangi	0	
23	Jatiwangi	0	
24	Bantarujeg	0	
25	Sindang	0	
26	Balida	0	
27	Salagedang	0	
28	Maja	52	
29	Banjaran	0	
30	Waringin	0	
31	Sukamulya	0	
32	Margajaya	0	
Kabupaten		2496	

e. Bulan Imunisasi Anak Sekolah

1). BIAS Campak

Kegiatan Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) Campak merupakan agenda rutin yang dilaksanakan setiap tahun oleh Pemerintah Kabupaten Majalengka yang dilaksanakan setiap bulan Agustus tiap tahunnya. Adapun kegiatan BIAS Campak tahun sekarang dilaksanakan pada tanggal 22 Agustus 2016 serempak di 748 SD / MI yang sederajat dengan jumlah sasaran anak kelas 1 SD / MI sebesar : 19.889 orang.

Hasil Cakupan BIAS Campak di Kabupaten Majalengka tahun 2016 adalah sebesar 98,5%, sudah mencapai target yang telah ditentukan

sebesar 95 % dengan rincian 31 Puskesmas sudah mencapai target dan 1 Puskesmas belum mencapai target yaitu Puskesmas Salagedang.

2). BIAS DT & TD

Kegiatan BIAS DT & TD di Kabupaten Majalengka di laksanakan mulai tanggal 16 Nopember 2016 s/d selesai serempak di 748 SD / MI yang sederajat , dengan sasaran kls 1 : 19.940 orang , kls 2 : 20.061 orang , kls 3 : 20.447 orang.

Hasil Cakupan BIAS DT di Kabupaten Majalengka adalah sebesar 97,7 % sudah mencapai target yang sudah di tentukan sebesar 95 % , sementara jumlah puskesmas yang sudah mencapai target sebanyak 29 Puskesmas dan jumlah puskesmas yang belum mencapai target sebanyak 3 Puskesmas yaitu Puskesmas Jatitujuh , Sumberjaya , dan Munjul .

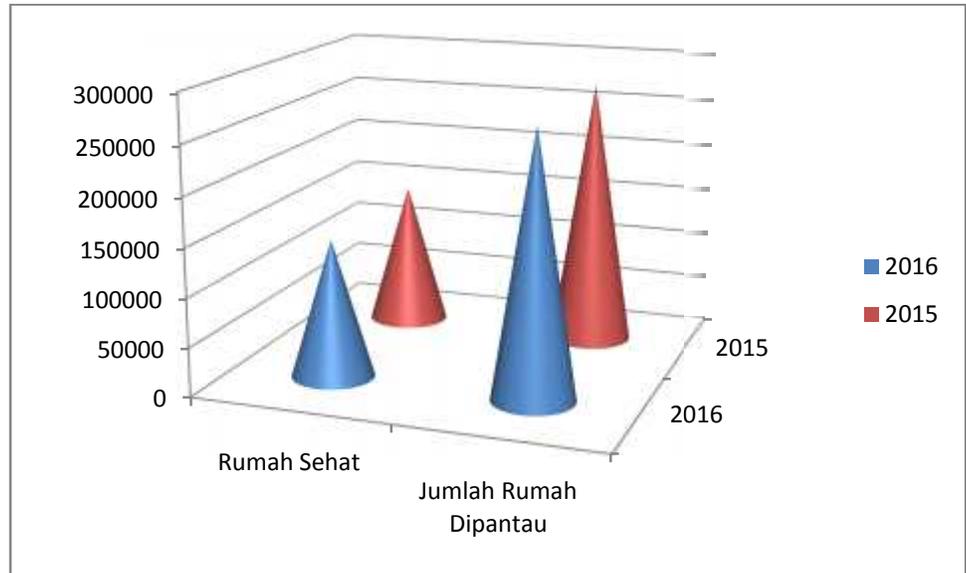
Hasil Cakupan BIAS TD di Kabupaten Majalengka adalah sebesar 98,5 % sudah mencapai target yang sudah di tentukan sebesar 95% . Sementara Jumlah puskesmas yang sudah mencapai target sebanyak 30 Puskesmas dan jumlah puskesmas yang belum mencapai target sebanyak 2 Puskesmas yaitu Puskesmas Jatitujuh dan Sumberjaya .

4. Promosi Kesehatan

a. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Pencapaian rumah tangga ber-PHBS yaitu sebanyak 142.064 rumah dari total 271.833 rumah yang diperiksa pada tahun 2016, perolehan selisih prosentasi terdapat penurunan yaitu dari 53,82 rumah sehat pada tahun 2015, menjadi 52,26 rumah sehat pada Tahun 2016. Apabila dibandingkan dengan target Rumah Tangga Sehat tahun 2016 adalah 65%, maka pencapaian Rumah Tangga Sehat di Kabupaten Majalengka masih belum tercapai.

Grafik 4.27
Perbandingan Rumah Tangga Sehat
Di Kabupaten Majalengka Tahun 2015 dan 2016



Dari gambar diatas dapat dibandingkan, bahwa jumlah rumah tangga sehat lebih sedikit pada tahun 2016 daripada Tahun 2015 dan juga jumlah rumah yang didata lebih sedikit tahun 2016 dibandingkan tahun 2015.

b. Desa Siaga

Setelah pada tahun 2007, berhasil mengembangkan desa siaga dengan membentuk Forum Masyarakat Desa (FMD) secara swadaya di 334 desa, maka secara kuantitas bisa dikatakan di majalengka telah semua desa terbentuk Forum Masyarakat Desa. Namun untuk meningkatkan Desa Siaga secara Kualitas menjadi Strata Pratama, Minimalnya suatu desa harus sudah memenuhi 4 (empat) indikator wajib yaitu Forum Masyarakat Desa dengan Kader dan Tokoh yang sudah dilatih, adanya Sarana Pelayanan Kesehatan Dasar, Adanya system pengamatan berbasis masyarakat dan adanya UKBM yang dikembangkan.

