

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas kuasa dan ridho-Nya akhirnya buku Profil Kesehatan Kota Bekasi Tahun 2016 ini dapat terselesaikan. Profil Kesehatan Kota Bekasi merupakan salah satu sarana untuk melaporkan pemantauan dan evaluasi terhadap pencapaian hasil pembangunan kesehatan, termasuk kinerja dari penyelenggaraan pelayanan minimal di bidang kesehatan, serta sebagai dasar dalam membuat perencanaan di bidang kesehatan pada tahun yang akan datang.

Profil Kesehatan Kota Bekasi Tahun 2016 ini merupakan pembaharuan data dan informasi dari profil-profil tahun sebelumnya. Data dan informasi yang terdapat di dalam buku profil kesehatan ini merupakan data dan informasi tahun 2016 yang bersumber dari pencatatan dan pelaporan, serta informasi dari pelaksanaan kegiatan program, baik di lingkungan Dinas Kesehatan Kota maupun sumber data lain dari lintas sektor terkait.

Diharapkan Profil Kesehatan Kota Bekasi Tahun 2016 ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang berkepentingan dengan program kesehatan dan menjadi salah satu sumber informasi perkembangan pembangunan kesehatan Kota Bekasi tahun 2016.

Ucapan terima kasih disampaikan kepada semua pihak yang telah menyumbangkan pikiran dan tenaga dalam penyusunan buku Profil Kesehatan Kota Bekasi Tahun 2016. Kami mohon maaf jika masih ditemukan kekurangan dalam buku profil ini. Semoga di tahun yang akan datang kami dapat menyajikan data profil kesehatan dengan lebih lengkap. Dan semoga kerja sama yang telah diberikan dalam proses penyusunan profil kesehatan ini, untuk tahun yang akan datang dapat lebih baik lagi.

Bekasi, Juli 2017  
Kepala Dinas Kesehatan  
Kota Bekasi

dr. Kusnanto, MARS  
NIP. 19730618 200312 1 001

## DAFTAR ISI

|   |           |
|---|-----------|
| Kata Pengantar.....   | i         |
| Daftar Isi.....   | ii        |
| Daftar Grafik.....  | v         |
| Daftar Tabel.....   | xi        |
| Daftar Gambar.....  | xiii      |
| <br>  |           |
| <b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>                                  | <b>1</b>  |
| <br>  |           |
| <b>BAB II VISI MISI PEMBANGUNAN KESEHATAN KOTA BEKASI .....</b> | <b>4</b>  |
| 2.1 Visi Dinas Kesehatan Kota Bekasi .....                      | 4         |
| 2.2 Misi Dinas Kesehatan Kota Bekasi.....                       | 5         |
| 2.3 Tujuan.....   | 6         |
| 2.4 Sasaran.....  | 6         |
| <br>  |           |
| <b>BAB III GAMBARAN UMUM.....</b>                               | <b>8</b>  |
| 3.1 Gambaran Umum Wilayah .....                                 | 8         |
| 3.2 Kependudukan .....  | 10        |
| 3.2.1 Jumlah dan Pertumbuhan Penduduk .....                     | 10        |
| 3.2.2 Persebaran dan Kepadatan Penduduk.....                    | 15        |
| 3.2.3 Penduduk Kelompok Rentan.....                             | 17        |
| 3.2.4 Penduduk Miskin.....                                      | 17        |
| 3.3 Pendidikan .....  | 19        |
| 3.4 Lingkungan Fisik .....                                      | 21        |
| 3.4.1 Sanitasi Total Berbasis Masyarakat .....                  | 21        |
| 3.4.2 Air Minum.....  | 22        |
| 3.4.3 Sanitasi Layak.....                                       | 23        |
| 3.4.4 Penyehatan Pemukiman dan Tempat Tempat Umum .....         | 25        |
| a. Rumah Sehat .....  | 25        |
| b. Tempat Tempat Umum .....                                     | 27        |
| 3.4.5 Penyehatan Tempat Pengelolaan Makanan.....                | 28        |
| <br>  |           |
| <b>BAB IV SITUASI DERAJAT KESEHATAN.....</b>                    | <b>30</b> |
| 4.1 Indeks Pembangunan Manusia .....                            | 30        |
| 4.2 Angka Harapan Hidup .....                                   | 32        |
| 4.3 Kelahiran.....  | 33        |
| 4.4 Kematian.....   | 34        |
| 4.4.1 Kematian Bayi.....  | 34        |
| 4.4.2 Kematian Balita.....                                      | 35        |
| 4.4.3 Kematian Ibu.....   | 36        |
| 4.4.4 Kematian Kasar.....                                       | 39        |
| 4.5 Kesakitan .....   | 40        |
| 4.5.1 Gambaran Umum Masalah Kesehatan .....                     | 40        |

|              |  |            |
|--------------|--|------------|
| 4.5.2        | Gambaran Penyakit Menular Bersumber Binatang.....  | 46         |
|              | a. Demam Berdarah Dengue .....   | 46         |
|              | b. Malaria .....   | 51         |
|              | c. Filariasis .....  | 54         |
| 4.5.3        | Gambaran Penyakit Menular Langsung .....   | 58         |
|              | a. Tuberkulosa (TB Paru).....  | 58         |
|              | b. Kusta .....   | 63         |
|              | c. Diare .....   | 67         |
|              | d. Pneumonia.....  | 68         |
| 4.5.4        | Gambaran Penyakit Menular Seksual .....  | 70         |
| 4.5.5        | Gambaran Penyakit Tidak Menular .....  | 78         |
|              | a. Penyakit Hipertensi .....   | 79         |
|              | b. Penyakit Kanker Serviks dan Kanker Payudara .....   | 81         |
|              | c. Penyakit Jiwa .....   | 83         |
|              | d. Penyakit Gigi dan Mulut .....   | 87         |
| 4.5.6        | Gambaran Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi<br>(PD3I) .....                            | 94         |
|              | a. Difteri .....   | 95         |
|              | b. Campak .....  | 98         |
|              | c. Polio dan <i>Acute Flaccid Paralysis</i> (AFP) .....  | 100        |
| 4.6          | Kejadian Luar Biasa (KLB) .....  | 102        |
|              | 4.6.1 KLB Campak.....  | 103        |
|              | 4.6.2 KLB Hepatitis A.....   | 105        |
|              | 4.6.3 KLB Keracunan Pangan/ Minuman .....  | 107        |
| 4.7          | Penanganan Masalah Kesehatan Korban Bencana Banjir .....   | 109        |
| 4.8          | Promosi Kesehatan .....  | 114        |
|              | 4.8.1 Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).....  | 114        |
|              | 4.8.2 Kelurahan Siaga Aktif.....   | 115        |
| 4.9          | Status Gizi.....   | 116        |
|              | 4.9.1 Status Gizi Balita.....  | 117        |
|              | 4.9.2 Tingkat Partisipasi Masyarakat ke Posyandu (D/S) .....                                     | 119        |
|              | 4.9.3 ASI Eksklusif .....  | 121        |
|              | 4.9.4 Anemia Gizi.....   | 122        |
| <b>BAB V</b> | <b>SITUASI UPAYA KESEHATAN .....</b>   | <b>124</b> |
| 5.1          | Pelayanan Kesehatan Dasar .....  | 124        |
|              | 5.1.1 Kesehatan Ibu dan Anak .....   | 124        |
|              | a. Pelayanan Antenatal (K1-K4).....  | 124        |
|              | b. Pertolongan Persalinan.....   | 126        |
|              | c. Penanganan Komplikasi Kebidanan dan Neonatus oleh<br>Tenaga Kesehatan maupun Masyarakat ..... | 128        |
|              | d. Kunjungan Ibu Nifas.....  | 129        |
|              | e. Kunjungan Neonatus .....  | 130        |
|              | f. Kunjungan Bayi.....   | 132        |
|              | g. Pelayanan Kesehatan Anak Balita .....   | 133        |
|              | h. Pelayanan Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja .....  | 134        |
|              | 1) Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) .....   | 135        |
|              | 2) Penjaringan Kesehatan Siswa .....   | 136        |

|               |   |            |
|---------------|---|------------|
| 5.1.2         | Keluarga Berencana .....                                  | 138        |
| 5.1.3         | Imunisasi.....  | 141        |
|               | a. Imunisasi Dasar .....                                  | 141        |
|               | b. Imunisasi HB <7 Hari .....                             | 143        |
|               | c. Imunisasi BCG ( <i>Bacillus Calmette-Guerin</i> )..... | 144        |
|               | d. Imunisasi Polio 4.....                                 | 145        |
|               | e. Imunisasi DPT-HB/ DPT-HB-Hib.....                      | 146        |
|               | f. Imunisasi Campak .....                                 | 148        |
|               | g. Imunisasi TT pada Ibu Hamil.....                       | 149        |
|               | h. UCI Kelurahan .....                                    | 150        |
| 5.1.4         | Kunjungan Puskesmas.....                                  | 151        |
| 5.2           | Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut .....                     | 154        |
| 5.3           | Pelayanan Kesehatan Rujukan .....                         | 157        |
| <b>BAB VI</b> | <b>SUMBER DAYA KESEHATAN .....</b>                        | <b>160</b> |
| 6.1           | Sarana Kesehatan.....                                     | 160        |
| 6.1.1         | Sarana Kesehatan Dasar .....                              | 160        |
|               | a. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas).....            | 160        |
|               | b. Puskesmas Pembantu (Pustu).....                        | 164        |
| 6.1.2         | Sarana Kesehatan Rujukan .....                            | 166        |
| 6.1.3         | Sarana Kesehatan Tradisional .....                        | 170        |
| 6.1.4         | Sarana Kesehatan Lainnya .....                            | 174        |
| 6.1.5         | Sarana Kefarmasian .....                                  | 177        |
|               | a. Ketersediaan Obat .....                                | 177        |
|               | b. Penggunaan Obat Rasional .....                         | 178        |
|               | c. Penulisan Obat Generik .....                           | 181        |
|               | d. Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas .....               | 182        |
|               | e. Sarana Produksi dan Distribusi Kefarmasian .....       | 182        |
| 6.2           | Tenaga Kesehatan .....                                    | 184        |
| 6.2.1         | Tenaga Kesehatan di Lingkungan Dinas Kesehatan .....      | 185        |
|               | a. Perencanaan Kebutuhan Tenaga Kesehatan.....            | 187        |
|               | b. Pengadaan Tenaga Kesehatan.....                        | 188        |
|               | c. Pendayagunaan SDM Kesehatan .....                      | 191        |
|               | d. Pembinaan dan Pengawasan Mutu SDM Kesehatan.....       | 192        |
| 6.2.2         | Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit.....                      | 193        |
| 6.3           | Pembiayaan Kesehatan.....                                 | 195        |

## DAFTAR GRAFIK

| No. | Grafik | Nama Grafik   | Hal |
|-----|--------|---|-----|
| 1.  | 3.1    | Distribusi Penduduk Menurut Jenis Kelamin dan Kelompok Umur di Kota Bekasi Tahun 2016 .....                 | 12  |
| 2.  | 3.2    | Distribusi Penduduk Menurut Jenis Kelamin dan Kecamatan di Kota Bekasi Tahun 2016 .....                     | 13  |
| 3.  | 3.3    | Laju Pertumbuhan Penduduk di Kota Bekasi Tahun 2011 s.d 2016 .....  | 14  |
| 4.  | 3.4    | Laju Pertumbuhan Penduduk Menurut Kecamatan di Kota Bekasi Tahun 2016 .....                                 | 15  |
| 5.  | 3.5    | Distribusi Penduduk Menurut Kecamatan di Kota Bekasi Tahun 2016 .....                                       | 15  |
| 6.  | 3.6    | Kepadatan Penduduk Menurut Kecamatan di Kota Bekasi Tahun 2016 .....  | 16  |
| 7.  | 3.7    | Jumlah Penduduk Miskin Menurut Kecamatan di Kota Bekasi Tahun 2012 s.d 2016 .....                           | 18  |
| 8.  | 3.8    | Trend Harapan Lama Sekolah dan Rata-rata Lama Sekolah (Tahun) di Kota Bekasi Tahun 2011 s.d 2016 .....      | 19  |
| 9.  | 3.9    | Distribusi Penduduk Menurut Pendidikan Tertinggi yang Ditamatkan di Kota Bekasi Tahun 2016 .....            | 20  |
| 10. | 3.10   | Distribusi Rumah Sehat Menurut Di Kota Bekasi Tahun 2016 .  | 26  |
| 11. | 4.1    | Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Provinsi Jawa Barat dan Kota Bekasi Tahun 2010 s.d 2016 .....              | 30  |
| 12. | 4.2    | Indeks Kesehatan Kota Bekasi Tahun 2010 s.d 2016 .....  | 31  |
| 13. | 4.3    | Angka Harapan Hidup Provinsi Jawa Barat dan Kota Bekasi Tahun 2011 s.d 2016 .....                           | 32  |
| 14. | 4.4    | Jumlah Kelahiran Bayi dan <i>Crude Birth Rate</i> di Kota Bekasi Tahun 2010 s.d 2016 .....                  | 33  |
| 15. | 4.5    | Distribusi Kematian Bayi (dilaporkan) dan Kelahiran Hidup Menurut Kecamatan di Kota Bekasi Tahun 2016 ..... | 35  |
| 16. | 4.6    | Jumlah Kematian Ibu (dilaporkan) di Kota Bekasi Tahun 2012 s.d 2016 .....                                   | 37  |

|     |      |   |    |
|-----|------|---|----|
| 17. | 4.7  | Jumlah Kelahiran Hidup dan Jumlah Kematian Ibu (Dilaporkan) Menurut Kecamatan di Kota Bekasi Tahun 2016 .....           | 38 |
| 18. | 4.8  | Distribusi 20 Penyakit Penyebab Kematian Tertinggi di Kota Bekasi Tahun 2016 .....                                      | 39 |
| 19. | 4.9  | Distribusi 20 Besar Penyakit Berbasis Puskesmas di Kota Bekasi Tahun 2016 .....   | 41 |
| 20. | 4.10 | Pola Penyakit Rawat Jalan Rumah Sakit di Kota Bekasi Tahun 2016.....  | 43 |
| 21. | 4.11 | Pola Penyakit Rawat Inap Rumah Sakit di Kota Bekasi Tahun 2016.....   | 45 |
| 22. | 4.12 | Trend Penyakit DBD di Kota Bekasi Tahun 2014 s.d 2016 .....   | 47 |
| 23. | 4.13 | Trend IR dan CFR DBD di Kota Bekasi Tahun 2014 s.d 2016 ..  | 48 |
| 24. | 4.14 | Trend Kematian Kasus DBD Menurut Bulan di Kota Bekasi Tahun 2014 s.d 2016 .....   | 49 |
| 25. | 4.15 | Distribusi Penyakit DBD Menurut Kecamatan di Kota Bekasi Tahun 2014 s.d 2016 .....                                      | 54 |
| 26. | 4.16 | Distribusi Kasus DBD Menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin di Kota Bekasi Tahun 2014 s.d 2016.....                    | 51 |
| 27. | 4.17 | Distribusi Kasus Malaria Menurut Kecamatan di Kota Bekasi Tahun 2014 s.d 2016 .....                                     | 52 |
| 28. | 4.18 | Distribusi Kasus Malaria Menurut Rumah Sakit Pelapor di Kota Bekasi Tahun 2014 s.d 2016.....                            | 53 |
| 29. | 4.19 | Cakupan Hasil POMP-F Filariasis Menurut Kelurahan di Kota Bekasi Tahun 2014 s.d 2015.....                               | 56 |
| 30. | 4.20 | Distribusi Kasus Filariasis Menurut Kecamatan di Kota Bekasi Tahun 2014 s.d 2016 .....                                  | 58 |
| 31. | 4.21 | Trend Jumlah Kasus TB Paru Dengan BTA (+) dan <i>Case Detection Rate</i> (CDR) di Kota Bekasi Tahun 2014 s.d 2016 ..... | 60 |
| 32. | 4.22 | <i>Case Notification Rate</i> (CNR) dan <i>Success Rate</i> (SR) di Kota Bekasi Tahun 2014 s.d 2016 .....               | 61 |
| 33. | 4.23 | Trend <i>Cure Rate</i> (CR) di Kota Bekasi Tahun 2014 s.d 2016 .....  | 62 |
| 34. | 4.24 | Trend NCDR dan Kasus Kusta Baru Menurut Tipe Kusta di Kota Bekasi Tahun 2014 s.d 2016 .....                             | 64 |

|     |      |  |    |
|-----|------|--|----|
| 35. | 4.25 | Prevalensi dan Proporsi Cacat Tingkat II di Kota Bekasi Tahun 2014 s.d 2016 .....  | 65 |
| 36. | 4.26 | Trend RFT Rate Penyakit Kusta Pasien Tipe PB dan MB di Kota Bekasi Tahun 2014 s.d 2016 .....   | 66 |
| 37. | 4.27 | Trend Estimasi Penderita Diare dengan Penderita yang Ditangani di Kota Bekasi Tahun 2014 s.d 2016.....   | 67 |
| 38. | 4.28 | Trend Penemuan Penderita Pneumonia pada Balita di Kota Bekasi Tahun 2012 s.d 2016 .....  | 69 |
| 39. | 4.29 | Trend Kasus HIV dan AIDS di Kota Bekasi Tahun 2014 s.d 2016 .....  | 71 |
| 40. | 4.30 | Distribusi Penemuan Kasus HIV dan AIDS Menurut Kelompok Umur di Kota Bekasi Tahun 2016 .....   | 74 |
| 41. | 4.31 | Proporsi Penemuan Kasus HIV dan AIDS Menurut Jenis Kelamin di Kota Bekasi Tahun 2016 .....   | 74 |
| 42. | 4.32 | Proporsi Penemuan Kasus Baru HIV Menurut Faktor Risiko di Kota Bekasi Tahun 2016 .....   | 75 |
| 43. | 4.33 | Proporsi Penemuan Kasus Baru AIDS Menurut Jenis Pekerjaan di Kota Bekasi Tahun 2016 .....  | 76 |
| 44. | 4.34 | Jumlah Donor Darah di Skrining dan Persentase Pemeriksaan Reaktif HIV di Kota Bekasi Tahun 2012 s.d 2016 .....                                     | 76 |
| 45. | 4.35 | Proporsi Penderita Hipertensi di Puskesmas Menurut Jenis Kelamin di Kota Bekasi Tahun 2016 .....   | 81 |
| 46. | 4.36 | Trend Jumlah Penderita Gangguan Jiwa di Puskesmas di Kota Bekasi Tahun 2011 s.d 2016 .....   | 85 |
| 47. | 4.37 | Proporsi Kasus Penyakit Gigi dan Mulut di Kota Bekasi Tahun 2016 .....   | 88 |
| 48. | 4.38 | Nilai Komponen D, M, dan F ndeks DMF-T Nasional Tahun 2007 dan 2013 .....  | 89 |
| 49. | 4.39 | Rasio Penambalan dan Pencabutan Gigi Tetap pada Puskesmas di Kota Bekasi Tahun 2013 s.d 2016 .....   | 90 |
| 50. | 4.40 | Rasio Tumpatan dan Pencabutan Gigi Tetap pada Puskesmas di Kota Bekasi Tahun 2016 .....  | 91 |
| 51. | 4.41 | Jumlah SD/MI yang Mendapat Pelayanan Kesgilut dan Melaksanakan Sikat Gigi Masal di Kota Bekasi Tahun 2016 ....                                     | 92 |
| 52. | 4.42 | Jumlah SD/MI dan Jumlah SD/MI yang Mendapat Pelayanan Kesgilut dan Melaksanakan Sikat Gigi Masal Menurut Puskesmas di Kota Bekasi Tahun 2016 ..... | 93 |
| 53. | 4.43 | Proporsi Kasus Difteri Menurut Kelompok Umur di Kota Bekasi Tahun 2016 .....   | 97 |

|     |      |  |     |
|-----|------|--|-----|
| 54. | 4.44 | Proporsi Kasus Difteri Menurut Jenis Kelamin di Kota Bekasi Tahun 2016 .....   | 97  |
| 55. | 4.45 | Distribusi Kasus Campak Klinis Menurut Puskesmas di Kota Bekasi Tahun 2016 .....   | 98  |
| 56. | 4.46 | Proporsi Kasus Campak Klinis Menurut Jenis Kelamin di Kota Bekasi Tahun 2016 .....                                       | 99  |
| 57. | 4.47 | Proporsi Kasus Campak Klinis Menurut Kelompok Umur di Kota Bekasi Tahun 2016 .....                                       | 100 |
| 58. | 4.48 | Proporsi KLB Campak Menurut Kelompok Umur di Kota Bekasi Tahun 2016 .....  | 104 |
| 59. | 4.49 | Proporsi KLB Hepatitis A Menurut Jenis Kelamin di Kota Bekasi Tahun 2016 .....   | 106 |
| 60. | 4.50 | Proporsi KLB Hepatitis A Menurut Kelompok Umur di Kota Bekasi Tahun 2016 .....   | 106 |
| 61. | 4.51 | Proporsi KLB Keracunan Pangan Menurut Jenis Kelamin di Kota Bekasi Tahun 2016 .....                                      | 108 |
| 62. | 4.52 | Proporsi KLB Keracunan Pangan Menurut Kelompok Umur di Kota Bekasi Tahun 2016 .....                                      | 109 |
| 63. | 4.53 | Proporsi Korban Bencana Banjir yang Mengakses Posko Kesehatan Menurut Jenis Kelamin di Kota Bekasi Tahun 2016 .....      | 111 |
| 64. | 4.54 | Proporsi Korban Bencana Banjir yang Mengakses Posko Kesehatan Menurut Kelompok Umur di Kota Bekasi Tahun 2016 .....      | 112 |
| 65. | 4.55 | Distribusi Penyakit yang Dikeluhkan Korban Bencana Banjir yang Mengakses Posko Kesehatan di Kota Bekasi Tahun 2016 ..... | 113 |
| 66. | 4.56 | Distribusi Korban Bencana Banjir yang Mengakses Posko Kesehatan Menurut Jenis Luka di Kota Bekasi Tahun 2016 .....       | 113 |
| 67. | 4.57 | Prevalensi Pendek, Kurus, Sangat Kurus, Gizi Buruk, dan Gemuk Pada Balita di Kota Bekasi Tahun 2015 s.d 2016.....        | 118 |
| 68. | 4.58 | Cakupan D/S pada Balita Menurut Puskesmas di Kota Bekasi Tahun 2016 .....  | 120 |
| 69. | 4.59 | Persentase Cakupan Bayi yang Diberi ASI Eksklusif di Kota Bekasi Tahun 2012 s.d 2016 .....                               | 121 |
| 70. | 4.60 | Persentase Cakupan Pemberian Fe I dan Fe III di Kota Bekasi Tahun 2012 s.d 2016 .....                                    | 123 |
| 71. | 5.1  | Cakupan Pelayanan Antenatal (K1 dan K4) di Kota Bekasi Tahun 2012 s.d 2016 .....   | 125 |

|     |      |  |     |
|-----|------|--|-----|
| 72. | 5.2  | Jumlah Ibu Bersalin dan Persalinan Ditolong Tenaga Kesehatan Di Kota Bekasi Tahun 2012 s.d 2016 .....      | 127 |
| 73. | 5.3  | Cakupan Komplikasi Obstetri dan Neonatal yang Ditangani di Kota Bekasi Tahun 2012 s.d 2016 .....           | 128 |
| 74. | 5.4  | Cakupan Kunjungan Ibu Nifas Lengkap (KF 3) di Kota Bekasi Tahun 2012 s.d 2016 .....                        | 130 |
| 75. | 5.5  | Cakupan Kunjungan Neonatus Pertama dan Kunjungan Neonatus Lengkap di Kota Bekasi Tahun 2012 s.d 2016 ..... | 131 |
| 76. | 5.6  | Cakupan Kunjungan Bayi di Kota Bekasi Tahun 2012 s.d 2016 .....  | 133 |
| 77. | 5.7  | Cakupan Kunjungan Balita di Kota Bekasi Tahun 2012 s.d 2016 .....  | 134 |
| 78. | 5.8  | Proporsi Penjaringan Kesehatan Siswa Kelas 1 Menurut Jenis Kelamin di Kota Bekasi Tahun 2016 .....         | 137 |
| 79. | 5.9  | Proporsi Peserta KB Baru Menurut Jenis Kontrasepsi di Kota Bekasi Tahun 2016 .....                         | 138 |
| 80. | 5.10 | Cakupan Peserta KB Baru Menurut Puskesmas di Kota Bekasi Tahun 2016 .....                                  | 139 |
| 81. | 5.11 | Proporsi Peserta KB Aktif Menurut Jenis Kontrasepsi di Kota Bekasi Tahun 2016 .....                        | 140 |
| 82. | 5.12 | Cakupan Peserta KB Aktif Menurut Puskesmas di Kota Bekasi Tahun 2016 .....                                 | 140 |
| 83. | 5.13 | Distribusi Cakupan Imunisasi Dasar Menurut Jenis Vaksin di Kota Bekasi Tahun 2016 .....                    | 142 |
| 84. | 5.14 | Distribusi Cakupan Imunisasi Hepatitis B < 7 hari Menurut Puskesmas Kota Bekasi Tahun 2016 .....           | 143 |
| 85. | 5.15 | Distribusi Cakupan Imunisasi BCG Menurut Puskesmas di Kota Bekasi Tahun 2016 .....                         | 145 |
| 86. | 5.16 | Distribusi Cakupan Imunisasi Polio 4 Menurut Puskesmas di Kota Bekasi Tahun 2016 .....                     | 146 |
| 87. | 5.17 | Distribusi Cakupan Imunisasi DPT-HB-Hib 3 Menurut Puskesmas Di Kota Bekasi Tahun 2016 .....                | 147 |
| 88. | 5.18 | Distribusi Cakupan Imunisasi Campak Menurut Puskesmas di Kota Bekasi Tahun 2016 .....                      | 148 |
| 89. | 5.19 | Cakupan Imunisasi TT Ibu Hamil di Kota Bekasi Tahun 2016 .....   | 150 |
| 90. | 5.20 | Distribusi Kunjungan Puskesmas Menurut Jenis Layanan dan Menurut Bulan di Kota Bekasi Tahun 2016 .....     | 153 |
| 91. | 5.21 | Cakupan Pelayanan Kesehatan Lansia Menurut Puskesmas di Kota Bekasi Tahun 2015 .....                       | 156 |

|      |      |  |     |
|------|------|--|-----|
| 92.  | 6.1  | Jumlah Puskesmas di Kota Bekasi Tahun 2011 s.d 2016 .....  | 161 |
| 93.  | 6.2  | Rasio Puskesmas per 30.000 Penduduk di Kota Bekasi Tahun 2014 s.d 2016 .....   | 162 |
| 94.  | 6.3  | Rasio Puskesmas per 30.000 Penduduk Menurut Puskesmas di Kota Bekasi Tahun 2016 .....  | 163 |
| 95.  | 6.4  | Trend Jumlah Pustu di Kota Bekasi Tahun 2011 s.d 2016 .....  | 166 |
| 96.  | 6.5  | Trend Jumlah Tempat Tidur Rumah Sakit Di Kota Bekasi Tahun 2012 s.d 2016 .....   | 166 |
| 97.  | 6.6  | Trend Jumlah Tempat Tidur Kelas III Rumah Sakit di Kota Bekasi Tahun 2013 s.d 2016 .....   | 167 |
| 98.  | 6.7  | Proporsi Rumah Sakit Menurut Tipe Kelas di Kota Bekasi Tahun 2016 .....  | 168 |
| 99.  | 6.8  | Distribusi Hattra Menurut Cara Pengobatannya di Kota Bekasi Tahun 2014 s.d 2016 .....  | 172 |
| 100. | 6.9  | Distribusi Hattra Menurut Surat Izinnya di Kota Bekasi Tahun 2014 s.d 2016 .....   | 173 |
| 101. | 6.10 | Distribusi Tenaga Kesehatan Di Lingkungan Dinas Kesehatan Menurut Jenis Tenaga dan Jenis Kelamin di Kota Bekasi Tahun 2016 ..... | 186 |
| 102. | 6.11 | Trend Proporsi Anggaran APBD Kesehatan di Kota Bekasi Tahun 2011 s.d 2016 .....  | 196 |
| 103. | 6.12 | Trend Anggaran Kesehatan Per Kapita di Kota Bekasi Tahun 2011 s.d 2016 .....   | 197 |

## DAFTAR TABEL

| No. | Tabel | Nama Tabel  | Hal |
|-----|-------|---|-----|
| 1.  | 3.1   | Jumlah Penduduk Kelompok Rentan Masalah Kesehatan di Kota Bekasi Tahun 2016 .....                                   | 17  |
| 2.  | 4.1   | Jenis Layanan dan Unit Pelayanan Kesehatan (UPK) yang Memberikan Pelayanan HIV/AIDS di Kota Bekasi Tahun 2016 ..... | 77  |
| 3.  | 4.2   | Trend Jumlah Kunjungan Jiwa di Puskesmas di Kota Bekasi Tahun 2015 dan 2016.....                                    | 86  |
| 4.  | 4.3   | Distribusi Korban Bencana Banjir Menurut Jenis Penyakit Akibat Banjir di Kota Bekasi Tahun 2016 .....               | 111 |
| 5.  | 5.1   | Jadwal Pemberian Imunisasi pada Bayi .....  | 142 |
| 6.  | 5.2   | Nilai BOR, LOS, dan TOI Rumah Sakit di Kota Bekasi Tahun 2013 s.d 2016 .....  | 157 |
| 7.  | 5.3   | NDR dan GDR Rumah Sakit di Kota Bekasi Tahun 2013 s.d 2016 .....  | 158 |
| 8.  | 6.1   | Distribusi Puskesmas Pembantu Menurut Kecamatan di Kota Bekasi Tahun 2015 dan 2016 .....                            | 165 |
| 9.  | 6.2   | Daftar Rumah Sakit dan Tipe Kelasnya di Kota Bekasi Tahun 2016.....   | 169 |
| 10. | 6.3   | Izin Menyelenggarakan Menurut Jenis Hattra di Kota Bekasi Tahun 2014 s.d 2016 .....                                 | 173 |
| 11. | 6.4   | Distribusi Posyandu Menurut Puskesmas dan Stratanya di Kota Bekasi Tahun 2016.....                                  | 175 |
| 12. | 6.5   | Kompilasi Peresepan di Kota Bekasi Tahun 2016.....  | 179 |
| 13. | 6.6   | Penulisan Obat Generik pada Puskesmas di Kota Bekasi Tahun 2016 .....   | 181 |
| 14. | 6.7   | Jumlah Konseling dan Pemberian Informasi Obat pada Puskesmas di Kota Bekasi Tahun 2016 .....                        | 182 |
| 17. | 6.8   | Tenaga Kesehatan di Lingkungan Dinas Kesehatan Kota Bekasi Tahun 2016 .....   | 185 |
| 18. | 6.9   | Ketenagaan Minimal di Puskesmas Kota Bekasi Tahun 2016 ..   | 187 |

|     |      |  |     |
|-----|------|--|-----|
| 19. | 6.10 | Tenaga Kesehatan yang Melanjutkan Pendidikan Menurut Jenis Kelamin dan Jenis Pendidikan Lanjutan di Kota Bekasi Tahun 2016 .....         | 190 |
| 20. | 6.11 | Tenaga Kesehatan yang Mengikuti Pendidikan dan Pelatihan (Diklat) Menurut Jenis Kelamin dan Jenis Diklat di Kota Bekasi Tahun 2016 ..... | 191 |
| 21. | 6.12 | Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit Kota Bekasi Tahun 2016 ...   | 194 |
| 22. | 6.13 | Anggaran Pembangunan Kesehatan Menurut Sumber Anggaran di Kota Bekasi Tahun 2015 s.d 2016 .....  | 196 |

## DAFTAR GAMBAR

| No. | Gambar | Nama Gambar  | Hal |
|-----|--------|--|-----|
| 1.  | 3.1    | Peta Wilayah Kota Bekasi.....  | 9   |
| 2.  | 3.2    | Piramida Penduduk Kota Bekasi Tahun 2016 .....                       | 10  |
| 3.  | 3.3    | Piramida Penduduk Kota Bekasi Tahun 2016 .....                       | 11  |
| 4.  | 4.1    | Peta Sebaran Kasus Difteri di Kota Bekasi Tahun 2016 .....           | 96  |
| 5.  | 4.2    | Peta Sebaran Kasus AFP Non Polio di Kota Bekasi Tahun<br>2016 .....  | 101 |
| 6.  | 4.3    | Peta Sebaran KLB Campak di Kota Bekasi Tahun 2016 .....              | 103 |
| 7.  | 4.4    | Peta Sebaran KLB Hepatitis A di Kota Bekasi Tahun 2016 .....         | 105 |
| 8.  | 4.5    | Peta Sebaran KLB Keracunan Pangan di Kota Bekasi Tahun<br>2016 ..... | 107 |
| 9.  | 4.6    | Peta Sebaran Lokasi Banjir di Kota Bekasi Tahun 2016 .....           | 110 |

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

Dukungan data dan informasi yang valid, konsisten, dan dapat dipercaya, merupakan salah satu hal yang penting dalam perencanaan pembangunan, sekaligus juga dapat digunakan untuk pemantauan dan evaluasi terhadap pencapaian pembangunan kesehatan di Kota Bekasi. Sistem Informasi Kesehatan di Kota Bekasi, merupakan salah satu sarana untuk mendapatkan dukungan data dan informasi tersebut. Salah satu bentuk sistem informasi kesehatan yang dihasilkan adalah profil kesehatan.

Profil Kesehatan merupakan salah satu media publikasi data dan informasi yang berisi situasi dan kondisi kesehatan masyarakat yang komprehensif. Profil Kesehatan Kota Bekasi Tahun 2016 merupakan media untuk penyajian data hasil kegiatan pembangunan kesehatan yang menggambarkan situasi dan kondisi kesehatan masyarakat Kota Bekasi pada tahun 2016. Sumber data Profil Kesehatan Kota Bekasi Tahun 2016 ini berasal dari lingkungan Dinas Kesehatan sendiri maupun melalui kerja sama lintas sektor yang serasi, harmonis, efektif, dan efisien.

Mekanisme pengumpulan data dalam penyusunan Profil Kesehatan Kota Bekasi melibatkan UPTD Puskesmas se-Kota Bekasi, Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bekasi, Badan Pusat Statistik Kota Bekasi, Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil Kota Bekasi, Palang Merah Indonesia Cabang Kota Bekasi, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kota Bekasi, dan Dinas Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Bekasi.

Profil Kesehatan Kota Bekasi Tahun 2016 ini menyajikan informasi tentang pencapaian indikator Kota Bekasi, standar pelayanan minimal, derajat kesehatan masyarakat, keadaan lingkungan, perilaku masyarakat, mutu pelayanan kesehatan, gizi masyarakat, instrumen yang digunakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, yaitu Petunjuk Teknis Penyusunan Profil Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2015 yang diterbitkan oleh Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Sesuai dengan Instruksi Presiden nomor 9 Tahun 2000 yang mengamanatkan kepada seluruh menteri, kepala lembaga, gubernur, dan walikota untuk mengintegrasikan pengarusutamaan gender pada setiap tahapan proses pembangunan pada semua bidang pembangunan, maka penyajian data dalam Buku Profil Kesehatan Kota Bekasi Tahun 2016 ini hampir seluruh data dan informasi sudah menggunakan data yang terpilah/ responsif gender.

Hanya ada beberapa data yang masih belum terpilah karena pencatatan dan pelaporan dari pelaksanaan kegiatan program baik di lingkungan Dinas Kesehatan Kota Bekasi dan instansi sumber data pendukung lain dari lingkungan Pemerintah Kota Bekasi belum semuanya menyediakan data dimaksud.

Adapun sistematika penyajian profil kesehatan Kota Bekasi tahun 2016 sebagai berikut.

**BAB I - Pendahuluan.** Bab ini menyajikan tentang latar belakang serta tujuan diperlukannya Profil Kesehatan serta sistematika penyajiannya.

**BAB II - Visi Misi Pembangunan Kesehatan Kota Bekasi.** Bab ini berisi tentang visi misi pembangunan kesehatan Kota Bekasi.

**BAB III - Gambaran Umum.** Bab ini berisi tentang gambaran umum Kota Bekasi yang terdiri dari peta wilayah, wilayah administrasi, kondisi daerah, serta faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kesehatan dan faktor lainnya seperti kependudukan, ekonomi, pendidikan, dan lingkungan.

**BAB IV – Situasi Derajat Kesehatan.** Bab ini menyajikan tentang indikator mengenai mortalitas (umur harapan hidup, kematian ibu, kematian bayi dan balita), dan morbiditas (gambaran umum masalah kesehatan, gambaran penyakit menular, penyakit tidak menular), dan status gizi.

**BAB V – Situasi Upaya Kesehatan.** Bab ini berisi tentang uraian pelayanan kesehatan dasar berupa kesehatan ibu anak, keluarga berencana, imunisasi, pelayanan kesehatan usia lanjut; pelayanan kesehatan rujukan rawat jalan dan rawat inap di rumah sakit, pelayanan kesehatan khusus dan promosi kesehatan.

**BAB VI – Sumber Daya Kesehatan.** Bab ini menyajikan tentang tenaga kesehatan, sarana pelayanan kesehatan dasar, sarana pelayanan kesehatan rujukan, dan pembiayaan kesehatan.

### **Lampiran**

Pada lampiran berisi tabel resume profil kesehatan yang berisi angka pencapaian pembangunan kesehatan Kota Bekasi dan 85 tabel data terpilah.

## **BAB II**

### **VISI MISI PEMBANGUNAN KESEHATAN KOTA BEKASI**

#### **2.1 Visi Dinas Kesehatan Kota Bekasi**

Dinas Kesehatan Kesehatan sebagai salah satu Satuan Kerja Perangkat Daerah Pemerintah Kota Bekasi bekerja mengacu pada visi pembangunan Kota Bekasi tahun 2013 – 2018 yaitu "Bekasi Yang Maju, Sejahtera dan Ihsan". Untuk itu arah yang harus dicapai oleh Dinas Kesehatan Kota Bekasi adalah mewujudkan sikap dan kondisi masyarakat Kota Bekasi yang mampu memenuhi kebutuhannya untuk lebih maju dengan mengandalkan kemampuan dan kekuatan sendiri, dalam bidang kesehatan.

Untuk mendukung visi pembangunan Kota Bekasi ini, dengan memperhatikan misi 3 dan program Walikota dan Wakil Walikota terpilih, maka Dinas Kesehatan Kota Bekasi merumuskan Visi Pembangunan Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Bekasi yaitu "*Pelayanan Kesehatan Prima Menuju Masyarakat Kota Bekasi yang Sehat dan Mandiri*".

Pelayanan Kesehatan Prima berarti upaya dengan mutu terbaik yang diselenggarakan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan baik perorangan, kelompok maupun masyarakat.

Sehat berarti suatu keadaan masyarakat Kota Bekasi yang sejahtera dari badan (jasmani), jiwa (rohani) dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

Mandiri berarti sikap dan kondisi masyarakat Kota Bekasi yang mampu memenuhi kebutuhannya untuk lebih maju dengan mengandalkan kemampuan dan kekuatan sendiri, untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga, masyarakat beserta lingkungannya.

## 2.2 Misi Dinas Kesehatan Kota Bekasi

Misi Dinas Kesehatan adalah rumusan umum mengenai upaya-upaya yang akan dilaksanakan untuk mewujudkan visi Dinas Kesehatan. Rumusan umum mengenai upaya-upaya yang akan dilaksanakan Dinas Kesehatan dalam mewujudkan visi di atas ditetapkan melalui 4 (empat) misi sebagai berikut:

1. Meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas.
2. Meningkatnya upaya pencegahan dan pengendalian penyakit.
3. Meningkatkan status gizi masyarakat.
4. Menjamin ketersediaan sumber daya kesehatan yang merata dan berkualitas.

Penjabaran dari misi di atas adalah sebagai berikut.

**Misi 1** yaitu meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, mencerminkan upaya yang akan dilaksanakan Dinas Kesehatan bermitra dengan pihak terkait vertikal dan horizontal untuk mendorong kemandirian masyarakat untuk secara aktif menjaga kesehatannya, mampu memilih upaya kesehatan yang diperlukannya, mampu menjangkau upaya kesehatan yang diperlukannya terutama dari aspek pembiayaan. Serta upaya Dinas Kesehatan untuk menjamin kualitas pelayanan kesehatan diberbagai jenjang fasilitas pelayanan kesehatan.

**Misi 2** yaitu meningkatkan upaya pencegahan dan pengendalian penyakit mencerminkan upaya yang akan dilaksanakan Dinas Kesehatan bermitra dengan pihak terkait vertikal dan horizontal untuk melindungi masyarakat dari ancaman penyakit menular maupun tidak menular melalui sistem deteksi dini faktor resiko akan terjadinya suatu penyakit yang melibatkan masyarakat dan tindak lanjutnya yang berkesinambungan, yang mengutamakan pada upaya pencegahan dan pengendalian lingkungan.

**Misi 3** yaitu meningkatkan status gizi masyarakat mencerminkan upaya yang akan dilaksanakan Dinas Kesehatan bermitra dengan pihak terkait vertikal dan horizontal untuk melindungi masyarakat terhadap upaya menangani permasalahan gizi yang dihadapi masyarakat.

**Misi 4** yaitu menjamin ketersediaan sumber daya kesehatan yang merata dan berkualitas mencerminkan upaya yang akan dilaksanakan Dinas Kesehatan bermitra dengan pihak terkait secara vertikal dan horizontal untuk meningkatkan kuantitas dan kualitas sumber daya kesehatan sesuai dengan kebutuhan dan standar yang ditetapkan.

### **2.3 Tujuan**

Dalam rangka mewujudkan visi dan misi Dinas Kesehatan Kota Bekasi untuk menyelenggarakan pembangunan kesehatan dirumuskan tujuan Dinas Kesehatan Kota Bekasi. Tujuan adalah pernyataan-pernyataan tentang hal-hal yang perlu dilakukan untuk mencapai visi, melaksanakan misi, memecahkan permasalahan, dan menangani isu strategis daerah yang dihadapi, antara lain sebagai berikut:

1. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan dasar dan rujukan.
2. Meningkatkan upaya pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan pemukiman.
3. Meningkatkan status gizi kelompok masyarakat rentan.
4. Meningkatnya kuantitas dan kualitas fasilitas kesehatan.

### **2.4 Sasaran**

Sasaran jangka menengah Dinas Kesehatan Kota Bekasi untuk mengimplementasikan tujuan dalam mencapai visi, melaksanakan misi, memecahkan permasalahan adalah sebagai berikut:

1. Meningkatnya akses dan kualitas pelayanan kesehatan ibu, anak, dan lansia.
2. Meningkatnya akses dan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat miskin.
3. Meningkatnya upaya penemuan dan penanganan penyakit menular.
4. Meningkatnya upaya penemuan dan penanganan penyakit tidak menular.
5. Terciptanya lingkungan pemukiman yang sehat dan terbebas dari faktor resiko penyebab penyakit.
6. Meningkatnya status gizi ibu hamil, bayi, dan balita.

7. Meningkatnya kuantitas dan kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas.
8. Meningkatnya kuantitas dan kualitas pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Pemerintah.
9. Meningkatnya kuantitas dan kualitas pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan swasta.

## **BAB III**

### **GAMBARAN UMUM**

#### **3.1 Gambaran Umum Wilayah**

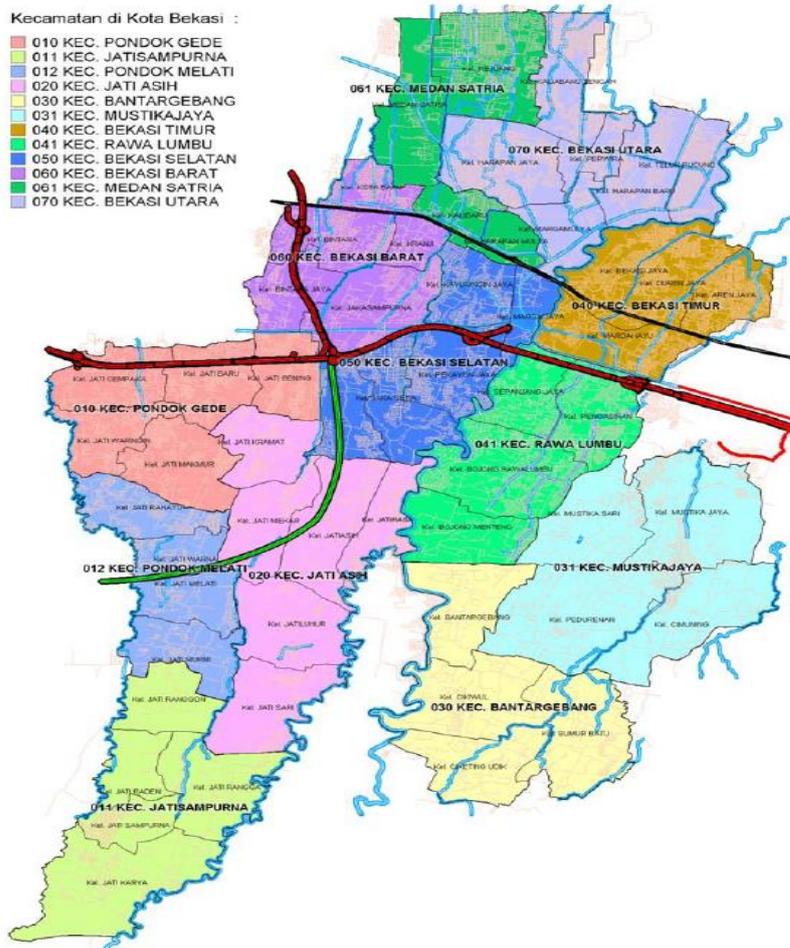
Kota Bekasi merupakan salah satu Kota di Provinsi Jawa Barat yang terletak di ujung sebelah barat laut Provinsi Jawa Barat. Secara geografis Kota Bekasi berada pada posisi 106°48'28" - 107°27'29" Bujur Timur serta 6°10'6" - 6°30'6" Lintang Selatan. Wilayah Kota Bekasi berada pada ketinggian antara 11 m - 81 m di atas permukaan laut.

Kota Bekasi memiliki luas wilayah sekitar 210,49 km<sup>2</sup>, dengan Kecamatan Mustika Jaya sebagai wilayah terluas (24,73 km<sup>2</sup>) dan Kecamatan Bekasi Timur sebagai wilayah tersempit (13,49 km<sup>2</sup>). Batas-batas wilayah Kota Bekasi adalah sebagai berikut:

- Sebelah Utara : Kabupaten Bekasi
- Sebelah Timur : Kabupaten Bekasi
- Sebelah Selatan : Kabupaten Bogor dan Kota Depok
- Sebelah Barat : Provinsi DKI Jakarta.

Letak Kota Bekasi yang berbatasan dengan Provinsi DKI Jakarta (sebagai ibukota Negara Republik Indonesia), menjadikan Kota Bekasi tumbuh menjadi kota metropolitan dengan segala kemudahan dan kelengkapan sarana dan prasarana transportasi di Kota Bekasi yang memberikan akses seluas-luasnya menuju ibukota. Dengan mobilitas yang cukup tinggi akibat kemudahan akses masuk dan keluar Kota Bekasi, sehingga perlu adanya penanganan bersama (wilayah-wilayah yang berbatasan) untuk mencegah meluasnya penularan penyakit.

## PETA KOTA BEKASI / Map of Bekasi Municipality



Gambar 3.1  
Peta Wilayah Kota Bekasi

Wilayah administrasi Kota Bekasi sejak tahun 2001 sampai tahun 2004 terbagi menjadi 10 Kecamatan yang terdiri dari 52 Kelurahan. Tetapi mulai tahun 2005 sesuai dengan Peraturan Daerah Kota Bekasi Nomor 04 Tahun 2004 tentang Pembentukan Wilayah Administrasi Kecamatan dan Kelurahan, Kota Bekasi terbagi menjadi 12 kecamatan yang terdiri dari 56 kelurahan dan belum ada perubahan sampai dengan tahun 2016.

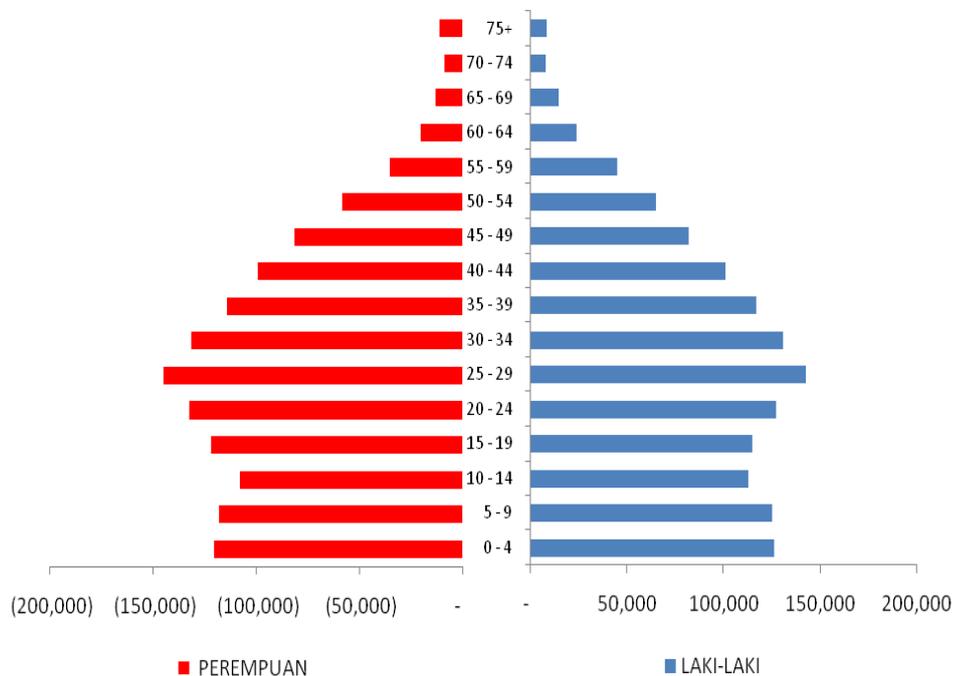
## 3.2 Kependudukan

### 3.2.1 Jumlah dan Pertumbuhan Penduduk

Letak Kota Bekasi yang bersebelahan dengan ibukota Negara menjadikan Kota Bekasi sebagai salah satu kota metropolitan. Seiring peningkatan infrastruktur di Kota Bekasi, terjadi juga peningkatan jumlah penduduk di Kota Bekasi setiap tahunnya.

Sejak dibentuk sebagai Kota Bekasi pada tanggal 10 Maret 1997 hingga tahun 2016, telah terjadi peningkatan jumlah penduduk dua kali lipat. Jumlah penduduk tahun 1997 sebanyak 1.471.477 jiwa dan tahun 2016 diperkirakan jumlah penduduk Kota Bekasi sebanyak 2.803.283 jiwa (Sumber: BPS Kota Bekasi). Namun berdasarkan data dari Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil Kota Bekasi, jumlah penduduk Kota Bekasi yang tercatat ada sebanyak 2.402.465 jiwa.

Gambar 3.2  
Piramida Penduduk Kota Bekasi Tahun 2016



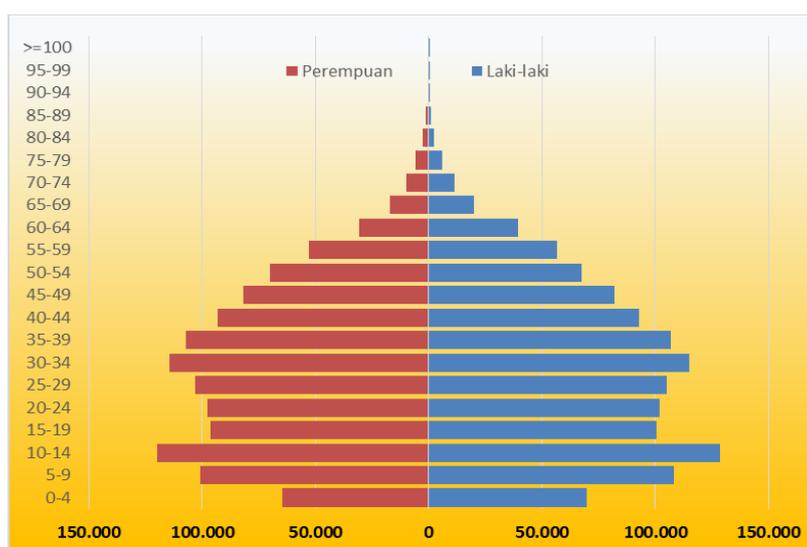
Sumber Data: BPS Kota Bekasi

Dilihat dari komposisi penduduk menurut struktur umur (sumber data BPS), hampir tiga perempat penduduk Kota Bekasi adalah usia produktif (15 sampai 64 tahun), yaitu sebesar 70,87 persen. Hal ini menguntungkan Kota Bekasi karena sebagian besar penduduknya pada usia kerja.

Gambar 3.2 di atas menunjukkan piramida penduduk Kota Bekasi berbentuk kendi. Bentuk ini terjadi karena adanya penurunan tingkat kelahiran dan kematian bayi. Bentuk piramida ini menunjukkan penduduk Kota Bekasi menuju penduduk tua, sehingga perlu persiapan sejak dini untuk menghadapi jumlah lansia yang besar di tahun-tahun mendatang.

Hampir sama dengan model piramida penduduk berdasarkan data BPS, model piramida penduduk berdasarkan data Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil Kota Bekasi juga berbentuk kendi. Hal ini terlihat pada gambar 3.3 di bawah ini. Jadi meskipun data penduduk proyeksi dari BPS dan data hasil pencatatan dan pelaporan dari Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil berbeda jumlahnya, namun menunjukkan pola yang sama.

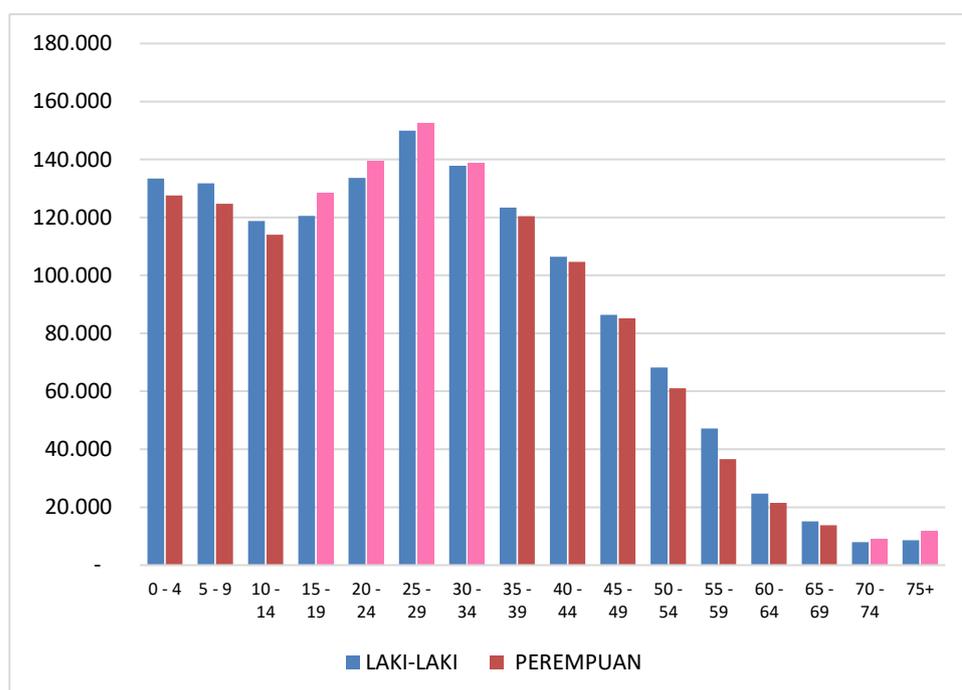
Gambar 3.3  
Piramida Penduduk Kota Bekasi Tahun 2016



Sumber: Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil Kota Bekasi

Komposisi penduduk Kota Bekasi dilihat dari struktur umurnya termasuk dalam kategori penduduk menengah, karena jumlah terbanyak berada pada kelompok umur 25-29 tahun (302.401 jiwa), diikuti kelompok umur 30-34 tahun (276.572 jiwa) dan umur 20-24 tahun (273.022 jiwa).

Grafik 3.1  
Distribusi Penduduk Menurut Jenis Kelamin dan Kelompok Umur di Kota Bekasi Tahun 2016

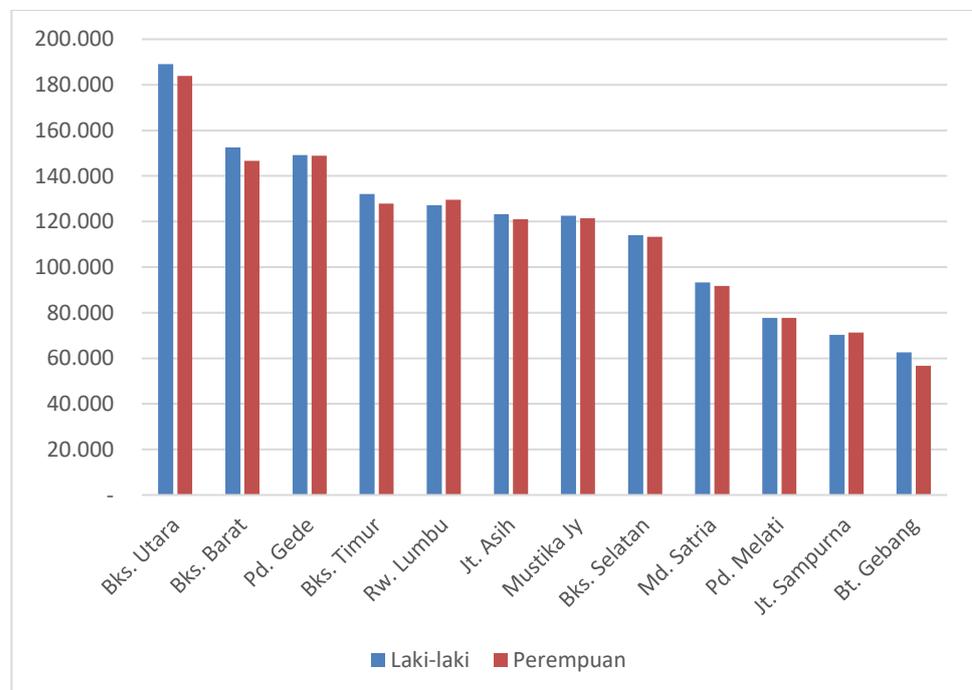


Proporsi balita (0-4 tahun) sebesar 9,3 persen. Dan penduduk usia muda (0-14 tahun) mencapai 26,76 persen. Sedangkan penduduk usia tua (>65 tahun) sebesar 2,37 persen. Keadaan ini berimplikasi pada beban yang harus ditanggung oleh penduduk usia produktif. Rasio ketergantungan penduduk berarti jumlah orang yang secara ekonomi tidak aktif per seratus penduduk yang aktif secara ekonomi. Rasio ketergantungan Kota Bekasi sebesar 41,11 persen artinya setiap seratus orang penduduk produktif (usia 15-64 tahun) menanggung 41-42 orang penduduk usia tidak produktif.

Rasio ketergantungan ini dibagi menjadi 2 yaitu *Youth Dependency Ratio* (YDR) dan *Aged Dependency Ratio* (ADR). YDR di Kota Bekasi tahun 2016 sebesar 37,77 persen artinya bahwa setiap seratus orang penduduk produktif menanggung sekitar 37-38 orang penduduk usia tidak produktif muda (<15 tahun). Sedangkan ADR Kota Bekasi tahun 2016 sebesar 3,34 persen artinya bahwa setiap seratus orang penduduk produktif menanggung 3-4 orang penduduk usia tidak produktif tua (65 tahun ke atas).

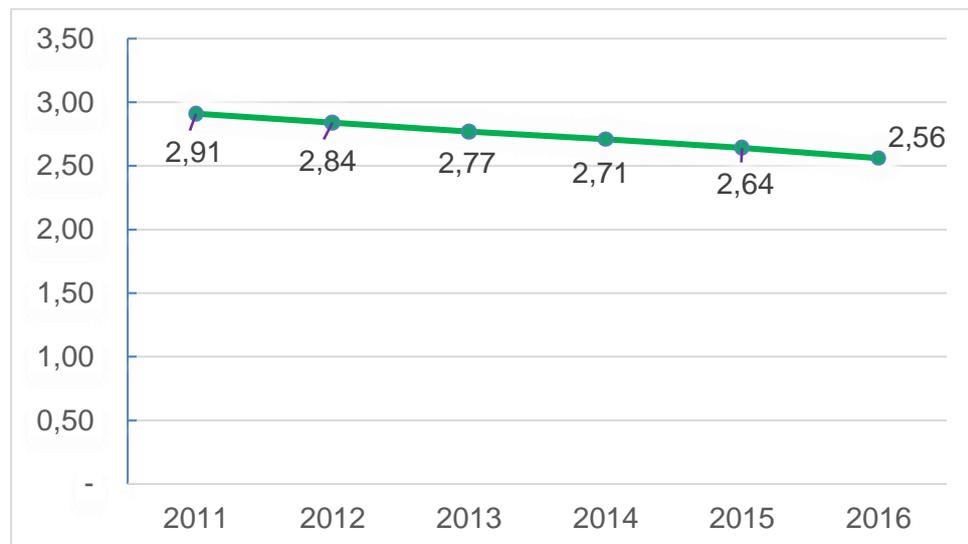
Berdasarkan jenis kelaminnya komposisi penduduk Kota Bekasi hampir berimbang, laki-laki sebanyak 1.413.424 (50,42 persen) dan perempuan sebanyak 1.389.859 (49,58 persen). Dengan demikian diketahui rasio jenis kelamin (*sex ratio*) Kota Bekasi sebesar 101,69 yang artinya dari setiap 100 penduduk perempuan, terdapat 102 penduduk laki-laki.

Grafik 3.2  
Distribusi Penduduk Menurut Jenis Kelamin dan Kecamatan di Kota Bekasi Tahun 2016



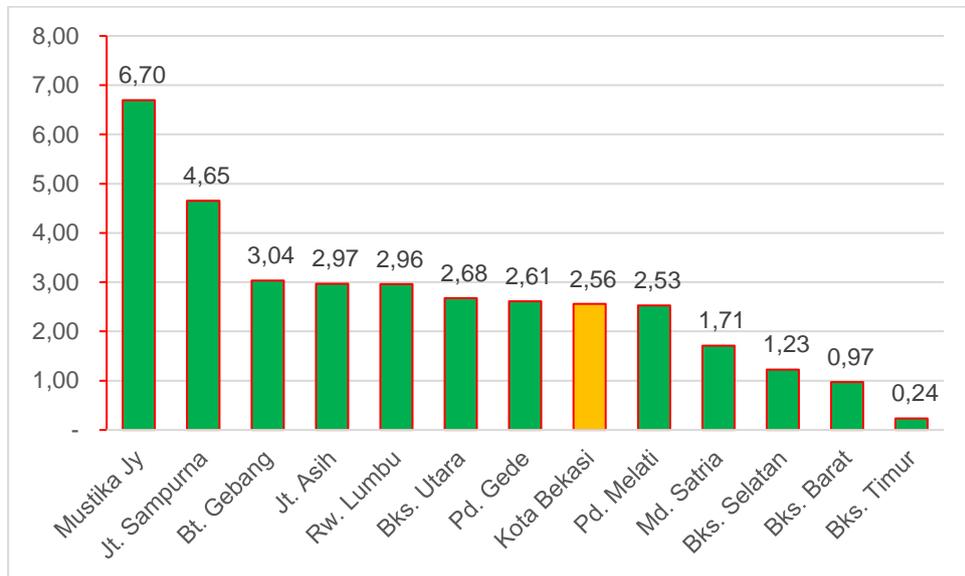
Peningkatan jumlah penduduk setiap tahunnya tidak diiringi peningkatan Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP) di Kota Bekasi. Laju pertumbuhan penduduk dari tahun ke tahun menunjukkan kecenderungan menurun. Pada tahun 2016, LPP di Kota Bekasi sebesar 2,56 persen menurun dari tahun 2015 sebesar 2,64 persen, dan tahun 2014 sebesar 2,71 persen. Seperti terlihat pada grafik 3.3 berikut. Peningkatan jumlah penduduk ini disebabkan oleh migrasi penduduk yang tinggi karena Kota Bekasi sebagai kota metropolitan penyangga ibukota Negara, dengan meningkatnya perumahan-perumahan baru di wilayah Kota Bekasi dan perkembangan industri di daerah atau sekitar daerah tersebut.

