

BAB I PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

Pembangunan Kesehatan adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap individu agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Kesehatan adalah tanggung jawab bersama dari setiap individu, masyarakat, pemerintah dan swasta. Apapun peran yang dimainkan pemerintah, tanpa kesadaran individu dan masyarakat untuk secara mandiri menjaga kesehatan mereka, hanya sedikit yang akan dicapai. Perilaku yang sehat dan kemampuan masyarakat untuk memilih dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu sangat menentukan keberhasilan Pembangunan Kesehatan.

Tugas utama sektor kesehatan adalah memelihara dan meningkatkan kesehatan setiap warga negara, yaitu setiap individu, keluarga dan masyarakat Indonesia, tanpa mengesampingkan upaya menyembuhkan penyakit dan atau memulihkan kesehatan penderita. Untuk dapat terselenggaranya tugas ini, upaya kesehatan yang harus diutamakan adalah yang bersifat promotif dan preventif yang didukung oleh upaya kuratif dan rehabilitatif, serta menciptakan lingkungan yang sehat agar dapat memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat secara paripurna.

Arah pembangunan kesehatan Kabupaten Bogor tertuang dalam Rencana Strategis (Renstra) Dinas kesehatan Kabupaten Bogor Tahun 2013-2018 dengan visi “Terwujudnya Masyarakat Kabupaten Bogor yang Mandiri untuk Hidup Sehat”. Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor menggunakan Indeks Pembangunan Manusia (IPM), Indikator Kinerja Utama (IKU) dan Standar Pelayanan Minimal (SPM) sebagai tolok ukur kinerja pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh kabupaten serta sebagai acuan penting dalam penyusunan dokumen perencanaan pembangunan daerah.

Buku Profil Kesehatan Kabupaten Bogor tahun 2016 merupakan salah satu bentuk dokumentasi tahunan dari produk Sistem Informasi Kesehatan yang dapat memberikan gambaran perkembangan situasi kesehatan khususnya di Wilayah Kabupaten Bogor dan juga merupakan penyediaan data dan informasi kesehatan yang diharapkan dapat bermanfaat bagi berbagai pihak baik institusi pemerintah, institusi swasta, profesi, mahasiswa dan kelompok masyarakat lainnya serta dapat digunakan sebagai alat ukur untuk menilai dan mengevaluasi kinerja yang telah dilakukan di sektor kesehatan secara keseluruhan pada setiap akhir tahun melalui pencapaian indikator pembangunan kesehatan dibandingkan dengan target nasional, regional maupun lokal, sehingga diharapkan mampu memberikan gambaran dan informasi yang menyeluruh tentang status kesehatan masyarakat dan faktor-faktor yang mempengaruhinya.

Instrumen dasar untuk penyusunan Buku Profil Kesehatan Kabupaten Bogor tahun 2016 mengacu kepada Petunjuk Teknis Penyusunan Profil Kesehatan Kabupaten/ Kota Tahun 2013 (edisi revisi 2014) yang diterbitkan oleh Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, yang sudah dalam bentuk data terpilah menurut jenis kelamin laki-laki dan perempuan, format petunjuk teknis juga memperbarui indikator-indikator yang berkembang di bidang kesehatan. Hal ini merupakan salah satu wujud dari pengarusutamaan gender dalam pembangunan di bidang kesehatan. Data kesehatan yang terpilah diharapkan dapat mengidentifikasi ada tidaknya serta besaran kesenjangan mengenai kondisi, kebutuhan dan persoalan yang dihadapi laki-laki dan perempuan terkait dengan akses, partisipasi kontrol dan manfaat dalam pembangunan bidang kesehatan melalui analisis gender. Dengan data yang responsive gender ini juga akan membantu dalam proses penyusunan rencana dan penganggaran program pembangunan kesehatan baik di pusat maupun di daerah.

Profil kesehatan ini mencakup pembahasan yang meliputi gambaran umum dan perilaku kependudukan, situasi derajat kesehatan, situasi upaya kesehatan dan sumber daya kesehatan.

1.2. TUJUAN

1.2.1. Tujuan Umum

Tersedianya data dan informasi bidang kesehatan di Kabupaten Bogor pada tahun 2016 melalui gambaran situasi derajat kesehatan, upaya kesehatan, dan sumber daya kesehatan.

1.2.2. Tujuan Khusus

1. Mengetahui situasi derajat kesehatan di Kabupaten Bogor Tahun 2016 yang meliputi :
 - a. Prevalensi balita kekurangan gizi
 - b. Prevalensi balita gizi buruk
 - c. Prevalensi balita gizi kurang
 - d. Angka Kematian Balita (AKABA) per 1000 kelahiran hidup
 - e. Angka Kematian Bayi (AKB) per 1000 kelahiran hidup
 - f. Angka Kematian Neonatal (AKN) per 1000 kelahiran hidup
 - g. Angka Kematian Ibu (AKI) per 100.000 kelahiran hidup
 - h. Tingkat prevalensi tuberkulosis per 100.000 penduduk
 - i. Tingkat kematian karena tuberkulosis per 100.000 penduduk
2. Mengetahui situasi upaya kesehatan berdasarkan pencapaian Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan Kabupaten Bogor Tahun 2016 yang meliputi :
 - a. Pelayanan kesehatan dasar yang terdiri dari :
 - Cakupan kunjungan ibu hamil K4
 - Cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani
 - Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan
 - Cakupan pelayanan nifas
 - Cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani
 - Cakupan kunjungan bayi
 - Cakupan desa/kelurahan UCI
 - Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6-24 bulan keluarga miskin
 - Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan

- Cakupan penjangkaran kesehatan siswa SD dan setingkat
 - Cakupan peserta KB aktif
 - *Acute Flacid Paralysis* (AFP) rate per 100.000 penduduk <15 tahun
 - Cakupan penemuan pneumonia balita
 - Cakupan penemuan pasien baru TB. BTA (positif)
 - Cakupan penderita DBD yang ditangani
 - Cakupan penemuan penderita diare
 - Cakupan pelayanan kesehatan dasar pasien masyarakat miskin
- b. Pelayanan kesehatan rujukan yaitu cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin
 - c. Penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan KLB yaitu cakupan desa/kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi <24jam
 - d. Promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yaitu cakupan desa/kelurahan siaga aktif
3. Mengetahui situasi sumber daya kesehatan berdasarkan Indikator Kinerja Utama (IKU) dan Indikator Indeks Pembangunan Manusia (IPM) yang meliputi
 - a. Rasio puskesmas, poliklinik, pustu per satuan penduduk
 - b. Rasio rumah sakit per satuan penduduk
 - c. Rasio dokter per satuan penduduk
 - d. Rasio tenaga medis per satuan penduduk
 - e. Persentase pengadaan obat esensial
 4. Mengetahui situasi sumber daya kesehatan berdasarkan pembiayaan kesehatan kabupaten

1.3. MEKANISME KERJA

1.3.1. Pengumpulan Data

a. Sumber Data

Data untuk penyusunan Profil Kesehatan Kabupaten Bogor dikumpulkan dengan dua macam cara, yaitu secara pasif dan secara aktif. Secara pasif artinya petugas pengelola data di Dinas Kesehatan Kabupaten menunggu laporan yang berasal dari UPT puskesmas, dari seksi-seksi di Dinas Kesehatan Kabupaten

Bogor dan dari Rumah Sakit serta UPT di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor seperti UPT Laboratorium Kesehatan Daerah (LABKESDA) dan UPT Pusat Pelayanan Kesehatan Kerja (PPKK). Sedangkan pengumpulan data secara aktif artinya petugas pengelola data di Dinas Kesehatan Kabupaten berupaya aktif mengambil data ke puskesmas, ke Rumah Sakit dan ke Instansi /SKPD terkait se-Kabupaten Bogor seperti Badan Pusat Statistik (BPS), Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (BAPPEDA), Badan Pemberdayaan Masyarakat dan Pemerintahan Desa (BPMPD), Dinas Pendidikan, Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil (Disdukcapil), Badan Lingkungan Hidup (BLH), Badan Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana (BPPKB).

b. Jenis Data

Data yang dikumpulkan untuk penyusunan Profil Kesehatan merupakan data sekunder dengan periode Januari-Desember tahun 2016 adalah :

1. Data umum meliputi data geografis, administratif, kependudukan, ekonomi, pendidikan, sosial budaya dan lingkungan
2. Data derajat kesehatan meliputi angka kematian, angka kesakitan dan angka status gizi
3. Data upaya Kesehatan meliputi data tentang pelayanan kesehatan dasar, pelayanan kesehatan rujukan dan penunjang, pemberantasan penyakit menular, pembinaan kesehatan lingkungan dan sanitasi dasar, perbaikan gizi masyarakat, pelayanan kefarmasian dan alat kesehatan, pelayanan kesehatan dalam situasi bencana
4. Data Sumber Daya Kesehatan yang meliputi data tentang: sarana kesehatan, tenaga kesehatan, pembiayaan kesehatan dan sumber daya kesehatan lainnya
5. Data lainnya

1.3.2. Pengolahan Data

Data yang telah dikumpulkan, kemudian dientry ke dalam format tabel profil yang telah disediakan, disajikan dalam bentuk tabel, grafik dan narasi dengan indikator-indikator yang telah ditentukan. Perhitungan dilakukan dengan persentase, proporsi dan rasio sesuai dengan rumus yang ditetapkan dalam buku petunjuk.

1.3.3. Analisis Data

Berdasarkan data yang ada pada tabel-tabel kemudian dilakukan analisis. Terdapat empat jenis analisis data Profil Kesehatan Kabupaten Bogor yaitu :

a. Analisis Deskriptif

Upaya menggambarkan/menjelaskan data yang terdapat dalam tabel sesuai karakteristik data yang ditampilkan, termasuk angka absolute, angka persentasi, angka rata-rata, angka minimum dan maksimum.

b. Analisis Komparatif

Upaya menjelaskan data dengan membandingkan karakteristik data wilayah yang satu dengan wilayah yang lainnya atau perbandingan data antar waktu, antar jenis kelamin, antar kelompok umur, membandingkan hasil program dalam satu tahun dengan target indikator yang telah ditetapkan yaitu Indikator SPM Bidang Kesehatan, Indikator Kinerja Utama (IKU), dan Indikator IPM membandingkan dengan keadaan provinsi maupun keadaan nasional.

c. Analisis Kecenderungan

Upaya untuk menjelaskan data dengan membandingkan data antar waktu dalam periode yang relatif panjang (*trend*).

d. Analisis Hubungan

upaya untuk menjelaskan hubungan/keterkaitan antara variable yang satu dengan lainnya tanpa pembuktian statistik.

1.3.4 INDIKATOR KINERJA PELAYANAN KESEHATAN

a. Indikator Pembangunan Manusia (IPM)

Sebagai tolok ukur kinerja pembangunan Kabupaten Bogor selama periode Tahun 2013-2018, ditetapkan Indikator Kinerja Makro Pembangunan sebagai Indikator Agregat pembangunan di Kabupaten Bogor yang pada akhirnya bermuara pada pencapaian Indikator Indeks

Pembangunan Manusia (IPM), beserta komponen pembentuk IPM nya, sebagaimana disajikan pada lampiran II.

b. Indikator Kinerja Utama (IKU)

Pada era reformasi dan desentralisasi, keterbukaan publik terhadap pelayanan kesehatan merupakan suatu tuntutan yang harus dipenuhi oleh Dinas Kesehatan sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan. Dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan di Kabupaten Bogor, Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor harus berkontribusi secara langsung dalam rangka mendukung pencapaian tujuan dan sasaran Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD).

Berdasarkan keputusan Bupati Bogor Nomor : 060/551/Kpts/Huk/2009 tanggal 17 Desember 2009, Pemerintah Kabupaten Bogor menetapkan Indikator Kinerja Utama (IKU) sebagai acuan ukuran kinerja yang digunakan oleh organisasi perangkat daerah dilingkungan Pemerintah Kabupaten Bogor untuk menetapkan rencana kerja tahunan, menyampaikan rencana kerja dan anggaran, menyusun dokumen penetapan kinerja, menyusun laporan akuntabilitas kinerja serta melakukan evaluasi pencapaian kinerja sesuai dengan dokumen Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Kabupaten Bogor tahun 2013-2018, sebagaimana disajikan pada lampiran III.

c. Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan

Sebagaimana diatur dalam PP No. 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal, maka untuk menjamin terselenggaranya urusan wajib daerah yang berkaitan dengan hak dan pelayanan dasar kepada warga Negara perlu ditetapkan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.

Untuk menyamakan pengaktualisasian urusan wajib bidang kesehatan di Kabupaten/Kota sesuai dengan PP No. 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal dan Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal, maka dalam

rangka memberikan panduan untuk menyelenggarakan pelayanan dasar bidang kesehatan kepada masyarakat di daerah, telah ditetapkan Kepmenkes No. 741/Menkes/Per/VII/2 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.

Dalam penerapannya SPM harus menjamin akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan dasar dari Pemerintah Daerah sesuai dengan ukuran-ukuran yang ditetapkan oleh pemerintah. Oleh karena itu, baik dalam perencanaan maupun penganggaran, wajib diperhatikan prinsip-prinsip SPM yaitu sederhana, konkrit, mudah diukur, terbuka, terjangkau dan dapat diselenggarakan secara bertahap, efisien dan efektif. Hal ini dimaksudkan agar kinerja penyelenggaraan pemerintah daerah khususnya penanganan bidang kesehatan tetap sejalan dengan tujuan nasional dalam rangka Negara Kesatuan Republik Indonesia. Adapun indikator-indikator SPM tersebut dapat dilihat pada lampiran IV.

1.3.5. Penyebarluasan Informasi

Profil Kesehatan Kabupaten Bogor sesuai dengan tujuannya yaitu tersedianya data dan informasi bidang kesehatan, maka perlu disebarluaskan kepada instansi baik di kabupaten maupun di propinsi serta di umpan balikan kepada sumber data dan unit-unit pelapor. Penyebarluasan itu antara lain kepada :

1. Bupati Kabupaten Bogor
2. Sekretaris Daerah Kabupaten Bogor.
3. Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kabupaten Bogor.
4. Pusat Data dan Informasi Kementrian Kesehatan RI.
5. Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Barat.
6. Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Bappeda) Kabupaten Bogor.
7. Badan Pemberdayaan Masyarakat dan Pemerintahan Desa Kabupaten Bogor (BPMPD)
8. Badan Pusat Statistik Kabupaten Bogor.
9. Bagian Pelayanan Sosial Setda Kabupaten Bogor
10. Badan Lingkungan Hidup Kabupaten Bogor
11. Dinas Komunikasi dan Informasi Kabupaten Bogor.
12. Dinas Pendidikan Kabupaten Bogor

13. Badan Pemberdayaan Perempuan & Keluarga Berencana Kabupaten Bogor (BPPKB).
14. Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil Kabupaten Bogor
15. PKK
16. Perpustakaan Kabupaten Bogor
17. Kantor Arsip Kabupaten Bogor
18. Rumah Sakit di wilayah Kabupaten Bogor
19. Seluruh unit kerja di lingkungan Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor.
20. UPT Puskesmas di wilayah Kabupaten Bogor
21. UPF Puskesmas di Wilayah Kabupaten Bogor
22. UPT Pusat Pelayanan Kesehatan Kerja (PPKK)
23. UPT Laboratorium Kesehatan Daerah (Labkesda)
24. Forum Kabupaten Bogor Sehat.
25. Institusi/ Lembaga yang membutuhkan.

1.4. SISTEMATIKA PENULISAN

Penyajian Profil Kesehatan Kabupaten Bogor Tahun 2016 dituangkan dalam sistematika sebagai berikut :

- Bab I : Bab ini berisi penjelasan tentang latar belakang, tujuan profil kesehatan dan mekanisme kerja serta sistematika penulisan.
- Bab II : Bab ini menyajikan tentang gambaran umum yang berisi tentang Visi, Misi, Tujuan, Sasaran, Strategi serta Kebijakan dan Program Kesehatan Kabupaten Bogor.
- Bab III : Menggambarkan Keadaan Umum dan Perilaku Penduduk yang berisi uraian letak geografis, administratif dan informasi umum lainnya, bab ini juga mengulas kependudukan, lingkungan sosial ekonomi, pendidikan, sosial budaya dan lingkungan, perilaku masyarakat serta pemberdayaan dan promosi kesehatan.
- Bab IV : Menggambarkan situasi derajat kesehatan Tahun 2016 yaitu Angka Harapan Hidup (AHH), Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Balita (AKABA) serta gambaran pola penyakit dan Kejadian Luar Biasa (KLB).
- Bab V : Menggambarkan situasi upaya kesehatan di Kabupaten Bogor Tahun 2016 berdasarkan pencapaian target Indikator Standar

Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan yang berisi pelayanan kesehatan dasar, pelayanan kesehatan rujukan, perbaikan gizi dan pelayanan kesehatan khusus.

- Bab VI : Menggambarkan keadaan sumber daya kesehatan di Kabupaten Bogor 2016 yang meliputi sumber daya manusia, sarana, anggaran kesehatan dan jaminan kesehatan.
- Bab VII : Kesimpulan mengenai situasi derajat kesehatan, situasi upaya kesehatan dan situasi sumber daya kesehatan di Kabupaten Bogor Tahun 2016 berdasarkan pencapaian Indikator IPM, Indikator Kinerja Utama (IKU) dan target Indikator SPM Bidang Kesehatan.

BAB II

GAMBARAN UMUM KABUPATEN BOGOR

2.1 VISI, MISI, TUJUAN, SASARAN, STRATEGI, KEBIJAKAN DAN PROGRAM PEMBANGUNAN KESEHATAN DI KABUPATEN BOGOR

Pembangunan Kesehatan adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara social dan ekonomi.

Reformasi terutama difokuskan pada penguatan upaya kesehatan dasar (*primary health care*) yang berkualitas terutama melalui peningkatan jaminan kesehatan, peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan yang didukung dengan penguatan sistem kesehatan dan peningkatan pembiayaan kesehatan. Kartu Indonesia Sehat menjadi salah satu sarana utama dalam mendorong reformasi sektor kesehatan dalam mencapai pelayanan kesehatan yang optimal, termasuk penguatan upaya promotif dan preventif.

Arah dan kebijakan Pembangunan Kesehatan di Kabupaten Bogor Tahun 2016 mengacu kepada Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor Tahun 2013-2018, yang tertuang dalam visi, misi, tujuan, sasaran, strategi, kebijakan dan program kesehatan.

2.1.1. Visi

Rencana pembangunan Kabupaten Bogor tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten Bogor Tahun 2013 – 2018 yang didalamnya tertuang Visi Kabupaten Bogor yaitu “ **Kabupaten Bogor menjadi Kabupaten Termaju di Indonesia** ”.

Berdasarkan Visi Misi Pembangunan Kabupaten Bogor tersebut maka Dinas Kesehatan telah menetapkan visi yang tertuang dalam Renstra Dinas

Kesehatan Kabupaten Bogor Tahun 2013-2018 yaitu “ **Terwujudnya masyarakat kabupaten bogor yang mandiri untuk hidup sehat**”.

2.1.2. Misi

Untuk mewujudkan Visi Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor yang mandiri untuk hidup sehat maka ditetapkan 3 (tiga) Misi Dinas Kesehatan sebagaimana tertuang dalam Rencana Strategis (Renstra) yaitu :

1. Meningkatkan kemandirian masyarakat dalam Jaminan Kesehatan Nasional
2. Meningkatkan pemerataan pelayanan kesehatan yang berkualitas
3. Meningkatkan daya dukung pelayanan kesehatan

2.1.3 Tujuan

Tujuan Strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor Tahun 2013 – 2018 antara lain :

1. Meningkatkan cakupan kepersertaan masyarakat dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
2. Meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan dan gizi masyarakat serta PHBS
3. Meningkatnya puskesmas terakreditasi dan mempersiapkan puskesmas BLUD
4. Meningkatkan Kapasitas Sumber Daya Sarana dan Prasarana Kerja serta Kualitas Aparatur
5. Meningkatkan Fungsi Koordinasi,Regulasi dan Fasilitasi Pelayanan Kesehatan Pemerintah, Swasta dan Lintas Sektor
6. Meningkatkan Jejaring Pelayanan Kesehatan

2.1.4 Sasaran

Sasaran strategis yang tertuang dalam Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor antara lain :

1. Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin
2. Kemandirian Masyarakat dan Partisipasi Swasta dalam Pelayanan Kesehatan
3. Sarana dan Prasarana Yankes dasar dan Rujukan
4. Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin
5. Status Gizi Balita dan Ibu Hamil

6. Persalinan oleh Tenaga Kesehatan
7. Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap
8. Upaya Penanggulangan Penyakit Menular
9. Lingkungan bersih dan sehat melalui pendidikan kesehatan
10. Jumlah dan Kualitas Tenaga Kesehatan
11. Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Yang Akuntabel

2.1.5 Strategi

Strategi yang dipergunakan dalam rangka mencapai visi misi seperti yang tertuang dalam Rencana Strategis (Renstra) antara lain :

1. Mengoptimalkan kewenangan untuk pengembangan pelayanan kesehatan
2. Meningkatkan kuantitas dan kualitas tenaga kesehatan dengan kompetensi yang dibutuhkan
3. Menyusun Sistem Kesehatan Daerah (SKD) Kabupaten Bogor
4. Meningkatkan dan memasyarakatkan perilaku hidup bersih dan sehat
5. Mengoptimalkan sarana kesehatan yang ada dan standar operasional prosedur untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan
6. Memanfaatkan sistem informasi untuk mendeteksi penularan penyakit akibat mobilisasi penduduk yang tinggi
7. Meningkatkan kualitas kesehatan lingkungan di masyarakat

2.1.6 Kebijakan dan Program

Kebijakan pembangunan merupakan penjabaran tujuan dan sasaran pada misi serta strategi pembangunan yang telah dijelaskan sebelumnya. Kebijakan pembangunan tersebut menjadi pedoman dalam melaksanakan program dan kegiatan pembangunan dengan kata lain kebijakan pembangunan adalah untuk mengarahkan pencapaian tujuan dan sasaran serta strategi yang ditetapkan dan dijadikan sebagai pedoman dalam melaksanakan program dan kegiatan pembangunan. Adapun kebijakan Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor 2013 -2018 antara lain :

1. Pemenuhan sarana dan prasarana kesehatan sesuai dengan standar yang berlaku
2. Pemenuhan dan peningkatan kualitas sumber daya manusia kesehatan / tenaga kesehatan

3. Peningkatan kualitas upaya kesehatan, baik Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) maupun Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)
4. Pengembangan pembiayaan kesehatan melalui sistem jaminan pemeliharaan kesehatan
5. Peningkatan manajemen kesehatan termasuk regulasi dalam bidang kesehatan dan Sistem Kesehatan Daerah (SKD)
6. Peningkatan pemberdayaan masyarakat dan swasta dalam bidang kesehatan
7. Peningkatan kualitas kesehatan lingkungan dalam masyarakat

Program/kegiatan berdasarkan prioritas pembangunan Kabupaten Bogor sesuai dengan Rencana Strategis Dinas Kesehatan Tahun 2013-2018 adalah sebagai berikut :

- 1) Program Obat dan Perbekalan Kesehatan
- 2) Program Upaya Kesehatan Masyarakat
- 3) Program Perbaikan Gizi Masyarakat
- 4) Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular
- 5) Program Pengadaan, Peningkatan dan Perbaikan Sarana dan Prasarana Puskesmas/Puskesmas Pembantu dan Jaringannya
- 6) Program Kemitraan Peningkatan Pelayanan Kesehatan
- 7) Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak
- 8) Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Lansia
- 9) Program Peningkatan Pelayanan Peningkatan Remaja
- 10) Program Standarisasi Pelayanan Kesehatan
- 11) Program Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin
- 12) Program Pengadaan, Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit /Rumah Sakit Jiwa/Rumah Sakit Paru-Paru/Rumah Sakit Mata
- 13) Program Pengawasan dan Pengendalian Kesehatan Makanan
- 14) Program Pengembangan Lingkungan Sehat
- 15) Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat
- 16) Program Pelayanan Administrasi Perkantoran
- 17) Program Peningkatan Sarana Prasarana Aparatur
- 18) Program Peningkatan Disiplin Aparatur
- 19) Program Peningkatan Kapasitas Sumber daya Aparatur

- 20) Program Peningkatan Pengembangan Sistem Pelaporan dan Capaian Kinerja dan Keuangan

BAB III

GAMBARAN UMUM DAN PERILAKU PENDUDUK

3.1 GAMBARAN UMUM DAN KEPENDUDUKAN

3.1. 1. Situasi Keadaan Umum

Kabupaten Bogor termasuk dalam wilayah administratif Propinsi Jawa Barat. Luas wilayah Kabupaten Bogor sekitar $\pm 298.838,31$ km terdiri dari 40 kecamatan, 417 desa dan 17 kelurahan, 3.941 RW, 15.874 RT. Secara geografis terletak antara $6^{\circ}18'0''$ - $6^{\circ}47'10''$ LS dan $106^{\circ}.23'45''$ - $107^{\circ}13'30''$ BT, sebelah utara berbatasan dengan wilayah DKI Jakarta, Kabupaten/Kota Tangerang dan Kabupaten/Kota Bekasi, sebelah selatan berbatasan dengan Kabupaten Sukabumi, sebelah timur berbatasan dengan Kabupaten Cianjur, Purwakarta dan Karawang, sedangkan sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Lebak, Pandeglang dan Serang.

Kabupaten Bogor dibagi menjadi 3 wilayah pembangunan yaitu Wilayah Pembangunan Barat terdiri dari 13 kecamatan yaitu Kecamatan Jasinga, Parung Panjang, Tenjo, Cigudeg, Sukajaya, Nanggung, Leuwiliang, Cibungbulang, Ciampea, Pamijahan, Rumpin, Tenjolaya dan Kecamatan Leuwisadeng. Wilayah Pembangunan Tengah terdiri dari 20 kecamatan yaitu Kecamatan Gunung Sindur, Parung, Ciseeng, Kemang, Rancabungur, Cibinong, Sukaraja, Bojong Gede, Dramaga, Cijeruk, Caringin, Ciawi, Megamendung, Cisarua, Citeureup, Babakan Madang, Ciomas, Tamansari, Tajurhalang, dan Kecamatan Cigombong. Wilayah Pembangunan Timur terdiri dari 7 kecamatan yaitu Kecamatan Gunung Putri, Cileungsi, Klapanunggal, Jonggol, Sukamakmur, Cariu dan Kecamatan Tanjung Sari.

3.1.2. Kependudukan

Berdasarkan data Publikasi Daerah Hasil Sensus 2010-BPS yang dikeluarkan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) jumlah penduduk di Kabupaten Bogor tahun 2016 adalah 5.587.390 jiwa.

Berdasarkan sensus penduduk 2000 hingga Tahun 2010 laju pertumbuhan penduduk Kabupaten Bogor rata-rata dari 10 tahun adalah 3.15%. Pada tahun 2016 Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP) Kabupaten Bogor sebesar 2,34% (LKPJ, 2016).