Tidak semua desa yang sudah menjadi Desa Siaga adalah desa siaga aktif, namun dari 343 desa yang menjadi desa siaga aktif adalah sebanyak

343 desa atau 100%. Namun harus dilakukan evaluasi kembali apakah desa siaga tersebut setiap desanya sudah aktif memenuhi kriteria atau belum.

c. Pembinaan UKBM

Salah satu UKBM yang menjadi unggulan Promosi Kesehatan adalah Satuan Karya Pramuka Saka Bakti Husada (SBH). UKBM ini dianggap efektif karena anggotanya terdiri dari pelajar Sekolah Menengah Umum, dimana mereka merupakan kelompok potensial dan diharapkan dapat dengan cepat menangkap pesan-pesan kesehatan yang disampaikan melalui Krida yang ada dan diharapkan pula bisa menyebarkan informasi kesehatan kepada masyarakat. Beberapa kegiatan yang dilaksanakan adalah pembinaan anggota SBH dalam membantu memberikan informasi kesehatan kepada masyarakat melalui acara yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan yang dinamakan Gebrak Kesehatan. Selain pembinaan pada anggota SBH, Seksi Promosi Kesehatan melaksanakan sosialisasi pada Kader Desa Siaga yang dinamakan Gerbang Merah (Gerakan Membangun Rakyat Sehat).

5. Keadaan Lingkungan

Dari hasil seluruh program Penyehatan Lingkungan selama tahun 2016 dapat disampaikan hal – hal sebagai berikut :

1) Rumah Sehat

Jumlah rumah sehat di Kabupaten Majalengka sampai dengan tahun 2016 sebanyak 258.897 rumah (77,28 %) dari 335.030 jumlah rumah yang ada. Dengan demikian rumah sehat di Kabupaten Majalengka sudah memenuhi target sebesar 75%.

2) Penduduk Dengan Akses Air Minum Berkualitas (Layak)

Jumlah penduduk di Kabupaten Majalengka sampai dengan tahun 2015 sampai dengan tahun 2016 yang mempunyai akses air minum yang berkualitas sebanyak 848.012 jiwa (69,35 %).

3) Penyelenggara Air Minum

Dari 9.170 jumlah penyelenggara yang ada sebanyak 568 sampel baru diperiksa dan yang memenuhi syarat baru 388 sampel (68,31%).

4) Penduduk Dengan Akses Terhadap Fasilitas Sanitasi Yang Layak

Sebagian besar penduduk di Kabupaten Majalengka sampai dengan tahun 2016 menggunakan jamban jenis leher angsa sebanyak 166.159 buah.

5) Desa Yang Melaksanakan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)

Dari 343 desa yang tersebar di 32 wilayah puskesmas se Kabupaten Majalengka pada tahun 2016, sebanyak 193 desa sudah melaksanakan STBM, sedangkan untuk Desa STBM dan Desa SBS belum ada yang mendeklarasikannya.

6) Tempat-Tempat Umum Yang Memenuhi Syarat Kesehatan

Di Kabupaten Majalengka tahun 2016 sebanyak 1.038 TTU yang ada dan yang Memenuhi syarat sebanyak 843 TTU (81,21 %).

7) Tempat Pengelolaan Makanan (TPM) Menurut Status Hygiene Sanitasi

Di Kabupaten Majalengka tahun 2016 sebanyak 1.404 (59,19%) TPM yang memenuhi syarat dan sebanyak 646 (27,23%) TPM tidak memenuhi syarat.

8) Penduduk Dengan Akses Jamban Sehat

Jumlah jamban sehat di Kabupaten Majalengka sampai dengan tahun 2016 sebanyak 199,797 buah, jenis sarana fasilitas sanitasi yang layak yang paling banyak adalah jamban jenis leher angsa sebanyak 166,159 buah (83,16 %).

B. STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)

Dalam Sosialisasi Kepmenkes Nomor 741/MENKES/SK/IX/2008 tentang SPM Bidang Kesehatan, dan Kepmenkes Nomor 828/MENKES/SK/IX/2008 tentang Petunjuk Teknis SPM Bidang Kesehatan menyatakan bahwa SPM adalah Standard Pelayanan Minimal yang harus dilakukan oleh suatu daerah dengan target-target yang harus dicapai sebagai bagian dari kebijakan otonomi daerah. Sehingga suatu daerah harus memprioritaskan terlebih dahulu program-program yang menjadi indikator di dalam SPM Bidang Kesehatan yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan. Adapun pencapaian target SPM Bidang Kesehatan Kabupaten Majalengka adalah sebagai berikut :

Tabel 4.6
Standard Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan
Kabupaten Majalengka Tahun 2014 s.d 2016

NO	INDIKATOR SPM	2014	2015	2016	Target 2015
		Capaian	Capaian	Capaian	
1	Cakupan Kunjungan Ibu Hamil K4	89,66	96,58	95,02	95
2	Cakupan Komplikasi Kebidanan yang ditangani	109,09	150,69	100,55	80
3	Cakupan Longlin Oleh Tenaga Kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan	87,66	98,68	98,38	90
4	Cakupan Pelayanan Nifas	88,27	98,86	98,18	90
5	Cakupan Neonatus dengan Komplikasi yang ditangani	85,92	77,26	81,78	95
6	Cakupan Kunjungan Bayi	113,77	113,46	113,02	95
7	Cakupan Desa/Kelurahan Universal Child Immunization (UCI)	94,17	94,75	95,34	100
8	Cakupan Pelayanan Anak Balita	90,31	94,55	100,3	95
9	Cakupan Pemberian MP ASI pada anak usia 6-24 bulan keluarga miskin	50,00	30,50	56,8	100
10	Cakupan Balita Gizi Buruk Mendapat Perawatan	100,00	100,00	100	100
11	Cakupan Penjangkaran Kesehatan Siswa SD dan Setingkat	97,42	85,51	72,96	100
12	Cakupan Peserta KB aktif	79,65	78,97	81,39	75
13	Cakupan Penemuan dan Penanganan penderita penyakit				100
	a Acute Flacid Paralysis (AFP) rate per 100.000 Penduduk <15 Tahun	0,0059	0,0044	0,0028	1
	b Penemuan Penderita Pneumonia Balita	52,51	53,91	57,06	100
	c Penemuan Pasien Baru TB BTA Positif	113,14	103,72	98,98	100
	d Penderita DBD yang ditangani	100,00	100,00	100	100
	e Penemuan penderita Diare	104,36	81,99	6,15	100
14	Cakupan Pelayanan Kesehatan Dasar Pasien Masyarakat Miskin	37,00	31,23	36,06	100
15	Cakupan Pelayanan Kesehatan Rujukan Masyarakat Miskin	3,59	4,52	3,92	100
16	Penyelidikan Epidemiologi dan Penanggulangan KLB < 24 jam	100,00	100,00	100	100
17	Pelayanan Gawat Darurat Level 1	100,00	100,00	100	
18	Cakupan Desa Siaga Aktif	99,42	99,42	97,96	80