Grafik 3.3  
Laju Pertumbuhan Penduduk di Kota Bekasi Tahun 2011 s.d 2016



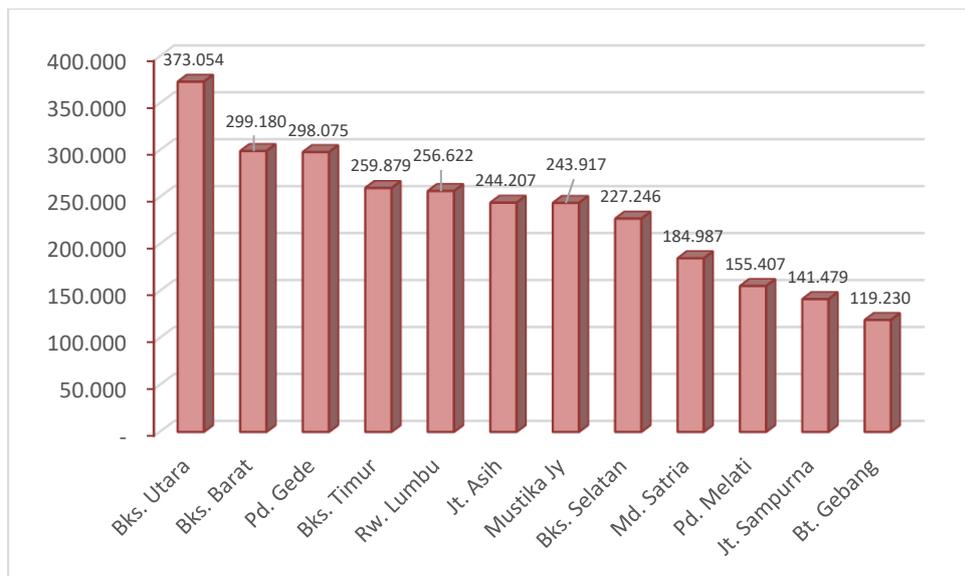
Dilihat menurut kecamatan, Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP) tahun 2016 tertinggi masih sama seperti tahun-tahun sebelumnya yaitu di Kecamatan Mustika Jaya sebesar 6,70 persen. Dan kecamatan dengan LPP terendah adalah Kecamatan Bekasi Timur sebesar 0,24 persen. Seperti terlihat pada grafik 3.4 berikut.

Grafik 3.4  
Laju Pertumbuhan Penduduk Menurut Kecamatan  
Di Kota Bekasi Tahun 2016



### 3.2.2 Persebaran dan Kepadatan Penduduk

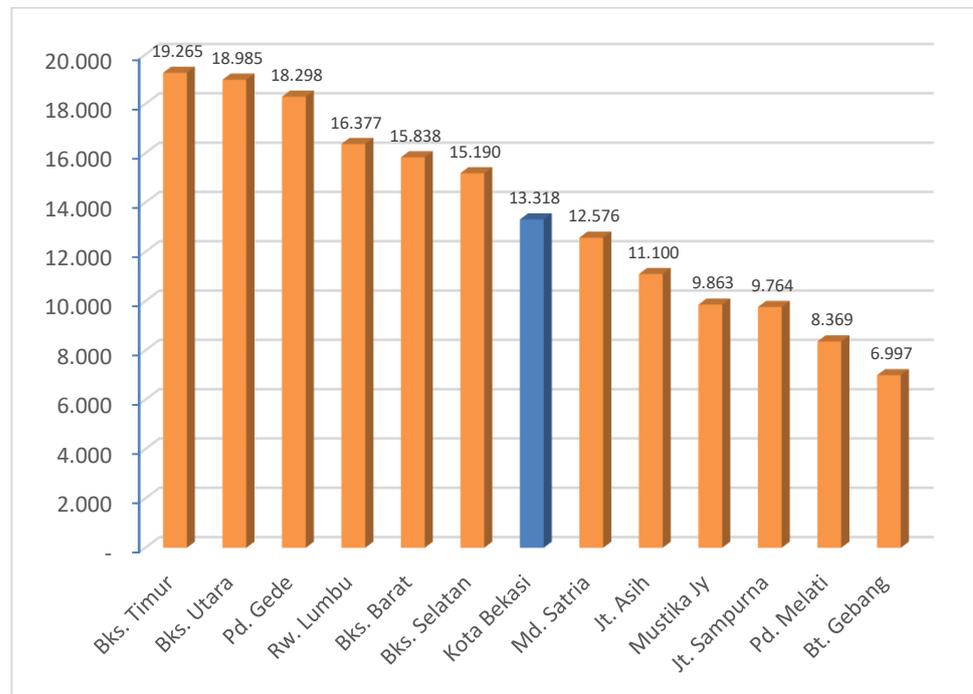
Grafik 3.5  
Distribusi Penduduk Menurut Kecamatan  
Di Kota Bekasi Tahun 2016



Banyaknya penduduk yang tinggal terkonsentrasi di wilayah pusat kota menyebabkan persebaran penduduk di Kota Bekasi tidak merata. Hal ini dapat mengakibatkan daya dukung lingkungan di wilayah tersebut menjadi rendah akibat kepadatan yang tinggi. Jumlah penduduk terbanyak terdapat di Kecamatan Bekasi Utara, dan penduduk dengan jumlah paling sedikit terdapat di Kecamatan Bantargebang.

Namun jika dibandingkan dengan luas wilayahnya, Kecamatan Bekasi Timur merupakan kecamatan dengan tingkat kepadatan penduduk paling tinggi yaitu sebesar 19.219 jiwa/km<sup>2</sup> karena di wilayah ini banyak perumahan penduduk. Dan Kecamatan Bantargebang adalah kecamatan dengan kepadatan penduduk paling rendah dengan tingkat kepadatan 6.791 jiwa/km<sup>2</sup>.

Grafik 3.6  
Kepadatan Penduduk Menurut Kecamatan  
Di Kota Bekasi Tahun 2016



### 3.2.3 Penduduk Kelompok Rentan

Ada beberapa kelompok di dalam masyarakat yang merupakan kelompok penduduk yang rentan terhadap masalah kesehatan. Kelompok rentan tersebut antara lain: ibu hamil dan ibu bersalin, neonatal, bayi, balita, dan lansia.

Ibu hamil dan ibu bersalin merupakan kelompok yang rentan terhadap kematian ibu karena kehamilan dan persalinan, sehingga penanganannya lebih ditekankan pada *ante natal care* dan *post natal care*. Kelompok neonatal, bayi, dan balita yang rentan terhadap masalah kesehatan karena sistem anti tubuhnya yang masih rendah. Selain itu, usia *golden age* ini sangat rentan terhadap hal-hal yang berpengaruh pada perkembangan otak dan pertumbuhan fisiknya. Dan kelompok lansia merupakan kelompok yang rentan terhadap penyakit-penyakit degeneratif.

Tabel 3.1  
Jumlah Penduduk Kelompok Rentan Masalah Kesehatan  
Di Kota Bekasi Tahun 2016

| Kelompok Rentan | Laki-laki | Perempuan | Jumlah  |
|-----------------|-----------|-----------|---------|
| Ibu Hamil       |           | 55.682    | 55.682  |
| Ibu Bersalin    |           | 53.151    | 53.151  |
| Neonatal        | 22.866    | 24.053    | 46.919  |
| Bayi            | 26.199    | 25.732    | 51.931  |
| Balita          | 127.265   | 122.213   | 249.478 |
| Lansia          | 63.390    | 68.881    | 132.271 |

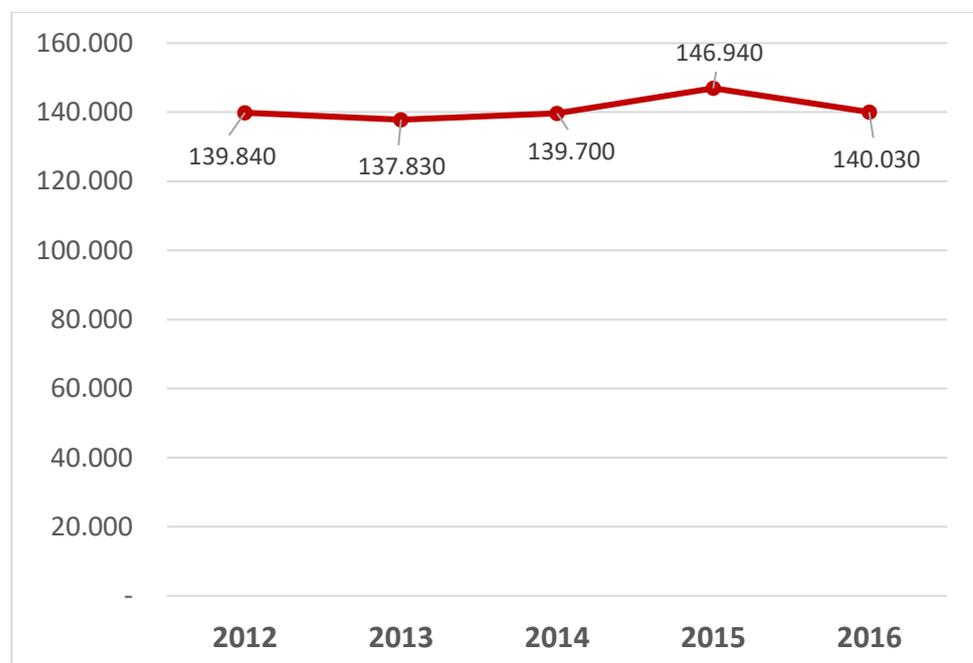
### 3.2.4 Penduduk Miskin

Kemiskinan merupakan suatu keadaan terjadinya ketidakmampuan untuk memenuhi kebutuhan dasar seperti: makanan, pakaian, tempat berlindung, pendidikan dan kesehatan. Menurut Bank Dunia, yang dimaksud dengan kemiskinan adalah hidup dengan pendapatan di bawah USD \$1 per hari dan kemiskinan menengah adalah pendapatan di bawah USD \$2 per hari.

Konsep kemiskinan yang digunakan oleh BPS adalah kemampuan memenuhi kebutuhan dasar (*basic need approach*), yaitu kemiskinan dipandang sebagai ketidakmampuan dari sisi ekonomi untuk memenuhi kebutuhan dasar makanan dan bukan makanan yang diukur dari sisi pengeluaran. Sehingga yang dimaksud dengan penduduk miskin menurut BPS adalah penduduk yang memiliki rata-rata pengeluaran per kapita per bulan di bawah garis kemiskinan.

Penduduk miskin di Kota Bekasi tahun 2016 ada sebanyak 140.030 jiwa (sumber data BPS Kota Bekasi), dengan garis kemiskinan sebesar Rp. 521.813,00 per kapita per bulan. Jumlah ini menurun dibandingkan dengan tahun 2015 sebanyak 146.940 jiwa, dengan garis kemiskinan sebesar Rp. 497.343,00 per kapita per bulan. Trend penduduk miskin di Kota Bekasi dapat dilihat pada grafik berikut.

Grafik 3.7  
Jumlah Penduduk Miskin Di Kota Bekasi Tahun 2012 s.d 2016

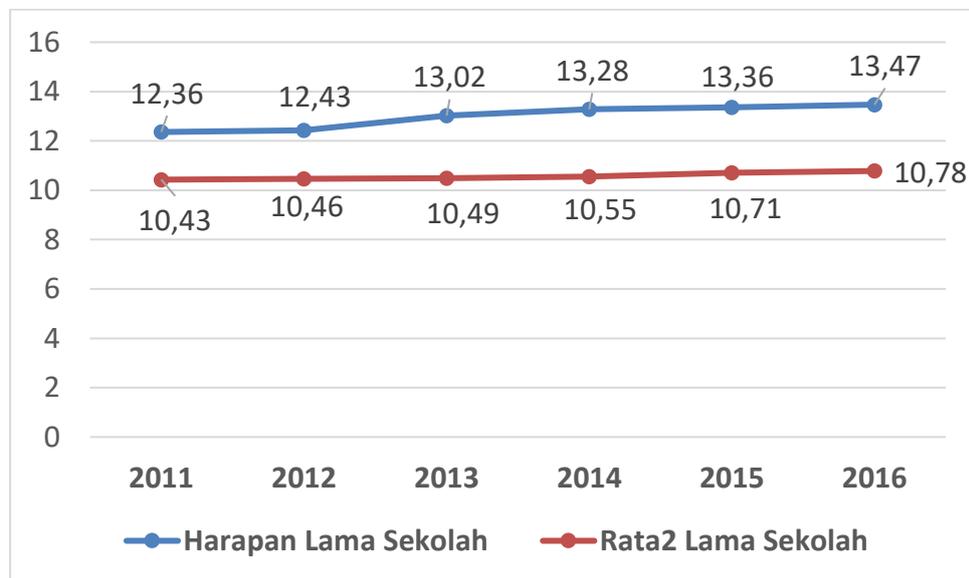


### 3.3 Pendidikan

Keberhasilan Pembangunan di suatu wilayah sangat ditentukan oleh kualitas sumber daya manusianya. Dan pendidikan adalah salah satu cara untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Harapan lama sekolah/ *Expected Years of Schooling* (EYS) dan Rata-rata Lama Sekolah / *Mean Years of Schooling* (MYS) di Kota Bekasi dari tahun ke tahun terus meningkat. Kedua indikator inilah yang membentuk dimensi pengetahuan pada IPM. Peningkatan ini dapat dilihat pada grafik berikut.

Grafik 3.8

Trend Harapan Lama Sekolah dan Rata-rata Lama Sekolah (Tahun)  
Di Kota Bekasi Tahun 2011 s.d 2016

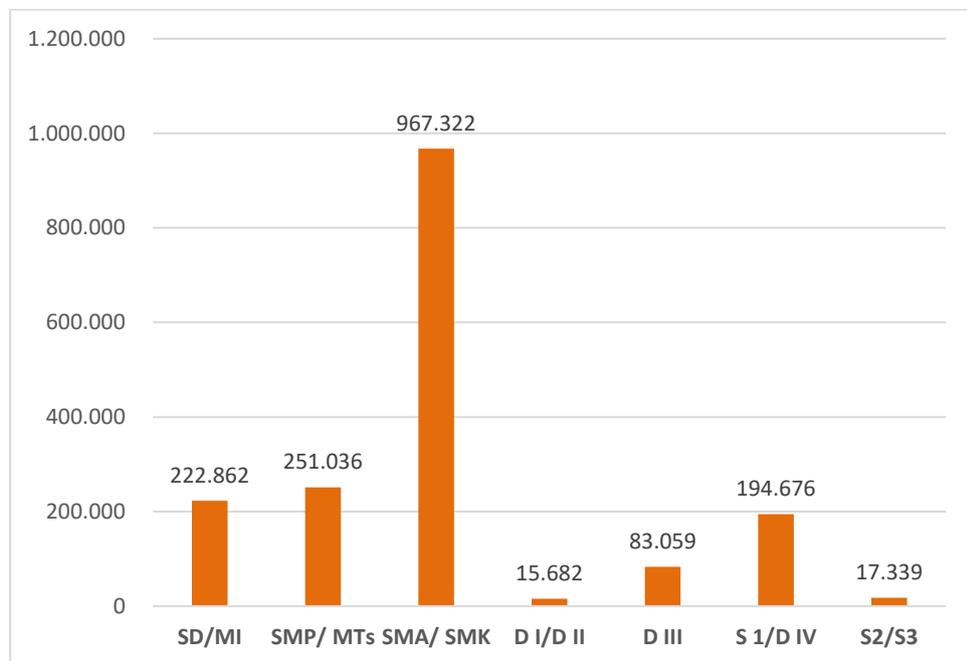


Grafik di atas menunjukkan bahwa sejak tahun 2011 sampai dengan tahun 2016 harapan lama sekolah di Kota Bekasi telah meningkat sebesar 1,11 tahun, sedangkan rata-rata lama sekolah meningkat 0,35 tahun. Meningkatnya Harapan Lama Sekolah menunjukkan bahwa semakin banyak penduduk Kota Bekasi yang akan meningkat jenjang pendidikannya.

Harapan lama sekolah di Kota Bekasi tahun 2016 yaitu sebesar 13,47 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa anak-anak usia 7 tahun memiliki peluang untuk menamatkan pendidikan mereka hingga lulus SMA atau D2.

Sama halnya dengan harapan lama sekolah, rata-rata lama sekolah di Kota Bekasi juga meningkat 1,15 persen per tahun sejak tahun 2011 sampai dengan tahun 2016. Pada tahun 2016 rata-rata lama sekolah sebesar 10,78 tahun. Hal ini berarti bahwa rata-rata penduduk Kota Bekasi yang berusia 25 tahun ke atas telah memperoleh pendidikan sampai kelas SMA kelas II atau lebih.

Grafik 3.9  
Distribusi Penduduk Menurut Pendidikan Tertinggi yang Ditamatkan Di Kota Bekasi Tahun 2016



Jumlah penduduk dengan tingkat pendidikan SMA merupakan jumlah tertinggi di Kota Bekasi tahun 2016 sebesar 42,32 persen. Hal ini meningkat dibandingkan tahun 2015 sebesar 41,12 persen dan tahun 2014 sebesar 40,33 persen. Sedangkan tingkat pendidikan Diploma I/ Diploma III merupakan tingkat pendidikan dengan jumlah terendah pada penduduk Kota Bekasi (sebesar 0.69 persen).

### **3.4 Lingkungan Fisik**

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Lingkungan, antara lain mengatur tentang tanggung jawab dan wewenang pemerintah, standar baku mutu kesehatan lingkungan, persyaratan kesehatan, penyelenggaraan kesehatan lingkungan, proses pengolahan limbah, pengawasan limbah, juga pengendalian dan penyelenggara kesehatan lingkungan.

Pengertian kesehatan lingkungan dalam PP tersebut merupakan upaya pencegahan penyakit dan atau gangguan kesehatan dari faktor risiko lingkungan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat baik dari aspek fisik, kimia, biologi, maupun sosial. Sedangkan pengaturan kesehatan lingkungan bertujuan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat, baik dari aspek fisik, kimia, biologi, maupun sosial, yang memungkinkan setiap orang mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

#### **3.4.1 Sanitasi Total Berbasis Masyarakat**

Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) adalah salah satu strategi pemerintah untuk mempercepat peningkatan akses sanitasi di suatu wilayah. Sanitasi total dengan 5 (lima) pilar sudah dikaji oleh badan kesehatan dunia dapat menurunkan hingga 94 persen kejadian penyakit diare dengan kegiatan yang dilakukan antara lain dengan pemicuan atau kegiatan pendekatan kepada masyarakat akan pentingnya memiliki, menggunakan dan memelihara sarana sanitasi. Kegiatan yang dilakukan oleh Puskesmas sampai tahun 2016 baru 33 kelurahan yang melaksanakan STBM, sedangkan kelurahan yang stop buang air besar sembarangan dan kelurahan yang melaksanakan STBM dengan 5 pilar sampai saat ini belum ada atau nol (0 persen).

Dinas Kesehatan terus berupaya untuk mendorong kelurahan-kelurahan agar melaksanakan deklarasi ODF (*Open Defecation Free*) dengan menggandeng dunia usaha melalui program *Corporate Social Responsibility (CSR)* yang dituangkan dalam penandatanganan komitmen bersama. Melalui upaya tersebut ditargetkan pada tahun 2018 minimal lima (5) kelurahan bisa deklarasi ODF secara total. Sampai dengan awal tahun 2017 sudah ada dua (2) kelurahan yang melaksanakan deklarasi ODF yaitu Kelurahan Jati Bening dan Pejuang, namun belum mencakup semua RW. Untuk RW yang belum deklarasi ODF di dua kelurahan tersebut diharapkan ada peran serta perusahaan-perusahaan di wilayah setempat agar bisa deklarasi ODF secara total.

Di Kota Bekasi pelaksanaan STBM mencapai dua pilar yakni ditambah pilar kedua yakni cuci tangan pakai sabun yang dilaksanakan pada sekolah-sekolah di wilayah Kota Bekasi.

### **3.4.2 Air Minum**

Dalam rangka mengantisipasi penurunan kualitas air tanah, Pemerintah Kota Bekasi terus berupaya meningkatkan infrastruktur air bersih di kawasan perumahan dan pemukiman melalui penambahan sambungan rumah tangga. Pada tahun 2016 telah dilaksanakan pengembangan Sistem Penyediaan Air Minum (SPAM) Jati Sari dan SPAM Jati Luhur dan tahun 2017 ditargetkan pengembangan SPAM Jatiasih dan SPAM Regional. Sedangkan untuk tahun 2018 direncanakan pengembangan SPAM Mustika Jaya dan SPAM Teluk Buyung.

Untuk pengawasan kualitas air PDAM telah dilakukan kerja sama antara Dinas Kesehatan dengan dua PDAM di Kota Bekasi (Tirta Patriot dan Tirta Bagasasi) dalam lima tahun terakhir dengan hasil uji kualitas masih fluktuatif kisaran 80-90 persen sampel yang memenuhi persyaratan.

Sementara itu untuk mendapatkan kebutuhan akan air minum, masyarakat Kota Bekasi memiliki akses dari beberapa sumber yakni sumur gali terlindung, sumur gali dengan pompa, sumur bor dengan pompa, terminal air dan perpipaan. Akses air minum berkualitas yang paling banyak digunakan yaitu sumur bor dengan pompa sebanyak 2,05 juta orang dan disusul akses perpipaan sebanyak 375 ribu orang. Secara keseluruhan masyarakat Kota Bekasi yang dapat mengakses air minum layak adalah 2,44 juta orang atau 87,22 persen.

Selain menggunakan air yang bersumber dari sarana PDAM, masyarakat Kota Bekasi juga banyak mengonsumsi air yang berasal dari Depot Air Minum yang jumlahnya ada 723 depot. Untuk meningkatkan kualitas air depot yang dilakukan oleh Puskesmas adalah pengawasan, pembinaan dan uji kualitas. Dari tabel tersebut terlihat ada 259 sampel air depot yang diuji kualitasnya dengan hasil memenuhi syarat sebesar 75,5 persen.

### **3.4.3 Sanitasi Layak**

Sanitasi lingkungan adalah status kesehatan suatu lingkungan yang mencakup perumahan, pembangunan, pembuangan kotoran, penyediaan air bersih, dan sebagainya. Kesehatan lingkungan di Indonesia masih memprihatinkan. Belum optimalnya sanitasi di Indonesia ini ditandai dengan masih tingginya angka kejadian penyakit infeksi dan penyakit menular di masyarakat.

Sanitasi sangat menentukan keberhasilan dari paradigma pembangunan kesehatan lingkungan lima tahun ke depan yang lebih menekankan pada aspek pencegahan dari aspek pengobatan. Dengan adanya upaya pencegahan yang baik, angka kejadian penyakit yang terkait dengan kondisi lingkungan dapat di cegah.

Berdasarkan konsep dan definisi MDGs, kriteria akses terhadap sanitasi layak adalah bila penggunaan fasilitas tempat buang air besar milik sendiri atau bersama, jenis kloset yang digunakan jenis 'latrine' dan tempat pembuangan akhir tinjanya menggunakan tangki septik atau sarana pembuangan air limbah atau SPAL.

Salah satu kegiatan yang dilakukan pemerintah Kota Bekasi bagi akses sanitasi layak di masyarakat adalah Program Peningkatan Peranan Wanita Menuju Keluarga Sehat Sejahtera (P2WKSS) yang merupakan agenda tahunan membina 100 KK binaan secara bergantian di satu kelurahan. Kegiatan utama dari Dinas Kesehatan melalui Puskesmas adalah pemberdayaan agar masyarakat ikut berperan dalam memiliki rumah sehat secara mandiri dengan memfokuskan pada kepemilikan jamban dan *septic tank*.

Kegiatan tersebut di atas mempengaruhi persentase kepemilikan sanitasi layak (jamban sehat), terdapat 97 sarana jamban komunal dengan jumlah sarana sehat sebanyak 89 buah dengan pengguna 2.546 orang, jumlah sarana leher angsa yang memenuhi syarat sebanyak 592.283 sarana dengan pengguna 2.420.531 orang, sarana plengsengan dan cemplung juga masih ada yang menggunakan. Secara keseluruhan masyarakat Kota Bekasi yang mengakses fasilitas sanitasi layak (jamban sehat) sebanyak 2.475.718 orang atau mencapai 88,3 persen.

Selain itu pemerintah Kota Bekasi melalui Disperkimtan terus berupaya membuat IPAL komunal dalam rangka mengurangi pencemaran limbah domestik. Pada tahun 2016 ada 14 titik yang dibangun dan akan terus ditambah di tahun-tahun mendatang. Adanya kegiatan tersebut sejalan dengan kegiatan yang dilakukan Dinas Kesehatan dalam rangka membebaskan kelurahan-kelurahan dari buang air besar sembarangan (Stop BABs) atau *Open Defecation Free* (ODF) yang merupakan pilar pertama Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM).

### 3.4.4 Penyehatan Pemukiman dan Tempat-Tempat Umum

#### a. Rumah Sehat

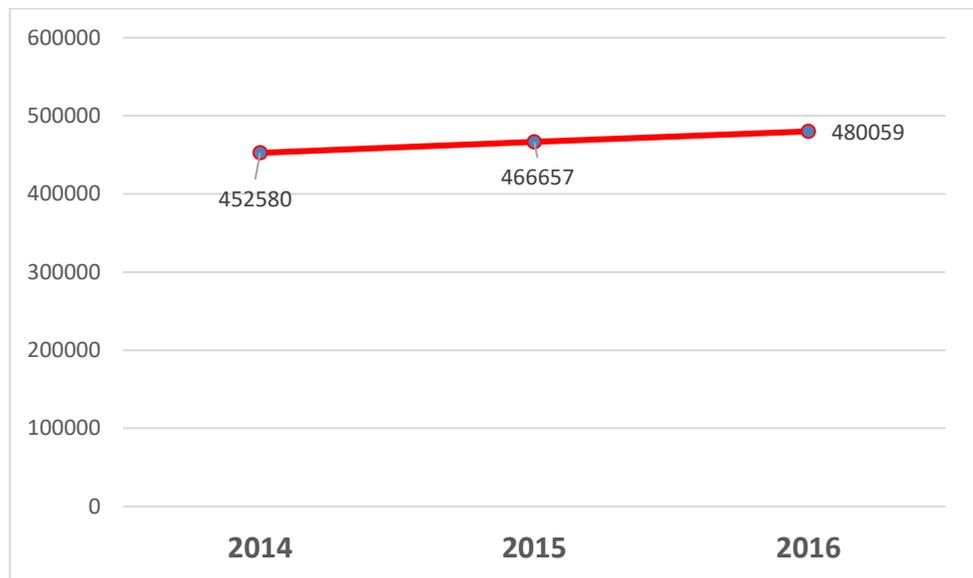
Pemukiman dapat diartikan sebagai perumahan atau kumpulan rumah dengan segala unsur serta kegiatan yang berkaitan dan yang ada di dalam pemukiman. Wilayah kawasan kumuh menurut Bank Dunia (1999) merupakan bagian yang terabaikan dalam pembangunan perkotaan. Hal ini ditunjukkan dengan kondisi sosial demografis di kawasan kumuh seperti kepadatan penduduk yang tinggi, kondisi lingkungan yang tidak layak huni dan tidak memenuhi syarat serta minimnya fasilitas pendidikan, kesehatan dan sarana prasarana sosial budaya.

Kriteria perumahan dan pemukiman kumuh ada 7 (tujuh) indikator, yakni ditinjau dari: bangunan, jalan lingkungan, penyediaan air minum, drainase lingkungan, pengelolaan air limbah, pengelolaan persampahan, dan proteksi kebakaran. Berdasarkan survei yang dilaksanakan konsultan *based-line* Dinas Perumahan, Kawasan Permukiman dan Pertanahan pada tahun 2016, di Kota Bekasi sebaran kawasan kumuh yaitu sebesar 443 Ha. Untuk meminimalisir kawasan kumuh tersebut Pemerintah Kota Bekasi melaksanakan Rencana Pembangunan Kawasan Permukiman Prioritas (RPKPP) dengan alokasi pada tahun 2017 sebesar Rp.1-1,5 milyar per kelurahan.

Sementara itu, pemukiman dapat terhindar dari kondisi kumuh dan tidak layak huni jika pembangunan perumahan sesuai dengan standar yang berlaku, salah satunya dengan menerapkan persyaratan rumah sehat. Rumah sehat dapat diartikan sebagai tempat berlindung, bernaung dan tempat untuk beristirahat sehingga menumbuhkan kehidupan yang sempurna baik fisik, rohani maupun sosial. Rumah sehat merupakan salah satu sarana untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal, untuk memperoleh rumah yang sehat ditentukan oleh tersedianya sarana sanitasi perumahan.

Sanitasi rumah adalah usaha kesehatan masyarakat yang menitikberatkan pada pengawasan terhadap struktur fisik dimana orang menggunakannya untuk tempat tinggal. Pada tahun 2015 rumah sehat dari Kota Bekasi adalah 466.657 rumah atau meningkat sebanyak 14.077 rumah dibandingkan tahun 2014. Sedangkan pada tahun 2016 jumlah rumah sehat mencapai 480.059 rumah atau sebesar 92,25 persen.

Grafik 3.10  
Distribusi Rumah Sehat di Kota Bekasi  
Tahun 2014 s.d 2016



Untuk meningkatkan capaian persentase rumah sehat diperlukan dukungan Pemerintah Kota Bekasi, antara lain melalui program peningkatan rumah tidak layak huni (Rutilahu) menjadi rumah tinggal yang layak huni, sehat dan memiliki prasarana dasar yang layak. Pemerintah melalui Program Pembangunan Partisipasi Berbasis Komunitas (P3BK) digagas untuk memberikan ruang keterlibatan masyarakat dalam pembangunan dengan dana peningkatan Rutilahu maksimal senilai Rp. 18 juta. Pemerintah menargetkan program Rutilahu sebanyak 150 unit per tahun.

## **b. Tempat Tempat Umum**

Tempat-Tempat Umum (TTU) adalah suatu tempat dimana umum (banyak orang) dapat masuk ke tempat tersebut untuk berkumpul mengadakan kegiatan baik secara insidental maupun terus menerus. Suatu tempat dikatakan tempat umum bila memenuhi kriteria:

1. Diperuntukkan masyarakat umum.
2. Mempunyai bangunan tetap/ permanen.
3. Tempat tersebut ada aktivitas pengelola, pengunjung/ pengusaha.

Pada tempat tersebut tersedia fasilitas seperti: fasilitas kerja pengelola, fasilitas sanitasi, seperti penyediaan air bersih, bak sampah, WC/ Urinoir, kamar mandi, pembuangan limbah.

Tempat-tempat Umum (TTU) seperti sekolah, sarana kesehatan, hotel dan tempat umum lainnya merupakan sasaran yang juga harus dilakukan pemantauan dan pembinaan agar TTU sebagai tempat berkumpulnya orang banyak tidak berdampak negatif terhadap kesehatan masyarakat. Secara keseluruhan TTU memenuhi syarat meningkat dibandingkan tahun sebelumnya dari 76,7 persen menjadi 83,8 persen atau sebanyak 1.661 sarana.

Sanitasi tempat-tempat umum mempunyai arti suatu usaha untuk mengawasi dan mencegah kerugian akibat dari tempat-tempat umum terutama yang erat hubungannya dengan timbulnya atau menularnya suatu penyakit. Untuk mencegah akibat yang timbul dari tempat-tempat umum. Usaha-usaha yang harus dilakukan dalam sanitasi tempat-tempat umum adalah:

1. Pengawasan dan pemeriksaan terhadap faktor lingkungan dan faktor manusia yang melakukan kegiatan pada tempat-tempat umum.

2. Penyuluhan terhadap masyarakat terutama yang menyangkut pengertian dan kesadaran masyarakat terhadap bahaya-bahaya yang timbul dari tempat-tempat umum. Peran sanitasi tempat-tempat umum dalam kesehatan masyarakat adalah usaha untuk menjamin:
  - Kondisi fisik lingkungan TTU yang memenuhi syarat kualitas kesehatan dan kualitas sanitasi.
  - Psikologis bagi masyarakat berupa rasa keamanan (*security*), bangunan yang kuat dan kokoh sehingga tidak menimbulkan rasa takut bagi pengunjung, kenyamanan (*confortmity*) misalnya kesejukan, ketenangan (*safety*) yaitu tidak adanya gangguan kebisingan, keramaian kendaraan.

### **3.4.5 Penyehatan Tempat Pengelolaan Makanan**

Dengan meningkatnya kebutuhan masyarakat terhadap makanan yang disediakan di luar rumah, maka produk-produk makanan yang disediakan oleh perusahaan atau perorangan yang bergerak dalam usaha penyediaan makanan untuk kepentingan umum, haruslah terjamin kesehatan dan keselamatannya. Hal ini hanya dapat terwujud bila ditunjang dengan keadaan higiene dan sanitasi Tempat Pengelolaan Makanan (TPM) yang baik dan dipelihara secara bersama oleh pengusaha dan masyarakat.

Usaha bidang makanan setiap tahun cenderung meningkat, mulai dari skala kecil sampai skala besar. Hal tersebut mengindikasikan bidang makanan mempunyai potensi dalam meningkatkan taraf hidup masyarakat sehingga banyak perusahaan maupun milik perorangan memasuki bisnis ini. Perkembangan pembangunan di Kota Bekasi diikuti dengan perkembangan Tempat Pengelolaan Makanan (TPM) yang cukup banyak dan menjamur. Terdata sejumlah 4.336 TPM yang terdiri dari Jasaboga/ catering, rumah makan/ restoran, depot air minum dan makanan jajanan,

data tersebut meningkat menjadi 4.571 TPM pada tahun 2016. Target TPM memenuhi syarat 75 persen dari jumlah yang ada, namun pada akhir tahun 2016 masih belum tercapai baru mencapai 62,1 persen.

Kesulitan yang dihadapi dalam mencapai TPM yang memenuhi syarat adalah belum adanya payung hukum dalam pengawasan kualitas TPM, perlu pengujian kualitas makanan, alat dan kesehatan penjamah yang memerlukan biaya. Kelayakan lebih banyak dilakukan oleh jasaboga yang ingin melakukan kerja sama dengan perusahaan atau suatu lembaga. Pada tabel 64 TPM memenuhi syarat sebagian besar belum dilengkapi dengan sertifikat laik higiene, dari 2.840 TPM yang memiliki sertifikat laik higiene sanitasi sebagian besar adalah jasaboga, sedangkan restoran dari 968 sarana hanya sebanyak 45 sarana yang memiliki sertifikat laik. Tahun 2017 Dinas Kesehatan berupaya menjalin jejaring kemitraan dengan Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu, Dinas Pariwisata dan Budaya, Persatuan Hotel dan Restoran Indonesia cabang Kota Bekasi serta pengelola mall di wilayah Kota Bekasi guna menggalang animo restoran dan rumah makan untuk mengurus sertifikasi laik.

Dinas Kesehatan terus mendorong agar pengawasan TPM memiliki payung hukum sehingga lahir Perwal nomor 96 tahun 2016 tentang pengawasan makanan siap saji, dan pada tahun 2017 dibahas untuk menjadi Peraturan Daerah.

Sementara itu jumlah TPM dibina sebanyak 548 TPM atau sebesar 42,1 persen dari 1.300 TPM yang belum memenuhi syarat kesehatan, sedangkan TPM yang diuji petik sebanyak 607 TPM atau sebesar 21,6 persen dari total TPM yang memenuhi syarat kesehatan. Ditahun-tahun mendatang diharapkan Puskesmas sebagai ujung tombak Dinas Kesehatan terus mengupayakan pembinaan terhadap TPM yang belum memenuhi syarat kesehatan agar tidak membahayakan bagi kesehatan konsumen.

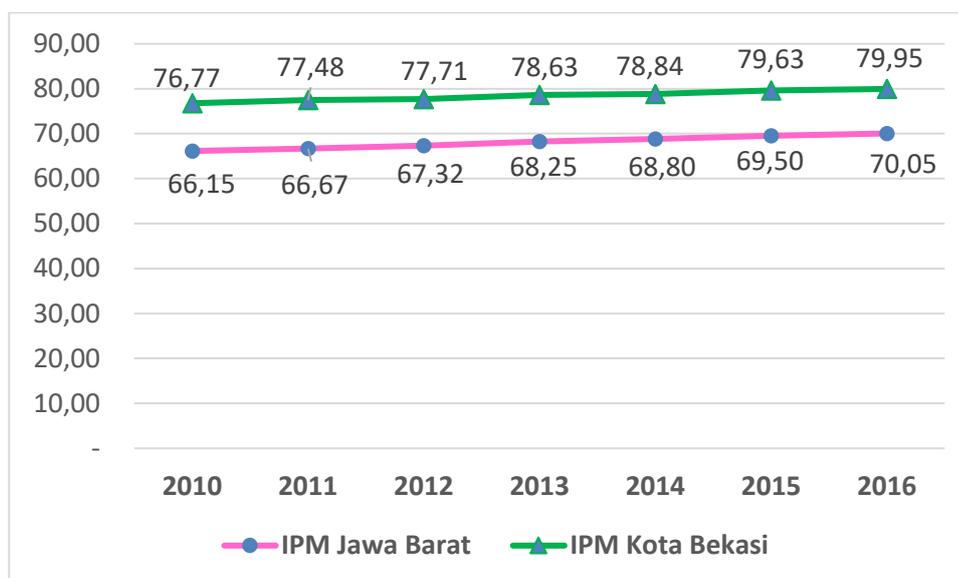
## BAB IV

### SITUASI DERAJAT KESEHATAN

#### 4.1 Indeks Pembangunan Manusia

Indeks Pembangunan Manusia (IPM) merupakan salah satu tolok ukur keberhasilan/ kemajuan suatu negara. IPM digunakan untuk mengukur capaian pembangunan manusia berbasis sejumlah komponen dasar kualitas hidup. Sebagai ukuran kualitas hidup, IPM dibangun melalui pendekatan tiga dimensi dasar yang mencakup pendekatan kesehatan, pendidikan, dan daya beli.

Grafik 4.1  
Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Provinsi Jawa Barat dan Kota Bekasi Tahun 2010 s.d 2016



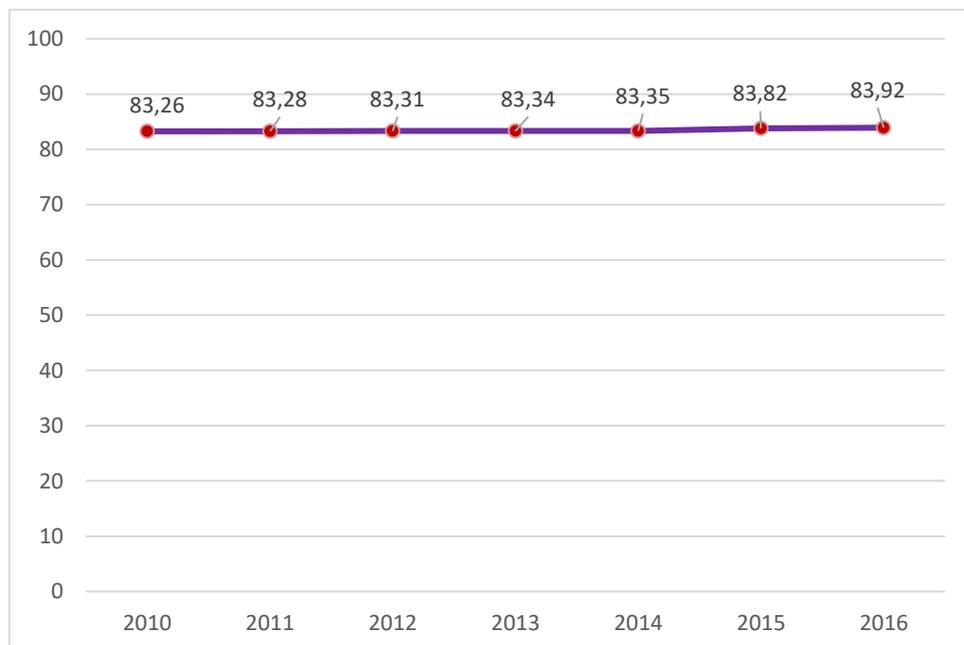
Dari grafik 4.1 di atas, diketahui bahwa capaian IPM Kota Bekasi dari tahun ke tahun menunjukkan trend yang positif, sama halnya dengan peningkatan IPM Provinsi Jawa Barat. Capaian IPM Kota Bekasi tahun 2016 sebesar 79,95, angka ini masuk kategori tinggi dan berada di atas IPM Provinsi Jawa Barat sebesar 70,05.

Meski angka IPM Provinsi Jawa Barat lebih rendah dari IPM Kota Bekasi, namun peningkatan IPM di Provinsi Jawa Barat dari tahun 2015 ke tahun 2016 lebih tinggi dari peningkatan IPM di Kota Bekasi pada tahun yang sama.

Ketiga dimensi pembangun IPM memiliki pengertian sangat luas karena terkait banyak faktor. Pada perhitungan metode baru, untuk mengukur dimensi kesehatan/ Indeks kesehatan, digunakan Angka Harapan Hidup (AHH) waktu lahir, persentase persalinan ditolong tenaga kesehatan, dan Angka Kematian Bayi (AKB).

Dan untuk mengukur dimensi Pendidikan/ Indeks pendidikan digunakan gabungan indikator Rata-rata Lama Sekolah (RLS), Angka Partisipasi Murni (APS) SD, SMP, dan SMA, serta jumlah penduduk usia sekolah. Adapun untuk mengukur dimensi daya beli digunakan gabungan indikator: angka ketergantungan, bekerja, angkatan kerja, pengeluaran, gini rasio, penduduk miskin, serta garis kemiskinan.

Grafik 4.2  
Indeks Kesehatan Kota Bekasi Tahun 2010 s.d 2016

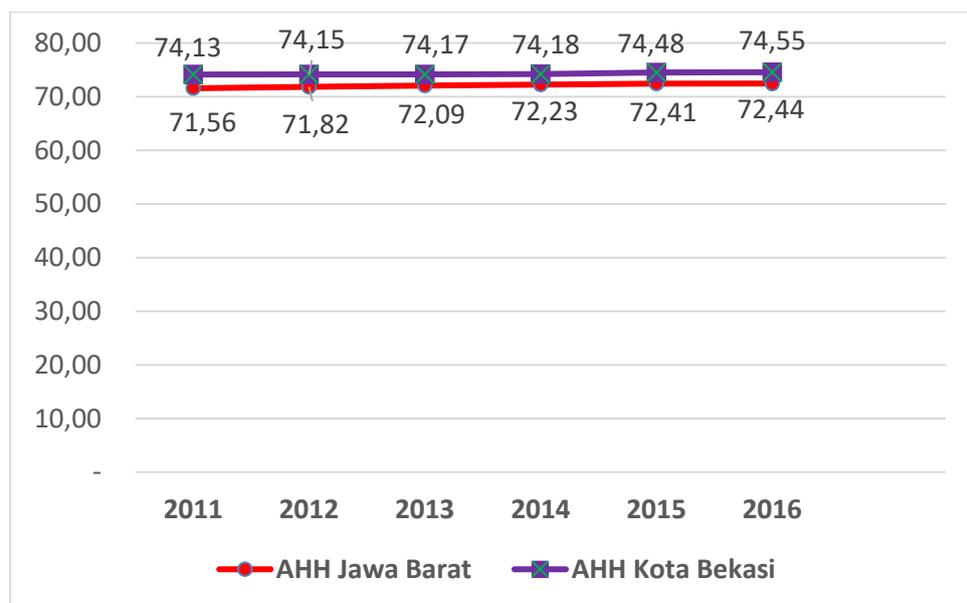


Sama seperti IPM Kota Bekasi yang terus meningkat setiap tahunnya, indeks kesehatan sebagai salah satu dimensi pembangun IPM juga terus meningkat setiap tahunnya, meskipun peningkatan tidak terlalu tinggi setiap tahun. Hingga tahun 2016, capaian indeks kesehatan Kota Bekasi sebesar 83,92 merupakan angka yang cukup tinggi dibandingkan kabupaten/kota lain di Provinsi Jawa Barat.

## 4.2 Angka Harapan Hidup

Angka Harapan Hidup (AHH) pada waktu lahir merupakan rata-rata perkiraan banyak tahun yang dapat ditempuh oleh seseorang selama hidup. Selain merupakan salah satu faktor yang berkontribusi terhadap IPM, angka harapan hidup juga merupakan salah satu indikator derajat kesehatan. Tinggi rendahnya angka harapan hidup merupakan indikator taraf hidup suatu daerah. Semakin tinggi angka harapan hidup berarti semakin meningkat pula derajat kesehatan masyarakat.

Grafik 4.3  
Angka Harapan Hidup Provinsi Jawa Barat dan Kota Bekasi  
Tahun 2011 s.d 2016

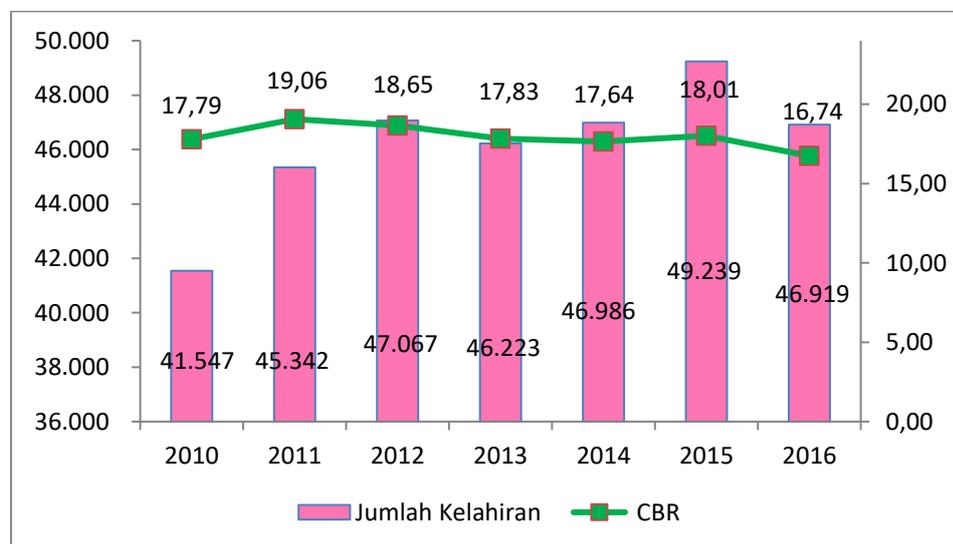


AHH ini tidak dapat diperoleh dari sistem pencatatan dan pelaporan rutin, namun berdasarkan data survei atau sensus dari Badan Pusat Statistik (BPS). Berdasarkan data yang diterbitkan oleh BPS, AHH waktu lahir di Kota Bekasi dari tahun ke tahun cenderung meningkat. Begitu pula AHH Provinsi Jawa Barat yang cenderung meningkat setiap tahunnya. Namun AHH Kota Bekasi lebih tinggi dari AHH Provinsi Jawa Barat.

### 4.3 Kelahiran

Angka kelahiran kasar (*Crude Birth Rate*) menunjukkan jumlah kelahiran per 1.000 penduduk dalam suatu periode, biasanya satu tahun. CBR merupakan ukuran fertilitas yang sangat kasar karena penduduk yang digunakan sebagai penyebut adalah semua jenis kelamin (laki-laki dan perempuan) dan semua umur yang tidak mempunyai potensi untuk melahirkan.

Grafik 4.4  
Jumlah Kelahiran Bayi dan *Crude Birth Rate*  
di Kota Bekasi Tahun 2010 s.d 2016



CBR Kota Bekasi berdasarkan hasil sensus penduduk tahun 2010, diketahui sebesar 17,4 (Sumber: BPS Kota Bekasi). Perhitungan CBR oleh BPS dilakukan 10 tahun sekali sesuai sensus penduduk.

Untuk itu CBR di Kota Bekasi setiap tahunnya dihitung berdasarkan pencatatan dan pelaporan Puskesmas. Dari grafik 4.4 terlihat bahwa CBR di Kota Bekasi tahun 2016 yaitu sebesar 16,74, ini merupakan angka terendah dibandingkan dalam 5 tahun terakhir, dengan jumlah bayi lahir hidup sebanyak 46.919 bayi. Jumlah bayi lahir pada tahun 2016 ini juga menurun dilihat dalam 3 tahun terakhir.

## 4.4 Kematian

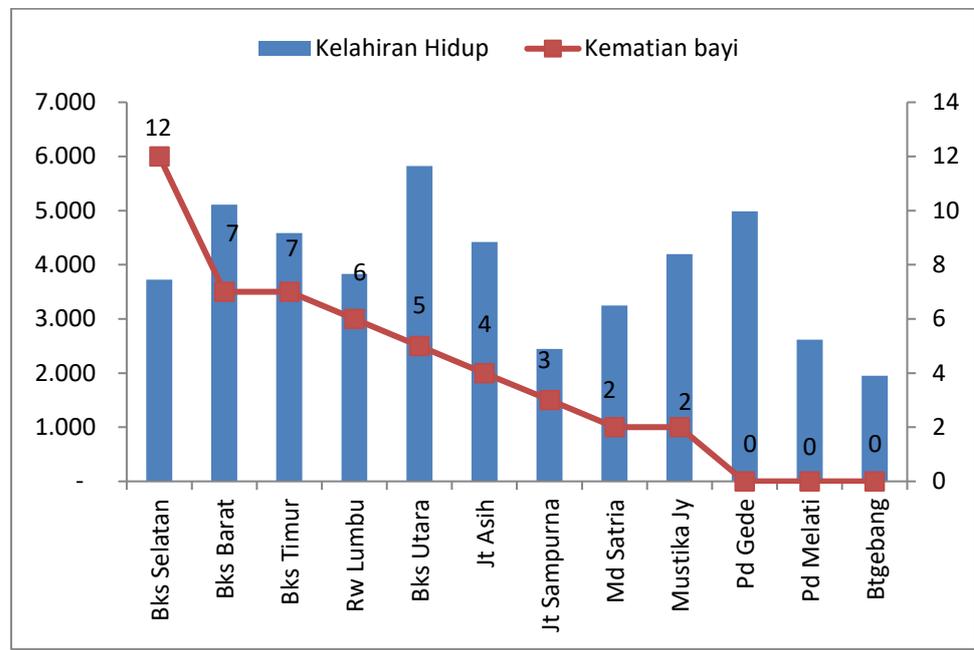
### 4.4.1 Kematian Bayi

Angka Kematian Bayi (AKB) atau *Infant Mortality Rate* (IMR) adalah banyaknya bayi yang meninggal sebelum mencapai usia 1 tahun per 1.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. AKB merupakan indikator yang terbaik untuk menilai status kesehatan di suatu wilayah. Indikator ini terkait langsung dengan target kelangsungan hidup anak dan merefleksikan kondisi sosial, ekonomi dan lingkungan anak-anak bertempat tinggal termasuk pemeliharaan kesehatannya.

Berdasarkan pencatatan dan pelaporan Puskesmas se-Kota Bekasi tahun 2015, jumlah kematian bayi (dilaporkan) di Kota Bekasi mengalami penurunan yaitu 48 kasus kematian bayi dari 46.919 kelahiran hidup pada tahun 2016 (AKB = 0,05) bila dibandingkan dengan tahun 2015 yaitu berjumlah 76 kasus kematian bayi dari 49.168 jumlah kelahiran hidup (AKB = 0,5).

Perhitungan AKB di atas bukan berdasarkan hasil survei, namun hanya berdasarkan pencatatan laporan yang masuk, sehingga tidak menutup kemungkinan masih ada data dari sarana pelayanan kesehatan dasar dan rujukan swasta di wilayah Kota Bekasi yang belum melaporkan.

Grafik 4.5  
Distribusi Kematian Bayi (dilaporkan) dan Kelahiran Hidup  
Menurut Kecamatan di Kota Bekasi Tahun 2016



Kematian bayi terjadi pada masa neonatal atau baru lahir hingga usia 28 hari, dengan jumlah kematian bayi terbanyak yaitu di Kecamatan Bekasi Selatan (12 bayi). Tahun 2016 tidak ada kematian bayi pada tiga kecamatan, yaitu Kecamatan Bantargebang, Pondok Gede, dan Kecamatan Pondok Melati. Berdasarkan pencatatan dan pelaporan Puskesmas, penyebab kematian bayi tertinggi tahun 2016 adalah asfiksia, Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR), dan penyebab lain-lain (kelainan bawaan).

#### 4.4.2 Kematian Balita

Angka Kematian Balita (AKABA) merefleksikan kondisi sosial, ekonomi dan lingkungan tempat tinggal anak-anak termasuk pemeliharaan kesehatannya. Manfaat Akaba adalah untuk mengetahui gambaran tingkat permasalahan kesehatan anak Balita, tingkat pelayanan KIA/ Posyandu serta kondisi sanitasi lingkungan.

Angka kematian balita adalah jumlah anak yang dilahirkan pada tahun tertentu dan meninggal sebelum mencapai usia 5 tahun, dinyatakan sebagai angka per 1.000 kelahiran hidup. Berdasarkan laporan kematian dari Puskesmas dan rumah sakit se-Kota Bekasi tahun 2016, terdapat 2 kasus kematian anak balita (usia 1 sampai kurang dari 5 tahun). Jumlah kematian balita seluruhnya (usia 0 sampai kurang dari 5 tahun) di Kota Bekasi tahun 2016 sebanyak 50 kasus. Jika dibandingkan dengan tahun 2015 (81 kasus kematian), jumlah ini menurun.

#### **4.4.3 Kematian Ibu**

Angka Kematian Ibu (AKI) atau *Maternal Mortality Rate* (MMR) adalah banyaknya wanita yang meninggal karena suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk kecelakaan atau kasus insidental) selama kehamilan, melahirkan dan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan lama kehamilan per 100.000 kelahiran hidup.

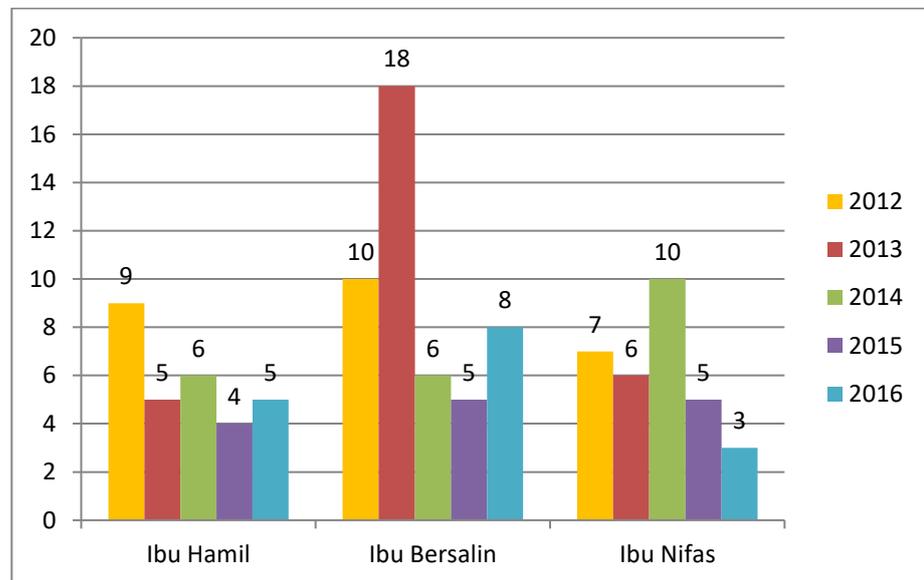
Manfaat AKI adalah untuk menggambarkan tingkat kesadaran perilaku hidup sehat, status gizi dan kesehatan ibu, kondisi lingkungan, tingkat pelayanan kesehatan terutama untuk ibu hamil, pelayanan kesehatan sewaktu ibu melahirkan, dan masa nifas.

Dari hasil survei diketahui masih sedikitnya persentase kesempatan ibu hamil yang mengalami komplikasi obstetrik dan neonatal untuk ditangani di rumah sakit, yaitu hanya 23 persen. Ada lagi masalah seperti akses pelayanan kesehatan dan kegawatdaruratan yang juga menyumbang AKI dan AKB. Oleh karena itu diperlukan upaya untuk dapat menurunkan AKI. Salah satu cara yang paling efektif untuk menurunkan angka kematian ibu adalah dengan meningkatkan pelayanan ANC terpadu dan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas kesehatan.

Berdasarkan pencatatan dan pelaporan Puskesmas dan rumah sakit di Kota Bekasi tahun 2016, diketahui bahwa jumlah kematian ibu dilaporkan sedikit meningkat yaitu terdapat 16 kasus, jika dibandingkan tahun 2015 yaitu sebanyak 14 kasus.

Namun di Kota Bekasi tidak dapat menghitung AKI karena indikator ini hanya dapat dilakukan pada daerah yang kelahiran hidupnya minimal 100.000, sedangkan jumlah kelahiran hidup di Kota Bekasi tahun 2016 sebanyak 46.919 (kurang dari 100.000).

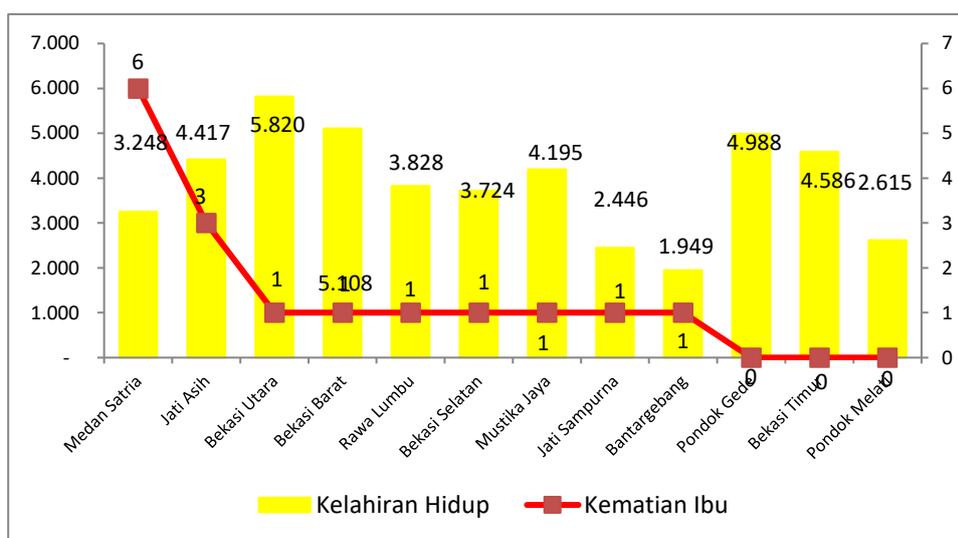
Grafik 4.6  
Jumlah Kematian Ibu (dilaporkan) di Kota Bekasi  
Tahun 2012 s.d 2016



Jumlah kematian ibu tertinggi pada kelompok umur 20 sampai 34 tahun karena kelompok umur ini merupakan masa produktif seorang ibu. Dari grafik 4.6 diketahui bahwa ibu bersalin/melahirkan merupakan kondisi kematian tertinggi di Kota Bekasi. Oleh karena itu pelaksanaan P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi) harus ditingkatkan agar jumlah kematian ibu dapat diturunkan.

Jumlah kematian ibu tertinggi bila dilihat berdasarkan kecamatan yaitu di Medan Satria sebanyak 6 kasus. Diikuti Kecamatan Jati Asih 3 kasus lalu Kecamatan Bekasi Utara Bekasi Barat, Bekasi Selatan, Rawa Lumbu, Jati Sampurna, Bantargebang dan Kecamatan Mustika Jaya masing-masing 1 kasus.

Grafik 4.7  
Jumlah Kelahiran Hidup dan Jumlah Kematian Ibu (dilaporkan)  
Menurut Kecamatan di Kota Bekasi Tahun 2016



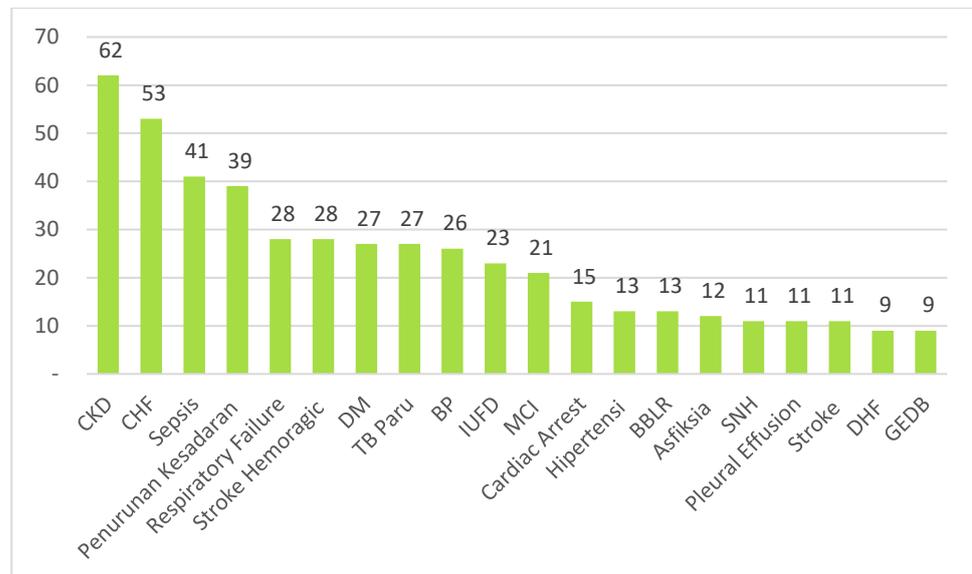
Penyebab langsung kematian ibu tahun 2016 antara lain: Hipertensi dalam Kehamilan (HDK), perdarahan, pre eklamsi, penyakit penyerta (TBC), infeksi, dan lain-lain.

Penyebab kematian ibu selain penyebab langsung (perdarahan, eklamsi dan infeksi), juga dipengaruhi oleh penyebab tidak langsung yang mempengaruhi proses kehamilan dan persalinan, baik di tingkat layanan kesehatan tingkat rujukan, tingkat dasar maupun pengetahuan masyarakatnya. Oleh karena itu dalam upaya pencegahan memerlukan pelayanan terintegrasi dengan program lain seperti dengan program gizi, program Usaha Kesehatan Sekolah, program imunisasi, promosi kesehatan, Perkesmas, dan program terkait lainnya.

#### 4.4.4 Kematian Kasar

Angka Kematian Kasar atau *Crude Death Rate* (CDR) merupakan petunjuk umum status kesehatan masyarakat, menggambarkan tingkat permasalahan penyakit, kondisi sosial ekonomi dan kondisi lingkungan. Angka kematian kasar di Kota Bekasi belum diketahui secara pasti, namun berdasarkan pencatatan dan pelaporan rumah sakit jumlah penduduk Kota Bekasi yang meninggal pada tahun 2016 ada sebanyak 969 orang.

Grafik 4.8  
Distribusi 20 Penyakit Penyebab Kematian Tertinggi  
di Kota Bekasi Tahun 2016



Grafik 4.8 di atas menunjukkan distribusi 20 penyakit penyebab kematian tertinggi di Kota Bekasi tahun 2016. Jumlah kematian ini didapatkan dari data kematian rumah sakit di Kota Bekasi sepanjang tahun 2016. Namun belum semua rumah sakit di Kota Bekasi mengirimkan laporan kematian ke Dinas Kesehatan. Oleh karena itu fungsi pengawasan Dinas Kesehatan harus semakin ditingkatkan guna mencapai pelaporan yang maksimal.

Penyebab kematian paling tinggi di Kota Bekasi tahun 2016 yaitu *Chronic Kidney Disease* (CKD) atau gagal ginjal kronis yaitu sebanyak 62 orang. Di tempat kedua penyakit tertinggi penyebab kematian adalah *Congestive Heart Failure* (CHF) atau gagal jantung kongestif sebanyak 53 orang. Penyebab penyakit CHF ini antara lain: penyakit jantung koroner, hipertensi, kardiomiopati dan penyakit jantung lainnya.

Tempat ketiga dan keempat penyakit penyebab kematian tertinggi yaitu sepsis dan penurunan kesadaran masing-masing sebanyak 41 dan 39 orang. Tempat kelima yaitu *respiratory failure* atau gagal nafas sebanyak 28 orang dan penyakit stroke hemoragik adalah stroke yang disebabkan karena adanya pembuluh darah dalam otak yang pecah hingga darah keluar dari pembuluh darah tersebut, ada sebanyak 28 orang. Tempat keenam yaitu penyakit diabetes mellitus dan TB paru masing-masing sebanyak 27 orang.