3.1.3. Persebaran Penduduk Menurut Kecamatan

Secara umum penyebaran penduduk menurut kecamatan di Kabupaten Bogor bervariasi, data dari BPS yaitu berkisar antara 46.211 jiwa sampai 430.633 jiwa, dimana jumlah penduduk terkecil dimiliki oleh Kecamatan Cariu dan kecamatan yang memiliki penduduk yang terbesar adalah Kecamatan Gunung Putri.

Kecamatan yang berbatasan dengan propinsi lain (DKI Jakarta) atau kabupaten lain (Bekasi, Kota Depok dan Kota Bogor) cenderung mempunyai jumlah penduduk yang besar, seperti Kecamatan Ciomas dan Sukaraja yang berbatasan dengan Kota Bogor mempunyai jumlah penduduk sebesar 176.595 jiwa dan 201.436 jiwa, sedangkan Kecamatan Cibinong, Cileungsi dan Gunung Putri yang berbatasan dengan DKI Jakarta dan Kabupaten Bekasi mempunyai jumlah penduduk antara 412.273 - 430.633 jiwa. Hal tersebut jelas menunjukkan adanya keterkaitan antara penduduk kecamatan di Kabupaten Bogor yang berbatasan dengan daerah lain, baik keterkaitan dengan pekerjaan atau keterkaitan karena keluarga.

Selain itu kecamatan yang merupakan daerah industri dan daerah yang mempunyai kemudahan sarana kegiatan ekonomi juga cenderung mempunyai penduduk yang besar seperti Kecamatan Citeureup (227.383 jiwa), Kecamatan Ciampea (159.256 jiwa) dan Kecamatan Leuwiliang (121.595 jiwa).

3.1.4. Persebaran Penduduk Menurut Umur

Pada Tahun 2016 persebaran penduduk Kabupaten Bogor menurut jenis kelamin bervariasi di semua kecamatan baik jenis kelamin laki-laki maupun perempuan. Berdasarkan data dari BPS menunjukkan bahwa jumlah penduduk laki-laki lebih besar dari pada jumlah penduduk perempuan, ada perbedaan sebesar 125.668 jiwa dimana untuk laki-laki berjumlah 2.856.529 jiwa dan perempuan sebesar 2.730.861 jiwa.

Dilihat dari tabel 3.1. di bawah ini selama 5 tahun terakhir proporsi penduduk menurut golongan umur dari tahun 2012 sampai tahun 2016 cukup stabil. Tahun 2016 untuk golongan umur 0-4 tahun jika dibandingkan tahun 2015 proporsi penduduk mengalami peningkatan yang cukup lumayan, hal ini dikarenakan selisih jumlah penduduk pada golongan umur ini lumayan berbeda (pada tahun 2015; 10,11 %, tahun 2016; 10,14 %) . Golongan umur ≥ 65 tahun mengalami penurunan (tahun 2015 sebanyak 3,09% dan tahun 2016 sebanyak 3,05%).

Jumlah penduduk pada umur ≥ 65 tahun masih lebih kecil dibandingkan dengan jumlah penduduk pada umur 0-4 dan umur 5-14 tahun, hal ini menunjukkan bahwa piramida penduduk untuk Kabupaten Bogor termasuk dalam piramida usia muda.

Perkembangan persebaran penduduk menurut umur dari tahun 2012 hingga 2016 dapat dilihat pada tabel berikut :

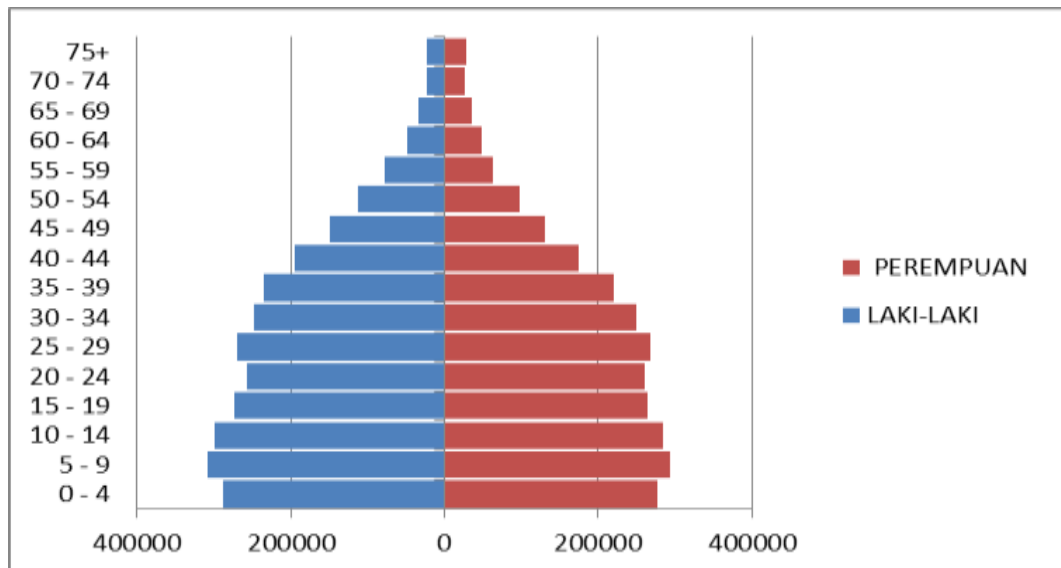
TABEL 3.1
PERSEBARAN PROPORSI PENDUDUK MENURUT UMUR
DI KABUPATEN BOGOR TAHUN 2012 – 2016

NO	GOLONGAN UMUR	PROPORSI PENDUDUK				
		2012	2013	2014	2015	2016
1	0-4	10,45	10,45	10,45	10,11	10,14
2	5 – 14	21,35	21,35	21,30	23,00	21,24
3	15 – 44	51,91	51,91	52,06	50,39	52,17
4	45 – 64	13,13	13,13	13,11	13,41	13,08
5	≥ 65	3,16	3,16	3,08	3,09	3,05

Sumber : BPS Kabupaten Bogor, 2016

Bila dianalisa lebih lanjut, terlihat bahwa jumlah penduduk laki-laki dan perempuan berdasarkan umur mempunyai pola yang sama, dimana puncaknya berada pada golongan umur 15-44 tahun dan kemudian menurun kembali jumlahnya sampai pada golongan umur ≥ 65 tahun. Hal tersebut dapat digambarkan pada piramida penduduk Kabupaten Bogor tahun 2016 sebagai berikut :

GAMBAR 3.1
PIRAMIDA PENDUDUK KABUPATEN BOGOR TAHUN 2016



Sumber : BPS (Badan Pusat Statistik)

Kategori penduduk suatu wilayah termasuk penduduk muda jika median umur <20 tahun, penduduk menengah jika median umur 20-30 tahun dan penduduk tua jika median umur >30 tahun. Berdasarkan kategori tersebut, komposisi penduduk Kabupaten Bogor tahun 2016 termasuk kategori penduduk menengah, dimana median umurnya berada pada umur 24,63 tahun. Kategori penduduk menengah tersebut sesuai dengan gambaran proporsi penduduk terbesar Kabupaten pada kelompok umur 15 - 44 tahun (52,17%).

Berdasarkan jenis kelamin, prosentasi penduduk laki-laki lebih besar yaitu 51,12% dibandingkan penduduk perempuan 48,88%. Persentase penduduk terkecil terdapat pada golongan umur ≥ 65 tahun yaitu 1,45% untuk laki-laki dan 1,61% untuk perempuan.

3.1.5. Kepadatan Penduduk

Kepadatan penduduk tiap kecamatan di Kabupaten Bogor bervariasi atau tidak merata. Secara alamiah keadaan atau fenomena ini adalah suatu hal yang wajar, sebab setiap orang cenderung untuk tinggal ditempat yang

menguntungkan seperti pusat kota, pusat pendidikan atau tempat yang mempunyai sumber daya tinggi untuk bertahan hidup.

Kepadatan penduduk Kabupaten Bogor tahun 2016 sebesar 18,70 jiwa/Ha. Kecamatan di Kabupaten Bogor yang mempunyai kepadatan penduduk terpadat adalah Kecamatan Bojonggede dengan 113,57 jiwa/Ha. Sedangkan kecamatan di Kabupaten Bogor dengan kepadatan penduduk terendah adalah Kecamatan Tanjungsari.

3.1.6. Angka Kelahiran Kasar (Crude Birth Rate) dan Angka Kesuburan Total (Total Fertility Rate)

Crude Birth Rate (CBR) Provinsi Jawa Barat (Profil Kesehatan Jabar, 2010), selama periode 2005-2012 cenderung fluktuatif di Tahun 2006-2009 mengalami penurunan yang cukup signifikan dari 24,01 menjadi 20,92 kemudian meningkat di Tahun 2010 menjadi 21,90 dan meningkat kembali di Tahun 2012 menjadi 25,00.

CBR di Kabupaten Bogor pada Tahun 1998 sebesar 21,32 per 1000 penduduk dan pada periode tahun 1999-2005 berdasarkan proyeksi penduduk meningkat menjadi 32,8 per 1000 penduduk (BPS dan Bappeda Kab Bogor, 2005), peningkatan ini belum dapat dijelaskan secara pasti sehingga perlu ditelaah lebih lanjut.

Berdasarkan Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat, selama periode 2006-2012 Total Fertility Rate (TFR) di Jawa Barat cenderung mengalami penurunan di Tahun 2006-2009 mengalami penurunan yang cukup signifikan dari 2,39 menjadi 2,08, sedangkan Tahun 2010 mengalami peningkatan menjadi 2,18 dan meningkat kembali di Tahun 2012 menjadi 2,50.

TFR di Kabupaten Bogor pada periode 1999-2007 adalah sebesar 3,251 (BPS dan Bappeda, 2007). Menurut hasil penelitian Pola Konsumsi Rumah Tangga di Kabupaten Bogor tahun 1998, salah satu faktor yang menyebabkan tingginya angka fertilitas di Kabupaten Bogor disebabkan oleh usia perkawinan pertama pada wanita umur <19 tahun yang mencapai 59,5%. Tingginya usia perkawinan <19 tahun ini kemungkinan disebabkan oleh faktor tingkat pendidikan yang rendah, kemiskinan, adat istiadat, budaya serta agama.

Perkembangan Angka Kelahiran Kasar (CBR) dan Angka Kesuburan Total (TFR) dari tahun 2006 hingga 2012 dapat dilihat pada tabel berikut :

TABEL 3.2
ANGKA KELAHIRAN KASAR (CRUDE BIRTH RATE) DAN ANGKA
KESUBURAN TOTAL (TOTAL FERTILITY RATE)
PROVINSI JAWA BARAT
TAHUN 2006-2010,2012

Tahun	Total Fertility Rate = TFR= Angka Kesuburan Total	Crude Birth Rate = CBR = Angka Kelahiran Kasar
2006	2,39	24,01
2007	2,30	23,10
2008	2,20	21,09
2009	2,08	20,92
2010	2,18	21,90
2012	2,50	25,00

Sumber : Badan Pusat Statistik (BPS) Provinsi Jawa Barat, BKKBN Provinsi Jawa Barat, SDKI 2012

3.2. GAMBARAN SOSIAL EKONOMI

3.2.1. Lingkungan Sosial Ekonomi

Sebagai makhluk sosial, manusia tidak pernah bisa hidup seorang diri. Dimana pun berada manusia senantiasa memerlukan kerjasama dengan orang lain. Manusia membentuk pengelompokan sosial (*social grouping*) diantara sesama dalam upayanya mempertahankan hidup dan mengembangkan kehidupan. Kemudian dalam kehidupan bersama, manusia memerlukan organisasi, yaitu suatu jaringan sosial antar sesama untuk menjamin ketertiban sosial. Dari interaksi-interaksi itulah yang kemudian melahirkan sesuatu yang dinamakan lingkungan sosial. Lingkungan sosial erat sekali hubungannya dengan pembangunan, baik secara fisik maupun pembangunan masyarakat secara ekonomi dan sosial itu sendiri yang bersifat kontinyu dan berkelanjutan.

3.2.2 Laju Pertumbuhan Ekonomi (LPE)

Pendapatan perkapita penduduk di suatu wilayah dapat menentukan Laju Pertumbuhan Ekonomi (LPE) dari tahun ke tahun, dengan mengamati laju pertumbuhan yang telah dicapai dari tahun ke tahun maka dapat dinilai kesuksesan suatu wilayah dalam mengendalikan kegiatan ekonominya dalam jangka waktu pendek dan mengembangkan ekonomi dalam jangka panjang.

Perkembangan LPE Kabupaten Bogor Tahun 2011-2016 sebagai berikut, pada Tahun 2011-2013 meningkat menjadi (5,96%, 5,99%, 6,03%) sedangkan untuk LPE Tahun 2014 terjadi penurunan yaitu: sebesar (6,01%), kembali terjadi peningkatan di Tahun 2015 dan 2016 sebesar (6,09%, 6,10%) .

3.2.3 Angka Beban Tanggungan (*Dependency Ratio*)

Angka Beban Tanggungan (*Dependency Ratio*) dihitung dengan menjumlah penduduk usia belum produktif (≤ 14 tahun) dengan penduduk yang sudah tidak produktif (≥ 65 tahun) kemudian dibagi dengan jumlah penduduk usia produktif (15 - 64 tahun).

Depedency Ratio di Kabupaten Bogor periode Tahun 2011-2016 adalah sebagai berikut : Tahun 2011 sebesar 49,19%, Tahun 2012 sebesar 53,75%, Tahun 2013 sebesar 53,75%, Tahun 2014 sebesar 53,45%, Tahun 2015 sebesar 56,73% dan di Tahun 2016 sebesar 36,75%

Berdasarkan perhitungan BPS Kabupaten Bogor, *Dependency Ratio* Tahun 2016 sebesar 36,75%, berarti bahwa setiap 100 orang produktif harus menanggung 36 orang yang tidak produktif.

3.2.4. Pendapatan Perkapita

Pendapatan Domestik Regional Bruto (PDRB) merupakan indikator yang digunakan untuk menggambarkan pendapatan perkapita. PDRB dibagi menjadi dua bagian yaitu PDRB Atas Harga Berlaku dan PDRB atas dasar harga konstan.

Pendapatan perkapita merupakan hasil bagi antara PDRB dengan jumlah penduduk. Perkembangan PDRB Kabupaten Bogor dapat dilihat pada tabel 3.3 sebagai berikut :

TABEL 3.3
PDRB PERKAPITA KABUPATEN BOGOR TAHUN 2012-2016

NO	PDRB Perkapita	2012	2013	2014	2015*	2016**
1	Atas Dasar Harga Berlaku	19.219.793	21.454.556	23.175.870	25,374.448	33.053.juta
2	Atas Dasar Harga Konstan	7.320.879	7.576.992	7,703.068	7.967.436	23.638.juta

Sumber : IED Kabupaten Bogor*, LKPJ Angka Sementara**

Selama kurun waktu 5 tahun yaitu tahun 2012-2016, PDRB perkapita Atas Dasar Harga Berlaku Kabupaten Bogor yaitu cenderung meningkat, tahun 2012 sebesar Rp. 19,21 juta dan tahun 2016 menjadi sebesar 33,053 juta, demikian pula PDRB Perkapita Atas Dasar Harga Konstan juga mengalami kenaikan yaitu Rp. 7,32 juta pada tahun 2012 menjadi Rp. 23,638 juta pada tahun 2016.

3.3 PENDIDIKAN

Kemajuan suatu negara sangat ditentukan oleh tingkat pendidikan warga negaranya. Makin tinggi pendidikan warga negara maka semakin majulah negara tersebut, tingkat pendidikan juga mempengaruhi derajat kesehatan seseorang. Indikator IPM pendidikan antara lain Angka Melek Huruf (AMH), Rata-rata Lama Sekolah (RLS) dan Angka Partisipasi Sekolah (APS).

AMH pada Tahun 2012 sebesar 95,27%, pada tahun 2013 meningkat menjadi 95,35%, begitu pula tahun 2014 dan 2015 meningkat menjadi 96,98%, dan 96,99% (Angka perhitungan Dinas Pendidikan). Tahun 2016 ada penerapan metoda baru yaitu HLS (Harapan Lama Sekolah) menggantikan AMH (Angka Melek Huruf) dengan pencapaian sebesar 11,85%

Sedangkan untuk RLS tahun 2012 sebesar 8,00%, pada tahun berikutnya yaitu tahun 2013 meningkat menjadi 8,04%, dua tahun berikutnya yaitu tahun, 2014 dan tahun 2015 masih sama sebesar 8,04%, dan di tahun 2016 mengalami penurunan data RLS yaitu sebesar 7,77%.

Salah satu indikator pokok untuk menilai kualitas pendidikan formal adalah pendidikan yang ditamatkan.

Dikarenakan sulit didapatkannya data persentase penduduk umur 10 tahun keatas menurut tingkat pendidikan yang ditamatkan di Kabupaten Bogor tahun 2016, maka kami masih menggunakan hasil pengolahan data penyusunan

monografi kependudukan Kabupaten Bogor yang disebut Sistem Informasi Administrasi Kependudukan (SIAK) tahun 2012 yang bersumber dari Dinas Kependudukan Dan Catatan Sipil tahun 2012. Adapun data tersebut adalah data penduduk yang tidak/belum pernah sekolah 5,38%, yang tidak belum tamat SD sebesar 3,99%, penduduk yang tamat SD sebesar 44,11%, penduduk umur 10 tahun keatas menurut tingkat pendidikan yang menamatkan pendidikan SLTP/SMP sebesar 18,89%, data penduduk yang menamatkan pendidikan SLTA/SMA sebesar 22,05% dari persentase tingkat kelulusan, pendidikan tinggi (Akademi/Diploma) sebesar 4,61% dan persentase penduduk umur 10 tahun keatas menurut tingkat pendidikan yang menamatkan pendidikan sarjana sebesar 0,26%.

Tingkat pendidikan tinggi yaitu sarjana yang ditamatkan persentase nya lebih kecil jika dibandingkan dengan tingkat pendidikan dasar, hal ini perlu menjadi perhatian agar program PKBM dan keaksaraan fungsional lebih ditingkatkan lagi. Walaupun demikian bagi program-program dalam bidang pendidikan dan pelatihan keterampilan pada kelompok ini tetap perlu ditingkatkan agar mereka dapat tetap produktif. Selanjutnya secara jelas, tingkat pendidikan selama 5 tahun terakhir dapat dilihat pada Tabel 3.4. sebagai berikut :

TABEL 3.4
PERSENTASE PENDUDUK UMUR 10 TAHUN KEATAS
MENURUT TINGKAT PENDIDIKAN YANG DITAMATKAN
DI KABUPATEN BOGOR TAHUN 2012-2016

NO	TINGKAT PENDIDIKAN DI TAMATKAN	PERSENTASE PENDUDUK UMUR >10 TAHUN				
		2012***	2013***	2014***	2015***	2016***
1	Tidak / belum pernah sekolah	5,38	5,38	5,38	5,38	5,38
2	Tidak / belum tamat SD	3,99	3,99	3,99	3,99	3,99
3	SD	44,11	44,11	44,11	44,11	44,11
4	SLTP	18,89	18,89	18,89	18,89	18,89
5	SLTA	22,05	22,05	22,05	22,05	22,05
6	AK/Diploma	4,61	4,61	4,61	4,61	4,61
7	Sarjana	0,26	0,26	0,26	0,26	0,26

* Data belum diperoleh

**Menggunakan data Provinsi Jawa Barat tahun 2010

*** Menggunakan data SIAK tahun 20

3.4. KEADAAN KESEHATAN LINGKUNGAN

Faktor terbesar yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat adalah lingkungan. Faktor lingkungan mempunyai peran yang sangat besar dalam proses timbulnya gangguan kesehatan baik secara individual maupun masyarakat umum. Upaya pembinaan kesehatan lingkungan pada prinsipnya dimaksudkan untuk mengurangi dan mengendalikan faktor resiko terjadinya penyakit atau gangguan kesehatan akibat dari lingkungan yang kurang sehat. Bentuk upaya yang dilakukan dalam pembinaan kesehatan lingkungan, antara lain melakukan pembinaan kesehatan lingkungan pemukiman pada masyarakat, pengawasan hygiene sanitasi Tempat Pengolahan Makanan (TPM) dan pengawasan Tempat-Tempat Umum (TTU).

Gambaran beberapa faktor resiko lingkungan yang dapat disajikan di bawah ini antara lain cakupan rumah sehat, cakupan layak sanitasi, cakupan jamban keluarga, cakupan keluarga dengan air bersih dan air minum, Angka bebas jentik dan cakupan Tempat-Tempat Umum (TTU) dan Tempat Pengolahan Makanan (TPM) serta Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM).

3.4.1 Cakupan Rumah Sehat

Rumah Sehat adalah bangunan rumah tinggal yang memenuhi syarat kesehatan, yaitu rumah yang mempunyai layak sanitasi, mempunyai sarana air bersih, mempunyai tempat pembuangan sampah, mempunyai sarana pembuangan limbah, mempunyai ventilasi rumah yang baik, memiliki kepadatan hunian rumah yang sesuai dan mempunyai lantai rumah yang tidak terbuat dari tanah.

Cakupan rumah sehat di Kabupaten Bogor tahun 2016 adalah 868.629 rumah (87,45%). Kecamatan di Kabupaten Bogor yang mempunyai cakupan rumah sehat tertinggi adalah Kecamatan Cariu (98,77%). Sedangkan kecamatan terendah cakupan rumah sehat nya adalah Kecamatan Gunung Putri (63,01%). Semakin tinggi cakupan rumah sehat di suatu wilayah, maka akan semakin kecil resiko penghuni tersebut menjadi sakit. Angka bebas jentik merupakan salah satu

indikator dari rumah sehat dihitung dari jumlah rumah atau bangunan yang bebas jentik nyamuk aedes pada kurun waktu tertentu. Rumah tangga bebas jentik berhubungan dengan kasus DBD, korelasinya bahwa rumah tangga dengan angka bebas jentik (ABJ) di bawah 95% akan berpotensi terhadap penyebaran kasus DBD. Untuk kegiatan Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB) di Kabupaten Bogor pada tahun 2016 didapatkan hasil bahwa jumlah rumah yang diperiksa atau dilakukan PJB sejumlah 852.123 rumah (85,79%) dari 993.304 rumah dengan hasil sejumlah 809.754 rumah (95,03%) bebas jentik.

3.4.2 Cakupan Layak Sanitasi

Sanitasi berhubungan dengan kesehatan lingkungan yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Buruknya kondisi sanitasi akan berdampak negatif di banyak aspek kehidupan, mulai dari turunnya kualitas lingkungan hidup masyarakat, tercemarnya sumber air minum bagi masyarakat, meningkatnya jumlah kejadian diare dan munculnya penyakit. Berbagai alasan digunakan oleh masyarakat untuk buang air besar sembarangan diantaranya adalah anggapan membangun jamban keluarga itu mahal, lebih enak buang air besar di sungai, tinja dapat digunakan sebagai pakan ikan, dan lain-lain. Perilaku ini harus diubah karena dapat meningkatkan resiko terkena penyakit menular. Berdasarkan pencatatan dan pelaporan puskesmas, cakupan layak sanitasi di Kabupaten Bogor Tahun 2016 adalah sebesar 4.027.279 jiwa (72.1%).

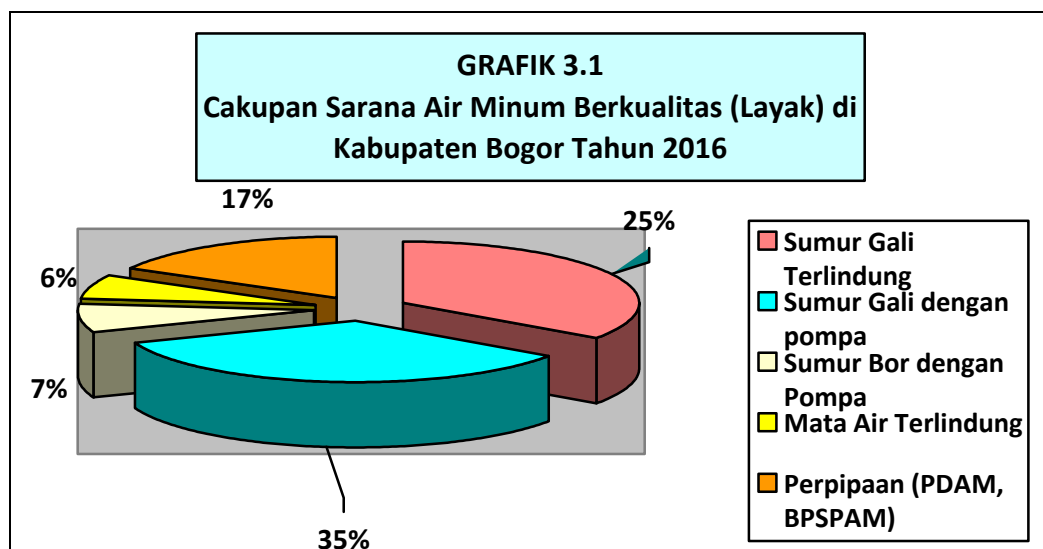
Kecamatan di Kabupaten Bogor yang mempunyai cakupan layak sanitasi tertinggi adalah Kecamatan Cigombong. Sedangkan kecamatan terendah cakupan layak sanitasi nya adalah Kecamatan Ciomas (58,7%).

3.4.3 Cakupan Keluarga Dengan Akses Air Minum Berkualitas (Layak)

Alternatif masyarakat untuk mendapatkan sumber air minum berkualitas (layak) di 40 Kecamatan yang ada di Kabupaten Bogor sangat bervariasi. Masyarakat perkotaan sebagian besar sudah menggunakan jasa PDAM untuk memenuhi kebutuhan sumber air minum. Sedangkan masyarakat di pedesaan relatif lebih bervariasi dari mulai yang menggunakan sumur terlindung, sumur gali, sumur pompa dengan tangan, mata air terlindung, penampungan air hujan sampai yang memanfaatkan badan air seperti danau, sungai untuk memenuhi kebutuhan sumber

air minumnya. Sumber mata air tersebut ada yang terlindung ada yang tidak terlindung, sumber air PDAM, sumur gali, sumur pompa relatif lebih terlindung dan memenuhi persyaratan kesehatan. Sedangkan sumber air danau, sungai, mata air relatif tidak terlindung dan tidak memenuhi persyaratan kesehatan. Sumber air bersih yang terlindungi adalah sumber air minum keluarga yang bersumber dari sarana air bersih yang telah memenuhi persyaratan baik biologis, kimia, dan fisik (permenkes), di Kabupaten Bogor dari 300 sampel air bersih yang diperiksa diketahui yang memenuhi syarat sebesar 133 sampel (44,33%).

Gambaran cakupan keluarga dengan akses air minum berkualitas (Layak) di Kabupaten Bogor dapat dilihat pada grafik dibawah ini.



Sarana air minum yang paling banyak digunakan di masyarakat dan berkualitas Tahun 2016 adalah Sumur Gali dengan Pompa (35%).