Sumber : Sub Bag. PEP Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka 2016

Berdasarkan dalam 3 tahun terakhir terjadi peningkatan capaian target dari masing-masing indikator, namun masih terdapat beberapa indikator yang capaiannya masih di bawah target tahun 2015. Hanya saja hal ini dapat diabaikan apabila capaian telah mendekati target karena perhitungan capaian setiap indikator menggunakan data estimasi, sehingga angka – angka yang digunakan di dalam perhitungan mempunyai faktor \pm Standar Deviasi.

Di dalam Regulasi Menteri Kesehatan telah diterbitkan Peraturan Menteri Kesehatan RI yang baru mengenai Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, yaitu Permekes No. 43 Tahun 2016 dimana terdapat indikator yang berbeda dari SPM tahun seelumnya. Namun dalam pelaksanaan dan pelaporannya masih belum efektif, sehingga di dalam Profil Kesehatan Tahun 2016 ini masih menggunakan data SPM sesuai dengan Kepmenkes Nomor 828/MENKES/SK/IX/2008.

BAB V

SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN

A. SARANA KESEHATAN

Keberadaan Sarana pelayanan kesehatan di Kabupaten Majalengka sangatlah penting dalam menunjang program-program kesehatan. Sarana pelayanan kesehatan yang ada di Kabupaten Majalengka berupa Puskesmas dan jaringannya, RSUD dan beberapa jenis pelayanan kesehatan swasta serta Rumah Sakit Khusus Bedah milik swasta. Distribusi sarana pelayanan kesehatan di Kabupaten Majalengka tahun 2016 dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.1
Distribusi Sarana Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Majalengka
Tahun 2016

No	Jenis Sarana	Jumlah	Seharusnya	Kurang
1	Rumah Sakit Umum Daerah	2	2	0
2	Puskesmas	32	40	8
	a. DTP	9	8	
	b. Non DTP	23	32	9
3	Puskesmas Pembantu	71	96	24
4	Puskesmas Keliling	48		
5	Posyandu	1461	2045	584
6	RS Khusus Bedah	1		
7	RS Bersalin	1		

Sumber : Bidang SDK Dinkes Kab. Majalengka tahun 2016

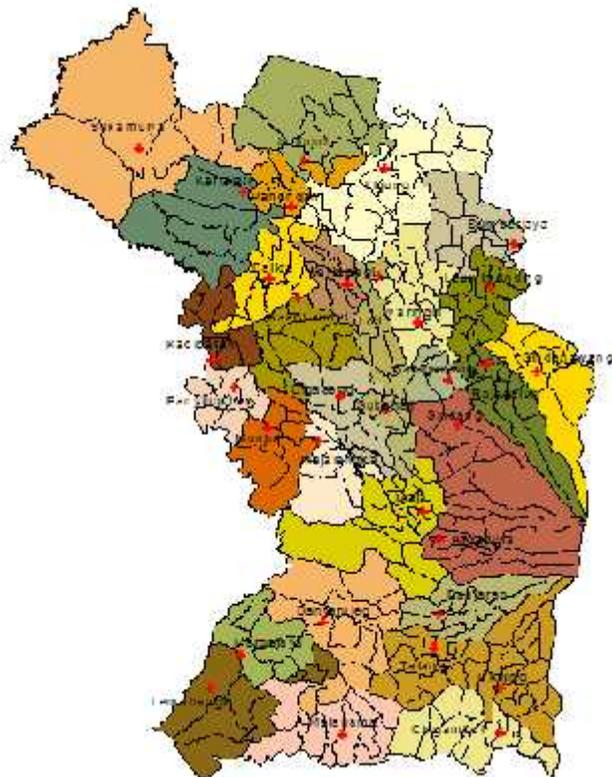
1. Puskesmas

a. Wilayah Kerja Puskesmas

Puskesmas di Kabupaten Majalengka secara kuantitas masih tetap, tetapi mengalami perubahan dengan adanya pengembangan/peningkatan status Puskesmas sejalan dengan tuntutan peningkatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Sampai dengan Tahun 2016 jumlah puskesmas sebanyak 32 buah terdiri dari 9 puskesmas dengan tempat perawatan. Dengan demikian rasio puskesmas terhadap 100.000 penduduk adalah 1 puskesmas untuk setiap 37.125 penduduk. Jika dibandingkan dengan standar WHO maka jumlah puskesmas di Kabupaten Majalengka masih kurang mengingat angka ini masih lebih tinggi dari standar yaitu satu puskesmas untuk setiap 30.000 penduduk. Sehingga idealnya di Kabupaten Majalengka memiliki 40 Puskesmas.