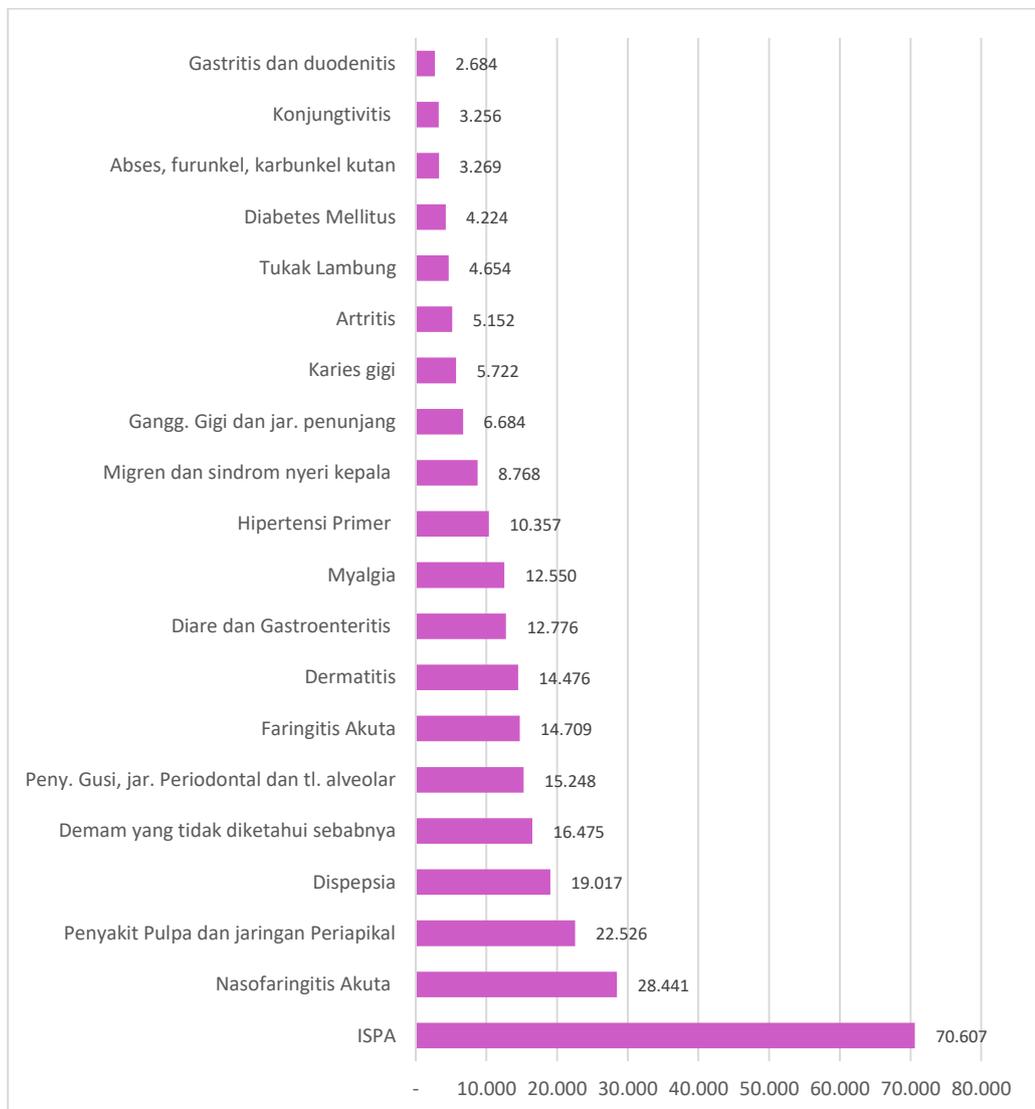
Penyakit-penyakit degeneratif menduduki sebagai penyakit penyebab kematian tertinggi tahun 2016 di Kota Bekasi, menggeser penyakit-penyakit infeksi yang sebelumnya mendominasi, hal ini terlihat dari uraian di atas. Oleh karena itu perlu ditingkatkan promosi kesehatan mengenai perilaku hidup sehat di masyarakat, sehingga ke depan kematian akibat penyakit-penyakit degeneratif dapat dikurangi.

## **4.5 Kesakitan**

### **4.5.1 Gambaran Umum Masalah Kesehatan**

Upaya untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan diperlukan pemahaman terhadap karakteristik lokal, perencanaan kebutuhan dan kegiatan yang efektif, efisien dan terukur. Salah satu strategi untuk memenuhi kebutuhan dasar Puskesmas, seperti kebutuhan farmasi, peralatan medis, penunjang, SDM dan lain-lain dapat melalui analisis 20 besar penyakit yang ada di Puskesmas masing-masing.

**Grafik 4.9**  
**Distribusi 20 Besar Penyakit Berbasis Puskesmas**  
**di Kota Bekasi Tahun 2016**



ISPA (penyakit infeksi saluran pernafasan atas akut) merupakan penyakit tertinggi pada pasien yang berkunjung ke Puskesmas setiap tahun. Kunjungan pasien rawat jalan Puskesmas dengan penyakit ISPA tahun 2016 yaitu sebesar 20,96 persen. Diikuti oleh kunjungan pasien dengan penyakit nasofaringitis akuta 8,44 persen, penyakit pulpa dan jaringan periapikal 6,68 persen, dan dispepsia 5,64 persen.

Pola penyakit di Kota Bekasi didapatkan melalui Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas (SP3) dan Sistem Surveilans Terpadu Penyakit (STP). STP selain merupakan pencatatan dan pelaporan di Puskesmas, juga merupakan pencatatan dan pelaporan di Rumah Sakit. Pola penyakit ini dapat menggambarkan pola dan angka kesakitan di masyarakat dan sebagai kewaspadaan dini terhadap terjadinya wabah.

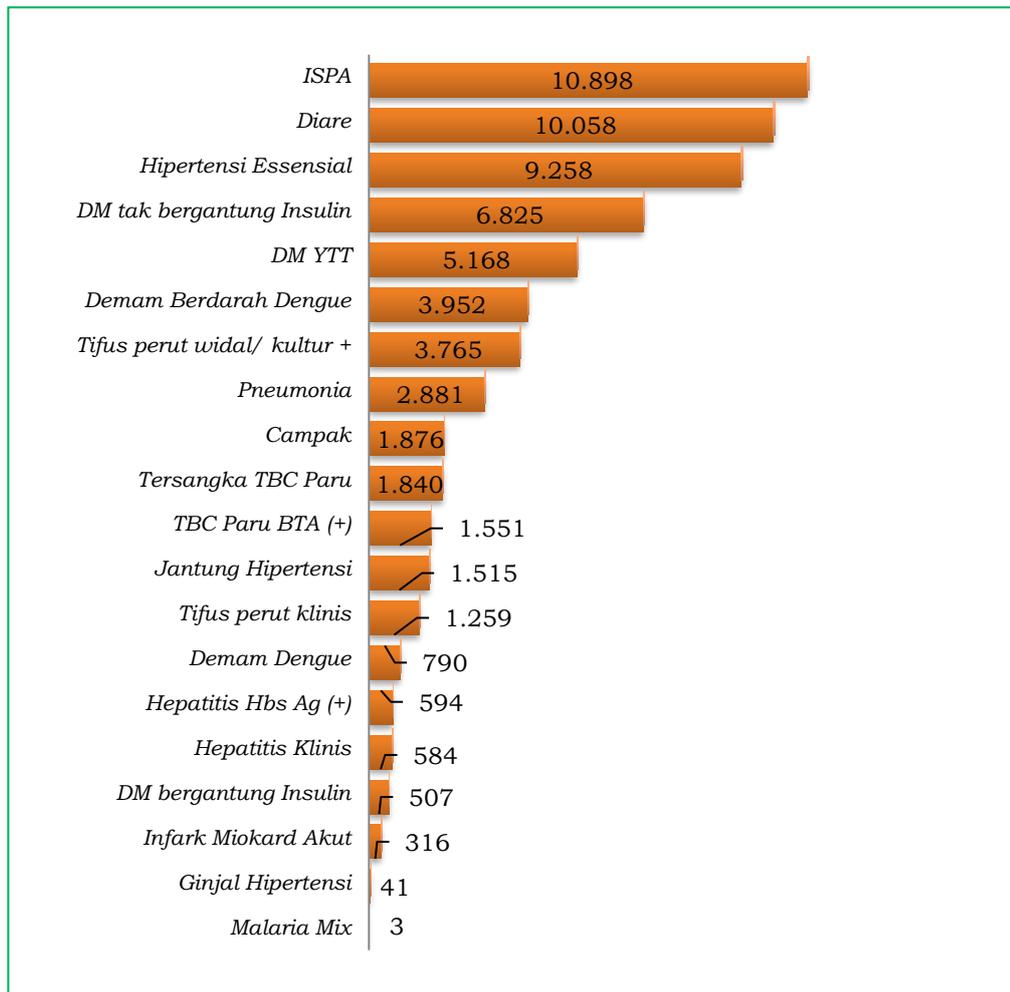
Sesuai peran dan fungsi unit pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta wajib STP kasus baru, dan dilaporkan secara rutin setiap bulan ke Dinas Kesehatan untuk dilakukan pengolahan dan analisa data dan seterusnya. Sasaran STP rawat jalan/inap meliputi beberapa jenis penyakit menular dan tidak menular. Jenis-jenis penyakit yang termasuk di dalam laporan STP rawat jalan/inap rumah sakit terdiri 29 jenis penyakit menular dan 20 jenis penyakit tidak menular.

Laporan STP rumah sakit dibagi menjadi dua, yaitu berdasarkan kunjungan pasien rawat jalan dan rawat inap. Berikut ini adalah gambaran distribusi penyakit rawat jalan di rumah sakit Kota Bekasi.

Pada grafik 4.10 di bawah ini, pola penyakit rawat jalan pada semua golongan umur kasus paling tinggi adalah ISPA sebesar 51,33 persen. Sehingga kita ketahui bahwa kunjungan pasien tertinggi baik di Puskesmas maupun kunjungan rawat jalan rumah sakit adalah penyakit ISPA. Penyakit tertinggi kedua yaitu diare sebesar 47,37 persen, tertinggi ketiga sampai dengan kelima diduduki penyakit-penyakit degeneratif, yaitu hipertensi sebesar 43,60 persen, Diabetes Mellitus tak bergantung insulin sebesar 32,14 persen, dan Diabetes Mellitus YTT sebesar 24,34 persen.

Dengan semakin tingginya kunjungan pasien dengan penyakit degeneratif, maka pencegahan dan pengendalian terhadap penyakit degeneratif harus ditingkatkan agar masyarakat terbiasadengan pola hidup sehat.

Grafik 4.10  
Pola Penyakit Rawat Jalan Rumah Sakit di Kota Bekasi  
Tahun 2016



Berdasarkan data laporan STP rawat jalan rumah sakit (kasus baru) pola penyakit pada kelompok umur 0 sampai dengan kurang dari 1 tahun, proporsi paling tinggi adalah penyakit diare sebesar 35,26 persen, disusul penyakit ISPA sebesar 29,04 persen, dan seterusnya.

Pola penyakit rawat jalan di rumah sakit pada kelompok umur 1 sampai dengan 4 tahun yaitu proporsi paling tinggi adalah penyakit ISPA (37,18 persen), disusul diare (29,34 persen).

Pada kelompok umur ini terjadi pergeseran pola penyakit. Pola penyakit pada kelompok umur 0 sampai dengan kurang dari 1 tahun paling tinggi penyakit diare dan disusul oleh penyakit ISPA. Namun demikian penyakit-penyakit tersebut selain disebabkan oleh karena kuman/bakteri juga karena kondisi lingkungan yang tidak sehat sehingga menjadi salah satu faktor determinan terjadinya penyakit.

Pola penyakit rawat jalan di rumah sakit pada kelompok umur 5 sampai dengan 14 tahun (usia anak sekolah TK dan SD/MI sederajat) diketahui bahwa posisi dua tertinggi masih sama dengan kelompok umur 1 sampai 4 tahun, yaitu penyakit ISPA (35,98 persen), disusul diare (19,63 persen), dan Demam Berdarah Dengue (11,5 persen). Karena kelompok usia ini merupakan usia anak sekolah, maka program UKS harus lebih diperdayakan untuk menciptakan lingkungan sekolah bersih dan sehat, serta bebas jentik *Aedes Aegypti*.

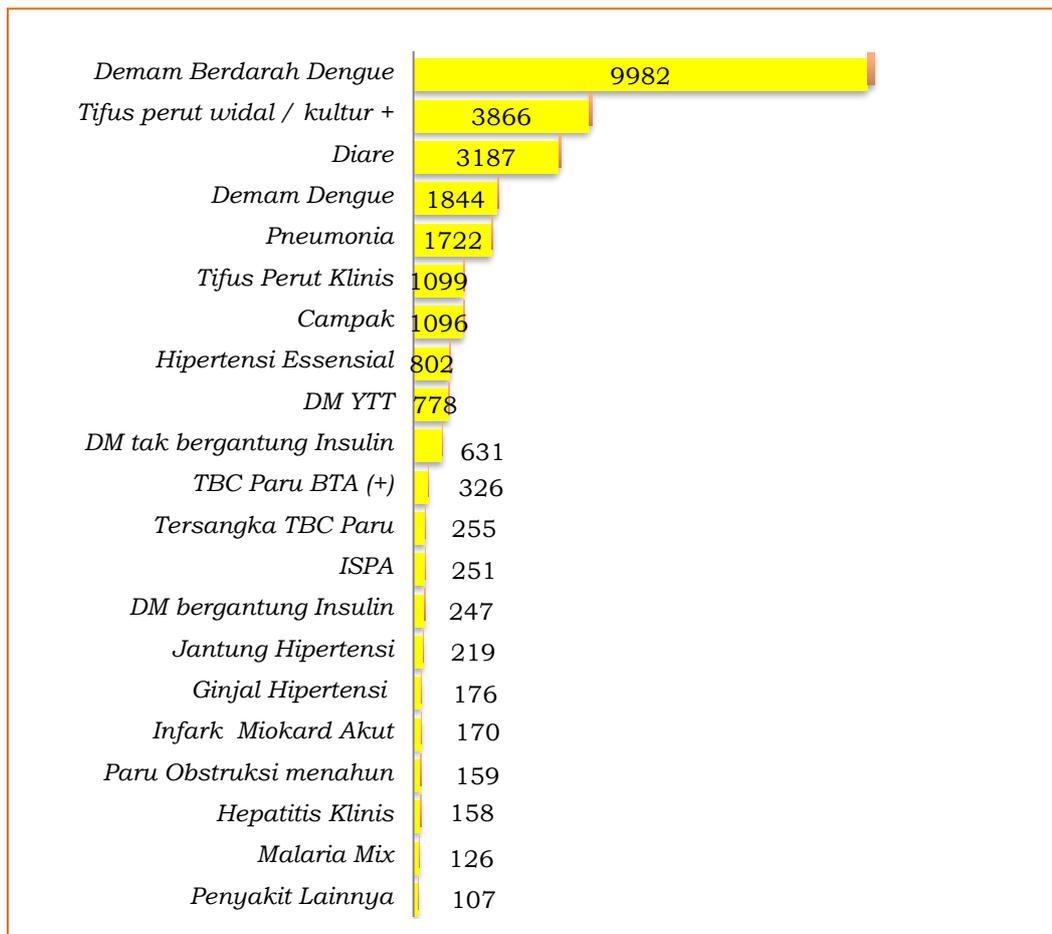
Pada kelompok umur ini (usia anak menjelang remaja) telah terjadi pola baru adanya penyakit degeneratif (hipertensi dan diabetes mellitus). Untuk itu perlu menjadi perhatian serius untuk melaksanakan Program Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu) Penyakit Tidak Menular (PTM) yang ada di tengah-tengah masyarakat yang salah satunya berfungsi sebagai tempat pelayanan deteksi dini penyakit tidak menular. Penyakit tidak menular ini tidak terlepas dari bagian gaya hidup (*life style*) dan pola makan seimbang.

Sedangkan pada kelompok umur 15 sampai dengan 44 tahun (usia produktif) pola penyakit rawat jalan di rumah sakit diketahui bahwa proporsi paling tinggi adalah penyakit diare sebesar 17,7 persen, disusul oleh penyakit ISPA sebesar 14,98 persen dan Demam Berdarah Dengue sebesar 10,98 persen dan penyakit tidak menular (hipertensi) pada posisi keempat tertinggi.

Pola penyakit rawat jalan di rumah sakit pada kelompok umur 45 sampai dengan kurang dari 75 tahun diketahui bahwa posisi tiga besar di dominasi oleh penyakit tidak menular (degeneratif). Proporsi paling tinggi adalah penyakit hipertensi sebesar 27,21 persen, tertinggi kedua adalah Diabetes Mellitus tak tergantung Insulin sebesar 21,05 persen, dan tertinggi ketiga adalah Diabetes Mellitus YTT sebesar 15,77 persen, sedangkan diare menduduki posisi keempat sebanyak 6,88 persen.

Untuk gambaran distribusi penyakit rawat inap rumah sakit tahun 2016 dapat dilihat pada grafik 4.11 berikut.

Grafik 4.11  
Pola Penyakit Rawat Inap Rumah Sakit di Kota Bekasi Tahun 2016



Melihat pada grafik di atas, pola penyakit rawat inap di rumah sakit paling tinggi adalah penyakit DBD (20,39 persen), diikuti oleh penyakit diare (11,61 persen), dan tipus perut widal kultur positif (10,54 persen). Secara epidemiologi penderita DBD dapat diduga sebagian terkena di luar tempat tinggal, atau sekolah/ tempat kerja, mengingat sifat dan aktifitas vektor (nyamuk *Aedes aegypti*) pada siang hari. Tingginya penyakit diare terutama pada kelompok umur anak-anak, antara lain dipengaruhi oleh lingkungan dan perilaku orangtua. Dan pada tempat ketiga penyakit tertinggi yaitu penyakit tipus, hal ini bisa dimungkinkan akibat seringnya makan/ jajan makanan/ minum tidak sehat di luar yang dari segi higienitas tidak terjamin. Pembuktiannya dapat dilakukan dengan kajian-kajian tertentu.

Pola penyakit rawat inap tahun 2016 di dominasi oleh penyakit infeksi. Oleh karena itu penyakit infeksi harus menjadi perhatian insan kesehatan dan masyarakat itu sendiri untuk menurunkan angka kesakitan melalui pencegahan penyakit dan pola hidup bersih dan sehat.

#### **4.5.2 Gambaran Penyakit Menular Bersumber Binatang**

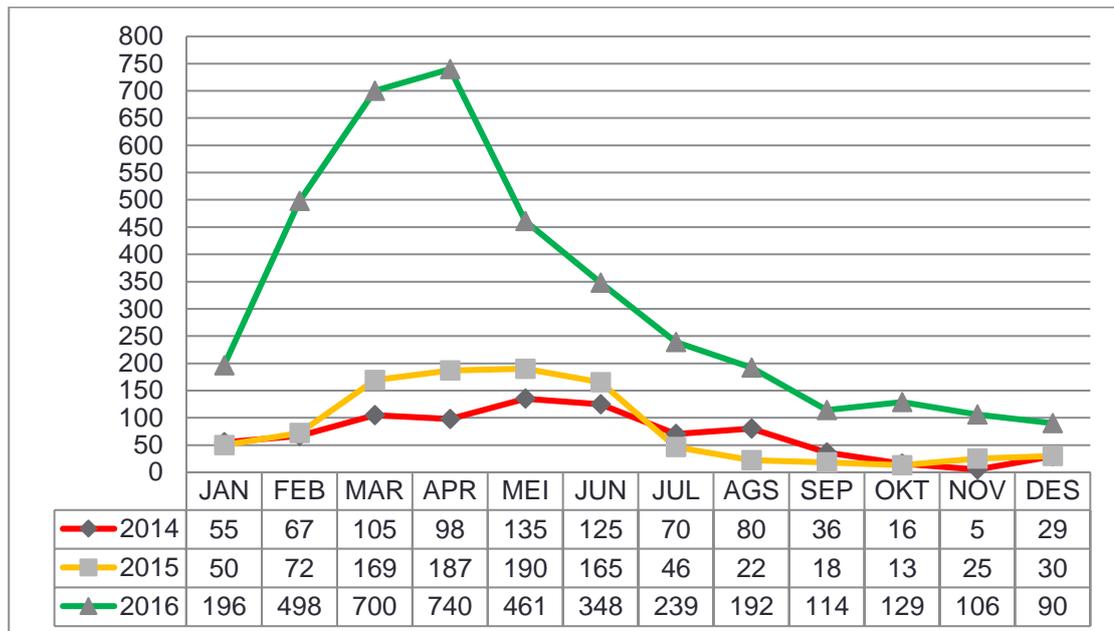
##### **a. Demam Berdarah Dengue**

Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah salah satu jenis penyakit tular vektor yang disebabkan oleh nyamuk *Aedes aegypti* dan penyakit ini merupakan penyakit endemis. Angka kesakitan DBD cenderung meningkat dari tahun ke tahun dan daerah terjangkau semakin meluas hingga mencapai 400 kabupaten/kota dari 474 kabupaten/kota di Indonesia, bahkan sering menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB).

Penyakit DBD belum ada obat dan vaksinya sehingga salah satu strategi utama dan paling efektif untuk pengendalian dan pencegahan penyakit DBD adalah dengan cara melakukan upaya preventif dan promotif.

Upaya preventif itu antara lain dengan pemutusan rantai penularan melalui gerakan PSN-DBD 3M PLUS dan gerakan satu rumah satu jumentik tanpa mengabaikan peningkatan kewaspadaan dini, penanggulangan KLB dan penatalaksanaan kasus, serta gerakan promotif. Penerapan strategi tersebut memerlukan dukungan sumber daya manusia baik kader maupun petugas kesehatan, serta masyarakat yang memiliki kemampuan dan ketrampilan memadai melalui pelatihan di setiap jenjang administrasi.

Grafik 4.12  
Trend Penyakit DBD di Kota Bekasi  
Tahun 2014 s.d 2016

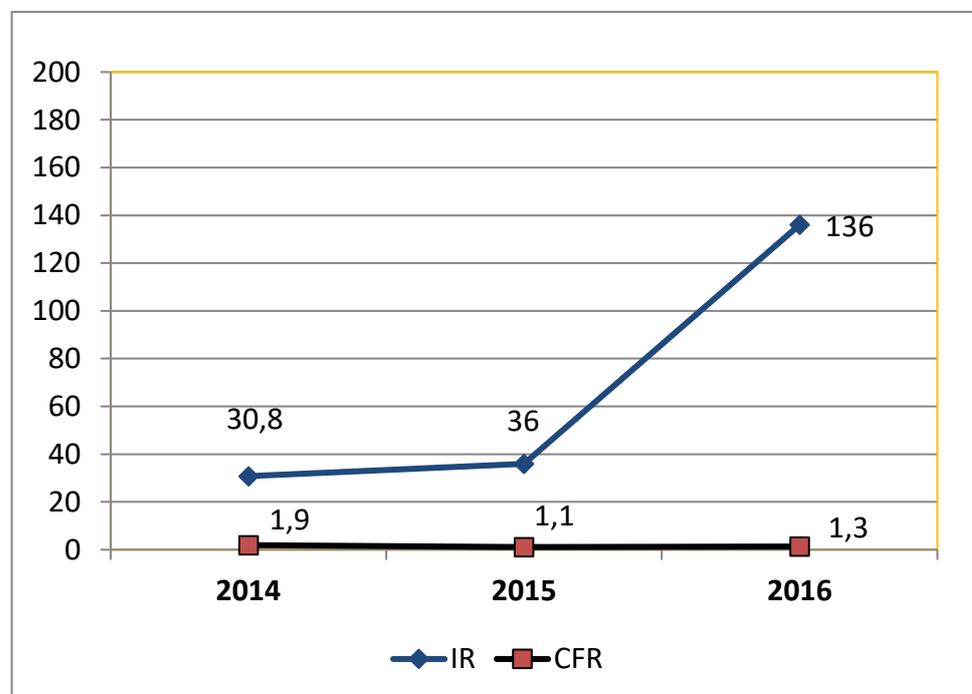


Di Kota Bekasi kasus penyakit DBD selama tiga tahun terakhir mengalami peningkatan. Pada tahun 2015 sebanyak 987 kasus mengalami peningkatan bila dibandingkan dengan tahun 2014 sebanyak 821 kasus. Peningkatan yang sangat signifikan terjadi pada tahun 2016 yaitu sebanyak 3.813 kasus bila dibandingkan dengan tahun 2014 dan 2015.

Terjadi perubahan pola kenaikan kasus DBD dari lima tahunan menjadi tiga tahunan. Puncak kenaikan berada pada bulan Februari, Maret, April, Mei. Dan mulai turun kembali pada bulan Juni sampai dengan Desember. Kenaikan kasus DBD ini dapat dilihat pada grafik di bawah ini.

Angka kejadian penyakit DBD atau *Incidence Rate* (IR) DBD pada tahun 2014 mencapai 30,8 per 100.000 penduduk, serta Angka Bebas Jentik (ABJ) sebesar  $\geq 95$  persen dapat tercapai dan di tahun 2015 *Incidence Rate* (IR) DBD mencapai 36 per 100.000 penduduk, serta Angka Bebas Jentik (ABJ) sebesar  $\geq 95$  persen dapat tercapai, sedangkan *Incidence Rate* (IR) DBD ditahun 2016 meningkat mencapai 136 per 100.000 penduduk. Angka kejadian ini meningkat empat kali lipat bila dibandingkan dengan tahun 2014 dan tahun 2015. IR DBD ini dapat dilihat pada grafik berikut ini.

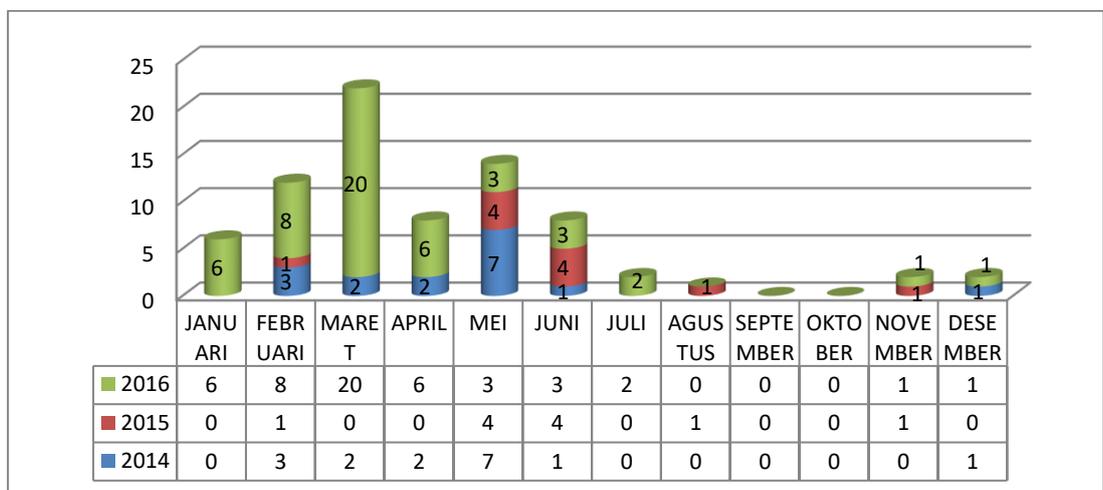
Grafik 4.13  
Trend IR dan CFR DBD di Kota Bekasi  
Tahun 2014 s.d 2016



Sama halnya dengan *Incidence Rate*, *Case Fatality Rate* (CFR) DBD juga meningkat. Jumlah kematian karena DBD tahun 2016 sebanyak 50 kasus dengan CFR sebesar 1,3 persen. Jumlah kematian ini meningkat bila dibandingkan dengan jumlah kematian tahun 2015 sebanyak 11 kasus dan CFR sebesar 1,1 persen. Namun sedikit menurun bila dibandingkan dengan jumlah kematian karena DBD tahun 2014 sebanyak 16 kasus (CFR sebesar 1,9 persen).

Jumlah kematian akibat penyakit DBD terbanyak terjadi pada bulan Maret, Mei, Februari dan Juni. Hal ini karena pada bulan-bulan tersebut merupakan musim penghujan. Jumlah kematian tertinggi tahun 2016 terjadi di bulan Maret sebanyak 20 orang. Trend kematian akibat DBD dapat dilihat pada grafik 4.14 berikut.

Grafik 4.14  
Trend Kematian kasus DBD Menurut Bulan di Kota Bekasi Tahun 2014 s.d 2016

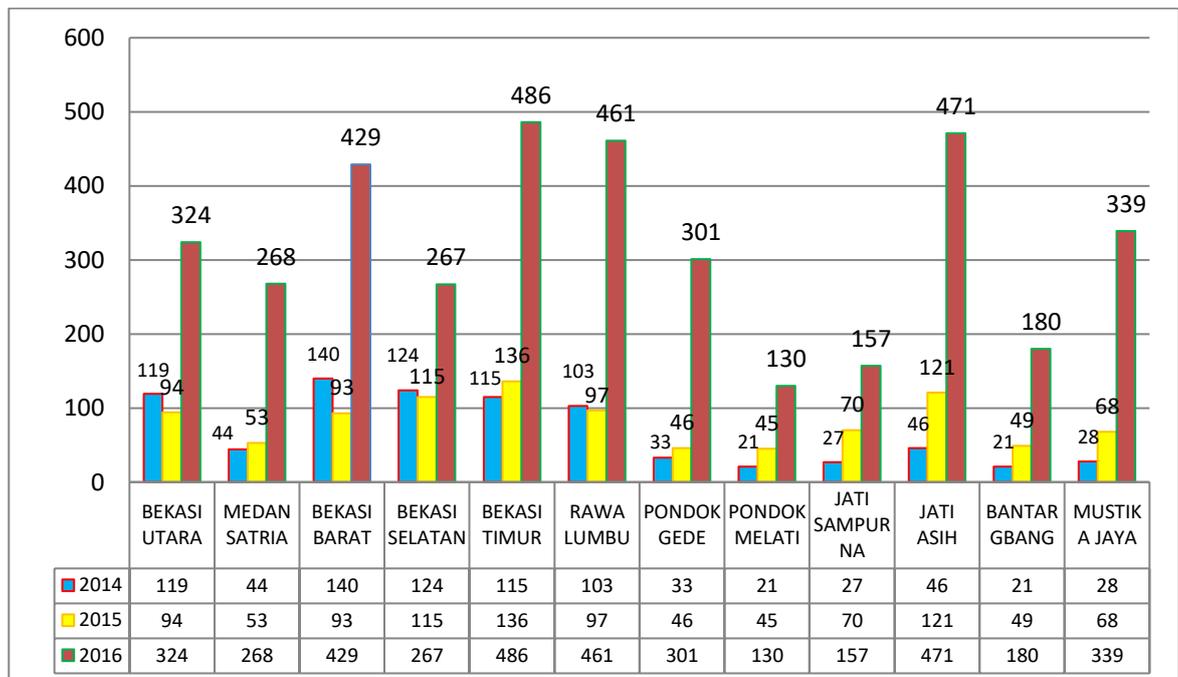


Dalam kurun waktu tahun 2014 sampai dengan 2016 terjadi fluktuasi distribusi jumlah kasus DBD di setiap kecamatan di Kota Bekasi. Kecamatan dengan kasus DBD terbanyak di tahun 2016 yaitu Kecamatan Bekasi Timur sebanyak 485 kasus, diikuti Kecamatan Jati Asih sebanyak 471 kasus, dan Kecamatan Bekasi Barat sebanyak 429 kasus.

Sama seperti pada tahun 2015 kasus DBD terbanyak terdapat pada Kecamatan Bekasi Timur sebanyak 136 kasus, dan Kecamatan Jati Asih sebanyak 121 kasus. Namun tempat ketiga pada tahun 2015 sedikit berbeda yaitu di Kecamatan Bekasi Selatan sebanyak 115 kasus. Sedangkan di tahun 2014 kasus DBD terbanyak terdapat pada Kecamatan Bekasi Barat sebanyak 140 kasus, diikuti Kecamatan Bekasi Selatan sebanyak 124 kasus dan Kecamatan Bekasi Utara sebanyak 119 kasus.

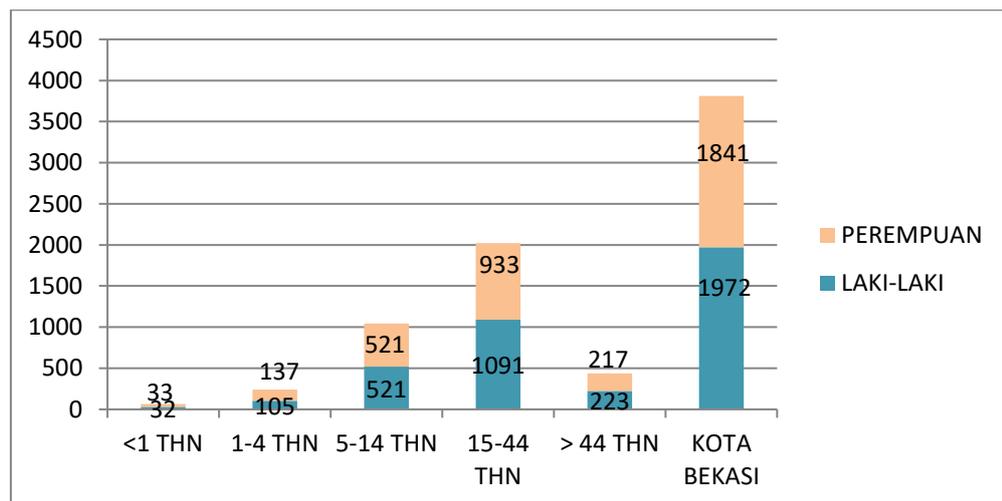
Distribusi penyakit DBD pada tiga tahun terakhir menurut kecamatan dengan kasus terbanyak adalah Kecamatan Bekasi Timur, Kecamatan Jati Asih dan Kecamatan Bekasi Barat. Ketiga Kecamatan tersebut merupakan kecamatan dengan kepadatan jumlah penduduk yang cukup tinggi dan wilayah yang cukup luas. Data distribusi penyakit DBD menurut Kecamatan dapat dilihat pada grafik berikut.

Grafik 4.15  
Distribusi Penyakit DBD Menurut Kecamatan di Kota Bekasi  
Tahun 2014 s.d 2016



Angka kejadian kasus DBD tahun 2016 dilihat dari umur, kejadian terbanyak dialami oleh pasien yang berumur antara 15 tahun sampai dengan 44 tahun. Hal ini berhubungan dengan aktifitas yang produktif pada umur tersebut. Dilihat dari jenis kelaminnya, angka kejadian kasus DBD antara pasien laki - laki dan perempuan hampir sama saja. Walaupun begitu penderita DBD lebih banyak pada jenis kelamin laki-laki sebanyak 1.972 orang dan penderita perempuan sebanyak 1.841 orang. Hal ini kemungkinan disebabkan karena laki-laki lebih banyak aktifitas daripada perempuan.

Grafik 4.16  
Distribusi Kasus DBD Menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin di Kota Bekasi Tahun 2016



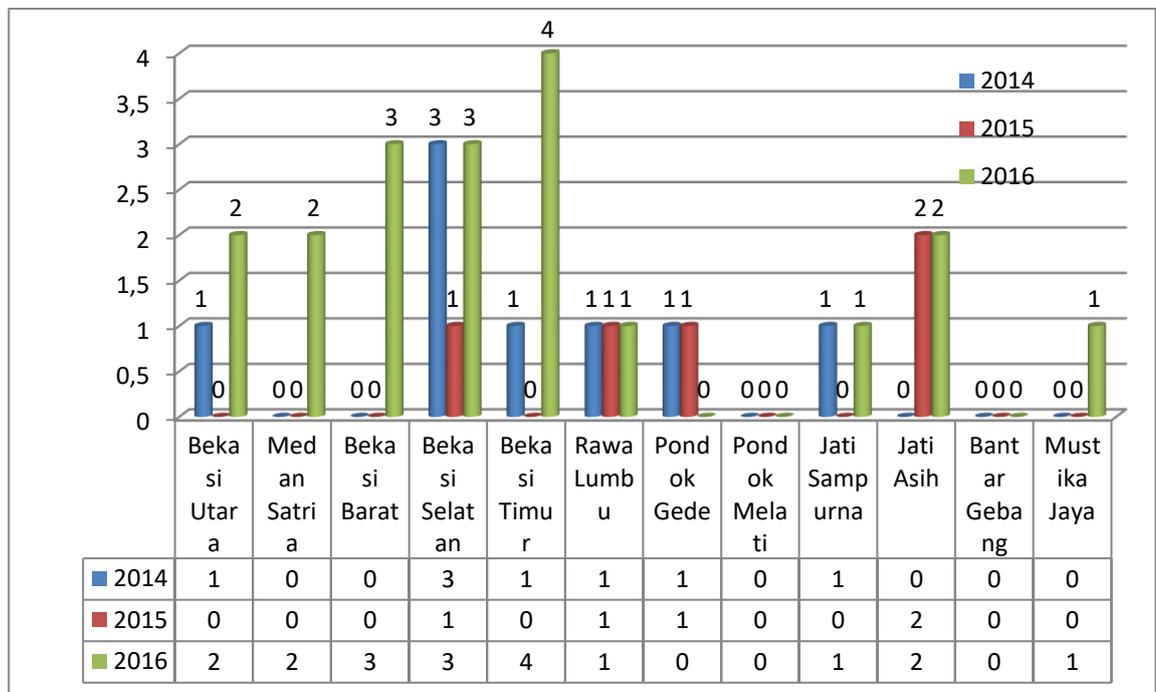
#### b. Malaria

Malaria merupakan salah satu penyakit tular vektor yang disebabkan oleh parasit *Plasmodium* yang hidup dan berkembang biak dalam sel darah merah manusia. Penyakit ini secara alami ditularkan melalui gigitan nyamuk anopheles betina. Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya kasus malaria yaitu aktifitas sehari-hari, pekerjaan, dan faktor lingkungan.

Intervensi yang bisa dilakukan untuk mengendalikan jumlah vektornya yaitu pelaksanaan *Indoor Residual Spray* (IRS), Larvasidasi, budi daya ikan patin, dan modifikasi lingkungan. Sementara sebagai upaya pencegahannya terdiri dari pemakaian *repellent*, alat pelindung diri dan kelambu berinsektisida (LLIN), serta pemberian obat profilaksis yaitu doksisisiklin.

Kota Bekasi telah mendapatkan Sertifikat Eliminasi Malaria diserahkan pada saat Hari Provinsi Jawa Barat di Gasibu Bandung tanggal 19 Agustus 2014. Sangatlah berat untuk mempertahankan status tersebut. Pada tahun 2015, sebagai upaya untuk dapat mempertahankan sertifikasi eliminasi malaria di Kota Bekasi, dilaksanakan penguatan surveillans baik di Puskesmas ataupun rumah sakit. Tujuannya agar setiap kasus malaria yang ditemui dapat terdiagnosa secara dini dan dapat di terapi sesuai pedoman yang terbaru, yaitu dengan menggunakan terapi kombinasi Artesunat.

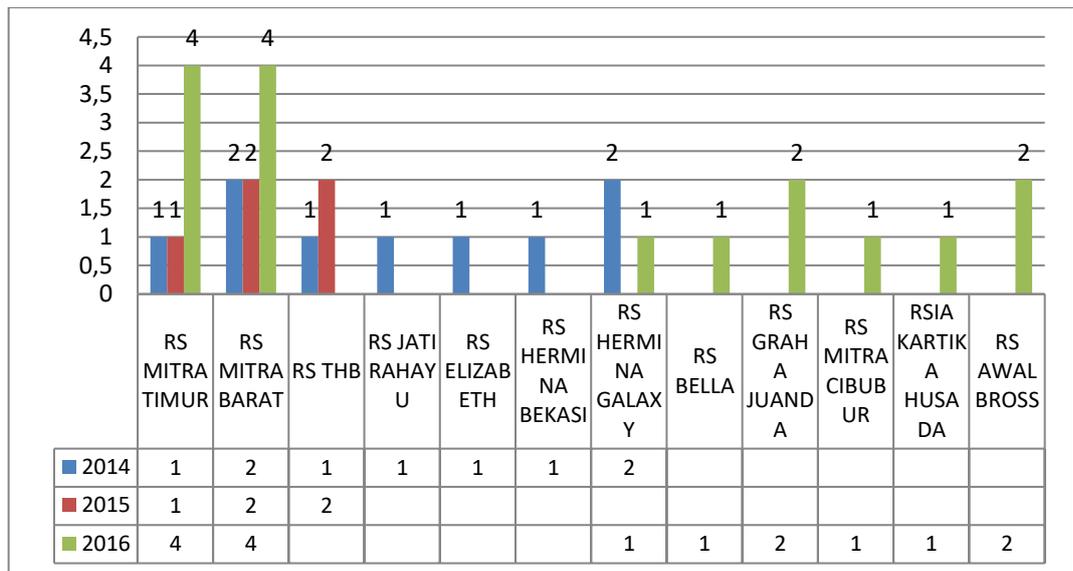
Grafik 4.17  
Distribusi Kasus Malaria Menurut Kecamatan di Kota Bekasi  
Tahun 2014 s.d 2016



Kasus Malaria pada penduduk yang berdomisili di Kota Bekasi tahun 2016 mengalami peningkatan (sebanyak 19 kasus impor malaria) bila dibandingkan dengan kasus impor malaria pada tahun 2015 (5 kasus) dan tahun 2014 (8 kasus).

Bila dilihat 3 tahun terakhir, kecamatan yang terbanyak kasus impor malaria adalah Kecamatan Bekasi Selatan sebanyak 7 kasus, Kecamatan Bekasi Timur sebanyak 5 kasus, dan Kecamatan Jati Asih sebanyak 4 kasus. Sedangkan pada tahun 2016 Kecamatan terbanyak kasus impor malaria yaitu kecamatan Bekasi Timur sebanyak 4 kasus, Kecamatan Bekasi Barat sebanyak 3 kasus, dan Kecamatan Bekasi Selatan sebanyak 3 kasus.

Grafik 4.18  
Distribusi Kasus Malaria Menurut Rumah Sakit Pelapor di Kota Bekasi Tahun 2014 s.d 2016



Berdasarkan rumah sakit pelapor kasus impor malaria terbanyak tiga tahun terakhir yaitu di RS Mitra Keluarga Bekasi Barat sebanyak 8 kasus, RS Mitra Keluarga Bekasi Timur sebanyak 6 kasus, RS Taman Harapan Baru sebanyak 3 kasus, dan RS Hermina Galaxi sebanyak 3 kasus.

Pada tahun 2016 rumah sakit yang terbanyak merawat kasus impor malaria yaitu RS Mitra Keluarga Bekasi Barat sebanyak 4 kasus dan RS Mitra Keluarga Bekasi Timur sebanyak 4 kasus.

Pemberian obat anti malaria diberikan kepada setiap penderita malaria impor yang dirawat dan ditemukan parasit *plasmodium* dalam sediaan darahnya. Sehingga dapat diukur angka kesakitan Malaria di Kota Bekasi dengan *Annual Paracyte Incidence* 0,0018 per 1.000 penduduk.

Setiap kasus malaria yang ditemukan, berdasarkan hasil wawancara bahwa sebelumnya penderita melakukan perjalanan ke wilayah endemis malaria seperti: Papua dan Kalimantan sekitar sebulan sebelum mulai sakit. Penderita malaria menetap selama beberapa hari sampai beberapa bulan di sana.

Diharapkan pada tahun selanjutnya setiap rumah sakit yang merawat penderita malaria dapat melaporkan ke Dinas Kesehatan setelah di diagnosa oleh dokter yang merawat sehingga tidak ditemukan lagi pengobatan malaria selain *Artemisinin Combination Therapy (ACT)*. Dan Puskesmas juga mampu untuk membuat rencana kerja program malaria di wilayah kerjanya dalam upaya meningkatkan pengendalian malaria. Dengan demikian, diharapkan dapat terjalin kerjasama yang baik dari seluruh komponen masyarakat Kota Bekasi untuk dapat mempertahankan eliminasi malaria.

### **c. Filariasis**

Filariasis (penyakit kaki gajah) adalah penyakit menahun menular, disebabkan oleh cacing filaria yang menyerang saluran dan kelanjar getah bening. Penyakit ini dapat menimbulkan cacat menetap dan masih merupakan masalah kesehatan masyarakat yang berdampak pada stigma sosial, kerugian ekonomi, produktifitas, menurunkan tingkat kesejahteraan yang

akhirnya berdampak pada rendahnya Indeks Pembangunan Manusia (IPM).

Sampai dengan tahun 2007 sebanyak 304 Kab/ Kota endemis filariasis (64,54 persen) dan 125 juta penduduk tinggal di daerah endemis yang beresiko tertular filariasis (*at risk*). Kasus kronis yang dilaporkan sampai dengan tahun 2007 secara kumulatif sebanyak 11.473 dari 378 Kab/Kota (banyak kasus kronis yang belum melaporkan)

Penyakit Filariasis (kaki gajah) di Kota Bekasi menempati urutan tertinggi kedua di Jawa Barat setelah Kabupaten Bekasi, sampai dengan tahun 2014 jumlah kasus klinis yang ditemukan sejumlah 46 orang, tersebar pada 28 Kelurahan, di 12 Kecamatan.

Pada tahun 2015 dilakukan validasi ulang oleh pengelola program sehingga data untuk memperbarui data yang tercatat. Karena banyak penderita yang telah meninggal dan pindah maka jumlah kasus klinisnya menjadi 32 orang yang tersebar di 19 kelurahan di Kota Bekasi.

Sejak tahun 2000 sudah tercatat ada beberapa wilayah kelurahan yang endemis filariasis, dimana terlihat dari mikrofilaria rate  $\geq 1$  persen. Pada tahun 2010 tercatat Kelurahan Jati Sampurna dan Jati Murni *mf rate* sebesar 1,3 persen diikuti Kelurahan Bintara Jaya dengan *mf rate* 1,1 persen. Pada tahun 2012 hanya Kelurahan Jati Sampurna yang endemis filariasis. Dan pada tahun 2014 tercatat Kelurahan Jati Karya yang endemis, berdasarkan hasil Survei Darah Jari (SDJ) terhadap 4.174 orang, ditemukan masih ada 4 (empat) orang yang positif mengandung mikrofilaria dalam darahnya (*mf rate* 1 persen).

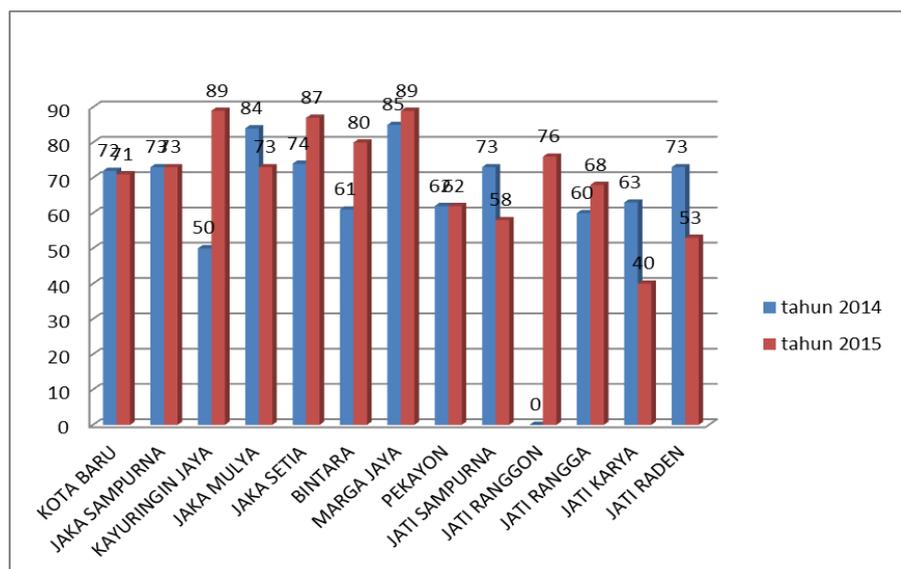
Pada tahun 2015 pencapaian *mf rate* adalah 0 persen. Ini menunjukkan bahwa tidak ada lagi penularan kasus klinis filariasis di Kota Bekasi. Namun, masih ditemukan kasus klinis filariasis yang baru, di beberapa kelurahan yaitu: Kelurahan Jati

Makmur, Kelurahan Jati Warna, Kelurahan Pengasinan, Kelurahan Aren Jaya, dan Kelurahan Kaliabang Tengah.

Hal ini disebabkan karena kebanyakan penderita ini adalah pendatang. Sehingga, angka *mf rate* pun tidak terpengaruh karena memang pemeriksaan Survey Darah Jari (SDJ) yang telah dilakukan bukan pada kelurahan yang sama dengan yang ditemui kasus klinis filariasis baru.

Hasil pemeriksaan SDJ di Jati Sampurna dari 5 (lima) kelurahan yang dilakukan pada tahun 2014 ditemukan *mf rate*-nya 1 persen. Berdasarkan kebijakan nasional dan WHO melalui surat tanggal 18 November 2014 nomor PM.01.13/IV.4/1078/2014 tentang Penyampaian Rekomendasi Pertemuan Evaluasi dalam rangka Akselerasi POMP Filariasis, pemberitahuan hasil survei Endemisitas dan survei pre TAS Filariasis, dilakukan penambahan pelaksanaan POMP – F sebanyak 2 putaran (2 tahun) di 2 kecamatan yang telah melaksanakan putaran ketiga dan 1 kecamatan yang memiliki *mf rate* >1 persen, serta untuk 9 kecamatan lainnya dibagi menjadi 2 *Evaluation Unit* (EU).

Grafik 4.19  
Cakupan Hasil POMP-F Filariasis Menurut Kelurahan Di Kota Bekasi Tahun 2014 s.d 2015



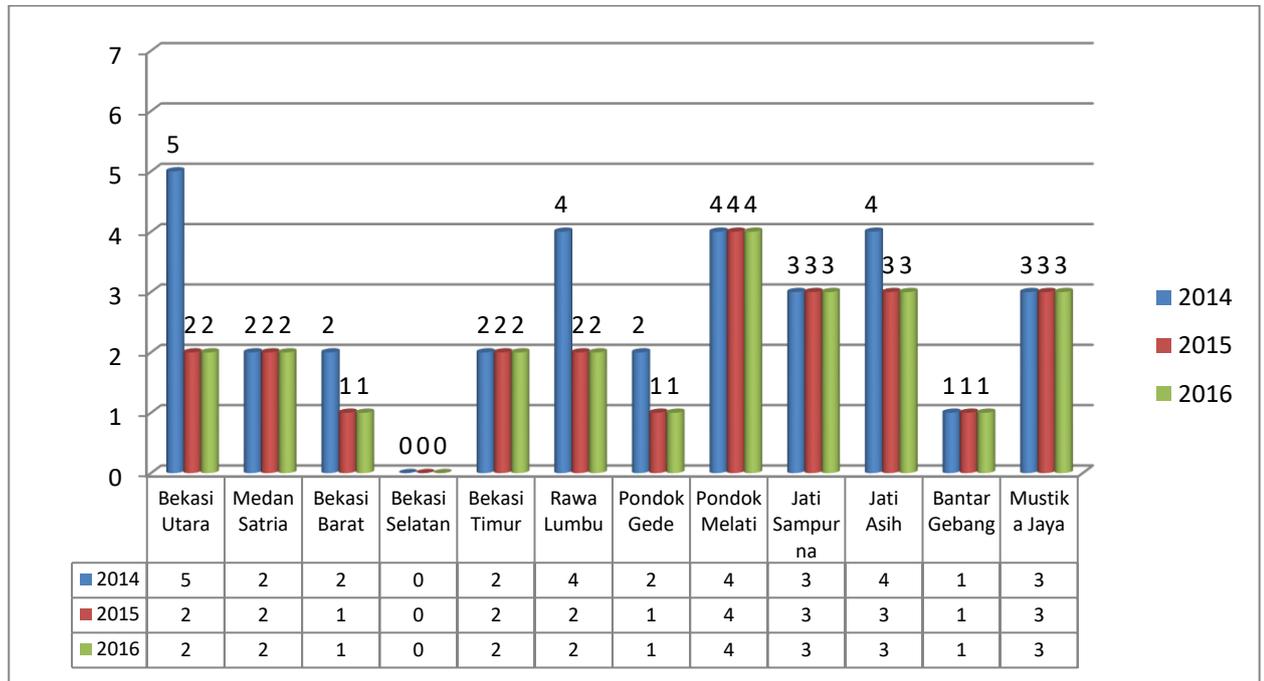
Pada tahun 2015 dan 2016 ini tetap dilaksanakan POMP-F di Kecamatan Jati Sampurna. Berdasarkan hasil SDJ dan POMP-F yang telah dilaksanakan di Kota Bekasi selama 12 tahun di Kecamatan Jati Sampurna, maka Kementerian Kesehatan RI bersama WHO menunjuk secara *random* agar pada tahun 2016 dapat dilakukan kegiatan TAS (*Transmission Areal Survey*) yang pertama di wilayah Kecamatan Jati Sampurna.

Cakupan minum obat untuk pelaksanaan Pemberian Obat Masal Pencegahan Filariasis (POMP-F) tahun 2014 juga masih rendah dengan rata-rata 70,57 persen dari 12 kelurahan. Pada tahun 2015 tercapai angka cakupan minum obat hanya 70,61 persen. Sedangkan target yang ingin dicapai adalah angka cakupan minum obat di atas 75 persen dari seluruh jumlah penduduk.

Angka cakupan minum obat ini merupakan indikator keberhasilan program eliminasi Filariasis. Semua ini menunjukkan bahwa masih banyak penduduk yang tidak minum obat filariasis, meskipun kesalahan minum obat sudah tidak ditemukan lagi. Dapat dinilai bahwa kesadaran masyarakat masih rendah untuk minum obat filariasis. Karena petugas Puskesmas juga telah sering memberikan sosialisasi dampak penyakit filariasis ini kepada masyarakat di wilayah kerjanya.

Pada tahun 2016 tidak ada kasus baru filariasis sehingga jumlah kasus masih sama dengan tahun 2015 dimana kecamatan Pondok Melati terdapat 4 kasus terbanyak pertama selanjutnya kecamatan Jati Sampurna 3 kasus, Kecamatan Jati Asih 3 kasus, dan Kecamatan Mustika Jaya 3 kasus. Sedangkan di tahun 2014 Kecamatan Bekasi Utara terbanyak pertama yaitu 5 kasus diikuti oleh Kecamatan Rawa Lumbu sebanyak 4 kasus, Kecamatan Pondok Melati 4 kasus dan Kecamatan Jati Asih 4 kasus.

Grafik 4.20  
Distribusi Kasus Filariasis Menurut Kecamatan  
Di Kota Bekasi Tahun 2014 s.d 2016



### 4.5.3 Gambaran Penyakit Menular Langsung

#### a. Tuberkulosa (TB Paru)

Tuberkulosis paru (TB) adalah salah satu penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman dari kelompok *Mycobacterium* yaitu *Mycobacterium tuberculosis*. Sumber penularan adalah pasien TB BTA positif melalui percik renik dahak yang dikeluarkannya.

Namun, bukan berarti bahwa pasien TB dengan hasil pemeriksaan BTA negatif tidak mengandung kuman dalam dahaknya. Hal tersebut bisa saja terjadi oleh karena jumlah kuman yang terkandung dalam contoh uji kurang dari atau sama dengan 5.000 kuman per cc dahak sehingga sulit dideteksi melalui pemeriksaan mikroskopis langsung.

Sejak tahun 1995, program penanggulangan TB nasional mengadopsi strategi DOTS atau *Directly Observed Treatment Shortcourse*, yang direkomendasi oleh WHO. Bank Dunia menyatakan strategi DOTS merupakan strategi kesehatan yang paling *cost effective*. Strategi DOTS terdiri dari 5 komponen kunci, yaitu:

- 1) Komitmen politis, dengan peningkatan dan kesinambungan pendanaan.
- 2) Penemuan kasus melalui pemeriksaan dahak mikroskopis yang terjamin mutunya.
- 3) Pengobatan yang standar, dengan supervisi dan dukungan bagi pasien.
- 4) Sistem pengelolaan dan ketersediaan OAT yang efektif.
- 5) Sistem monitoring, pencatatan dan pelaporan yang mampu memberikan penilaian terhadap hasil pengobatan pasien dan kinerja program.

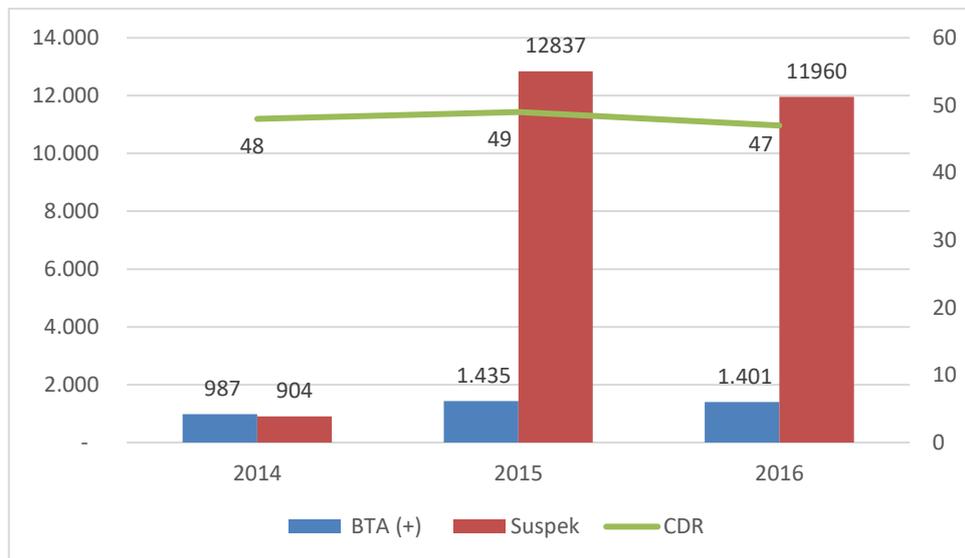
Fokus utama DOTS adalah penemuan dan penyembuhan pasien, prioritas diberikan kepada pasien TB tipe menular. Strategi ini akan memutuskan rantai penularan TB dan dengan demikian menurunkan insidens TB di masyarakat. Menemukan dan menyembuhkan pasien merupakan cara terbaik dalam upaya pencegahan penularan TB.

Eliminasi TB tahun 2035 dan Indonesia bebas TB tahun 2050 merupakan target Indonesia dalam pengendalian Penyakit TB, sehingga diperlukan penguatan kepemimpinan program TB, peningkatan akses pelayanan TB yang bermutu, pengendalian faktor risiko TB, peningkatan kemitraan, peningkatan kemandirian masyarakat dalam pengendalian TB, dan penguatan manajemen program TB.

Salah satu target Nasional program pengendalian TB dapat dilihat dari angka penemuan kasus (*Case Detection Rate/CDR*).

CDR adalah persentase jumlah pasien baru TB paru BTA positif yang ditemukan dibanding jumlah pasien baru TB paru BTA positif yang diperkirakan ada dalam wilayah tersebut yaitu sebesar 90 persen, tetapi untuk target wilayah provinsi Jawa Barat adalah sebesar 70 persen dan persentase kasus baru TB paru (BTA positif) yang disembuhkan sebesar 85 persen.

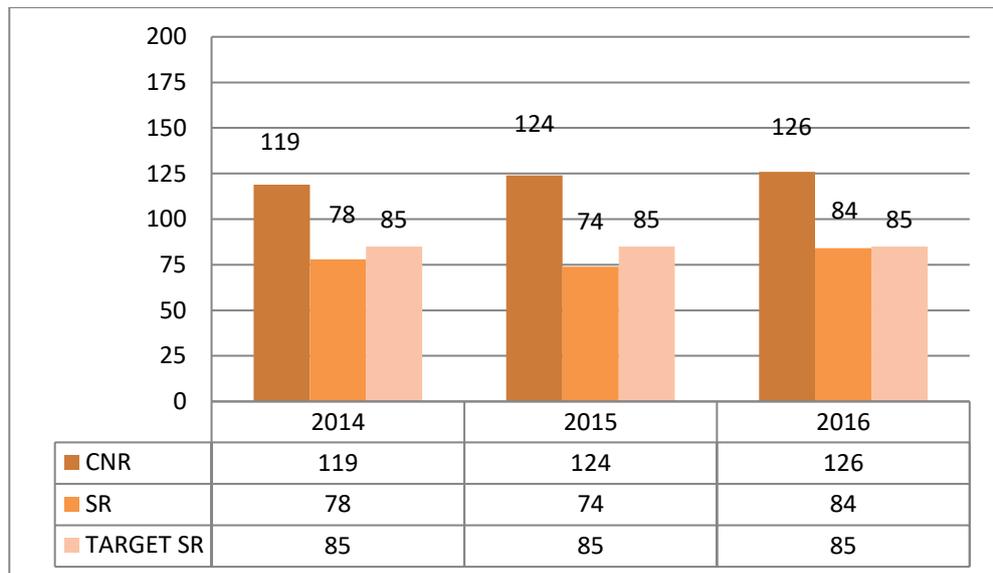
Grafik 4.21  
Trend Jumlah Kasus TB Paru Dengan BTA (+) dan  
*Case Detection Rate (CDR)*  
di Kota Bekasi Tahun 2014 s.d 2016



Tahun 2016, Kota Bekasi menemukan 1.401 kasus baru BTA positif dari 11.960 suspek BTA positif yang diperkirakan (CDR 47 persen). Angka ini sedikit menurun bila dibandingkan dengan angka kasus baru BTA positif di tahun 2015 yaitu sebesar 1.435 kasus dari suspek BTA positif yang diperkirakan sebesar 12.831 (CDR 49 persen) dan angka kasus baru BTA positif ditahun 2014 yaitu sebesar 987 kasus dari suspek BTA positif yang diperkirakan sebesar 9.204 (CDR 48 persen).

Target *Case Detection Rate* (CDR) TB yaitu 70 persen di Kota Bekasi sampai tiga tahun terakhir ini belum mencapai target hal ini disebabkan oleh beberapa faktor. Salah satunya adalah belum adanya SK Walikota/ PERDA/ PERWAL yang mengatur tentang TB.

Grafik 4.22  
*Case Notification Rate* (CNR) dan *Success Rate* (SR)  
 di Kota Bekasi 2014 s.d 2016

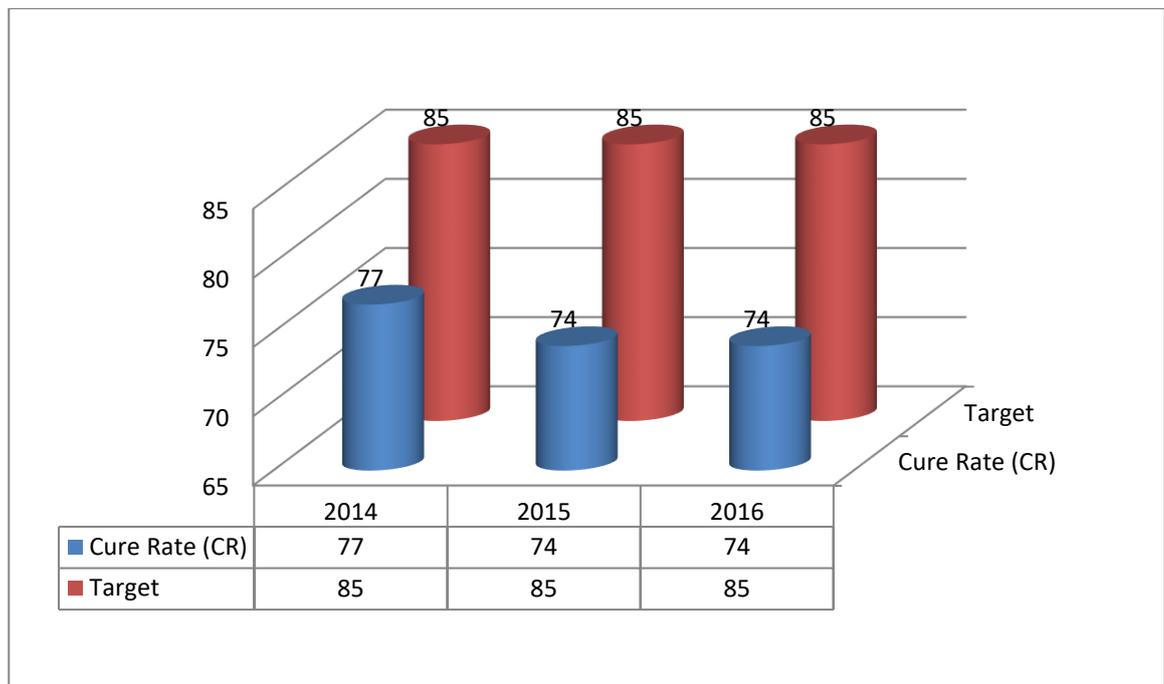


*Case Notification Rate* (CNR) merupakan indikator yang menggambarkan cakupan penemuan kasus TB. Angka Notifikasi kasus ini apabila dikumpulkan serial, akan menggambarkan kecenderungan penemuan kasus dari tahun ke tahun di wilayah tersebut. Dan angka ini diharapkan meningkat 5 persen setiap tahunnya.

Bila dilihat pada grafik 4.22, di tahun 2014 CNR TB sebesar 119 per 100.000 penduduk. Bila dibandingkan dengan angka CNR TB tahun 2015 sebesar 124 per 100.000 penduduk, ada kenaikan sebesar lima persen. Dan CNR TB ini juga meningkat di tahun 2016 sebesar 126 per 100.000 penduduk (kenaikan 0.9 persen).

Cakupan *Success Rate* (SR) merupakan angka keberhasilan pengobatan TB dengan target 85 persen. Capaian SR Tahun 2016 sebesar 84 persen mengalami kenaikan bila dibandingkan dengan capaian SR Tahun 2015 sebesar 74 persen dan capaian SR tahun 2014 sebesar 78 persen.

Grafik 4.23  
Trend *Cure Rate* (CR) di Kota Bekasi 2014 s.d 2016



Angka kesembuhan pada tahun 2016 sama dengan tahun 2015 yaitu sebesar 74 persen. Capaian ini menurun bila dibandingkan dengan angka kesembuhan tahun 2014 yaitu sebesar 77 persen, dan capaian ini masih sangat jauh dari target yang seharusnya yaitu sebesar 85 persen. Hal ini disebabkan karena masih banyaknya kasus TB yang “hilang” atau tidak dilaporkan ke program terutama dari fasilitas kesehatan swasta.

## b. Kusta

Penyakit kusta merupakan salah satu penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium leprae*. Penyakit kusta sampai saat ini masih ditakuti masyarakat, keluarga termasuk sebagian petugas kesehatan. Hal ini disebabkan masih kurangnya pengetahuan/pengertian, kepercayaan yang keliru terhadap kusta dan cacat yang ditimbulkannya.