Cakupan Keluarga dengan Akses Air Minum Berkualitas (layak) di Kabupaten Bogor Tahun 2016 sebesar 74,57%. Dimana 18 kecamatan dari 40 kecamatan memiliki cakupan lebih tinggi dari cakupan Kabupaten.

Cakupan Keluarga dengan Air Minum Berkualitas (layak) memenuhi syarat tertinggi dicapai oleh Kecamatan Cibinong sebesar 100,66%, Kecamatan Cisarua (98,72%) dan Kecamatan Kemang (94,77%). Sedangkan untuk cakupan terendah terdapat di Kecamatan Klapanunggal sebesar 41,14%, untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada lampiran tabel 59 profil kesehatan.

3.4.4. Cakupan Tempat-Tempat Umum dan Tempat Pengolahan Makanan

Dalam upaya mengurangi resiko Tempat-Tempat Umum (TTU) menjadi tempat penularan / sumber penyakit, maka dilakukan pemantauan terhadap sarana TTU tersebut. Beberapa TTU yang rutin dilakukan pemantauan di Wilayah Kabupaten Bogor antara lain sarana pendidikan, sarana kesehatan dan sarana hotel.

Berdasarkan pencatatan dan pelaporan puskesmas di Kabupaten Bogor Tahun 2016, tercatat ada 3.994 buah Tempat-Tempat Umum (TTU) yang terdiri dari sarana pendidikan, sarana kesehatan dan sarana hotel, dimana sebanyak 1.646 buah (41,21%) diantaranya sudah dinyatakan memenuhi sarana kesehatan. Hal itu berarti masih terdapat 2.348 buah (58,79%) TTU yang belum memenuhi syarat kesehatan.

Cakupan TTU yang tertinggi untuk Kecamatan Citeureup (80,7%) dan Kecamatan yang terendah cakupan TTU nya adalah Kecamatan Jonggol (24,0%).

Untuk cakupan Tempat Pengolahan Makanan (TPM) DI Kabupaten Bogor Tahun 2016 yang terdiri dari jasa boga, rumah makan/restoran, Depot Air Minum (DAM) dan makanan jajanan tercatat sebanyak 1.924 buah, dimana sebanyak 691 buah (35,91%) TPM sudah memenuhi syarat kesehatan. Hal itu berarti bahwa masih terdapat 1.324 buah (68,81%) TPM yang belum memenuhi syarat kesehatan dan perlu dilakukan pembinaan dan pengawasan.

Dari jumlah 1.324 buah TPM yang belum memenuhi syarat kesehatan dilakukan pembinaan sebanyak 302 buah (22,81%), hal ini masih tercatat 1.022 buah (77,19%) tidak dilakukan pembinaan.

Dari jumlah 691 buah TPM yang memenuhi syarat kesehatan, maka yang dilakukan uji petik hanya pada 163 buah (23,59%)

3.4.5. Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)

Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) adalah pendekatan untuk merubah perilaku higien dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat dengan metode pemicuan. Komunitas merupakan kelompok masyarakat yang berinteraksi secara sosial berdasarkan kesamaan kebutuhan dan nilai-nilai untuk meraih tujuan. Cakupan desa/kelurahan yang telah melaksanakan STBM tahun 2016 di Kabupaten Bogor sebesar 27,9% (121 desa STBM dari 434 desa). Jumlah target desa yang dilaksanakan kegiatan pemicuan pada tahun 2016 berjumlah 116 desa dengan hasil desa ODF (*Open*

Defecation Free) sampai dengan Tahun 2016 berjumlah 37 desa. Desa yang sudah melaksanakan stop Buang Air Besar Sembarangan (stop BABS) sebanyak 37 desa. Strategi untuk mewujudkan lingkungan yang sehat melalui gerakan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) yang terdiri dari 5 pilar yaitu STOP BABS, Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS), Penyediaan Air Minum Rumah Tangga (PAM-RT), Pengelolaan Sampah Rumah Tangga dan Pengelolaan Limbah Cair Rumah Tangga.

3.5 GAMBARAN PERILAKU MASYARAKAT

Komponen perilaku dan lingkungan sehat merupakan garapan utama promosi kesehatan. Promosi kesehatan adalah upaya untuk memberdayakan masyarakat agar dapat memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatannya (WHO). Pelaksanaan kegiatan promosi kesehatan bukanlah pekerjaan yang mudah, karena menyangkut aspek, perilaku yang erat kaitannya dengan sikap, kebiasaan, pengetahuan, pendidikan, kemampuan, potensi dan faktor-faktor budaya pada umumnya yang dapat berdampak positif atau negatif terhadap kesehatan.

Perilaku masyarakat yang dimungkinkan dipengaruhi oleh tingkat pendidikan dan kondisi lingkungan menjadi faktor yang cukup besar untuk mempengaruhi status kesehatan masyarakat di suatu wilayah. Tingkat pendidikan masyarakat Kabupaten Bogor yang paling banyak ditamatkan adalah pendidikan SD, hal ini dimungkinkan berpengaruh pada kebiasaan dan perilaku masyarakat itu sendiri selain dari budaya hidup atau adat istiadat yang turun temurun sering menjadi kendala bagi kelompok masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat dan hal ini dapat tercermin dari beberapa hal di bawah ini.

3.5.1 Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Dengan perkataan lain, masyarakat diharapkan mampu berperan sebagai pelaku pembangunan kesehatan dalam menjaga, memelihara dan meningkatkan kesehatannya sendiri serta berperan aktif dalam mewujudkan kesehatan masyarakat.

Harapan tersebut dapat terwujud apabila masyarakat diberdayakan sepenuhnya dengan segala daya yang dimiliki untuk dapat menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dalam kehidupannya sehari-hari. PHBS adalah sekumpulan perilaku yang dipraktekkan atas dasar kesadaran sebagai hasil

pembelajaran yang menjadikan seseorang atau keluarga dapat menolong diri sendiri di bidang kesehatan dan berperan aktif dalam mewujudkan derajat kesehatan masyarakatnya (Kementerian Kesehatan Tahun 2010).

Walaupun di Kabupaten Bogor, data desa yang melaksanakan PHBS strata III dan IV belum bisa diperoleh, tetapi berbagai upaya promosi kesehatan untuk mengubah masyarakat berperilaku sehat telah dilakukan. Kegiatan-kegiatan tersebut antara lain adalah advokasi untuk menghasilkan kebijakan perilaku sehat dengan adanya SK Bupati tentang Tim PHBS tingkat Kecamatan (baru 15 Kecamatan), bina suasana untuk membentuk opini masyarakat, pemberdayaan masyarakat untuk menumbuhkan gerakan hidup sehat, kemitraan lintas program dan lintas sektoral, sosialisasi pesan-pesan hidup sehat sampai ke desa-desa, kampanye/penyuluhan kesehatan yang dilaksanakan oleh petugas puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor.

Berdasarkan kajian rumah tangga sehat tahun 2016 didapatkan dari jumlah rumah tangga yang dikaji sebanyak 1.023.268 KK dengan hasil 50,8% dikategorikan ke dalam rumah tangga sehat dan 49,2% dikategorikan rumah tangga tidak sehat berdasarkan 10 indikator PHBS rumah tangga, untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada lampiran tabel 57 profil kesehatan. Selain itu telah dilaksanakan pemeriksaan rumah sehat dari seluruh rumah yang ada sebanyak 993.304 rumah yang memenuhi syarat kesehatan sebanyak 839.308 rumah (84,50%). Rumah yang belum memenuhi syarat sebanyak 153.997 rumah, dilakukan pembinaan dan didapatkan rumah sehat sebanyak 868.629 rumah (87,45%) untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada lampiran tabel 58 profil kesehatan.

3.5.2 Merokok dan Perilaku Penggunaan Napza

Hasil Susenas Tahun 2012, persentase penduduk 10 tahun keatas yang merokok di Jawa Barat sebanyak 29,38%, yang terdiri dari umur 10-17 tahun sebanyak 2,93%, umur 18-24 tahun sebanyak 26,36% dan di atas 25 tahun sebanyak 37,68%. Hal ini menunjukkan bahwa Perilaku hidup bersih dan sehat pada masyarakat masih merupakan tantangan berat.

Berdasarkan data Riset Kesehatan Daerah Kabupaten Bogor Tahun 2013 (RISKESDAS 2013), diketahui persentase perokok aktif di Kabupaten Bogor sebesar 28,6% lebih tinggi jika dibandingkan dengan persentase perokok di Jawa Barat (27,1%).

Jika dilihat dari persentase penduduk berdasarkan kelompok umur terbanyak perokok aktif setiap hari terdapat di kelompok umur 45-49 tahun sebesar 37,2% dan kelompok umur 30-34 tahun sebesar 35,6%. Berdasarkan perilaku merokok antara laki-laki dan perempuan, proporsi perokok setiap hari pada laki-laki lebih banyak di bandingkan perokok perempuan (51,7% banding 1,8%).

Dilihat dari jenis pekerjaan, petani/nelayan/buruh adalah perokok aktif setiap hari yang mempunyai proporsi terbesar (56,1%) dibandingkan kelompok pekerjaan lainnya.

Jumlah rata-rata batang rokok yang dihisap per hari sebesar 10,7 batang rokok (hampir setara satu bungkus). Jika dilihat dari usia mulai merokok, diketahui di Kabupaten Bogor dan Jawa Barat sama-sama dimulai di usia 10-14 tahun dimana di usia ini adalah usia anak yang berpendidikan SLTP.

Upaya yang dapat ditempuh untuk meminimalisasi kebiasaan merokok salah satu nya menyusun strategi penyuluhan bahaya merokok sejak usia dini (sosialisasi di tingkat SD-SLTA melalui kegiatan "road show Bahaya Merokok dan Napza"), disamping itu dengan telah diterbitkannya Peraturan Bupati Bogor Nomor 54 Tahun 2012 tanggal 10 Desember tentang Penetapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR), maka diharapkan upaya untuk menurunkan kebiasaan merokok di masyarakat akan lebih efektif, terutama di tujuh kawasan yaitu : di fasilitas pelayanan kesehatan, tempat proses belajar mengajar, tempat anak bermain, tempat ibadah, angkutan umum, di tempat kerja dan tempat umum.

Kegiatan yang dilakukan di Kabupaten Bogor dalam rangka pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan napza adalah penyuluhan kepada siswa SMP dan SMA yang dilakukan oleh puskesmas sebanyak 1.821 kali pada Tahun 2016 untuk lebih jelasnya dapat dilihat di lampiran tabel 57a profil kesehatan.

3.6 PEMBERDAYAAN DAN PROMOSI KESEHATAN

Sejak Tahun 2005, pemerintah daerah Jawa Barat membuat terobosan dengan mencanangkan Kabupaten/Kota siaga dalam upaya percepatan penurunan AKI (Angka Kematian Ibu) dan AKB (Angka Kematian Bayi) dengan mengembangkan Desa Siaga guna mendukung terwujudnya IPM 80. Hal ini sejalan dengan kebijakan Menteri Kesehatan RI yang tertuang dalam Keputusan

Menteri Kesehatan Nomor 1529/Menkes/SK/X/2010 tentang Pedoman Umum Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.

Dalam rangka mencapai visi Pembangunan Kesehatan tahun 2015-2019 (Renstra Menkes) yaitu "Masyarakat sehat yang mandiri & berkeadilan", Kementerian Kesehatan RI menetapkan strategi, salah satunya adalah pemberdayaan masyarakat, swasta dan masyarakat madani dalam pembangunan kesehatan melalui kerjasama nasional dan global; menetapkan peran serta masyarakat termasuk swasta sebagai subyek atau penyelenggara dan pelaku pembangunan kesehatan; meningkatkan upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat dan mensinergikan sistem kesehatan modern dan asli Indonesia; menerapkan promosi kesehatan yang efektif memanfaatkan *agen of change*; memobilisasi sektor untuk sektor kesehatan.

Kegiatan yang dilakukan dengan strategi yang berbasis model pendekatan dan kebersamaan tersebut adalah berupaya memfasilitasi percepatan dan pencapaian peningkatan derajat kesehatan bagi seluruh penduduk dengan mengembangkan kesiap-siagaan di tingkat desa yang disebut Desa Siaga

Desa Siaga dikembangkan sejak tahun 2006 sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 564/Menkes/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga. Hasil evaluasi Kementerian Kesehatan pada tahun 2009 menemukan bahwa belum semua Desa dan Kelurahan Siaga tersebut belum mencapai kondisi Siaga Aktif yang sesungguhnya, dimana suatu desa sebutan lain penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan menanggulangi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kedaruratan kesehatan secara mandiri. Hal ini dapat dipahami karena pengembangan dan pembinaan Desa Siaga dan Kelurahan Siaga menganut konsep pemberdayaan masyarakat memang memerlukan suatu proses.

Atas dasar pertimbangan tersebut diatas, maka dilaksanakan revitalisasi terhadap program pengembangan Desa Siaga guna mengakselerasi pencapaian target Desa Siaga Aktif 80% (target SPM) pada tahun 2016 yang pelaksanaannya berdasarkan pada Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1529/Menkes/SK/X/2010 tentang Pedoman Umum Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.

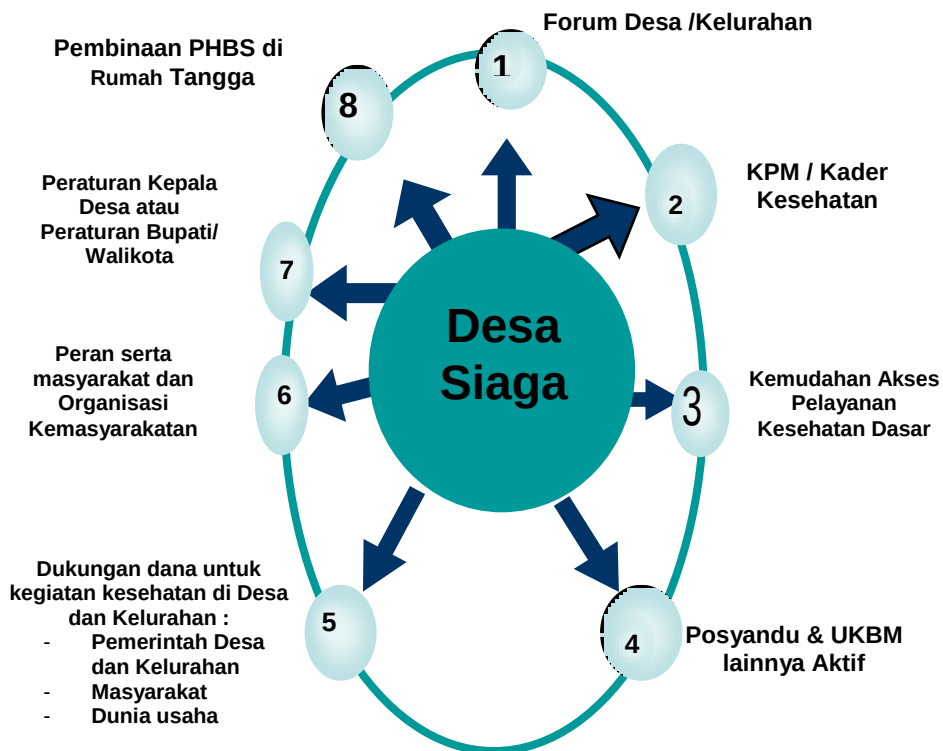
Desa dan Kelurahan Siaga Aktif adalah bentuk pengembangan dari Desa Siaga yang telah dimulai sejak tahun 2006. Desa /Kelurahan Siaga Aktif adalah desa atau kelurahan yang :

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

Gambar berikut ini menampilkan indikator desa siaga beserta penetapan kriteria strata desa siaga aktif yang ditetapkan di Propinsi Jawa Barat.

Gambar 3.2
KRITERIA DAN KATAGORI DESA SIAGA AKTIF

Kriteria Desa Siaga Aktif



Adapun untuk Kategori Desa Siaga Aktif terdapat dalam gambar dibawah ini :

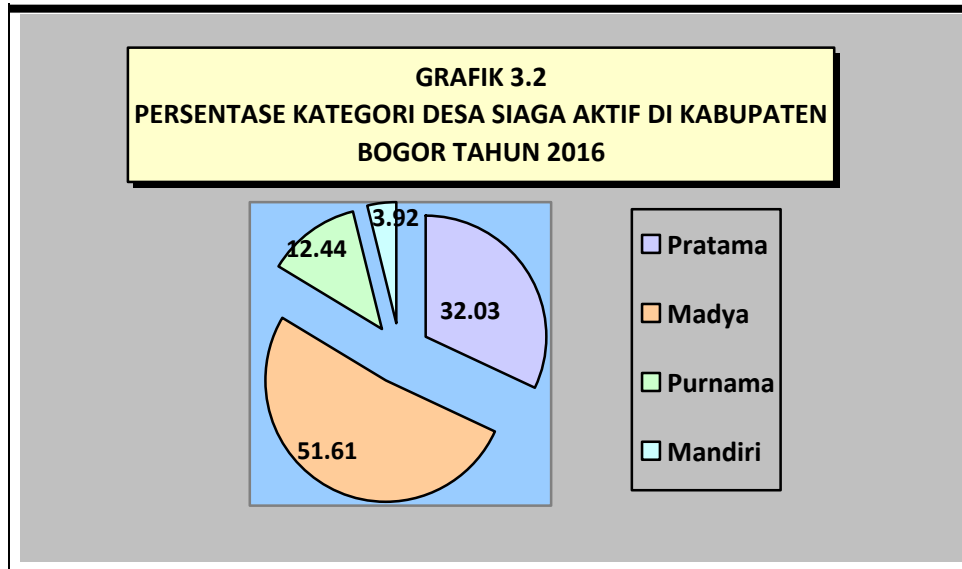
Gambar 3.3

KATAGORI DESA SIAGA AKTIF



Bila dilihat dari lampiran tabel 71 profil kesehatan dapat dilihat bahwa jumlah desa siaga di Kabupaten Bogor yang telah terbentuk sebanyak 434 desa (100%) dengan kategori sebagai berikut : pratama 139 desa (32,03%), madya 224 desa (51,61%), purnama 54 desa (12,44%) dan mandiri 17 desa (3,92%). Adapun target

capaian desa siaga aktif (total dari kategori madya, purnama dan mandiri) berdasarkan target SPM adalah sebesar 80%, pencapaian Kabupaten Bogor tahun 2016 adalah 67,97%.



Dari 40 kecamatan di Kabupaten Bogor, Kecamatan Cisarua dan Ciawi merupakan kecamatan yang seluruh desa siaganya aktif, sudah termasuk kategori madya, purnama dan mandiri, dilanjutkan oleh Kecamatan Cijeruk, Cariu dan Cileungsi merupakan desa siaga aktif dengan katagori non mandiri.

BAB IV

SITUASI DERAJAT KESEHATAN

Derajat kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh banyak faktor. Faktor-faktor tersebut tidak hanya berasal dari sektor kesehatan seperti pelayanan kesehatan dan ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan, melainkan juga dipengaruhi faktor ekonomi, pendidikan, lingkungan sosial, keturunan, dan faktor lainnya.

Situasi derajat kesehatan masyarakat dapat tercermin melalui angka harapan hidup, angka morbiditas, mortalitas dan status gizi. Pada bab berikut ini Situasi derajat kesehatan di Kabupaten Bogor digambarkan melalui Angka Harapan Hidup (AHH), Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Balita (AKABA), Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Kasar (AKK), angka morbiditas beberapa penyakit, status gizi balita.

4.1 ANGKA HARAPAN HIDUP (AHH)

Angka Harapan Hidup (AHH) pada suatu umur x adalah rata-rata tahun hidup yang masih akan dijalani oleh seseorang yang telah berhasil mencapai umur x pada suatu tahun tertentu, dalam situasi mortalitas yang berlaku di lingkungan masyarakatnya. Angka Harapan Hidup merupakan alat untuk mengevaluasi kinerja pemerintah dalam meningkatkan kesejahteraan penduduk pada umumnya, dan meningkatkan derajat kesehatan pada khususnya.

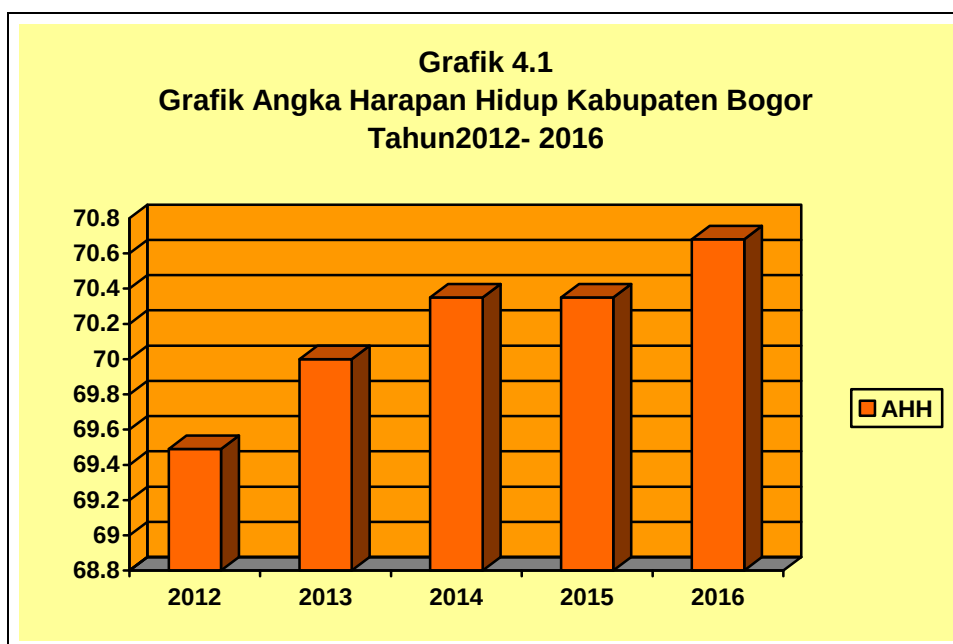
Keberhasilan program kesehatan dan program pembangunan sosial ekonomi pada umumnya dapat dilihat dari peningkatan usia harapan hidup penduduk dari suatu negara. Meningkatnya perawatan kesehatan melalui puskesmas, meningkatnya daya beli masyarakat akan meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan, mampu memenuhi kebutuhan gizi dan kalori, mampu mempunyai pendidikan yang lebih baik sehingga memperoleh pekerjaan dengan penghasilan yang memadai, yang pada gilirannya akan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan memperpanjang usia harapan hidupnya.

Angka Harapan Hidup yang rendah di suatu daerah harus diikuti dengan program pembangunan kesehatan, dan program sosial lainnya termasuk kesehatan lingkungan, kecukupan gizi dan kalori termasuk program pemberantasan kemiskinan.

Meningkatnya Angka Harapan Hidup memberikan gambaran kepada kita bahwa salah satu penyebabnya adalah karena meningkatnya kualitas hidup dan kesehatan masyarakat. Angka AHH di Kabupaten Bogor selama periode 2012-2016 dapat dilihat pada tabel 4.1 berikut :

TABEL. 4.1
ANGKA HARAPAN HIDUP BERDASARKAN PROYEKSI
DI KABUPATEN BOGOR
TAHUN 2012 – 2016

TAHUN	ANGKA HARAPAN HIDUP (TH)	SUMBER
2012	69,49	BPS
2013	70,00	BPS
2014	70,35	BPS
2015	70,35	BPS
2016	70,68	BPS



Peningkatan AHH dari tahun ke tahun dapat dipakai sebagai tolok ukur keberhasilan upaya kesehatan yang telah dilakukan di Kabupaten Bogor, jika dibandingkan dengan Angka Harapan Hidup Indonesia tahun 2013 sebesar 70,07 (Profil Indonesia BPS, 2015) dan AHH Jawa Barat sebesar 68,84 (Profil Indonesia BPS, 2015) maka AHH di Kabupaten Bogor untuk Tahun 2016 sebesar 70,68 masih tinggi.

Meskipun telah melebihi target, kegiatan-kegiatan yang merupakan upaya terobosan dibidang kesehatan lainnya yang dapat meningkatkan Angka Harapan Hidup di Kabupaten Bogor masih harus tetap dilaksanakan.

4.2. MORTALITAS

Angka kematian bayi dan ibu merupakan indikator yang sangat penting untuk mengetahui derajat kesehatan masyarakat. Data tersebut didapatkan melalui beberapa cara yaitu pelaporan rutin dari puskesmas dan hasil survei yang dilaksanakan oleh lembaga tertentu. Sampai saat ini untuk sistem pencatatan dan pelaporan belum dapat mendukung sepenuhnya untuk melakukan perhitungan angka kematian bayi, kecuali dari hasil survei atau sensus yang dilakukan oleh petugas.

4.2.1. Angka Kematian Bayi (AKB)

Angka Kematian Bayi (AKB) atau *Infant Mortality Rate* (IMR) adalah jumlah kematian bayi dibawah usia satu tahun pada tiap 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama.

AKB merupakan indikator yang sangat sensitif terhadap kualitas dan pemanfaatan pelayanan kesehatan terutama yang berhubungan dengan perinatal, juga merupakan tolak ukur pembangunan sosial ekonomi masyarakat menyeluruh, dimana angka kematian itu dihitung. Kondisi sosial ekonomi yang tercermin dengan pendapatan masyarakat yang meningkat dapat berkontribusi melalui perbaikan gizi yang berdampak pada daya tahan terhadap infeksi penyakit.

Kematian bayi adalah kematian yang terjadi antara saat setelah bayi lahir sampai bayi belum berusia tepat satu tahun. Banyak faktor yang dikaitkan dengan kematian bayi. Secara garis besar dari sisi penyebabnya, kematian bayi ada dua macam yaitu endogen dan eksogen. Kematian bayi endogen atau yang umum disebut dengan kematian neonatal; adalah kematian bayi yang terjadi pada bulan pertama setelah dilahirkan, dan umumnya disebabkan oleh faktor-faktor yang dibawa anak sejak lahir, yang diperoleh dari orang tuanya pada saat konsepsi atau didapat selama kehamilan. Kematian bayi eksogen atau kematian post neonatal, adalah kematian bayi yang terjadi setelah usia satu bulan sampai menjelang usia satu tahun yang disebabkan oleh faktor-faktor yang bertalian dengan pengaruh lingkungan luar.

Kegunaan Angka Kematian Bayi (AKB) untuk pengembangan perencanaan berbeda antara kematian neonatal dan kematian bayi yang lain. Karena kematian neonatal disebabkan oleh faktor endogen yang berhubungan dengan kehamilan maka program-program untuk mengurangi angka kematian neo-natal adalah yang bersangkutan dengan program pelayanan kesehatan Ibu hamil, misalnya program pemberian Fe dan suntikan anti tetanus.

Sedangkan Angka Kematian Post-NeoNatal dan Angka Kematian Anak serta Kematian Balita dapat berguna untuk mengembangkan program imunisasi, serta program-program pencegahan penyakit menular terutama pada anak-anak, program penerangan tentang gizi dan pemberian makanan sehat untuk anak dibawah usia 5 tahun.