Gambar 5.1

Wilayah Kerja Puskesmas Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016



b. Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan

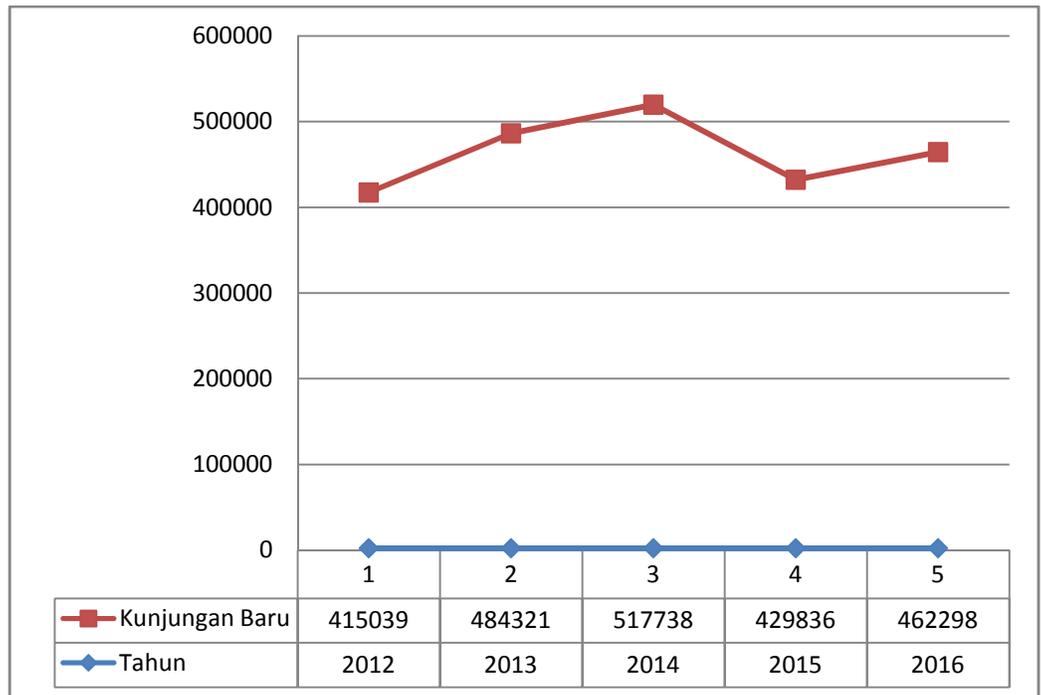
Salah satu penilaian kinerja Pelayanan Puskesmas di Kabupaten Majalengka dapat dilihat dari jumlah penduduk yang memanfaatkan Puskesmas untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

1) Kunjungan Rawat Jalan Puskesmas

Untuk tahun 2016 jumlah penduduk 1.188.004 jiwa, kunjungan baru rawat jalan adalah 462.298 jiwa (38,91%) dari target 15%. Hal ini menunjukkan pemanfaatan fasilitas kesehatan sudah cukup tinggi. Cakupan kunjungan Puskesmas bila dibandingkan dari tahun 2012-2016 dapat dilihat pada grafik berikut :

Grafik 5.1

**Kunjungan Rawat Jalan Puskesmas
Di Kabupaten Majalengka Tahun 2012 - 2016**



Berdasarkan grafik di atas terlihat bahwa kunjungan rawat jalan di Puskesmas tahun 2016 ada kenaikan 2% dari tahun 2015. Walaupun demikian pemanfaatan masyarakat terhadap fasilitas kesehatan sudah melebihi target kinerja. Hasil ini menunjukkan bahwa masyarakat masih peduli pada pelayanan Kesehatan dan pemanfaatan Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan primer tingkat pertama sudah tinggi. Jumlah kunjungan rawat jalan di Puskesmas bisa dipengaruhi oleh banyak faktor. Diantaranya karena sarana dan prasarana di Puskesmas yang memadai, SDM yang sesuai dan ramah, selain itu juga karena jumlah penduduk yang banyak.

Adapun persentase jumlah pasien rawat jalan yang dirujuk di Puskesmas dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.2
Kunjungan Rawat Jalan Puskesmas
Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016

NO.	PUSKESMAS	JUMLAH KUNJUNGAN RAWAT JALAN
1.	Argapura	26.475
2.	Balida	31.234
3.	Banjaran	12.767
4.	Bantarujeg	29.306
5.	Cigasong	26.631
6.	Cikijing	31.720
7.	Cingambul	24.180
8.	Jatitujuh	14.835
9.	Jatiwangi	36.828

10 .	Kadipaten	57.561
11 .	Kasokandel	46.962
12 .	Kertajati	31.257
13 .	Lemahsugih	18.172
14 .	Leuwimunding	55.122
15 .	Ligung	50.315
16 .	Loji	40.058
17 .	Maja	71.440
18 .	Majalengka	39.391
19 .	Malausma	21.889
20 .	Margajaya	18.816
21 .	Munjul	33.247
22 .	Panongan	11.919
23 .	Panyingkiran	20.076
24 .	Rajagaluh	51.027
25 .	Salagedang	19.747
26 .	Sindang	11.264
27 .	Sindangwangi	21.893
28 .	Sukahaji	31.883
29 .	Sukamulya	9.699
30 .	Sumberjaya	50.410
31 .	Talaga	38.891
32 .	Waringin	28.712
JUMLAH		1.013.727

10 puskesmas dengan jumlah kunjungan terbanyak adalah: Maja, Kadipaten, Leuwimunding, Rajagaluh, Sumberjaya, Ligung, Kasokandel, Loji, Majalengka dan Talaga. Puskesmas Maja berada pada ranking paling atas karena dilihat dari tipenya adalah sebagai puskesmas dengan tempat perawatan yang berada di tengah-tengah kabupaten Majalengka sedangkan Puskesmas Talaga berada di ranking ke-10 walaupun merupakan puskesmas rawat inap.

2) Kunjungan Rawat Inap Puskesmas

Puskesmas rawat inap/Puskesmas dengan tempat perawatan (DTP) adalah Puskesmas yang diberi tambahan ruangan dan fasilitas untuk menolong penderita gawat darurat baik berupa tindakan operatif terbatas maupun perawatan sementara di ruangan rawat inap dengan tempat tidur.

Jumlah kunjungan rawat inap Puskesmas pada tahun 2016 mencapai 14.788 kunjungan.