Klasifikasi penyakit kusta berdasarkan WHO dibagi dalam 2 tipe yaitu tipe Pausi Basilar (PB) dan tipe Multi Basilar (MB). Dasar dari klasifikasi ini adalah gambaran klinis dan hasil pemeriksaan BTA melalui pemeriksaan kerokan jaringan kulit.

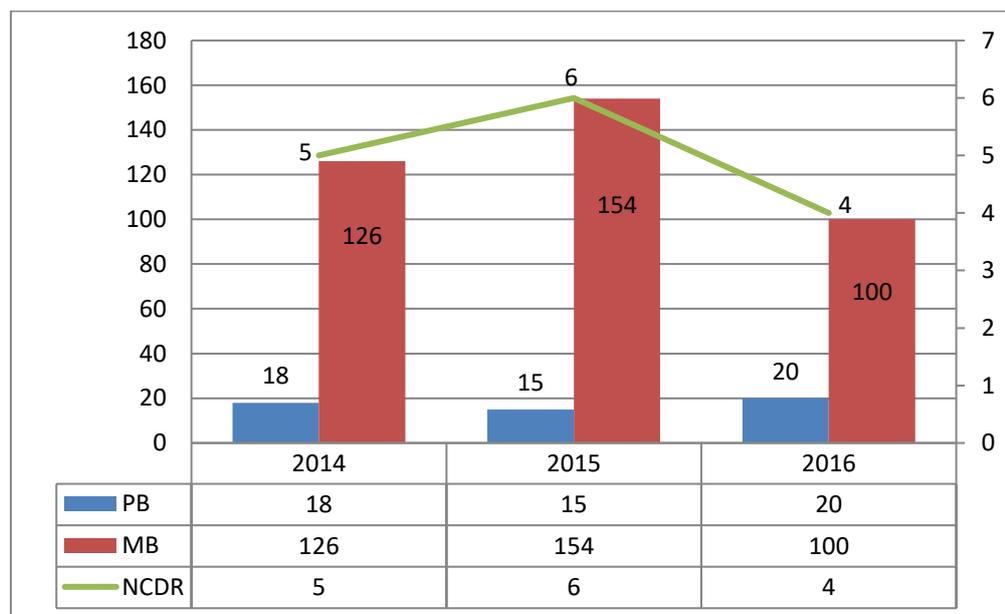
Provinsi Jawa Barat berdasarkan analisa Program Pengendalian (P2) Penyakit Kusta di tingkat nasional merupakan salah satu provinsi *high burden* kusta di Indonesia yang merupakan provinsi nomor dua di Indonesia setelah Provinsi Jawa Timur sebagai provinsi penyumbang kasus baru terbanyak.

Pada akhir tahun 2015 di Provinsi Jawa Barat terdapat kabupaten/kota yang mempunyai prevalensi kusta  $> 1$  per 10.000 penduduk, yaitu: Kabupaten Indramayu, Kabupaten Karawang, Kabupaten Cirebon, dan Kabupaten Subang.

Berdasarkan beban kerja P2 Kusta di wilayah Provinsi Jawa Barat, kabupaten/kota dengan angka absolut penemuan kasus baru  $>100$  kasus/ tahun termasuk kategori kabupaten *high burden*. Kota Bekasi dengan penemuan kasus baru pada tahun 2016 sebanyak 120 kasus baru (meski menurun dibandingkan tahun 2015 sebanyak 169 kasus baru), termasuk dalam kabupaten/kota *high burden*. Walaupun bila dilihat dari angka prevalensi kusta Kota Bekasi tahun 2016 yaitu sebesar 0,5 per 10.000 penduduk, sudah  $< 1/10.000$  penduduk.

Angka penemuan kasus baru kusta atau *New Case Detection Rate* (NCDR) tahun 2016 mengalami penurunan dibandingkan tahun 2015 yaitu sebesar 4 per 100.000 penduduk (2016) dan sebesar 6 per 100.000 penduduk (2015). Dilihat dari kasus penderita kusta tahun 2016 untuk tipe MB juga mengalami penurunan (sebesar 100 kasus) bila dibanding dengan tahun 2015 (sebesar 154 kasus). Namun untuk tipe PB mengalami kenaikan dari 15 kasus tahun 2015 menjadi 20 kasus di tahun 2016.

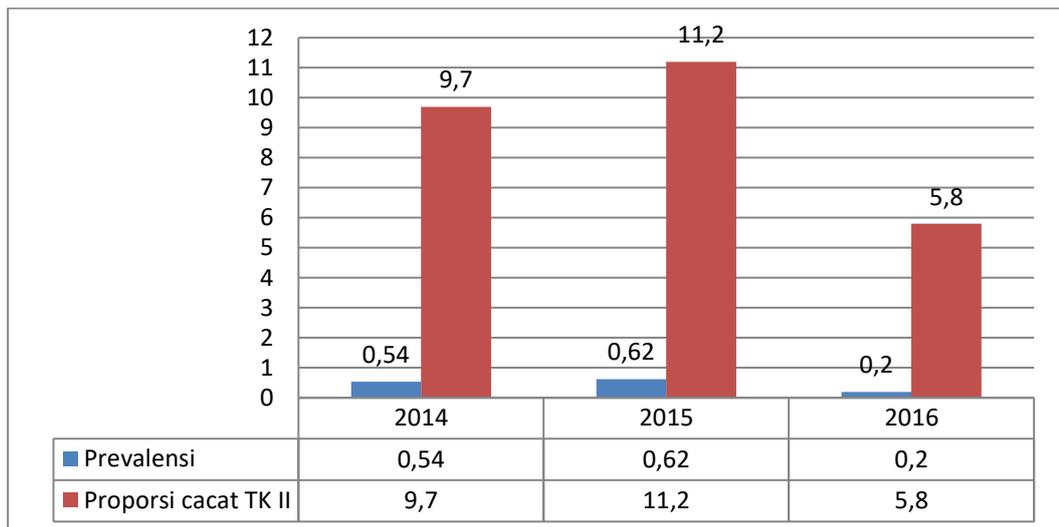
Grafik 4.24  
Trend NCDR dan Kasus Kusta Baru Menurut Tipe Kusta  
Di Kota Bekasi Tahun 2014 s.d 2016



Indikator proporsi cacat tingkat II pada kasus baru kusta, merupakan indikator untuk mengkaji keberhasilan program dari sisi partisipasi masyarakat dan kemampuan program dalam penemuan dini kasus kusta. Proporsi kasus cacat tingkat II pada tahun 2016 ditemukan sebesar 5,8 persen angka ini menunjukkan adanya penurunan bila dibandingkan dengan tahun 2015 sebesar 11,2 persen.

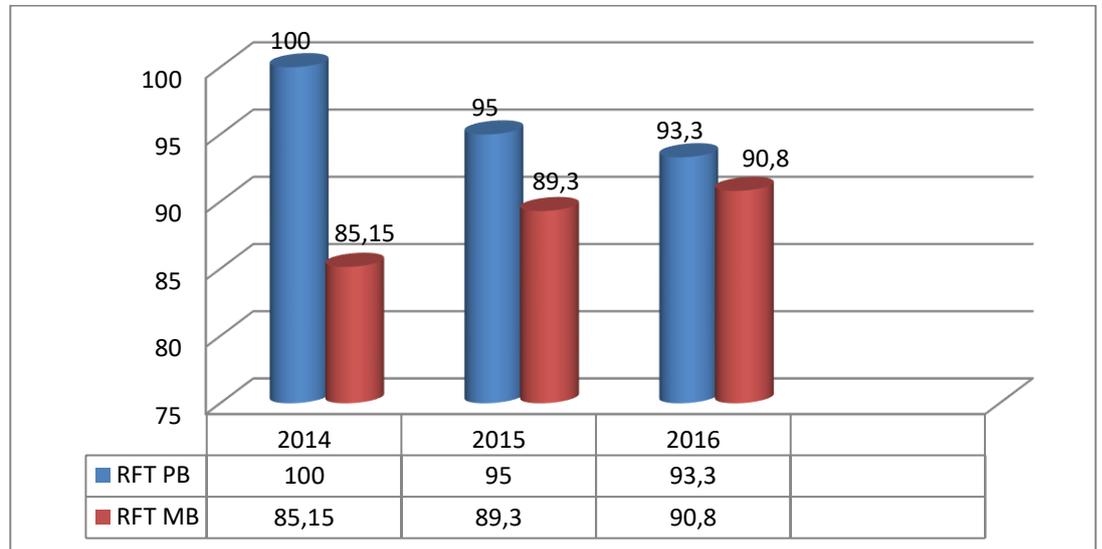
Angka ini masih diatas target nasional yang diharapkan yaitu: proporsi cacat tingkat II sebesar <5 persen. Hal ini disebabkan karena keterlambatan dalam penemuan dini kasus kusta, baik keterlambatan penderita mencari pengobatan atau pun keterlambatan petugas dalam penemuan kasus. Keterlambatan ini terkait dengan kurangnya pengetahuan atau informasi mengenai kusta di masyarakat, stigma yang masih melekat terhadap kusta sehingga kasus-kasus baru kusta yang ditemukan sudah dalam kondisi cacat tingkat II.

Grafik 4.25  
Prevalensi dan Proporsi Cacat Tingkat II di Kota Bekasi Tahun 2014 s.d 2016



Penderita kusta yang telah selesai pengobatan *Release From Treatment* (RFT) atau angka kesembuhan merupakan indikator yang sangat penting dalam kualitas tata laksana pasien dan kepatuhan pasien dalam minum obat. Untuk keperluan analisa pengobatan digunakan analisa kohort, yaitu teknik analisa yang digunakan di dalam mempelajari angka kesakitan yang dikelompokkan menurut tanggal/ waktu mulai diberikan pengobatan MDT dan dimonitoring selama pengobatan, yaitu selama 6-9 bulan untuk pasien PB dan 12-18 bulan untuk pasien MB.

Grafik 4.26  
Trend RFT Rate Pasien Penyakit Kusta Tipe PB dan MB  
Di Kota Bekasi Tahun 2014 s.d 2016



Angka kesembuhan tahun 2016 untuk penderita kusta tipe PB adalah 93,3 persen mengalami penurunan bila dibandingkan dengan tahun 2015 sebesar 95 persen dan tahun 2014 sebesar 100 persen. Sedangkan angka kesembuhan penderita kusta tipe MB mengalami peningkatan di tahun 2016 sebesar 90,8 persen bila dibandingkan dengan tahun 2015 sebesar 89,3 persen dan tahun 2014 sebesar 85,15 persen.

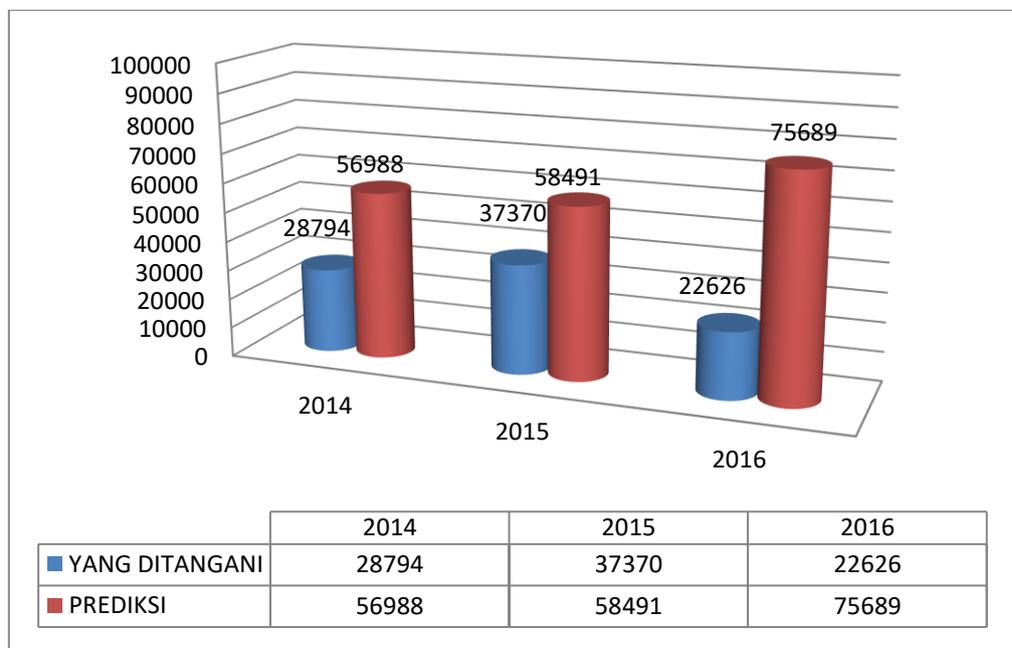
Pelaksanaan program pengendalian kusta diintegrasikan dengan pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dapat menjaga kesinambungan pelayanan kusta yang berkualitas. Selain itu juga dapat memastikan setiap orang yang terkena kusta dimanapun dia berada, mempunyai kesempatan yang sama untuk mendapatkan diagnosis dan pengobatan oleh petugas kesehatan yang kompeten, termasuk sistem rujukan yang efektif dalam mengatasi komplikasi tanpa terlambat dan biaya yang tinggi.

### c. Diare

Penyakit diare menurut *World Health Organization* (WHO) adalah suatu penyakit yang ditandai dengan perubahan bentuk dan konsistensi tinja yang lembek sampai mencair dan bertambahnya frekuensi buang air besar yang lebih dari biasa, yaitu 3 kali atau lebih dalam sehari yang mungkin dapat disertai dengan muntah atau tinja yang berdarah.

Penyakit diare termasuk penyakit yang dapat menimbulkan KLB, maka perlu dibuat laporan mingguan. Untuk dapat membuat laporan rutin, perlu pencatatan setiap hari penderita diare yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan, posyandu, atau kader. Laporan rutin ini dikompilasi oleh petugas pencatatan dan pelaporan diare di Puskesmas kemudian dilaporkan ke Dinas Kesehatan Kota Bekasi melalui laporan setiap bulan.

Grafik 4.27  
Trend Estimasi Penderita Diare dengan Penderita yang Ditangani di Kota Bekasi Tahun 2014 s.d 2016



Tahun 2016 penderita diare yang ditangani sebanyak 22.626 orang, dari estimasi perkiraan penderita diare sebanyak 75.689 orang. Ini artinya baru 29,89 persen saja penderita yang ditangani. Angka ini masih sangat jauh dari target yang harus dicapai yaitu 95 persen. Bila dibandingkan dengan tahun 2015, penderita diare tahun 2016 mengalami penurunan. Jumlah penderita diare yang ditangani tahun 2015 sebesar 37.370 dari estimasi perkiraan penderita yaitu 58.491 pasien (63,8 persen) dan tahun 2014 penderita diare sebesar 28.794 (50,52 persen) dari perkiraan penderita diare sebesar 56.988.

Untuk meningkatkan cakupan penderita diare, perlu adanya sosialisasi program diare dan kerja sama dengan seluruh Rumah Sakit yang ada di Kota Bekasi.

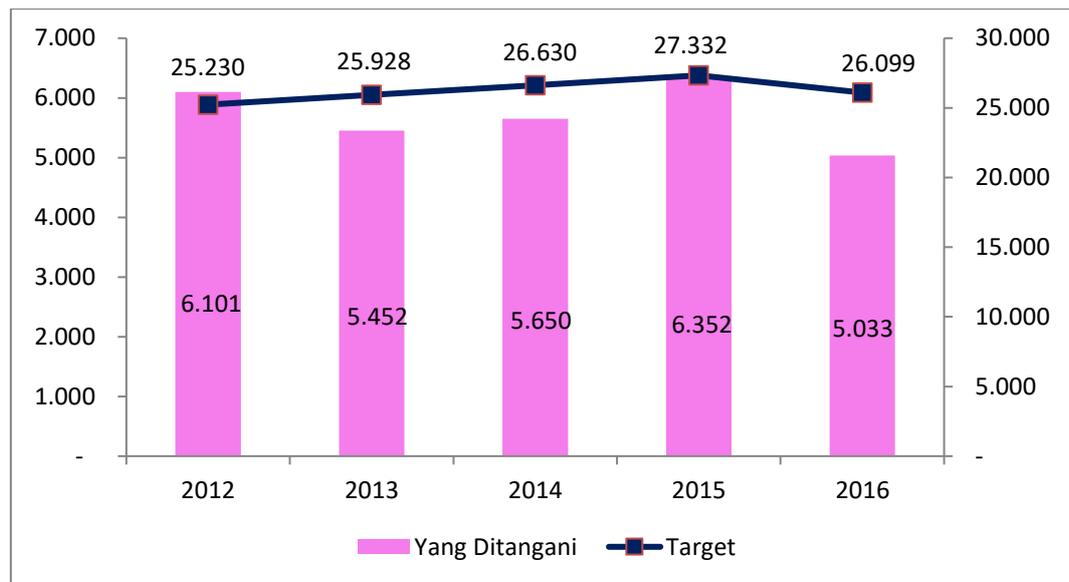
#### **d. Pneumonia**

Infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) adalah infeksi akut yang menyerang salah satu bagian/ lebih dari saluran napas mulai hidung sampai alveoli termasuk adneksanya (sinus, rongga telinga tengah, dan pleura). Pneumonia adalah infeksi akut yang mengenai jaringan paru-paru (alveoli). Tanda dan gejala penyakit infeksi saluran pernapasan dapat berupa: batuk, kesukaran bernapas, sakit tenggorok, pilek, sakit telinga dan demam.

Pneumonia merupakan penyakit paling serius dan paling membahayakan jiwa anak-anak dibandingkan dengan infeksi saluran pernapasan lainnya terutama pada bayi dan anak berusia di bawah lima tahun. Dari tahun ke tahun pneumonia selalu menduduki peringkat atas dalam hal penyebab kematian bayi dan anak balita Indonesia. Strategi dalam penanggulangan pneumonia adalah penemuan dini dan tata laksana anak batuk dan atau kesukaran bernapas dengan tepat.

Capaian penemuan penderita pneumonia balita di Kota Bekasi tahun 2016 mengalami penurunan yang cukup signifikan, bahkan dalam 5 tahun terakhir penemuan penderita pneumonia tahun 2016 merupakan yang terendah. seperti terlihat pada grafik 4.33 berikut. Penderita pneumonia balita tahun 2016 sebanyak 5.033 balita (19,3 persen dari target 26.099 balita), Jumlah ini mengalami penurunan dari tahun 2015 penemuan penderita pneumonia sebanyak 6.352 balita atau sebesar 23,24 persen yang ditangani dari target penemuan kasus pneumonia balita sebanyak 27.332 kasus.

Grafik 4.28  
Trend Penemuan Penderita Pneumonia Pada Balita di Kota Bekasi Tahun 2012 s.d 2016



Cakupan penemuan di atas masih jauh dari target yang diharapkan yaitu 70 persen. Karena sumber data sebagian besar baru dari Puskesmas. Cakupan yang sangat rendah ini bisa berarti bahwa banyak kasus pneumonia balita yang tidak dibawa berobat oleh orang tua atau dapat juga berarti bahwa petugas tidak melaksanakan tata laksana standar (terutama penghitungan napas).

Hal ini dapat diatasi dengan lebih meningkatkan peran serta masyarakat melalui pelatihan kader, penyuluhan kepada ibu-ibu dan memberikan pelatihan kepada petugas kesehatan. Mungkin bisa juga disebabkan petugas belum mengerti tata laksana standar yang dimaksud, atau petugas sudah dilatih dan mengerti namun belum mau mengubah sikap dalam tata laksana pneumonia.

Untuk itu bimbingan teknik dan pemantauan program ISPA Pneumonia baik bagi petugas Puskesmas maupun petugas di rumah sakit harus selalu dilaksanakan di setiap wilayah kerja Puskesmas.

Kegiatan pemantauan sangat penting dilakukan, khususnya pemantauan cakupan di tingkat Puskesmas. Diperkenalkan alat (*tool*) pemantau sederhana yang disebut alat pemantauan wilayah setempat (PWS) berupa tabel pemantauan cakupan per bulan yang dapat digunakan di semua tingkat terutama di Puskesmas.

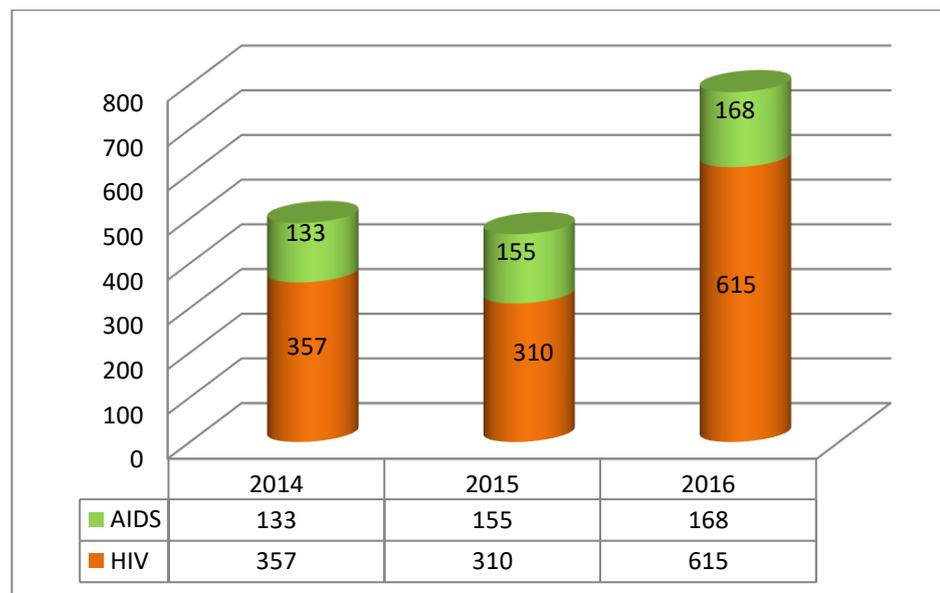
Tabel ini sebagai alat untuk mengetahui kemajuan/kemunduran suatu wilayah mengenai cakupan pelayanan yang harus dicapainya pada suatu saat tertentu. Dengan kegiatan pemantauan yang teratur dapat diketahui dengan cepat, strategi apa yang harus dilakukan untuk mencapai target yang telah ditentukan pada 3 bulanan, 6 bulanan dan seterusnya sehingga evaluasi di akhir tahun dapat mencapai target yang diinginkan.

#### **4.5.4 Gambaran Penyakit Menular Seksual**

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah suatu virus yang menginfeksi tubuh manusia. Virus ini, karakteristiknya mereproduksi diri sendiri di dalam sel tubuh manusia dan membuat tubuh manusia turun sistem kekebalannya, sehingga tubuh gagal melawan infeksi.

Penyakit HIV ini merupakan salah satu penyakit menular langsung. Kumpulan gejala penyakit akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh oleh karena adanya HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) didalam tubuh disebut AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrom*). Kasus HIV di Kota Bekasi sampai dengan Desember 2016 terdapat pada urutan ketiga di Jawa Barat setelah Kota Bogor dan Kota Bandung sebesar 615 kasus. Dan Kota Bekasi berada pada urutan kedua untuk kasus AIDS di Jawa Barat setelah Kota Bandung dengan jumlah penderita AIDS sampai dengan Tahun 2016 sebanyak 1.220 kasus.

Grafik 4.29  
Trend Kasus HIV dan AIDS di Kota Bekasi  
Tahun 2014 s.d 2016



Jumlah penemuan kasus baru HIV pada tahun 2016 (615 kasus) mengalami peningkatan hampir dua kali lipat bila dibandingkan dengan jumlah penemuan kasus tahun 2015 (310 kasus) dan tahun 2014 (357 kasus). Begitu pula dengan penemuan AIDS mengalami kenaikan pada tahun 2016 (168 kasus) dibandingkan dengan penemuan AIDS tahun 2015 (155 kasus).

Secara keseluruhan jumlah kasus HIV-AIDS tahun 2016 terlihat meningkat tajam (783 kasus) bila dibandingkan dengan total kasus HIV-AIDS tahun 2015 (465 kasus) dan tahun 2014 sebesar 490 kasus. Peningkatan ini disebabkan karena pelaporan penemuan kasus HIV-AIDS semakin baik dan penjangkauan terhadap komunitas resiko HIV-AIDS semakin luas.

Sejak beberapa tahun belakangan ini telah banyak kemajuan dicapai dalam program pengendalian HIV di Kota Bekasi. Berbagai layanan terkait HIV telah dikembangkan dan dimanfaatkan oleh masyarakat yang membutuhkannya yaitu populasi kunci dengan jumlah yang terus meningkat.

Namun demikian efektifitas maupun kualitas intervensi dan layanan tersebut masih belum merata dan belum semuanya saling terkait. Selain itu masih banyak tantangan yang harus dihadapi seperti jangkauan layanan, cakupan, maupun retensi klien pada layanan, termasuk di wilayah dengan beban yang tinggi. Hal ini sesuai dengan rekomendasi *External review 2011 of the health sector respon to HIV* yang diselenggarakan pada bulan September 2011.

Rekomendasi tersebut menggarisbawahi kebutuhan dan pengembangan layanan komprehensif yang menjamin kesinambungan antara upaya pencegahan dan perawatan dengan lebih melibatkan masyarakat terkait. Beberapa rekomendasi dari review lain juga menekankan hal yang sama yaitu:

- Harus segera dilakukan penguatan sistem kesehatan dan layanan pencegahan dan perawatan yang berkesinambungan dengan jejaring kerja sama yang lebih dekat dengan organisasi kemasyarakatan.
- Peningkatan cakupan dan retensi layanan terapi ARV dengan menerapkan perawatan ODHA yang berkesinambungan.

Sistem penyelenggaraan kegiatan pencegahan dan penanggulangan HIV di Kota Bekasi mengacu kepada prakarsa baru dari WHO dan UNAID, yaitu menekankan penyederhanaan

pemberian terapi ARV, penggunaan teknik diagnosis dan pemantauan sederhana di tempat, mengurangi biaya, mengadaptasi sistem layanan sesuai kondisi setempat dan melibatkan masyarakat. Dengan demikian, upaya pencegahan dapat dipercepat peningkatannya. Hal tersebut hanya akan terwujud dengan mempromosikan desentralisasi layanan pengobatan dengan pendekatan pendelegasian tugas (*task shifting approach*).

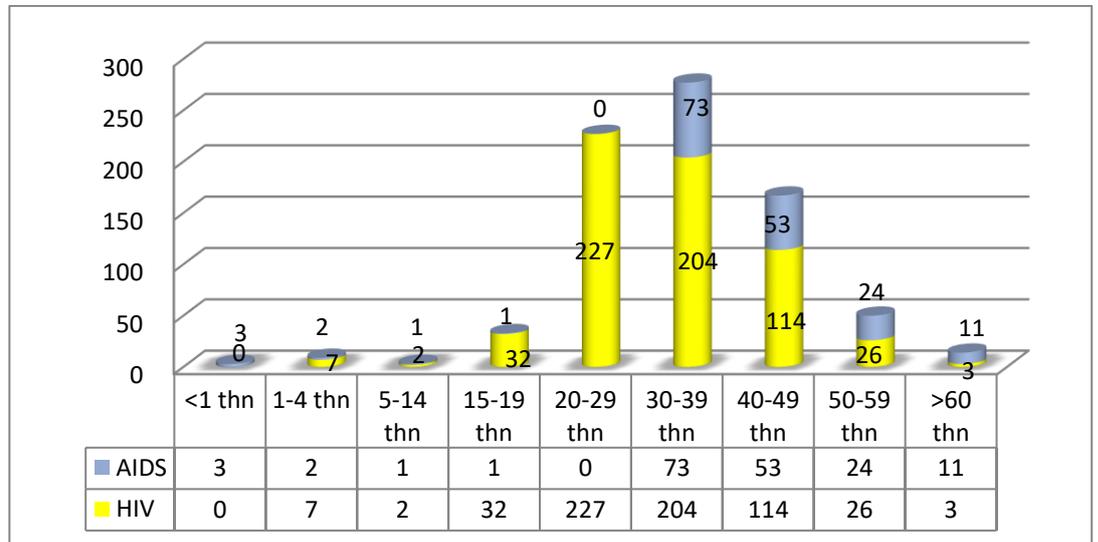
Di samping itu juga perlunya peningkatan cakupan dan kualitas layanan pencegahan dan perawatan HIV melalui layanan komprehensif yang terintegrasi di tingkat Kota Bekasi, sesuai dengan tujuan pengendalian HIV di Indonesia, yaitu menurunkan angka kesakitan, kematian dan diskriminasi serta meningkatkan kualitas hidup ODHA, maka diperlukan upaya pengendalian serta layanan HIV dan IMS yang komprehensif di Kota Bekasi.

Beberapa mitra kerja/ Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) telah bekerja sama dengan Dinas Kesehatan Kota Bekasi dalam rangka pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS, antara lain: Lembaga Kasih Indonesia, Yayasan Grapiks, Yayasan Rumah Sebaya, Yayasan Perempuan Sehati, Muslim Peduli AIDS Bekasi, dan Gaya Patriot, serta kader HIV-AIDS.

Dilihat dari kelompok umurnya, sebagian besar penderita HIV tahun 2016 berada pada usia produktif (20 sampai dengan 49 tahun) sebanyak 227 kasus, diikuti pada usia 30 sampai dengan 39 tahun sebesar 204 kasus, dan usia 40 sampai dengan 49 tahun sebesar 114 kasus.

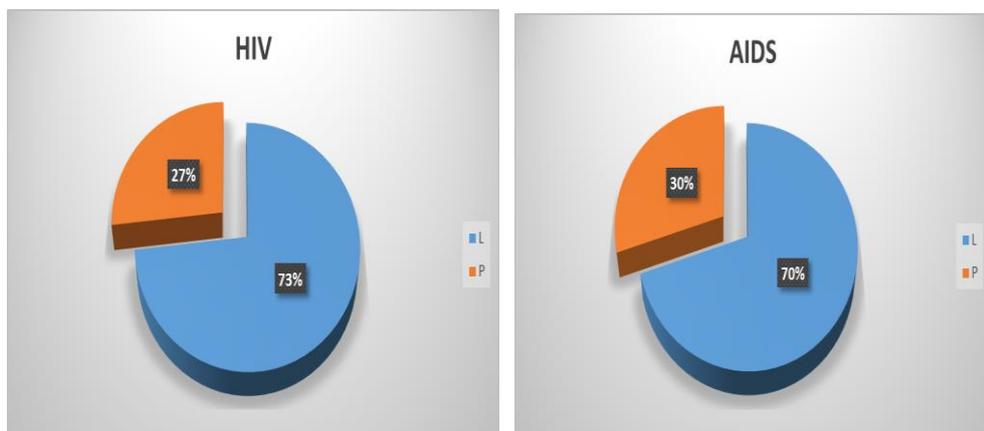
Sedangkan untuk kasus AIDS kelompok umur penderita AIDS yang tertinggi pada umur 30 sampai dengan 39 tahun sebesar 73 kasus, kelompok umur 40 sampai dengan 49 tahun sebesar 53 kasus, dan kelompok umur 50 sampai dengan 59 tahun sebesar 24 kasus, terlihat pada grafik 4.30 berikut ini.

Grafik 4.30  
Distribusi Penemuan Kasus HIV dan AIDS Menurut Kelompok Umur  
di Kota Bekasi Tahun 2016



Sedangkan bila dilihat berdasarkan jenis kelaminnya, penderita HIV tahun 2016 sebagian besar berjenis kelamin laki-laki (sebesar 73 persen) dan sisanya sebesar 27 persen berjenis kelamin perempuan. Seperti terlihat pada grafik 4.41 berikut.

Grafik 4.31  
Proporsi Penemuan Kasus HIV dan AIDS Menurut Jenis Kelamin  
di Kota Bekasi Tahun 2016

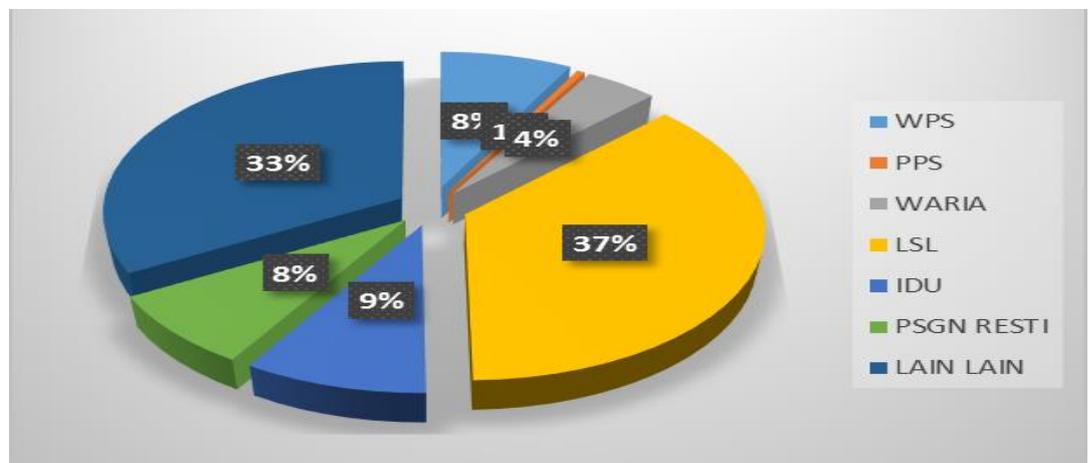


Sama halnya dengan penderita HIV, tahun 2016 penderita AIDS juga sebagian besar berjenis kelamin laki-laki (sebesar 70 persen) dan sisanya sebesar 30 persen berjenis kelamin perempuan.

Berdasarkan faktor risikonya, kejadian penularan infeksi HIV di Kota Bekasi banyak melalui hubungan seksual dengan orang yang terinfeksi tanpa menggunakan kondom. Diikuti oleh penggunaan alat suntik yang tercemar darah yang mengandung HIV (karena penggunaan alat suntik secara bersama di antara pengguna Napza suntikan), dan ditularkan dari ibu pengidap HIV kepada anaknya, baik selama kehamilan, persalinan atau selama menyusui.

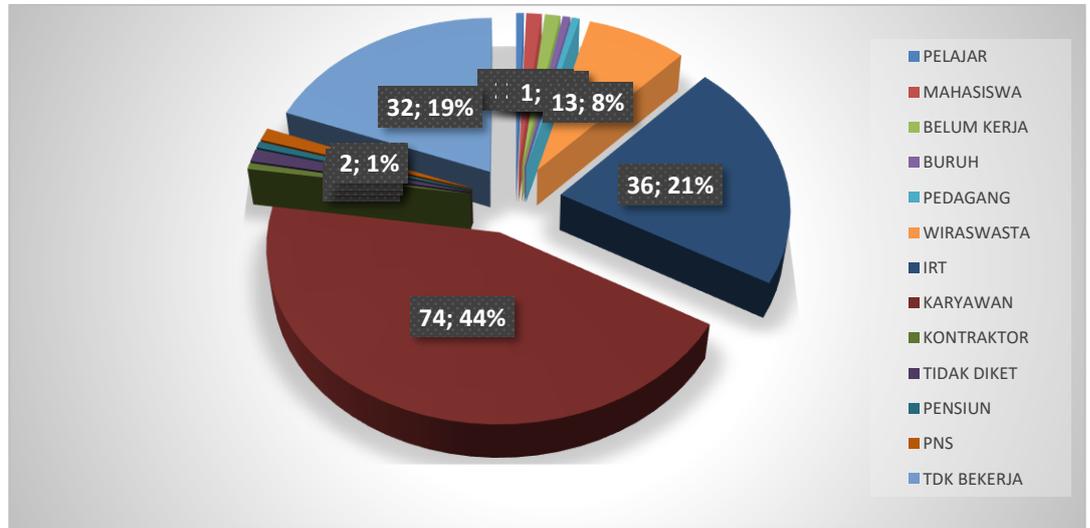
Cara penularan lain adalah melalui transfusi darah yang tercemar, alat tusuk dan peralatan lainnya (tatto, dan lain-lain) dan adanya infeksi menular seksual seperti sifilis.

Grafik 4.32  
Proporsi Penemuan Kasus Baru HIV Menurut Faktor Risiko di Kota Bekasi Tahun 2016



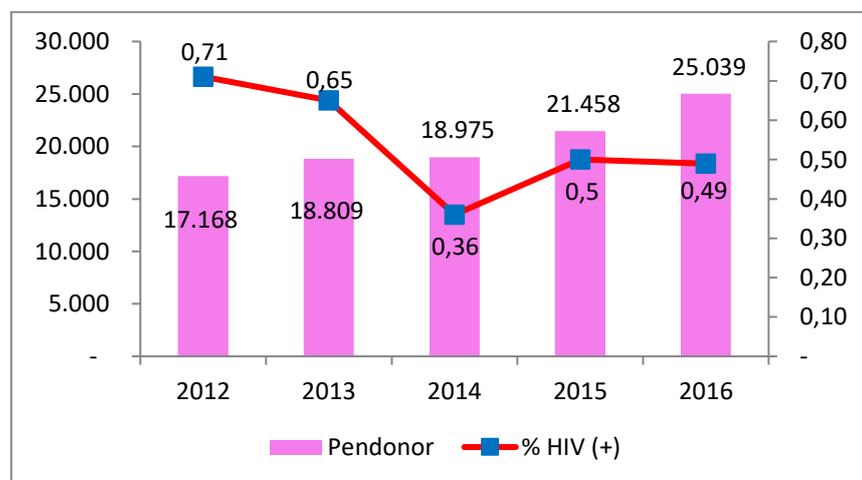
Proporsi Penemuan Kasus Baru HIV Menurut Faktor Risiko di Kota Bekasi Tahun 2016, terbanyak adalah Lelaki Suka Lelaki (LSL) sebesar 37 persen, kedua adalah lain-lain sebesar 33 persen, dan ketiga IDU sebesar 9 persen. LSL merupakan kelompok yang sangat rentan terhadap penularan HIV.

Grafik 4.33  
Proporsi Kasus Baru AIDS Menurut Jenis Pekerjaan  
di Kota Bekasi Tahun 2016



Distribusi Kasus Baru AIDS Menurut Jenis Pekerjaan di Kota Bekasi Tahun 2016, peringkat pertama adalah karyawan (74,44 persen), tempat kedua adalah Ibu Rumah tangga/IRT (36,21 persen), dan di tempat ketiga adalah orang yang tidak bekerja ada sebesar 32,19 persen.

Grafik 4.34  
Jumlah Donor Darah Di Skrining dan Persentase Pemeriksaan  
Reaktif HIV di Kota Bekasi Tahun 2012 s.d 2016



Pemeriksaan skrining donor darah terhadap HIV-AIDS di Palang Merah Indonesia (PMI) Kota Bekasi pada tahun 2016 tercatat ada 25.039 pendonor yang datang ke PMI Kota Bekasi dan seluruh sampel darah diperiksa, hasil pemeriksaan yang reaktif terhadap HIV sebanyak 122 sampel (0,49 persen), hampir sama persentasenya dibandingkan tahun 2015 sebesar 0,50 persen. Hasil darah yang reaktif terhadap HIV tidak bisa dikumulasi pada kasus HIV karena pendonornya disarankan langsung ke RSUD Kota Bekasi untuk ditindaklanjuti dan diperiksa ulang darahnya terhadap HIV-AIDS.

Berikut merupakan layanan-layanan HIV/AIDS yang ada di Puskesmas dan rumah sakit-rumah sakit di Kota Bekasi:

Tabel 4.1  
Jenis Layanan dan Unit Pelayanan Kesehatan (UPK) yang Memberikan Pelayanan HIV/ AIDS di Kota Bekasi Tahun 2016

| NO | UPK              | LAYANAN |     |     |       |      |     |
|----|------------------|---------|-----|-----|-------|------|-----|
|    |                  | VCT     | IMS | CST | PMTCT | PTRM | HR  |
| 1  | RSUD             | ada     |     | ada | ada   | ada  |     |
| 2  | RS St Elisabeth  | ada     |     | ada |       |      |     |
| 3  | RS Ananda        | ada     |     | ada |       |      |     |
| 4  | PKM Pondok Gede  | ada     | ada |     |       | ada  | ada |
| 5  | PKM J sempurna   | ada     | ada |     |       |      | ada |
| 6  | PKM B Gebang     | ada     | ada |     |       |      | ada |
| 7  | PKM R Tembaga    | ada     | ada |     |       |      | ada |
| 8  | PKM Pejuang      | ada     |     |     |       |      | ada |
| 9  | PKM Aren Jaya    | ada     | ada |     |       |      | ada |
| 10 | PKM Pekayon Jaya | ada     | ada |     |       |      |     |
| 11 | PKM Rw Lumbu     | ada     | ada |     |       |      | ada |
| 12 | PKM Pengasinan   | ada     | ada |     |       |      |     |
| 13 | PKM Mustika Jaya | ada     | ada |     |       |      | ada |
| 14 | PKM Kota Baru    | ada     |     |     |       |      | ada |
| 15 | PKM Seroja       | ada     |     |     |       |      |     |
| 16 | PKM Teluk Pucung | ada     | ada |     |       |      | ada |
| 17 | PKM Karang Kitri | ada     |     |     |       |      | ada |
| 18 | PKM Jati Asih    | ada     |     |     |       |      | ada |
| 19 | PKM Jati makmur  | ada     | ada |     |       |      |     |
| 20 | PKM KA Tengah    | ada     | ada |     |       |      | ada |
| 21 | PKM Bintara Jaya |         |     |     |       |      | ada |
| 22 | Lapas kelas II   | ada     |     |     |       |      |     |

Penyakit HIV/AIDS adalah seperti fenomena gunung es, yang artinya bila ditemukan kasus baru di wilayah tersebut maka akan ada kasus baru di sekitarnya yang masih tersembunyi. Dengan demikian, peringkat kedua se-Jawa Barat pada kasus AIDS ini berarti juga bahwa Kota Bekasi telah mampu menggali sebanyak mungkin keberadaan kasus HIV/AIDS, sehingga diharapkan dapat memutus rantai penularan HIV/AIDS di Kota Bekasi.

#### **4.5.5 Gambaran Penyakit Tidak Menular**

Penyakit Tidak Menular (PTM) merupakan penyakit yang tidak ditularkan dari orang ke orang. PTM pada manusia mempunyai durasi panjang dan perkembangan umumnya lambat, sehingga dikenal sebagai penyakit kronis. Faktor-faktor determinan terhadap terjadinya penyakit kronis antara lain: pola hidup yang tidak sehat seperti kebiasaan merokok, minum alkohol, pola makan, dan obesitas, aktivitas fisik yang kurang, stres, dan pencemaran lingkungan.

PTM menjadi penyebab kematian tertinggi di dunia. Penyakit ini sering tidak bergejala sehingga menyebabkan setiap individu tidak mengetahui dan menyadari kondisi tersebut sejak permulaan perjalanan penyakit. Kondisi ini berdampak terhadap keterlambatan dalam penanganan dan menimbulkan komplikasi PTM bahkan berakibat kematian lebih dini. Sehingga menjadi penyebab kematian terbanyak di Indonesia.

Saat ini kita mengalami keadaan dimana penyakit menular masih merupakan masalah kesehatan penting dan dalam waktu bersamaan morbiditas dan mortalitas PTM makin meningkat. Hal ini merupakan beban ganda dalam pelayanan kesehatan, tantangan yang harus dihadapi dalam pembangunan bidang kesehatan.

### a. Penyakit Hipertensi

Hipertensi (tekanan darah tinggi) merupakan kondisi medis kronis dengan tekanan darah di arteri yang meningkat. Peningkatan ini menyebabkan jantung harus bekerja lebih keras dari biasanya untuk mengedarkan darah melalui pembuluh darah. Tekanan darah melibatkan dua pengukuran, sistolik dan diastolik, tergantung apakah otot jantung berkontraksi (sistolik) atau berelaksasi di antara denyut (diastolik). Tekanan darah normal pada saat istirahat adalah dalam kisaran sistolik 100 sampai dengan 140 mmHg dan diastolik 60 sampai dengan 90 mmHg. Tekanan darah tinggi terjadi bila terus-menerus berada pada 140/90 mmHg atau lebih.

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2013) diketahui prevalensi penyakit hipertensi sebesar 25,8 persen. Berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah pada penduduk di Kota Bekasi yang berusia lebih dari 18 tahun di Puskesmas, diperoleh prevalensi penyakit hipertensi yang lebih rendah, yaitu 1,02 persen.

Prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran langsung yang dilakukan pada survei diperoleh lebih tinggi dari pada prevalensi hipertensi di masyarakat yang telah didiagnosis oleh tenaga kesehatan. Hal ini disebabkan karena sebagian besar penderita hipertensi tidak mempunyai keluhan, sehingga tidak memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan. Dengan demikian, perlu ditingkatkan upaya penemuan kasus hipertensi di masyarakat oleh petugas kesehatan.

Penyakit hipertensi dapat dicegah melalui pengendalian faktor resikonya dengan upaya pelayanan kesehatan yang berbasis promotif dan preventif. Perubahan pola makan dan gaya hidup dapat memperbaiki kontrol tekanan darah dan mengurangi resiko terkait komplikasi kesehatan.

Namun demikian, obat seringkali diperlukan pada sebagian orang. Perubahan gaya hidup saja terbukti tidak efektif atau tidak cukup pada sebagian orang, oleh karena itu perlunya pemeriksaan dini sehingga tekanan darah seseorang terkontrol.

Posbindu PTM di masyarakat bermanfaat dalam meningkatkan kesadaran dan kewaspadaan dini masyarakat terhadap faktor resiko PTM sehingga kejadian PTM dapat dikurangi di masa mendatang.

Di Kota Bekasi telah dibentuk 13 Posbindu PTM yang semuanya merupakan pengembangan dari Posbindu Lansia. Hanya bedanya para kadernya telah dilatih untuk menggunakan alat-alat Kesehatan yang ada di dalam Posbindu Kit. Karena belum semua Posbindu di Kota Bekasi menyelenggarakan pelayanan PTM, oleh karena itu keberadaan Posbindu PTM di masyarakat perlu tingkatkan.

Diharapkan setiap bulannya Posbindu tersebut rutin melaksanakan pemeriksaan deteksi dini faktor resiko penyakit tidak menular (FR – PTM) dengan sasaran masyarakat di wilayahnya masing-masing dengan rentang usia  $\geq 15$  tahun keatas. Dengan adanya pengukuran faktor-faktor resiko di Posbindu PTM dan di Puskesmas, diharapkan dapat meningkatkan cakupan deteksi dini penyakit tidak menular di Kota Bekasi.

Pada tahun 2016, jumlah penduduk berusia 18 tahun atau lebih di Kota Bekasi yang melakukan pemeriksaan tekanan darah ada sebanyak 116.611 orang. Dari seluruh yang diperiksa tersebut, diketahui terdapat 19.507 orang yang menderita hipertensi atau sebesar 16,73 persen.

Dilihat dari jenis kelaminnya, sebagian besar penderita hipertensi tahun 2016 berjenis kelamin perempuan. Hal ini dapat dilihat pada grafik berikut.

Grafik 4.35  
Proporsi Penderita Hipertensi di Puskesmas  
Menurut Jenis Kelamin di Kota Bekasi Tahun 2016



#### b. Penyakit Kanker Serviks dan Kanker Payudara

Penyakit kanker adalah penyakit yang timbul akibat pertumbuhan tidak normal sel jaringan tubuh yang berubah menjadi sel kanker. Sedangkan tumor adalah kondisi dimana pertumbuhan sel tidak normal sehingga membentuk suatu lesi atau benjolan di tubuh.

Tumor terbagi menjadi dua, yaitu tumor jinak dan tumor ganas. Tumor jinak memiliki ciri antara lain: tumbuh secara terbatas, memiliki selubung, tidak menyebar, dan bila dioperasi dapat dikeluarkan secara utuh sehingga dapat sembuh sempurna. Sedangkan tumor ganas memiliki ciri antara lain: dapat menyusup ke jaringan sekitarnya, dan sel kanker dapat ditemukan pada pertumbuhan tumor tersebut.

Penyakit kanker merupakan salah satu penyebab kematian yang cukup tinggi di Indonesia. Berdasarkan data Riskesdas 2013 bahwa kanker di Indonesia sebesar 1,4 per 1000 penduduk. Insiden kanker payudara mencapai 36/100.000

perempuan dan kanker serviks mencapai 12,6 per 100.000 perempuan.

Kedua kanker diatas menjadi salah satu masalah utama pada kesehatan perempuan di dunia, terutama negara berkembang yang mempunyai sumber daya terbatas seperti di Indonesia. Alasan utama meningkatnya kedua kanker tersebut adalah karena kurangnya program penapisan yang efektif dengan tujuan untuk mendeteksi keadaan sebelum kanker maupun kanker pada stadium dini termasuk pengobatannya sebelum proses invasif yang lebih lanjut.

Kanker leher rahim adalah keganasan yang terjadi dan berasal dari sel leher rahim, yang disebabkan oleh infeksi Human Papilloma Virus (HPV). Pemeriksaan Inspeksi Visual dengan Asam Asetat (IVA) dilakukan dengan cara mengolesi leher rahim dengan asam asetat, untuk melihat tanda-tanda lesi prakanker (tahapan sel-sel berubah menjadi sel-sel buruk yang berpotensi menjadi kanker). Hasil IVA bisa dilihat langsung saat itu juga sehingga dapat diambil keputusan cepat mengenai penatalaksanaannya. Selain mudah dan terjangkau, IVA juga memiliki akurasi yang sangat tinggi (90 persen) dalam mendeteksi lesi atau luka prakanker.

Di Kota Bekasi pada tahun 2016, dari 1.946 orang wanita yang berusia 30 sampai dengan 50 tahun yang melakukan pemeriksaan IVA, ditemukan IVA positif sebesar 4,83 persen (94 orang). Hasil IVA positif artinya telah ditemukan adanya lesi prakanker (gejala kanker), yang bila tidak diobati kemungkinan akan menjadi kanker dalam waktu 3-17 tahun yang akan datang, untuk itu pasien dapat diobati dengan krioterapi.

Selain kanker serviks, kanker payudara juga perlu menjadi perhatian pada wanita usia subur. Kanker payudara merupakan keganasan yang berasal dari sel kelenjar, saluran kelenjar dan jaringan penunjang payudara, tidak termasuk kulit payudara.

Pemeriksaan awal dapat dilakukan dengan memeriksa payudara sendiri (SADARI) yang dilakukan oleh perempuan setiap bulannya. Saat ini di Indonesia kanker payudara seringkali ditemukan pada stadium lanjut. Pada tahun 2016 di Kota Bekasi dari 1.946 wanita usia 30 sampai dengan 50 tahun yang diperiksa, ditemukan positif tumor/ benjolan pada payudara sebanyak 34 orang (1,75 persen).

### **c. Penyakit Jiwa**

Masalah kesehatan jiwa di Indonesia merupakan masalah kesehatan masyarakat yang sangat penting dan harus mendapat perhatian sungguh-sungguh dari seluruh jajaran lintas sektor pemerintah baik di tingkat pusat maupun daerah, serta perhatian dari seluruh masyarakat.

Berbagai masalah multi-dimensional menyangkut masalah ekonomi, bencana alam, wabah penyakit merupakan faktor pencetus terjadinya masalah pada kesehatan jiwa masyarakat Indonesia. Masalah kesehatan jiwa di masyarakat dampaknya sangat luas dan kompleks. Meskipun secara tidak langsung menyebabkan kematian, namun akan mengakibatkan si penderita gangguan jiwa menjadi tidak produktif dan menimbulkan beban bagi keluarga dan lingkungan masyarakat di sekitarnya.

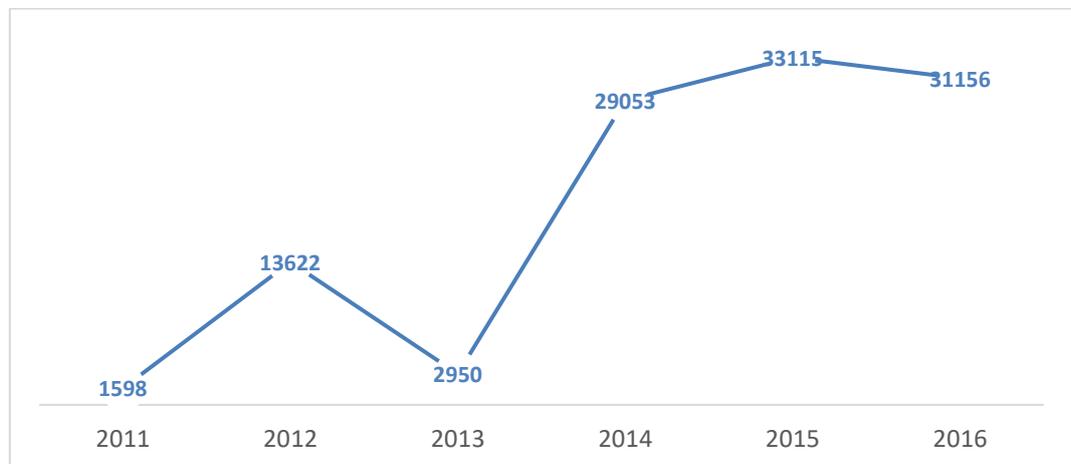
Sehat adalah keadaan sejahtera, fisik mental dan sosial dan tidak sekedar terbebas dari keadaan cacat dan kematian. Definisi sehat ini berlaku bagi perorangan maupun penduduk (masyarakat). Kesehatan Jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya (UU Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa).

Orang Dengan Masalah Kejiwaan yang selanjutnya disingkat ODMK adalah orang yang mempunyai masalah fisik, mental, sosial, pertumbuhan dan perkembangan, dan atau kualitas hidup sehingga memiliki resiko gangguan jiwa. Orang Dengan Gangguan Jiwa yang selanjutnya disingkat ODGJ adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia.

Gangguan Jiwa adalah perubahan pada fungsi jiwa, yang menimbulkan penderitaan pada individu, dan atau hambatan dalam melaksanakan peran sosial. Jenis-jenis gangguan jiwa antara lain: gangguan mental perilaku akibat penyalahgunaan NAPZA, alkohol, dan rokok; depresi; ansietas; gangguan somatoform; gangguan afektif; gangguan mental organik; skizofrenia; gangguan jiwa anak dan remaja; serta retardasi mental. Gangguan jiwa dapat menyerang semua usia. Sifat serangan penyakitnya biasanya akut dan bisa kronis atau menahun.

Gangguan jiwa merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia. Gangguan jiwa masih menjadi persoalan serius di Indonesia. Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 mencatat prevalensi gangguan jiwa berat di Indonesia mencapai 1,7 per mil. Artinya 1 sampai 2 orang dari 1.000 penduduk di Indonesia mengalami gangguan jiwa berat. Jumlah penderita gangguan jiwa di Jawa Barat naik sekitar 63 persen. Data Riskesdas tahun 2013 menyebutkan bahwa pasien gangguan jiwa ringan hingga berat di Jawa Barat mencapai 465.975 orang naik signifikan dari tahun 2012 sebesar 296.943 orang.

Grafik 4.36  
Trend Jumlah Penderita Gangguan Jiwa di Puskesmas  
di Kota Bekasi Tahun 2011 s.d 2016



Kota Bekasi merupakan salah satu kota yang terpadat di Provinsi Jawa Barat. Bekasi menjadi bagian dari megapolitan Jabodetabek dan menjadi kota dengan jumlah penduduk terbanyak keempat di Indonesia. Saat ini Kota Bekasi berkembang menjadi tempat tinggal kaum urban dan sentra industri. Kepadatan penduduk yang tinggi tentunya akan menimbulkan masalah dan tekanan psikologis yang tinggi bagi penduduknya.

Jumlah kunjungan jiwa pada tahun 2016 yaitu 31.156 orang, menurun dibandingkan tahun 2015 yaitu 33.115 orang. Temuan ini mengindikasikan bahwa upaya pemerintah Kota Bekasi dalam menjangkau penderita gangguan jiwa di tahun 2016 seperti deteksi dini, rujukan, konsultasi, pendidikan dan pembinaan kader kesehatan jiwa cenderung berhasil sehingga masyarakat sadar akan kesehatan Jiwa sehingga mampu untuk mendeteksi gangguan jiwa secara mandiri. Untuk menangani masalah gangguan kesehatan Jiwa Kota Bekasi memiliki 31 Puskesmas dengan tenaga dokter yang terlatih dalam mendeteksi dini dan menangani pasien dengan gangguan jiwa.

Tabel 4.2  
Trend Jumlah Kunjungan Jiwa di Puskesmas  
di Kota Bekasi Tahun 2015 dan 2016

| No.         | Nama Kecamatan | Puskesmas     | Jumlah Kunjungan Jiwa |        |       |
|-------------|----------------|---------------|-----------------------|--------|-------|
|             |                |               | 2015                  | 2016   | Trend |
| 1           | Bekasi Utara   | Seroja        | 190                   | 196    | ↗     |
|             |                | KA. Tengah    | 6.019                 | 6.030  | ↘     |
|             |                | Teluk Pucung  | 320                   | 329    | ↗     |
| 2           | Medan Satria   | Marga mulya   | 56                    | 90     | ↗     |
|             |                | Pejuang       | 180                   | 188    | ↗     |
|             |                | Kotabaru      | 296                   | 300    | ↘     |
| 3           | Bekasi Barat   | Bintara Jaya  | 832                   | 1.243  | ↗     |
|             |                | Bintara       | 177                   | 444    | ↗     |
|             |                | Kranji        | 630                   | 635    | ↗     |
|             |                | Rawa Tembaga  | 3.363                 | 2.582  | ↘     |
| 4           | Bekasi Selatan | Perumnas II   | 5.312                 | 1.595  | ↘     |
|             |                | Marga Jaya    | 477                   | 362    | ↘     |
|             |                | Pekayon Jaya  | 110                   | 157    | ↗     |
|             |                | Jaka Mulya    | 901                   | 738    | ↘     |
| 5           | Bekasi Timur   | Karang Kitri  | 1.567                 | 1.470  | ↘     |
|             |                | Aren Jaya     | 947                   | 992    | ↗     |
|             |                | Duren Jaya    | 109                   | 96     | ↘     |
|             |                | Wisma Jaya    | 336                   | 249    | ↘     |
| 6           | Rawalumbu      | Bj. Rawalumbu | 273                   | 736    | ↗     |
|             |                | Bj. Menteng   | 545                   | 656    | ↗     |
|             |                | Pengasinan    | 833                   | 606    | ↘     |
| 7           | Pondok Gede    | Pondok Gede   | 560                   | 677    | ↗     |
|             |                | Jati Bening   | 45                    | 171    | ↗     |
|             |                | Jati Makmur   | 318                   | 264    | ↘     |
| 8           | Pondok Melati  | Jati Rahayu   | 1.820                 | 2.205  | ↗     |
|             |                | Jati Warna    | 21                    | 33     | ↗     |
| 9           | Jati Sampurna  | Jati Sampurna | 580                   | 409    | ↘     |
| 10          | Jati Asih      | Jati Asih     | 4.693                 | 5.816  | ↗     |
|             |                | Jati Luhur    | 898                   | 427    | ↘     |
| 11          | Bantargebang   | Bantargebang  | 338                   | 854    | ↗     |
| 12          | Mustika Jaya   | Mustika Jaya  | 369                   | 608    | ↗     |
| Kota Bekasi |                |               | 33.115                | 31.156 | ↘     |

Selama ini di masyarakat ada stigma bahwa gangguan jiwa merupakan penyakit yang sulit disembuhkan, memalukan dan aib bagi keluarganya, ditambah dengan sulitnya mengakses layanan kesehatan, sehingga banyak orang dengan gangguan jiwa dipasung atau bahkan diasingkan. Padahal pasien gangguan

jiwa juga berhak mendapatkan perawatan yang ideal, karena dengan perawatan yang tepat, pasien bisa sembuh dan beraktifitas seperti sediakala.

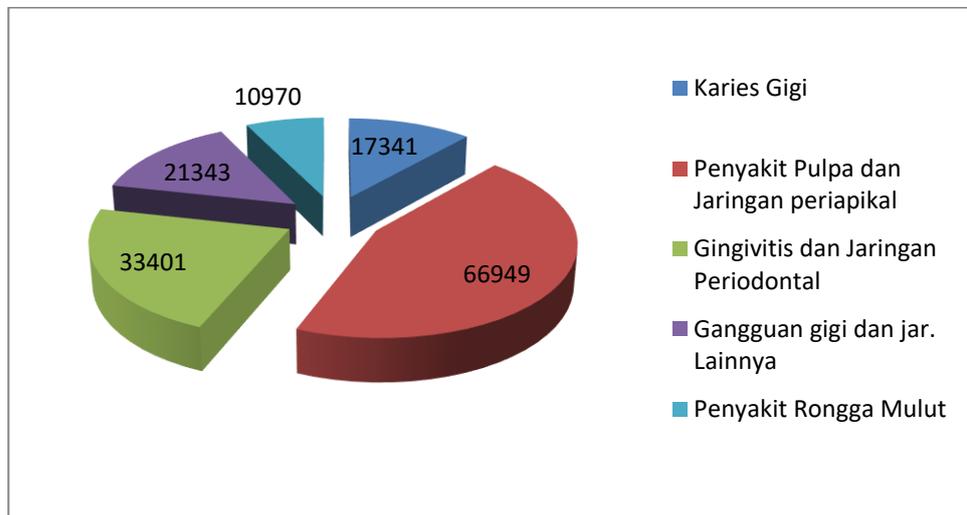
#### **d. Penyakit Gigi dan Mulut**

Pengembangan dan peningkatan pelayanan kesehatan gigi dan mulut adalah bagian yang tidak terpisahkan dari upaya peningkatan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas secara keseluruhan. Angka penyakit gigi dan mulut yang masih tinggi, meningkatnya ancaman penyakit gigi dan mulut sebagai faktor resiko penyakit sistemik, serta rendahnya perilaku masyarakat dalam pemeliharaan kesehatan gigi adalah beberapa hal yang menjadi faktor pemicu dalam upaya pengembangan dan peningkatan pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang bermutu dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Karies adalah masalah utama kesehatan gigi dan mulut. Berdasarkan profil data kesehatan Indonesia tahun 2011, penyakit pulpa dan periapikal termasuk sepuluh penyakit terbanyak pada pasien rawat jalan di seluruh Indonesia. Penyakit gigi dan mulut kedua terbanyak di derita masyarakat kurang lebih 70 persen adalah penyakit periodontal, dimana penyakit ini dapat menyebabkan gigi goyang dan lepas.

Masalah yang serupa terjadi juga di Kota Bekasi, dimana penyakit gigi yang paling banyak ditemukan adalah penyakit pulpa dan periapikal. Pada grafik 4.37 di bawah, dapat dilihat jumlah penderita penyakit pulpa dan jaringan periapikal sebanyak 66.949 (44,6 persen), gingivitis dan jaringan periodontal sebanyak 33.401 (23,3 persen), gangguan gigi dan jaringan lainnya sebanyak 21.343 (14,2 persen), karies sebanyak 17.341 (11,6 persen), dan penyakit rongga mulut sebanyak 10.970 (7,3 persen).

Grafik 4.37  
 Proporsi Kasus Penyakit Gigi dan Mulut  
 di Kota Bekasi Tahun 2016



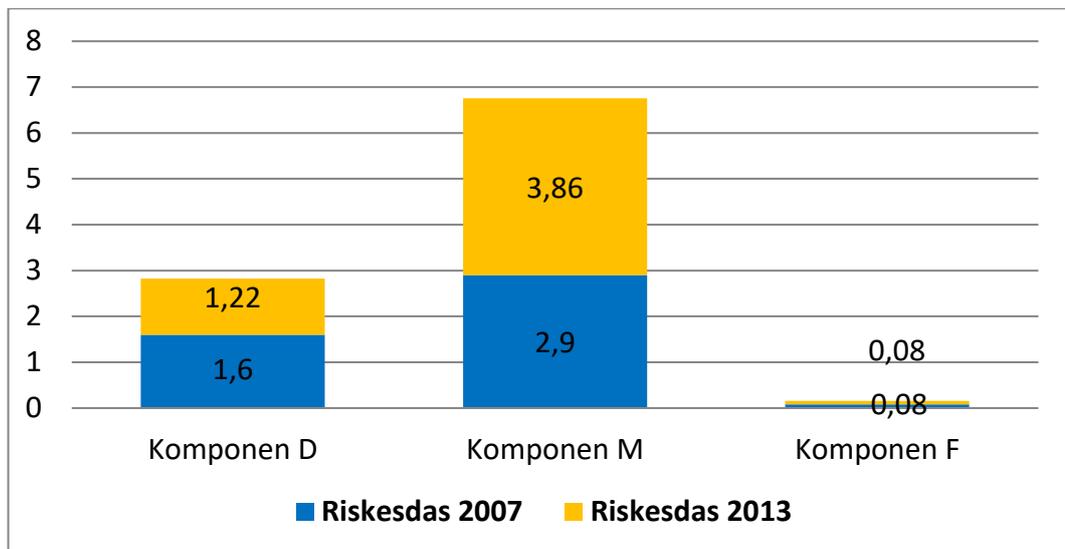
Hal ini menunjukkan bahwa masih rendahnya motivasi masyarakat untuk segera memeriksakan kesehatan gigi dan mulut sedini mungkin. Faktor pendidikan, sosial ekonomi, dan psikologis seperti takut ke dokter gigi menjadi hal yang memungkinkan tingginya angka penyakit gigi dan mulut tersebut.