Target RPJMN untuk AKB pada tahun 2015 - 2019 sebesar 24 per 1000 kelahiran hidup. Berdasarkan data dari buku Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015, hasil Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) Tahun 2012 mengestimasi AKB sebesar 32 per 1000 kelahiran hidup dan di Tahun 2015 berdasarkan hasil Survey Penduduk Antar Sensus (SUPAS) mengestimasi AKB sebesar 22,23 per 1000 kelahiran hidup. Data hasil SDKI Tahun 2012 menunjukkan AKB di Provinsi Jawa Barat sebesar 30 per 1000 Kelahiran Hidup (profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat Tahun 2014).

Angka Kematian Bayi di Kabupaten Bogor selama periode 5 tahun dapat dilihat pada tabel 4.2 sebagai berikut :

TABEL 4.2
ANGKA KEMATIAN BAYI PER 1.000 KELAHIRAN HIDUP
DI KABUPATEN BOGOR TAHUN 2012 – 2016

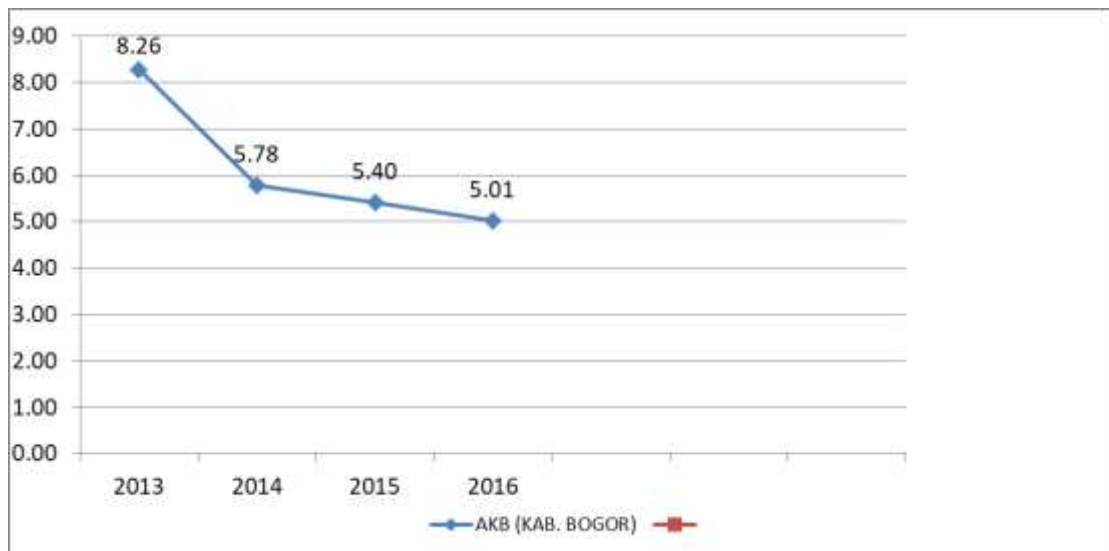
TAHUN	AKB	SUMBER
2012	41,82	BPS
2013	41,82	BPS
2014	41,82	BPS
2015	41,82	BPS
2016	41,82	BPS

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa AKB di Kabupaten Bogor dari Tahun 2012 sampai dengan Tahun 2016 angka pencapaiannya tetap yaitu sebesar 41,82 per 1000 kelahiran hidup (BPS). Tahun 2016 belum ada data AKB terbaru dari Badan Pusat Statistik Kabupaten Bogor sehingga masih menggunakan data

Tahun 2008. Apabila dibandingkan dengan AKB Provinsi, AKB di Kabupaten Bogor pada Tahun 2016 masih lebih tinggi.

Perhitungan lain untuk mengetahui AKB bisa dilakukan secara matematis, hal ini sesuai dengan rumus AKB. Perhitungan AKB secara matematis ini merupakan perhitungan AKB kasar yaitu jumlah kematian bayi yang dilaporkan puskesmas ditambah dengan jumlah kematian bayi di rumah sakit di Kabupaten Bogor dan digunakan sebagai perbandingan kinerja tahunan program KIA. Kelemahan AKB matematis ini tidak menggambarkan kematian murni di Kabupaten Bogor karena bayi yang meninggal di rumah sakit di Kabupaten Bogor tidak semuanya penduduk asli Kabupaten Bogor. Kelemahan lain adalah sebagian yang terlaporkan dari puskesmas kemungkinan sudah tercatat dalam laporan kematian di rumah sakit. Hasil perhitungan AKB secara matematis dapat dilihat pada grafik di bawah ini.

GRAFIK 4.2
ANGKA KEMATIAN BAYI PER 1.000 KELAHIRAN HIDUP
DI KABUPATEN BOGOR TAHUN 2013 – 2016 (MATEMATIS)



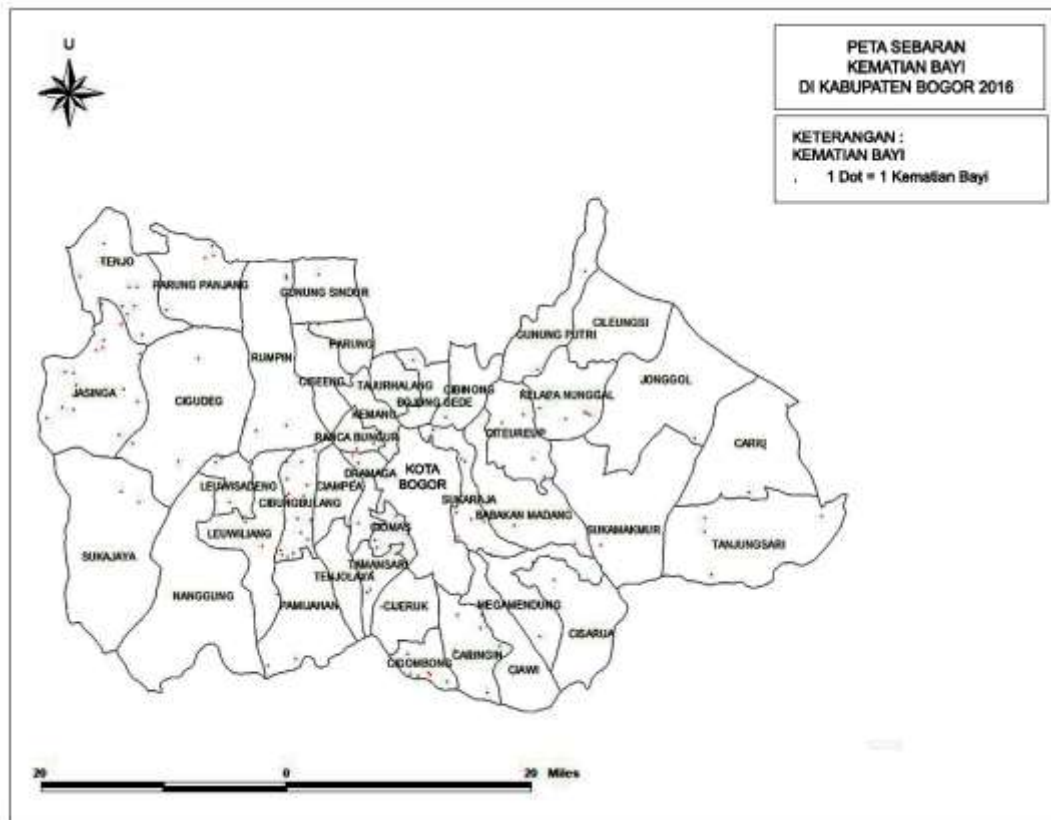
Berdasarkan grafik 4.2 diatas di ketahui berdasarkan perhitungan secara matematis AKB di Kabupaten Bogor dari tahun 2013 – 2016 turun dari 8,26 per 1000 KH menjadi 5,01 per 1000 KH. Walaupun berbeda secara metologi dengan perhitungan survei / BPS, hasil AKB perhitungan matematis masih bisa digunakan untuk melihat capaian kinerja / evaluasi tahunan program KIA.

Berdasarkan peta sebaran kematian bayi di peroleh gambaran sebaran kasus kematian bayi lebih banyak terjadi di daerah tengah Kabupaten Bogor. Hal

ini dimungkinkan karena sistem pelaporan kematian bayi relatif lebih baik di bandingkan di wilayah timur dan barat serta penduduk yang lebih padat.

GAMBAR 4.1

**PETA SEBARAN KEMATIAN BAYI
DI KABUPATEN BOGOR TAHUN 2016**



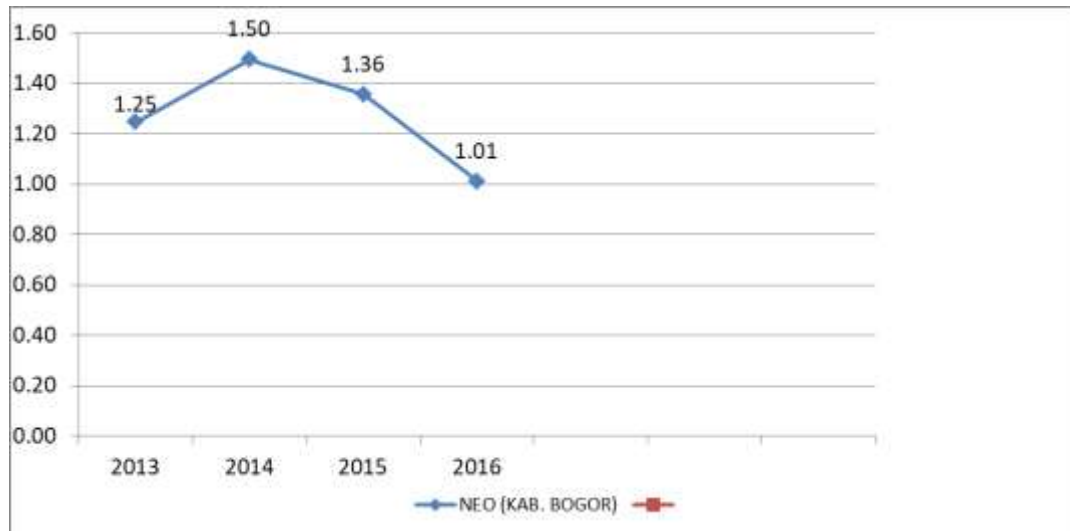
Angka kematian neonatal berdasarkan SDKI 2012 yaitu sebesar 19 per 1.000 kelahiran hidup, sedangkan target nasional (2014): 15 per 1.000 kelahiran hidup (RPJMN 2010 - 2014). Data kematian neonatal, bayi dan balita di Kabupaten Bogor Tahun 2016 bersumber dari data dasar kesehatan anak yang tercatat dan dilaporkan oleh puskesmas yaitu jumlah lahir mati sebanyak 208 kasus, jumlah kematian neonatal umur (0-28 hari) sebanyak 126 kasus (neonatal 0-6 hari 110 kasus, neonatal 7-28 hari 16 kasus).

Seperti halnya dalam perhitungan matematis dan manfaatnya secara program pada perhitungan angka kematian bayi, maka pada perhitungan angka kematian neonatal (AKN) perhitungan matematis tersebut juga digunakan. Sehingga secara matematis jumlah kematian neonatal di bandingkan dengan jumlah lahir hidup dari tahun 2013 sampai dengan tahun 2014 trendnya meningkat

dari 1,25 kematian neonatal per 1000 kelahiran hidup tahun 2013 menjadi 1,50 kematian neonatal per 1000 kelahiran hidup tahun 2014, namun di Tahun 2015 sampai dengan Tahun 2016 trend nya menurun. Hasil perhitungan AKN secara matematis dapat tergambar pada grafik 4.3 di bawah ini.

GRAFIK 4.3

**ANGKA KEMATIAN NEONATAL PER 1.000 KELAHIRAN HIDUP
DI KABUPATEN BOGOR TAHUN 2013 – 2016 (MATEMATIS)**



Data laporan puskesmas jumlah kematian bayi umur (29 hari - 11 bulan) sebanyak 16 kasus yang terdiri dari 3 kasus akibat Pneumonia, 1 kasus akibat kelainan syaraf dan 12 kasus akibat penyakit lainnya. Selain itu jumlah kematian balita (12-59 bulan) sebanyak 9 kasus yang terdiri dari 2 kasus penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD), 2 kasus Infeksi Saluran Pernafasan Atas (ISPA), 5 kasus akibat penyakit lain-lainnya. Jumlah kematian bayi umur 0 hari - < 1 tahun dari rumah sakit sebanyak 656 bayi.

Penyebab kematian bayi neonatal umur 0-28 hari berdasarkan laporan puskesmas disebabkan oleh Asphyxia sebanyak 30 bayi, BBLR sebanyak 57 bayi, Infeksi/Sepsis sebanyak 11 bayi, Kelainan Kongenital 15, Tetanus Neonatorum 1, Ikterus 1 bayi dan kematian disebabkan hal lainnya sebanyak 11 bayi.

Data kematian bayi berdasarkan laporan rumah sakit di Kabupaten Bogor berjumlah 656 bayi. Data kematian bayi tersebut tidak mencerminkan kematian langsung di Kabupaten Bogor karena sebagian besar bukan penduduk Kabupaten Bogor. Setiap kematian bayi di rumah sakit di Kabupaten Bogor akan dilaporkan ke Dinas Kesehatan.

Adapun penyakit penyebab kematian bayi yang dilaporkan rumah sakit dapat dilihat pada tabel 4.3 sebagai berikut :

TABEL 4.3
PENYAKIT PENYEBAB KEMATIAN PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT
UMUR 0 HARI - <1 TAHUN KABUPATEN BOGOR
TAHUN 2016

NO	PENYAKIT PENYEBAB KEMATIAN	KEMATIAN	
		JUMLAH	(%)
1	Intra Uterine Feotal Death (IUFD)	174	26,52
2	Asphyxia	85	12,96
3	Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)	68	10,37
4	Respiratory Distress Syndrome (RDS)	59	8,99
5	Bronchopneumonia	55	8,38
6	Sepsis	51	7,77
7	Demam Berdarah Dengue (DBD)	39	5,95
8	Diare & Gastroenteritis	20	3,05
9	Meningitis	13	1,98
10	Demam Tifoid & Paratifoid	12	1,83
11	Hyoglikemia	11	1,69
12	Congenital Mutiple	9	1,37
13	Gagal Nafas	8	1,22
14	Kejang Demam	8	1,22
15	Dengue Shock Syndrome (DSS)	5	0,76
16	Morbili	2	0,30
17	Hydrocephalus	2	0,30
18	Hyalin Membran Disease (HMD)	1	0,15
19	Tuberkulosis (TB) Paru)	1	0,15
20	Anemia	1	0,15
21	Penyakit Lainnya	32	4,88
Jumlah		656	100,00

Dari tabel 4.3 menunjukkan bahwa kematian bayi terbesar tahun 2016 yaitu bayi dengan *Intra Uterine Feotal Death (IUFD)* sebesar 26,52% yaitu kematian janin dalam rahim yang beratnya 1000 gram atau lebih akibat infeksi yang tidak terdiagnosis sebelumnya sehingga tidak diobati dengan usia kehamilan telah mencapai 28 minggu atau lebih. Penyakit terbesar ke-dua yaitu *Asphyxia* sebesar 12,96% yaitu meninggalnya bayi akibat kekurangan O², hal ini dapat diasumsikan disebabkan lamanya bayi di jalan lahir dan terbesar ke-tiga adalah penyakit Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) sebesar 10,37%.

4.2.2. Angka Kematian Balita (AKABA)

Angka Kematian Balita adalah jumlah kematian anak berusia 0-4 tahun selama satu tahun tertentu per 1000 anak umur yang sama pada pertengahan tahun itu (termasuk kematian bayi). Estimasi Angka Kematian Balita di Indonesia dihitung oleh Badan Statistik (BPS).

AKABA mempresentasikan peluang terjadinya kematian pada fase antara kelahiran dan sebelum umur 5 tahun. Dapat digunakan untuk menggambarkan tingkat permasalahan kesehatan serta faktor lain yang berpengaruh terhadap kesehatan anak dan anak balita seperti gizi, sanitasi, penyakit infeksi dan kecelakaan.

Sampai saat ini data tentang AKABA ini sulit didapat sehingga data yang dipakai masih indikator AKABA berdasarkan SDKI dan tingkat Propinsi Jawa Barat.

Angka Kematian Balita Provinsi Jawa Barat menurut data terakhir yaitu tahun 2012 adalah 38/1000 kelahiran hidup lebih rendah bila dibandingkan dengan angka nasional pada tahun yang sama yaitu sebesar 40/1000 kelahiran hidup (SDKI dan BPS 2012).

Tingginya kematian balita dapat pula disebabkan oleh rujukan yang terlambat, maupun penanganan medik yang kurang adekuat. Untuk mencapai target RPJMN tahun 2015 - 2019 sebesar 24/1000 kelahiran hidup, maka perlu kelengkapan dan tatalaksana penyakit sesuai Standar Operasional (SOP) sangat penting agar penanganan penderita dapat dilaksanakan lebih baik, sehingga lebih banyak balita yang diselamatkan dari kematian.

Untuk tahun 2016 jumlah kematian anak balita usia 1-4 tahun di Rumah Sakit di Kabupaten Bogor sebanyak 304 orang, sedangkan pada Tahun 2015 sebanyak 154 orang.

Dilihat dari laporan rumah sakit, 10 penyakit utama penyebab kematian usia 1-4 tahun ada pada tabel 4.4 berikut ini :

TABEL 4.4
PENYEBAB KEMATIAN PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT
UMUR 1- 4 TAHUN KABUPATEN BOGOR
TAHUN 2016

NO	PENYAKIT PENYEBAB KEMATIAN	KEMATIAN	
		JUMLAH	(%)
1	Bronchopneumonia	127	41,78
2	Diare & Gastroenteritis	33	10,86
3	Dengue Shock Syndrome (DSS)	21	6,91
4	Sepsis	19	6,25
5	Meningitis	18	5,92
6	Penurunan Kesadaran	12	3,95
7	Demam Berdarah Dengue (DBD)	10	3,29
8	Gagal Nafas	10	3,29
9	Kejang Demam	6	1,97
10	Anemia	4	1,32
11	Tuberkulosis (TB) Paru	3	0,99
12	Dispepsia	3	0,99
13	Congestive Heart Failure (CHF)	3	0,99
14	Demam Tifoid & Paratifoid	2	0,66
15	Respiratory Distress Syndrome (RDS)	1	0,33
16	Syndrom Nefrotik (NS)	1	0,33
17	Vomit	1	0,33
18	Colik Abdomen	1	0,33
19	Kelainan Congenital	1	0,33
20	Hydrocephalus	1	0,33
21	Penyakit Lainnya	27	8,88
Jumlah		304	100,00

Dari tabel di atas terlihat bahwa penyebab kematian balita terbesar adalah Penyakit *Bronchopneumoni* (41,78%), urutan kedua adalah *Diare & Gastroenteritis* sebesar (10,86%) yang ketiga adalah *Dengue Shock Sindrome* (6,91%). Penyakit *Dengue Shock Sindrome* merupakan sindrome syok yang terjadi pada penderita *Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)* atau Demam Berdarah Dengue, penyakit ini ditandai dengan suhu tubuh di bawah normal, nadi dan tensi menurun, dan trombosit menurun drastis yang menyebabkan pendarahan di dalam, yang paling penting adalah pemantauan jumlah trombosit dari hasil cek laboratorium.

4.2.3. Angka Kematian Ibu (AKI)

Angka Kematian Ibu (AKI) atau *Maternal Mortality Rate* (MMR) juga menjadi salah satu indikator yang peka terhadap kualitas dan aksesibilitas fasilitas pelayanan kesehatan. Berdasarkan survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) Tahun 2012, AKI sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup dan berdasarkan hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) Tahun 2015 sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup, angka kematian ibu merupakan kematian ibu yang terkait dengan gangguan kehamilan, persalinan dan masa nifas (42 hari setelah melahirkan) pada setiap 100.000 kelahiran hidup dalam suatu wilayah pada kurun waktu tertentu yang menunjukkan derajat kesehatan masyarakat di wilayah tersebut.

Angka Kematian Ibu (AKI) atau *Maternal Mortality Rate* (MMR), tidak hanya merupakan indikator tingkat kesehatan wanita, tetapi juga dapat lebih jelas menggambarkan tingkat akses, integritas dan efektivitas sektor kesehatan. Oleh karena itu, MMR juga sering digunakan sebagai indikator tingkat kesejahteraan dari suatu daerah.

Sebagai bahan perbandingan dapat dilihat pada tabel 4.5 Angka Kematian Ibu yang didapat dari berbagai survei sebagai berikut :

TABEL 4.5
ANGKA KEMATIAN IBU / MATERNAL
PER 100.000 KELAHIRAN HIDUP

NO	PENELITIAN / SURVEI	TAHUN	AKI
1.	Penelitian & Pencatatan di 12 RS Pendidikan di Ujung Berung (UNPAD)	1997 – 1980	370
2.	SKRT 1980	1978 – 1980	170
3.	Unpad di Kab. Sukabumi)	1980	150
4.	SKRT 1986	1982	450
5.	SKRT 1992	1986	450
6.	SKRT 1994	1992	425
7.	SDKI 1995	1990 – 1994	390
8.	Balitbang Daerah Prov.Jabar	2003	321,15
9.	SDKI 2002	2003	307
10.	SDKI 2007	2007	228
11.	SDKI 2012	2012	359
12.	SUPAS 2015	2015	305

Sumber : SDKI 1994, 2002/2003, 2007, 2012, SUPAS 2015 (Profil Kesehatan Indonesia tahun, 2015)

Dilihat dari tabel 4.5, bahwa Angka Kematian Ibu cenderung fluktuatif dari tahun ke tahun, namun Angka Kematian Ibu di Indonesia diakui masih tinggi, gambaran ini bisa diambil untuk acuan Angka Kematian Ibu di Kabupaten Bogor.

Angka Kematian Ibu Jawa Barat sebesar 321,15 per 100.000 Kelahiran Hidup (Balitbang Daerah Prov Jabar 2003) masih jauh dari harapan target AKI Nasional sebesar 150 per 100.000 Kelahiran Hidup. Berdasarkan Profil Kesehatan Propinsi Jawa Barat Tahun 2001 bahwa dari hasil SKRT 1992 terungkap bahwa 45,8% kematian maternal terjadi pada waktu melahirkan 29,2% pada kehamilan berusia kurang dari 7 bulan, dan 20,8% terjadi pada masa nifas, serta 4,2% terjadi karena keguguran.

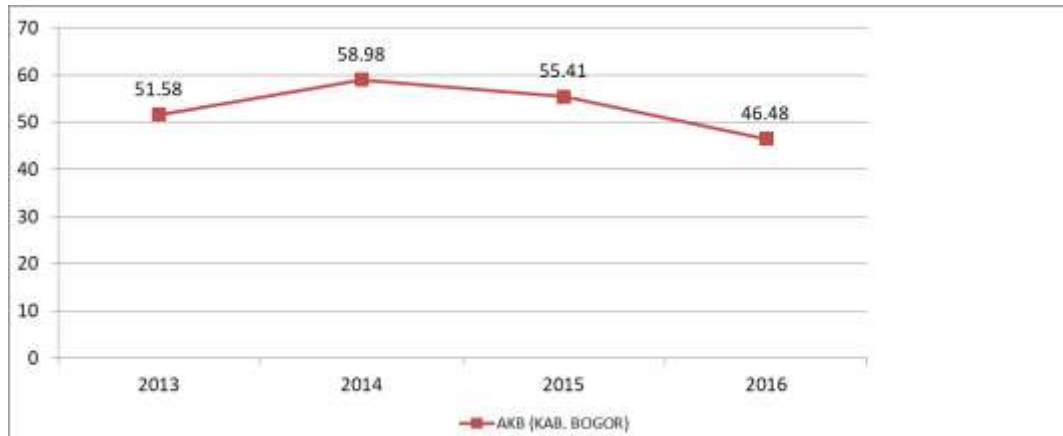
Menurut SKRT 1995, 36% ibu hamil / bersalin mengalami komplikasi sewaktu hamil, bersalin atau nifas dan 22% komplikasi paling sering timbul pada waktu bersalin. Hasil Survei BPS Jawa Barat Tahun 2003 menunjukkan bahwa umumnya kematian ibu terjadi pada saat melahirkan yaitu sebanyak 60,87% sedangkan yang meninggal waktu nifas sebesar 30,43% dan yang meninggal waktu hamil adalah 8,70% (Profil Kesehatan Jawa Barat, Tahun 2005).

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2007 menyebutkan bahwa AKI untuk periode 5 tahun sebelum survei (2003-2007) sebesar 228/100.000 kelahiran hidup.

Angka Kematian Ibu di Kabupaten Bogor Tahun 2013 masih menggunakan Angka Kematian Ibu Jawa Barat yaitu sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI 2007), Tahun 2014 dan Tahun 2015 menggunakan Angka Kematian Ibu Jawa Barat berdasarkan SDKI 2012 yaitu sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup, di Tahun 2016 menggunakan Angka Kematian Ibu berdasarkan Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015 sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup.

Perhitungan lain untuk mengetahui AKI bisa dilakukan secara matematis, hal ini sesuai dengan rumus AKB pada Buku Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat (PWS-KIA) Depkes tahun 2009. Hasil perhitungan matematis ini masih dapat digunakan sebagai perbandingan kinerja tahunan program KIA. Hasil perhitungan AKB secara matematis dapat dilihat pada grafik di bawah ini.

Grafik 4.4
ANGKA KEMATIAN IBU PER 100.000 KELAHIRAN HIDUP
DI KABUPATEN BOGOR TAHUN 2013 – 2016 (MATEMATIS)



Berdasarkan grafik 4.4 diatas di ketahui berdasarkan perhitungan secara matematis AKI di Kabupaten Bogor dari tahun 2013 - 2014 grafiknya meningkat dari 51,58 per 100.000 KH tahun 2013 menjadi 58,98 per 100.000 KH tahun 2014. Tahun 2015 menurun menjadi 55,41 per 100.000 KH begitu pula Tahun 2016 kembali menurun menjadi 46.48 per 100.000 KH. AKI hasil perhitungan matematis ini sangat diperlukan karena merupakan hasil real laporan kematian ibu dilaporkan dibandingkan dengan kelahiran hidup di Kabupaten Bogor. Walaupun berbeda secara metologi dengan perhitungan survei, hasil AKI perhitungan matematis masih bisa digunakan untuk melihat capaian kinerja / evaluasi tahunan program KIA.

Kasus kematian ibu yang dilaporkan berdasarkan laporan puskesmas (SP3) pada Tahun 2016 sebanyak 58 terdiri dari kematian ibu hamil sebanyak 25 orang, kematian ibu bersalin sebanyak 3 orang dan kematian ibu nifas sebanyak 30 orang.