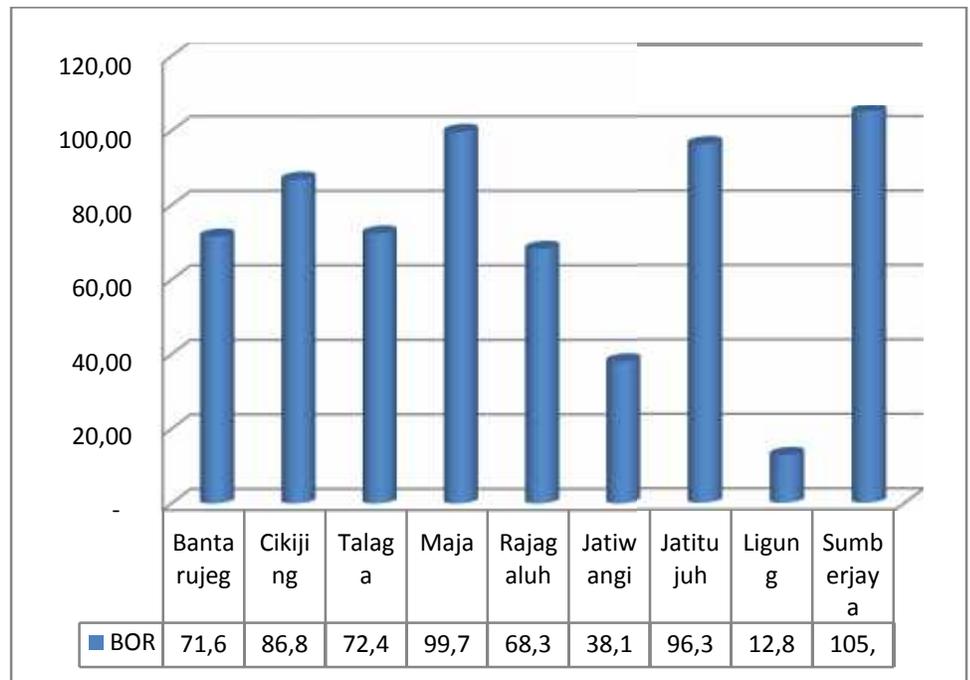
Tabel 5.3
Kunjungan Rawat Inap Puskesmas
Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016

No.	Puskesmas	Jumlah Tempat Tidur	Jumlah Penderita dirawat	Jumlah Hari Perawatan	Jumlah Penderita dirujuk	Jumlah Penderita Meninggal		BOR %	AVLOS
						(< 48 jam)	(> 48 jam)		
						1 .	Bantarujeg	14	
2 .	Cikijing	14	2145	4440	349	0	0	86.89	2
3 .	Talaga	22	2921	5817	728	2	2	72.44	2
4 .	Maja	12	2098	4368	259	0	0	99.73	2
5 .	Rajagaluh	15	1466	3741	328	0	0	68.33	2
6 .	Jatiwangi	12	631	1669	127	0	0	38.11	2
7 .	Jatitujuh	15	2058	5277	202	0	0	96.38	2
8 .	Ligung	16	406	749	112	0	0	12.83	1
9 .	Sumberjaya	6	891	2303	223	0	0	105.16	2
Jumlah		126	14788	31529	2455	2	2	68.56	2

Berdasarkan tabel di terlihat bahwa Puskesmas terbanyak melayani rawat inap adalah Puskesmas Talaga sebanyak 2921 pasien. Sedangkan Puskesmas terkecil yang mendapat kunjungan rawat inap adalah Puskesmas Ligung sebanyak 406 pasien. AVLOS (Average Length of Stay) atau angka rata-rata hari rawat pasien di Puskesmas DTP adalah 2 hari rawat, dengan TOI (Turn Over Interval) atau angka rata-rata dimana tempat tidur tidak ditempati dari diisi ke saat terisi berikutnya pada tahun 2016 juga rata-rata 2 hari .

Nilai BOR yang ideal antara 60-85% (Depkes RI, 2005). Puskesmas di kabupaten Majalengka yang sudah termasuk dalam kategori ideal adalah Puskesmas Sumberjaya, Maja, Jatitujuh, Cikijing, Talaga, Bantarujeg, dan Rajagaluh. Sedangkan yang masih rendah adalah Puskesmas Jatiwangi dan Ligung. BOR Puskesmas DTP seperti pada grafik berikut ini:

Grafik 5.2
BOR Puskesmas Dengan Tempat Perawatan (DTP)
Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016



Sumber : Bidang Yankes Dinkes Kab. Majalengka Tahun 2016

Berdasarkan grafik di atas, Nilai BOR tertinggi adalah UPTD Puskesmas Sumberjaya yaitu 105,1 %, selanjutnya yang terendah pada UPTD Puskesmas Ligung yaitu 12,83 %. Hasil ini menunjukkan bahwa pemanfaatan Puskesmas rawat inap di wilayah Puskesmas Sumberjaya lebih tinggi dibandingkan dengan di 8 puskesmas lainnya.

c. Pemanfaatan Puskesmas Mampu PONED

Pada Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak, Puskesmas dibedakan menjadi Puskesmas Berfungsi PONED dan Puskesmas Non-PONED. Kebijakan Gubernur Jawa Barat dalam merespon kebutuhan sarana kesehatan yang terkait percepatan pencapaian target MDGs dalam rangka akselerasi penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merealisasikannya antara lain dalam bentuk Pengembangan Puskesmas menjadi Puskesmas berfungsi PONED di 26 Kabupaten/Kota melalui Bantuan Keuangan Pemerintah Provinsi Jawa Barat. Kriteria prioritas ditingkatnya status puskesmas menjadi puskesmas berfungsi PONED adalah dengan mempertimbangkan status lahan, luas lahan, potensi sumber daya yang dimiliki, jarak/waktu tempuh ke fasilitas rujukan, pemanfaatan Puskesmas dan dalam 1 (satu) kecamatan belum terdapat Puskesmas Berfungsi PONED. Sampai dengan tahun 2016 jumlah puskesmas mampu PONED di Kabupaten Majalengka adalah 29 puskesmas.

Puskesmas Non- PONED yaitu Puskesmas standar yang dalam hal memberikan pelayanan Maternal dan Neonatal mempunyai fungsi hampir mirip dengan Polindes atau Poskesdes, namun mempunyai tenaga kesehatan, sarana dan prasarana yang lebih memadai antara lain tersedia dokter, bidan dan perawat, mobil puskesmas keliling, dan sebagainya.