Untuk melihat besarnya penyebaran karies pada populasi penduduk, dilakukan pengukuran kuantitatif karies yang dikenal sebagai Indeks DMF-T (*Decay, Missing, Filling Teeth*). Komponen D, M, dan F menunjukkan banyaknya kerusakan gigi yang dialami seseorang. Nilai DMF-T didapatkan dengan menghitung jumlah gigi permanen yang mengalami karies (D), mengalami ekstraksi karena karies (M) dan gigi karies yang sudah ditumpat (F). DMF-T juga digunakan sebagai indikator untuk menentukan prevalensi dan insidensi karies.

Indeks DMF-T yang dilihat berdasarkan data Riskesdas tahun 2007 dan 2013 menunjukkan bahwa komponen terbesar dan meningkat jumlahnya (dari tahun 2007 ke tahun 2013) adalah komponen M, sedangkan F sangat rendah. Artinya bahwa

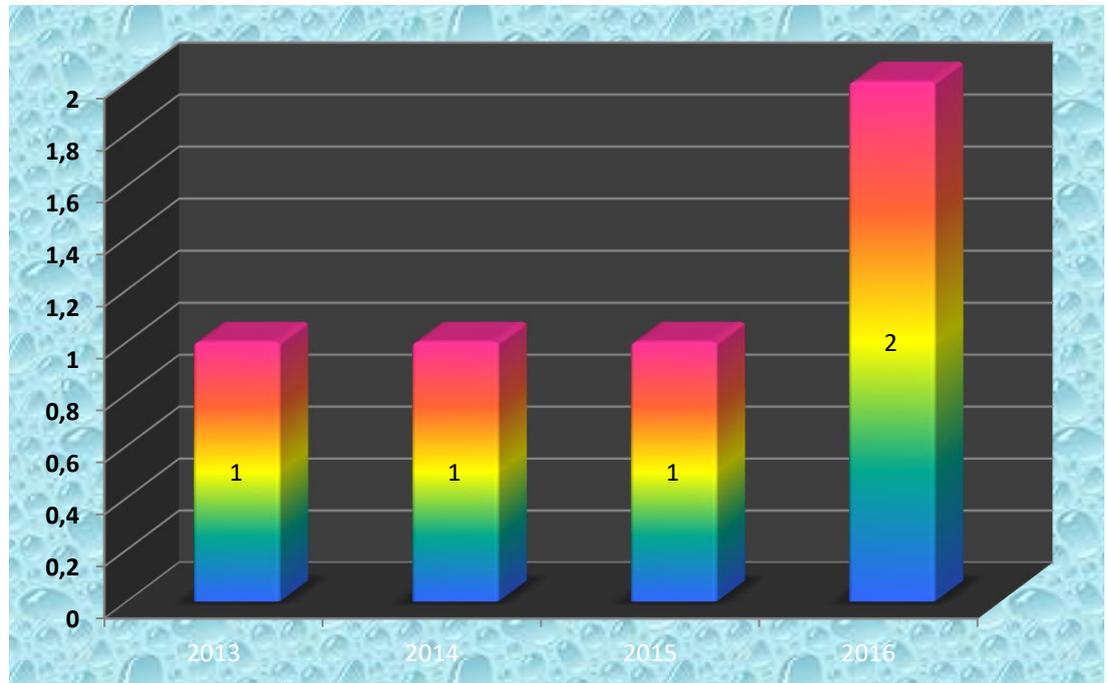
di Indonesia umumnya orang yang mengalami karies gigi, cenderung mencabut gigi dari pada mempertahankan giginya dengan melakukan penambalan/ perawatan. Seperti terlihat pada grafik 4.38 berikut.

Grafik 4.38  
 Nilai Komponen D, M, dan F Indeks DMF-T Nasional  
 Tahun 2007 dan 2013



Indikator rasio tambal dan cabut adalah 1:1 dimana jumlah penambalan sebanding atau sama banyak dengan jumlah pencabutan. Dari grafik 4.39 berikut dapat dilihat bahwa di wilayah Kota Bekasi, rasio tumpatan dan pencabutan mengalami peningkatan di tahun 2016 dibandingkan tahun 2015 dengan rasio sebesar 2, yang artinya jumlah penumpatan lebih banyak dibandingkan jumlah pencabutan. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat di Kota Bekasi mulai menyadari pentingnya untuk menjaga dan mempertahankan keadaan gigi dan mulut mereka dengan mendapatkan pengobatan atau tindakan sedini mungkin.

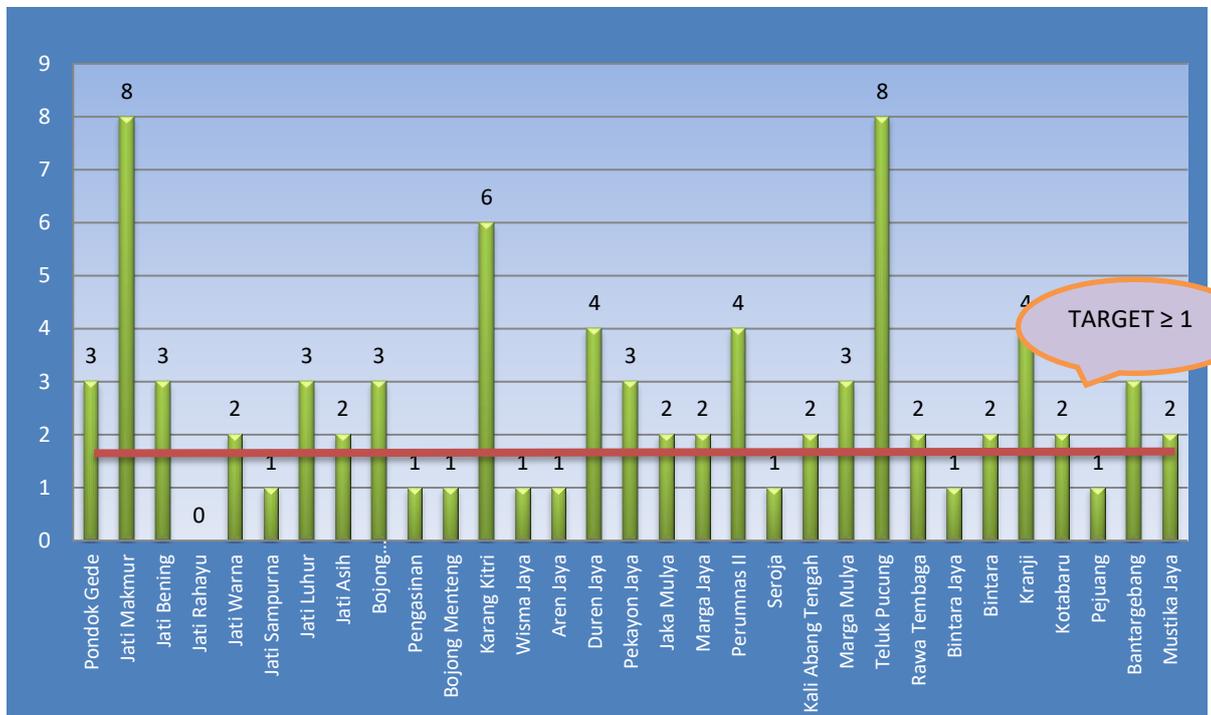
Grafik 4.39  
 Rasio Penambalan dan Pencabutan Gigi Tetap pada Puskesmas  
 Di Kota Bekasi Tahun 2013 s.d 2016



Rasio tambal dan cabut di Puskesmas wilayah Kota Bekasi paling tinggi adalah di Puskesmas Karang Kitri dan Teluk Pucung, yaitu 8, dan rasio tambal dan cabut yang paling kecil atau dibawah indikator rasio adalah Puskesmas Jati Rahayu yaitu 0. Puskesmas yang berada di bawah indikator rasio 1:1 dengan kata lain lebih banyak melakukan pencabutan dibandingkan penambalan.

Hal ini kemungkinan disebabkan karena faktor internal Puskesmas seperti sarana dan prasarana yang kurang memadai dan faktor eksternal seperti faktor sosial ekonomi, serta faktor latar belakang pendidikan yang menyebabkan kurangnya pemahaman di masyarakat mengenai pentingnya menjaga kesehatan gigi dan mulut sehingga mereka memeriksakan gigi saat keadaan gigi tersebut sudah tidak bisa ditambal.

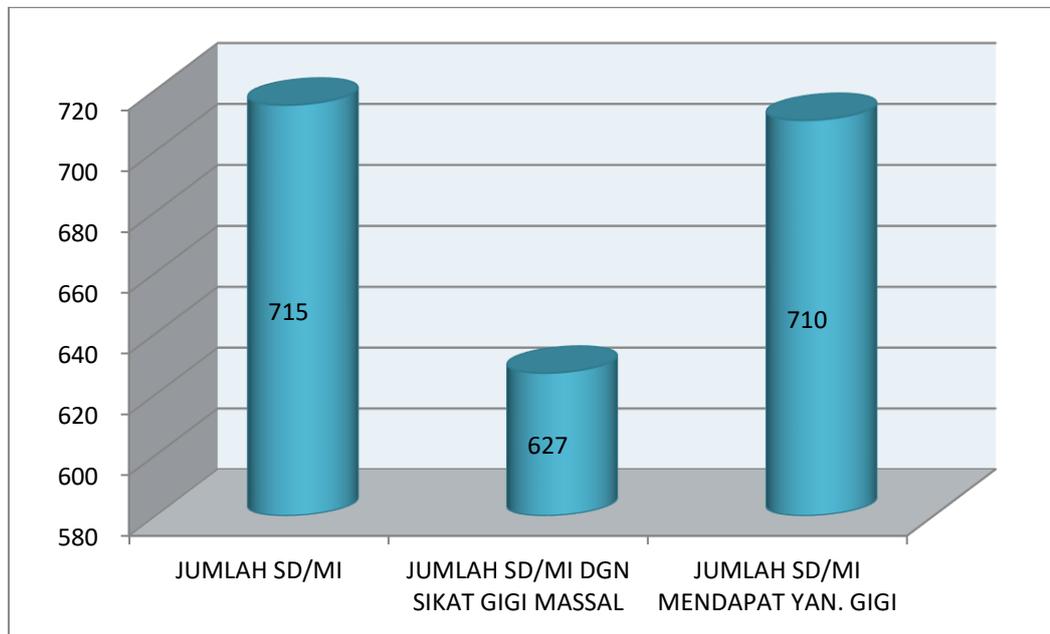
Grafik 4.40  
Rasio Tumpatan dan Pencabutan Gigi Tetap pada Puskesmas  
Di Kota Bekasi Tahun 2016



Upaya kesehatan gigi dan mulut di Indonesia belum terselenggara secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Penyelenggaraan yang bersifat pemeliharaan, peningkatan dan perlindungan kesehatan gigi dan mulut masih terasa kurang. Salah satu upaya untuk meningkatkan status kesehatan gigi dan mulut adalah dengan program UKGS. Berdasarkan data Riskesdas Tahun 2013, program UKGS di wilayah Jawa Barat dinilai masih kurang (33,3).

Target SD/MI yang mendapat pelayanan UKGS adalah 80 persen. Di wilayah Kota Bekasi jumlah SD/MI yang mendapat pelayanan gigi sebanyak 100 persen dan jumlah SD/MI yang melaksanakan sikat gigi masal sebanyak 80 persen. Hal ini menunjukkan hampir semua SD/MI di wilayah kota Bekasi sudah melaksanakan program UKGS.

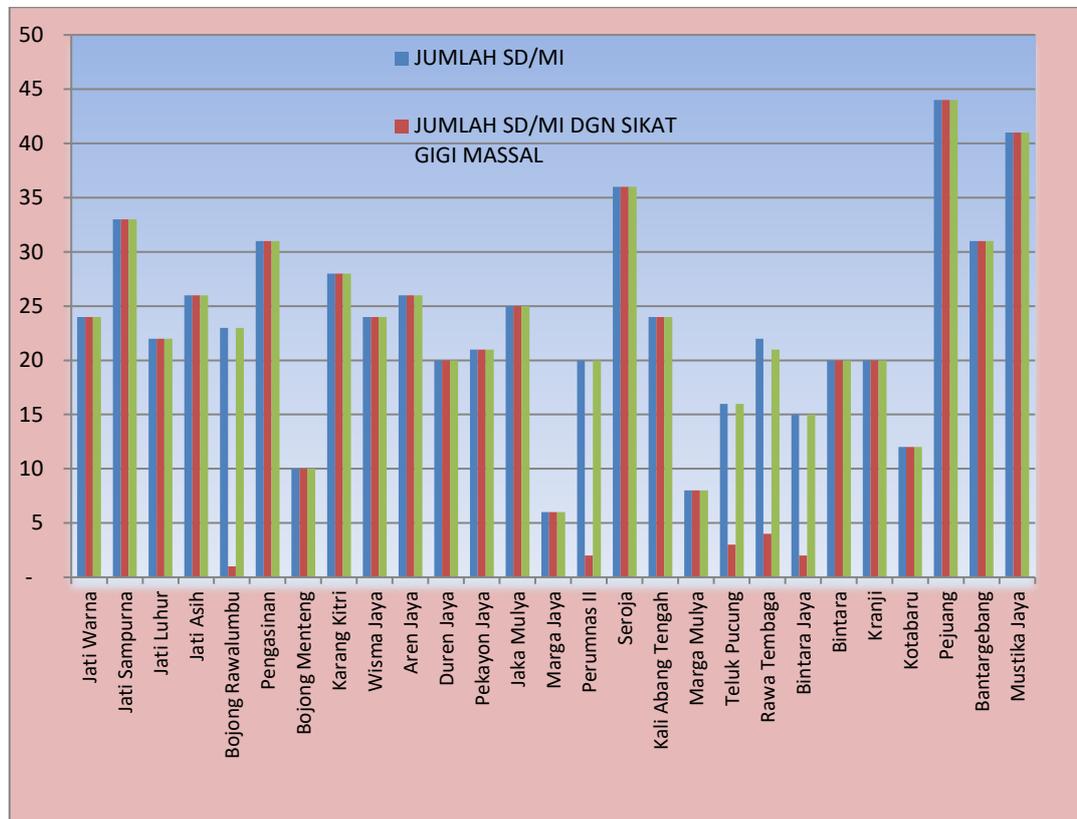
Grafik 4.41  
 Jumlah SD/MI dengan Jumlah SD/MI yang Mendapat Pelayanan  
 Kesgilut dan Melaksanakan Sikat Gigi Masal  
 Di Kota Bekasi Tahun 2016



Grafik 4.42 berikut menunjukkan bahwa jumlah SD/MI paling banyak terdapat di wilayah Puskesmas Pejuang yaitu sebanyak 44 SD/MI dan yang paling sedikit terdapat di wilayah Puskesmas Marga Jaya yaitu sebanyak 6 SD/MI.

Hampir semua sekolah SD/MI di wilayah Puskesmas di wilayah Kota Bekasi mendapatkan pelayanan gigi akan tetapi masih ada beberapa SD/MI yang belum melaksanakan sikat gigi masal. Hal ini membutuhkan kerja sama lintas sektor, yaitu antara pihak Puskesmas dengan pihak sekolah, Dinas Pendidikan, Kelurahan serta Kecamatan agar dapat melaksanakan program UKGS secara optimal.

Grafik 4.42  
 Jumlah SD/MI dan Jumlah SD/MI yang Mendapat Pelayanan Kesgilut dan Melaksanakan Sikat Gigi Masal Menurut Puskesmas Di Kota Bekasi Tahun 2016



Penyelenggaraan pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang dilakukan di Puskesmas di wilayah Kota Bekasi antara lain dalam bentuk: pemeriksaan dan penjangkaran kesehatan gigi dan mulut murid SD/MI, penyuluhan kesehatan gigi dan mulut perorangan, sikat gigi masal dan rujukan kesehatan gigi dan mulut ke Puskesmas bagi yang memerlukan. Untuk pemeriksaan gigi dan mulut dilakukan pada kelas selektif, yaitu kelas 1, 3, dan 5 dari semua murid SD/MI yang ada. Sebesar 69 persen murid SD/MI telah dilakukan pemeriksaan gigi dan mulut.

Pada tahun 2016 jumlah murid SD/MI yang ada di Kota Bekasi yaitu sebanyak 219.609 anak. Dari jumlah tersebut, murid

SD/MI yang diperiksa kesehatan gigi dan mulutnya sebanyak 142.616 anak (64,9 persen). Dari semua murid yang diperiksa, murid yang memerlukan perawatan atau dalam kata lain terdapat masalah pada gigi dan mulutnya ada sebanyak 58.727 anak (41,2 persen). Jumlah murid SD/MI yang mendapatkan perawatan adalah sebanyak 10.070 anak (17,2 persen).

Hal ini menunjukkan masih tingginya penyakit gigi dan mulut pada murid SD/MI dan masih minimnya murid SD/MI yang mendapatkan perawatan karena masalah kesehatan gigi dan mulutnya. Faktor perilaku masyarakat seperti perilaku menyikat gigi dan motivasi untuk berobat dapat mempengaruhi keadaan ini. Untuk itu diperlukan intervensi dari orangtua, guru dan juga petugas kesehatan. Perlunya pembinaan kerja sama lintas sektor melalui TP UKS, serta intervensi perilaku seperti: penyuluhan dan pembinaan kader kesehatan di lingkungan guru juga orangtua diperlukan untuk mengatasi masalah tersebut.

#### **4.5.6 Gambaran Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I)**

Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi atau yang lebih populer dengan nama PD3I adalah penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan pemberian imunisasi pada bayi dan balita serta imunisasi lanjutan (*booster*) pada waktu yang telah ditentukan.

Penyakit-penyakit yang termasuk dalam PD3I yaitu:

1. Tuberculosis
2. Hepatitis B
3. Difteri
4. Pertusis
5. Tetanus
6. Campak
7. Polio

PD3I masih menjadi perhatian besar di bidang kesehatan khususnya di Kota Bekasi karena masih ditemukan beberapa PD3I yang tersebar di masyarakat Kota Bekasi. Bahkan menjadikan status Kejadian Luar Biasa (KLB) di wilayah Kota Bekasi selama kurun waktu tahun 2016.

#### a. Difteri

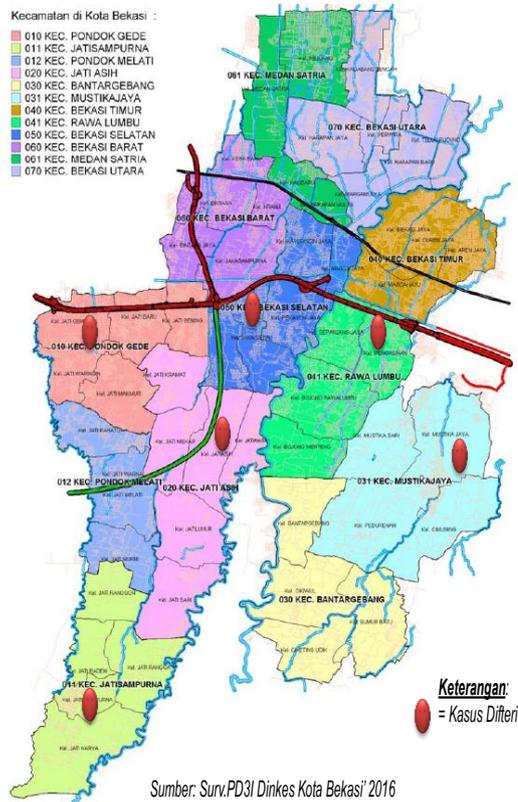
Difteri adalah penyakit infeksi akut sangat menular yang disebabkan oleh toxin dari bakteri *Corynebacterium diphtheriae*. Penyakit ini ditandai dengan pembentukan pseudomembran pada kulit dan atau mukosa dan penyebarannya melalui udara. Pada umumnya penyakit ini menyerang anak dengan rentang usia 1-10 tahun.

Pada Tahun 2016, terjadi 6 (enam) kali KLB Difteri di 6 wilayah kelurahan. Kelurahan Pengasinan, Mustika Jaya, Harapan Jaya, Jaka Mulya, Jati Asih dan Jaticempaka masing-masing 1 kasus. Pada periode sebelumnya juga pernah terjadi kasus serupa, seperti tahun 2015 lalu terdapat 6 kasus difteri.

Penyakit Difteri merupakan penyakit infeksius dan sangat mudah menular melalui *droplet infection* atau percikan bersin atau batuk dari penderita atau *carrier*. Penyakit ini sudah lama menghilang di Indonesia, namun belakangan ini mulai tahun 2010 an muncul kembali (*re-emerging disease*);

Penyakit ini dapat dicegah dengan imunisasi DPT sejak usia bayi, diulang lagi *busster* saat usia Batita, dan diulangi lagi pada saat kegiatan wajib Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) kelas 1, 2, dan 3 SD/MI/ sederajat.

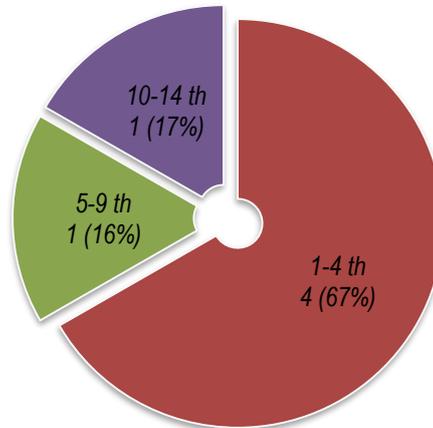
Gambar 4.1  
Peta Sebaran Kasus Difteri di Kota Bekasi Tahun 2016



Walaupun difteri sudah jarang di berbagai tempat di dunia, tetapi di Indonesia difteri masih ditemukan di daerah berpenduduk padat dan keadaan lingkungan yang buruk dengan angka kematian yang cukup tinggi yang disebabkan oleh komplikasinya.

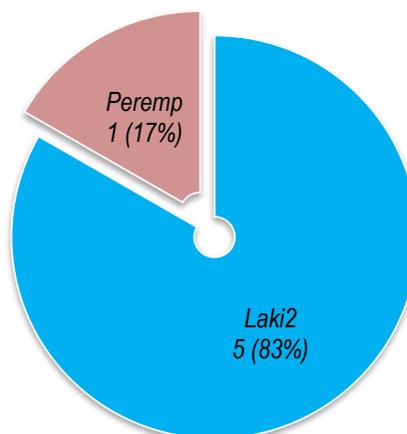
Diagnosis dini difteri sangat penting karena keterlambatan pemberian antitoksin sangat mempengaruhi prognosis penderita. Pengobatan utama untuk difteri yaitu dengan memberikan antitoksin Anti Diphtheria Serum (ADS).

Grafik 4.43  
Proporsi Kasus Difteri Menurut Kelompok Umur  
Di Kota Bekasi Tahun 2016



Grafik 4.43 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar kasus difteri ditemukan pada anak usia 1 sampai dengan 4 tahun (balita) yaitu sebesar 67 persen. Dan bila dilihat dari jenis kelaminnya, kasus difteri sebagian besar ditemukan pada anak laki-laki (83 persen), seperti terlihat pada grafik 4.44 berikut.

Grafik 4.44  
Proporsi Kasus Difteri Menurut Jenis Kelamin  
Di Kota Bekasi Tahun 2016

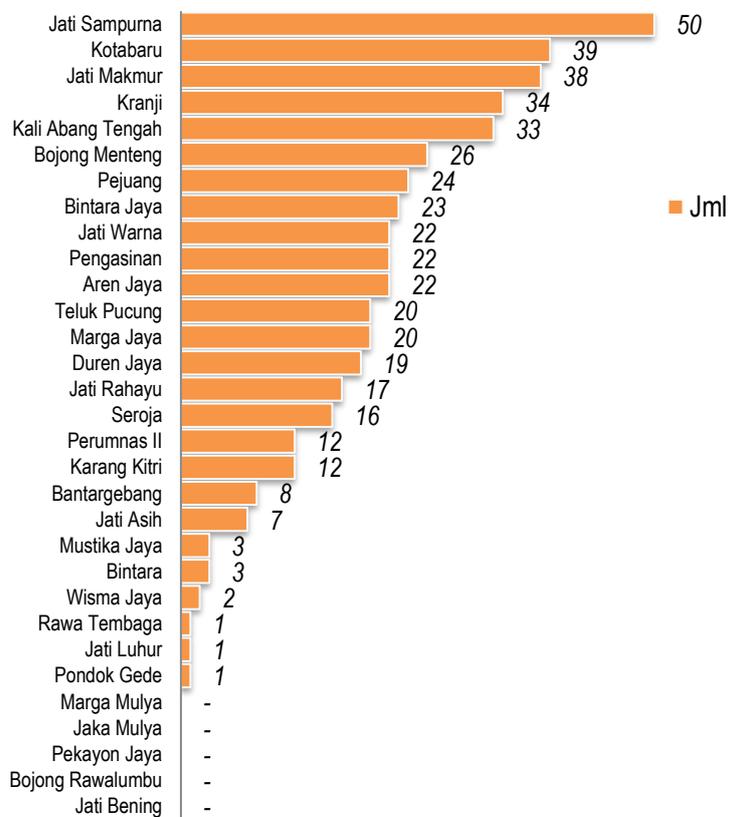


## b. Campak

Campak (morbili atau rubella) adalah suatu infeksi virus akut golongan *Paramixovirus* yang memiliki 3 stadium yaitu stadium inkubasi, stadium prodromal, dan stadium erupsi. Campak sangat menular namun seseorang yang pernah menderita penyakit campak, maka akan membentuk kekebalan seumur hidupnya.

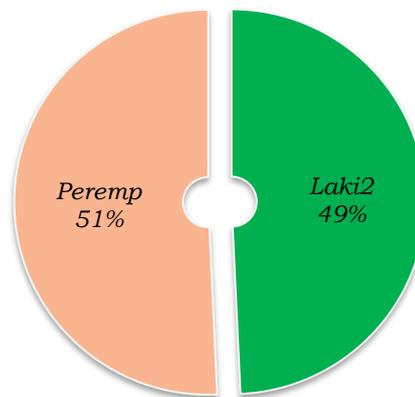
Penularan campak terjadi melalui udara, kontak langsung maupun melalui droplet penderita. Bercak Koplik merupakan tanda patognomonik berupa bintik putih keabuan sebesar butiran pasir dengan areola tipis berwarna kemerahan dan biasanya bersifat hemoragik dalam rongga mulut.

Grafik 4.45  
Distribusi Kasus Campak Klinis Menurut Puskesmas  
Di Kota Bekasi Tahun 2016



Grafik 4.45 di atas menunjukkan bahwa kasus campak klinis paling tinggi berasal dari wilayah kerja Puskesmas Jati Sampurna sebanyak 50 kasus, disusul oleh Puskesmas Kota Baru sebanyak 39 kasus, dan Puskesmas Jati Makmur pada posisi terbanyak ketiga sebanyak 38 kasus. Terdapat 5 Puskesmas yang tidak melaporkan adanya kasus campak, yaitu Puskesmas Marga Mulya, Jaka Mulya, Pekayon Jaya, Bojong Rawalumbu dan Puskesmas Jatibening.

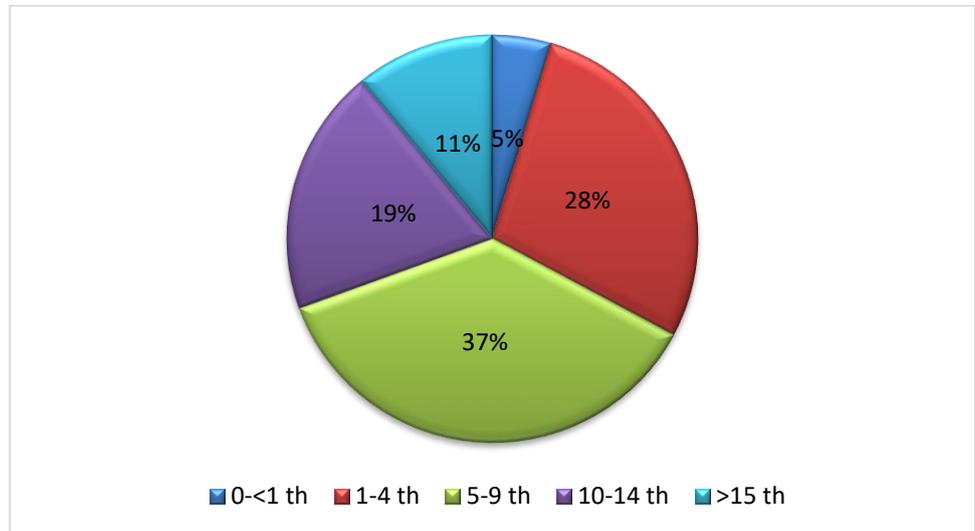
Grafik 4.46  
Proporsi Kasus Campak Klinis Menurut Jenis Kelamin  
Di Kota Bekasi Tahun 2016



Berdasarkan data laporan Rutin Bulanan Puskesmas di Kota Bekasi Tahun 2016, total kasus campak klinis ditemukan sebanyak 475 orang, terdiri 234 (51 persen) laki-laki dan 241 (49 persen) perempuan. Dilihat dari proporsi jenis kelamin kasus ini tidak signifikan membedakan gender, artinya kasus ini tidak mengenal gender, dapat mengenai kesemuanya.

Sebagian besar kasus campak menyerang pada anak-anak usia pra sekolah dan usia SD/MI. Selama beberapa periode lalu, kasus campak lebih banyak terjadi pada kelompok umur 5 sampai 9 tahun antara 30 sampai 40 persen, sedangkan pada kelompok umur 1 sampai 4 tahun antara 25 sampai 30 persen.

Grafik 4.47  
Proporsi Kasus Campak Klinis Menurut Kelompok Umur  
Di Kota Bekasi Tahun 2016



Banyaknya kasus campak menyerang pada anak usia > 5 tahun disebabkan karena telah terjadi akumulasi kelompok rentan akibat belum mendapatkan imunisasi campak pada waktu bayi, dan juga akibat efikasi vaksin campak hanya 85%, dimana ada 15% anak yang diimunisasi tidak mempunyai kekebalan. Imunisasi tambahan (*busster*) Campak pada usia batita, dan program Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) kelas 1 SD/MI sederajat belum dimanfaatkan secara optimal oleh masyarakat, sehingga kekebalan anak terhadap penyakit campak semakin sulit didapatkan.

### c. Polio dan *Acute Flaccid Paralysis (AFP)*

Poliomyelitis atau penyakit polio adalah penyakit paralisis atau lumpuh sangat menular yang disebabkan oleh infeksi virus polio. Virus ini menyebar melalui kontak dengan makanan, air atau tangan yang terkontaminasi dengan kotoran (tinja) atau sekresi tenggorokan dari orang yang terinfeksi.

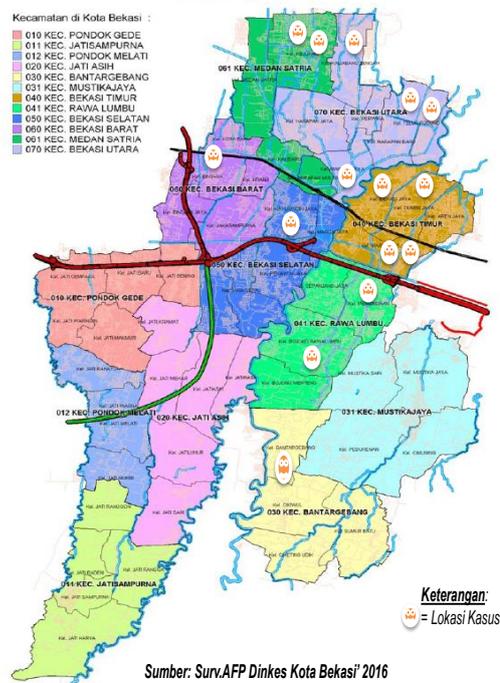
Untuk meningkatkan sensitifitas penemuan kasus polio, maka pengamatan dilakukan pada semua kelumpuhan yang

terjadi secara akut dan sifatnya *flaccid* (layuh), seperti sifat kelumpuhan pada poliomyelitis. Penyakit-penyakit ini, yang mempunyai sifat kelumpuhan seperti poliomyelitis, disebut kasus *Acute Flaccid Paralysis* (AFP).

AFP atau lumpuh layuh akut adalah kelumpuhan (*paralysis/paresis*) yang memiliki gejala sifatnya layuh (*flaccid*) pada semua anak < 15 tahun dengan terjadi secara mendadak (*acute*) dan bukan disebabkan ruda paksa.

Surveilans AFP dilaksanakan untuk menuju Eradikasi Polio (ERAPO 2020) Indonesia Bebas Polio. Selain melaksanakan pengendalian Imunisasi Polio oral dan Introduksi Polio Vaksin (IPV) masuk ke dalam program imunisasi rutin juga melakukan pelacakan penemuan kasus Lumpuh Layuh *AFP rate* berbasis Puskesmas, rumah sakit dan masyarakat.

Gambar 4.2  
Peta Sebaran AFP Non Polio di Kota Bekasi Tahun 2016



Populasi anak usia < 15 tahun di Kota Bekasi tahun 2016 mencapai 750.259 jiwa, sehingga program menargetkan minimal harus menemukan kasus AFP sebanyak 15 kasus. Berdasarkan data surveilans AFP tahun 2016 berhasil ditemukan kasus *Non Polio AFP rate* sebanyak 15 kasus (100 persen). Kasus-kasus tersebut ditemukan di ruang rawat inap di rumah sakit yang tengah menjalani rawat inap.

Hasil pelacakan terhadap 15 kasus tersebut beralamat di 12 wilayah kerja puskesmas, yakni Puskesmas Pejuang, Teluk Pucung, dan Karang Kitri masing-masing di temukan 2 kasus. Puskesmas Bantar Gebang, Bintara, Marga Mulya, Kali A Tengah, Perumnas II, Duren Jaya, Wisma Jaya, Pengasinan dan Bojong Rawalumbu masing-masing 1 kasus.

#### **4.6 Kejadian Luar Biasa (KLB)**

Wabah adalah peningkatan kejadian kesakitan/ kematian, yang meluas secara cepat baik dalam jumlah kasus maupun luas daerah penyakit, dan dapat menimbulkan malapetaka (Undang Undang Wabah No 4 tahun 1984).

Sedangkan Kejadian Luar Biasa (KLB) adalah timbulnya suatu kejadian kesakitan/kematian dan atau meningkatnya suatu kejadian kesakitan/kematian yang bermakna secara epidemiologis pada suatu kelompok penduduk dalam kurun waktu tertentu. Status Kejadian Luar Biasa diatur oleh Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 949/MENKES/SK/VII/2004.

Kejadian Luar Biasa (KLB) penyakit menular, keracunan makanan, keracunan bahan berbahaya lainnya masih menjadi masalah kesehatan masyarakat. Hal tersebut karena dapat menyebabkan jatuhnya korban kesakitan dan kematian yang besar, menyerap anggaran yang besar dalam upaya penanggulangannya, berdampak pada sektor ekonomi, pariwisata

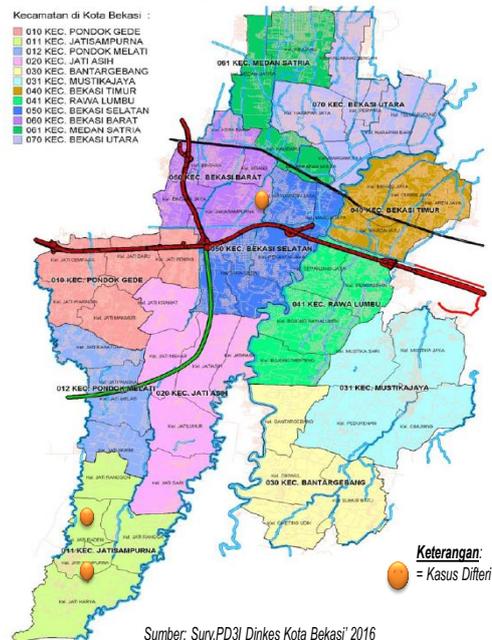
serta berpotensi menyebar luas lintas kabupaten/ kota, provinsi, regional bahkan internasional yang membutuhkan koordinasi dan penanggulangan.

Pada tahun 2016 telah terjadi beberapa Kejadian Luar Biasa di Kota Bekasi, antara lain: KLB difteri, campak, hepatitis A, dan keracunan makanan.

### 1.6.1 KLB Campak

Kejadian Luar Biasa (KLB) Campak Klinis Tahun 2016 masih terjadi di 3 wilayah kelurahan pada bulan Mei, Juli dan September 2016. Dalam 1 wilayah epidemiologi disebut KLB Campak apabila dalam kurun waktu 28 hari terjadi kasus campak minimal 5 kasus, dan dilakukan konfirmasi laboratorium. Apabila dari 5 sampel terdapat 2 sampel positif campak, maka wilayah tersebut disebut KLB Campak.

Gambar 4.3  
Peta Sebaran KLB Campak di Kota Bekasi Tahun 2016

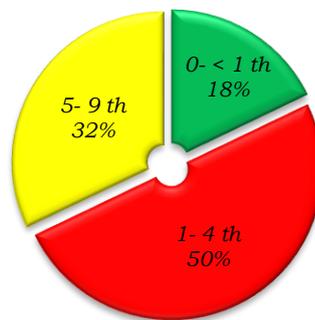


Penyakit campak disebabkan oleh *Paramyxoviridae* (RNA) ditularkan dari orang ke orang melalui percikan ludah dan transmisi melalui udara terutama melalui batuk, bersin atau skresi hidung. Gejala yang ditimbulkandiantaranya demam, rush, batuk pilek atau conjunctiviitis.

Pada saat KLB berlangsung ditemukan sebanyak 28 penderita yang tersebar di 3 wilayah, yaitu di Kelurahan Kranji ditemukan 10 kasus, Jati Raden 8 kasus dan Jati Sampurna 10 kasus. Seperti tampak pada gambar 4.4.

Dilihat dari jenis kelaminnya, pada KLB campak tahun 2016 tidak terdapat perbedaan antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan (50 persen laki-laki dan 50 persen perempuan), hal ini memang karena penyakit campak bisa mengenai semua jenis kelamin baik laki-laki maupun perempuan.

Grafik 4.48  
Proporsi KLB Campak Menurut Kelompok Umur  
Di Kota Bekasi Tahun 2016

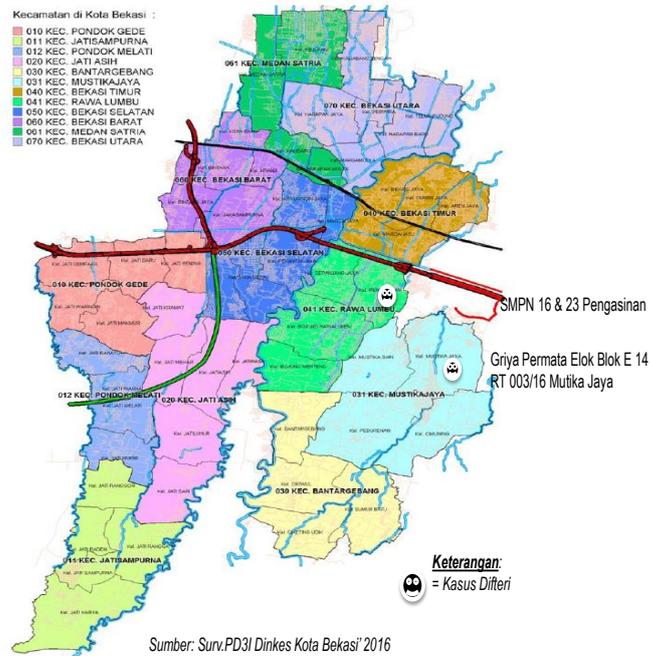


KLB campak tahun 2016 dilihat dari kelompok umurnya, sebagian kasus KLB menyerang anak-anak berusia 1 sampai 4 tahun (50 persen), usia pelajar (5 sampai 9 tahun sebesar 32 persen), dan usia bayi 0 sampai kurang dari 1 tahun sebesar 18 persen. Hal ini karena memang pada usia balita merupakan fase kelompok umur yang rawan akan penyakit menular

#### 4.6.2 KLB Hepatitis A

Hepatitis A merupakan penyakit yang disebabkan oleh virus hepatitis tipe A dan menyerang sel-sel hati manusia. Penyebab penyakit ini adalah virus hepatitis A yang dapat menyebar dengan sangat mudah. Cara penyebaran utamanya adalah melalui makanan atau minuman yang telah terkontaminasi oleh tinja pengidap hepatitis A. Sebagian besar penderita hepatitis A adalah anak-anak.

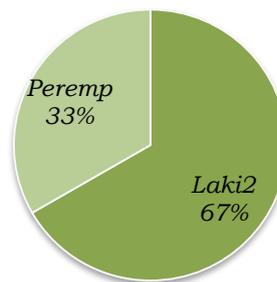
Gambar 4.4  
Peta Sebaran KLB Hepatitis A di Kota Bekasi Tahun 2016



Pada bulan Maret dan April tahun 2016 terjadi KLB Hepatitis A di 2 lokasi yang berbeda, yakni di perumahan dan sekolah dengan total korban sebanyak 29 orang. Hasil penyelidikan epidemiologi diperoleh informasi bahwa KLB yang terjadi di perumahan pada wilayah Mustika Jaya terdapat 4 korban akibat mengkonsumsi air minum isi ulang yang mengandung positif *Escherichia coli* (konfirmasi laboratorium H2S).

Sedangkan KLB yang terjadi di SMPN 16 & SMPN 23 Pengasinan terdapat 23 korban. Pengambilan sampel darah terhadap 12 penjaja makanan, 1 orang dinyatakan Hbs Ag positif. Dapat diduga korban tertular dari makan hasil olahan penjaja tersebut.

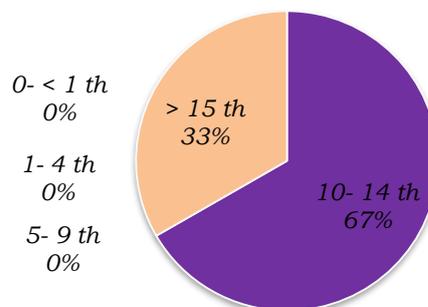
Grafik 4.49  
Proporsi KLB Hepatitis A Menurut Jenis Kelamin  
Di Kota Bekasi Tahun 2016



Dilihat dari jenis kelaminnya, KLB Hepatitis A di Kota Bekasi tahun 2016 sebagian besar menyerang pada jenis kelamin laki-laki (67 persen), dan sisanya (33 persen) menyerang pada jenis kelamin perempuan.

Dan dilihat dari kelompok umurnya, KLB Hepatitis A tahun 2016 di Kota Bekasi sebagian besar (67 persen) menyerang anak usia 10 sampai 14 tahun. Dan sisanya sebesar 33 persen menyerang usia lebih dari 15 tahun.

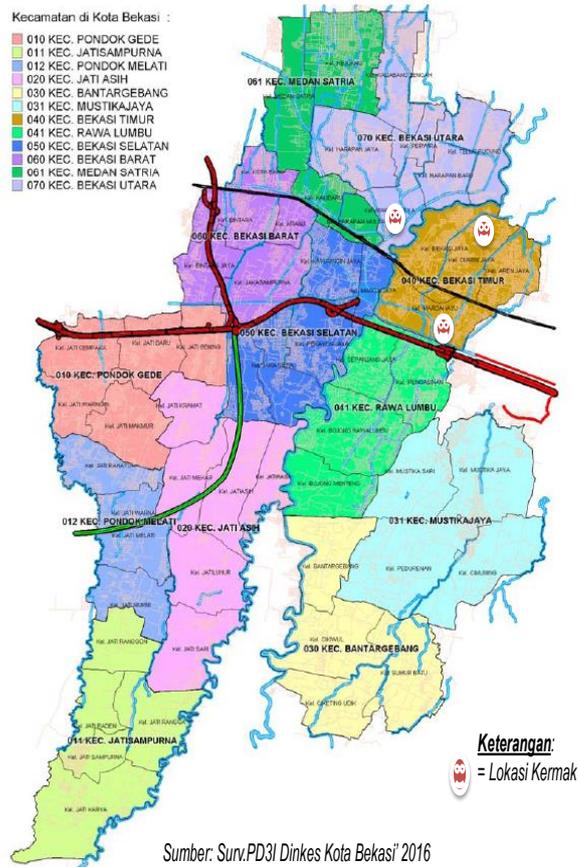
Grafik 4.50  
Proporsi KLB Hepatitis A Menurut Kelompok Umur  
Di Kota Bekasi Tahun 2016



### 4.6.3 KLB Keracunan Pangan/ Minuman

Kejadian keracunan pangan/minuman di suatu wilayah menjadi salah satu bagian kegiatan di program surveilans dan kesehatan lingkungan dengan melibatkan lintas sektor/vertikal dan masyarakat. Pada tahun 2016, program surveilans dan kesehatan lingkungan melakukan penyelidikan epidemiologi, penanganan medis seperlunya dan pengambilan sampel sisa makanan/minuman di 3 lokasi kejadian.

Gambar 4.5  
Peta Sebaran KLB Keracunan Pangan di Kota Bekasi Tahun 2016

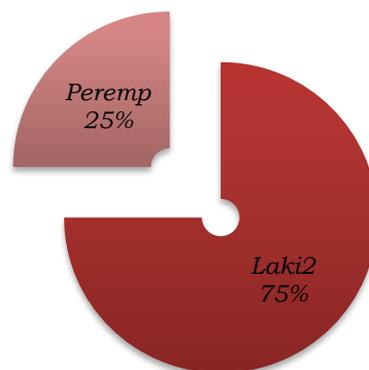


Pada tanggal 1 September 2016 terjadi keracunan pangan di SMK BPK Penabur Summarecon Bekasi dengan jumlah korban sebanyak 17 siswa. Korban tersebut dilakukan perawatan pada dua rumah sakit di Kota Bekasi. Keracunan ini terjadi 2 jam setelah siswa mengkonsumsi nasi kotak yang berisi: nasi putih, mie goreng dengan bakso dan telur, kerupuk, serta minuman aqua, nutrisi dan teh botol.

Pada tanggal 9 November 2016 terjadi keracunan pangan di SDN IV Duren Jaya dengan jumlah korban sebanyak 9 siswa. Semua korban dirawat di ruang UKS. Keracunan diduga terjadi 15 sampai 30 menit setelah mengkonsumsi mie seblak yang dibeli di kantin sekolah.

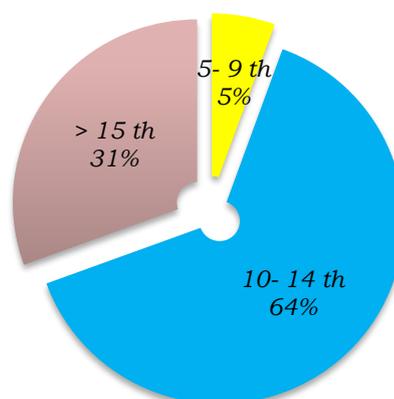
Pada tanggal 25 November 2016 terjadi keracunan pangan di SDN 23 Margahayu dengan jumlah korban sebanyak 6 siswa. Korban dilarikan di Puskesmas Karang Kitri untuk mendapatkan perawatan. Keracunan terjadi setelah 1 jam mengkonsumsi nasi goreng yang dibeli di lingkungan sekolah.

Grafik 4.51  
Proporsi KLB Keracunan Pangan Menurut Jenis Kelamin  
Di Kota Bekasi Tahun 2016



Dilihat dari jenis kelaminnya, sebagian besar korban keracunan pangan adalah anak laki-laki, yaitu sebesar 75 persen. Dan sisanya sebesar 25 persen berjenis kelamin perempuan.

Grafik 4.52  
Proporsi KLB Keracunan Pangan Menurut Kelompok Umur  
Di Kota Bekasi Tahun 2016



Grafik 4.52 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar korban keracunan pangan pada kelompok umur 10 sampai 14 tahun (64 persen). Hal ini karena memang seluruh korban keracunan pangan tahun 2016 adalah anak sekolah.

#### 4.7 Penanganan Masalah Kesehatan Korban Bencana Banjir

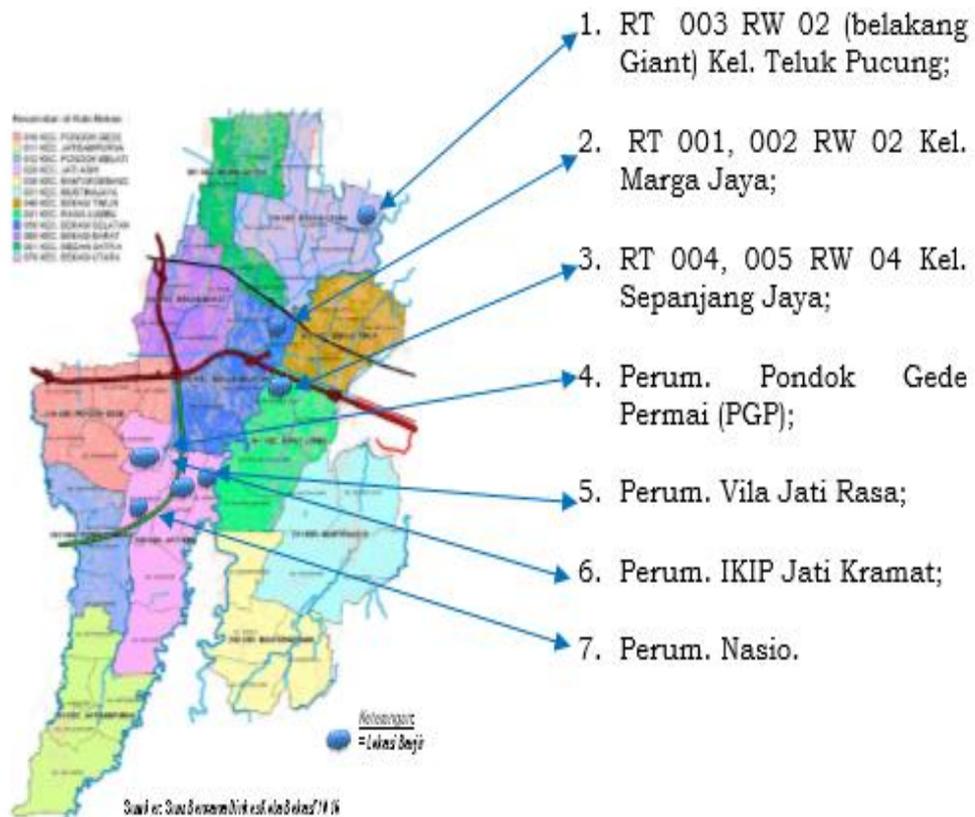
Kota Bekasi walaupun bukan termasuk daerah rawan bencana, namun hampir setiap tahunnya mengalami banjir, angin puting beliung, dan kebakaran, bencana yang disebabkan karena ulah manusia. Banjir di Kota Bekasi dikarenakan turunnya hujan dengan intensitas tinggi dan durasi yang lama. Pada saat demikian, air hujan tidak tertampung dan tidak tersalurkan pada saluran drainase wilayah sehingga menimbulkan genangan dalam waktu beberapa jam sampai beberapa hari.

Selain itu bila di hulu sungai (wilayah Jonggol-Bogor) turun hujan lebat menyebabkan debit air sungai dan volumenya meningkat, sehingga tidak tertampung pada badan sungai yang melintasi Kota Bekasi, menyebabkan banjir di daerah sempadan sungai. Saat ini daerah sempadan sungai banyak beralih fungsi menjadi perumahan penduduk sehingga terjadi banjir di sekitar daerah tersebut.

Pada pertengahan April 2016 wilayah Kota Bekasi diguyur hujan cukup lebat dengan durasi waktu kurang lebih 37 jam. Hal ini menyebabkan beberapa wilayah dataran rendah dengan drainase yang tidak memadai dan jalannya saluran air tersendat, sehingga terjadi genangan air pada beberapa wilayah tersebut yang bersifat sementara (4 sampai 6 jam).

Namun pada 7 wilayah (perumahan dan perkampungan) yang berdekatan dengan kali Bekasi mengalami banjir. Hal ini dikarenakan badan sungai meluap karena tidak mampu lagi menampung air kiriman dari wilayah Bogor. Bahkan kali Cikeas yang melintasi pinggiran Perumahan Pondok Gede Permai jebol menghantam satu rumah warga hingga rusak berat, yang menyebabkan air kali meluap ke perumahan tersebut

Gambar 4.6  
Peta Sebaran Lokasi Banjir di Kota Bekasi  
Tahun 2016

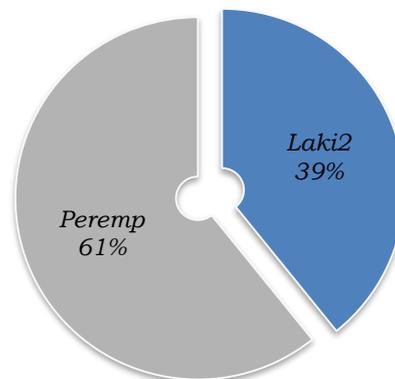


Berdasarkan rekapitulasi kunjungan pada 7 posko bidang kesehatan terdapat 357 orang korban banjir yang mengakses layanan kesehatan. Kunjungan paling banyak terdapat di posko Perum Nasio berjumlah 102 orang, disusul di posko Perum Pondok Gede Permai sebanyak 99 orang. Lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 4.2 di bawah ini.

Tabel 4.3  
Distribusi Korban Bencana Banjir Menurut Jenis Penyakit Akibat Banjir di Kota Bekasi Tahun 2016

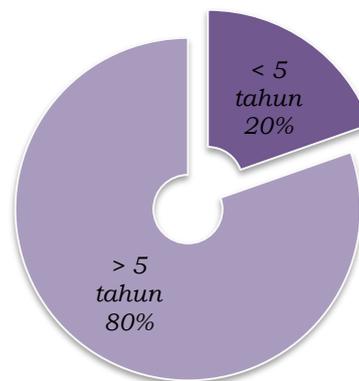
| NO | LOKASI / TEMPAT KEJADIAN BENCANA (RT/RW/Dusun/Komplek/ Kelurahan) | JENIS PENYAKIT |      |       |          |           |            |           |             |       |  |
|----|---|----------------|------|-------|----------|-----------|------------|-----------|-------------|-------|--|
|    |   | Kulit          | ISPA | Diare | Cepalgia | Gastritis | Hypertensi | neuralgia | Obs. Febris | Bumil |  |
| 1  | Perum. Pondok Gede Permai   | 19             | 11   | 4     | 12       | 2         | 15         | 17        | 15          | 4     |  |
| 2  | Perum. Vila Jati Rasa   | 12             | 2    |       | 11       | 1         | 10         | 7         | 3           |       |  |
| 3  | Perum. Nasio  | 24             | 22   | 3     | 14       | 4         | 5          | 24        | 6           |       |  |
| 4  | Perum. IKIP   | 13             | 2    | 2     | 11       | 2         | 11         | 13        | 8           |       |  |
| 5  | RT 001, 002 RW 02 Kel. Marga Jaya                                 | 2              | 2    | 1     | 2        |           |            |           | 2           |       |  |
| 6  | RT 004, 005 RW 04 Kel. Sepanj. Jaya                               |                |      |       |          |           |            |           |             |       |  |
| 7  | RT 003 RW 02 Kel. Teluk Pucung                                    | 15             | 7    | 2     | 5        | 1         | 1          | 4         | 4           |       |  |

Grafik 4.53  
Proporsi Korban Bencana Banjir yang Mengakses Posko Kesehatan Menurut Jenis Kelamin di Kota Bekasi Tahun 2016



Pada grafik 4.53 di atas dapat diketahui, bahwa sebagian besar korban bencana banjir yang mengakses posko kesehatan adalah perempuan (61 persen) atau 22 persen lebih tinggi dari pada laki-laki yang berkunjung ke posko kesehatan.

Grafik 4.54  
Proporsi Korban Bencana Banjir yang Mengakses Posko Kesehatan Menurut Kelompok Umur di Kota Bekasi Tahun 2016

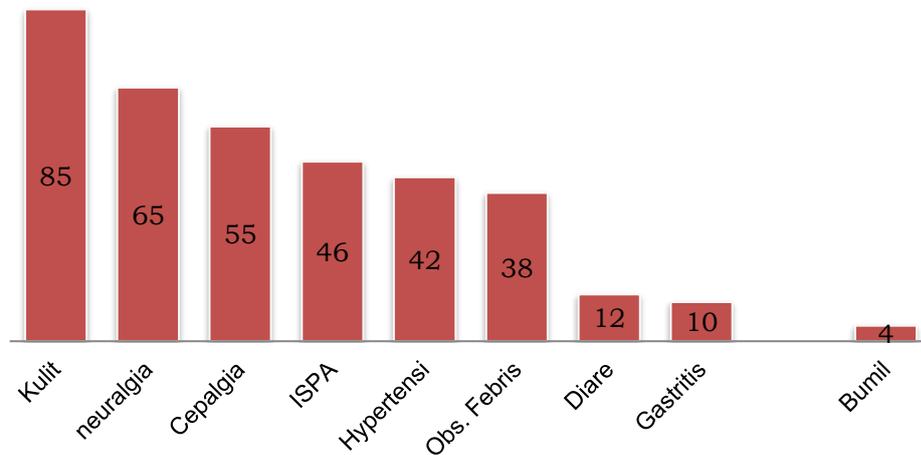


Korban bencana banjir yang mengakses posko kesehatan sebagian besar (80 persen) berusia lebih dari 5 tahun (dengan interval umur sampai dengan lansia). Sedangkan sisanya (20 persen) yang mengakses posko kesehatan berusia balita (< 5 tahun).

Bila dilihat dari jenis penyakit yang dikeluhkan korban bencana banjir, dari 354 orang yang mengakses posko kesehatan penyakit yang paling tinggi adalah gangguan kulit ada sebanyak 85 orang (24,1 persen). Artinya bahwa kerusakan lingkungan yang terjadi telah berpengaruh langsung terhadap kesehatan masyarakat, khususnya gangguan penyakit kulit.

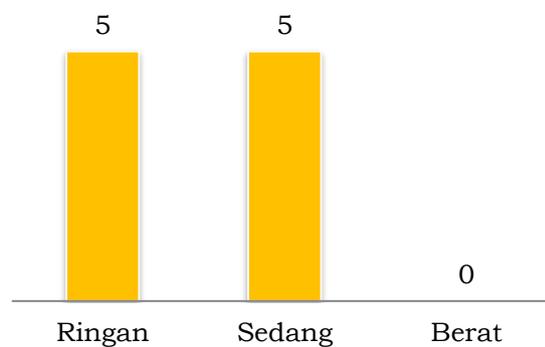
Namun untuk penyakit diare yang biasanya berhubungan dengan korban banjir, di Kota Bekasi hanya ada 12 orang (3,4 persen). Artinya masyarakat sudah memahami dengan mengkonsumsi makan/ minum yang bersih terhindar dari kontaminasi buruknya lingkungan. Jenis-jenis penyakit yang dikeluhkan korban bencana banjir di Kota Bekasi terlihat pada grafik berikut.

Grafik 4.55  
Distribusi Penyakit yang Dikeluhkan Korban Bencana Banjir yang Mengakses Posko Kesehatan di Kota Bekasi Tahun 2016



Pada bencana banjir di Kota Bekasi tahun 2016 tidak ditemukan korban luka berat. Namun ada 10 orang korban luka akibat jatuh terpeleset dan terkena paku (5 orang luka ringan dan 5 orang luka sedang). Dari 10 orang yang luka tersebut, 4 diantaranya harus dirujuk ke Puskesmas Jati Asih karena harus mendapatkan perawatan lebih lanjut.

Grafik 4.56  
Distribusi Korban Bencana Banjir yang Mengakses Posko Kesehatan Menurut Jenis Luka di Kota Bekasi Tahun 2016



## 4.8 Promosi Kesehatan

Pembangunan kesehatan ditujukan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara social dan ekonomis. Setiap orang berhak atas kesehatan dan setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan. Namun setiap orang tidak luput dari kewajiban- kewajiban di bidang kesehatan.

Oleh sebab itu menjadi tanggung jawab pemerintah untuk memberdayakan dan mendorong peran serta aktif masyarakat dalam segala bentuk upaya kesehatan.

### 4.8.1 Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Upaya dalam meningkatkan kesadaran masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat, diawali dengan melakukan pendataan PHBS tatanan rumah tangga, dibantu oleh kader kesehatan di wilayah kerja Puskesmas. Target pendataan PHBS adalah 100 persen rumah tangga dan target Provinsi Jawa Barat adalah 70 persen rumah tangga ber-PHBS.

Hasil pendataan di Kota Bekasi tahun 2016, dari 156.739 rumah tangga yang dipantau, sebanyak 104.116 rumah tangga atau 66,4 persen rumah tangga ber-PHBS baik, yang berarti memenuhi lebih dari 6 indikator PHBS.

Seluruh Puskesmas telah melakukan pendataan pada tahun 2016, dengan sumber dana baik dari APBD II Dinas Kesehatan Kota Bekasi, maupun dari sumber dana masing-masing Puskesmas. Adapun 10 indikator PHBS adalah:

1. Persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan
2. Memberi bayi ASI eksklusif
3. Menimbang bayi dan balita
4. Menggunakan air bersih
5. Mencuci tangan dengan air bersih dan sabun

6. Menggunakan jamban sehat
7. Memberantas jentik di rumah
8. Makan buah dan sayur setiap hari
9. Melakukan aktivitas fisik setiap hari
10. Tidak merokok

Berdasarkan pendataan tahun 2015, ditemukan 3 (tiga) indikator terendah di Kota Bekasi yaitu:

1. Tidak merokok
2. ASI eksklusif
3. Menimbang bayi dan balita setiap bulan.

Walaupun telah termasuk dalam kategori baik, namun berdasarkan target, jumlah rumah tangga yang ber-PHBS belum mencapai target Provinsi. Sebagai tindak lanjut pendataan PHBS rumah tangga, perlu berbagai upaya mensosialisasikan pentingnya Perilaku Hidup Bersih dan Sehat dalam kehidupan sehari-hari.

Diharapkan dengan meningkatnya kepedulian dan kesadaran masyarakat, upaya pencegahan dan penularan penyakit dapat memberikan hasil positif sehingga derajat kesehatan masyarakat dan kualitas hidup masyarakat khususnya di Kota Bekasi akan meningkat.

#### **4.8.2 Kelurahan Siaga Aktif**

Program Desa dan Kelurahan Siaga berawal dari Desa Siaga Maternal, perkembangan selanjutnya adalah pelaksanaan akselerasi pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif.

Kelurahan siaga aktif adalah kelurahan yang penduduknya dapat dengan mudah mendapatkan akses pelayanan kesehatan dasar, mampu mengembangkan berbagai Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM), siaga terhadap wabah bencana dan kegawatdaruratan, mampu mengidentifikasi masalah kesehatan di lingkungannya, serta dapat meningkatkan dan menjaga kesehatan lingkungan.

Sebuah kelurahan siaga aktif harus memenuhi kriteria, yaitu; adanya forum masyarakat desa, adanya kader pemberdayaan masyarakat, kemudahan akses pelayanan kesehatan dasar, adanya posyandu dan UKBM, adanya dukungan dana, adanya peran serta masyarakat dan organisasi masyarakat, adanya peraturan Kepala Desa atau Bupati/ Walikota, serta pembinaan PHBS rumah tangga.

Delapan kriteria ini tidak mudah dipenuhi, sehingga pengembangan kelurahan siaga aktif memerlukan proses yang kompleks, seperti: advokasi, perencanaan kegiatan, koordinasi lintas sektor, peningkatan pengetahuan masyarakat, dan pemberdayaan masyarakat, serta sumber dana pendukung.

Pada tahun 2016 telah terjadi peningkatan jumlah kelurahan siaga aktif di Kota Bekasi. Dari 12 Kelurahan Siaga Aktif tahun 2015, telah meningkat menjadi 32 Kelurahan Siaga Aktif (57,14 persen). Namun pencapaian ini masih di bawah target Provinsi sebesar 80 persen kelurahan siaga aktif. Pengembangan kelurahan siaga aktif dilakukan Puskesmas di wilayah kerjanya dengan melibatkan lintas sektor, kemitraan dan pemberdayaan masyarakat dengan target seluruh kelurahan di Kota Bekasi menjadi Kelurahan Siaga Aktif.

#### **4.9 Status Gizi**

Status gizi adalah suatu keadaan tubuh yang diakibatkan oleh konsumsi, penyerapan dan penggunaan makanan. Banyak faktor yang dapat mempengaruhi status gizi, baik secara langsung yaitu asupan makanan dan penyakit infeksi maupun tidak langsung seperti ketahanan pangan di keluarga, pola pengasuhan anak, akses atau keterjangkauan anak dan keluarga terhadap air bersih dan pelayanan kesehatan yang baik.

Status gizi merupakan salah satu faktor yang menentukan kualitas sumber daya manusia dan kualitas hidup masyarakat. Status gizi juga berakibat langsung maupun tidak langsung pada angka kesakitan dan kematian serta gangguan-gangguan lain yang dapat menghambat upaya peningkatan kesejahteraan masyarakat.

Program perbaikan gizi masyarakat dilaksanakan untuk meningkatkan status gizi masyarakat melalui meningkatkan mutu konsumsi pangan. Peningkatan status gizi ini diarahkan pada peningkatan intelektualitas, produktivitas kerja, prestasi belajar serta menurunkan angka malnutrisi baik gizi kurang maupun gizi lebih.