Pada penanganan kasus sering ditemukan Trias tiga terlambat yang akan memperbesar angka kematian ibu diantaranya :

1. Terlambat memutuskan untuk mencari pertolongan bagi kasus kegawat daruratan obstetri
2. Terlambat mencari tempat rujukan yang disebabkan oleh keadaan geografis dan masalah transportasi

3. Terlambat memperoleh penanganan yang adekuat ditempat rujukan karena kurangnya sumber daya dan fasilitas kesehatan di pusat rujukan

Telah diketahui bahwa empat penyebab utama kematian ibu dalam bidang obstetri adalah: pendarahan 22,41%, hipertensi dalam kehamilan (preeklamsia) 46,55%, infeksi 1,72% dan penyebab tindak lanjut lainnya sebesar 29,31%. Penyebab kematian ibu berdasarkan laporan puskesmas dapat dilihat pada tabel 4.6 berikut :

TABEL 4.6
PENYEBAB KEMATIAN IBU BERDASARKAN LAPORAN PUSKESMAS
DI KABUPATEN BOGOR TAHUN 2016

NO	PENYEBAB KEMATIAN	JUMLAH	%
1.	Pendarahan	13	22,41
2.	Preeklamsia	27	46,55
3.	Infeksi	1	1,72
4.	Abortus	0	0,00
5.	Partus Lama	0	0,00
6.	Lain-Lain	17	29,31
TOTAL		58	100,00

Jika dibandingkan target RPJMN tahun 2015 - 2019 sebesar 306 per 100.000 kelahiran hidup, AKI di kabupaten masih tinggi untuk itu perlu upaya dan kerja keras untuk mencapai nya. Salah satu cara yang paling efektif untuk menurunkan angka kematian ibu adalah mendapatkan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih dan beberapa determinan penting yang mempengaruhi AKI secara langsung antara lain status gizi, anemia pada kehamilan, keadaan tiga terlambat dan empat terlalu. Faktor Eksternal yang berpengaruh terhadap kematian ibu / maternal adalah tingkat pendidikan ibu, kesehatan lingkungan fisik maupun budaya, ekonomi keluarga, pola kerja rumah tangga.

Ditinjau dari faktor pendidikan, maka kemungkinan terdapat hubungan yang kuat antara tingkat pendidikan perempuan dengan besarnya Angka Kematian Ibu.

4.2.4. Angka Kematian Kasar (AKK)

Angka Kematian Kasar (*Crude Death Rate*) adalah jumlah kematian yang terjadi pada suatu waktu dan tempat tertentu per 1.000 penduduk pada pertengahan tahun. Estimasi Angka Kematian Kasar (AKK) berdasarkan data nasional tahun 1990-1995 sebesar 7,5 per 1.000 penduduk. Angka Jawa Barat 1990-1995 sebesar 8,4 per 1.000 penduduk dan hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS, 2005), menyebutkan bahwa AKK Tahun 2007 sebesar 6,9 per 1.000 penduduk,

AKK dapat digunakan sebagai petunjuk umum status kesehatan masyarakat, kondisi kesehatan di dalam masyarakat, yang secara tidak langsung menggambarkan kondisi lingkungan sosial ekonomi, fisik dan biologis. AKK menjadi dasar penghitungan laju pertumbuhan penduduk, walaupun penilaian yang diberikan secara kasar dan tidak langsung.

Kabupaten Bogor belum mempunyai AKK sendiri jadi masih mengacu ke AKK Nasional dan Jawa Barat. Menurut BPS Propinsi Jawa Barat, perkiraan kematian tahun 2000-2009 untuk perempuan berkisar sebesar 20,59 dan laki-laki 20,19.

4.2.5. Kematian Pada Golongan Umur Tertentu

Berdasarkan laporan dari Rumah Sakit di Kabupaten Bogor Tahun 2016, menurut penyakit penyebab kematian pasien rawat inap di Rumah Sakit umur 5-15 tahun terbesar disebabkan karena *Demam Berdarah Dengue (DBD)* sebanyak 18 orang (6,29%) dari 286 kematian. Penyebab ke-dua adalah Meningitis sebanyak 14 orang (4,90%) dan ke-tiga disebabkan karena *Dengue Shock Syndrome (DSS)* sebanyak 13 orang (4,55%).

Sedangkan pola kematian pada umur 15-44 tahun disebabkan oleh penyakit terbesar adalah *Tuberkulosis (TB) Paru* sebanyak 82 orang (12,75%), urutan kedua yaitu *Sepsi* sebanyak 81 orang (12,60%) dan penyebab terbanyak ketiga adalah *Stroke* sebanyak 75 orang (11,66%) dari 643 kematian.

Untuk penyakit penyebab kematian usia lanjut (umur 45->75 tahun) di Kabupaten Bogor Tahun 2016 yang terbanyak adalah *Stroke* sebanyak 342 orang (27,85%), urutan kedua adalah *Sepsis* sebanyak 131 orang (10,67%) dan ketiga adalah *Tuberkulosis (TB) Paru* sebanyak 106 orang (8,63%).

Dari semua golongan umur terlihat bahwa pola kematian terbesar adalah yang pertama adalah penyakit *Stroke* sebesar 226 kasus, kedua adalah penyakit *Sepsis* sebesar 220 kasus dan terbesar ketiga adalah *Bronhcopneumonia* sebesar 159 kasus. Kematian pada penyakit tertentu di rumah sakit dapat dilihat pada tabel 85 C sampai 85 F pada lampiran tabel profil kesehatan.

4.3. MORBIDITAS

4.3.1. Pola Penyakit di Puskesmas

Angka kesakitan diperoleh melalui survei rumah dan untuk tahun terkini belum diperbaharui sehingga masih mengacu pada hasil survei kesehatan rumah tangga (SKRT) Tahun 1980 dan Tahun 1986 yang menunjukkan bahwa angka kesakitan nasional masing-masing adalah 11,5% dan 8,3%. Angka Kesakitan Bayi sedikit meningkat dari 15,7% (Tahun 1980) menjadi 23,9% (Tahun 1986) sedangkan angka kesakitan pada kelompok anak balita (1-4 tahun) menurun dari 19,4% menjadi 18,3%.

Berdasarkan dari hasil laporan puskesmas di Kabupaten Bogor Tahun 2016 pola penyakit terbanyak menurut umur 0-<1 tahun masih berkisar pada Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Atas Akut tidak Spesifik (33,54%), Nasofaringitis Akut (19,56%) dan Penyakit Diare & Gastroenteritis (10,82%) dari seluruh penderita sebanyak 120.983 kasus.

Penyakit-penyakit tersebut masih berkaitan erat dengan kondisi lingkungan yang buruk, khususnya untuk penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Atas Akut yang pada Tahun 2015 dan Tahun 2016 berada pada urutan pertama pola penyakit kelompok umur 0-<1 tahun di rawat jalan puskesmas. Sehingga perlu menjadi perhatian apakah hal ini termasuk juga dengan pola asuh ibu terhadap anaknya. Untuk sepuluh besar penyakit terbanyak diamati di puskesmas umur 0-< 1 tahun dapat dilihat pada tabel 4.7 berikut:

TABEL 4.7
POLA PENYAKIT PENDERITA RAWAT JALAN DI PUSKESMAS
UMUR 0 - < 1 TAHUN KABUPATEN BOGOR
TAHUN 2016

NO	NAMA PENYAKIT	PENDERITA	
		JUMLAH	(%)
1	Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Atas Akut	40.481	33,54
2	Nasofaringitis Akut (Common Cold)	23.611	19,56
3	Diare & Gastroenteritis	13.059	10,82
4	Penyakit Kulit & Jaringan Subkutan)	11.732	9,72
5	Gejala, Tanda & Penemuan Secara Klinis & Laboratorium yang Diklasifikasikan di tempat lain	11.369	9,42
6	Penyakit Saluran Pernafasan lainnya	4.026	3,34
7	Broncopneumonia	3.112	2,58
8	Faringitis Akut	1.523	1,26
9	Konjunktivitis	1.424	1,18
10	Skabies	1.176	0,97
11	Penyakit Sistem Pencernakan	1.030	0,63
12	Varisela/ Cacar Air	751	0,62
13	Penyakit Telinga & Prosesus Mastoideus	743	0,44
14	Demam Tifoid & Paratifoid	534	0,44
15	Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Bawah Akut tidak Spesifik	529	0,35
16	Laringitis	423	0,34
17	Amubiasis, Drisenrti Amuba	413	0,25
18	Tuberkulosis (TB) Paru	298	0,11
19	Myalgia	132	0,08
20	Campak	102	0,48
21	Penyakit lainnya	4.206	3,48
Jumlah		120,683	100

Berdasarkan hasil pengamatan, pola penyakit terbanyak yang diamati di puskesmas menurut umur 1-4 tahun hampir sama dengan pola penyakit untuk kelompok umur 0-< 1 tahun yaitu Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Atas Akut (29,62%), Nasofaringitis Akut (17,21%) dan Penyakit Kulit & Jaringan Subkutan (10,83%) dari seluruh penderita sebanyak 268.723 kasus. Sepuluh besar pola penyakit penderita rawat jalan umur 1 - 4 tahun dapat dilihat pada tabel 4.8 berikut :

TABEL 4.8
POLA PENYAKIT PENDERITA RAWAT JALAN DI PUSKESMAS
UMUR 1 - 4 TAHUN KABUPATEN BOGOR
TAHUN 2016

NO	NAMA PENYAKIT	PENDERITA	
		JUMLAH	(%)
1	Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Atas Akut tidak Spesifik	79.601	31,02
2	Nasofaringitis Akut (Common Cold)	46.241	16,18
3	Penyakit Kulit & Jaringan Subkutan	29.105	13,42
4	Diare & Gastroenteritis	26.518	7,56
5	Gejala, Tanda & Penemuan Secara Klinis & Laboratorium yang Diklasifikasikan di tempat lain	22.155	6,48
6	Penyakit Sistem Pencernakan	10.419	3,65
7	Faringitis Akut	7.645	2,54
8	Penyakit Saluran Pernafasan lainnya	7.163	2,13
9	Bronchopneumonia	5.709	2,11
10	Skabies	4.770	1,93
11	Konjunktivitis	4.678	1,12
12	Penyakit Telinga dan Prosesus Mastoideus	3.829	1,10
13	Varisela/ Cacar Air	3.025	0,99
14	Demam Tifoid & Paratifoid	2.745	0,90
15	Tonsilitis	1.239	0,89
16	Amubiasis, Disentri Amuba	1.157	0,69
17	Tuberkulosis (TB) Paru	1.094	0,67
18	Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Bawah Akut tidak Spesifik	915	0,63
19	Laringitis	909	0,61
20	Penyakit Sistem Muskuloskeletal dan Jaringan Ikut	632	0,58
21	Penyakit lainnya	9.174	4,78
Jumlah		268.723	100

Pola penyakit terbanyak yang diamati di puskesmas menurut kelompok umur 5 -15 tahun di Kabupaten Bogor Tahun 2016, secara umum yang terbanyak disebabkan penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Atas Akut tidak Spesifik (24,34%), urutan kedua adalah Penyakit sistem Pencernakan (15,67%) sedangkan Penyakit Nasofaringitis Akut (Common Cold) ada pada urutan ketiga (15,19%). Lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 4.9:

TABEL 4.9
POLA PENYAKIT PENDERITA RAWAT JALAN DI PUSKESMAS
UMUR 5 - 15 TAHUN KABUPATEN BOGOR
TAHUN 2016

NO	NAMA PENYAKIT	PENDERITA	
		JUMLAH	(%)
1	Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Atas Akut tidak Spesifik	104.680	24,34
2	Penyakit Sistem Pencernakan	67.409	15,67
3	Nasofaringitis Akut (Common Cold)	65.348	15,19
4	Penyakit Kulit & Jaringan Subkutan	55.157	12,82
5	Gejala, Tanda & Penemuan Secara Klinis & Laboratorium yang Diklasifikasikan di tempat lain	38.175	8,88
6	Diare & Gastroenteritis	23.435	5,45
7	Faringitis Akut	18.784	4,37
8	Skabies	12.801	2,98
9	Penyakit Saluran Pernafasan lainnya	11.839	2,75
10	Penyakit pada Mata & Adneksa	11.363	2,64
11	Penyakit Telinga dan Prosesus Mastoideus	10.307	2,40
12	Demam Tifoid & Paratipoid	9.643	2,24
13	Tonsilitis Akut	6.941	1,61
14	Varisela / Cacar Air	6.547	1,52
15	Penyakit Muskuloskeletal dan Jaringan Ikat	3.468	0,81
16	Tuberkulosis (TB) Paru	2.325	0,54
17	Penyakit Susunan Saraf	1.829	0,43
18	Parotitis (Gondongan)	1.694	0,39
19	Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Bawah Akut tidak Spesifik	1.630	0,38
20	Herpes	1.313	0,31
21	Penyakit lainnya	15.243	3,54
JUMLAH		430.128	100.00

Pola penyakit terbanyak diamati di puskesmas pada kelompok umur 15-44 tahun di Kabupaten Bogor Tahun 2016 menunjukkan bahwa penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Atas Akut tidak Spesifik (13,92%) berada pada urutan pertama diikuti oleh Diare & Gastroenteritis (9,58%) dan Penyakit Nasofaringitis Akut (9,28%) di urutan ketiga. Untuk lebih jelas bisa dilihat di tabel 82D pada lampiran tabel profil kesehatan dan untuk 10 besar penyebab penyakit yang diamati di Puskesmas kelompok umur 15-44 tahun pada tabel 4.10 sebagai berikut :

TABEL 4.10
POLA PENYAKIT PENDERITA RAWAT JALAN DI PUSKESMAS
UMUR 15 - 44 TAHUN KABUPATEN BOGOR
TAHUN 2016

NO	NAMA PENYAKIT	PENDERITA	
		JUMLAH	(%)
1	Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Atas Akut tidak Spesifik	105.953	13,92
2	Diare & Gastroenteritis	72.956	9,58
3	Nasofaringitis Akut (Common Cold)	70.656	9,28
4	Penyakit Sistem Muskuloskeletal dan Jaringan Ikat	61,399	8.06
5	Penyakit Kulit & Jaringan Subkutan	60.783	7,98
6	Gejala, Tanda & Penemuan Secara Klinis & Laboratorium yang Diklasifikasikan di tempat lain	45.023	5,91
7	Dispepsia	33.957	4.46
8	Hipertensi	29.659	3.90
9	Penyakit Pulpa dan Jaringan Periapikal	25.665	3,54
10	Tukak Lambung	25.007	3.37
11	Faringitis Akut	23.174	3.28
12	Penyakit Susunan Saraf	23.084	3.04
13	Penyakit Saluran Pernafasan lainnya	15.146	2.03
14	Penyakit Pada Mata & Adneksa	14.540	1,99
15	Karies Gigi	14.139	1.91
16	Demam Tifoid & Paratifoid	12.771	1.86
17	Penyakit Gusi, Jaringan Periodontal dan Tulang Alveolar	12.043	1.68
18	Tuberkulosis (TB) Paru	10.191	1.58
19	Penyakit Telinga & Prosesus Mastoideus	8.912	1.34
20	Skabies	8.373	1,17
21	Penyakit lainnya	88.008	11,56
Jumlah		761.419	100.00

Pola penyakit terbanyak diamati di Puskesmas umur 45-75 tahun, adalah Penyakit Sistem Muskuloskeletal dan Jaringan Ikat (15,39%) urutan kedua adalah Hipertensi (11,82%) dan urutan ketiga Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Atas Akut tidak Spesifik (9,61%). Lebih jelas bisa dilihat pada 10 besar penyebab penyakit yang diamati di puskesmas kelompok umur 45-75 tahun dapat dilihat pada tabel 4.11 sebagai berikut :

TABEL 4.11
POLA PENYAKIT PENDERITA RAWAT JALAN DI PUSKESMAS
UMUR 45 - 75 TAHUN KABUPATEN BOGOR
TAHUN 2016

NO	NAMA PENYAKIT	PENDERITA	
		JUMLAH	(%)
1	Penyakit Sistem Muskuloskeletal dan Jaringan Ikat	132.005	15,39
2	Hipertensi	101.346	11,82
3	Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Atas Akut tidak Spesifik	82.363	9,61
4	Myalgia	71.540	8,34
5	Nasofaringitis Akut (Common Cold)	50.386	5,88
6	Diare & Gastroenteritis	47.753	5,57
7	Penyakit Kulit & Jaringan Subkutan	41.287	4,81
8	Dispepsia	32.017	3,73
9	Gejala, Tanda & Penemuan Secara Klinis & Laboratorium yang Diklasifikasikan di tempat lain	31.747	3,70
10	Penyakit Susunan Syaraf	27.798	3,24
11	Tukak Lambung	25.417	2,96
12	Rematisme	23.969	2,80
13	Diabetes Militus	22.456	2,62
14	Artritis	20.061	2,34
15	Penyakit Saluran Pernafasan Lainnya	15.331	1,79
16	Penyakit Pulpa dan Jaringan Periapikal	13.225	1,54
17	Penyakit Mata dan Adneksa	13.225	1,54
18	Faringtritis	12.850	1,50
19	Penyakit Gusi, Jaringan Periodontal dan Tulang Alveolar	9.667	1,13
20	Tuberkulosis (TB) Paru	6.509	0,76
21	Penyakit lainnya	76.535	8,93
Jumlah		857.486	100.00

Pola penyakit terbanyak yang diamati pada kelompok semua golongan umur menggambarkan penyakit Saluran Pernafasan Atas Akut tidak Spesifik ada pada urutan pertama (18,16%) diikuti Penyakit Nasofaringitis Akut (Common Cold) (11,27%), Diare & Gastroenteritis (9,35%) pada urutan ke-tiga. Untuk lebih jelasnya bisa dilihat pada tabel 4.12. Sepuluh (10) besar penyakit terbanyak diamati di puskesmas pada kelompok semua golongan umur :

TABEL 4.12
POLA PENYAKIT PENDERITA RAWAT JALAN DI PUSKESMAS
SEMUA GOLONGAN UMUR TAHUN KABUPATEN BOGOR
TAHUN 2016

NO	NAMA PENYAKIT	PENDERITA	
		JUMLAH	(%)
1	Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut tidak Spesifik	413.078	18,16
2	Nasofaringitis Akut (Common Cold)	256.332	11,27
3	Diare & Gastroenteritis	212.538	9,35
4	Penyakit Kulit & Jaringan Subkutan	198.064	8,71
5	Penyakit Sistem Muskuloskeletal dan Jaringan Ikut	197.637	6,61
6	Gejala, Tanda & Penemuan Secara Klinis & Laboratorium yang Diklasifikasikan di tempat lain	148.649	5,70
7	Hipertensi	131.463	5,17
8	Dispepsia	78.852	3,90
9	Faringitis Akut	64.516	3,33
10	Tukak Lambung	55.772	3,00
11	Penyakit Saluran Pernafasan Lainnya	53.505	2,90
12	Penyakit Susunan Syaraf	52.814	2,40
13	Penyakit Pulpa dan Jaringan Periapikal	52.435	2,28
14	Penyakit Pada Mata dan Adneksa	45.587	2,05
15	Demam Tifoid & Paratipoid	32.255	1,69
16	Penyakit Gusi,Jaringan Periodontal dan Tulang Alveolar	31.873	1,59
17	Skabies	30.278	1,52
18	Karies Gigi	29.608	1,42
19	Diabetes Militus	28.651	1,35
20	Tuberkulosis (TB) Paru	20.417	1,29
21	Penyakit lainnya	139.963	6,15
JUMLAH		2.274.287	100.00

4.3.2. Pola Penyakit Rawat Jalan Di Rumah Sakit

Pola penyakit kasus rawat jalan di rumah sakit pada kelompok umur 0-1 tahun di Kabupaten Bogor Tahun 2016 didominasi oleh penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut (25,86%) diikuti oleh Penyakit Demam Tifoid & Paratipoid (11, 69%) pada urutan ke-dua sedangkan Pneumonia (8,30%) di urutan ke-tiga.

TABEL 4.13
POLA PENYAKIT KASUS RAWAT JALAN DI RUMAH SAKIT
UMUR 0 - 1 TAHUN KABUPATEN BOGOR
TAHUN 2016

NO	NAMA PENYAKIT	KASUS BARU	
		JUMLAH	(%)
1	Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut	6.903	25,85
2	Demam Tifoid&Paratifoid	3.120	11,69
3	Pneumonia	2.215	8,30
4	Diare & Gastroenteritis	2.149	8,05
5	Tuberkulosis (TB) Paru	1.421	5,32
6	Penyakit Saluran Pernafasan Atas lainnya	1.297	4,86
7	Hyperbilirubin	875	3,28
8	Bronkitis	722	2,70
9	Penyakit Kulit & Jaringan Subkutan	556	2,08
10	Faringitis Akut	497	1,86
11	Demam Berdarah Dengue (DBD)	461	1,73
12	Gejala, Tanda & Penemuan Secara Klinis & Laboratorium yang Diklasifikasikan di tempat lain	401	1,50
13	Konjunktivitis	385	1,44
14	Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)	372	1,39
15	Nasofaringitis Akut (Common Cold)	306	1,15
16	Tukak Lambung	297	1,11
17	Varisela / Cacar Air	250	0,94
18	Infeksi Virus Lainnya	228	0,85
19	Campak	225	0,84
20	Penyakit Telinga & Prosesus Mastoideus	165	0,62
21	Penyakit Lainnya	3.853	14,43
JUMLAH		26.698	100.00

Pola penyakit kasus rawat jalan di rumah sakit umur 1-4 Tahun di Kabupaten Bogor Tahun 2016 didominasi penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Atas Akut (24,10%), urutan ke-dua Demam Tifoid & Paratifoid (17,97%) dan ketiga adalah Tuberkulosis (TB) Paru (12,37%). Lebih jelasnya 10 besar penyakit pada kelompok umur ini dapat dilihat pada tabel 4.14 berikut ini :

TABEL 4.14
POLA PENYAKIT KASUS RAWAT JALAN DI RUMAH SAKIT
UMUR 1 - 4 TAHUN KABUPATEN BOGOR
TAHUN 2016

NO	NAMA PENYAKIT	KASUS BARU	
		JUMLAH	(%)
1	Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Atas Akut	10.495	24,10
2	Demam Tifoid&Paratifoid	7.824	17.97
3	Tuberkulosis (TB) Paru	5.387	12.37
4	Diare & Gastroenteritis	3.586	8,23
5	Demam Berdarah Dengue (DBD)	2.433	5,59
6	Bronchopneumonia	2.350	5,40
7	Faringitis	1.399	3.21
8	Penyakit Kulit & Jaringan Subkutan	891	2,05
9	Vomitus	871	2.00
10	Bronchiolitis	870	2.00
11	Bakteri Infeksi	732	1.68
12	Morbili	619	1.42
13	Penyakit Telinga & Prosesus Mastoideus	556	1,28
14	Gejala, Tanda & Penemuan Secara Klinis & Laboratorium yang Diklasifikasikan di tempat lain	471	1.08
15	Dispepsia	361	0.83
16	Asma	323	0.74
17	Konjunktivitis	273	0.63
18	Nasofaringitis Akut (Common Cold)	216	0.50
19	Campak	210	0.48
20	Anemia	202	0.46
21	Penyakit Lainnya	3,482	8.00
JUMLAH		43.551	100.00

Pola penyakit kasus rawat Jalan di rumah sakit umur 5-15 tahun di Kabupaten Bogor Tahun 2016, didominasi oleh 3 besar penyakit Demam Tifoid & Paratifoid (18,19%), Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Atas Akut (15,96%) serta Tuberkulosis (TB) Paru (9,82%). Untuk lebih jelasnya bisa dilihat pada tabel 4.15 sebagai berikut :

TABEL 4.15
POLA PENYAKIT KASUS RAWAT JALAN DI RUMAH SAKIT
UMUR 5 - 15 TAHUN KABUPATEN BOGOR
TAHUN 2016

NO	NAMA PENYAKIT	KASUS BARU	
		JUMLAH	(%)
1	Demam Tifoid&Paratifoid	7.921	18,19
2	Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Atas Akut tidak spesifik	6.950	15,96
3	Tuberkulosis (TB) Paru	4.277	9,82
4	Dispepsia	2.368	5,44
5	Demam Berdarah Dengue (DBD)	2.183	5,01
6	Konjunktivitis	1.521	3,49
7	Penyakit Telinga & Prosesus Mastoideus	1.467	3,37
8	Diare & Gastroenteritis	1.401	3,22
9	Faringitis	1,328	3,05
10	Dermatitis	1.270	2,92
11	Gejala, Tanda & Penemuan Secara Klinis & Laboratorium yang Diklasifikasikan di tempat lain	1,194	2,74
12	Bronchopneumonia	1.078	2,48
13	Asma	1.077	2,47
14	Vomitus	690	1,58
15	Viral Infektion	563	1,29
16	Morbili	450	1,03
17	Tonsilitis	410	0,94
18	Bronchiolitis	394	0,91
19	Skabies	308	0,71
20	Stomatitis	271	0,62
21	Penyakit Lainnya	6.413	14,73
JUMLAH		43.534	100.00

Pola penyakit kasus rawat jalan di rumah sakit umur 15-44 tahun di Kabupaten Bogor Tahun 2016, urutan pertama adalah Demam Tifoid & Paratifoid (11,09%) kemudian Dispepsia (11,03%) dan Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Atas Akut (11,03%) berada di urutan ke-tiga. Untuk lebih jelasnya bisa dilihat pada tabel 83 D pada lampiran profil kesehatan, tetapi untuk 10 besar penyakit kasus rawat jalan pada kelompok umur ini adalah pada tabel 4.16 sebagai berikut :

TABEL 4.16
POLA PENYAKIT KASUS RAWAT JALAN DI RUMAH SAKIT
UMUR 15-44 TAHUN KABUPATEN BOGOR
TAHUN 2016

NO	NAMA PENYAKIT	KASUS BARU	
		JUMLAH	(%)
1	Demam Tifoid&Paratifoid	13.512	11,09
2	Dispepsia	13.435	11,03
3	Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Atas Akut	13.431	11,03
4	Gejala, Tanda & Penemuan Secara Klinis & Laboratorium yang Diklasifikasikan di tempat lain	10.321	8,47
5	Konjuntivitis	6.206	5,10
6	Tuberkulosis (TB) Paru	5.703	4,68
7	Penyakit Telinga & Prosesus Mastoideus	4.672	3,84
8	Hipertensi Primer (Ensesial)	4.183	3,43
9	Cepalgia Vasculer	4.016	3,30
10	Diare & Gastroenteritis	3.635	2,98
11	Demam Bedarah Dengue (DBD)	3.602	2,96
12	Dermatitis	2.964	2,43
13	Faringitis	2.651	2,18
14	Diabetes millitus (DM)	2.481	2,04
15	Asma	1.684	1,38
16	Neoplasma	1.634	1,34
17	Bronchopneumonia	1.385	1,14
18	Infeksi Saluran Kemih (ISK)	1.317	1,08
19	Bronchiolitis	1.291	1,06
20	Skabies	1.107	0,91
21	Penyakit Lainnya	22.557	18,52
JUMLAH		121.787	100.00

Pola penyakit kasus rawat jalan di rumah sakit umur 45->75 tahun, di Kabupaten Bogor Tahun 2016 kasus terbanyak adalah Penyakit Hipertensi (13,19%) diikuti oleh Penyakit Dispepsia (12,75%) dan penyakit Gejala, Tanda & Penemuan secara klinis & Laboratorium yang Diklasifikasikan di tempat lain (12,62%). Lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 4.17 berikut

TABEL 4.17
POLA PENYAKIT KASUS RAWAT JALAN DI RUMAH SAKIT
UMUR 45->75 TAHUN KABUPATEN BOGOR
TAHUN 2016

NO	NAMA PENYAKIT	KASUS BARU	
		JUMLAH	(%)
1	Hipertensi	14.217	13,19
2	Dispepsia	13.742	12,75
3	Gejala, Tanda & Penemuan Secara Klinis & Laboratorium yang Diklasifikasikan di tempat lain	13.601	12,62
4	Diabetes Militus (DM)	9.548	8,86
5	Konjunctivitis	7.173	6,65
6	Stroke	6.650	6,17
7	Tuberkulosis (TB) Paru	5.585	5,18
8	Congestive Heart Failure (CHF)	4.297	3,99
9	Demam Tifoid&Paratifoid	3.220	2,99
10	Bronchopneumonia	3.065	2,84
11	Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Atas Akut	2.907	2,70
12	Diare & Gastroenteritis	2.639	2,45
13	Jantung Iskemik	2.295	2,13
14	Penyakit Kulit & Jaringan Subkutan	1.358	1,26
15	Penyakit Virus Lainnya	973	0,90
16	Penyakit Telinga & Prosesus Mastoideus	965	0,90
17	Vertigo	810	0,75
18	Colik Abdomen	620	0,58
19	Faringitis	620	0,58
20	Bronchiolitis	546	0,51
21	Penyakit Lainnya	12.953	12,02
JUMLAH		107.784	100.00

Pola penyakit kasus rawat jalan di rumah sakit untuk Semua Golongan Umur di Kabupaten Bogor Tahun 2016 untuk penyakit terbesar pertama yaitu Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Atas Akut (13,19%). Urutan ke-dua adalah penyakit Demam Tifoid & Paratifoid (12,95%) dan ke-tiga adalah Dispepsia (8,24%). Jika dibandingkan dengan Pola Penyakit Kasus Rawat Jalan di puskesmas dan di rumah sakit pada Golongan Semua Umur banyak ditemukan kasus penyakit menular seperti Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Atas Akut. Tabel 4.18 merupakan tabel sepuluh (10) besar penyakit pada kelompok Semua Golongan Umur di rumah sakit dan untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 83 F pada lampiran profil kesehatan.