Grafik 5.3
Pemanfaatan Puskesmas Mampu Poned
Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016



Sumber : Bidang Yankes Dinkes Kab. Majalengka Tahun 2016

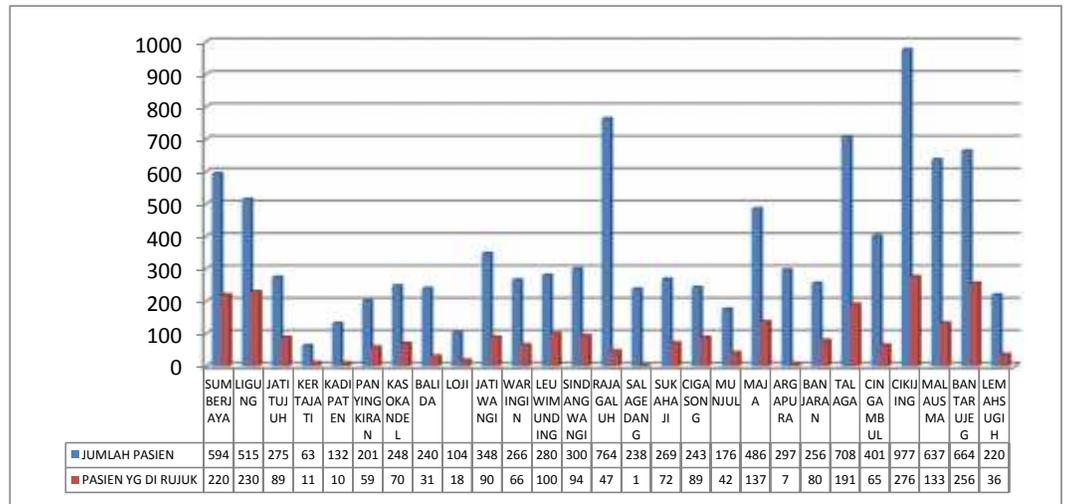
Selama Tahun 2016, total kasus ibu yang dilayani di Puskesmas berfungsi Poned sebanyak 9.902 orang dan 2.520 kasus diantaranya di rujuk (25,4%). Pemanfaatan Puskesmas Berfungsi Poned pada umumnya adalah pelayanan persalinan normal dengan pelayanan persalinan normal tertinggi adalah di Puskesmas Cikijing, Rajagaluh dan Talaga.

Grafik 5.4
Pemanfaatan Pelayanan Bayi di Puskesmas Mampu Poned
Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016



Berdasarkan grafik diatas terlihat bahwa Puskesmas Cikijing merupakan Puskesmas yang tertinggi dalam melayani kasus bayi di PONEB yaitu sebanyak 276 orang. Puskesmas yang kedua terbanyak adalah Malausma sebesar 254 orang. Jumlah keseluruhan bayi yang ditangani di PONEB sebanyak 3.032 orang dan yang dirujuk ke RS sebanyak 228 orang (7,5%).

Grafik 5.5
Perbandingan Pasien Yang Datang dengan Yang Dirujuk
Di Kabupaten Majalengka Tahun 2016



Dari grafik diatas terlihat bahwa jumlah pasien yang mampu ditangani di Puskesmas PONEB lebih banyak jika dibandingkan dengan yang dirujuk ke RS. Hasil ini menggambarkan bahwa kompetensi petugas secara keseluruhan sudah cukup baik, meskipun di beberapa Puskesmas harus lebih ditingkatkan lagi kompetensinya.

2. Puskesmas Pembantu

Konsep Puskesmas Pembantu adalah kepanjangan tangan dari Puskesmas induk, yang bertujuan untuk lebih mendekatkan pelayanan ke masyarakat. Pada tahun 2016 jumlah Puskesmas Pembantu sebanyak 71 buah, jika dibandingkan dengan jumlah desa maka 1 puskesmas melayani 4 – 5 desa. Hal ini tentu menjadi kondisi yang tidak ideal dalam pelayanan kesehatan.

3. Puskesmas Keliling

Jumlah puskesmas keliling pada tahun 2016 menjadi 48 buah, dengan kata lain semua puskesmas memiliki kendaraan puskesmas keliling. Target rasio puskesmas keliling terhadap puskesmas sebesar 1.1, angka tersebut menunjukkan bahwa seharusnya setiap puskesmas dilengkapi dengan sarana puskesmas keliling.

4. Posyandu

Pos Pelayanan Terpadu (POSYANDU) merupakan jenis UKBM yang paling memasyarakat. Posyandu memiliki 5 prioritas, diantaranya adalah kesehatan Ibu dan Anak (KIA), KB, Perbaikan Gizi, Imunisasi dan Penanggulangan Diare.

Jumlah Posyandu di Kabupaten Majalengka tahun 2016 adalah sebanyak 1461 yang terdiri dari Pratama 316 (21,63%), Madya 476 (32,58%), Purnama 596 (40,79%), Mandiri 73 (5,00%).

5. Laboratorium Kesehatan Daerah (LABKESDA)

Laboratorium Kesehatan Daerah (Labkesda) Majalengka merupakan unit pelayanan teknis daerah di bawah Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka yang bergerak dalam pelayanan pemeriksaan laboratorium klinis dan laboratorium lingkungan. Kabupaten Majalengka telah memiliki UPTD Labkesda yang melayani pemeriksaan Hematologi, Kimia Klinik, Klinik

Rutin dan Pemeriksaan Mikrobiologi Air. Namun dalam pelaksanaannya masih terdapat keterbatasan pemeriksaan dikarenakan keterbatasan sarana dan prasarana.

6. Tenaga Kesehatan

Pola tenaga kesehatan sesuai dengan Peraturan Pemerintah RI Nomor 32 tahun 1992 tentang tenaga kesehatan adalah sebagai berikut :

1. Tenaga medis (meliputi dokter dan dokter gigi)
2. Tenaga keperawatan (meliputi perawat dan bidan)
3. Tenaga kefarmasian (meliputi apoteker, analis farmasi dan asisten apoteker)
4. Tenaga kesehatan masyarakat (meliputi epidemiolog kesehatan, entomolog kesehatan, mikrobiolog kesehatan, penyuluh kesehatan, administrator kesehatan dan sanitarian)
5. Tenaga gizi (meliputi nutrisisionis dan dietesien)
6. Tenaga terapian fisik (meliputi fisioterafis, okuterapis dan terapis wicara)
7. Tenaga keteknisian medis (meliputi radiografer, radioterapis, teknisi gigi, teknisi elektromedis, analis kesehatan, refraksionis optisien, otorik prostetik, teknisi transfusi dan perekam medis)