#### **4.9.1 Status Gizi Balita**

Lima tahun pertama kehidupan (usia balita) merupakan fase pembentukan pondasi bagi kehidupan, sehingga perlu dioptimalkan pertumbuhan dan perkembangannya. Masalah gizi pada anak merupakan dampak dari ketidakseimbangan antara asupan dan keluaran dari zat gizi.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang standar antropometri penilaian status gizi anak, maka untuk menilai status gizi balita digunakan tiga indeks berdasarkan standar baku antropometri WHO 2005, yaitu Berat Badan per Umur (BB/U), Tinggi Badan per Umur (TB/U), dan Berat Badan per Tinggi Badan (BB/TB).

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

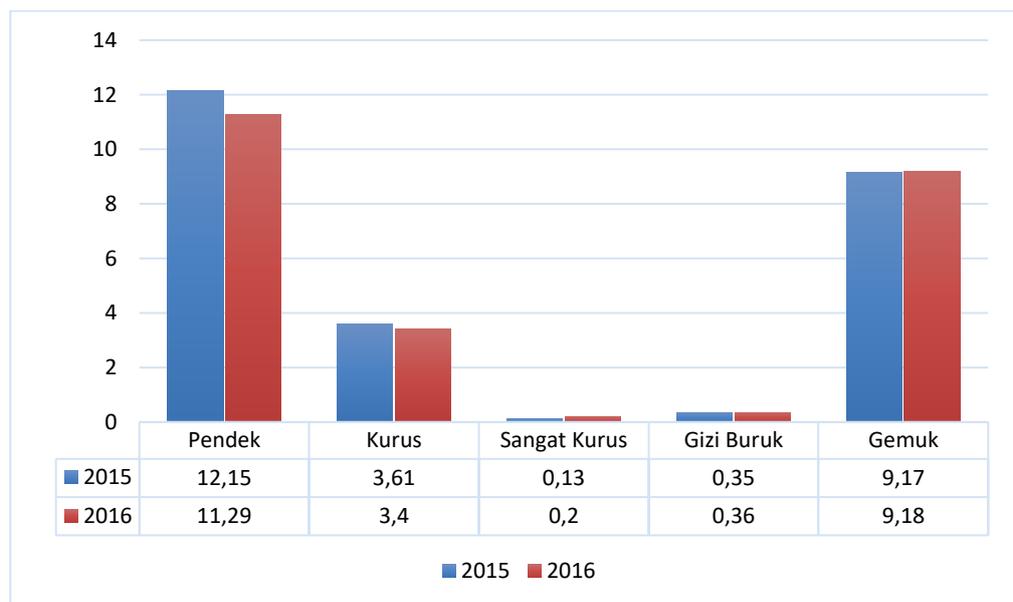
Indikator status gizi berdasarkan indeks TB/U memberikan indikasi masalah yang sifatnya kronis sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama. Misalnya kemiskinan, perilaku hidup tidak sehat, dan pola asuh/ pemberian makan yang kurang baik sejak anak dilahirkan yang mengakibatkan anak menjadi pendek.

Indikator status gizi berdasarkan indeks BB/TB memberikan indikasi masalah gizi yang sifatnya akut sebagai akibat dari peristiwa

yang terjadi dalam waktu yang tidak lama (singkat). Misalnya terjadi wabah penyakit dan kekurangan makan (kelaparan) yang mengakibatkan anak menjadi kurus. Indikator BB/TB dan IMT/U dapat digunakan untuk identifikasi kurus dan gemuk. Masalah kurus dan gemuk pada umur dini dapat berakibat pada risiko berbagai penyakit degeneratif pada saat dewasa.

Anak yang kurang gizi memiliki kemungkinan risiko kematian yang tinggi, menghambat pertumbuhan sehingga mempengaruhi status kesehatannya di kemudian hari. Prevalensi balita kurang gizi secara universal juga digunakan sebagai indikator untuk memonitor status kesehatan penduduk.

Grafik 4.57  
Prevalensi Pendek, Kurus, Sangat Kurus, Gizi Buruk, dan Gemuk pada Balita di Kota Bekasi Tahun 2015 s.d 2016



Grafik 4.57 di atas menunjukkan prevalensi pendek, kurus, sangat kurus, gizi buruk, dan gemuk pada balita di Kota Bekasi tahun 2015 dan tahun 2016. Dari grafik tersebut, terlihat bahwa prevalensi balita sangat kurus dalam beberapa tahun terakhir terus mengalami penurunan, namun pada tahun 2016 persentase balita sangat kurus meningkat.

Hal ini dikarenakan dengan bertambahnya Puskesmas dan kurangnya SDM tenaga gizi di tingkat Puskesmas sehingga data gizi buruk dari Posyandu tidak divalidasi. Selain itu juga kurangnya kesadaran masyarakat tentang pentingnya kenaikan berat badan balita, sehingga jika berat badan balitanya kurang atau turun tidak dianggap sebagai sesuatu yang fatal selama anak masih aktif.

Dalam 4 tahun terakhir, persentase balita gizi kurang terus mengalami penurunan. Masih adanya balita gizi kurang yang belum naik menjadi gizi baik meskipun telah ada program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) antara lain karena balita gizi kurang yang diberi PMT biskuit selama 90 hari berturut-turut merasa bosan sehingga biskuit tidak lagi dikonsumsi. Hal ini mempengaruhi keberhasilan pemberian PMT.

Kota Bekasi saat ini tidak hanya menghadapi masalah balita kurang gizi, tetapi kasus balita kelebihan gizi juga makin banyak. Data tersebut juga membuktikan bahwa Kota Bekasi telah mengalami *double burden*, yaitu selain mengalami masalah kurang gizi juga mengalami masalah kelebihan gizi.

Tahun 2016 telah ditemukan 142 kasus gizi buruk. Jumlah ini menurun bila dibandingkan dengan tahun 2015 sebanyak 194 kasus balita gizi buruk. Masih banyak kasus yang ditemukan salah satunya disebabkan oleh masih rendahnya cakupan jumlah balita yang datang dan ditimbang (D/S), sehingga balita yang terpantau pertumbuhannya secara teratur masih rendah.

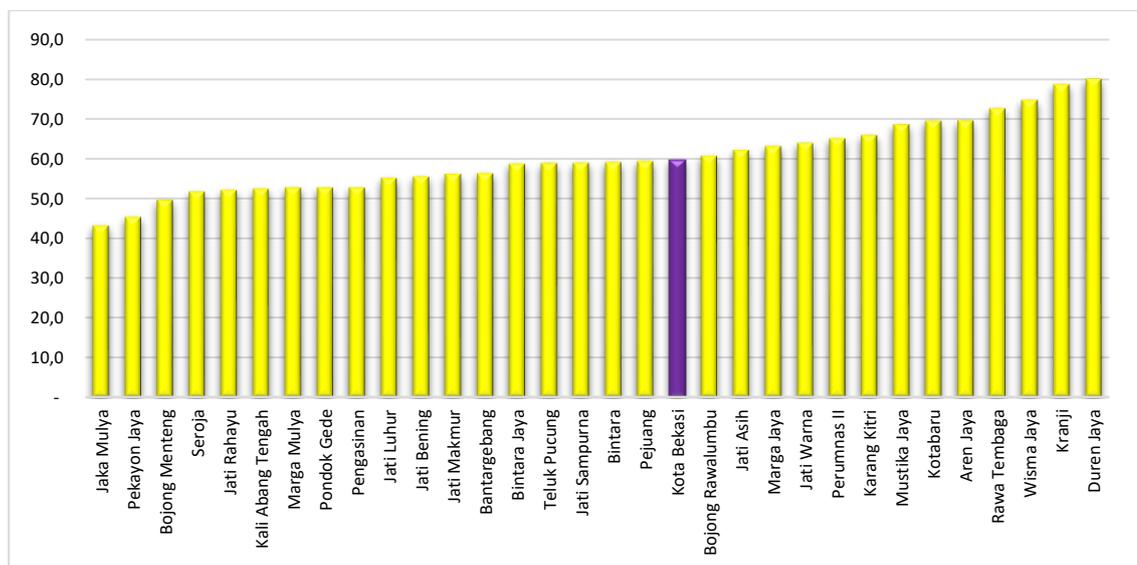
#### **4.9.2 Tingkat Partisipasi Masyarakat ke Posyandu (D/S)**

D/S (jumlah balita yang datang dan ditimbang per jumlah balita yang dilaporkan) merupakan gambaran tingkat partisipasi masyarakat untuk membawa balitanya ke Posyandu. Menimbang balita secara teratur juga merupakan wujud keluarga yang sadar gizi.

Cakupan D/S di Kota Bekasi tahun 2016 adalah sebesar 59,7 persen dari 249.478 balita yang dilaporkan. Dilihat dari cakupan D/S menurut Puskesmas (seperti pada grafik 4.54), cakupan D/S tertinggi pada Puskesmas Duren Jaya (79,9 persen) dan terendah pada Puskesmas Jaka Mulya (43,1 persen). Secara umum D/S seluruh Puskesmas mengalami kenaikan dibandingkan tahun 2014 (42 persen) dan 2015 (50,5 persen).

Peningkatan capaian D/S sangat penting, dengan D/S yang tinggi maka intervensi dini dapat dilakukan pada balita yang mengalami gangguan pertumbuhan. Sehingga kasus BGM dan gizi buruk dapat diturunkan dan balita yang naik berat badannya dapat ditingkatkan.

Grafik 4.58  
Cakupan D/S pada Balita Menurut Puskesmas di Kota Bekasi  
Tahun 2016

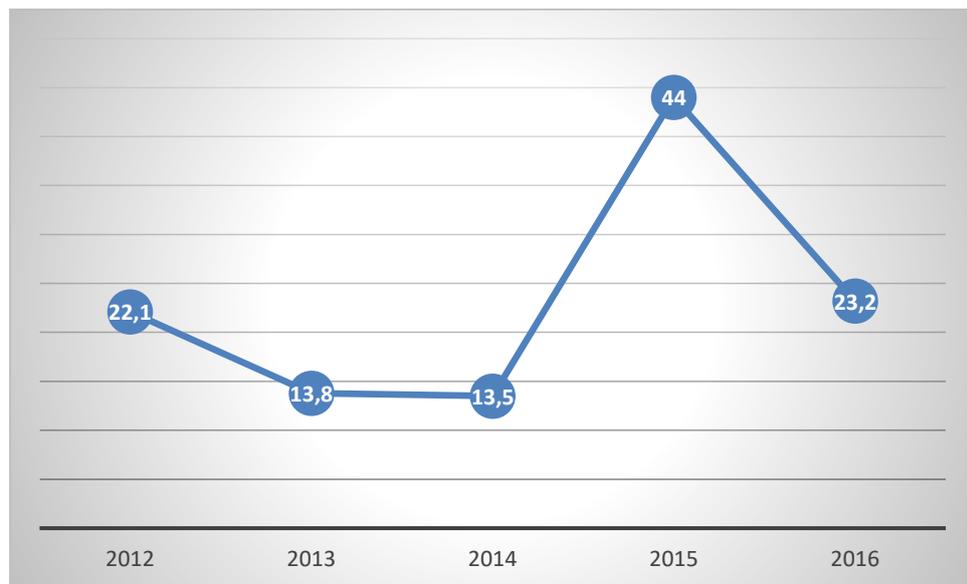


Berbagai upaya telah dilakukan dalam rangka meningkatkan D/S, antara lain: dengan melaksanakan rapat koordinasi lintas sektor (unsur-unsur Pokjanal Posyandu) pada tingkat Kota Bekasi, rapat koordinasi lintas sektor pada Puskesmas dengan capaian D/S rendah, serta bimbingan teknis/ pendampingan pada Puskesmas dengan D/S rendah.

### 4.9.3 ASI Eksklusif

Air Susu Ibu (ASI) eksklusif adalah ASI yang diberikan kepada bayi sejak dilahirkan selama enam bulan, dengan memberikan ASI saja tanpa menambahkan dan atau mengganti dengan makanan atau minuman lain termasuk air. ASI sangat bermanfaat dalam memberikan asupan zat gizi dan zat kekebalan sehingga bayi tidak mudah terkena penyakit infeksi, sehingga dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian pada balita seperti diare dan pneumonia, termasuk menurunkan kejadian gizi buruk.

Grafik 4.59  
Persentase Cakupan Bayi yang Diberi ASI Eksklusif  
di Kota Bekasi Tahun 2012 s.d 2016



Pada tahun 2016, cakupan ASI eksklusif di Kota Bekasi mengalami penurunan. Dari 22,1 persen tahun 2012 menurun hingga tahun tahun 2014 menjadi 13,5 persen, kemudian meningkat tinggi tahun 2015 menjadi 44 persen, namun turun kembali menjadi 23,2 persen pada tahun 2016. Angka ini masih dibawah target capaian ASI eksklusif sebesar 39 persen.

Rendahnya cakupan ASI eksklusif ini antara lain karena pencatatan dan pelaporan ASI eksklusif yang kurang baik, masih rendahnya pengetahuan masyarakat akan pentingnya ASI eksklusif, ibu yang bekerja, dan masih sedikitnya tenaga konselor laktasi maupun kelompok pendukung laktasi yang diharapkan dapat memberikan bantuan kepada ibu menyusui ketika menghadapi masalah dalam pemberian ASI.

#### **4.9.4 Anemia Gizi**

Anemia defisiensi zat besi merupakan penyebab utama anemia pada ibu hamil dibandingkan dengan defisiensi zat gizi lain. Anemia defisiensi besi adalah anemia yang disebabkan oleh kurangnya zat besi dalam tubuh. Anemia defisiensi besi ini merupakan masalah kesehatan yang dialami oleh wanita di seluruh dunia terutama di negara-negara berkembang.

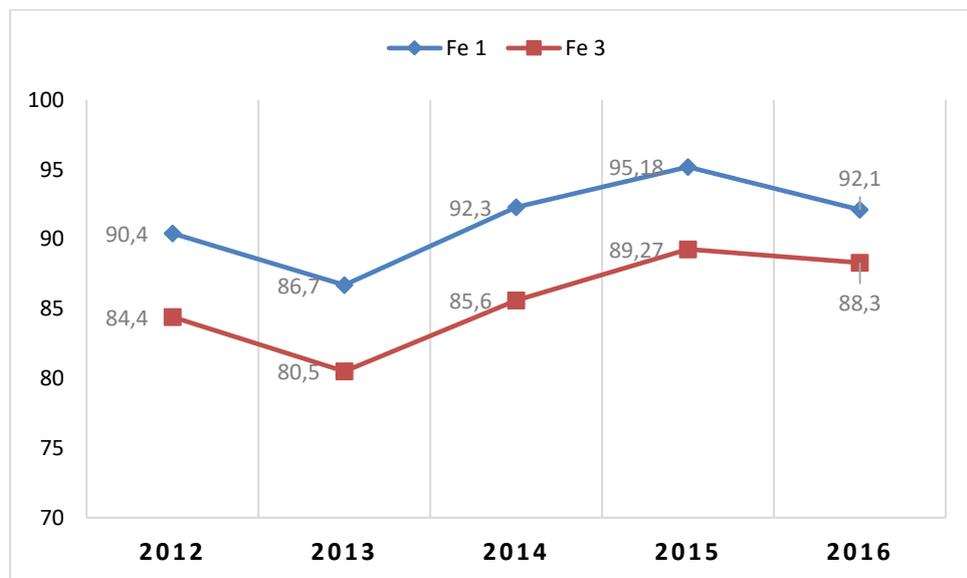
Anemia pada kehamilan ini juga berhubungan dengan meningkatnya kesakitan ibu, antara lain: meningkatkan frekuensi komplikasi pada kehamilan dan persalinan, risiko kematian maternal, angka prematuritas, berat badan bayi lahir rendah, dan meningkatnya angka kematian perinatal. Selain itu, perdarahan antepartum dan postpartum lebih sering dijumpai pada wanita anemis. Perdarahan ini dapat berakibat fatal karena wanita yang anemia tidak dapat mentolerir kehilangan darah.

Pemberian tablet tambah darah (Fe) sebanyak 90 tablet selama kehamilan dilakukan sebagai upaya untuk mencegah anemia pada ibu hamil. Pemberian tablet ini dilakukan pada saat kunjungan ibu hamil ke fasilitas kesehatan, yaitu kunjungan ke I pada kehamilan trimester pertama, kunjungan ke II pada trimester kedua dan kunjungan ke III dan IV pada trimester ketiga.

Pada tahun 2016 cakupan Fe1 dan Fe3 di Kota Bekasi menurun. Padahal cakupan tahun 2014 dan 2015 mengalami peningkatan. Hal ini karena adanya pemekaran 8 Puskesmas baru di Kota Bekasi, sehingga pencatatan dan pelaporan di Puskesmas baru belum semuanya tercatat.

Selain pemberian tablet tambah darah kepada ibu hamil, sebagai upaya mencegah terjadinya anemia pada ibu hamil juga dilakukan program pencegahan dan penanggulangan anemia pada remaja putri, yaitu dengan cara memberikan tablet tambah darah kepada remaja putri selama 4 bulan.

Grafik 4.60  
Persentase Cakupan Pemberian Fe I dan Fe III  
di Kota Bekasi Tahun 2012 s.d 2016



## **BAB V**

### **SITUASI UPAYA KESEHATAN**

#### **5.1 Pelayanan Kesehatan Dasar**

Pelayanan kesehatan dasar merupakan langkah awal yang sangat penting dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Kegiatan pelayanan kesehatan dasar ini merupakan fungsi utama yang dilaksanakan oleh Puskesmas untuk mengatasi sebagian besar masalah kesehatan yang ada di masyarakat.

##### **5.1.1 Kesehatan Ibu dan Anak**

Kesehatan ibu dan anak merupakan salah satu isu prioritas dan indikator kesehatan yang digunakan setiap tahun. Sasaran kesehatan Ibu dan anak antara lain: Pemeliharaan Ibu Hamil, Ibu Bersalin, Ibu Nifas, Ibu dengan Komplikasi Kebidanan, Ibu Menyusui, Keluarga Berencana (KB) , Bayi Baru Lahir, Bayi Baru Lahir dengan Komplikasi, Bayi dan Anak Balita, serta Anak Prasekolah agar mencapai kemampuan hidup sehat.

##### **a. Pelayanan Antenatal (K1-K4)**

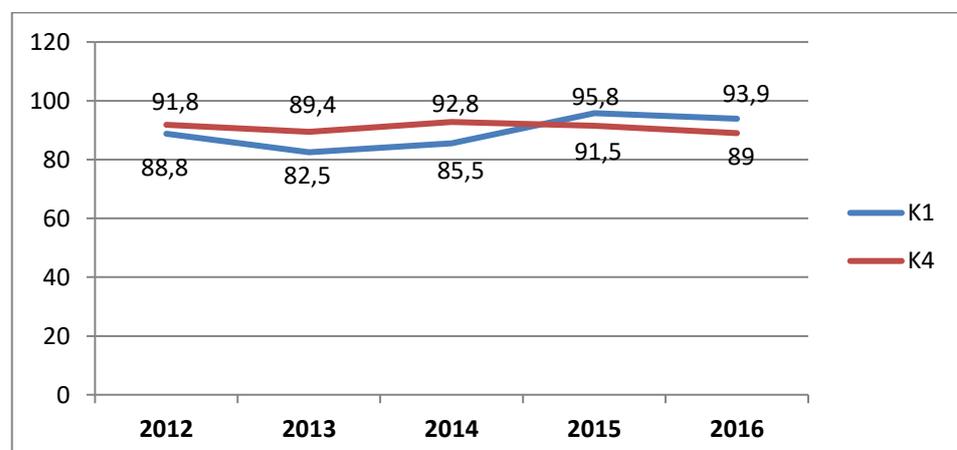
Pelayanan antenatal (K1 sampai K4) merupakan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama masa kehamilannya. Pelayanan antenatal ini dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang ditetapkan dalam Standar Pelayanan Kebidanan. Pelayanan antenatal disebut lengkap apabila dilakukan oleh tenaga kesehatan serta memenuhi standar tersebut.

Frekuensi pelayanan antenatal adalah minimal 4 kali selama kehamilan, dengan ketentuan waktu pemberian pelayanan yang dianjurkan yaitu: pada triwulan pertama (minimal 1 kali), pada triwulan kedua (minimal 1 kali), dan pada triwulan ketiga (minimal 2 kali).

Kebijakan waktu pelayanan antenatal ini dimaksudkan untuk menjamin perlindungan kepada ibu hamil, berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan dan penanganan komplikasi. Indikator ini digunakan untuk mengetahui jangkauan pelayanan antenatal serta kemampuan program dalam menggerakkan masyarakat. Tenaga kesehatan yang berkompeten memberikan pelayanan antenatal kepada ibu hamil adalah: dokter spesialis kebidanan, dokter umum, dan bidan.

Pelayanan antenatal digunakan untuk memonitoring dan mendukung kesehatan ibu hamil normal sehingga dapat mencegah terjadinya komplikasi sedini mungkin, dengan demikian diharapkan dapat menurunkan angka kematian ibu dan bayi baru lahir. Oleh karena itu ibu hamil dianjurkan mengunjungi dokter atau bidan sedini mungkin semenjak ia merasa dirinya hamil untuk mendapatkan pelayanan antenatal.

Grafik 5.1  
Cakupan Pelayanan Antenatal (K1 dan K4) Di Kota Bekasi  
Tahun 2012 s.d 2016



Dari grafik di atas, terlihat bahwa pada tahun 2016 cakupan K1 mengalami penurunan (93.9 persen) dibandingkan tahun 2015 sebesar 95.8 persen. Begitu juga dengan cakupan K4 di tahun 2016 juga mengalami penurunan menjadi 89.0 persen dibandingkan tahun 2015 sebesar 91.5 persen.

Capaian K1 dan K4 diatas menunjukkan bahwa capaian K4 lebih rendah dari capaian K1. Hal ini disebabkan karena data K1 yang tercatat di Puskesmas adalah data kunjungan pertama kali ibu hamil ke tenaga kesehatan tanpa melihat umur kehamilan.

Data hasil rekapitan laporan dari Puskesmas yang diperoleh pada tahun 2013 dan tahun-tahun sebelumnya menunjukkan bahwa capaian K4 lebih banyak dari K1. Hal ini menunjukkan angka yang irasional, seharusnya angka K4 lebih sedikit dari K1, karena K4 dicatat apabila bumil sudah melalui K1 sampai K3.

Untuk itu sejak tahun 2013 secara bertahap telah dilaksanakan pembinaan terhadap bidan koordinator dalam penyamaan persepsi definisi operasional indikator KIA dan pencatatan pelaporan program KIA. Selain itu juga dilaksanakan koordinasi dengan pihak rumah sakit swasta dalam hal pencatatan dan pelaporan KIA. Sehingga menghasilkan dampak positif yaitu capaian Indikator K1 dan K4 berangsur menjadi lebih rasional, dimana K4 lebih sedikit dari pada K1.

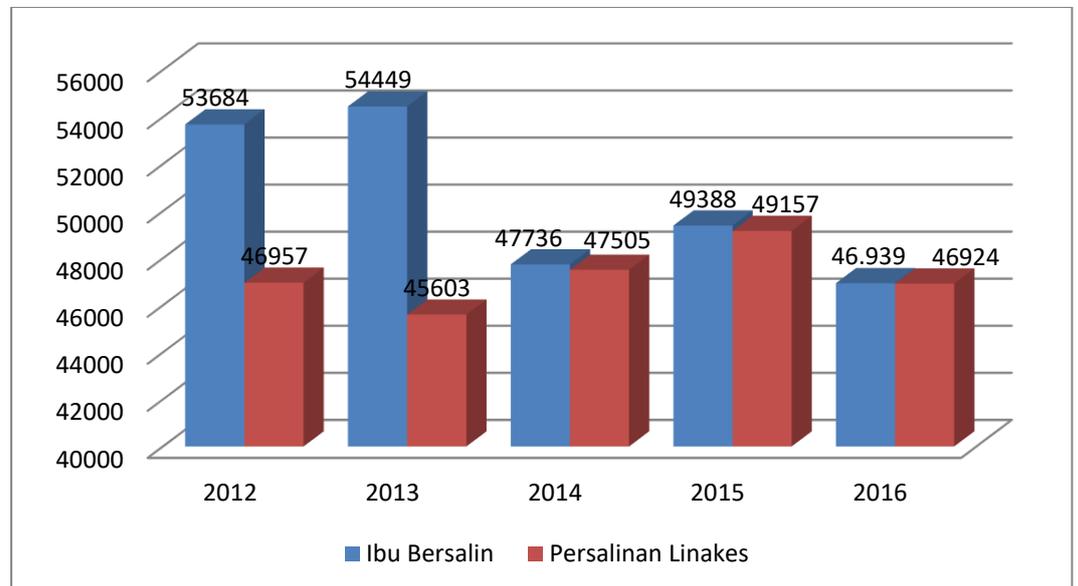
Kunjungan lengkap (K4) diharapkan dapat mendeteksi dini komplikasi ibu hamil dan perawatan kehamilan dapat dilaksanakan dengan baik dan berkualitas sehingga komplikasi yang terjadi saat kehamilan dapat dicegah. Dengan demikian kematian ibu dan bayinya dapat dicegah.

#### **b. Pertolongan Persalinan**

Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan (linakes) adalah pelayanan persalinan yang aman yang dilakukan oleh

tenaga kesehatan yang kompeten dan di fasilitas pelayanan kesehatan. Oleh karena itu secara bertahap seluruh persalinan akan ditolong oleh tenaga kesehatan kompeten dan diarahkan ke fasilitas pelayanan kesehatan. Dan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) di Kota Bekasi dilaksanakan dengan tujuan agar tercapainya pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.

Grafik 5.2  
Jumlah Ibu Bersalin dan Persalinan Ditolong Tenaga Kesehatan Di Kota Bekasi Tahun 2012 s.d 2016



Capaian linakes tahun 2015 mengalami penurunan menjadi 88,3 persen dari 90,15 persen pada tahun 2015. Capaian linakes yang mengalami penurunan dikarenakan adanya rotasi bidan koordinator, dimana bidan koordinator yang baru masih kurang dalam hal pengisian kohort dan analisa data. Sehingga tidak adanya inovasi untuk memenuhi capaian sesuai dengan target.

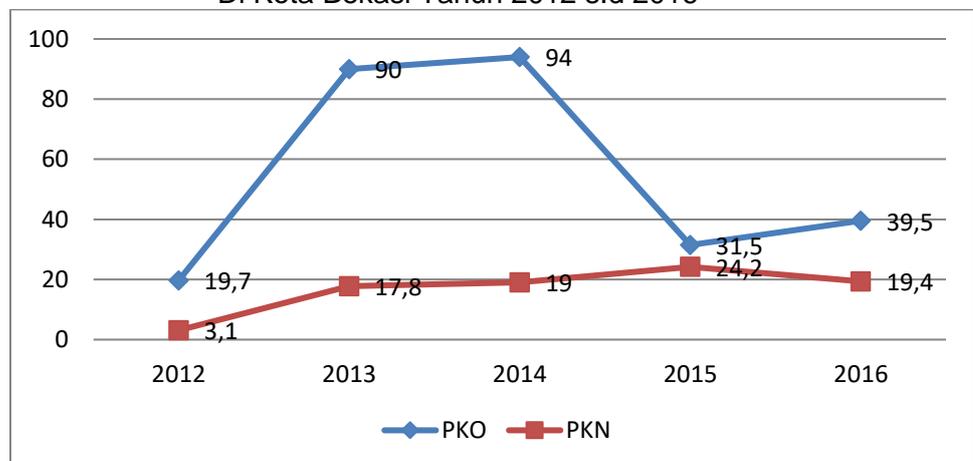
### c. Penanganan Komplikasi Kebidanan dan Neonatus oleh Tenaga Kesehatan Maupun Masyarakat

Penanganan komplikasi kebidanan adalah pelayanan kepada ibu dengan komplikasi kebidanan untuk mendapat penanganan definitif sesuai standar oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan. Diperkirakan sekitar 15-20 persen ibu hamil akan mengalami komplikasi kebidanan. Komplikasi dalam kehamilan dan persalinan tidak selalu dapat diduga sebelumnya, oleh karenanya semua persalinan harus ditolong oleh tenaga kesehatan agar komplikasi kebidanan dapat segera dideteksi dan ditangani.

Kehamilan merupakan proses reproduksi yang normal, tetapi tetap mempunyai risiko untuk terjadinya komplikasi. Oleh karenanya deteksi dini oleh tenaga kesehatan dan masyarakat tentang adanya faktor risiko dan komplikasi, serta penanganan yang adekuat sedini mungkin, merupakan kunci keberhasilan dalam penurunan angka kematian ibu dan bayi yang dilahirkan.

Faktor risiko pada neonatus adalah sama dengan faktor risiko pada ibu hamil. Ibu hamil yang memiliki faktor risiko akan meningkatkan risiko terjadinya komplikasi pada neonatus.

Grafik 5.3  
Cakupan Komplikasi Obstetri dan Neonatal yang Ditangani  
Di Kota Bekasi Tahun 2012 s.d 2016



Jumlah komplikasi obstetrik yang ditangani tahun 2016 mengalami peningkatan menjadi 39,5 persen bila dibandingkan tahun 2015 yaitu 31,5 persen. Hal ini dikarenakan adanya peningkatan pada pencatatan dan pelaporan yang sudah memisahkan antara jumlah faktor resiko dan komplikasi. Selain itu tenaga kesehatan baik di puskesmas maupun BPM (Bidan Praktek Mandiri), kader dan TPPKK sudah ada yang mendapat pelatihan mengenai cara mendeteksi dini resiko tinggi pada ibu dengan menggunakan Skor Poedji Rochyati. Dengan demikian, tenaga kesehatan dan masyarakat sudah mampu mendeteksi faktor resiko maupun komplikasi pada ibu hamil.

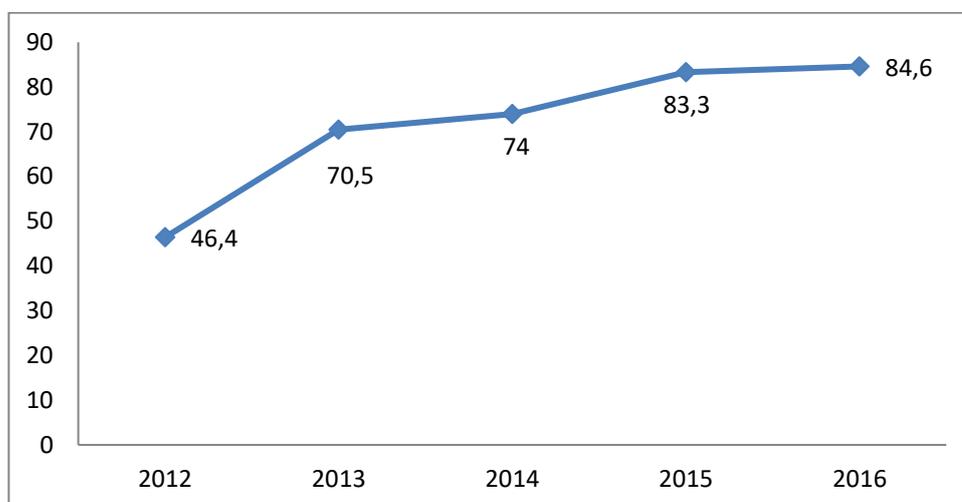
Sebaliknya dengan jumlah komplikasi neonatal yang ditangani justru mengalami penurunan dari tahun 2015 sebesar 24,2 persen menjadi 19,4 persen di tahun 2016. Hal ini dikarenakan kurangnya koordinasi dari beberapa Puskesmas ke BPM dan rumah sakit, sehingga data tersebut belum mencakup keseluruhan data dari BPM dan RS di Kota Bekasi, padahal penanganan komplikasi neonatal lebih banyak dilakukan di rumah sakit dan Puskesmas mampu PONED.

#### **d. Kunjungan Ibu Nifas**

Pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan sesuai standar pada ibu mulai 6 jam sampai 42 hari pasca bersalin oleh tenaga kesehatan. Untuk deteksi dini komplikasi pada ibu nifas diperlukan pemantauan pemeriksaan terhadap ibu nifas dengan melakukan kunjungan nifas minimal sebanyak 3 kali dengan ketentuan waktu :

- Kunjungan nifas pertama (KF1) pada masa 6 jam sampai dengan 3 hari setelah persalinan.
- Kunjungan nifas kedua (KF2) dalam waktu 2 minggu setelah persalinan (8 – 14 hari).
- Kunjungan nifas ketiga (KF 3/ lengkap) dalam waktu 6 minggu setelah persalinan (36 – 42 hari).

Grafik 5.4  
Cakupan Kunjungan Ibu Nifas Lengkap (KF 3)  
Di Kota Bekasi Tahun 2012 s.d 2016



Jumlah kunjungan ibu nifas lengkap walaupun hanya sedikit tetapi mengalami kenaikan, yaitu 84,6 persen di tahun 2016 jika dibandingkan dengan tahun 2015 sebesar 83,3 persen. Hal tersebut dikarenakan adanya perbaikan dalam pelacakan ibu nifas melalui kohort agar bisa menjangkau ibu nifas (KF Lengkap).

#### e. Kunjungan Neonatus

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.

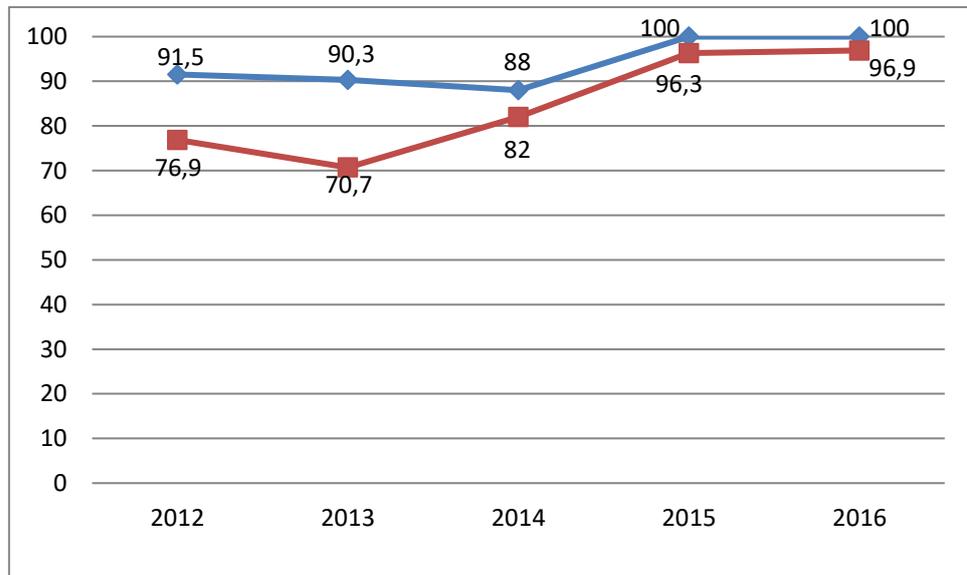
Pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus:

1. Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan pada kurun waktu 6 – 48 Jam setelah lahir.
2. Kunjungan Neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 setelah lahir.
3. Kunjungan Neonatal ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke 8 sampai dengan hari ke 28 setelah lahir.

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.

Pelayanan Kesehatan Neonatal dasar dilakukan secara komprehensif dengan melakukan pemeriksaan dan perawatan Bayi baru Lahir dan pemeriksaan menggunakan pendekatan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) untuk memastikan bayi dalam keadaan sehat.

Grafik 5.5  
Cakupan Kunjungan Neonatus Pertama dan Kunjungan Neonatus Lengkap di Kota Bekasi Tahun 2012 s.d 2016



Cakupan KN1 tahun 2016 tetap pada capaian 100 persen sama dengan tahun 2015. Hal ini ditunjukkan pada grafik 5.5 di atas. Kunjungan KN lengkap juga mengalami sedikit peningkatan menjadi 96,9 persen di tahun 2016, dibandingkan dengan tahun 2015 sebesar 96,3 persen.

## f. Kunjungan Bayi

Pelayanan kesehatan bayi adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada bayi, selama periode 29 hari sampai dengan 11 bulan setelah lahir.

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.

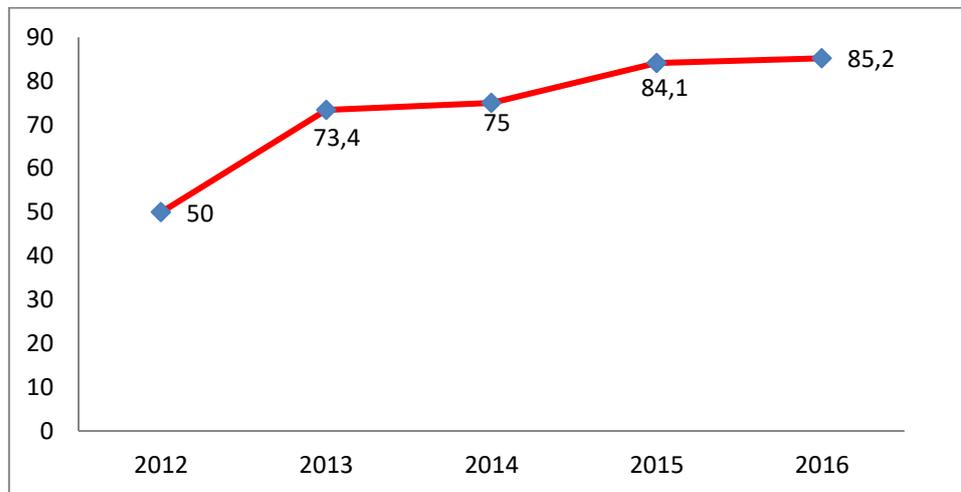
Kunjungan bayi yang sesuai standar harus menerima pelayanan kesehatan sebagai berikut :

1. Kunjungan minimal 4 kali yaitu
  - a. satu kali pada umur 29 hari – 2 bulan.
  - b. satu kali pada umur 3 – 5 bulan.
  - c. satu kali pada umur 6 – 8 bulan.
  - d. satu kali pada umur 9 – 11 bulan.
2. Dilakukan SDIDTK minimal 2 kali
3. Imunisasi lengkap
4. Mendapat Vitamin A minimal 2 kali

Kunjungan bayi sangat penting dilakukan untuk memantau pertumbuhan bayi sehingga dapat diketahui adanya gangguan pertumbuhan (*growth faltering*) pada anak secara dini. Kunjungan ini dilakukan minimal 4 kali yaitu saat: bayi berumur 29 hari – 2 bulan (1 kali), bayi berumur 3 – 5 bulan (1 kali), bayi berumur 6 – 8 bulan (1 kali), bayi berumur 9 – 11 bulan (1 kali). Kunjungan bayi dilaksanakan tidak hanya di Puskesmas, tetapi juga termasuk di posyandu, bidan, dan fasilitas kesehatan lain.

Grafik berikut menunjukkan cakupan kunjungan bayi mengalami peningkatan di tahun 2016 yaitu menjadi 85,2 persen dari tahun 2015 sebesar 84,1 persen.

Grafik 5.6  
Cakupan Kunjungan Bayi di Kota Bekasi Tahun 2012 s.d 2016



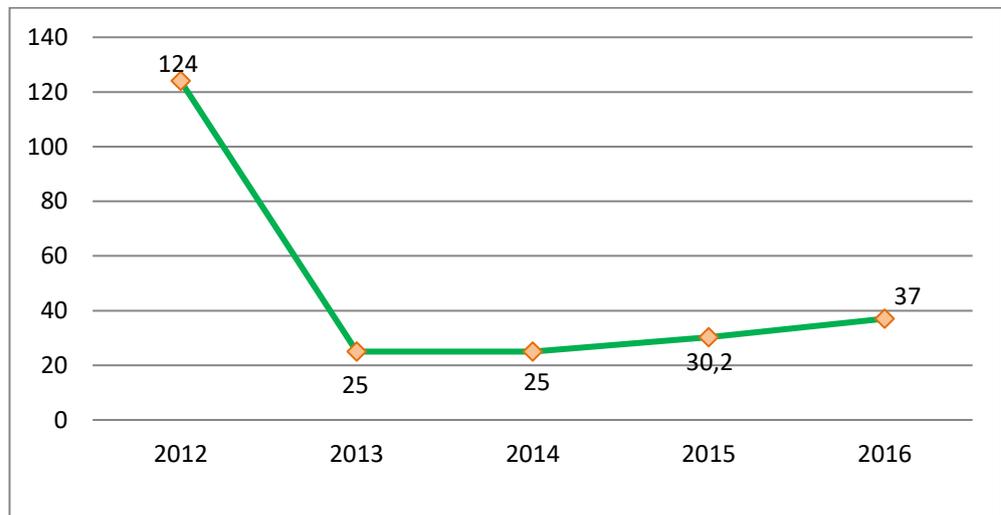
#### g. Pelayanan Kesehatan Anak Balita

Masa balita merupakan masa keemasan atau *golden period* dimana terbentuk dasar-dasar kemampuan keinderaan, berfikir, berbicara serta pertumbuhan mental intelektual yang intensif dan awal pertumbuhan moral. Pada masa ini stimulasi sangat penting untuk mengoptimalkan fungsi-fungsi organ tubuh dan rangsangan pengembangan otak. Upaya deteksi dini gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada anak usia dini menjadi sangat penting agar dapat dikoreksi sedini mungkin dan atau mencegah gangguan ke arah yang lebih berat.

Kunjungan balita paripurna sesuai standar adalah balita (usia 1-5 tahun) yang mendapatkan pelayanan kesehatan lengkap setiap tahun antara lain:

- Berkunjung ke posyandu/menimbang berat badan serta mengukur tinggi badan minimal 8 kali setahun
- Dilakukan SDIDTK minimal 2 kali setahun
- Mendapat vitamin A 2 kali
- Jika sakit di MTBS
- Memiliki buku KIA

Grafik 5.7  
Cakupan Kunjungan Balita di Kota Bekasi Tahun 2012 s.d 2016



Grafik 5.7 di atas menunjukkan peningkatan cakupan kunjungan balita pada tahun 2016 yaitu sebesar 37 persen. Cakupan ini meningkat dibandingkan cakupan kunjungan balita tahun 2015 sebesar 30,2 persen.

Hal ini dikarenakan semakin membaiknya pencatatan dan pelaporan, serta penjangkaran anak balita untuk melakukan timbang deteksi SDIDTK, Vitamin A dan kunjungan MTBS secara rutin sesuai kriteria kunjungan balita paripurna.

#### **h. Pelayanan Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja**

Kelompok anak usia sekolah dan remaja merupakan kelompok yang cukup besar populasinya sekitar 26,34 persen dari jumlah penduduk Kota Bekasi (2.803.283 jiwa) di tahun 2016. Sebagai generasi penerus, kelompok ini merupakan aset atau modal utama sumber daya manusia bagi pembangunan Kota Bekasi di masa yang akan datang.

Sejalan dengan derasny arus globalisasi pada berbagai sendi kehidupan, berkembang pula masalah kesehatan pada anak usia sekolah dan remaja yang terjadi di masyarakat. Masalah tersebut antara lain: masalah fisik, psikis dan psikososial yang mencakup perilaku sosial pada remaja seperti kehamilan usia muda, penyakit akibat hubungan seksual, masalah pemakaian narkoba, alkohol dan merokok. Masalah tersebut apabila tidak ditanggulangi dengan sebaik-baiknya, bukan hanya menyebabkan masa depan anak dan remaja yang suram, akan tetapi juga dapat menghancurkan masa depan bangsa.

Salah satu upaya yang dilakukan untuk meningkatkan kualitas anak usia sekolah dan remaja adalah dengan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan anak usia sekolah dan remaja melalui beberapa kegiatan antara lain: kegiatan UKS, penjangkaran kesehatan siswa, serta Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR).

### **1) Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)**

Usaha Kesehatan Sekolah adalah upaya pendidikan dan kesehatan yang dilaksanakan secara terpadu, sadar, berencana, terarah dan bertanggung jawab dalam menanamkan, menumbuhkan, mengembangkan, dan membimbing untuk menghayati, menyenangkan dan melaksanakan prinsip hidup sehat dalam kehidupan sehari-hari. UKS adalah segala usaha yang dilakukan untuk meningkatkan kesehatan anak usia sekolah dan lingkungan sekolah serta seluruh warga sekolah pada setiap jalur, jenis dan jenjang pendidikan mulai TK/RA sampai SMA/SMK/MA.

Pembinaan dan pengembangan UKS dilaksanakan melalui tiga program pokok (Trias UKS), yaitu:

1. Pendidikan Kesehatan,
2. Pelayanan Kesehatan,
3. Pembinaan Lingkungan Kehidupan Sekolah Sehat.

Kegiatan pendidikan kesehatan dilakukan melalui kegiatan intra kurikuler dalam materi pelajaran IPA, agama dan Penjaskes, serta kegiatan ekstra kurikuler dalam kegiatan Dokter Kecil, Palang Merah Remaja, Konselor Sebaya, Kader Kesehatan Remaja dan Pramuka.

Kegiatan pelayanan kesehatan dilakukan melalui upaya promotif berupa penyuluhan kesehatan dan upaya preventif berupa penjangkaran kesehatan dan pemeriksaan kesehatan berkala, sedangkan kegiatan pembinaan lingkungan kehidupan sekolah sehat berupa pembinaan tentang sanitasi dan higiene, pemanfaatan pekarangan sekolah dan kawasan bebas asap rokok.

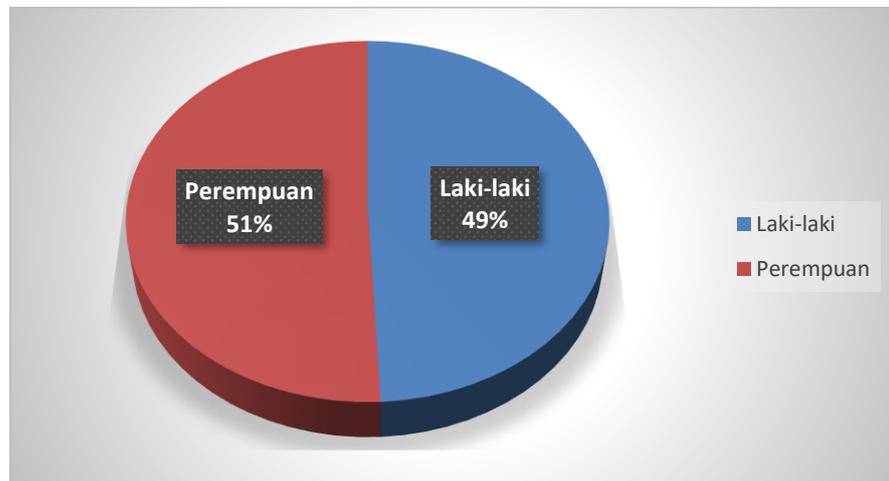
## **2) Penjangkaran Kesehatan Siswa**

Kegiatan penjangkaran kesehatan siswa dilaksanakan secara terkoordinasi dengan tim pelaksana UKS, yaitu tenaga kesehatan Puskesmas bersama guru. Kegiatan yang dilaksanakan berupa pemeriksaan kesehatan umum, pengukuran tekanan darah dan denyut nadi, penilaian status gizi, kesehatan gigi dan mulut, pemeriksaan indera (penglihatan dan pendengaran), pemeriksaan laboratorium, pengukuran kesegaran jasmani dan deteksi dini penyimpangan mental emosional siswa, anemia dan kesehatan reproduksi bagi siswa.

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

Cakupan penjangkauan kesehatan pada siswa kelas 1 SD/setingkat di Kota Bekasi tahun 2016 adalah sebesar 94,3 persen. Dari 49.127 siswa yang ada, yang mendapat pelayanan kesehatan (penjangkauan) ada sebanyak 46.317 siswa. Dan cakupan sekolah yang mendapat penjangkauan tahun 2016 sebesar 100 persen (dari 787 sekolah SD/setingkat, semuanya mendapat pelayanan kesehatan/ penjangkauan)

Grafik 5.8  
Proporsi Penjangkauan Kesehatan Siswa Kelas 1  
Menurut Jenis Kelamin di Kota Bekasi  
Tahun 2016



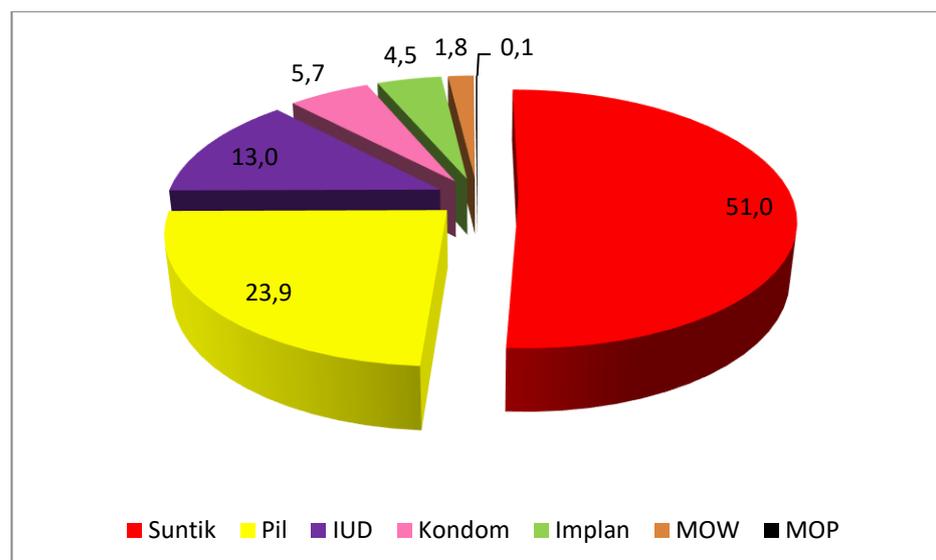
Dilihat dari jenis kelaminnya, dari 25.147 siswa kelas 1 laki-laki yang ada di Kota Bekasi yang mendapat pelayanan kesehatan (penjangkauan) ada sebanyak 23.523 siswa (93,5 persen). Dan pada siswa perempuan, dari 23.980 siswa perempuan yang ada, sebanyak 22.794 siswa mendapat pelayanan kesehatan (95,1 persen). Dari grafik 5.8 terlihat hampir tidak ada bedanya antara siswa laki-laki dan perempuan yang mendapat penjangkauan kesehatan.

Cakupan penjangkauan kesehatan di Puskesmas pada tahun 2016 yang mencapai 100 persen (seluruh siswa kelas 1 mendapatkan pelayanan kesehatan) yaitu pada Puskesmas Jati Bening, Jati Rahayu, Jati Sampurna, Jati Luhur, Bojong Menteng, Jaka Mulya, Marga Jaya, Perumnas II, Kotabaru, dan Puskesmas Kranji. Cakupan penjangkauan terendah yaitu pada Puskesmas Teluk Pucung sebesar 80,6 persen.

### 5.1.2 Keluarga Berencana

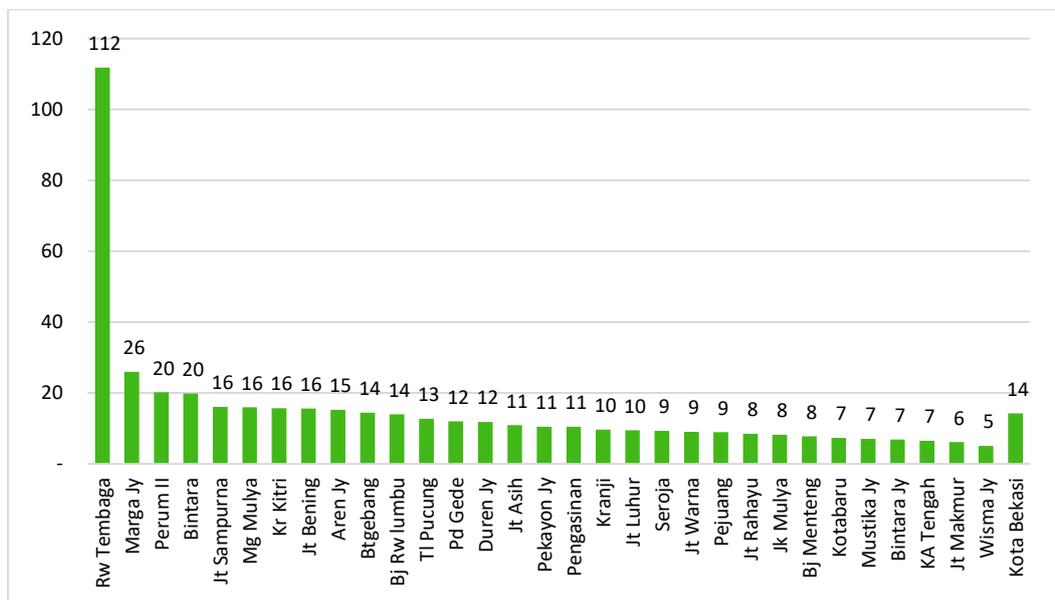
Keluarga Berencana (KB) merupakan gerakan untuk membentuk keluarga yang sehat dan sejahtera dengan membatasi kelahiran. Menurut WHO, KB adalah tindakan yang membantu pasangan suami istri untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang sangat diinginkan, mengatur interval di antara kehamilan, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami istri, serta menentukan jumlah anak dalam keluarga.

Grafik 5.9  
Proporsi Peserta KB Baru Menurut Jenis Kontrasepsi di Kota Bekasi Tahun 2016



Berdasarkan data dari Dinas Pengendalian Penduduk dan KB Kota Bekasi pada tahun 2016 jenis kontrasepsi yang paling banyak yang dipilih peserta KB baru adalah metode suntik (51 persen), diikuti oleh pil (23,9 persen). Dan metode yang paling sedikit dipilih adalah metode MOP (Metode Operasi Pria) sebesar 0,1 persen.

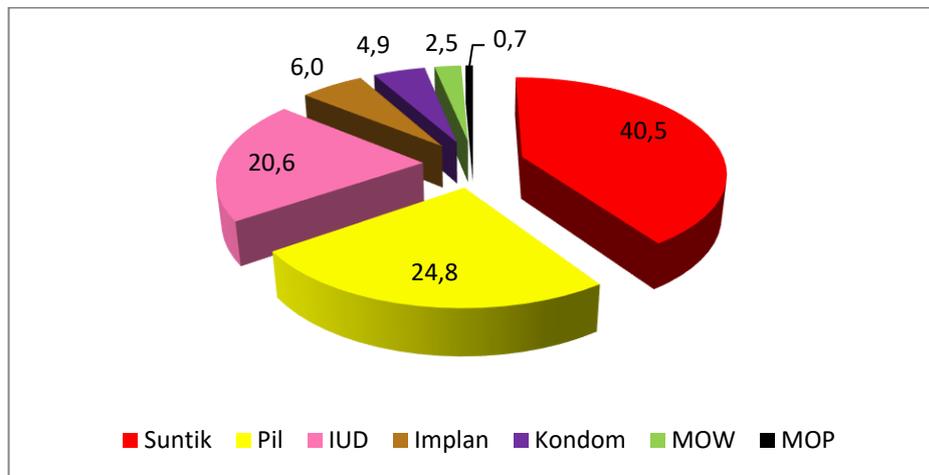
Grafik 5.10  
Cakupan Peserta KB Baru Menurut Puskesmas  
di Kota Bekasi Tahun 2016



Dilihat dari cakupan menurut Puskesmas, peserta KB baru tertinggi yaitu pada Puskesmas Rawa Tembaga (112 persen) dan terendah pada Puskesmas Wisma Jaya (5 persen). Hal ini terlihat pada grafik 5.10 di atas. Sedangkan cakupan peserta KB baru di Kota Bekasi tahun 2016 yaitu sebesar 14 persen.

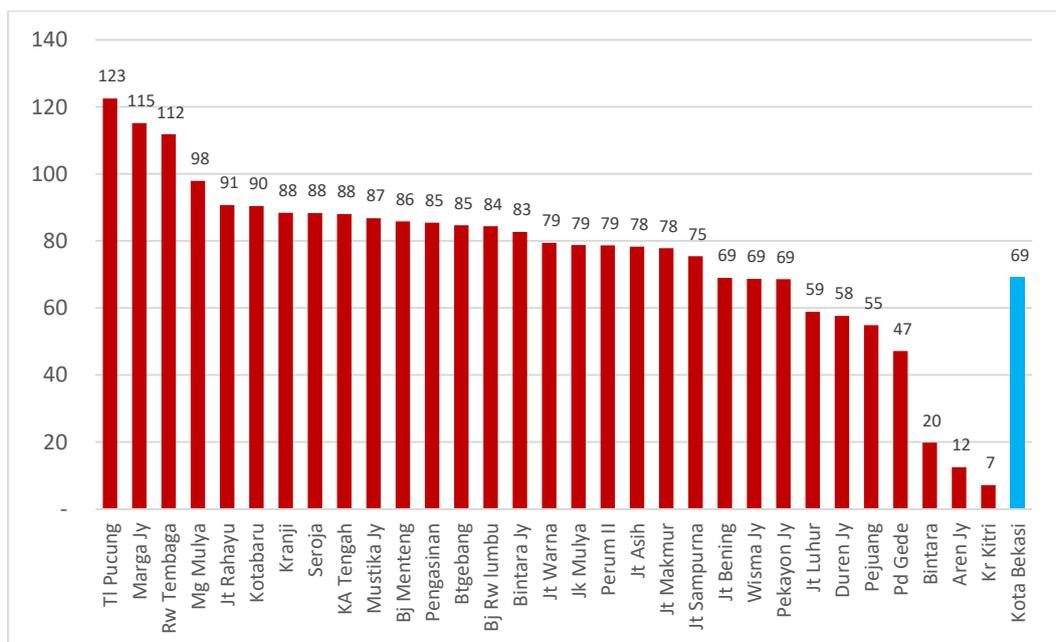
Proporsi peserta KB Aktif tahun 2016 menurut jenis kontrasepsinya, metode yang paling banyak digunakan yaitu suntik (40,5 persen), dan jenis kontrasepsi yang paling sedikit digunakan peserta adalah MOP yaitu sebesar 0,7 persen.

Grafik 5.11  
Proporsi Peserta KB Aktif Menurut Jenis Kontrasepsi  
Di Kota Bekasi Tahun 2016



Cakupan peserta KB aktif di Kota Bekasi tahun 2016 adalah sebesar 69,16 persen. Cakupan KB aktif tertinggi yaitu pada Puskesmas Teluk Pucung (123 persen), dan cakupan terendah yaitu pada Puskesmas Karang Kitri hanya sebesar 7 persen.

Grafik 5.12  
Cakupan Peserta KB Aktif Menurut Puskesmas  
di Kota Bekasi Tahun 2016



### 5.1.3 Imunisasi

Dalam dunia kesehatan dikenal tiga pilar utama dalam meningkatkan kesehatan masyarakat, yaitu preventif atau pencegahan, kuratif atau pengobatan, dan rehabilitatif. Imunisasi merupakan suatu upaya pencegahan primer yang sangat efektif baik untuk pencegahan penyakit maupun penekanan biaya kesakitan akibat penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I).

Jenis Imunisasi ada 2 macam, yaitu imunisasi aktif dan imunisasi pasif. Pada imunisasi aktif, kekebalan bisa terbentuk saat seseorang terinfeksi secara alamiah oleh bibit penyakit atau terinfeksi secara buatan saat diberi vaksinasi, contohnya penyakit campak.

Sedangkan pada imunisasi pasif, kekebalan pasif terjadi bila seseorang mendapatkan daya imunitas dari luar dirinya. Jadi tubuh sendiri tidak membentuk sistem kekebalan tersebut. Kekebalan jenis ini bisa didapat langsung dari luar atau secara alamiah. Kekebalan yang terbentuk setelah dengan sengaja memasukkan vaksinasi ke dalam tubuh, misalnya: hepatitis B, DPT, Polio.

Tujuan program imunisasi adalah untuk menurunkan angka morbiditas (kesakitan) dan mortalitas (kematian) serta dapat mengurangi kecacatan dari penyakit dapat dicegah dengan imunisasi.

#### a. Imunisasi Dasar

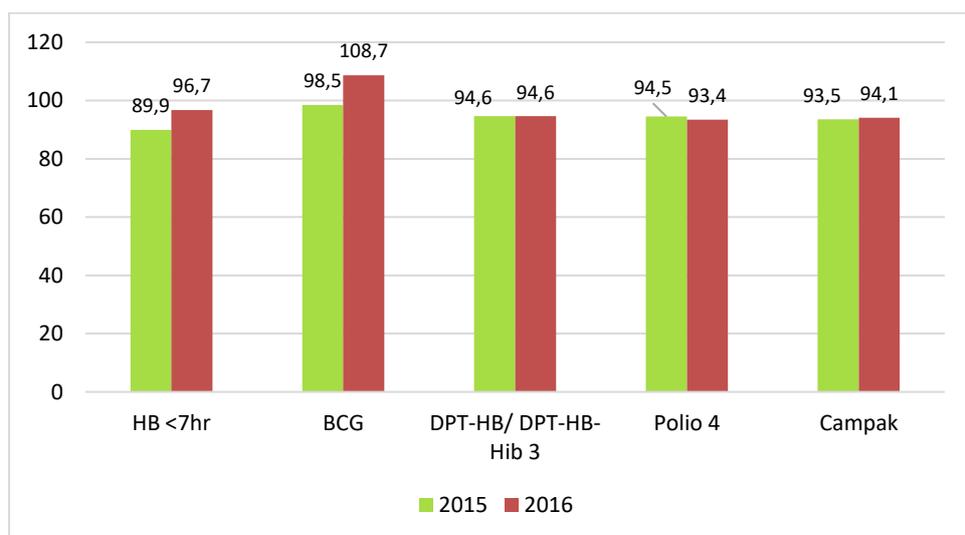
Imunisasi dasar pada bayi yang diwajibkan oleh Kementerian Kesehatan adalah hepatitis B, polio, BCG, DPT, dan campak. Imunisasi ini sebagai upaya awal untuk mencegah penyakit serius yang termasuk dalam PD3I. Bayi usia kurang dari 1 tahun harus diberikan imunisasi dasar lengkap yang terdiri dari Imunisasi Hep B (1 dosis), BCG (1 dosis), DPT-HB-Hib (3 dosis), Poio (4 dosis) dan Campak (1 dosis).

Tabel 5.1  
Jadwal Pemberian Imunisasi pada Bayi

| Usia      | Jenis Imunisasi yang Diberikan |
|-----------|--------------------------------|
| 0- 7 hari | Hepatitis B                    |
| 1 bulan   | BCG, Polio 1                   |
| 2 bulan   | DPT- HB-Hib 1, Polio 2         |
| 3 bulan   | DPT- HB-Hib 2, Polio 3         |
| 4 bulan   | DPT- HB-Hib 3, Polio 4         |
| 9 bulan   | Campak                         |

Dari sudut pandang program, cakupan imunisasi BCG, HB (< 7 hari) dan DPT-HB-Hib 1 merupakan indikator bagi jangkauan program. Drop Out/ DO pada imunisasi DPT 1 dikurangi DPT 3 atau imunisasi DPT 1 dikurangi imunisasi campak merupakan indikator manajemen program. Sedangkan cakupan imunisasi DPT-HB-Hib 3, Polio 4 dan imunisasi campak adalah indikator bagi tingkat perlindungan program. Berikut ini cakupan imunisasi dasar di Kota Bekasi tahun 2015 sampai 2016.

Grafik 5.13  
Distribusi Cakupan Imunisasi Dasar Menurut Jenis Vaksin di Kota Bekasi Tahun 2015 s.d 2016

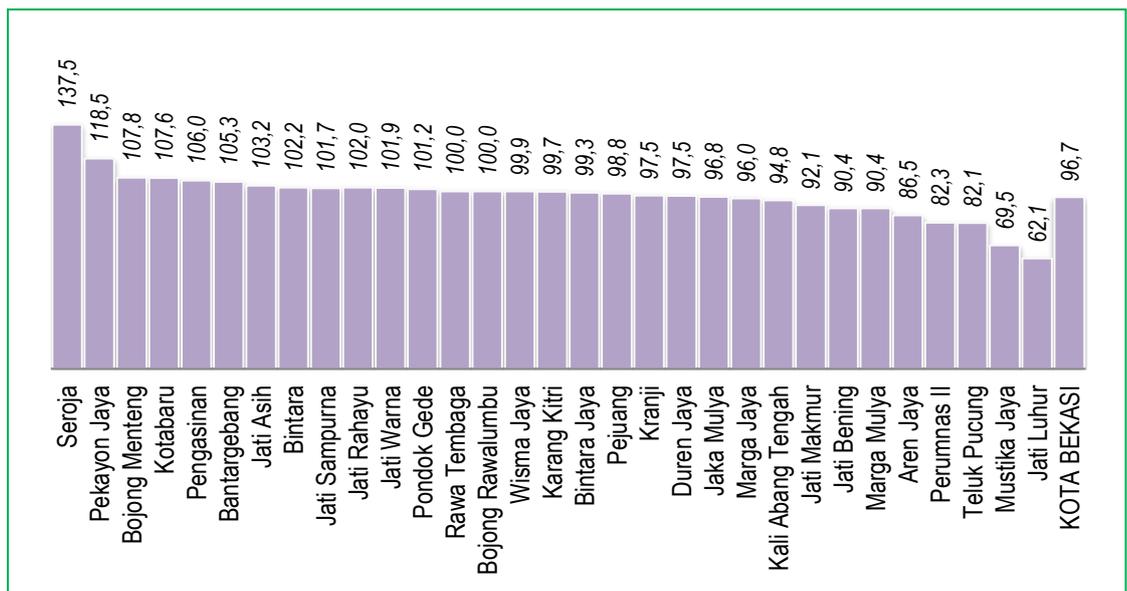


Dari grafik 5.16 di atas, cakupan imunisasi dasar yang telah dilaksanakan terhadap bayi lahir hidup di Kota Bekasi pada tahun 2016 sebagian besar meningkat. Pada imunisasi Hepatitis B < 7 hari meningkat dari tahun 2015 sebesar 89,9 persen, menjadi 96,7 persen tahun 2016. Imunisasi BCG meningkat dari 98,5 persen pada tahun 2015 menjadi 108,7 persen di tahun 2016. Dan Campak dari tahun 2015 sebesar 93,5 persen, meningkat menjadi 94,1 persen tahun 2016. Untuk imunisasi DPT-HB/DPT-HB-Hib 3 cakupan imunisasinya tetap (tidak ada peningkatan), yaitu sebesar 94,6 persen. Sedangkan imunisasi Polio 4 mengalami penurunan dari 94,5 persen pada tahun 2015 menjadi 93,4 persen di tahun 2016.