TABEL 4.18
POLA PENYAKIT KASUS RAWAT JALAN DI RUMAH SAKIT
SEMUA GOLONGAN UMUR KABUPATEN BOGOR
TAHUN 2016

NO	NAMA PENYAKIT	KASUS BARU	
		JUMLAH	(%)
1	Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Atas Akut	29.072	13,19
2	Demam Tifoid & Paratifoid	28.536	12,95
3	Dispepsia	18.156	8,24
4	Tuberkulosis (TB) Paru	17.253	7,83
5	Gejala, Tanda & Penemuan Secara Klinis & Laboratorium yang Diklasifikasikan di tempat lain	13.436	6,10
6	Bronchopneumonia	11.617	5,27
7	Diabetes Militus (DM)	11.525	5,23
8	Diare & Gastroenteritis	11.098	5,04
9	Hipertensi	10.561	4,79
10	Penyakit Mata & Adneksa	8.073	3,66
11	Demam Bedarah Dengue (DBD)	8.041	3,65
12	Faringitis	7.412	3,36
13	Penyakit Kulit & Jaringan Subkutan	4.788	2,17
14	Penyakit Telinga & Prosesus Mastoideus	4.616	2,09
15	Stroke	4.562	2,07
16	Gagal Jantung	3.086	1,40
17	Bronchiolitis	2.780	1,26
18	Penyakit Virus lainnya	2.659	1,21
19	Congestive Heart Failure (CHF)	2.360	1,07
20	Vertigo	1.497	0,68
21	Penyakit Lainnya	19.214	8,72
JUMLAH		220.342	100,00

4.3.3. Pola Penyakit Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit

Pola penyakit pasien rawat inap di rumah sakit pada kelompok umur 0-<1 tahun adalah Penyakit Diare & Gastroenteritis sebesar 14,76 % sebagai prioritas, selain itu Bronchopneumonia sebesar (13,23%) serta Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) (7,16%) merupakan kasus terbesar ke-dua dan ke-tiga. Lebih jelasnya mengenai pola penyakit kasus rawat inap di rumah sakit dapat dilihat pada tabel 4.19.

TABEL 4.19
POLA PENYAKIT KASUS RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT
UMUR 0-< 1 TAHUN KABUPATEN BOGOR
TAHUN 2016

NO	NAMA PENYAKIT	KASUS BARU	
		JUMLAH	(%)
1	Diare & Gastroenteritis	1.200	14,76
2	Bronchopneumonia	1.076	13,23
3	Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)	585	7,19
4	Demam Tifoid & Paratifoid	582	7,16
5	Asfiksia	506	6,22
6	Hiperbilirubin	502	3,71
7	Infeksi Neonatorum	387	4,76
8	Respiratory Distress Syndrome (RDS)	332	4,08
9	Ikterus Neonatorum	267	3,28
10	Bacteri Infeksi	248	3,05
11	Gejala, Tanda & Penemuan Secara Klinis & Laboratorium yang Diklasifikasikan di tempat lain	244	3,00
12	Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Atas Akut	177	2,18
13	Sepsis	150	1,84
14	Morbili	149	1,83
15	Vomitus	70	0,86
16	Anemia	64	0,79
17	Bronchiolitis	56	0,69
18	Fetal Dealt	27	0,33
19	Infeksi Saluran Kemih (ISK)	16	0,20
20	Dispepsia	8	0,10
21	Penyakit Lainnya	1.486	18,27
JUMLAH		8.132	100.00

Pola penyakit pasien rawat inap di rumah sakit pada kelompok umur 1-4 tahun di Kabupaten Bogor Tahun 2016, untuk penyakit yang menonjol pada kelompok umur ini adalah Demam Tifoid & Paratifoid (27,61%), Diare dan Gastroenteritis (17,07%) dan Demam Berdarah Dengue (12,67%). Tabel 4.20 menggambarkan sepuluh (10) besar penyakit pada kelompok umur 1-4 tahun pasien rawat inap di rumah sakit dan untuk jelasnya dapat dilihat pada tabel 84.B pada lampiran profil kesehatan.

TABEL 4.20
POLA PENYAKIT KASUS RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT
UMUR 29 HARI 1- 4 TAHUN KABUPATEN BOGOR
TAHUN 2016

NO	NAMA PENYAKIT	KASUS BARU	
		JUMLAH	(%)
1	Demam Tifoid&Paratifoid	4.499	27,61
2	Diare & Gastroenteritis	2.781	17,07
3	Demam Berdarah Dengue (DBD)	2.065	12,67
4	Bronchopneumonia	1.797	11,03
5	Morbili	781	4,79
6	Bacterial Infection	710	4,36
7	Gejala, Tanda & Penemuan Secara Klinis & Laboratorium yang Diklasifikasikan di tempat lain	600	3,68
8	Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Atas Akut	591	3,63
9	Vomitus	411	2,52
10	Anemia	251	1,54
11	Bronchiolitis	184	1,13
12	Thalasemia	130	0,80
13	Tuberkulosis (TB) Paru	124	0,76
14	Dispepsia	123	0,75
15	Dehidrasi	118	0,72
16	Infeksi Saluran Kemih (ISK)	106	0,65
17	Faringitis	40	0,25
18	Epilepsi	33	0,20
19	Konjunktivitis	20	0,12
20	Meningoencephalitis	18	0,11
21	Penyakit Lainnya)	914	5,61
JUMLAH		16.296	100.00

Pola penyakit kasus rawat inap di rumah sakit umur 5-15 tahun di Kabupaten Bogor Tahun 2016 adalah Demam Berdarah Dengue / DBD (43,07%), Demam Tifoid & Paratifoid (22,73%), serta Penyakit Broncpopneumonia (12,81%), lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 4.21.

TABEL 4.21
POLA PENYAKIT KASUS RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT
UMUR 5-15TAHUN KABUPATEN BOGOR
TAHUN 2016

NO	NAMA PENYAKIT	KASUS BARU	
		JUMLAH	(%)
1	Demam Berdarah Dengue (DBD)	11.660	43,07
2	Demam Tifoid&Paratifoid	6.207	22,73
3	Bronchopneumoni	3.498	12,81
4	Diare & Gastroenteritis	1.699	6,22
5	Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Atas Akut	782	2,86
6	Morbili	529	1,94
7	Bacterial Infection	328	1,20
8	Vomit	292	1,07
9	Tonsilitis	232	0,85
10	Dispepsia	230	0,84
11	Diabetes Millitus (DM)	229	0,84
12	Appendicitis	191	0,70
13	Asma	184	0,67
14	Gejala, Tanda & Penemuan Secara Klinis & Laboratorium yang Diklasifikasikan di tempat lain	174	0,64
15	Anemia	140	0,51
16	Infeksi Saluran Kemih (ISK)	98	0,36
17	Hyperpyrexia	87	0,32
18	Bronchiolitis	65	0,24
19	Hepatitis	32	0,12
20	Sepsis	27	0,10
21	Penyakit Lainnya	523	1,92
JUMLAH		27.307	100.00

Pola penyakit kasus rawat inap di rumah sakit umur 15-44 tahun di Kabupaten Bogor Tahun 2016, urutan pertama pada penyakit kelompok umur ini adalah penyakit Demam Berdarah Dengue (28,42%), urutan ke-dua penyakit Demam Tifoid & Paratifoid sebesar (22,16%) dan Diare & Gastroenteritis (8,52%) merupakan penyakit ke-tiga, dapat dilihat pada tabel 4.22.

TABEL 4.22
POLA PENYAKIT KASUS RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT
UMUR 15-44 TAHUN KABUPATEN BOGOR
TAHUN 2016

NO	NAMA PENYAKIT	KASUS BARU	
		JUMLAH	(%)
1	Demam Berdarah Dengue (DBD)	7.776	28,42
2	Demam Tifoid&Paratifoid	6.062	22,16
3	Diare & Gastroenteritis	2.331	8,52
4	Dispepsia	2.015	7,36
5	Hipertensi	1.419	5,19
6	Neoplasma	1.313	4,80
7	Bronchopneumonia	973	3,56
8	Diabetes Militus (DM)	762	2,78
9	Anemia	568	2,07
10	Appendicitis	446	1,63
11	Congestive Heart Failure (CHF)	269	0,98
12	Kolic Abdomen	269	0,98
13	Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Atas Akut tidak spesifik	234	0,85
14	Gejala, Tanda & Penemuan Secara Klinis & Laboratorium yang Diklasifikasikan di tempat lain	195	0,71
15	Bacterial Infeksi	191	0,70
16	Infeksi Saluran Kemih	165	0,60
17	Morbili	157	0,57
18	Vomitus	139	0,51
19	Contusio Cerebri	90	0,33
20	Tumor Mamae	65	0,24
21	Penyakit Lainnya	1.986	2,89
JUMLAH		27.426	100.00

Pola penyakit kasus rawat inap di rumah sakit umur 45->75 tahun di Kabupaten Bogor Tahun 2016 didominasi oleh Hipertensi, Gagal Jantung dan Infeksi Saluran Kemih Selain itu pada kelompok umur ini muncul penyakit degeneratif seperti Diabetes Millitus, dan Stroke. Tabel 4.23 berikut ini terlihat sepuluh (10) besar penyebab penyakit pada kelompok umur 45->75 tahun.

TABEL 4.23
POLA PENYAKIT KASUS RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT
UMUR 45 - >75 TAHUN KABUPATEN BOGOR
TAHUN 2016

NO	NAMA PENYAKIT	KASUS BARU	
		JUMLAH	(%)
1	Hipertensi	3.432	11,56
2	Gagal Jantung	2.840	9,56
3	Infeksi Saluran Kemih (ISK)	2.592	8,73
4	Gagal Ginjal	2.382	8,02
5	Dispepsia	1.918	6,46
6	Anemia	1.748	5,89
7	Bronchopneumonia	1.716	5,78
8	Diabetes Militus (DM)	1.685	5,67
9	Stroke	1.665	5,61
10	Demam Tifoid&Paratifoid	1.447	4,87
11	Appendicitis	1.333	4,49
12	Tuberkulosis (TB) Paru	1.149	3,87
13	Diare & Gastroenteritis	1.142	3,85
14	Congestive Heart Failure (CHF)	1.070	3,60
15	Demam Berdarah Dengue (DBD)	920	3,10
16	Neoplasma	317	1,07
17	Vertigo	270	0,80
18	Katarak	238	0,91
19	Hepatitis	223	0,75
20	Chronik Renal Failure (CRF)	178	0,60
21	Penyakit Lainnya	1.435	4,83
JUMLAH		29.700	100,00

Pola penyakit kasus rawat inap di Rumah Sakit Semua Golongan Umur Kabupaten Bogor Tahun 2016, pola penyakit Demam Tifoid & Paratifoid (20,93%), Demam Berdarah Dengue (DBD) (18,37%) dan Diare & Gastroenteritis (10,47%)

TABEL 4.24
POLA PENYAKIT KASUS RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT
SEMUA GOLONGAN UMUR KABUPATEN BOGOR
TAHUN 2016

NO	NAMA PENYAKIT	KASUS BARU	
		JUMLAH	(%)
1	Demam Tifoid & Paratifoid	15.300	20,93
2	Demam Berdarah Dengue (DBD)	13.428	18,37
3	Diare & Gastroenteritis	7.657	10,47
4	Bronchopneumonia	5.121	7,00
5	Dispepsia	3.857	5,28
6	Hipertensi	3.236	4,43
7	Gagal Ginjal	3.217	4,40
8	Gagal Jantung	2.806	3,84
9	Anemia	2.492	3,41
10	Tuberkulosis (TB) Paru	1.796	2,46
11	Stroke	1.713	2,34
12	Diabetes Militus (DM)	1.674	2,29
13	Penyakit Saluran Pernafasan Atas Akut tidak spesifik	1.033	1,41
14	Neoplasma	930	1,27
15	Morbili	880	1,20
16	Bayi Berat Badan Rendah (BBLR)	773	1,00
17	Vomitus	697	0,95
18	Bacterial Infeksi	616	0,84
19	Congestive Heart Failure (CHF)	478	0,65
20	Gejala, Tanda & Penemuan Secara Klinis & Laboratorium yang Diklasifikasikan di tempat lain	454	0,62
21	Penyakit Lainnya	4.998	6,68
JUMLAH		73.116	100.00

Pola penyakit di rawat inap rumah sakit berdasarkan peringkat dari semua kelompok umur dapat diketahui bahwa penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) sebanyak 36.281 kasus menjadi penyakit terbesar pertama, Demam Tifoid & Paratifoid sebanyak 34.100 kasus menjadi penyakit terbesar kedua dan penyakit Diare & Gastroenteritis sebanyak 16.810 kasus menjadi penyakit terbesar ketiga.

Jika ditelaah dari pola penyakit baik rawat jalan di puskesmas dan rumah sakit maupun rawat inap di rumah sakit, dapat diketahui bahwa semua pola penyakit terbesar (Diare dan Gastroenteritis, Infeksi Saluran Pernafasan Atas, Demam Tifoid & Paratifoid dan Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit yang disebabkan oleh faktor lingkungan baik lingkungan fisik maupun

biologik (penyediaan air bersih, polusi, pembuangan limbah organik dan non organik) karena padatnya perumahan tempat tinggal serta banyak berdirinya industri-industri di lingkungan tempat pemukiman warga, disamping itu dipengaruhi pula oleh perilaku masyarakat yang masih kurang dalam kebersihan dan penyehatan lingkungan.

4.4 GAMBARAN PENYAKIT MENULAR

Gambaran beberapa penyakit menular yang berjangkit di Kabupaten Bogor antara lain sebagai berikut :

4.4.1 Penyakit Menular Bersumber Binatang

4.4.1.1 Demam Berdarah Dengue (DBD)

Penyakit Demam Berdarah (DBD) merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh virus Dengue dan ditularkan oleh nyamuk *Aedes Aegypti* dan *Aedes Albopichtus* dan penyakit ini ada di sepanjang tahun di Kabupaten Bogor mengingat :

- Kabupaten Bogor merupakan daerah lintas batas dengan daerah endemis (DKI Jakarta, Tangerang dan Bekasi)
- Mobilitas penduduk yang cukup tinggi
- Kepadatan penduduk yang cukup tinggi
- Angka Bebas Jentik (ABJ) rata-rata masih dibawah 95 %.

Kasus penyakit DBD di Kabupaten Bogor pada Tahun 2016 sebanyak 3.477 kasus yang kesemuanya ditangani (100%), sesuai dengan dengan target SPM 2015 sebesar 100%. Adapun jumlah kematian sebanyak 45 orang yang tersebar di 19 kecamatan antara lain Nanggung, Leuwisadeng, Pamijahan , Dramaga, Ciomas, Tamansari, Ciawi, Cisarua, Sukaraja, Babakanmadang, Jonggol, Cileungsi, Klapanunggal, Gunung Putri, Citeureup, Cibinong, Bojonggede, Tajurhalang dan Kemang.

Hasil pemeriksaan jentik nyamuk pada rumah tangga di Kabupaten Bogor pada tahun 2016, Angka Bebas Jentik (ABJ) Tahun 2016 yaitu sebesar 95,86% menurun dari Tahun 2015 yang memiliki angka sebesar 96,07%. Angka bebas jentik tidak mutlak mempengaruhi jumlah kasus DBD karena kasus yang terjadi bukan hanya di daerah endemis, beberapa faktor yang mempengaruhi antara lain faktor perilaku, mobilitas penduduk yang tinggi, kepadatan penduduk dan faktor

agent. Untuk lebih jelasnya kasus DBD selama 5 tahun terakhir dapat dilihat pada tabel 4.25 sebagai berikut :

TABEL 4.25
JUMLAH PENDERITA, KEMATIAN & CASE FATALITY RATE (CFR)
PENYAKIT DBD DI KABUPATEN BOGOR
TAHUN 2012 – 2016

Tahun	Juml.Penderita	Juml.Kematian	CFR (%)
2012	1.580	28	1,77
2013	1.342	25	1,86
2014	1.834	29	1,58
2015	1.428	27	1,89
2016	3.447	45	1,29

Dari tabel di atas terlihat bahwa jumlah penderita DBD selama kurun waktu 5 tahun terakhir cenderung mengalami fluktuatif, jumlah penderita DBD Tahun 2012 sebesar 1.580 orang dan tahun 2016 meningkat tajam menjadi 3.447 orang, begitupula dengan CFR yang menurun cukup signifikan, 1,77 pada Tahun 2012 menjadi 1,29 pada Tahun 2016. Penurunan CFR ini menunjukkan adanya kecepatan untuk penanganan kasus DBD baik di masyarakat maupun di pelayanan kesehatan (Rumah Sakit) Kabupaten Bogor. Berdasarkan insiden DBD di Kabupaten Bogor dapat dibagi menjadi daerah endemis (rawan 1), sporadis (rawan 2) dan potensial (rawan 3). Daerah endemis ada di 23 kecamatan yaitu Kecamatan Jasinga, Parung Panjang, Leuwiliang, Cibungbulang, Pamijahan, Ciampea, Ciawi, Caringin, Cigombong, Kemang, Rancabungur, Bojonggede, Cibinong, Sukaraja, Citeureup, Babakan Madang, Gunung Putri, Cileungsi, Klapanunggal, Jonggol, Cariu, Ciomas dan Tamansari. Daerah sporadis terdapat 13 kecamatan antara lain Kecamatan, Nanggung, Leuwisadeng, Cigudeg, Tenjolaya, Dramaga, Cisarua, Megamendung, Cijeruk, Parung, Ciseeng, Tajurhalang, Rumpin, dan Kecamatan Gunung Sindur, sedangkan daerah potensial meliputi 4 kecamatan antara lain Kecamatan Tenjo, Sukamakmur, Tanjungsari dan Sukajaya.

4.4.1.2. Anthrax

Antraks merupakan penyakit yang ditularkan dari binatang ke manusia (zoonosis). Penyakit ini adalah penyakit yang disebabkan oleh sejenis bakteri yang

disebut *Bacillus Anthracis*. Dalam kondisi jelek, *Bacillus Anthracis* akan membentuk spora yang tahan terhadap lingkungan yang buruk. Spora *Bacillus Anthracis* tahan sampai bertahun-tahun dalam kondisi lingkungan yang sesuai. Kuman Antraks dapat menyerang manusia melalui tiga cara yaitu melalui kulit yang lecet, abrasi atau luka dan dapat melalui pernafasan/inhalasi serta dari mulut karena makan bahan makanan yang tercemar kuman Antraks.

Kabupaten Bogor mempunyai daerah endemis Antraks yaitu ada 9 kecamatan antara lain Bojong Gede, Cibinong, Citeureup, Babakan Madang, Sukaraja, Klapanunggal, Cileungsi, Jonggol dan Sukamakmur. Di Kabupaten Bogor pada tahun 2014 - 2016 tidak ditemukan kasus Antraks.

4.4.1.3. Filariasis

Filariasis atau biasa disebut dengan penyakit Kaki Gajah merupakan penyakit menular yang mengenai saluran dan kelenjar limfe yang disebabkan oleh cacing filarial *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* dan *Brugia timori* dan ditularkan oleh nyamuk Anopheles, Culex, Mansonia, Aedes dan Armigeres sebagai vector agent pembawa *microfilaria*.

Suatu daerah dikatakan endemis filaria apabila di daerah tersebut ditemukan kasus filaria kronis, kemudian setelah dilakukan Survei Darah Jari (SDJ) diperoleh angka mikrofilaria rate >1%. Daerah endemis biasanya berupa dataran rendah berawa-rawa, lingkungan hutan atau kebun yang tidak terawat dan pada umumnya terdapat di daerah pedesaan, namun filariasis juga telah merambah kedaerah perkotaan.

Gejala dari penderita filariasis antara lain demam berulang-ulang selama 3-5 hari dan adanya pembengkakan di beberapa bagian tubuh misalnya pada tangan, kaki dan daerah kemaluan yang terlihat agak kemerahan dan terasa panas (limfedema dini).

Pada tahun 2016 diketemukannya jumlah kasus baru di Kabupaten Bogor sebanyak 26 kasus (perempuan dan laki-laki) dari seluruh kasus sampai dengan tahun 2016 sebanyak 119 kasus (46 kasus pada laki-laki) dan (73 kasus pada perempuan).

4.4.1.4 Flu Burung

Flu burung atau *Avian Influenza* (AI) adalah penyakit menular pada binatang yang disebabkan oleh virus influenza tipe A (H5N1) yang umumnya menginfeksi unggas dan sedikit kemungkinan menginfeksi babi. Penyakit ini bisa menular kepada manusia dan dapat menimbulkan penyakit flu yang berakibat kematian, dengan gejala klinis seperti demam lebih dari 38° C, sakit tenggorokan, flu, batuk, cepat sesak napas, nyeri otot dan lemas, masa inkubasi selama 1-7 hari. Virus ini dapat hidup di air selama 4 hari pada suhu 22° C dan lebih dari 30 hari pada suhu 0° C dalam tinja unggas dan tubuh unggas yang sakit. Namun virus ini akan mati dengan deterjen dan pemanasan 60° C selama 30 menit.

Sejak Tahun 2005 di Propinsi Jawa Barat telah terjadi kasus flu burung pada unggas di beberapa kabupaten/kota di antaranya adalah Kabupaten Bogor, namun Tahun 2016 di Kabupaten Bogor tidak diketemukan kasus suspek flu burung.

4.4.2 Penyakit Menular Langsung

4.4.2.1. Diare

Menurut laporan dari puskesmas Tahun 2016 jumlah kasus diare yang ditemukan di puskesmas sebanyak 159.405 orang, jumlah kasus diare yang diperkirakan ditemukan di Kabupaten Bogor sejumlah 167.398 kasus, dengan demikian cakupan penemuannya adalah 95,23%, hampir mencapai target SPM sebesar 100% dan seluruhnya telah mendapatkan penanganan.

Ditinjau dari jumlah kasus diare, puskesmas yang terbanyak penderita diarenya adalah Puskesmas Cibinong yaitu 10.002 orang dengan angka *Insiden Rate* (IR) sebesar 1,9 kasus/1000 penduduk, sedangkan yang terkecil adalah Puskesmas Cariu yaitu sebesar 1.470 orang dengan angka IR nya sebesar 0,3 kasus/1000 penduduk. Jumlah penderita diare di Cibinong yang cukup tinggi mungkin disebabkan oleh perilaku masyarakatnya yang kurang menjaga kebersihan, untuk itu program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) perlu ditingkatkan kembali agar perilaku dan kesadaran masyarakat dapat berubah sesuai dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di rumah tangga.

4.4.2.2. ISPA (Pneumonia)

Beberapa wilayah di Kabupaten Bogor merupakan daerah industri dan perumahan padat, diperberat dengan makin kompleksnya permasalahan lingkungan membuat penderita ISPA di Kabupaten Bogor cukup tinggi. Hal ini dipengaruhi pula angka kepadatan penduduk di Kabupaten Bogor yang cukup tinggi yaitu 18,70 Jiwa/Km² yang memperberat potensi peningkatan kasus ISPA. Tingginya angka kepadatan penduduk di Kabupaten Bogor serta sanitasi lingkungan juga kurang baik maka akan mempermudah penularan penyakit ISPA.

Menurut laporan dari puskesmas, perkiraan kasus ISPA (Pneumonia) ditemukan di Kabupaten Bogor sejumlah 26.179 kasus dan jumlah penderita ISPA tahun 2016 sebanyak 9.336 kasus dengan keseluruhan kasus (100%) telah tertangani, dengan demikian cakupan penemuan sebesar 35,66%, masih jauh dari target SPM sebesar 100%.

Jika dilihat dari segi kualitas tatalaksana kasus ISPA, di Kabupaten Bogor dari 101 Puskesmas baru 50% tenaga terlatih, dengan jumlah persediaan logistik yang mencukupi maka diharapkan adanya peningkatan penemuan kasus melalui kunjungan rumah dan mendapatkan kualitas pengobatan yang baik sehingga akan dapat menekan angka kematian menjadi nol (0).

4.4.2.3. TB Paru

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Penyakit ini dapat menyebar melalui droplet orang yang telah terinfeksi basil TB. Bersama dengan Malaria dan HIV/AIDS, TB menjadi salah satu penyakit yang pengendaliannya menjadi komitmen global dalam MDGs.