Tabel 5.4
Distribusi Tenaga Kesehatan
Di Unit Pelayanan Kabupaten Majalengka Tahun 2016

No	Tenaga Kesehatan	Puskesmas	Rumah Sakit	Labkesda	Dinas Kesehatan
1	Dokter Spesialis	0	46	0	0
2	Dokter Umum	69	37	0	0
3	Dokter Gigi	14	5	0	0
4	Bidan	510	76	0	3
5	Perawat	346	354	1	2
6	Tenaga Kefarmasian	28	42	0	3
7	Tenaga Gizi	27	8	0	4
8	Kesehatan Masyarakat	23	10	0	10
9	Sanitarian	42	8	2	10
10	Teknisi Medis				
	- Analis Laboratorium	16	23	1	
	- Tem & P. Rontg	2	6	0	
11	Fisioterapis	0	2	0	
	Jumlah	1077	617	4	32

Sumber : Sub Bag. UP Dinkes Kab. Majalengka Tahun 2016

Jika dilakukan analisa lebih lanjut mengenai ketenagaan kesehatan dibandingkan dengan jumlah Penduduk, maka didapatkan data sebagai berikut :

Tabel 5.5
Rasio Sumberdaya Kesehatan Terhadap Penduduk
Tahun 2016

No	Jenis Rasio	Rasio
1	Rasio Dokter Spesialis Terhadap 100.000 Penduduk	3,87 atau 1 : 25.826 pddk
2	Rasio Dokter Umum Terhadap 100.000 Penduduk	8,92 atau 1 : 11.208 pddk
2	Rasio Dokter Gigi Terhadap 100.000 Penduduk	1,60 atau 1 : 62.257 pddk
2	Rasio Bidan Terhadap 100.000 Penduduk	49,58 atau 1 : 2.017 pddk
	Rasio Perawat Terhadap 100.000 Penduduk	59,17 atau 1 : 1.690 pddk
3	Rasio Puskesmas Terhadap 100.000 Penduduk	2,69 atau 1 : 37.125 pddk
4	Rasio Pustu Terhadap Puskesmas	2,22
5	Rasio Posyandu Terhadap 100 Balita	1,43 atau 1 : 70 balita

Sumber : Tabel 72 – 80, Profil Dinkes Kab. Majalengka Tahun 2016

Untuk menghitung kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Kabupaten Majalengka, rasio tersebut dibandingkan dengan standar target rasio kebutuhan SDM berdasarkan Kepmenko Bidang Kesra No. 54 Tahun 2013 sebagai berikut :

Tabel 5.6
Standar Target Rasio Kebutuhan SDM
Tahun 2014, 2019 dan 2025
Berdasarkan Kepmenko Bidang Kesra No. 54 Tahun 2013

No	Jenis Tenaga Kesehatan	Target Rasio Per 100.000 Penduduk		
		2014	2019	2025
1	Dokter Spesialis	10	11	12
2	Dokter Umum	40	45	50
3	Dokter Gigi	12	13	14
4	Perawat	158	180	200
5	Bidan	100	120	130
6	Perawat Gigi	15	18	21
7	Apoteker	9	12	15
8	Ass. Apoteker	18	24	30
9	SKM	13	16	18
10	Sanitarian	15	18	20
11	Nutrisionis	10	14	18
12	Keterapian Fisik	4	5	6
13	Keterapian Medis	14	16	18

Sumber : Permenkes No. 33 Tahun 2015

Berdasarkan tabel tersebut di atas, apabila dibandingkan dengan target standar kebutuhan SDM, maka rasio tenaga kesehatan di Kabupaten Majalengka masih jauh di bawah standar.

Begitu juga dengan fasilitas kesehatan, di Kabupaten Majalengka 1 puskesmas masih melayani 37.125 penduduk. Sedangkan menurut standar WHO seharusnya 1 puskesmas melayani 30.000 penduduk. Sama halnya dengan pustu dan posyandu. Sehingga masih diperlukan penambahan jumlah puskesmas, pustu dan posyandu.

B. PEMBIAYAAN KESEHATAN

Pembiayaan kesehatan memegang peranan yang sangat penting dalam pencapaian tujuan sesuai dengan visi-misi pembangunan di Kabupaten Majalengka. Sumber dana pembangunan kesehatan di Kabupaten Majalengka berasal dari APBN, APBD Propinsi, APBD Kabupaten, Hibah Luar Negeri dan

lain-lain. Berikut dapat dilihat jumlah biaya kesehatan menurut sumber pembiayaan di Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka tahun 2016.

Tabel 5.7
Jumlah Biaya Kesehatan Menurut Sumber
di Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka Tahun 2015

NO	SUMBER BIAYA	ALOKASI ANGGARAN KESEHATAN	
		Rupiah	%
1	2	3	4
	ANGGARAN KESEHATAN BERSUMBER:		
1	APBD KAB/KOTA	109.572.878.012,00	70,35
	a. Belanja Langsung	39.306.886.012,00	
	b. Belanja Tidak Langsung	70.265.992.000,00	
2	APBD PROVINSI	7.808.471.856,00	5,01
	a. Bantuan Keuangan Provinsi Murni 2016	1.476.825.000,00	
	b. Bantuan Keuangan Provinsi Silpa 2015	6.331.646.856,00	
3	APBN :	36.489.432.144,00	23,43
	a. Dana Alokasi Khusus	36.489.432.144,00	
	- DAK Murni 2016	35.631.277.258,00	
	- DAK Silpa 2015	858.154.886	
	b. Dana Tugas Pembantuan Kabupaten/Kota (BOK)	-	
4	PINJAMAN/HIBAH LUAR NEGERI (PHLN)		0,00
	(sebutkan <i>project</i> dan sumber dananya)		
5	SUMBER PEMERINTAH LAIN	1.879.012.178,00	1,21
	- Pajak Rokok	1.230.000.000,00	
	- DBHCHT	649.012.178,00	
TOTAL ANGGARAN KESEHATAN		155.749.794.190,00	
TOTAL APBD KAB/KOTA		2.911.656.644.973,50	
% APBD KESEHATAN THD APBD KAB/KOTA			3,76
ANGGARAN KESEHATAN PERKAPITA		131.102,08	

Sumber : Tabel 82, Profil Dinkes Kab. Majalengka Tahun 2016

Biaya kesehatan Tahun 2016 dari Total APBD baru mencapai 3,76% menurun dari tahun 2015, tentunya Hal ini masih dibawah harapan/target pembiayaan kesehatan yang diamanatkan Undang Undang minimal 15% dari total APBD Kabupaten.