#### b. Imunisasi HB < 7 Hari

Imunisasi hepatitis B merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit hepatitis B. Imunisasi hepatitis ini diberikan melalui intra muscular dan paling baik diberikan dalam waktu 12 jam setelah lahir.

Grafik 5.14  
Distribusi Cakupan Imunisasi Hepatitis B < 7 hari  
Menurut Puskesmas di Kota Bekasi Tahun 2016



Sejak tahun 2015, sesuai definisi operasional yang tertuang dalam RPJMN dan Renstra Kementerian Kesehatan, HB < 7 hari masuk ke dalam perhitungan indikator imunisasi dasar lengkap (IDL). Target IDL pada tahun 2019 sebesar 93 persen oleh karena itu, maka target pada masing-masing antigen mengalami perubahan. Cakupan imunisasi HB0 (< 7 hari) yang semula ditargetkan 80 persen, maka ditetapkan target sebesar 95 persen untuk dapat memenuhi IDL.

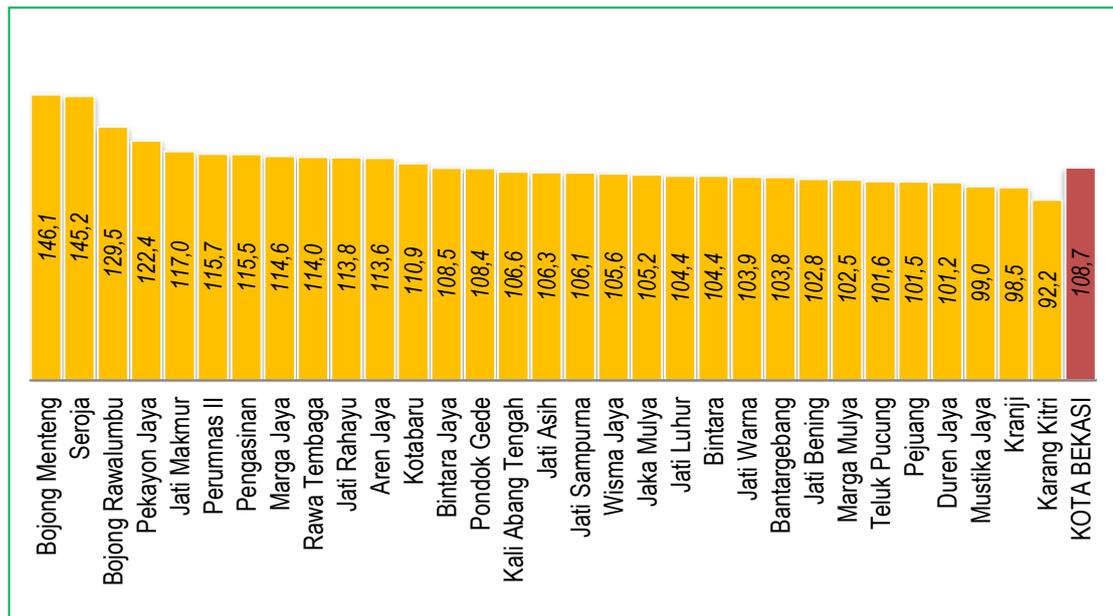
Untuk Tingkat Kota Bekasi di tahun 2016 capaian imunisasi HB < 7 hari telah berhasil mencapai 96,7 persen. Artinya setiap bayi lahir hidup 96,7 persen-nya sudah mendapatkan imunisasi HB. Namun dari grafik di atas terlihat bahwa masih ada 8 Puskesmas yang capaian HB < 7 hari-nya masih kurang dari 93 persen, yaitu: Puskesmas Jati Makmur, Jati Bening, Marga Mulya, Aren Jaya, Perumnas II, Teluk Pucung, Mustika Jaya, dan Jati Luhur.

Untuk meningkatkan cakupan imunisasinya tahun berikutnya, kedelapan Puskesmas tersebut berupaya membuka jejaring kerja sama dengan bidan praktik swasta yang berada di dalam wilayah kerja masing-masing. Dan Dinas Kesehatan juga membuka peluang kerja sama imunisasi program dengan rumah sakit di Kota Bekasi

### **c. Imunisasi BCG (*Bacillus Calmette-Guerin*)**

Imunisasi BCG merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit tuberkulosis. Vaksin BCG merupakan vaksin yang mengandung kuman TBC yang telah dilemahkan. Vaksin BCG diberikan melalui intradermal/ intrakutan. Apabila diberikan sesudah umur 3 bulan, perlu dilakukan uji antibodi. Cakupan imunisasi BCG termasuk dalam indikator penilaian UCI yaitu minimal capaian sebesar 80 persen.

Grafik 5.15  
Distribusi Cakupan Imunisasi BCG Menurut Puskesmas  
di Kota Bekasi Tahun 2016

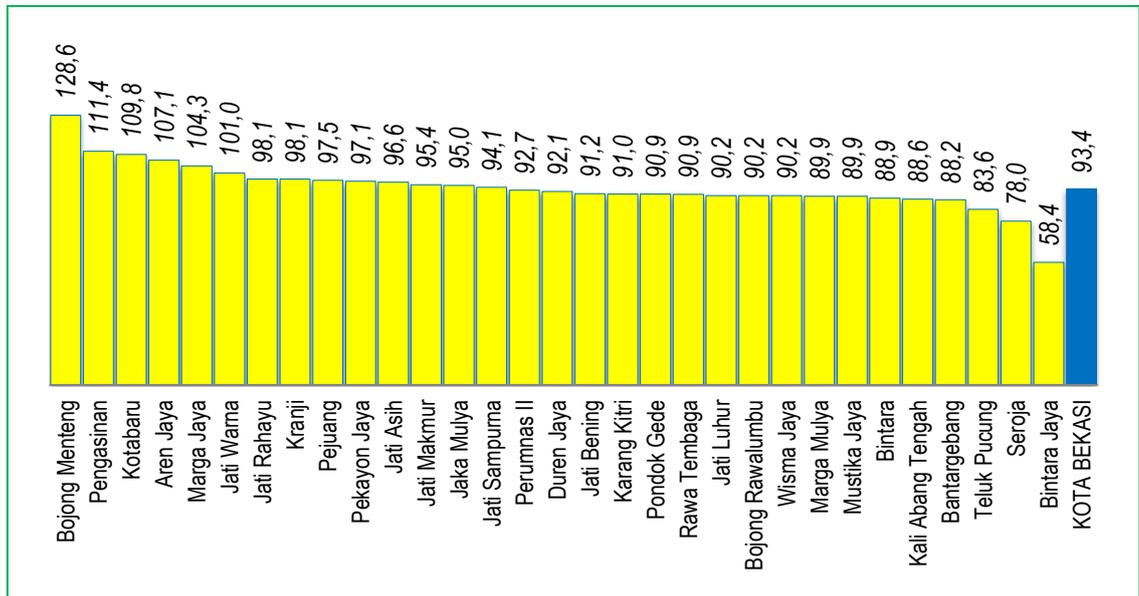


Dilihat pada tingkat Kota Bekasi, capaian imunisasi BCG tahun 2016 adalah sebesar 108,7 persen (>95 persen target). Namun bila dilihat per wilayah Puskesmas terdapat satu Puskesmas yang belum mencapai target, yaitu Puskesmas Karang Kitri yang baru mencapai 92,2 persen.

#### d. Imunisasi Polio 4

Imunisasi polio merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit poliomyelitis yang dapat menyebabkan kelumpuhan pada anak. Kandungan vaksin ini adalah virus yang dilemahkan. Frekuensi pemberian imunisasi polio adalah 4 dosis dengan jeda waktu (jarak) 4 minggu. Pada saat bayi lahir atau saat dipulangkan dari Rumah Sakit harus diberikan vaksin polio oral (OPV-0). Selanjutnya, untuk polio-1, polio-2, polio-3 dan polio booster dapat diberikan vaksin polio oral (OPV) atau inaktivasi (IPV), namun sebaiknya paling sedikit mendapat satu dosis vaksin IPV.

Grafik 5.16  
Distribusi Cakupan Imunisasi Polio 4 Menurut Puskesmas  
di Kota Bekasi Tahun 2016



Dari grafik 5.19 di atas dapat dilihat cakupan imunisasi polio 4 tertinggi terdapat pada Puskesmas Bojong Menteng sebesar 128,6 persen dan terendah di Puskesmas Bintara Jaya sebesar 58,4 persen. Cakupan imunisasi Polio 4 Kota Bekasi taun 2016 sebesar 93,4 persen.

#### e. Imunisasi DPT-HB/ DPT-HB-Hib

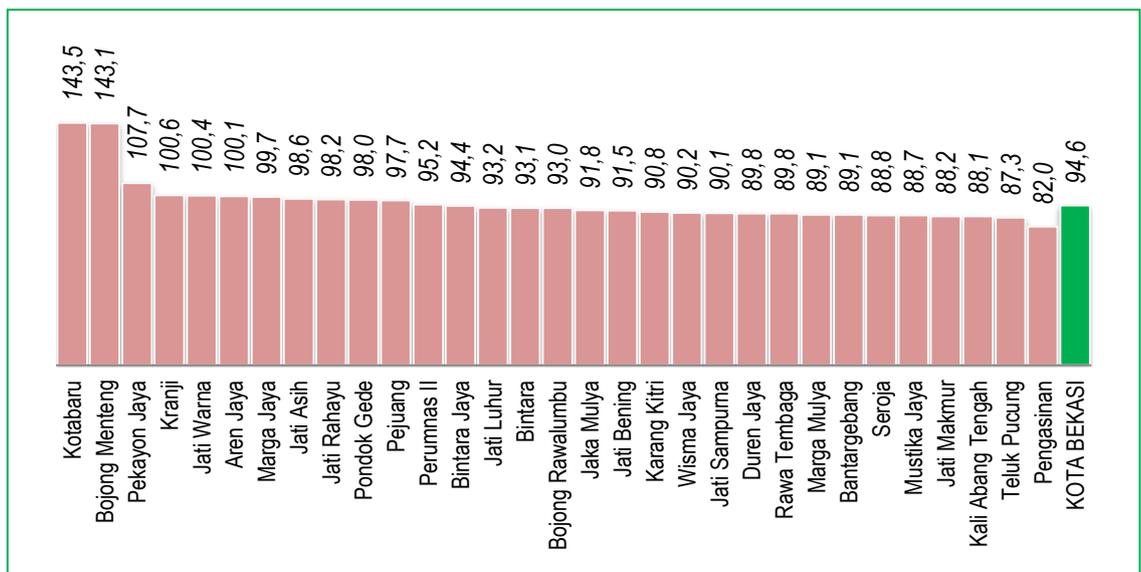
Imunisasi DPT-HB merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit difteri, pertusis dan tetanus, serta hepatitis B. Sesuai program pemerintah, pemberian imunisasi DPT dalam bentuk kombinasi dengan vaksin Hepatitis B dan Hib (atau biasa disebut pentavalent).

Frekuensi pemberian imuisasi ini adalah 3 dosis. Imunisasi yang pertama diberikan paling cepat pada umur 6 minggu. Imunisasi berikutnya berjarak waktu 4 minggu. Pemberian pertama zat anti terbentuk masih sangat sedikit (tahap pengenalan) terhadap vaksin dan mengaktifkan organ-organ

tubuh membuat zat anti. Pada pemberian kedua dan ketiga terbentuk zat anti yang cukup. Imunisasi DPT diberikan melalui intra muscular.

Cakupan imunisasi DPTHB Hib 3 adalah cakupan imunisasi DPTHB Hib 3 yang diperoleh dari hasil pelayanan imunisasi DPTHB Hib 3 di lapangan, pelayanan statis, dan pelayanan swasta, baik swasta murni ataupun tidak murni. Vaksin diberikan pada bayi usia 4-11 bulan dengan interval pemberian adalah 4 minggu dari vaksinasi DPTHB Hib 2.

Grafik 5.17  
Distribusi Cakupan Imunisasi DPT-HB-Hib 3 Menurut Puskesmas di Kota Bekasi Tahun 2016

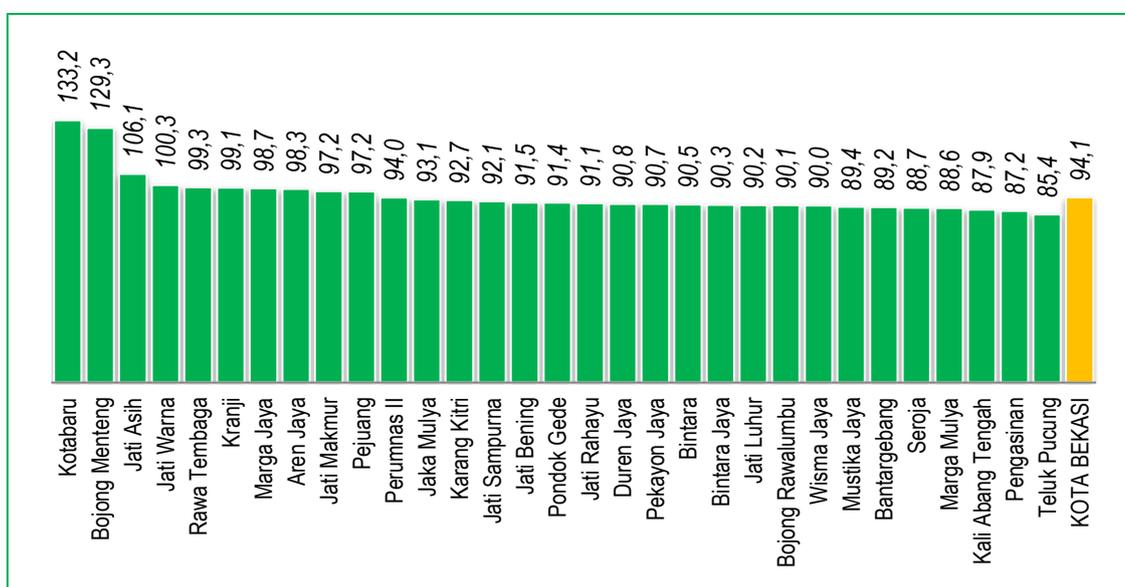


Dari grafik di atas dapat dilihat bahwa cakupan imunisasi DPT-HB-Hib tertinggi pada Puskesmas Kotabaru (143,5 persen). Cakupan terendah terdapat di Puskesmas Pengasinan sebesar 82 persen (masih belum mencapai target >93 persen). Cakupan imunisasi DPT-HB-Hib di Kota Bekasi tahun 2016 telah mencapai target yaitu sebesar 94,6 persen.

## f. Imunisasi Campak

Imunisasi campak merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit campak pada anak karena termasuk penyakit menular. Kandungan vaksin ini adalah virus campak yang dilemahkan. Frekuensi pemberian imunisasi campak adalah 1 dosis. Imunisasi campak diberikan melalui subkutan.

Grafik 5.18  
Distribusi Cakupan Imunisasi Campak Menurut Puskesmas di Kota Bekasi Tahun 2016



Cakupan imunisasi campak paling tinggi berada di Puskesmas Kotabaru 133,2 persen, dan kedua Puskesmas Bojong Menteng 129,3 persen. Sedangkan paling rendah adalah Puskesmas Teluk Pucung sebanyak 85,4 persen. Pada tahun 2014, cakupan imunisasi campak Kota Bekasi sebesar 90,38 persen. Pada tahun 2015 terjadi peningkatan cakupan imunisasi campak rutin yaitu sebesar 93,5 persen. Dan pada tahun 2016, cakupan imunisasi campak di Kota Bekasi sebesar 94,1 persen.

#### **g. Imunisasi TT pada Ibu Hamil**

Salah satu penyakit menular yang menjadi penyebab kematian ibu dan anak adalah Tetanus Maternal (tetanus yang terjadi pada ibu hamil) dan Tetanus Neonatal (tetanus yang terjadi pada bayi baru lahir).

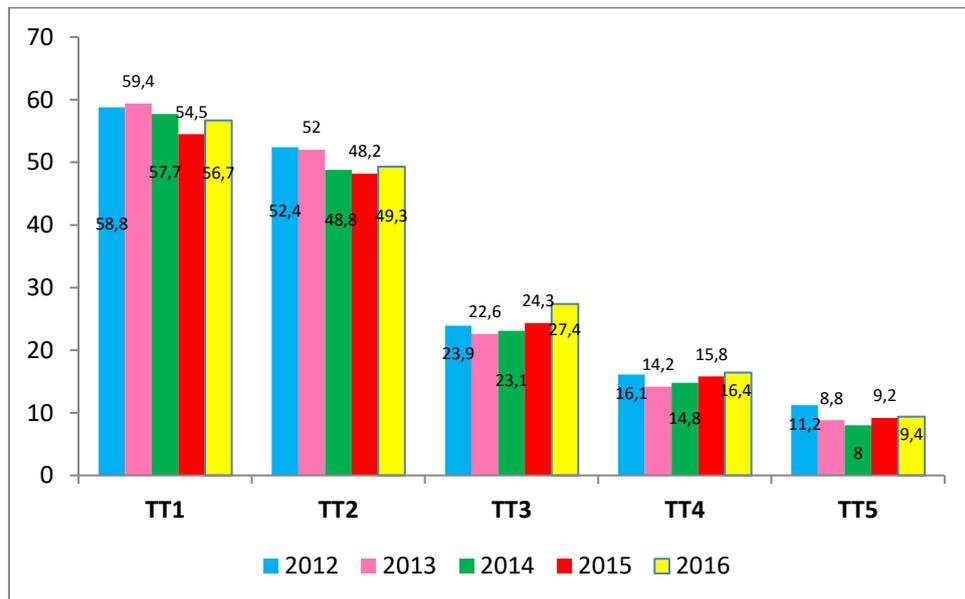
Pemerintah Indonesia dalam hal ini Kementerian Kesehatan R.I berkomitmen dalam program *Maternal dan Neonatal Tetanus Elimination* (MNTE), yang merupakan program eliminasi tetanus pada neonatal dan wanita usia subur termasuk ibu hamil. Tetanus maternal dan neonatal dikatakan tereliminasi apabila hanya terdapat kurang dari satu kasus tetanus neonatal per 1.000 kelahiran hidup di setiap kabupaten/ kota.

Salah satu upaya untuk mencapai eliminasi tersebut adalah pemberian imunisasi Tetanus Toxoid (TT) pada wanita usia subur termasuk ibu hamil. Untuk memberi perlindungan seumur hidup terhadap penyakit tetanus, termasuk tetanus maternal dan tetanus neonatal. Perlindungan seumur hidup tersebut dapat diperoleh dengan imunisasi TT sebanyak 5 dosis sesuai dengan interval atau jarak waktu yang dianjurkan.

Pada tahun 2015, dilakukan kajian terhadap hasil kampanye imunisasi TT di provinsi dan kabupaten yang masih berisiko tinggi Tetanus Neonatorum (TN). Untuk meningkatkan status imunitas, pemberian imunisasi TT terus diupayakan terintegrasi dengan seluruh upaya kesehatan. Hasil kampanye imunisasi TT tersebut divalidasi oleh Kementerian Kesehatan, WHO dan UNICEF pada tahun 2016 sampai 2017. Hasil validasi untuk menentukan apakah di region bagian Indonesia sudah dapat dinyatakan tereliminasi dari MNT.

Di Kota Bekasi, sudah lama tidak dilaporkan adanya kasus dan kematian tetanus maternal atau tetanus neonatal, baik bersumber dari rumah sakit, puskesmas, ataupun dari masyarakat.

Grafik 5.19  
Cakupan Imunisasi TT Ibu Hamil di Kota Bekasi  
Tahun 2012 s.d 2016



Secara umum imunisasi TT pada ibu hamil dalam tiga tahun terakhir cenderung meningkat. Namun cakupan imunisasi TT ini masih rendah. Berdasarkan grafik di atas, dari 55.682 ibu hamil di Kota Bekasi pada tahun 2016, baru 31.575 ibu hamil yang melakukan imunisasi TT1 (56,7 persen). Bahkan persentasenya semakin mengecil yang melanjutkan imunisasi TT dari TT-1 hingga TT-5.

#### h. UCI Kelurahan

*Universal Child Immunization* (UCI) adalah tercapainya imunisasi dasar secara lengkap pada bayi (0-11 bulan), ibu hamil, wanita usia subur dan anak sekolah tingkat dasar. Imunisasi dasar lengkap pada bayi meliputi: 1 dosis BCG, 3 dosis DPT, 4 dosis polio, 4 dosis hepatitis B, 1 dosis campak. Pada ibu hamil dan wanita usia subur meliputi 2 dosis TT. Untuk anak sekolah tingkat dasar meliputi 1 dosis DT, 1 dosis campak dan 2 dosis TT.

Target UCI merupakan tujuan antara (*intermediate goal*) yang berarti cakupan imunisasi untuk BCG, DPT, polio, campak, dan hepatitis B harus mencapai 80 persen, baik di tingkat nasional, propinsi, dan kabupaten bahkan di setiap desa.

Kota Bekasi telah mencapai UCI kelurahan selama 5 tahun, yaitu sejak tahun 2012 hingga tahun 2016 sebesar 100 persen pada tiap tahunnya.

#### **5.1.4 Kunjungan Puskesmas**

Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya dengan berbagai upaya antara lain kegiatan luar gedung dan dalam gedung.

Dalam menyelenggarakan Upaya Kesehatan Masyarakat harus berprinsip pada penyelenggaraan kegiatan yang bersifat pemeliharaan, peningkatan, pencegahan dan penanggulangan timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat. Kegiatan tersebut identik dengan kegiatan di luar gedung.

Sedangkan kegiatan dalam gedung (Upaya Kesehatan Perseorangan yang selanjutnya disingkat UKP) adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, dan memulihkan kesehatan perseorangan.

Sebagai unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan, Puskesmas berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas teknis operasional

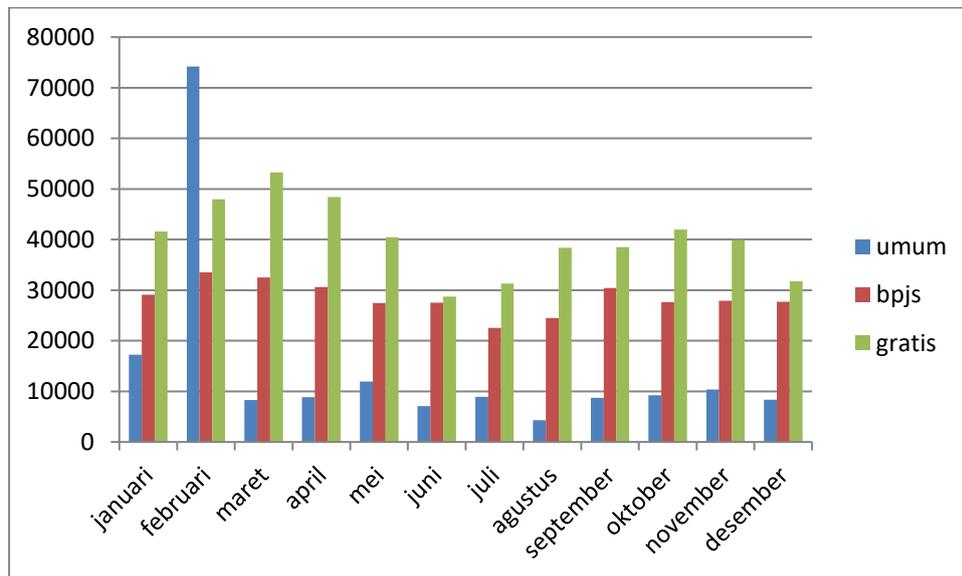
Dinas Kesehatan dan merupakan unit pelaksana tingkat pertama, serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia.

Puskesmas memiliki sistem pelaporan yaitu laporan kunjungan pasien yang berisi data jumlah kunjungan pasien yang berobat ke Puskesmas, data kunjungan dihitung berdasarkan data pasien yang melakukan pendaftaran. Yang termasuk dalam laporan kunjungan pasien antara lain:

- a. Laporan Kunjungan Baru yaitu jumlah kunjungan pasien yang berobat pertama kali registrasi dan pertama kali mendapat kartu berobat.
- b. Laporan Kunjungan Lama yaitu jumlah kunjungan pasien yang bukan pertama kali, yang sudah pernah mendapat kartu berobat.
- c. Laporan Kunjungan Bulanan yaitu laporan jumlah pasien yang melakukan kunjungan pemeriksaan di bulan tertentu, beserta detail pasien dan grafik berdasarkan jumlah pasien per unit periksa.
- d. Laporan Kunjungan Tahunan yaitu laporan jumlah pasien yang melakukan kunjungan pemeriksaan di tahun tertentu, beserta detail pasien dan grafik berdasarkan jumlah pasien per unit periksa.
- e. Laporan Kunjungan Bayar yaitu jumlah kunjungan pasien yang berobat dengan membayar biaya pengobatan penuh secara mandiri.
- f. Laporan Kunjungan Gratis yaitu jumlah kunjungan pasien yang berobat dengan menggunakan surat-surat tertentu sehingga dapat berobat tanpa biaya atau gratis.
- g. Laporan Kunjungan BPJS yaitu jumlah kunjungan pasien yang berobat dengan menggunakan BPJS.

Laporan kunjungan pasien bulanan adalah termasuk data yg diminta Dinas Kesehatan Kota Bekasi setiap bulannya. Berikut ini disampaikan data jumlah pasien Puskesmas tahun 2016.

Grafik 5.20  
Distribusi Kunjungan Puskesmas Menurut Jenis Layanan dan Menurut Bulan  
di Kota Bekasi Tahun 2016



Berdasarkan data laporan kunjungan pasien Puskesmas tahun 2016 (Januari sampai dengan Desember), didapatkan kunjungan pasien Puskesmas sebanyak 1.000.900 orang. Kunjungan pasien terdiri dari pasien umum, BPJS, dan gratis.

Kunjungan pasien umum bulan Januari 2016 sebanyak 17.262 orang, pasien BPJS sebanyak 29.074 orang, dan pasien gratis sebanyak 41.585 orang. Dan kunjungan pasien umum bulan Februari 2016 sebanyak 74.175 orang, pasien BPJS sebanyak 33.523 orang, pasien gratis sebanyak 47.938 orang.

Kunjungan pasien umum bulan Maret 2016 sebanyak 8.293 orang, pasien BPJS sebanyak 32.497 orang, pasien gratis sebanyak 53.277 orang. Dan kunjungan pasien umum bulan April 2016 sebanyak 8.849 orang, pasien BPJS sebanyak 30.631 orang, pasien gratis sebanyak 48.416 orang. Kunjungan pasien umum bulan Mei 2016 sebanyak 11.923 orang, pasien BPJS sebanyak 27.464 orang, pasien gratis sebanyak 40.460 orang.

Kunjungan pasien umum bulan Juni 2016 sebanyak 7.096 orang, pasien BPJS sebanyak 27.494 orang, pasien gratis sebanyak 28.737 orang. Dan kunjungan pasien umum bulan Juli 2016 sebanyak 8.923 orang, pasien BPJS sebanyak 22.532 orang, pasien gratis sebanyak 31.275 orang. Kunjungan pasien umum bulan Agustus 2016 sebanyak 4.336 orang, pasien BPJS sebanyak 24.470 orang, pasien gratis sebanyak 38.398 orang.

Kunjungan pasien umum bulan September 2016 sebanyak 8.716 orang, pasien BPJS sebanyak 30.392 orang, pasien gratis sebanyak 38.477 orang. Kunjungan pasien umum bulan Oktober 2016 sebanyak 9.240 orang, pasien BPJS sebanyak 27.640 orang, pasien gratis sebanyak 41.950 orang.

Kunjungan pasien umum bulan November 2016 sebanyak 10.345 orang, pasien BPJS sebanyak 27.869 orang, pasien gratis sebanyak 39.881 orang. Dan kunjungan pasien umum bulan Desember 2016 sebanyak 8.320 orang, pasien BPJS sebanyak 27.693 orang, pasien gratis sebanyak 31.743 orang.

## **5.2 Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut**

Keberhasilan Pembangunan Nasional memberikan dampak meningkatnya Umur Harapan Hidup (UHH) yaitu dari 68,6 tahun 2004 menjadi 70,6 pada tahun 2009 (infodatin-lansia 2015). Meningkatnya UHH menyebabkan peningkatan jumlah lanjut usia (lansia), dimana pada tahun 2020 diperkirakan mencapai 28,8 juta jiwa. Di Kota Bekasi jumlah penduduk lansia sudah mencapai 497.084 jiwa (17,73 persen) dengan total Penduduk 2.803.283 jiwa. Hasil penjarangan lansia berjumlah 355.207 jiwa atau 12,7 persen dari total jumlah penduduk di Kota Bekasi.

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia no 13 tahun 1998, yang dimaksud dengan lanjut usia adalah seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih. Sedangkan menurut Kementerian Kesehatan RI lanjut usia dikelompokkan menjadi tiga kelompok yaitu:

1. Pra Lanjut Usia (45-59 tahun)
2. Lanjut usia (60-69 tahun)
3. Lanjut usia resiko tinggi ( $\geq 70$  tahun atau usia  $\geq 60$  tahun dengan masalah kesehatan).

(Pedoman Pembinaan Kesehatan Lanjut Usia, Kemenkes 2010)

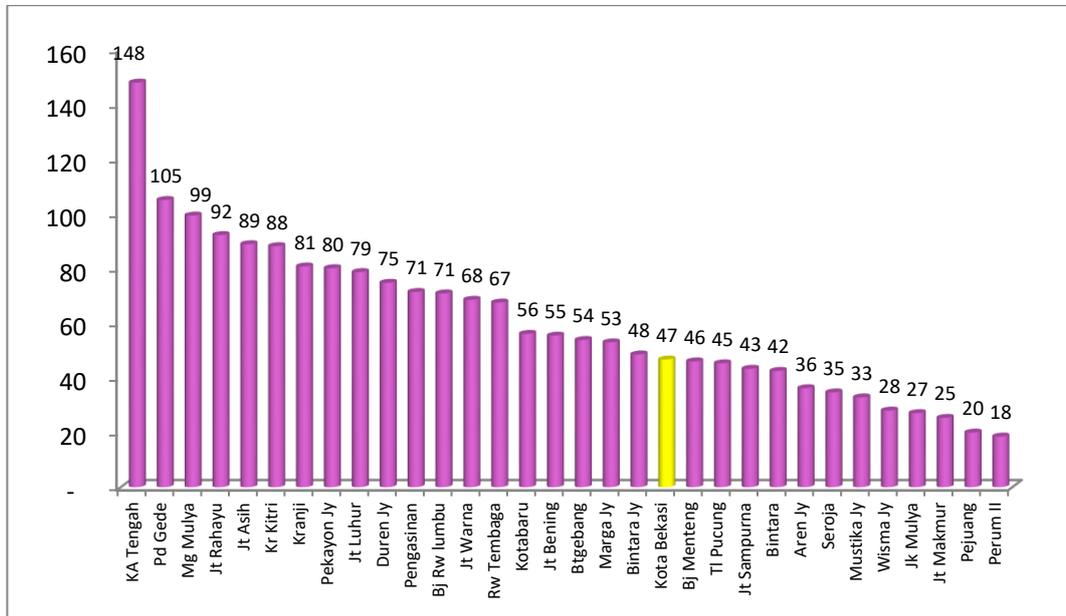
Besarnya populasi lanjut usia serta pertumbuhan yang sangat cepat juga menimbulkan berbagai permasalahan, sehingga lanjut usia perlu mendapatkan perhatian yang serius dari semua sektor. Menurut UU No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan, upaya pemeliharaan kesehatan bagi lanjut usia harus ditujukan untuk menjaga agar tetap hidup sehat dan produktif secara sosial maupun ekonomis.

Selain itu, Pemerintah wajib menjamin ketersediaan pelayanan kesehatan dan memfasilitasi kelompok lanjut usia untuk dapat tetap hidup mandiri dan produktif. Salah satu bentuk perhatian yang serius terhadap lanjut usia adalah terlaksananya pelayanan pada lanjut usia melalui kelompok (posbindu) lanjut usia yang melibatkan semua lintas sektor terkait, swasta, LSM dan masyarakat.

Posbindu lansia adalah pos pelayanan terpadu untuk masyarakat usia lanjut di suatu wilayah tertentu yang sudah disepakati, yang digerakkan oleh masyarakat dimana mereka bisa mendapatkan pelayanan kesehatan. Posbindu lansia merupakan pengembangan dari kebijakan pemerintah melalui pelayanan kesehatan bagi lansia yang penyelenggaraannya melalui program Puskesmas dengan melibatkan peran serta para lansia, keluarga, tokoh masyarakat dan organisasi sosial dalam penyelenggaraannya.

Sasaran Posbindu lansia ada 2 yaitu sasaran langsung, antara lain pra lanjut usia (45-59 tahun), lanjut usia (60-69 tahun) dan lanjut usia resiko tinggi (usia lebih 70 tahun atau berumur 60 tahun lebih dengan masalah kesehatan) dan sasaran tidak langsung antara lain keluarga dimana lanjut usia berada, masyarakat tempat lanjut usia berada, petugas kesehatan, organisasi sosial dan masyarakat luas.

Grafik 5.21  
Cakupan Pelayanan Kesehatan Lansia Menurut Puskesmas  
di Kota Bekasi Tahun 2016



Cakupan pelayanan kesehatan lanjut usia di Kota Bekasi tahun 2016 masih belum mencapai target RPJMD (70 persen), cakupan Kota Bekasi sebesar 46,6 persen. Baru 12 Puskesmas dari 31 Puskesmas yang ada yang cakupannya sudah melebihi target.

Masih banyaknya Puskesmas yang belum mencapai target ini (61,3 persen), antara lain karena kurangnya kesadaran para lansia untuk memeriksakan diri ke Posbindu, selain itu banyak juga lansia yang kurang memahami tentang kesehatan pribadinya.

Dari grafik 5.21 di atas juga dapat dilihat ada 2 Puskesmas yang cakupannya melebihi target (> 100 persen), yaitu Puskesmas Kali Abang Tengah (148 persen) dan Puskesmas Pondok Gede (105 persen). Hal ini disebabkan karena banyak kunjungan yang diluar sasaran atau banyak lanjut usia yang memeriksakan diri ke Puskesmas berasal dari luar wilayah Puskesmas tersebut.

### 5.3 Pelayanan Kesehatan Rujukan

Pengertian rumah sakit menurut Azwar, 1996 menyatakan bahwa rumah sakit adalah tempat dimana orang sakit mencari dan menerima pelayanan kedokteran, pusat pendidikan, dan penelitian kedokteran. Pada grafik 5.23, saat ini Kota Bekasi memiliki 63 persen rumah sakit dengan tipe kelas C, 18 persen tipe kelas D, 16 persen tipe kelas B, dan 3 persen belum mengajukan penetapan kelas.

Menurut Permenkes No.56 Th.2014 bahwa semua rumah sakit baik rumah sakit umum maupun khusus harus meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit dengan melakukan penyempurnaan sistem perizinan dan klasifikasi rumah sakit termasuk dengan penetapan kelas rumah sakit.

Tabel 5.2  
Nilai BOR, LOS, dan TOI Rumah Sakit di Kota Bekasi Tahun 2013 s.d 2016

| NO | TAHUN      | NILAI BOR (%) | NILAI LOS (hari) | NILAI TOI (hari) |
|----|------------|---------------|------------------|------------------|
| 1  | Tahun 2013 | 16.93         | 3.57             | 3.61             |
| 2  | Tahun 2014 | 16.82         | 3.61             | 3.46             |
| 3  | Tahun 2015 | 50.26         | 3.46             | 4.31             |
| 4  | Tahun 2016 | 50.43         | 4.49             | 3.57             |

Tingkat keberhasilan pelayanan di rumah sakit dapat diketahui dari tingkat pemanfaatan sarana pelayanan, mutu pelayanan, dan tingkat efisiensi pelayanan. Indikator tingkat pemanfaatan sarana pelayanan, mutu pelayanan, dan tingkat efisiensi pelayanan rumah sakit digunakan untuk mengukur kinerja rumah sakit secara umum, yaitu: BOR (*Bed Occupancy Rate*) yaitu tingkat hunian rumah sakit, LOS (*Length Of Stay*) yaitu rata-rata hari rawat di rumah sakit, TOI (*Turn Over Interval*) yaitu jarak pemanfaatan tempat tidur antara satu pasien dengan pasien lainnya.

Tabel 5.2 di atas menunjukkan nilai BOR dari tahun 2013 sampai tahun 2016. Nilai BOR pada tahun 2013 sampai 2016 masih tergolong rendah yaitu kurang dari 60 persen yang merupakan nilai tolerir untuk BOR.

Meskipun nilai BOR menunjukkan peningkatan dalam tiga tahun terakhir. Pada tahun 2016 nilai BOR sudah mengalami peningkatan karena pada tahun ini semua rumah sakit sudah mengumpulkan laporan kegiatan rumah sakit, nilai BOR pada tahun ini adalah 50.43 persen.

LOS (lama hari rawat rumah sakit) dengan nilai yang dapat ditolerir 3 sampai 4 hari menurut Kementerian Kesehatan RI. Di Kota Bekasi dari tahun 2013 sampai 2016 nilai LOS masih dapat ditolerir, hal ini menunjukkan mutu pelayanan rumah sakit cukup baik. Namun di tahun 2016, nilai LOS hampir mencapai 5 hari (4,49 hari) sehingga mutu pelayanan rumah sakit harus lebih ditingkatkan lagi agar lama hari rawat tidak semakin panjang.

Nilai TOI pada rumah sakit di Kota Bekasi pada tahun 2013 sampai 2016 masih di atas nilai ideal. Hal ini dapat diartikan bahwa jumlah tempat tidur rumah sakit di Kota Bekasi masih melebihi kebutuhan. Adapun angka ideal menurut Kementerian Kesehatan RI untuk lamanya tempat tidur kosong adalah 1 sampai 3 hari. Nilai TOI pada tahun 2016 mengalami penurunan mendekati nilai ideal (3,57 hari) dibandingkan nilai TOI tahun 2015, namun perlu dipertimbangkan kembali untuk penambahan tempat tidur rumah sakit pada tahun berikutnya agar nilai TOI di Kota Bekasi masih berada pada kisaran ideal.

Selain tiga indikator di atas ada indikator lain yang menjadi tolak ukur efisiensi kinerja dan mutu pelayanan rumah sakit yaitu: GDR (*Gross Death Rate*) seluruh jumlah kematian di rumah sakit dan NDR (*Net Death Rate*) jumlah kematian di rumah sakit < 48 jam. GDR adalah indikator angka kematian umum untuk tiap 1.000 pasien keluar.

Tabel 5.3  
NDR dan GDR Rumah Sakit di Kota Bekasi Tahun 2013 s.d 2016

| NO | TAHUN      | NILAI NDR (org) | NILAI GDR (org) |
|----|------------|-----------------|-----------------|
| 1  | Tahun 2013 | 9.48            | 19.68           |
| 2  | Tahun 2014 | 7.25            | 12.16           |
| 3  | Tahun 2015 | 7.56            | 18.09           |
| 4  | Tahun 2016 | 7.57            | 18.09           |

Berdasarkan tabel 5.3 di atas, GDR di Kota Bekasi sejak tahun 2013 sampai tahun 2016 masih cukup baik. Pada tahun 2013 nilai GDR Kota Bekasi 19,68 per 1.000 pasien keluar, dan di tahun 2015 GDR Kota Bekasi 18.09 per 1.000 pasien keluar. Menurut Kementerian Kesehatan RI, nilai ideal rujukan untuk GDR suatu wilayah atau daerah tidak lebih dari 45 per 1.000 pasien keluar. NDR adalah angka kematian > 48 jam setelah pasien dirawat per 1.000 pasien keluar. Angka NDR yang dapat ditolerir dibawah 25 per 1.000 penderita keluar. NDR tahun 2013 nilainya 9,48 per 1.000 penderita keluar. Dan tahun 2016 nilainya 7.57 per 1.000 penderita keluar. Hal ini menunjukkan angka kematian > 48 jam setelah pasien dirawat di Kota Bekasi per 1.000 pasien keluar dari tahun 2013 sampai 2016 masih dalam batas nilai tolerir atau baik.

## **BAB VI**

### **SUMBER DAYA KESEHATAN**

Derajat kesehatan masyarakat suatu negara salah satunya dipengaruhi oleh keberadaan sarana kesehatan. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat. Sarana kesehatan yang diulas pada bagian ini terdiri dari fasilitas pelayanan kesehatan, sarana kefarmasian dan alat kesehatan, dan institusi pendidikan kesehatan milik pemerintah yang menghasilkan tenaga kesehatan. Fasilitas pelayanan kesehatan yang dibahas pada bagian ini terdiri dari Puskesmas dan rumah sakit.

#### **6.1 Sarana Kesehatan**

Sarana kesehatan yang disajikan dalam bab ini meliputi: Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), Rumah Sakit (RS), sarana produksi dan distribusi kefarmasian dan alat kesehatan, sarana Upaya Kesehatan Bersumber daya Masyarakat (UKBM), serta institusi pendidikan tenaga kesehatan.

##### **6.1.1 Sarana Kesehatan Dasar**

###### **a. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)**

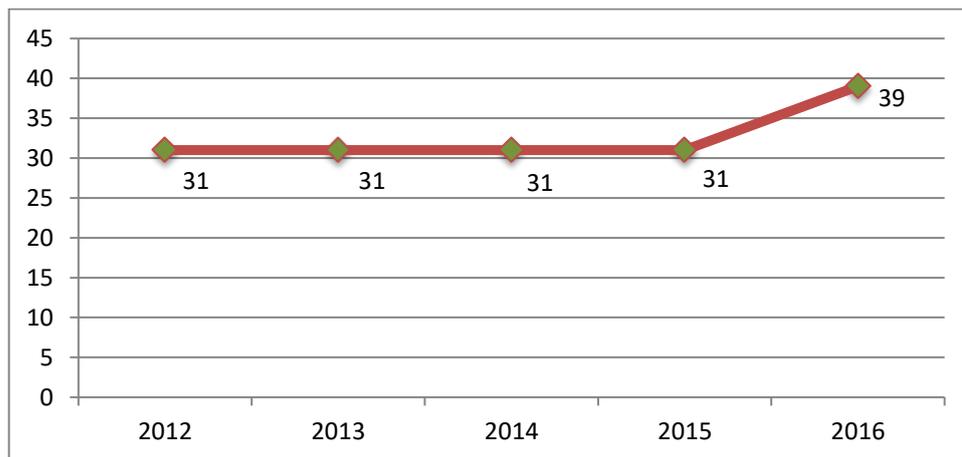
Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, menyebutkan bahwa Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih

mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya Kecamatan Sehat.

Selain melaksanakan tugas tersebut, Puskesmas memiliki fungsi sebagai penyelenggara Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) tingkat pertama dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama serta sebagai wahana pendidikan tenaga kesehatan. Upaya kesehatan masyarakat adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat. Upaya kesehatan perseorangan adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan.

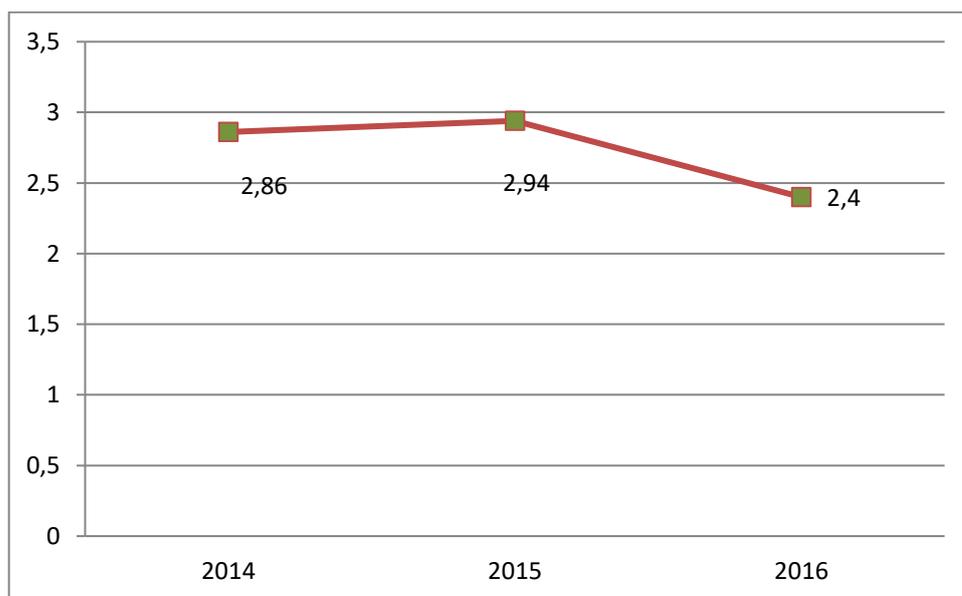
Pada tahun 2016 jumlah Puskesmas semakin meningkat menjadi 39 unit dari 31 unit pada tahun 2015. Dalam kurun waktu 5 tahun terakhir, jumlah Puskesmas yang dapat dilihat pada gambar berikut ini.

Grafik 6.1  
Jumlah Puskesmas di Kota Bekasi Tahun 2011 s.d. 2016



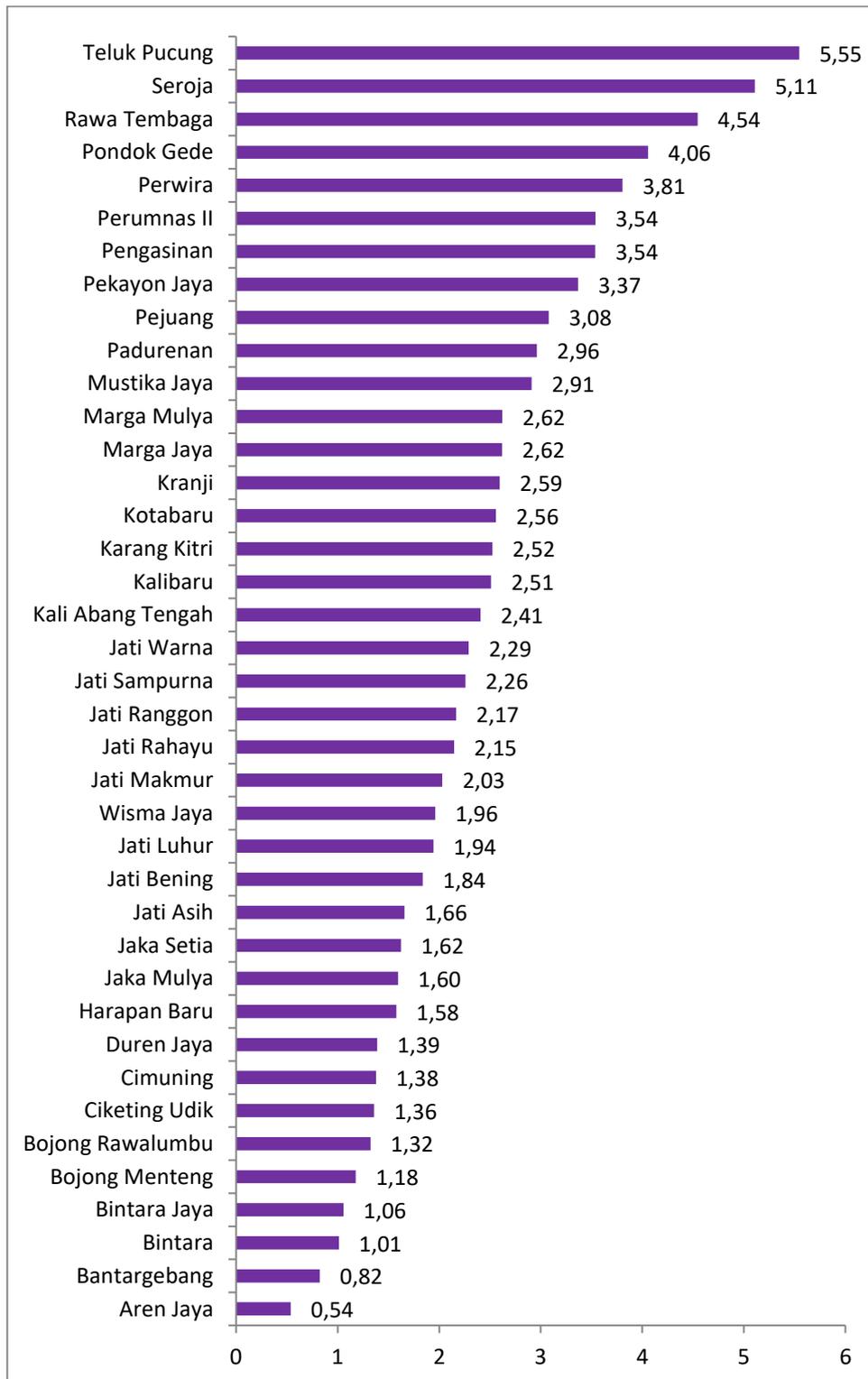
Pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan dasar dapat dilihat secara umum oleh indikator rasio Puskesmas terhadap 30.000 penduduk. Rasio Puskesmas terhadap 30.000 penduduk cenderung menurun pada tahun 2014 sampai dengan tahun 2016, yang artinya bahwa penduduk yang dapat dilayani Puskesmas semakin meningkat. Hal ini disebabkan karena bertambahnya jumlah Puskesmas pada tahun 2016.

Grafik 6.2  
Rasio Puskesmas Per 30.000 Penduduk di Kota Bekasi  
Tahun 2014 s.d. 2016



Puskesmas dengan rasio tertinggi yaitu Puskesmas Teluk Pucung sebesar 5,55 per 30.000 penduduk, sedangkan Puskesmas Marga Jaya memiliki rasio terendah sebesar 0,54 per 30.000 penduduk.

Grafik 6.3  
Rasio Puskesmas Per 30.000 Penduduk Menurut Puskesmas  
Di Kota Bekasi Tahun 2016



Rasio Puskesmas per 30.000 penduduk belum sepenuhnya menggambarkan kondisi yang sebenarnya mengenai aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar.

Hal tersebut disebabkan karena selain berasal dari sektor pemerintah, pelayanan kesehatan juga didukung oleh sektor swasta, sehingga pemenuhan pelayanan kesehatan tidak hanya berasal dari pelayanan kesehatan dasar.

Namun demikian, kondisi seperti ini tetap harus diperhatikan, karena walaupun kebutuhan pelayanan kesehatan dasar dapat dipenuhi oleh sektor swasta, suatu wilayah tetap membutuhkan entitas yang berperan sebagai penanggungjawab upaya kesehatan masyarakat. Dalam menjalankan fungsinya sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan dasar, Puskesmas melaksanakan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM). Upaya kesehatan perseorangan yang diberikan terdiri dari pelayanan rawat jalan dan rawat inap untuk Puskesmas tertentu jika dianggap diperlukan. Meskipun pelayanan kesehatan masyarakat merupakan inti dari Puskesmas, pelayanan kesehatan perseorangan juga menjadi perhatian dari pemerintah.

Dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat Dinas Kesehatan Kota Bekasi dilakukan upaya peningkatan Puskesmas pembantu (Pustu) menjadi Puskesmas dan peningkatan Puskesmas non rawat inap menjadi Puskesmas rawat inap serta peningkatan kemampuan Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED). Tahun 2016 di Kota Bekasi terdapat 10 unit Puskesmas rawat inap dan PONED, serta 29 unit Puskesmas non rawat inap.

#### **b. Puskesmas Pembantu (Pustu)**

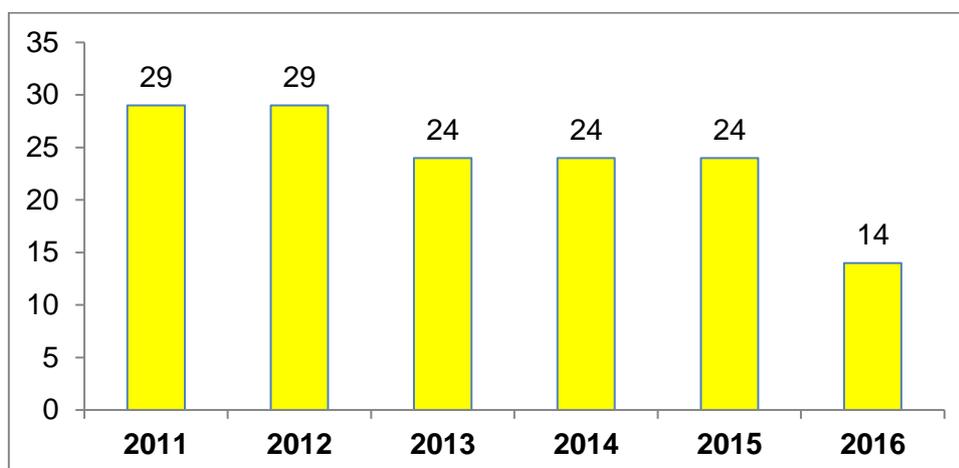
Untuk meningkatkan jangkauan pelayanan Puskesmas terhadap masyarakat di wilayah kerjanya, Puskesmas didukung oleh sarana pelayanan kesehatan berupa Puskesmas Pembantu (Pustu). Jumlah Pustu pada tahun 2015 sebanyak 14 unit. Jumlah Pustu berkurang karena ada 8 Pustu yang ditingkatkan menjadi Puskesmas dan satu Pustu dipergunakan untuk pelayanan Puskesmas.

Berikut ini merupakan data Puskesmas pembantu di wilayah Kota Bekasi tahun 2015 dan tahun 2016.

Tabel 6.1  
Distribusi Puskesmas Pembantu Menurut Kecamatan  
Di Kota Bekasi Tahun 2015 dan 2016

| No | Kecamatan      | Puskesmas |                  | Puskesmas Pembantu |                |      |                | Keterangan   |
|----|----------------|-----------|------------------|--------------------|----------------|------|----------------|--|
|    |                |           |                  | 2015               |                | 2016 |                |  |
| 1  | Pondok Gede    | 1         | Pondok Gede      | 1                  | Jati Makmur    | 1    | Jati Makmur    |  |
| 2  | Pondok Melati  | 2         | Jati Warna       | 2                  | Jati Murni     | 2    | Jati Murni     |  |
|    |                |           |                  | 3                  | Jati Melati    | 3    | Jati Melati    |  |
| 3  | Jati Sampurna  | 3         | Jati Sampurna    | 4                  | Jati Ranggon   |      |                | Ditingkatkan menjadi Puskesmas Jati Ranggon        |
|    |                |           |                  | 5                  | Jati Rangga    | 4    | Jati Rangga    |  |
| 4  | Jati Asih      | 4         | Jati Luhur       | 6                  | Jati Sari      | 5    | Jati Sari      |  |
| 5  | Rawa Lumbu     | 5         | Pengasinan       | 7                  | Sepanjang Jaya | 6    | Sepanjang Jaya |  |
| 6  | Bekasi Timur   | 6         | Duren Jaya       | 8                  | Duren Jaya     | 7    | Duren Jaya     |  |
|    |                | 7         | Wisma Jaya       | 9                  | Bekasi Jaya    |      |                | Dipergunakan untuk pelayanan Puskesmas Wisma Jaya  |
| 7  | Bekasi Selatan | 8         | Jaka Mulya       | 10                 | Jaka Mulya     | 8    | Jaka Mulya     |  |
|    |                |           |                  | 11                 | Jaka Setia     |      |                | Ditingkatkan menjadi Puskesmas Jaka Setia          |
| 8  | Bekasi Utara   | 9         | Seroja           | 12                 | Perwira        |      |                | Ditingkatkan menjadi Puskesmas Perwira             |
|    |                | 10        | Kaliabang Tengah | 13                 | Permata        | 9    | Permata        |  |
|    |                | 11        | Teluk Pucung     | 14                 | Harapan Baru   |      |                | Ditingkatkan menjadi Puskesmas Harapan Baru        |
| 9  | Bekasi Barat   | 12        | Rawa Tembaga     | 15                 | Jaka Sampurna  | 10   | Jaka Sampurna  |  |
| 10 | Medan Satria   | 13        | Pejuang          | 16                 | Dukuh          | 11   | Dukuh          |  |
|    |                |           |                  | 17                 | Harapan Mulya  |      |                | Bangunan tidak ada karena ada pemindahan kelurahan |
|    |                |           |                  | 18                 | Kalibaru       |      |                | Ditingkatkan menjadi Puskesmas Kalibaru            |
| 11 | Bantargebang   | 14        | Bantar Gebang    | 19                 | Cikiwul        | 12   | Cikiwul        |  |
|    |                |           |                  | 20                 | Ciketing Udik  |      |                | Ditingkatkan menjadi Puskesmas Ciketing Udik       |
|    |                |           |                  | 21                 | Sumur Batu     | 13   | Sumur Batu     |  |
| 12 | Mustika Jaya   | 15        | Mustika Jaya     | 22                 | Mustika Sari   | 14   | Mustika Sari   |  |
|    |                |           |                  | 23                 | Cimuning       |      |                | Ditingkatkan menjadi Puskesmas Cimuning            |
|    |                |           |                  | 24                 | Padurenan      |      |                | Ditingkatkan menjadi Puskesmas Padurenan           |

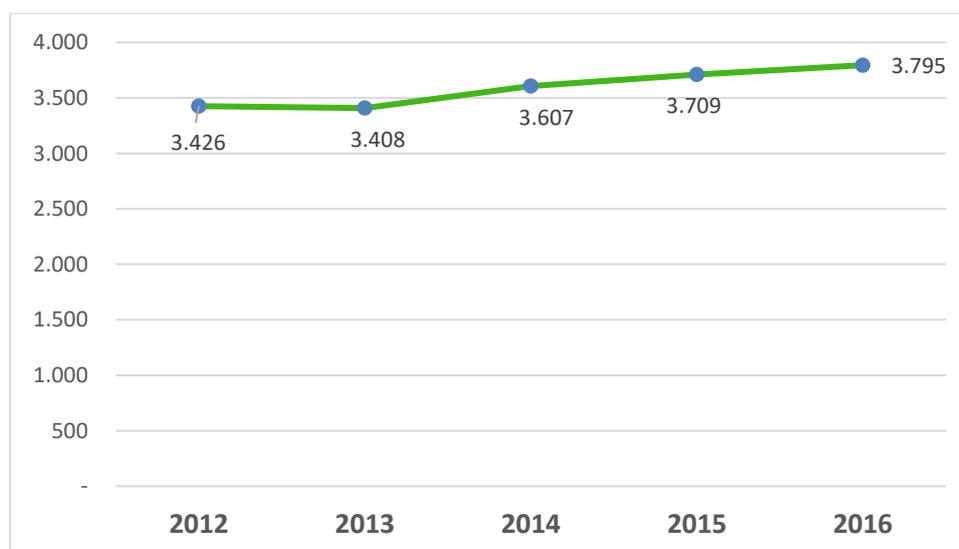
Grafik 6.4  
Trend Jumlah Pustu di Kota Bekasi Tahun 2011 s.d 2016



### 6.1.2 Sarana Kesehatan Rujukan

Kota Bekasi memiliki 1 (satu) buah Rumah sakit Umum Daerah dengan tipe B yang sudah dilengkapi fasilitas spesialisik bahkan super spesialisik dengan adanya sarana bedah digestif dan foto thorax, *CT Scan*, ICU dan hemodialisis.

Grafik 6.5  
Trend Jumlah Tempat Tidur Rumah Sakit  
di Kota Bekasi Tahun 2012 s.d 2016

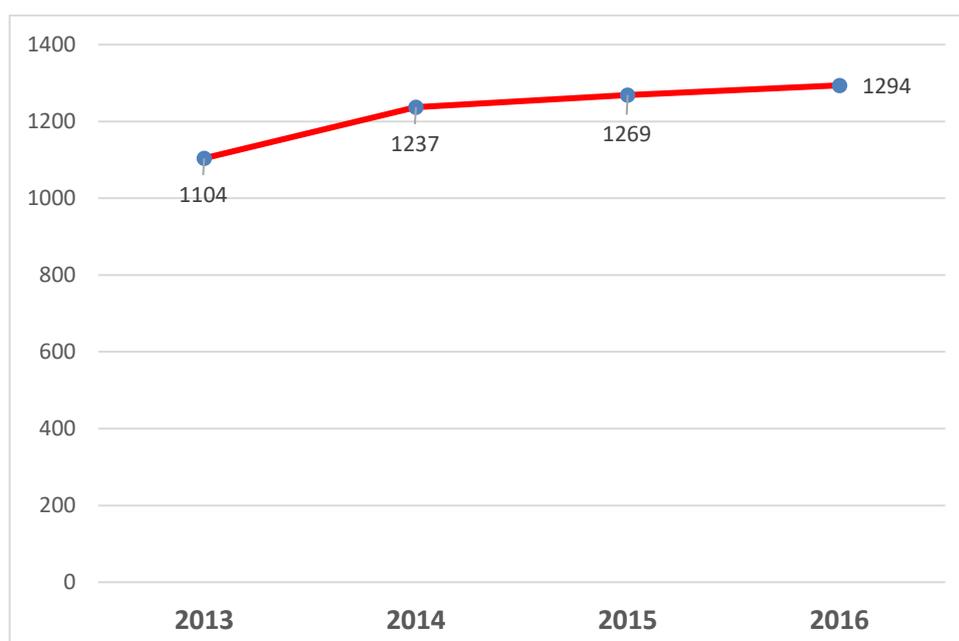


Pada tahun 2016 jumlah rumah sakit swasta di Kota Bekasi sebanyak 37 rumah sakit dan 1 rumah sakit umum daerah. Sedangkan berdasarkan tipe kelas rumah sakit, 37 rumah sakit sudah melakukan penetapan kelas, dan 1 rumah sakit belum melakukan penetapan kelas.

Meskipun kebutuhan tempat tidur untuk Kota Bekasi sudah sangat berlebih namun, di tahun 2015 dan 2016 masih mengalami penambahan jumlah tempat tidur seperti terlihat pada grafik 5.21. Jumlah tempat tidur dari tahun 2014 ke 2015 mengalami peningkatan 2,8 persen, dan dari 2015 ke 2016 naik sebesar 2,3 persen.

Kebutuhan tempat tidur pada rumah sakit di Kota Bekasi dapat didekati berdasarkan ratio 1: 1.000 artinya 1 tempat tidur berbanding dengan 1.000 penduduk sampai tahun yang berjalan. Namun demikian, pada setiap tahunnya seperti tahun 2014 perbandingan kebutuhan tempat tidur sangat berlebih yaitu 1: 135 per 100.000 penduduk, artinya 1 tempat tidur diperuntukkan bagi 135 penduduk.

Grafik 6.6  
Trend Jumlah Tempat Tidur Kelas III Rumah Sakit  
di Kota Bekasi Tahun 2013 s.d 2016

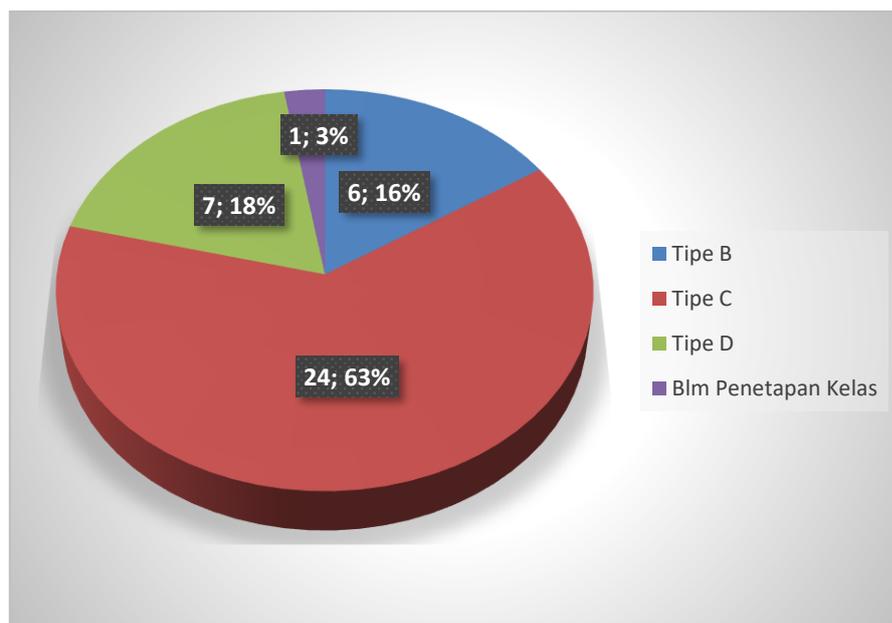


Banyak faktor yang mempengaruhi peningkatan jumlah tempat tidur di Kota Bekasi, selain karena pertambahan jumlah penduduk setiap tahunnya, serta adanya peningkatan kelas tipe rumah sakit, hal ini juga dikarenakan adanya faktor bertambahnya rumah sakit di Kota Bekasi yang bekerja sama dengan BPJS. Oleh karena itu rumah sakit yang sudah maupun akan bekerja sama dengan BPJS mempersiapkan diri untuk menerima peningkatan jumlah pasien dengan cara menambah jumlah tempat tidur terutama untuk kelas III.