Jumlah perkiraan kasus TB Paru berdasarkan laporan khusus TB Paru dari puskesmas tahun 2015 tercatat 5.977 kasus baru, dimana sekitar 3.488 kasus merupakan kasus baru dengan BTA Positif. Prevalensi di Kabupaten Bogor 151/100.000 penduduk di Tahun 2016 (laporan khusus TB Paru 2016)

Laporan dari Puskesmas menyebutkan bahwa jumlah penderita TB Paru BTA (+) di Kabupaten Bogor Tahun 2016 sebanyak 2.597 orang ditambah dengan penderita yang dilaporkan oleh RS Paru Gunawan Widagdo sebanyak 285 orang, RSUD Ciawi sebanyak 88 orang, RSUD Cibinong sebanyak 245 orang, RSUD Leuwiliang sebanyak 97 orang, RSUD Cileungsi sebanyak 35 orang, RS Citama sebanyak 6 orang, RS Dompét Dhuafa sebanyak 31 orang, RS Hermina Mekarsari

sebanyak 17 orang, UPT Kesehatan Kerja sebanyak 38 orang, Klinik sebanyak 12 orang dan Lapas Kabupaten Bogor sebanyak 37 orang sehingga total 3.488 orang (CDR=58,36%), angka ini masih belum mencapai target SPM sebesar 100%.

Angka penemuan penderita TB paru BTA (+) Tahun 2016 sebesar 3.488 orang (58,36%) menurun jika dibandingkan dengan Tahun 2015 sebanyak 3.883 orang (68,07%).

Target penemuan penderita BTA (+) berdasarkan hasil survei prevalensi Kabupaten Bogor adalah 155/100.000 penduduk, diharapkan setiap tahunnya akan ditemukan 70% dari target nasional tahun 2016. Diharapkan dalam kurun waktu 5 tahun, penemuan kasus dapat dipertahankan sehingga akan dapat menurunkan angka kesakitan TB Paru di Kabupaten Bogor.

Angka kesembuhan penderita TB Paru BTA (+) di puskesmas dan rumah sakit Kabupaten Bogor sebesar 95,42% dan pengobatan lengkap sebesar 2,04% sehingga angka kesuksesannya (*success rate*) sebesar 97,46%, angka ini melebihi target Kementerian Kesehatan sebesar 90%.

Banyak kendala yang dihadapi, salah satunya masih banyak penderita yang tidak melakukan pemeriksaan dahak akhir pengobatan sehingga status kesembuhannya tidak diketahui yang berdampak pada penurunan angka kesembuhan.

Berdasarkan permasalahan diatas, maka perlu meningkatkan partisipasi aktif masyarakat dalam menemukan penderita tersangka (suspek) TB Paru dan melaporkannya ke tempat pelayanan kesehatan yang ditunjuk. Hal ini perlu didukung oleh pemerintah setempat salah satunya melalui Gerakan Terpadu Nasional (Gerdunas) TB Paru yang sudah mulai sejak Tahun 2002.

4.4.2.4. Kusta

Penemuan kusta secara dini dengan Rapid Survei dan School Survei ditemukan pada daerah endemisitas sedang dan tinggi. Bersumber dari laporan Puskesmas jumlah penderita penyakit Kusta yang tercatat di Kabupaten Bogor selama 5 tahun terakhir sebagai berikut :

TABEL. 4.26
PREVALENSI & JUMLAH PENDERITA KUSTA
DI KABUPATEN BOGOR TAHUN 2012 – 2016

Tahun	Prevalensi Per 10.000	MB		PB		Total
		Jml	%	Jml	%	
2012	0,59%	284	97,93	6	2,07	290
2013	0,58%	283	96,92	9	3,08	292
2014	0,63%	302	93,79	20	6,21	322
2015	0,60%	301	94,06	19	5,94	320
2016	0,57%	310	96,57	11	3,43	321

Sumber : P2PKL

Prevalensi kusta di Kabupaten Bogor selama periode 2012-2016 cenderung berfluktuatif, 0,59% (2012) menjadi 0,57% pada Tahun 2016.

Penderita kusta pada Tahun 2016 sejumlah 321 orang, terdiri dari 310 (96,57%) tipe kusta MB dan 11 orang (3,43%) tipe kusta PB. Sejumlah 31 orang (16,68%) kusta tipe MB+PB adalah penderita cacat tingkat II, hal ini perlu mendapatkan perhatian karena cacat tersebut akan berpengaruh terhadap produktifitas mereka. Penderita kusta yang sudah RFT (Release From Treatment) pada Tahun 2016 sejumlah 221 penderita, terdiri dari 212 orang kusta tipe MB dan 9 orang kusta tipe PB.

Belum semua daerah endemisitas tinggi dan rendah melakukan kegiatan sesuai dengan SOP. Kegiatan survei sekolah dan *rapid village* survei belum dapat dilakukan bersama dengan pemeriksaan kontak dan pencegahan kecacatan, hal ini mengakibatkan banyak penderita kusta anak dan penderita baru ditemukan sudah dalam keadaan cacat tingkat 2 yang memerlukan alat bantu dan perawatan. Untuk mencegah cacat baru pada penderita yang diobati maupun yang sudah selesai pengobatan maka penderita yang sudah dinyatakan Release From Treatment (RFT) tetap dimotivasi agar selalu memeriksakan diri ke puskesmas. Sampai dengan 5 tahun dan di control maksimal 3 bulan sekali (RFC).

4.4.2.5. HIV/AIDS

AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) merupakan kumpulan gejala karena menurunnya sistem kekebalan tubuh manusia. Penyakit ini disebabkan oleh virus yang disebut HIV (Human Immunodeficiency Virus), atau virus yang menyebabkan penurunan sistem kekebalan tubuh. Masa inkubasi dari

virus ini cukup lama sehingga gejala baru muncul setelah waktu yang lama, bahkan bisa bertahun-tahun. HIV dapat menular melalui hubungan seks tidak aman dengan ODHA (Orang Dengan HIV AIDS), transfusi darah yang mengandung HIV, penggunaan alat suntik yang tercemar HIV dan ibu yang terinfeksi HIV pada bayi yang dikandungnya.

Kabupaten Bogor merupakan salah satu kabupaten yang berbatasan langsung dengan ibukota negara dan merupakan daerah dengan pertumbuhan penduduk/migrasi penduduk, industri dan pariwisata yang sangat pesat sehingga mempunyai resiko tinggi untuk penularan HIV/AIDS. Pengaruh dari pertumbuhan tersebut terhadap kehidupan masyarakat adalah kehidupan sosial, yang berakibat pada perubahan sikap dan perilaku baik dalam pergaulan yang mengarah pada penggunaan obat-obat terlarang maupun terhadap norma-norma antar jenis kelamin sehingga kelompok ini mempunyai resiko yaitu tertularnya penyakit yang disebabkan oleh hubungan seksual dan penggunaan alat suntik dari pemakaian obat-obat terlarang, oleh sebab itu semakin banyak ditemukan penderita HIV positif dan semakin meningkatnya kasus sifilis pada kelompok resiko tinggi terutama pada penasun (pengguna narkoba suntik) dan WPS (Wanita Pekerja Seks).

Mengingat fakta resiko penyebaran yang tinggi dan untuk mengetahui besarnya penyakit tersebut perlu dilakukan kegiatan sero survey setiap tahun. Kegiatan ini untuk mencegah dan memberantas PMS termasuk infeksi HIV/AIDS, dengan jalan mengurangi, menilai dan memetakan penyebaran penyakit mengurangi perilaku beresiko penderita perorangan serta dampak sosial, ekonomi dari PMS dan HIV/AIDS.

Pemeriksaan sero survey HIV/AIDS Tahun 2014 tidak ada kegiatan, data didapatkan dari laporan berbagai Sarana Pelayanan Kesehatan (SPK) yaitu dari Puskesmas dan RSUD. Tahun 2016 terdapat 114 kasus yang terdiri dari penderita HIV 84 kasus dan AIDS 30 kasus per jenis kelamin (gender). HIV/AIDS positif (+) di Kabupaten Bogor sampai dengan Tahun 2016 sebanyak 1.147 orang.

Program penjangkauan IDU (Intravena Drug User) baru berjalan di Puskesmas Ciomas dan Cileungsi. Dari hasil program IDU hasil estimasi menunjukkan perilaku beresiko terbesar dalam menyumbang jumlah ODHA adalah pengguna narkoba suntik.

Berdasarkan hasil laporan dari Unit Transfusi Darah (UTD) cabang PMI Kabupaten Bogor tahun 2016 ditemukan penderita HIV/AIDS positif sebanyak 66

orang (0,35%) yang didapat dari hasil pemeriksaan donor darah pada 18.832 orang pendonor.

Penanggulangan HIV/AIDS belum dilaksanakan secara komprehensif dimana dana yang tersedia hanya untuk melaksanakan sentinel survei saja. Upaya tindak lanjut yang dilakukan adalah perlu dilaksanakannya penanganan terhadap penderita yang memiliki sampel darah dengan Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) dan TPHA (Treponema Pallidum Haemagglutination) TPHA (positif dan pemberian pengobatan dengan menggunakan suntikan Benzatine Benzil Penissilin, serta memberikan penyuluhan kesehatan secara berkesinambungan dan pemberian kondom.

Melihat jumlah kasus HIV Positif (+) dan Sifilis dari hasil sero survey, pada pertengahan tahun 2006 di Kabupaten Bogor sudah dibentuk KPAD (Komisi Penanggulangan AIDS Daerah) yang mempunyai program kerja antara lain melaksanakan koordinasi dengan semua anggota KPA (Komisi Penanggulangan AIDS), LSM Peduli AIDS dan instansi terkait. Kegiatan yang dilakukan adalah mengadakan penyuluhan ke sekolah-sekolah (SMAN 1 dan SMAN 2 Cibinong dan SMA PGRI Cibinong), mengadakan sosialisasi ke WPS (Wanita Penjaja Seks) bekerjasama dengan LSM Mutiara Hati dan kegiatan Harm Reduction (HR) bekerja sama dengan rumah cemara di Puskesmas Ciomas dan Cileungsi, kegiatannya berupa penjangkauan Penasun (pengguna narkoba suntik).

4.4.3. Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I)

Berdasarkan laporan dari puskesmas dan rumah sakit gambaran penyakit PD3I di Kabupaten Bogor Tahun 2012-2016 dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

TABEL 4.27
JUMLAH PENDERITA PENYAKIT PD3I
DI KABUPATEN BOGOR TAHUN 2012 – 2016

NO	JENIS PENYAKIT	JUMLAH PENDERITA SELURUHNYA (PUSKESMAS + RUMAH SAKIT)				
		2012	2013	2014	2015	2016
1.	Difteria	1	1	0	1	7
2.	Pertusis	0	0	0	0	0
3.	Tetanus	1	0	0	0	0
4.	Poliomyelitis / AFP	0/26	0/34	0/31	0/22	0/12
5.	Campak	76	60	81	46	149
6.	Hepatitis B	0	0	0	0	0
7.	Tetanus Neonatorum	0	0	5	3	2

Sumber : SP3 dan SP2RS

4.4.3.1. Difteri

Penyakit Difteri merupakan penyakit yang disebabkan oleh sejenis bakteri yaitu *Corynebacterium Diphtheriae* tipe *gravis*, *mitis* dan *intermedius*, reservoirnya hanya manusia dan cara penularannya melalui droplet dan benda yang tercemar. Gejalanya dapat tidak ada atau ringan sekali berupa sedikit membran dalam rongga hidung (*anterior nasal diphtheria*) sampai sangat berat dan menyebabkan kematian.

Pada golongan sosial ekonomi rendah difteri merupakan penyakit endemik tanpa letusan wabah. Hal ini disebabkan oleh banyaknya kasus difteri kulit yang mudah menular diantara anak-anak dan menimbulkan kekebalan dalam populasi, golongan umur penderita difteri biasanya di bawah 15 tahun.

Berdasarkan tabel 4.27 di atas, di Kabupaten Bogor tahun 2012 dan 2013 ditemukan masing-masing 1 kasus di Kecamatan Cileungsi (2012), di Kecamatan Ciomas (2013), untuk Tahun 2014 tidak ditemukan kasus difteri namun di tahun 2015 ditemukan 1 kasus difteri dan di Tahun 2016 meningkat menjadi 7 kasus di 5 kecamatan.

Pencegahan penyakit difteri dapat dilakukan dengan memberikan imunisasi DPT yang diberikan kepada bayi (0-12 bulan) sebanyak 3 kali yaitu DPT₁, DPT₂ dan DPT₃. Cakupan imunisasi DPT₃ pada tahun 2014 dan 2015 diatas target nasional (90%), Tahun 2014 sebesar (94,99%) dan tahun 2015 (104,54%), cakupan tahun 2016 masih melebihi target nasional sebesar 90% yaitu sebesar 94,72%. Cara pengelolaan vaksin dalam rangka menjaga kualitas vaksin dengan mengelola rantai vaksin perlu selalu dipantau, sehingga dapat memberikan kekebalan pada sasaran imunisasi secara berkualitas.

4.4.3.2 Pertusis

Bakteri *Bordetella Pertusis* merupakan bakteri penyebab *Pertusis*, gejala awalnya berupa pilek dan batuk. Komplikasi umumnya adalah pneumonia yang paling banyak menimbulkan kematian, dan *encephalopathy* yang meninggalkan kerusakan otak menetap. Kematian lebih sering dijumpai pada umur di bawah 1 tahun.

Penularan melalui kontak erat, biasanya dari saudara kandung dan reservoir adalah manusia (penderita itu sendiri) dengan penularan melalui droplet.

Pada tahun 2002 pernah ditemukan 3 kasus namun berdasarkan laporan Rumah Sakit dan Puskesmas pada tahun 2006 sampai dengan tahun 2016 tidak terdapat kasus pertusis.

Imunisasi merupakan satu-satunya cara pencegahan, karena kekebalan dari ibu tidak bersifat protektif. Jika dilihat cakupan DPT₃ tahun 2016 sebesar 94,72%, angka ini sudah melebihi target standar program sebesar 90%.

4.4.3.3. Tetanus

Kuman penyebab tetanus adalah *Clostridium Tetani*. Spora tetanus yang masuk dalam luka, berkembang biak dalam suasana anaerobic dan membentuk toksin. Gejala khas berupa kejang rangsang atau kejang spontan, muka tampak menyeringai (*risus sardonikus*), pada bayi mulut terkancing (*trismus*) dan pada kasus yang ringan gejala tersebut hilang setelah 2-3 minggu.

Selama periode 5 tahun terakhir yaitu tahun 2012-2016 jumlah penderita tetanus berfluktuasi. Data dari Puskesmas pada tahun 2012 terdapat 1 penderita dan untuk Tahun ini tidak terdapat penderita, data Rumah Sakit tahun 2013, 2014, 2015 dan 2016 tidak melaporkan adanya penderita tetanus.

Upaya yang dilakukan di puskesmas untuk menurunkan kasus tetanus adalah dengan upaya pecegahan utama seperti imunisasi DPT, DT, Td dan TT. Imunisasi DPT merupakan imunisasi rutin yang diberikan kepada bayi, sedangkan imunisasi DT diberikan untuk anak kelas I dan Td diberikan pada anak kelas II dan III sekolah dasar, MI dan sekolah lain yang sederajat yang dilaksanakan serentak melalui kegiatan Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS). Imunisasi TT diberikan kepada WUS (Wanita Usia Subur).

4.4.3.4. Tetanus Neonatorum

Penyakit Tetanus Neonatorum adalah penyakit akibat infeksi yang diderita oleh bayi umur 0-7 hari. Reservoir adalah usus manusia dan hewan serta tanah yang terkontaminasi kotoran hewan dan manusia. Pertolongan persalinan dan perawatan tali pusat yang kurang steril merupakan masalah karena sebagian besar persalinan di Indonesia ditolong oleh dukun.

Berdasarkan laporan di Rumah Sakit dan puskesmas yang ditindaklanjuti dengan penyelidikan epidemiologi ke lapangan. tahun 2016 ditemukan penderita Tetanus Neonatorum pada bayi (0-<28 hari) sebanyak 2 kasus (1 penderita laki-

laki dan 1 penderita perempuan) dengan kematian 2 orang yaitu di Kecamatan Caringin dan Cibinong.

Untuk menekan jumlah kematian yang disebabkan oleh Tetanus Neonatorum diperlukan imunisasi TT kepada ibu hamil. Mulai tahun 2007 TT ibu hamil tidak hanya TT1 dan TT2 namun sudah mencapai sampai dengan TT 5. Imunisasi TT1 yang merupakan rangkaian penjumlahan dari imunisasi TT1, TT3, TT4 dan TT5, diberikan kepada ibu hamil di trimester pertama sedangkan TT2 nya yang merupakan rangkaian penjumlahan dari imunisasi TT2, TT3, TT4 dan TT5 dapat diberikan minimal 4 minggu setelah pemberian TT1.

Imunisasi ini diberikan untuk meningkatkan kekebalan ibu terhadap penyakit tetanus selain itu dampaknya adalah dapat mencegah terjadinya kasus Tetanus Neonatorum pada bayi. Imunisasi TT untuk ibu hamil lebih diutamakan untuk mencakup status 5T sehingga ada penurunan cakupan TT1 dan TT2 ibu hamil. Pencapaian status 5T untuk mencapai perlindungan terhadap ibu hamil selama 25 tahun yang akan berdampak terhadap bayi untuk mencegah Tetanus Neonatorum.

Cakupan imunisasi TT pada ibu hamil menurut laporan dari Puskesmas sebesar 88,71% untuk TT1 Bumil (TT1+TT3+TT4+TT5) dan 80,50% untuk TT2 Bumil (TT2+TT3+TT4+TT5); untuk TT1 belum mencapai target program (95%), begitu pula untuk TT2 belum mencapai target sebesar 90% Pencapaian program imunisasi perlu didukung dengan kualitas vaksin sehingga tingginya pencapaian program dapat menumbuhkan daya lindung pada sasaran serta pendekatan pada kelompok resiko ini melalui keterpaduan lintas program serta kerjasama lintas sektor diharapkan memberikan dampak positif terhadap penurunan kasus tetanus neonatorum secara cepat.

4.4.3.6. Polio dan Acute Flaccid Paralysis (AFP)/Lumpuh Layuh Akut

Polio adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus yang menyerang sistem syaraf, dan dapat menyebabkan kelumpuhan. Penyakit ini dapat menyerang semua umur, >50% ditemukan pada anak usia di bawah 3 tahun. Gejala utamanya adalah demam, lelah, sakit kepala, mual, kaku di leher dan sakit di tungkai dan lengan. Satu diantara 200 orang yang terinfeksi dapat menyebabkan kelumpuhan permanen, biasanya pada kaki, diantara semua kelumpuhan, 5%-10% meninggal karena lumpuhnya otot pernafasan.

Penularan virus polio secara *fecal-oral* terutama di daerah pemukiman yang padat dengan sanitasi kurang. Karena itu pada masyarakat kelas ekonomi rendah, sebelum usia 3 bulan seorang anak biasanya telah mempunyai antibodi terhadap polio yang didapat dari ibunya namun hanya melindungi anak dalam minggu-minggu pertama. Pada kelompok sosial ekonomi yang lebih tinggi infeksi terjadi pada anak-anak yang lebih tua dan dewasa, dimana gejalanya lebih berat.

AFP adalah kondisi yang abnormal yang ditandai dengan melemahnya, atau hilangnya kekuatan otot tanpa penyebab yang jelas. Hal ini dapat disebabkan oleh penyakit atau trauma yang mempengaruhi syaraf yang berhubungan dengan otot. AFP ini sering juga dijelaskan sebagai tanda cepat munculnya serangan seperti pada penyakit polio.

Berdasarkan hasil kegiatan surveillance AFP, pada tahun 2016 di Kabupaten Bogor ditemukan kasus AFP sejumlah 12 kasus pada anak <15 tahun tanpa ditemukan adanya Virus Polio Liar (VPL). AFP rate dengan sasaran jumlah anak <15 tahun di Kabupaten Bogor tahun 2016 sebesar 1.753.537 anak diketahui AFP rate sebesar 0,68/100.000 anak <15 tahun, belum mencapai target indikator SPM 2008 (2/100.000 anak <15 tahun).

Penemuan kasus tersebut terdapat di 8 kecamatan yaitu Kecamatan Tamansari, Cileungsi, Gunung Putri, Citeureup, Cibinong, BojongGede, Kemang, Jasinga dan Kecamatan Parung Panjang.

Pencegahan dengan vaksin Polio Trivalen pada Balita umur 0-59 bulan adalah cara yang paling efektif dan efisien karena penyakit ini mempunyai daya tular yang sangat tinggi. Untuk memperoleh tingkat perlindungan optimum melalui imunisasi harus dicapai dengan cakupan imunisasi polio tinggi secara merata sampai ke tingkat desa.

Pada suatu kelompok masyarakat dengan cakupan imunisasi tinggi (>80%) untuk waktu yang cukup lama, eradikasi (pemusnahan) polio dapat dicapai.

4.4.3.6. Campak

Penyebab penyakit ini adalah virus *Morbilli* dan pada awal gejalanya menyerupai flu/ sesma disertai konjungtivitas serta tanda khas berupa bercak koplik jarang dapat terdeteksi. Komplikasi terjadi pada 30% penderita berupa Otitis Media, Conjungtivitis berat, Enteritis dan Pneumonia. Komplikasi ini sering menyertai penderita campak dengan gizi kurang antara lain defisiensi vitamin A.

Cakupan imunisasi yang rendah dan tidak merata di suatu wilayah cepat atau lambat akan berpotensi menjadi Kejadian Luar Biasa (KLB). Selama periode 5 tahun kasus campak cenderung menurun tajam, pada tahun 2012 sebesar 76 kasus dan menjadi 149 kasus pada tahun 2016 yang terdiri dari kasus campak rutin (C1) dan kasus CBMS (klinis campak yang diperiksa sampel nya).

Berbagai upaya untuk menurunkan kasus campak telah dilakukan seperti pemberian imunisasi rutin campak pada bayi umur 9 bulan, pemberian vaksin campak satu kali dapat memberikan kekebalan sampai lebih dari 14 tahun. Untuk mengendalikan penyakit ini diperlukan cakupan imunisasi minimal 80-95% secara merata selama bertahun-tahun serta program reduksi campak untuk bayi melalui PIN (Pekan Imunisasi Nasional) campak pada daerah resiko tinggi pada tahun-tahun sebelumnya.

Cakupan imunisasi campak di Kabupaten Bogor pada tahun 2015 sebesar 101,54% dan pada tahun 2016 sebesar 95,21%, angka ini sudah mencapai target SDKI tahun 2007 sebesar 67,0% begitu pula sudah memenuhi target nasional tahun 2014 sebesar 93% (RKP, 2011). Jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya, cakupan tahun 2016 menurun sebesar 6,33%.

Menurut laporan dari Puskesmas cakupan UCI atau persentase desa yang mencapai UCI (*Universal Child Immunization*) baru mencapai 93,09% atau 404 desa dari 434 desa yang ada. Cakupan UCI belum mencapai indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) sebesar 100%, menunjukkan bahwa masih cukup banyak sasaran rentan pada balita yang belum diimunisasi campak, sehingga masih perlu dilakukan *backlog* (melengkapi) imunisasi pada daerah-daerah kantong endemis campak disertai penyuluhan secara terus menerus untuk mendapatkan lima imunisasi dasar lengkap.

Imunisasi Campak merupakan salah satu indikator dari MDGs yang mempunyai dampak langsung terhadap kematian anak, persentase anak usia satu tahun yang telah di imunisasi dapat digunakan sebagai indikator yang baik terhadap kualitas sistem pelayanan kesehatan anak. Peningkatan cakupan imunisasi dapat menurunkan jumlah kematian anak balita sebesar 1/1000 kelahiran hidup (UNSD 2009, ADB).

4.4.3.7. Hepatitis B

Penyakit hepatitis B merupakan salah satu penyakit yang disebabkan oleh virus hepatitis dan dapat menyerang semua golongan umur, kelompok resiko tinggi adalah bayi dari ibu pengidap Hepatitis B (70-90%), pecandu narkotik, tenaga medis dan paramedis, pasien hemodialisa, pekerja laboratorium, pemakai jasa atau petugas akupunktur. Penyakit ini akan berkembang menjadi penyakit Sirosis Hati (pengerasan hati) dan kanker hati primer setelah 10-30 tahun.

Berdasarkan laporan dari puskesmas di Kabupaten Bogor pada tahun 2015, tidak terdapat penderita hepatitis B, begitupula laporan dari Rumah Sakit baik rawat jalan maupun rawat inap untuk tahun 2016 tidak terdapat penderita hepatitis B. Kasus penyakit hepatitis bisa ditekan melalui upaya pencegahan sedini mungkin dengan memberikan imunisasi hepatitis B pada bayi umur 0-7 hari. Hal ini berdasarkan studi Epidemiologi yaitu pemberian imunisasi HB0 pada bayi umur 0-7 hari berguna untuk melindungi bayi dari penyakit hati primer dan penyakit sirosis hati.

4.5. PENYAKIT TIDAK MENULAR

4.5.1. HIPERTENSI

Untuk mengetahui gambaran umum permasalahan Hipertensi 2016 berikut disajikan kasus kejadian hipertensi yang berasal dari olahan laporan SP3 Puskesmas Kabupaten Bogor yaitu sebesar 12.682 kasus (0,52%) dari hasil pengukuran tekanan darah sebesar 2.456.092 orang laki-laki dan perempuan dari jumlah penduduk ≥ 18 tahun sebesar 3.082.122 penduduk.

Berdasarkan hasil Riskesdas 2013 prevalensi Hipertensi pada umur ≥ 18 tahun (pernah di diagnosis nakes) adalah 10,5% (nasional 9,5%). Sedangkan prevalensi Hipertensi berdasarkan hasil pengukuran pada umur ≥ 18 tahun sebesar 29,4%. Prevalensi Hipertensi pada perempuan lebih tinggi daripada laki-laki.

4.5.2. DIABETES MELLITUS

Sama halnya dengan laporan gambaran umum hipertensi, maka untuk gambaran umum permasalahan Diabetes Mellitus (DM) 2016 berasal dari olahan data laporan SP3 Puskesmas Kabupaten Bogor yaitu sebesar 51.106 kasus dari semua kelompok golongan umur.

Berdasarkan hasil Riskesdas 2013 Prevalensi Diabetes Mellitus per diagnosis dokter atau gejala di Jawa Barat sebesar 2,0% (nasional 2,1%). Prevalensi Diabetes Mellitus (DM) pada perempuan cenderung lebih tinggi dari pada laki-laki.