BAB VI

KESIMPULAN

Pembangunan Kesehatan di Kabupaten Majalengka dalam pelaksanaannya telah melaksanakan program dan kegiatan yang juga menunjang program dan kegiatan yang diamanatkan di dalam Peraturan Menteri Kesehatan maupun Peraturan Menteri Dalam Negeri yang tertuang di dalam Otonomi Daerah. Otonomi daerah dapat diartikan sebagai kewajiban yang diberikan kepada daerah otonom untuk mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat menurut aspirasi masyarakat untuk meningkatkan daya guna dan hasil guna penyelenggaraan pemerintahan dalam rangka pelayanan terhadap masyarakat dan pelaksanaan pembangunan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pelaksanaan otonomi daerah selain berlandaskan pada acuan hukum, juga sebagai implementasi tuntutan globalisasi yang harus diberdayakan dengan cara memberikan daerah kewenangan yang lebih luas, lebih nyata dan bertanggung jawab, terutama dalam mengatur, memanfaatkan dan menggali sumber-sumber potensi yang ada di daerahnya masing-masing. Salah satu kewajiban yang diamanatkan kepada daerah otonom adalah Standard Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan, yang mana indikatornya mengarah pada upaya Pencapaian Indeks Pembangunan Manusia (IPM) yang mengacu pada penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB).

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan indikator status kesehatan masyarakat. Selama 15 tahun terakhir, AKI di Indonesia tidak menunjukkan penurunan yang bermakna, seharusnya sudah mencapai 225/100.000 kelahiran hidup (KH) pada tahun 2000. Dalam upaya pencapaian Millenium Development Goals (MDGs) pada tahun 2015, diharapkan AKI turun menjadi 118 per 100.000 KH, AKB menjadi 24 per 1.000 KH dan Angka Kematian Neonatal (AKN) menjadi 15 per 1.000 KH.

Selama Tahun 2016 terjadi 18 kematian ibu di Kabupaten Majalengka menurun dari tahun 2015 sebanyak 20 kematian ibu, AKI Kabupaten Majalengka sendiri pada tahun 2016 mencapai 86,28. Sedangkan jumlah kematian bayi terjadi sebanyak 136 kematian dengan AKB sebesar 6,52. Pada tahun 2016 ini AKI dan AKB telah berada di bawah target yang ditetapkan oleh Provinsi Jawa Barat.

Secara khusus, indeks pembangunan manusia (IPM) mengukur capaian pembangunan manusia berbasis sejumlah komponen dasar kualitas hidup. IPM dihitung berdasarkan data yang dapat menggambarkan keempat komponen yaitu :

1. Angka Harapan Hidup

Angka harapan hidup adalah rata-rata perkiraan banyak tahun yang dapat ditempuh oleh seseorang selama hidup. Ada dua jenis data yang digunakan dalam penghitungan angka harapan hidup yaitu anak lahir hidup dan anak masih hidup.

2. Tingkat Pendidikan

Untuk mengukur dimensi pengetahuan penduduk digunakan dua indikator, yaitu rata-rata lama sekolah dan angka melek huruf. Rata-rata lama sekolah menggambarkan jumlah tahun yang digunakan oleh penduduk usia 15 tahun ke atas dalam menjalani pendidikan formal. Sedangkan angka melek huruf adalah persentase penduduk usia 15 tahun ke atas yang dapat membaca dan menulis.

3. Standar Hidup Layak

Dalam cakupan lebih luas standar hidup layak menggambarkan tingkat kesejahteraan yang dinikmati oleh penduduk sebagai dampak semakin membaiknya ekonomi

Tabel 6.1
Indeks Pembangunan Manusia (IPM)
di Kabupaten Majalengka Tahun 2015–2016

Indeks	2015	2016	Pertumbuhan
AHH	69,06	69,22	0,16
HLS	11,74	11,89	0,15
RLS	6,80	6,89	0,09
Pengeluaran per Kepala Disesuaikan (RP.000)	8,477	8,594	0,12
IPM	64,75	65,25	0,77

Sumber : BPS Provinsi Jawa Barat Tahun 2017

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa Angka Harapan Hidup (AHH) yang menjadi urusan Bidang Kesehatan memiliki pertumbuhan paling besar diantara variabel yang lain. Itu artinya pembangunan kesehatan memiliki pengaruh yang besar terhadap peningkatan IPM Kabupaten Majalengka.

BAB VII

PENUTUP

Profil Kesehatan Kabupaten Majalengka Tahun 2016 ini merupakan gambaran situasi kesehatan masyarakat di Kabupaten Majalengka. Sampai saat ini Pembangunan Kesehatan masih merupakan kebutuhan masyarakat yang semakin meningkat terus menerus, sesuai dengan perkembangan pembangunan khususnya di Majalengka. Untuk itu upaya-upaya bidang kesehatan perlu ditingkatkan dalam rangka mendukung Visi Kabupaten Majalengka yaitu MAKMUR “Maju, Aman, Kondusif, Mandiri, Unggul dan Religius”.

Diharapkan keberadaan profil kesehatan tersebut dapat dijadikan sebagai sumber informasi kesehatan di era desentralisasi dan otonomi daerah dan dapat digunakan sebagai alat pemantau keberhasilan pembangunan kesehatan serta sebagai bahan perencanaan, pengambilan kebijakan dan perumusan di bidang kesehatan untuk terwujudnya pelayanan yang bermutu dan berkualitas serta adil dan merata, sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, yang akan berdampak pada peningkatan Indeks Pembangunan Manusia di Kabupaten Majalengka.

Harapan kami, saran dan kritik yang membangun untuk penyempurnaan profil kesehatan ini sangat kami harapkan.

Kepada Allah SWT kami serahkan semuanya.

Majalengka, Juli 2016

H. ALIMUDIN., S.Sos., MM., MMKes
NIP. 19610910 198203 1 015