Grafik 6.6 di atas menunjukkan bahwa setiap tahunnya jumlah tempat tidur kelas III di Kota Bekasi mengalami peningkatan rata-rata 4,9 persen. Hal ini dipengaruhi juga oleh bertambahnya jumlah rumah sakit yang sudah bekerjasama dengan BPJS.

Oleh karena itu setiap rumah sakit harus menyediakan kebutuhan tempat tidur kelas III yang cukup dan memadai sebagai tanggung jawab rumah sakit terhadap pelaksanaan fungsi sosial rumah sakit bagi pasien menengah ke bawah khususnya kelas III.

Grafik 6.7  
Proporsi Rumah Sakit Menurut Tipe Kelas  
di Kota Bekasi Tahun 2016



Selain itu ada beberapa rumah sakit yang meningkatkan tipe kelas rumah sakitnya, seperti RS Taman Harapan Baru, RSIA Ratna Ervita, RSIA Selasih Medika, RS Masmitra, RSIA Rinova Intan, dan RS Citra Harapan. Daftar jumlah rumah sakit dan tipe kelasnya sampai Bulan Desember tahun 2016 dapat dilihat pada tabel 6.2 berikut.

Tabel 6.2  
Daftar Rumah Sakit dan Tipe Kelasnya  
di Kota Bekasi Tahun 2016

| NO  | NAMA RUMAH SAKIT                   | TIPE KELAS RUMAH SAKIT |
|-----|------------------------------------|------------------------|
| 1.  | RSUD Kota Bekasi                   | B                      |
| 2.  | RS Hermina                         | B                      |
| 3.  | RS Mitra Keluarga                  | B                      |
| 4.  | RS. Budi Lestari                   | C                      |
| 5.  | RS Awal Bros                       | B                      |
| 6.  | RS Anna Pekayon                    | C                      |
| 7.  | RS Hermina Galaxi                  | C                      |
| 8.  | RS Cikunir                         | D                      |
| 9.  | RS Mitra Mitra Keluarga Timur      | B                      |
| 10. | RS Bhakti Kartini                  | C                      |
| 11. | RS. Juwita                         | C                      |
| 12. | RS. Subki Abdul Kadir              | D                      |
| 13. | RS Mekarsari                       | C                      |
| 14. | RS. Graha Juanda                   | C                      |
| 15. | RS. Sentosa                        | D                      |
| 16. | RS. Bella                          | C                      |
| 17. | RS Seto Hasbadi                    | C                      |
| 18. | RSIA. Rinova Intan                 | C                      |
| 19. | RS. Anna Medika                    | C                      |
| 20. | RSIA Selasih Medika                | C                      |
| 21. | RS Ananda                          | B                      |
| 22. | RS. Citra Harapan                  | C                      |
| 23. | RSB Taman Harapan Baru             | C                      |
| 24. | RS. Taman Harapan Baru             | C                      |
| 25. | RS. Rehabilitasi Medik Zainuttagwa | Belum Penetapan Kelas  |
| 26. | RS. St. Elisabeth                  | C                      |
| 27. | RS. Rawa Lumbu                     | C                      |
| 28. | RSIA Ratna Ervita Medika           | C                      |
| 29. | RS. Hosana Medica Bekasi           | C                      |
| 30. | RS Karya Medika                    | D                      |
| 31. | RS Permata Bekasi                  | D                      |
| 32. | RSIA Kartika Husada                | D                      |
| 33. | RS Jati Sampurna                   | D                      |
| 34. | RS Permata Cibubur                 | C                      |
| 35. | RS Mitra Keluarga Cibubur          | C                      |
| 36. | RS Jati Rahayu                     | C                      |
| 37. | RSIA Karunia Kasih                 | C                      |
| 38. | RS Masmitra                        | C                      |

### 6.1.3 Sarana Kesehatan Tradisional

Pelayanan kesehatan tradisional dilakukan untuk meningkatkan taraf kesehatan masyarakat. Pada pelayanan kesehatan tradisional, masyarakat diberi kesempatan yang seluas-luasnya untuk mengembangkan, meningkatkan dan menggunakan pelayanan kesehatan tradisional yang dapat dipertanggungjawabkan manfaat dan keamanannya.

Hubungan antara pengobatan alternatif dengan pengobatan modern bukan hubungan yang bersaing. Keduanya saling berdampingan dan bersama-sama menyediakan pilihan pengobatan untuk bermacam penyakit. Sehingga masyarakat dapat memilih pengobatan yang diinginkan.

Diagnosa penyakit, khususnya pada jenis penyakit aneh atau penyakit yang tidak diketahui secara umum, menurut pengetahuan tradisional sulit diterapkan. Kenyataan ini membuktikan obat dan pengobatan tradisional hanya cocok digunakan untuk mengobati jenis penyakit yang lumrah dan sudah dikenal secara umum.

Pelayanan kesehatan tradisional telah diakui keberadaannya sejak dahulu kala dan dimanfaatkan oleh masyarakat dalam upaya preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif. Sampai saat ini pelayanan kesehatan tradisional terus berkembang sesuai dengan kemajuan teknologi disertai dengan peningkatan pemanfaatannya oleh masyarakat sebagai imbas dari semangat untuk kembali menggunakan hal-hal yang bersifat alamiah atau dikenal dengan istilah *back to nature*.

Dalam dunia internasional, perkembangan pelayanan kesehatan tradisional juga telah mendapat perhatian dari berbagai negara. Dari hasil kesepakatan pertemuan *World Health Organisation (WHO) Congress on Traditional Medicine* di Beijing pada bulan November 2008 disebutkan bahwa pelayanan kesehatan tradisional yang aman dan bermanfaat dapat diintegrasikan ke dalam sistem pelayanan kesehatan.

Menurut WHO pada tahun 2009 disebutkan dalam salah satu resolusinya bahwa WHO mendorong negara-negara anggotanya agar mengembangkan Pelayanan Kesehatan Tradisional di negaranya sesuai kondisi setempat. Pelayanan kesehatan tradisional adalah pengobatan dan/ atau perawatan dengan cara dan obat yang mengacu pada pengalaman dan keterampilan turun temurun secara empiris yang dapat dipertanggungjawabkan dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat.

Pelayanan kesehatan tradisional dapat digunakan masyarakat dalam mengatasi gangguan kesehatan secara mandiri (*self care*), baik untuk pribadi maupun untuk keluarga melalui pemanfaatan Taman Obat Keluarga (TOGA) dan ketrampilan. Hal ini berguna, khususnya di daerah yang mengalami keterbatasan dalam memperoleh akses pelayanan kesehatan.

Dengan semakin maraknya jumlah pengobatan tradisional maka perlu adanya pembinaan dan pengawasan terhadap pelayanan kesehatan tradisional. Pembinaan dilakukan dalam rangka mewujudkan pelayanan yang aman dan tidak bertentangan dengan norma yang berlaku, memenuhi kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan tradisional aman dan bermanfaat dan menjamin terpenuhi/ terpeliharanya persyaratan keamanan, mutu dan kemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional.

Pembinaan ini dilaksanakan melalui advokasi dan sosialisasi, pembekalan peningkatan pemahaman terhadap peraturan perundang-undangan terkait penyelenggaraan pelayanan kesehatan tradisional, pemantauan dan evaluasi, konsultasi dan supervisi.

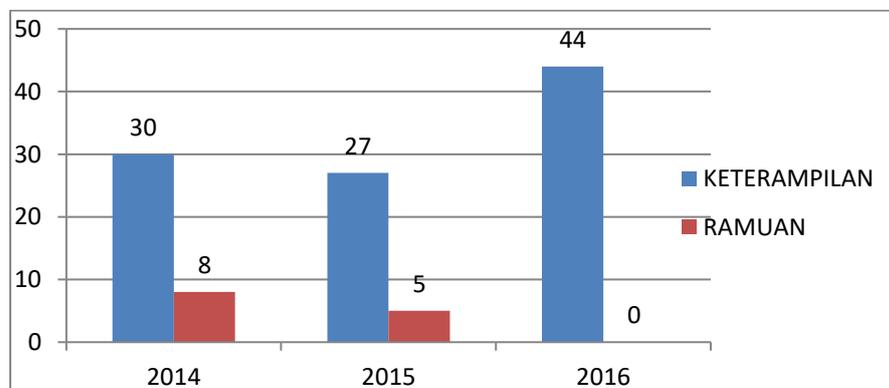
Pengawasan dilaksanakan terhadap penyehat tradisional, sarana dan prasarana, tindakan yang dilakukan penyehat tradisional (HATTRA) terhadap klien dan ramuan alat dan teknologi yang dipakai oleh HATTRA. Pengawasan dilakukan secara berjenjang dengan melibatkan institusi terkait, asosiasi HATTRA dan masyarakat sesuai tugas dan fungsi masing – masing.

Berdasarkan cara pengobatannya pelayanan tradisional dibedakan menjadi 2, yaitu pengobatan dengan cara keterampilan dan dengan ramuan.

Cara pengobatan menggunakan ketrampilan adalah seseorang yang melakukan pengobatan berdasarkan keterampilan fisik, serta menggunakan anggota gerak lainnya, atau terkadang biasa menggunakan alat bantu lainnya. Contohnya: pijat refleksi, akupresure, pijat atau urut, totok syaraf, dan terapi okupasi. Cara pengobatan dengan keterampilan lebih banyak digunakan oleh masyarakat karena tidak menggunakan alat dan ramuan (jamu).

Sedangkan cara pengobatan dengan ramuan adalah gabungan sejumlah bumbu dapur, biasanya herbal, rempah – rempah, zat bubuk atau mineral, yang dicampur, diiris, dihancurkan, atau direndam bersama – sama agar dapat dihirup atau diminum.

Grafik 6.8  
Distribusi Hattra Menurut Cara Pengobatannya  
di Kota Bekasi Tahun 2014 s.d 2016



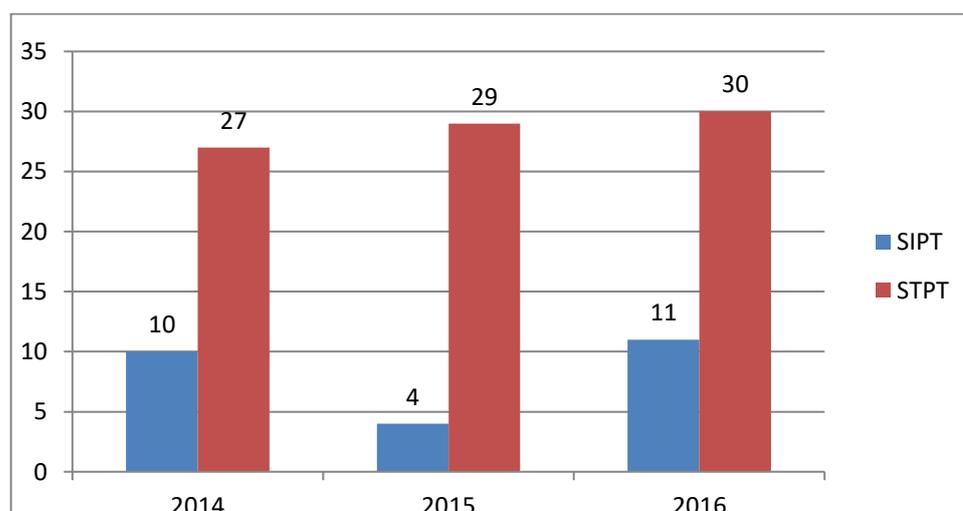
Grafik 6.8 menunjukkan bahwa pada tahun 2016 terjadi peningkatan pembuatan izin, terutama pada izin pengobatan tradisional menggunakan ketrampilan (terjadi kenaikan 43,6 persen). Jenis penyehat tradisional yang paling banyak membuat izin adalah pijat refleksi yang berjumlah 29 dari jumlah 108 penyehat tradisional yang membuat ijin menyelenggarakan di Kota Bekasi.

Tabel 6.3  
Izin Menyelenggarakan Menurut Jenis Hattra  
di Kota Bekasi Tahun 2014 s.d 2016

| JENIS HATTRA            | TAHUN |      |      |
|-------------------------|-------|------|------|
|                         | 2014  | 2015 | 2016 |
| Akupressure             | -     | 5    | 9    |
| Bekam                   | 8     | 3    | 6    |
| Akupunktur              | 10    | 3    | 9    |
| Terapi Okupasi          | 1     | -    | -    |
| Pijat Refleksi          | 7     | 5    | 17   |
| Totok Syaraf            | 1     | -    | -    |
| Pijat Urut              | 3     | 8    | 7    |
| Pijat Urut Patah Tulang | -     | 2    | -    |
| Herbal                  | 5     | 2    | -    |
| Ramuan                  | -     | 3    | -    |

Berdasarkan peraturan Pemerintah nomor 103 tahun 2014 tentang kesehatan tradisional dan PMK no. 61 tentang pelayanan kesehatan tradisional empiris. Pelayanan kesehatan tradisional empiris (turun temurun) wajib memiliki Surat Terdaftar Penyehat Tradisional (STPT) dan hanya memiliki satu STPT serta berlaku untuk satu tempat praktek.

Grafik 6.9  
Distribusi Hattra Menurut Surat Izinnya  
di Kota Bekasi Tahun 2014 s.d 2016



Pada tahun 2014 sampai dengan 2015 di Kota Bekasi terdapat 114 pengobatan tradisional yang mengajukan ijin menyelenggarakan. Dan penyehat tradisional yang memiliki ijin di Kota Bekasi sejak tahun 2014 sampai 2015 ada 111 orang, yang terdiri dari: Surat Ijin Penyehat Tradisional (SIPT) 25 orang dan Surat Terdaftar Penyehat Tradisional (STPT) 86 orang. Banyaknya STPT ini karena banyaknya penyehat tradisional secara turun temurun.

#### **6.1.4 Sarana Kesehatan Lainnya**

Posyandu merupakan salah satu bentuk Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar/ sosial dasar untuk mempercepat penurunan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi.

Posyandu memberi manfaat bagi masyarakat, diantaranya: mendukung perbaikan perilaku, keadaan gizi dan kesehatan keluarga; mendukung perilaku hidup bersih dan sehat; mendukung pencegahan penyakit yang berbasis lingkungan dan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi; mendukung pelayanan Keluarga Berencana; mendukung pemberdayaan keluarga dan masyarakat dalam penganekaragaman pangan melalui pemanfaatan pekarangan.

Posyandu juga berfungsi sebagai wadah pemberdayaan masyarakat dalam alih informasi dan ketrampilan dari petugas kesehatan kepada masyarakat sekaligus sebagai wadah mendekatkan pelayanan kesehatan dasar. Posyandu menjadi wadah sinergitas lintas sektor, pihak swasta, organisasi masyarakat, LSM dan peran aktif masyarakat. Masing-masing unsur mempunyai peranan penting pada penyelenggaraan Posyandu. Sebagai sebuah wadah, Posyandu memiliki tahapan perkembangan yang terkait peningkatan mutu dan pelayanan yang diberikan kepada masyarakat.

Tabel 6.4  
Distribusi Posyandu Menurut Puskesmas dan Stratanya  
Di Kota Bekasi Tahun 2016

| NO                        | PUSKESMAS         | STRATA POSYANDU |            |            |            | JUMLAH      |
|---------------------------|-------------------|-----------------|------------|------------|------------|-------------|
|                           |                   | PRATAMA         | MADYA      | PURNAMA    | MANDIRI    |             |
| 1                         | Pondok Gede       | -               | 22         | 35         | 8          | 65          |
| 2                         | Jati Makmur       | 3               | 9          | 17         | 3          | 32          |
| 3                         | Jati Bening       | -               | -          | 24         | 16         | 40          |
| 4                         | Jati Rahayu       | 1               | 20         | 6          | 1          | 28          |
| 5                         | Jati Warna        | -               | -          | 31         | 9          | 40          |
| 6                         | Jati Sampurna     | -               | 21         | 35         | 25         | 81          |
| 7                         | Jati Luhur        | -               | -          | 49         | 2          | 51          |
| 8                         | Jati Asih         | 1               | 26         | 51         | 20         | 98          |
| 9                         | Bj. Rawalumbu     | -               | 4          | 31         | 14         | 49          |
| 10                        | Pengasinan        | -               | 18         | 29         | 11         | 58          |
| 11                        | Bojong Menteng    | -               | 15         | 5          | 2          | 22          |
| 12                        | Karang Kitri      | -               | 37         | 7          | 4          | 48          |
| 13                        | Wisma Jaya        | -               | 3          | 37         | 7          | 47          |
| 14                        | Aren Jaya         | -               | -          | 38         | 9          | 47          |
| 15                        | Duren Jaya        | -               | -          | 42         | 7          | 49          |
| 16                        | Pekayon Jaya      | -               | 19         | 9          | 2          | 30          |
| 17                        | Jaka Mulya        | -               | 18         | 14         | 10         | 42          |
| 18                        | Marga Jaya        | 1               | 10         | 8          | 10         | 29          |
| 19                        | Perumnas II       | -               | -          | 11         | 36         | 47          |
| 20                        | Seroja            | -               | 55         | 2          | -          | 57          |
| 21                        | Kali Abang Tengah | -               | 29         | 15         | -          | 44          |
| 22                        | Marga Mulya       | 4               | 13         | 7          | -          | 24          |
| 23                        | Teluk Pucung      | 1               | 30         | 23         | 12         | 66          |
| 24                        | Rawa Tembaga      | -               | 16         | 42         | 2          | 60          |
| 25                        | Bintara Jaya      | -               | 6          | 22         | 6          | 34          |
| 26                        | Bintara           | -               | 17         | 14         | 1          | 32          |
| 27                        | Kranji            | -               | 18         | 14         | 2          | 34          |
| 28                        | Kotabaru          | -               | 16         | 15         | 7          | 38          |
| 29                        | Pejuang           | -               | 1          | 31         | 65         | 97          |
| 30                        | Bantargebang      | -               | -          | 27         | 15         | 42          |
| 31                        | Mustika Jaya      | -               | 40         | 45         | 36         | 121         |
| <b>JUMLAH KOTA BEKASI</b> |                   | <b>11</b>       | <b>463</b> | <b>736</b> | <b>342</b> | <b>1552</b> |

Kota Bekasi dengan jumlah penduduk 2.803.283 jiwa, memiliki 12 Kecamatan, 56 Kelurahan dan 31 Puskesmas yang berperan sebagai pemberi pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat. Karakter penduduk yang heterogen, dinamis dan metropolis, menjadi faktor pendukung sekaligus penghambat penyelenggaraan berbagai program kesehatan, termasuk Posyandu.

Jumlah posyandu se-Kota Bekasi tahun 2016 adalah 1.552 Posyandu, dengan jumlah Posyandu aktif sebanyak 1.078 atau 69,46 persen. Jumlah ini meningkat cukup signifikan dibandingkan tahun 2015 dengan jumlah Posyandu aktif sebanyak 921 Posyandu.

Berdasarkan data diketahui bahwa masih ada posyandu dengan strata pratama, harus dianalisa kembali penyebab belum berkembangnya Posyandu tersebut berdasarkan indikator perkembangan Posyandu. Berdasarkan laporan pemberian insentif kader yang diberikan pemerintah Kota Bekasi, seharusnya setiap Posyandu sudah memiliki jumlah kader yang cukup. Yang perlu dianalisa kembali adalah jumlah kunjungan posyandu atau D/S, yang mungkin masih belum mencapai target. Perlu dukungan dari berbagai pihak dalam meningkatkan strata Posyandu maupun mengaktifkan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat lainnya.

Sistem Kesehatan Nasional tahun 2009, khususnya dalam tujuan Sub Sistem Pemberdayaan Masyarakat adalah meningkatnya kemampuan masyarakat untuk berperilaku hidup sehat, mampu mengatasi masalah kesehatan secara mandiri, berperan aktif dalam setiap pembangunan kesehatan, serta dapat menjadi penggerak dalam mewujudkan pembangunan berwawasan kesehatan.

Saat ini dalam penyelenggaraan upaya kesehatan, masyarakat masih diposisikan sebagai objek dan belum sebagai subjek. Selain itu, masih banyak upaya kesehatan belum menyentuh masyarakat yang tinggal di daerah terpencil, tertinggal, kepulauan dan perbatasan. Untuk itu perlu adanya Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM), agar upaya kesehatan lebih mudah diakses, lebih terjangkau serta lebih berkualitas.

Dalam perkembangan pemberdayaan masyarakat sampai dewasa ini, telah tumbuh dan berkembang berbagai UKBM, antara lain Posyandu, Poskesdes, Posbindu, Poskestren, dan Polindes. Pada tahun 2016 di wilayah Kota Bekasi terdapat 3 Poskesdes dan 426 posbindu. Posbindu di Kota Bekasi merupakan Upaya Kesehatan

Bersumber daya Masyarakat yang menitikberatkan pelayanan pada masyarakat usia lanjut, dengan kegiatan rutin diantaranya pemeriksaan kesehatan, senam lansia dan berbagai kegiatan lain yang diperuntukkan bagi para lansia. Saat ini sedang dikembangkan Posbindu yang tidak hanya menangani lansia, namun juga menangani penyakit tidak menular.

### **6.1.5 Sarana Kefarmasian**

#### **a. Ketersediaan Obat**

Ketersediaan obat dan vaksin pada tahun 2016, menggunakan indikator 144 jenis obat dan vaksin. Dari 144 jenis obat dan vaksin terdapat 70 jenis yang tidak tersedia di Dinas Kesehatan Kota Bekasi atau sekitar 48,61 persen.

Pada pelaksanaannya tidak semua jenis obat yang dijadikan indikator ketersediaan tersebut dibutuhkan dalam pelayanan kesehatan di Puskesmas yang berada di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Bekasi. Bahkan diantaranya ada dua jenis obat yang telah ditarik dari peredaran yaitu dektrometofan sirup 10 mg/5 ml (HBr) dektrometofan tablet 15 mg (HBr) masih digunakan sebagai jenis indikator ketersediaan obat. Selain itu ada juga jenis obat yang sudah tidak diperkenankan lagi dalam pelayanan kesehatan terhadap manusia, yaitu Gameksan lotion 1 persen yang sekarang hanya diperbolehkan untuk insektisida di bidang pertanian masih digunakan sebagai indikator ketersediaan obat.

Selain itu ada juga item obat yang sudah tidak diperkenankan lagi dalam pelayanan kesehatan terhadap manusia yaitu Gameksan lotion 1 persen yang sekarang hanya diperbolehkan untuk insektisida di bidang pertanian masih digunakan sebagai indikator ketersediaan obat.

Dari 74 jenis obat yang kosong hanya 2 jenis obat yang dibutuhkan dan mengalami kekosongan selebihnya tidak dibutuhkan dalam pelayanan. Jadi sebagai denominator dalam ketersediaan ini adalah hanya 78 jenis obat (144 jenis obat dikurangi 70 jenis obat). Dengan data yang telah diuraikan di atas maka ketersediaan obat di Dinas Kesehatan Kota Bekasi adalah 70 jenis obat yang tersedia sebagai nominator dan 72 jenis obat sebagai denominator. Sehingga angka ketersediaan obat dan vaksin di Dinas Kesehatan Kota Bekasi pada tahun 2016 adalah 97,22 persen.

## **b. Penggunaan Obat Rasional**

Dasar hukum kebijakan Penggunaan Obat Rasional adalah Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.189/SK/Menkes/III/2006 tentang Kebijakan Obat Nasional.

Pengertian Penggunaan Obat Rasional menurut WHO tahun 1985 adalah:

- Pasien menerima obat sesuai dengan kebutuhannya;
- Periode waktu yang adekuat;
- Harga yang terjangkau.

Kriteria penggunaan obat rasional adalah:

- Tepat diagnosis
- Tepat indikasi penyakit
- Tepat pemilihan obat
- Tepat dosis
- Tepat penilaian kondisi pasien
- Waspada terhadap efek samping
- Efektif, aman, mutu terjamin, tersedia setiap saat dan harga terjangkau;
- Tepat tindak lanjut (*follow up*)
- Tepat penyerahan obat (*dispensing*);
- Pasien patuh terhadap perintah pengobatan yang diberikan.

Di fasilitas sarana pelayanan kesehatan dasar/ Puskesmas pemantauan penggunaan obat rasional dilakukan menggunakan indikator yang telah ditetapkan secara nasional. Adapun indikator tersebut adalah sebagai berikut.

- a. Penggunaan antibiotik pada penyakit ISPA non Peumonia dengan toleransi 20 persen;
- b. Penggunaan antibiotik pada penyakit diare non spesifik dengan toleransi 8 persen;
- c. Penggunaan injeksi pada penyakit myalgia dengan toleransi 1 persen;
- d. Jumlah jenis obat pada setiap lembar resep dengan toleransi 2,6 jenis obat.

Pemantauan Penggunaan obat rasional ini dilakukan setiap bulan dan direkap per triwulan untuk dilaporkan ke Kementerian Kesehatan melalui Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. Pengambilan sampel dilakukan secara random setiap hari berdasarkan resep yang ditulis dokter dan dilayani di apotek Puskesmas. Penggunaan obat rasional dipantau dari data kompilasi peresepan di puskesmas yang berada di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Bekasi.

Tabel 6.5  
Kompilasi Peresepan di Kota Bekasi Tahun 2016

| Triwulan      | Poli Farmasi | Pemakaian Antibiotik pada ISPA (%) | Pemakaian Antibiotik pada Diare Non Spesifik (%) | Injeksi pada Myalgia (%) |
|---------------|--------------|------------------------------------|--|--------------------------|
| I             | 3,3          | 36                                 | 26   | 0                        |
| II            | 2,2          | 29                                 | 24   | 0                        |
| III           | 2,2          | 24                                 | 16   | 0                        |
| IV            | 2,2          | 31                                 | 23,38  | 0                        |
| <b>Rerata</b> | 2,47         | 30                                 | 22,34  | 0                        |

Pada tahun 2016 jumlah jenis obat dalam setiap resep didapatkan nilai rata-rata 2,47. Menurut standar yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan, jumlah jenis obat pada setiap lembar resep memiliki toleransi 2,6 jenis obat. Pada tahun 2014 poli farmasi memiliki angka rata-rata 3,05. Bila dibandingkan dengan tahun lalu, maka terdapat penurunan angka poli farmasi sebanyak 0,58. Dengan kata lain penulisan jumlah resep pada tahun 2016 lebih rasional bila dibandingkan dengan penulisan jumlah resep pada tahun 2015.

Dengan angka capaian di atas maka dapat disimpulkan peresepan pada poli farmasi di Puskesmas yang berada di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Bekasi perlu diturunkan guna mencapai pengobatan yang lebih rasional terhadap pasien.

Penggunaan antibiotik pada ISPA non pneumonia tahun 2016 di Puskesmas Kota Bekasi rata-rata 30 persen, sedangkan menurut standar yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan, penggunaan antibiotik pada penyakit ISPA non pneumonia diberi batas toleransi hingga 20 persen dari jumlah resep kasus ISPA non Pneumonia yang terjadi. Jadi bila dibandingkan dengan indikator penggunaan antibiotik pada kasus yang sama tahun 2015 yang mencapai 33,25 persen, maka terjadi penurunan sebesar 3,3 persen. Jadi peresepan penggunaan antibiotik pada ISPA non pneumonia perlu diturunkan dengan lebih bijaksana lagi dalam penggunaan antibiotik.

Penggunaan antibiotik kasus diare non spesifik di Puskesmas rata-rata sebesar 22,34 persen. Sementara Kementerian Kesehatan RI menetapkan toleransi penggunaan antibiotik pada penyakit diare non spesifik sebesar 8 persen. Pada tahun 2015 peresepan antibiotik untuk kasus yang sama mencapai 20,5 persen. Jadi bila dibandingkan dengan indikator pada penggunaan antibiotik pada kasus yang sama telah terjadi penurunan sebesar 1,84 persen. Meskipun demikian, pemakaian

antibiotik pada kasus diare perlu diturunkan agar pasien menerima pengobatan dengan lebih rasional.

Di Puskesmas Kota Bekasi pada kasus myalgia tidak lagi melakukan pengobatan dengan cara injeksi, sehingga pencapaian penggunaan injeksi pada kasus ini adalah 0 persen. Hal ini masih di bawah nilai toleransi 1 persen penggunaan injeksi pada penyakit myalgia yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan RI.

### c. Penulisan Obat Generik

Tabel 6.6  
Penulisan Obat Generik pada Puskesmas di Kota Bekasi  
Tahun 2016

| Triwulan | Pemakaian Obat Generik (%) |
|----------|----------------------------|
| I        | 98,22                      |
| II       | 98,03                      |
| III      | 97,49                      |
| IV       | 97,55                      |
| Rerata   | 97,82                      |

Pada tahun 2016, presentase penulisan obat generik di puskesmas yang berada di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Bekasi mencapai rata-rata 97,82 persen. Pada tahun 2015 penulisan obat generik mencapai rata-rata 98,65 persen.

Bila dibandingkan dengan tahun 2015, maka penulisan obat generik mengalami penurunan 0,83 persen mendekati angka yang harus tercapai dalam rencana strategis yaitu 100 persen.

#### d. Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas

Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas salah satunya dilakukan dengan pemberian konseling dan pemberian informasi obat terhadap pasien. Mengingat keterbatasan waktu dan tenaga kefarmasian di puskesmas, maka untuk melakukan konseling dan pemberian informasi obat diprioritaskan terhadap pasien-pasien tertentu. Biasanya pasien yang diberikan konseling adalah pasien memiliki penyakit kronis dan dipandang perlu untuk dipantau keteraturan pemakaian obatnya, serta perkembangan penyakitnya.

Tabel 6.7  
Jumlah Konseling dan Pemberian Informasi Obat  
pada Puskesmas di Kota Bekasi Tahun 2016

| Triwulan      | Konseling | PIO       |
|---------------|-----------|-----------|
| I             | 338       | 11.274    |
| II            | 183       | 12.211    |
| III           | 153       | 9.329     |
| IV            | 104       | 10.793    |
| <b>Rerata</b> | 194,5     | 10.901,75 |

#### e. Sarana Produksi dan Distribusi Kefarmasian

Dalam penyelenggaraan izin sarana kefarmasian terdapat wewenang yang melekat pada masing-masing tingkat pemerintahan. Menurut ketentuan penyelenggara izin sarana produksi merupakan wewenang Kementerian Kesehatan RI. Terdapat empat jenis sarana produksi kefarmasian yaitu: Industri Farmasi, Industri Obat Tradisional, Usaha Kecil Obat Tradisional dan Produksi Alat Kesehatan.

Penerbitan izin sarana produksi diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan RI berdasarkan rekomendasi dari

pemerintah provinsi. Kabupaten/kota yang merupakan tempat domisili sarana produksi, biasanya mendapat surat tembusan penerbitan izin tersebut. Pada kenyataannya kesinambungan penyampaian tembusan izin yang diterbitkan belum berjalan sebagaimana mestinya, sehingga data yang terdapat di kabupaten/ kota sering tidak sesuai dengan kondisi yang sebenarnya.

Untuk sarana distribusi kefarmasian, dalam hal ini Pedagang Besar Farmasi dan serta Penyalur Alat Kesehatan, penerbitan izin diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan RI berdasarkan rekomendasi dari pemerintah provinsi. Sama halnya dengan sarana produksi, kabupaten/kota hanya mendapat tembusan penerbitan izin tersebut.

Berbeda halnya dengan sarana kefarmasian sebelumnya, sarana distribusi kefarmasian lainnya adalah Pedagang Besar Farmasi Cabang (PBF Cabang) dan Penyalur Alat Kesehatan Cabang (PAK Cabang). Penyelenggara izin PBF Cabang dan PAK Cabang adalah Pemerintah Provinsi berdasarkan rekomendasi Pemerintah Kabupaten/Kota. Dengan jenjang tersebut, maka secara regulasi kabupaten/ kota mendapat tembusan penerbitan izin PBF cabang dan PAK cabang yang berada di wilayah kerja kabupaten/kota tersebut. Pada kenyataannya, sama halnya dengan jenis sarana sebelumnya, kesinambungan penyampaian tembusan penerbitan PBF cabang dan PAK cabang tidak berjalan dengan semestinya.

Sarana kefarmasian yang berfungsi sebagai sarana pelayanan, dalam hal ini apotek dan toko obat, penyelenggara penerbitan izinnya merupakan kewenangan pemerintah kabupaten/kota. Dalam hal ini penerbitan izin diselenggarakan oleh Badan Pelayanan Perizinan Terpadu (BPPT) Kota Bekasi. Sedangkan Dinas Kesehatan Kota Bekasi berperan sebagai tim teknis perizinan sarana pelayanan kefarmasian.

Dinas Kesehatan Kota Bekasi mempunyai kewenangan untuk menerbitkan rekomendasi penerbitan izin sarana pelayanan kefarmasian. Dengan kewenangan tersebut, maka dapat dipastikan pemerintah kabupaten/kota memiliki data yang akurat untuk apotek dan toko obat. Pertambahan jumlah apotek pada tahun 2016 mencapai 28,3 persen. Pada tahun 2015 jumlah apotek yang berada di Kota Bekasi sejumlah 553 apotek, sedangkan pada tahun 2016 jumlah apotek mencapai 523 apotek. Dari jumlah apotek yang ada pada tahun 2016, terdapat sekitar 17,54 persen belum memperpanjang izin masa berlaku.

Berbeda halnya dengan apotek, toko obat memiliki pertambahan jumlah tidak sebanyak pertambahan apotek. Pembinaan dan pengawasan terhadap toko obat belum dilakukan secara maksimal mengingat keterbatasan jumlah SDM Seksi Kefarmasian. Dalam pengawasan sarana pelayanan kefarmasian kami bekerjasama dengan UPTD POM Dinas Kesehatan Kota Bekasi, serta pihak-pihak terkait lainnya.

## **6.2 Tenaga Kesehatan**

Tenaga kesehatan/ SDM kesehatan merupakan salah satu unsur terpenting yang harus dimiliki suatu wilayah dalam pelayanan kesehatan. Hal itu dikarenakan SDM kesehatan adalah sebagai lini terdepan dalam melakukan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Setiap tahun, Kota Bekasi dihadapkan pada peningkatan kualitas dan kuantitas sumber daya manusia di bidang kesehatan. Sehingga tenaga kesehatan yang ditempatkan di Sarana Kesehatan baik Puskesmas, Rumah sakit, Klinik maupun UPTD fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dapat secara terampil dan kompeten dalam melayani masyarakat. Hal itu dikarenakan semakin meningkatnya kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang optimal. Begitupun pada tahun 2016, Kota Bekasi dituntut terhadap permasalahan yang sama yaitu peningkatan kualitas dan kuantitas SDM kesehatan.

Peningkatan kualitas dan kuantitas SDM kesehatan harus diiringi dengan pemerataan terhadap tenaga kesehatan di seluruh sarana kesehatan yang ada di Kota Bekasi. Hal itu diperlukan, guna memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat kota Bekasi yang terus meningkat.

### 6.2.1 Tenaga Kesehatan di Lingkungan Dinas Kesehatan

Tenaga kesehatan di lingkungan Dinas Kesehatan Kota Bekasi meliputi tenaga dokter spesialis, tenaga dokter umum, tenaga dokter spesialis gigi, tenaga bidan, tenaga perawat, tenaga perawat gigi, tenaga teknik kefarmasian, tenaga apoteker, tenaga kesehatan lingkungan, tenaga nutrisisionis, tenaga analis kesehatan, tenaga administrasi penunjang, dan pejabat struktural. Dimana antara tenaga satu dan lainnya sangat berkaitan erat satu sama lainnya. Hal ini diperlukan guna mendukung kelancaran pelayanan yang harus diberikan kepada masyarakat Kota Bekasi.

Adapun Jumlah tenaga kesehatan di Kota Bekasi seperti ditunjukkan pada tabel di bawah ini:

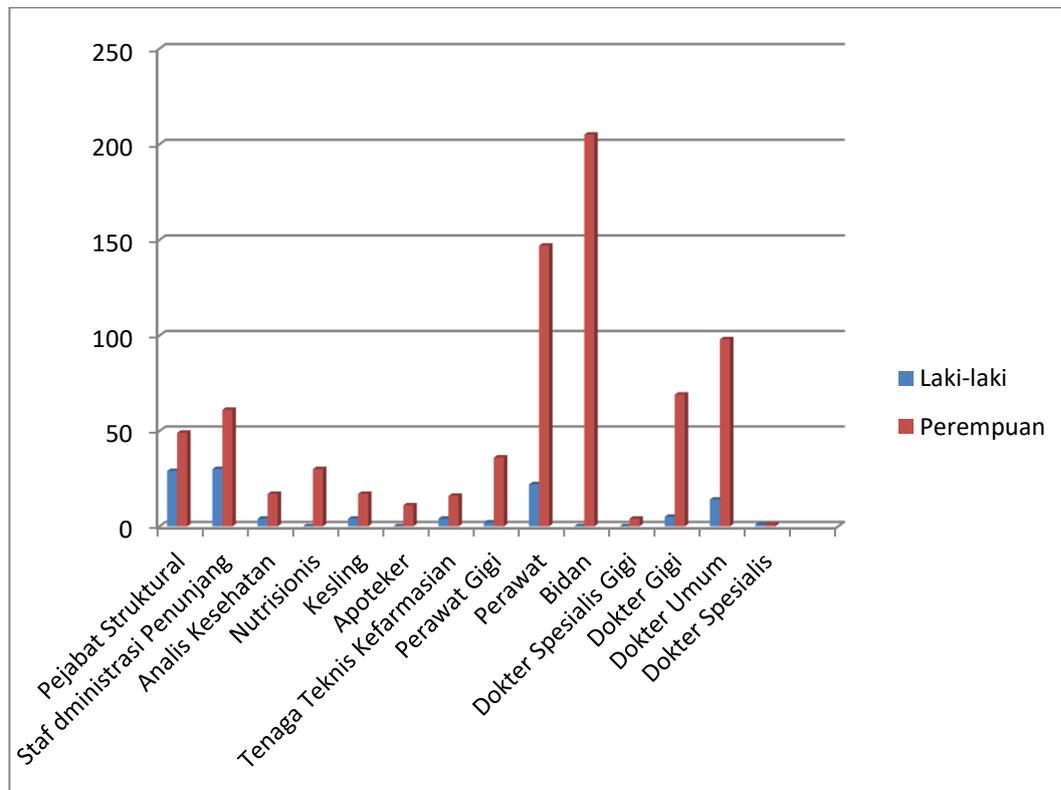
Tabel. 6.8  
Tenaga Kesehatan di Lingkungan Dinas Kesehatan Kota Bekasi  
Tahun 2016

| No           | Jenis Tenaga                | Jumlah     |
|--------------|-----------------------------|------------|
| 1            | Dokter spesialis            | 6          |
| 2            | Dokter Umum                 | 112        |
| 3            | Dokter Gigi                 | 74         |
| 4            | Dokter Gigi Spesialis       | 4          |
| 5            | Bidan                       | 205        |
| 6            | Perawat Umum                | 169        |
| 7            | Perawat Gigi                | 38         |
| 8            | Tenaga Teknis Kefarmasian   | 20         |
| 9            | Apoteker                    | 11         |
| 10           | Nutrisisionis               | 30         |
| 11           | Analis Kesehatan            | 21         |
| 12           | Kesling                     | 21         |
| 13           | Pejabat Struktural          | 78         |
| 14           | Staf Penunjang Administrasi | 91         |
| <b>Total</b> |                             | <b>875</b> |

Pada tabel 6.7 di atas terlihat bahwa jumlah tenaga kesehatan yang terdapat di lingkungan Dinas Kesehatan Kota Bekasi ada sebanyak 875 orang.

Dilihat dari jenis kelaminnya, tenaga kesehatan yang paling mendominasi pada semua Puskesmas di Kota Bekasi adalah tenaga dengan jenis kelamin wanita. Pada dasarnya semua Puskesmas di Kota Bekasi masih membutuhkan banyak tenaga kesehatan terutama tenaga analis kesehatan, nutrisionis, kesehatan lingkungan, apoteker, tenaga teknis kefarmasian dan perawat gigi. Tenaga kesehatan di lingkungan Dinas Kesehatan Kota Bekasi dilihat dari jenis kelaminnya terlihat pada grafik berikut.

Grafik 6.10  
Distribusi Tenaga Kesehatan di Lingkungan Dinas Kesehatan Menurut Jenis Tenaga dan Jenis Kelamin di Kota Bekasi Tahun 2016



### a. Perencanaan Kebutuhan Tenaga Kesehatan

Perencanaan kebutuhan tenaga di lingkungan Dinas Kesehatan Kota Bekasi, berdasarkan Permenkes RI No. 33 Tahun 2015 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, dapat dilakukan dengan metode:

1. Standar Ketenagaan Minimal, untuk menetapkan kebutuhan fasilitas pelayanan kesehatan (rumah sakit dan Puskesmas) yang izin pendirian baru atau peningkatan klasifikasi fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah Pemerintah Daerah Kabupaten/ Kota, serta di Fasilitas Pelayanan kesehatan daerah terpencil, sangat terpencil, perbatasan, tertinggal dan daerah yang tidak diminati.

Tabel 6.9  
Ketenagaan Minimal di Puskesmas Kota Bekasi Tahun 2016

| NO     | JENIS TENAGA                      | PUSKESMAS KAWASAN PERKOTAAN |            | PUSKESMAS KAWASAN PEDESAAN |            | PUSKESMAS KAWASAN TERPENCIL DAN SANGAT TERPENCIL |            |
|--------|-----------------------------------|-----------------------------|------------|----------------------------|------------|--|------------|
|        |                                   | NON RAWAT INAP              | RAWAT INAP | NON RAWAT INAP             | RAWAT INAP | NON RAWAT INAP                                   | RAWAT INAP |
| 1      | Dokter/ Dokter Layanan Primer     | 1                           | 2          | 1                          | 2          | 1  | 2          |
| 2      | Dokter Gigi                       | 1                           | 1          | 1                          | 1          | 1  | 1          |
| 3      | Perawat                           | 5                           | 8          | 5                          | 8          | 5  | 8          |
| 4      | Bidan                             | 4                           | 7          | 4                          | 7          | 4  | 7          |
| 5      | Tenaga Kesehatan Masyarakat       | 2                           | 2          | 1                          | 1          | 1  | 1          |
| 6      | Tenaga Kesehatan Lingkungan       | 1                           | 1          | 1                          | 1          | 1  | 1          |
| 7      | Ahli Teknologi Laboratorium Medik | 1                           | 1          | 1                          | 1          | 1  | 1          |
| 8      | Tenaga Gizi                       | 1                           | 2          | 1                          | 2          | 1  | 2          |
| 9      | Tenaga Kefarmasian                | 1                           | 2          | 1                          | 1          | 1  | 1          |
| 10     | Tenaga Administrasi               | 3                           | 3          | 2                          | 2          | 2  | 2          |
| 11     | Pekarya                           | 2                           | 2          | 1                          | 1          | 1  | 1          |
| Jumlah |                                   | 22                          | 31         | 19                         | 27         | 19   | 27         |

### Keterangan

Standar ketenagaan sebagaimana tersebut di atas:

- a. Merupakan kondisi minimal yang diharapkan agar Puskesmas dapat terselenggara dengan baik
- b. Belum termasuk tenaga di Puskesmas Pembantu dan Bidan Desa.

2. ABK Kes (Analisa Beban Kerja Kesehatan), untuk menghitung kebutuhan SDM di fasilitas kesehatan di wilayah pemerintah daerah Kabupaten/ Kota.

Tujuannya yaitu untuk merencanakan kebutuhan SDM baik di tingkat manajerial maupun tingkat pelayanan, sesuai dengan beban kerja sehingga diperoleh informasi kebutuhan jumlah pegawai. Dalam hal metode ABK ini data minimal yang diperlukan di antaranya:

- SOTK
- Jenis tugas dan uraian pekerjaan per jabatan hasil analisis jabatan
- Hasil kerja/ cakupan perjabatan
- Norma waktu
- Jam kerja Efektif
- Waktu kerja tersedia
- Jumlah SDM per jabatan

### **b. Pengadaan Tenaga Kesehatan**

Pada tahun 2016, Kota Bekasi dihadapkan untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas Sumber Daya Manusiannya, salah satunya yaitu sumber daya manusia di bidang kesehatan. Hal ini sejalan dengan peningkatan kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan di Kota Bekasi yang lebih optimal. Tentunya untuk itu diperlukan upaya-upaya pemerintah Kota Bekasi dalam rangka pemenuhan kebutuhan SDM Kesehatan.

Sebagai pemimpin daerah di Kota Bekasi, Walikota Bekasi berusaha melakukan upaya yang maksimal dalam memenuhi kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan. Selain Kegiatan-kegiatan pendidikan dan pelatihan yang ada dalam program standarisasi pelayanan kesehatan yang tercantum dalam RPJMD, Walikota Bekasi juga berupaya melakukan penambahan 8 UPTD Puskesmas baru pada tahun 2016.

Hal ini dimaksudkan agar pemenuhan sarana, prasarana, termasuk tenaga kesehatan yang merupakan lini terdepan dalam pelayanan kesehatan masyarakat dapat terpenuhi baik secara kualitas maupun kuantitas. Untuk itu, Walikota Bekasi mengeluarkan Peraturan Walikota Bekasi Nomor 13 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Organisasi Unit Pelaksana Teknis pada Lembaga Teknis Daerah dan Dinas Daerah Kota Bekasi.

Penambahan 8 UPTD Puskesmas baru yang dilakukan pemerintah Kota Bekasi yaitu dengan menetapkan Puskesmas Pembantu yang sudah memenuhi kriteria menjadi UPTD Puskesmas. Hal ini dilakukan agar lebih dapat menjangkau masyarakat sekitar yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Penambahan 8 UPTD Puskesmas baru ini yaitu: Puskesmas Jati Ranggan, Perwira, Padurenan, Ciketing Udik, Kalibaru, Jaka Setia, Cimuning, dan Puskesmas Harapan Baru.

Berdasarkan hal diatas, pemerataan terhadap tenaga kesehatan perlu dilakukan kepada seluruh sarana kesehatan yang ada di Kota Bekasi. Upaya yang dilakukan yaitu dengan melakukan perubahan penempatan tugas kepada seluruh SDM Kesehatan di kota Bekasi yang dilakukan berdasarkan permenkes RI No. 75 tahun 2014 dan Permenkes RI No. 33 tahun 2015. Pemerataan terhadap SDM kesehatan di Kota Bekasi masih diupayakan dan berlangsung sampai dengan saat ini, dikarenakan ada beberapa tenaga fungsional yang belum mencukupi secara segi kuantitas.

Tabel 6.10  
Tenaga Kesehatan yang Melanjutkan Pendidikan Menurut Jenis  
Kelamin dan Jenis Pendidikan Lanjutan di Kota Bekasi  
Tahun 2016

| No            | Jenis Pendidikan Lanjutan | Jenjang | Laki-laki | Perempuan | Jumlah    |
|---------------|---------------------------|---------|-----------|-----------|-----------|
| 1             | PPDS                      | Sp-1    | -         | -         | -         |
|               |                           | Sp-2    | -         | -         | -         |
| 2             | PPDGS                     | Sp-1    | -         | -         | -         |
|               |                           | Sp-2    | -         | -         | -         |
| 3             | Tugas Belajar<br>Pusat    | S-3     | -         | -         | -         |
|               |                           | S-2     | -         | 4         | 4         |
|               |                           | Profesi | -         | -         | -         |
|               |                           | S-1     | -         | -         | -         |
|               |                           | D-4     | -         | -         | -         |
|               |                           | D-3     | -         | 1         | 1         |
| 4             | Tugas Belajar<br>Daerah   | S-3     | -         | -         | -         |
|               |                           | S-2     | -         | 2         | 2         |
|               |                           | Profesi | -         | -         | -         |
|               |                           | S-1     | -         | -         | -         |
|               |                           | D-4     | -         | -         | -         |
|               |                           | D-3     | -         | -         | -         |
| 5             | Ijin Belajar              | S-3     | -         | -         | -         |
|               |                           | S-2     | 1         | 6         | 7         |
|               |                           | Profesi | -         | 1         | 1         |
|               |                           | S-1     | 3         | 12        | 15        |
|               |                           | D-4     | -         | 10        | 10        |
|               |                           | D-3     | 2         | 21        | 23        |
| <b>Jumlah</b> |                           |         | <b>6</b>  | <b>57</b> | <b>63</b> |

Untuk mengatasi permasalahan tersebut, Dinas Kesehatan Kota Bekasi berupaya melakukan peningkatan SDM kesehatan yang tercantum dalam program standarisasi pelayanan kesehatan dengan kegiatan peningkatan kapasitas kelembagaan yang direalisasikan pada tahun 2017.

Tabel 6.11  
Tenaga Kesehatan yang Mengikuti Pendidikan dan Pelatihan  
(Diklat) Menurut Jenis Kelamin dan Jenis Diklat di Kota Bekasi  
Tahun 2016

| JENIS DIKLAT                          | LAKI-LAKI | PEREMPUAN  | JUMLAH     |
|---------------------------------------|-----------|------------|------------|
| Prajabatan                            | 8         | 76         | 84         |
| Pratugas                              | -         | -          | -          |
| Penjenjangan                          | 1         | 3          | 4          |
| Teknis Program/Upaya Kesehatan        | 8         | 84         | 92         |
| Teknis Profesi Kesehatan              | -         | 24         | 24         |
| Fungsional Kesehatan                  | 8         | 11         | 19         |
| Fungsional Non Kesehatan (Umum)       | -         | -          | -          |
| Manajemen Kesehatan                   | 4         | 11         | 15         |
| Teknis Umum /Administrasi & Manajemen | 5         | 43         | 48         |
| <b>TOTAL</b>                          | <b>34</b> | <b>252</b> | <b>286</b> |

### c. Pendayagunaan SDM Kesehatan

SDM kesehatan yang terdapat di lingkungan Dinas Kesehatan Kota Bekasi (Dinas Kesehatan, UPTD Puskesmas, dan UPTD lainnya) meliputi tenaga PNS, tenaga kerja kontrak, dan tenaga PTT Pusat dari Provinsi Jawa Barat. SDM kesehatan tersebut tersebar ke seluruh lingkungan Dinas Kesehatan Kota Bekasi.

Penyebaran SDM kesehatan di lingkungan Dinas Kesehatan Kota Bekasi dimaksudkan agar terjadi pemerataan di seluruh lingkungan Dinas Kesehatan Kota Bekasi sehingga seluruh SDM yang ada dapat berdaya guna dalam melayani kebutuhan masyarakat. Pendayagunaan SDM kesehatan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Bekasi dengan cara melakukan perubahan penempatan tugas kepada seluruh SDM Kesehatan di Kota Bekasi.

Untuk melakukan Upaya tersebut, tentunya Dinas Kesehatan Kota Bekasi harus melakukan perencanaan yang tepat dan sesuai. Perencanaan tersebut dilakukan dengan metode

Analisis Beban Kerja (ABK), dimana Dinas Kesehatan Kota Bekasi dapat melihat UPTD mana saja yang mempunyai kelebihan dan kekurangan SDM. Tentunya hal ini juga harus disinkronkan dengan kebutuhan Puskesmas berdasarkan Permenkes RI No. 75 tahun 2014 dan Permenkes RI No. 33 tahun 2015. Sehingga masing-masing Puskesmas dapat melakukan pelayanan kesehatan secara optimal.

#### **d. Pembinaan dan Pengawasan Mutu SDM Kesehatan**

Pembinaan dan pengawasan mutu SDM Kesehatan di Kota Bekasi dilakukan melalui penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Bekasi dengan dikeluarkannya ijin tenaga kesehatan dalam bentuk SIK (Surat Ijin Kerja) dan SIP (Surat ijin Praktek).

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan tenaga kesehatan yang bertanggung jawab, memiliki etika, moral yang tinggi dan keahlian serta kewenangan yang secara terus menerus harus ditingkatkan mutunya. Upaya tersebut dapat dilakukan melalui pendidikan dan pelatihan berkelanjutan, sertifikasi, registrasi, perizinan serta pembinaan, pengawasan dan pemantauan agar penyelenggaraan upaya kesehatan dapat terlaksana dengan baik sehingga dapat meningkatkan pelayanan yang optimal kepada masyarakat.

Pembinaan dan pengawasan mutu SDM kesehatan di Kota Bekasi baru dilaksanakan pada tahun 2016 yang dinamakan Binwasdal. Binwasdal adalah kegiatan bimbingan pengendalian dan pengawasan praktek tenaga kesehatan, dengan target pelayanan kesehatan yang dilaksanakan tenaga medis dan non medis yang dilakukan secara mandiri atau perorangan maupun berdasarkan insidental. Sedangkan hasil dari Binwasdal yaitu terprosesnya penyelenggaraan perizinan, bimbingan pengendalian dan pengawasan praktek tenaga kesehatan se-Kota Bekasi.

Maksud dan tujuan kegiatan Binwasdal adalah agar setiap tenaga kesehatan dapat memahami undang-undang kesehatan, memiliki surat izin praktik, dan untuk tenaga kesehatan yang belum memiliki surat izin praktik harus segera membuat surat izin praktik.

Kegiatan Binwasdal di Kota Bekasi termasuk dalam program Standarisasi Pelayanan Kesehatan dengan nama kegiatan Penyelenggaraan Perizinan Tenaga Kesehatan. Kegiatan inti dari kegiatan penyelenggaraan tenaga kesehatan yaitu terdiri dari kegiatan rapat sosialisasi undang-undang tenaga kesehatan, rapat koordinasi tenaga kesehatan dan rapat evaluasi tenaga kesehatan. Kegiatan rapat yang sudah dilaksanakan sampai dengan saat ini yaitu kegiatan rapat sosialisasi undang-undang tenaga kesehatan dan rapat koordinasi tenaga kesehatan.

### **6.2.2 Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit**

Sebagai unsur dalam manajemen, sumber daya manusia kesehatan yang dimiliki oleh rumah sakit akan mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan, keterbatasan keanekaragaman jenis tenaga kesehatan akan menghasilkan kinerja rumah sakit dalam pencapaian indikator mutu pelayanan rumah sakit. Kekhususan ini sangat tidak mungkin diberikan penerapan manajemen secara umum, karena tenaga kesehatan adalah sumber daya manusia yang fungsional dengan fungsi profesi berdasarkan latar belakang pendidikan kesehatannya.

Salah satu hambatan upaya Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan medis yang memuaskan saat ini adalah keterbatasan sumber daya dan fasilitas penunjang terutama teknologi kedokteran yang merupakan nilai penting dalam tindak penanganan medis. Sementara untuk menghasilkan keduanya dibutuhkan biaya yang cukup tinggi sehingga beberapa aspek penting dari sumber daya manusia terabaikan.

Tabel. 6.12  
Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit Kota Bekasi  
Tahun 2016

| No           | Jenis Tenaga              | Jumlah       |
|--------------|---------------------------|--------------|
| 1            | Dokter spesialis          | 414          |
| 2            | Dokter Umum               | 205          |
| 3            | Dokter Gigi               | 43           |
| 4            | Dokter Gigi Spesialis     | 34           |
| 5            | Bidan                     | 305          |
| 6            | Perawat Umum              | 992          |
| 7            | Perawat Gigi              | 13           |
| 8            | Tenaga Teknis Kefarmasian | 214          |
| 9            | Apoteker                  | 68           |
| 10           | Nutrisionis               | 54           |
| 11           | Dietisien                 | 22           |
| 12           | Analisis Kesehatan        | 109          |
| 13           | Kesehatan Masyarakat      | 25           |
| 14           | Kesehatan Lingkungan      | 17           |
| 15           | Fisioterapi               | 50           |
| 16           | Radiografer               | 68           |
| 17           | Rekam Medis               | 33           |
| <b>Total</b> |                           | <b>2.666</b> |

Tenaga kesehatan rumah sakit yang ada saat ini di Kota Bekasi dibandingkan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 tahun 2014 terlihat sudah memenuhi standar.

Pada rumah sakit klasifikasi B, standar jumlah tenaga dokter umum adalah sebanyak 18 orang dan dokter spesialis untuk pelayanan medis dasar dan penunjang sebanyak 20 orang. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 jumlah dokter gigi adalah 3 orang dan Dokter Spesialis Gigi sebanyak 1 orang untuk tiap jenis pelayanan medik spesialis gigi dan mulut.

Untuk rumah sakit dengan klasifikasi C, standar jumlah tenaga dokter umum berdasarkan kriteria sebanyak 9 orang dan dokter spesialis untuk pelayanan medis dasar dan penunjang sebanyak 12 orang. Dan jumlah dokter gigi sebanyak 3 orang dan dokter spesialis gigi sebanyak 1 orang untuk tiap jenis pelayanan.

Untuk rumah sakit dengan klasifikasi D, standar jumlah tenaga dokter umum sebanyak 4 orang dan dokter spesialis untuk pelayanan medis dasar dan penunjang sebanyak 4 orang.

Tenaga paramedis seperti tenaga bidan, tenaga keperawatan, dan tenaga perawat gigi, jumlah kebutuhan dan ketersediaan tenaganya dilihat berdasarkan jumlah tempat tidur yang ada. Untuk rumah sakit tipe B perbandingannya adalah 1 : 1, yaitu 1 perawat atau bidan untuk 1 tempat tidur. Sedangkan untuk rumah sakit tipe C dan D perbandingannya adalah 2:3, yaitu 2 perawat atau bidan untuk 3 tempat tidur, begitu pula untuk rumah sakit khusus.

Keadaan yang terjadi saat ini perbandingan jumlah tenaga perawat dan bidan dan jumlah tempat tidur yang tersedia hanya 60 persen. Hal ini disebabkan karena sulitnya mencari tenaga kesehatan khususnya perawat dan tingginya perputaran keluar masuk pada rumah sakit disebabkan faktor finansial yang didapat.

Untuk Rumah Sakit dengan kelas/ tipe B standar jumlah tenaga apoteker berdasarkan kriteria sebanyak 13 orang. Sedangkan untuk rumah sakit dengan tipe C sebanyak 8 orang dan untuk rumah sakit dengan tipe D sebanyak 3 orang.

### **6.3 Pembiayaan Kesehatan**

Pembiayaan merupakan salah satu sumber daya yang juga dibutuhkan agar terlaksananya tujuan pembangunan di bidang kesehatan, selain sarana dan tenaga kesehatan. Sumber dana pembangunan kesehatan di Kota Bekasi berasal dari APBN, APBD Provinsi, dan APBD Kota Bekasi.

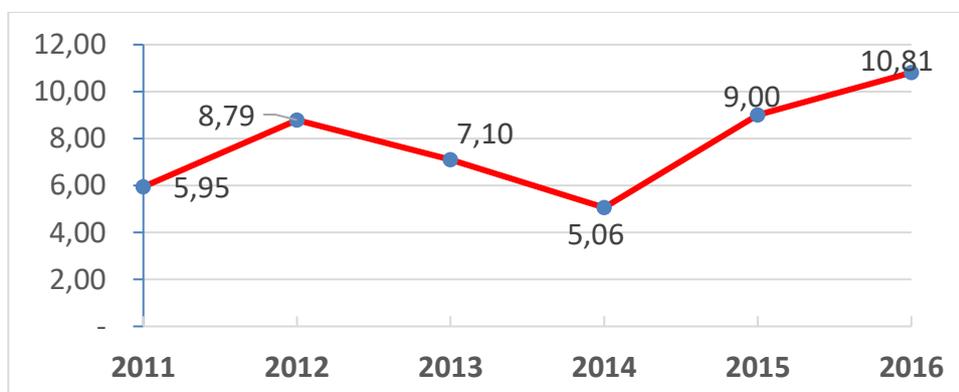
Dari tahun ke tahun, anggaran pembangunan kesehatan di Kota Bekasi terus meningkat. Peningkatan anggaran pembangunan kesehatan di Kota Bekasi dibandingkan dengan tahun 2015 dapat dilihat pada tabel 6.12 berikut. Anggaran yang bersumber dana APBD Kota Bekasi dan APBN mengalami peningkatan pada tahun 2016. Namun anggaran yang bersumber dana APBD Provinsi Jawa Barat mengalami penurunan.

Tabel 6.13  
 Anggaran Pembangunan Kesehatan Menurut Sumber Anggaran  
 di Kota Bekasi Tahun 2015 s.d 2016

| NO                              | SUMBER BIAYA  | ANGGARAN (Rp) TAHUN    |                        |
|---------------------------------|---------------|------------------------|------------------------|
|                                 |               | 2015                   | 2016                   |
| 1                               | APBD KAB/KOTA | 376.950.001.975        | 451.080.429.501        |
|                                 | a. BL         | 256.087.145.775        | 302.652.618.701        |
|                                 | b. BTL        | 120.862.856.200        | 148.427.810.800        |
| 2                               | APBD PROVINSI | 13.866.550.000         | 2.951.590.000          |
| 3                               | APBN :        | 73.295.431.048         | 103.463.338.446        |
| <b>TOTAL ANGGARAN KESEHATAN</b> |               | <b>464.111.983.023</b> | <b>557.495.357.947</b> |

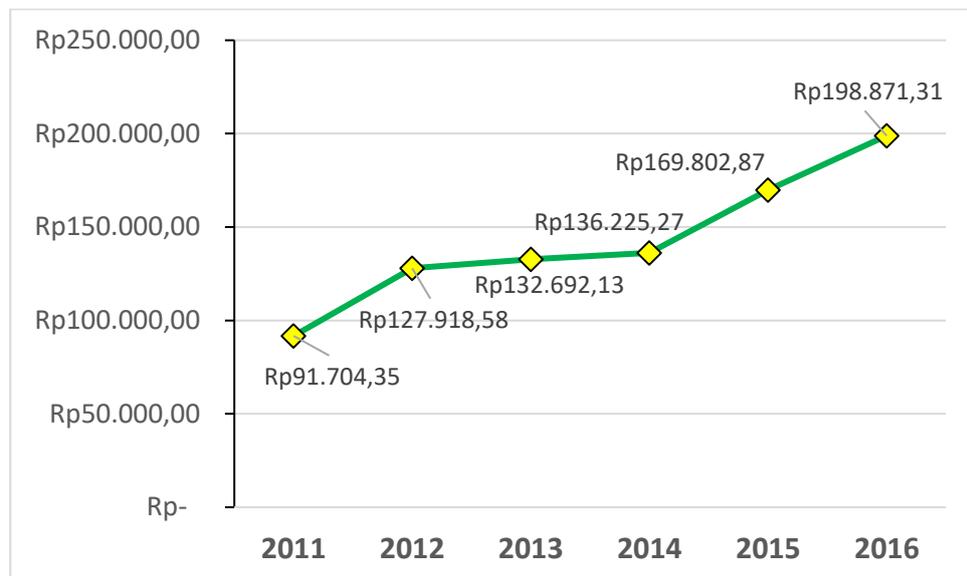
Setiap pemerintah daerah harus mengalokasikan anggaran kesehatan sebesar 10 persen dari total anggaran APBD-nya sesuai amanat Undang-Undang Kesehatan. Dalam dua tahun terakhir proporsi anggaran APBD kesehatan mengalami peningkatan, hingga pada tahun 2016, anggaran kesehatan bisa mencapai 10,81 persen melebihi target yang telah ditetapkan. Hal ini menunjukkan komitmen pejabat pemerintah Kota Bekasi untuk meningkatkan pembangunan kesehatan di Kota Bekasi sesuai dengan visi dan misi Kota Bekasi.

Grafik 6.11  
 Trend Proporsi Anggaran APBD Kesehatan  
 di Kota Bekasi Tahun 2011 s.d 2016



Persentase anggaran kesehatan dibandingkan seluruh APBD Kota Bekasi mengalami peningkatan dari tahun-tahun sebelumnya. Tahun 2012 persentase APBD kesehatan terhadap APBD Kota sebesar 8,79 persen menurun menjadi 7,1 persen tahun 2013, dan turun lagi menjadi 5,06 persen tahun 2014. Namun sejak tahun 2015 persentase anggaran kesehatan meningkat menjadi 9 persen tahun 2015, dan meningkat kembali menjadi 10,81 persen pada tahun 2016 seperti terlihat pada grafik 6.11 di atas.

Grafik 6.12  
Trend Anggaran Kesehatan Per Kapita  
di Kota Bekasi Tahun 2011 s.d 2016



Anggaran kesehatan ini tidak hanya dialokasikan ke Dinas Kesehatan dan UPTD Puskesmas di Kota Bekasi, namun juga dialokasikan untuk RSUD Kota Bekasi. Peningkatan anggaran kesehatan ini berbanding lurus dengan peningkatan pembiayaan kesehatan per kapita Kota Bekasi. Dari tahun 2011 sampai dengan tahun 2016, pembiayaan kesehatan per kapita terus meningkat, seperti ditunjukkan pada grafik 6.12 di atas. anggaran kesehatan per kapita pada tahun 2016 sebesar Rp. 198.871,31 meningkat dari tahun 2015 sebesar Rp. 136.607, 46.