4.6. KEJADIAN LUAR BIASA (KLB)

Pada tahun 2016 di Kabupaten Bogor telah terjadi 14 kali KLB, yang terdiri dari 4 KLB yang menyerang 11 desa tersebar di 8 kecamatan. Seluruh kejadian KLB ditangani dalam waktu <24 jam, dengan demikian cakupan desa/kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi <24 jam 100%, sesuai dengan target SPM sebesar 100%. Adapun jenis KLB tersebut adalah sebagai berikut :

4.6.1. KLB KERACUNAN MAKANAN

KLB keracunan makanan yang terjadi pada tahun 2016 di Ds Bojong Murni RW 3 Kec. Ciawi, Pasir Menjul Ds. Pasir Jaya Kec. Cigombong, Kp. Babakan RT 05/RW 03 Ds Gunungsari Kec. Pamijahan, Kp. Jogjogan RT 02/RW 02 Ds Tangkil Kec. Caringin Jumlah penduduk terancam sebanyak 520 orang dan jumlah penderita sebanyak 163 orang. *Attack rate* sebesar 31,35 % dengan CFR 0 %. Kejadian ini dimungkinkan terjadi karena pengolahan makanan yang kurang higienis dan tidak sesuai dengan standar kesehatan. Untuk lebih jelasnya kasus keracunan makanan yang terjadi selama 5 tahun terakhir dapat dilihat pada tabel 4.28 di bawah ini :

TABEL 4.28
JUMLAH PENDERITA, KEMATIAN, CFR DAN LOKASI
PADA KLB KERACUNAN MAKANAN
DI KABUPATEN BOGOR TAHUN 2012 – 2016

Tahun	Jml.Penderita	Jml.Kematian	CFR (%)	Lokasi
2012	638	0	0	- Ds Taman Kec Tamansari, SDN 02 Gn Putri Kec Gn Putri,Ds Sukahati Kec Citeureup,Ds Kabasarin Kec Pr Panjang,Ds Bunar, Ds Mekarjaya Kec Cigudeg,Ds Srogol Kec Cigombong, Ds Cileubut Kec Sukaraja, Ds Sukamaju Kec Cibungbulang, Ds Gn Sindur Kec Gn Sindur
2013	357	2	0,56	Ds Padasuka Kec.Ciomas, Ds Kalisuren Kec. Tajurhalang,Ds Iwul Kec. Parung, Kampus IPB Ds. Babakan Kec. Darmaga, Ds Mekarjaya Kec. Ciomas, Ds Sukahati Kec Citeureup, Akademi Siswa Bangsa Internasional Ds. Caringin Kec.Caringin, Ds Ciseeng Kec. Ciseeng
2014	320	0	0	Ds Tugu Jaya Kec.Ciomas, Ds Bojong Jengkol Kec.Ciampea,Ds Hambalang Kec.Citeureup, Ds. Wanaherang Kec.Gn Putri, Ds Sukahati Kec. Citeureup.
2015	679	0	0	Ds Gobang Kec.Rumpin, Ds Pasir Jambu Kec.Sukaraja,Rs M.G.Partowidagdo Kec.Cisarua, Ds. Sukadamai Kec.Caringin, Ds Caruteuni Kec. Cibungbulang, PT.Sumber Gasturi Kec. Cibirong, Ds Karehkel Kec. Leuwiliang, Ds Sukaharja Kec. Sukamakmur, Ds Sukamakmur Kec. Sukamakmur.
2016	163	0	0	Ds Bojong Murni RW 3 Kec. Ciawi, Pasir Menjul Ds. Pasir Jaya Kec. Cigombong, Kp. Babakan RT 05/RW 03 Ds Gunungsari Kec. Pamijahan, Kp. Jogjogan RT 02/RW 02 Ds Tangkil Kec. Caringin

4.6.2. KLB FLU BURUNG

Flu burung atau *Avian Influenza* (AI) adalah penyakit menular pada binatang yang disebabkan oleh virus influenza tipe A (H5N1) yang umumnya menginfeksi unggas dan sedikit kemungkinan menginfeksi babi. Penyakit ini bisa menular kepada manusia dan dapat menimbulkan penyakit flu yang berakibat kematian, dengan gejala klinis seperti demam lebih dari 38° C, sakit tenggorokan, flu, batuk, cepat sesak napas, nyeri otot dan lemas, masa inkubasi selama 1-7 hari. Virus ini dapat hidup di air selama 4 hari pada suhu 22° C dan lebih dari 30 hari pada suhu 0° C dalam tinja unggas dan tubuh unggas yang sakit. Namun virus ini akan mati dengan deterjen dan pemanasan 60° C selama 30 menit.

Sejak tahun 2005 di Propinsi Jawa Barat telah terjadi kasus flu burung pada unggas di beberapa kabupaten/kota di antaranya adalah Kabupaten Bogor. Kasus suspek flu burung pada manusia di Kabupaten Bogor tahun 2016 tidak ditemukan kasus flu burung.

Upaya pencegahan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor terhadap penyebaran virus flu burung adalah meningkatkan SKD terhadap kasus flu burung di puskesmas, pengambilan sampel darah terhadap kelompok resiko (peternak) di kecamatan endemis dan melakukan sosialisasi penyakit flu burung kepada masyarakat terutama kelompok masyarakat potensial melalui siaran radio dan berbagai media penyuluhan lainnya.

4.6.3. SUSPEK DIFTERI

Tahun 2016 terjadi KLB Suspek Difteri di 3 Kecamatan yaitu Pondok pesantren Al Fatah desa Pasir Angin Kecamatan Cileungsi, Kp Bojong Indah Desa Bojong Indah Kecamatan Parung, Desa Bendungan Kecamatan Ciawi, KP Pondok Menteng Desa Citapen Kecamatan Ciawi dan Desa Pandan Sari Kecamatan Ciawi. Penyakit Difteri merupakan penyakit yang disebabkan oleh sejenis bakteri yaitu *Corynebacterium Diphtheriae* tipe gravis, mitis dan intermedius, reservoirnya hanya manusia dan cara penularannya melalui droplet dan benda yang tercemar. Gejalanya dapat tidak ada atau ringan sekali berupa sedikit membran dalam rongga hidung (*anterior nasal diphtheria*) sampai sangat berat dan menyebabkan kematian.

Pada golongan sosial ekonomi rendah difteri merupakan penyakit endemik tanpa letusan wabah. Hal ini disebabkan oleh banyaknya kasus difteri

kulit yang mudah menular diantara anak-anak dan menimbulkan kekebalan dalam populasi, golongan umur penderita difteri biasanya di bawah 15 tahun.

Diketahui dari laporan KLB Difteri, penderita berjenis kelamin perempuan dengan riwayat imunisasi hanya sekali diimunisasi yaitu imunisasi D_t pada saat penderita masuk sekolah SD. Gejala awal penderita yaitu demam dan sakit menelan kemudian penderita dirawat dengan gejala demam, sakit tenggorokan, Bullneck, sesak nafas dan Pseudomembran. Pengambilan sampel swab tenggorok dilakukan terhadap kontak erat maupun teman sepermainan dilokasi sekitar tempat tinggal kasus.

Pencegahan penyakit difteri dapat dilakukan dengan memberikan imunisasi DPT yang diberikan kepada bayi (0-12 bulan) sebanyak 3 kali yaitu DPT₁, DPT₂ dan DPT₃.

4.6.4. HEPATITIS A

Hepatitis A adalah penyakit hati akibat virus hepatitis A yang dapat menyebabkan kesakitan ringan sampai berat. Hepatitis A menyebar secara fekal-oral ketika seseorang mengkonsumsi makanan atau minuman yang terkontaminasi tinja orang yang terinfeksi Hepatitis A. Timbulnya penyakit ini berhubungan erat dengan sanitasi yang buruk dan rendahnya kebiasaan hygiene personal, seperti cuci tangan. Penderita Hepatitis A sebagian besar mengalami penyembuhan sendiri (self limiting disease), dengan kematian sangat kecil 0,1-0,3%. Hepatitis A sering timbul secara sporadic maupun sebagai suatu epidemic dalam periode waktu satu sampai dua bulan, dengan tendensi berulang. Epidemik yang terjadi akibat kontaminasi pada air dan makanan dapat mengakibatkan ledakan kasus, dan menimbulkan kerugian ekonomi yang tidak sedikit.

Tahun 2016 telah diterima laporan adanya kasus suspek Hepatitis A di pesantren An Nawawi Albatani Kp. Bulak Saga Desa Cibadung Kecamatan Gunung Sindur dengan jumlah penderita sebanyak 28 anak santri yang terdiri dari 20 penderita laki-laki dan 8 penderita wanita dari 212 anak santri. Penularan penyakit Hepatitis A diantara santri dimungkinkan terjadi karena perilaku santri dalam hidup bersih dan sehat maupun dalam kedisiplinan menggunakan alat makan minum masih kurang (memakai alat makan minum milik santri lain).

Kegiatan mendirikan Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren) yang bekerjasama dengan Puskesmas Suliwer, penyuluhan tentang penyakit Hepatitis A dan PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) kepada para santri, penjamah

dan pengelola makanan yang ada disekitar pondok pesantren. Selain itu diberikan informasi kepada penjamah makanan untuk mengikuti pelatihan hygiene sanitasi.

BAB V

SITUASI UPAYA KESEHATAN

Sesuai dengan tujuan diselenggarakannya pembangunan kesehatan yaitu untuk meningkatkan kesadaran, keamanan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan yang optimal. Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan tersebut diselenggarakan berbagai upaya kesehatan secara menyeluruh, berjenjang dan terpadu.

Secara umum upaya kesehatan terdiri atas dua unsur utama, yaitu upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan. Upaya kesehatan masyarakat adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat serta swasta, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan di masyarakat, yang mencakup upaya promosi kesehatan, pemeliharaan kesehatan, pemberantasan penyakit menular, pengendalian penyakit tidak menular, penyehatan lingkungan dan penyediaan sanitasi dasar, perbaikan gizi masyarakat, kesehatan jiwa, pengamanan sediaan farmasi dan alat kesehatan, pengamanan penggunaan zat adiktif dalam makanan dan minuman, pengamanan narkotika, psikotropika, zat adiktif dan bahan berbahaya, serta penanggulangan bencana dan kemanusiaan.

Upaya kesehatan perorangan adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat serta swasta, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, mencakup upaya promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan rawat jalan, pengobatan rawat inap, pembatasan dan pemulihan kecacatan yang ditujukan terhadap perorangan. Beberapa kegiatan pokok upaya kesehatan perorangan adalah peningkatan pelayanan kesehatan rujukan, pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin di rumah sakit, cakupan pelayanan gawat darurat, dan lain-lain.

5.1. PELAYANAN KESEHATAN DASAR

Upaya pelayanan kesehatan dasar merupakan langkah penting dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, dengan pelayanan kesehatan dasar secara tepat dan cepat diharapkan sebagian masalah kesehatan masyarakat dapat diatasi. Upaya Kesehatan Dasar di Puskesmas berpedoman

pada Permenkes No.75 tahun 2014 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat dimana upaya puskesmas dibagi menjadi upaya kesehatan masyarakat esensial dan upaya kesehatan masyarakat pengembangan.

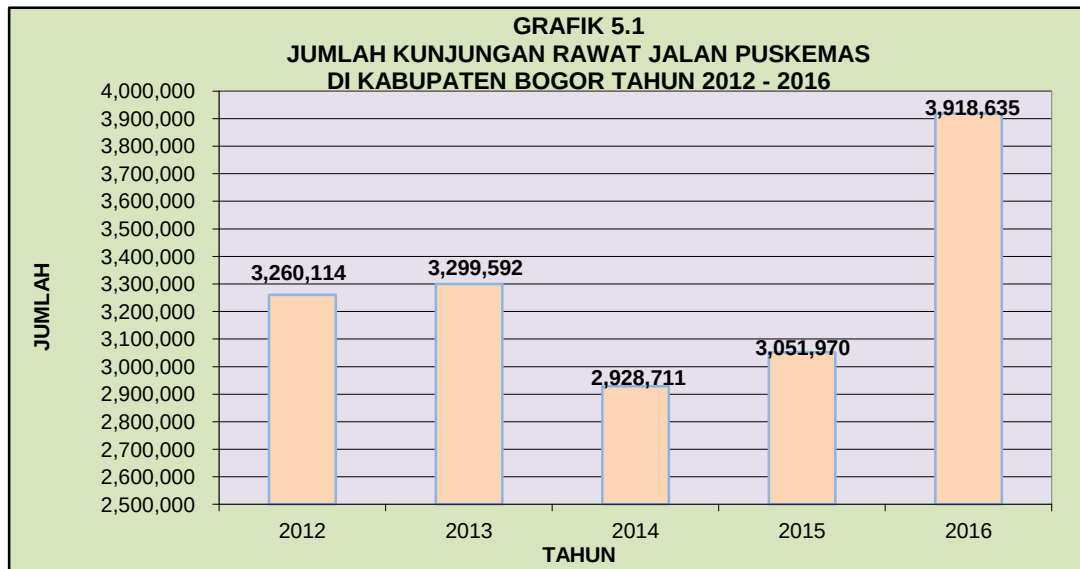
Upaya Kesehatan masyarakat esensial adalah upaya Kesehatan masyarakat yang ditetapkan berdasarkan upaya kesehatan esensial, sering disebut 5 Pelayanan Kesehatan Dasar yang penting meliputi pelayanan promosi kesehatan, pelayanan Kesehatan Lingkungan, pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana, pelayanan Perbaikan Gizi Masyarakat, pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit. Upaya pelayanan kesehatan esensial sebagaimana dimaksud harus diselenggarakan oleh setiap Puskesmas untuk mendukung pencapaian standar pelayanan minimal kabupaten / kota bidang kesehatan (SPM) yang diterbitkan dengan SK Menkes Nomor 828/Menkes/SK/IX/2008.

Sedangkan Upaya Kesehatan Pengembangan adalah merupakan upaya kesehatan masyarakat yang sifatnya inovatif, ekstensifikasi dan intensifikasi pelayanan, disesuaikan dengan prioritas masalah kesehatan, kekhususan wilayah kerja dan potensi sumber daya yang tersedia di masing – masing Puskesmas.

Upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama yang dapat dilakukan oleh Puskesmas sebagaimana meliputi upaya kesehatan masyarakat esensial dan upaya kesehatan masyarakat pengembangan yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari peraturan Menteri ini.

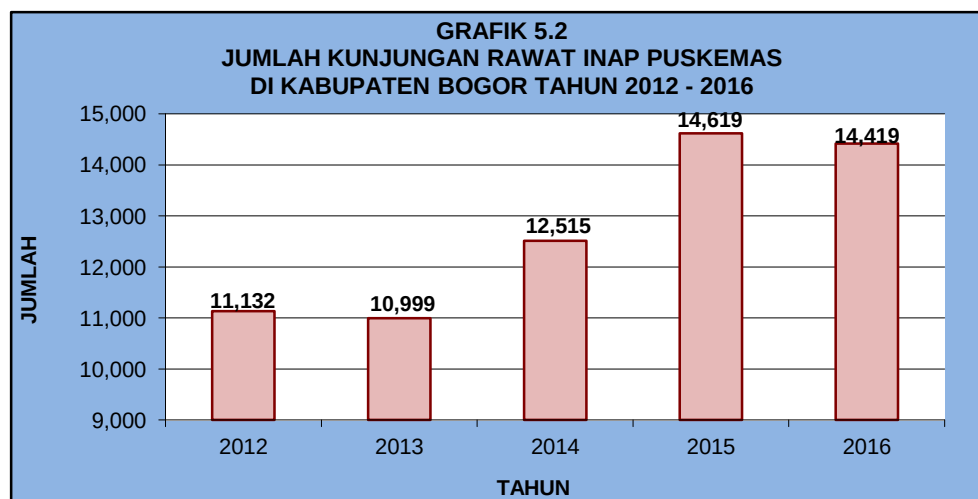
5.1.1. Kunjungan Puskesmas

Penduduk yang berkunjung ke sarana Puskesmas baik rawat jalan maupun rawat inap tahun 2016 di Kabupaten Bogor sebanyak 3.938.762 kunjungan. Jumlah kunjungan rawat jalan ke Puskesmas sebanyak 3.918.635 kunjungan, apabila dengan jumlah penduduk sebesar 5.587.390 orang dari episode kunjungan sebanyak 2 kali maka pemanfaatan Puskesmas mencapai 70,49%. Pemanfaatan Puskesmas Tahun 2016 mengalami peningkatan jika dibandingkan tahun 2015 yang hanya mencapai 57,53%. Grafik 5.1 di bawah ini memberikan gambaran jumlah kunjungan rawat inap puskesmas di Kabupaten Bogor selama lima tahun terakhir.



Dilihat dari grafik di atas nampak bahwa jumlah kunjungan pasien rawat jalan puskesmas selama lima tahun terakhir cenderung berfluktuasi, pada tahun 2012 sebesar 3.260.114 kunjungan menjadi 3.918.635 kunjungan pada tahun 2016, dengan rata-rata jumlah kunjungan/hari sebesar 13.582 kunjungan.

Grafik 5.2 di bawah ini memberikan gambaran jumlah kunjungan rawat inap puskesmas di Kabupaten Bogor selama lima tahun terakhir.



Dilihat dari grafik di atas nampak bahwa kunjungan rawat inap di Puskesmas mengalami peningkatan dari Tahun 2012 sebesar 11.132 kunjungan menjadi 14.419 kunjungan pada Tahun 2016.

5.1.2. Upaya Kesehatan Ibu dan Anak

5.1.2.1. Pelayanan Kesehatan pada Ibu Hamil

Pelayanan antenatal merupakan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama masa kehamilannya, dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang ditetapkan dalam Standar Pelayanan Kebidanan (SPK). Tenaga kesehatan yang berkompeten memberikan pelayanan antenatal kepada ibu hamil antara lain dokter spesialis kebidanan, dokter, bidan dan perawat.

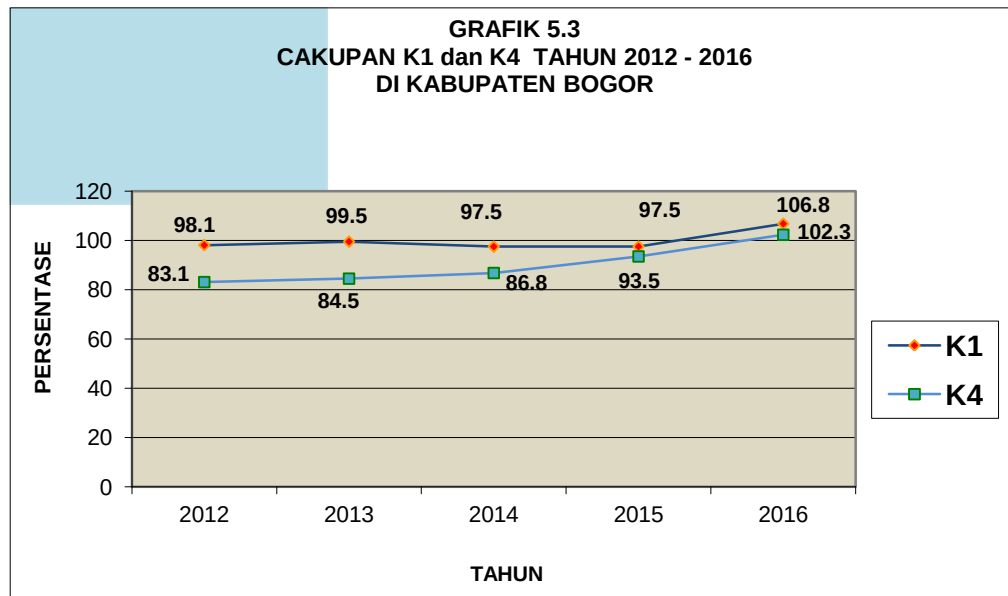
Pelayanan antenatal yang sesuai standar meliputi timbang berat badan, pengukuran tinggi badan, tekanan darah, nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas), tinggi fundus uteri, menentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ), skrining status imunisasi tetanus dan memberikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) sesuai status imunisasi TT nya, pemberian tablet besi minimal 90 tablet selama kehamilan, test laboratorim (rutin & khusus), tata laksana kasus serta temu wicara (konseling), termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), serta KB Pasca persalinan.

Pelayanan antenatal disebut lengkap apabila dilakukan oleh tenaga kesehatan seta memenuhi standar tersebut. Ditetapkan pula bahwa distribusi frekuensi pelayanan antenatal adalah minimal 4 kali selama kehamilan, dengan ketentuan waktu pemberian pelayanan yang dianjurkan yaitu : minimal 1 kali pada triwulan I, 1 kali pada triwulan II dan 2 kali pada triwulan III. Standar waktu pelayanan antenatal tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan kepada ibu hamil, berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan dan penanganan komplikasi.

a. Cakupan Kunjungan Ibu Hamil (K1 dan K4)

Hasil pencapaian program pelayanan kesehatan ibu hamil dapat dinilai dengan menggunakan indikator cakupan K1 dan K4. Dihitung dengan membagi jumlah ibu hamil yang melakukan pemeriksaan antenatal pertama kali oleh tenaga kesehatan (K1) atau jumlah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan ke-4 kali (atau lebih) kehamilan baik di dalam maupun di luar gedung puskesmas untuk mendapatkan pelayanan antenatal sesuai dengan standar yang ditetapkan (K4) dengan jumlah sasaran ibu hamil yang ada di wilayah kerja dalam 1 tahun.

Pencapaian cakupan K1 dan K4 di Kabupaten Bogor selama 5 tahun terakhir berfluktuasi namun cenderung stabil, dapat dilihat pada grafik 5.3 berikut ini :



Cakupan K1 Tahun 2016 mengalami peningkatan jika dibandingkan Tahun 2015. Dari 97,5 % tahun 2015 menjadi 106,8 % tahun 2016, cakupan K1 dipengaruhi oleh kesadaran dari masyarakat dan ibu hamil untuk memeriksakan kehamilan secara dini, peningkatan cakupan K1 dimungkinkan kesadaran tinggi masyarakat terutama ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama. Selain itu sudah optimalnya pencatatan di pelayanan kesehatan dasar untuk pelayanan di luar wilayah puskesmas sehingga semua sasaran ibu hamil terlaporkan. Walaupun cakupan K1 meningkat kegiatan penyuluhan dan pelacakan ibu hamil tetap ditingkatkan, baik oleh bidan puskesmas maupun bidan di desa serta optimalisasi pencatatan dan pelaporan di tingkat bidan desa dan puskesmas. Angka cakupan K1 merupakan gambaran tingkat perlindungan pada ibu hamil dan merupakan penilaian terhadap manajemen kelangsungan program KIA.

Cakupan K4 meningkat setiap tahunnya dan pada tahun 2016 mencapai sebesar 102,33%, walaupun demikian mengalami peningkatan sebesar 8,79% (tahun 2015, 93,54%) sudah melampaui target SPM sebesar 90%, kecamatan tertinggi cakupan K4-nya adalah Kecamatan Megamendung sebesar 112,2% dan

terendah terdapat pada Kecamatan Parung Panjang sebesar 91,2%, untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada lampiran tabel 29 profil kesehatan.

b. Cakupan Ibu Hamil, Ibu Bersalin dan Ibu Nifas (Kebidanan Obstetri) dengan Komplikasi Ditangani

Berdasarkan laporan SP3 (LB3 KIA) diketahui bahwa jumlah ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas beresiko/komplikasi kebidanan perkiraan obstetri di Kabupaten Bogor Tahun 2016 sebanyak 25.295 orang. Sedangkan jumlah ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas beresiko/komplikasi kebidanan obstetri yang ditangani sebanyak 21.604 orang (85,41%), hasil ini sudah diatas target SPM sebesar 80%, untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 33 profil kesehatan. Pencapaian tersebut diharapkan terus ditingkatkan dengan meningkatkan kegiatan kunjungan rumah, sehingga ibu hamil risti terdeteksi lebih awal, ibu melahirkan dan ibu nifas apabila ada komplikasi persalinan dapat ditangani lebih cepat dan sedini mungkin dan walaupun terjadi komplikasi persalinan maka diharapkan tidak mengakibatkan kematian.

5.1.2.2. Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin

Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia masih tetap tinggi. Kecenderungan yang ada, AKI terus menurun, namun perlu upaya dan kerja keras untuk mencapai target RPJMN (2015 – 2019) sebesar 306 per 100.000 kelahiran hidup. Salah satu cara yang paling efektif untuk menurunkan angka kematian ibu adalah mendapatkan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih.

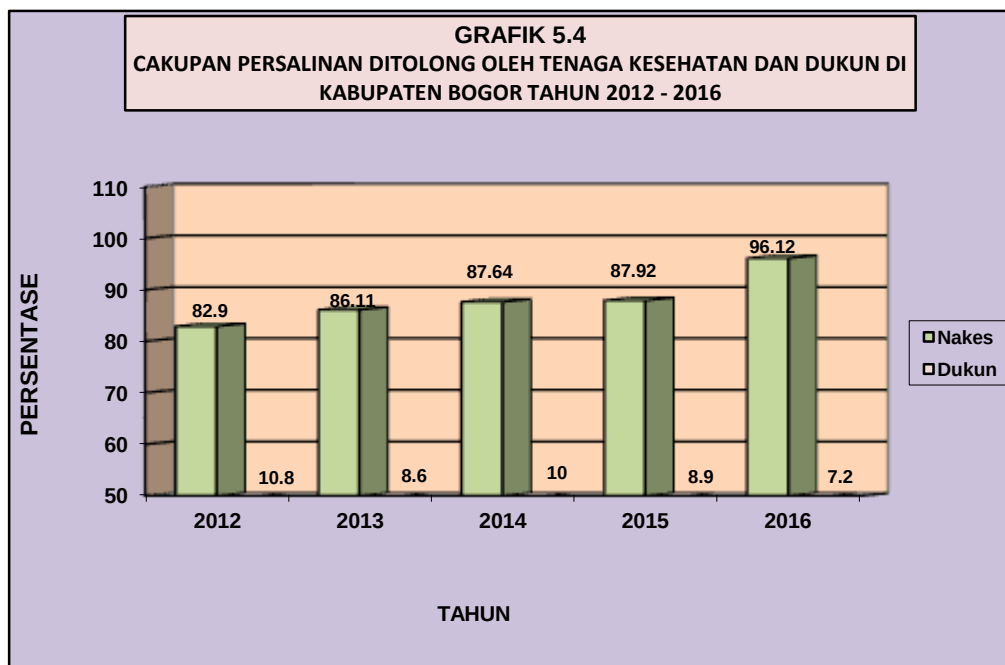
Pada tahun 2016 berdasarkan laporan puskesmas jumlah perkiraan ibu bersalin sebanyak 120.725 dengan jumlah kelahiran hidup sebanyak 124.780 bayi (103,36%), cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan sebesar 116.040 ibu (96,12%) sudah melebihi target SPM yang ditetapkan sebesar 90%, namun demikian ada peningkatan dari tahun 2015 sebesar 113.188 ibu (87,92%) meningkat sebesar 8,20%, untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 29 profil kesehatan.

Ibu yang melahirkan ditolong oleh dukun dan tenaga lainnya tahun 2016 sebesar 8.737 orang (7,24%), tahun 2015 sebesar 11.423 orang (8,9%). Jika dilihat dari hasil persentase, cakupan pada tahun 2016 menurun jika dibandingkan tahun 2015. Hal ini menunjukkan peran dukun bersalin di masyarakat sudah tidak begitu dominan lagi.

Angka cakupan pelayanan nifas tahun 2016 sebesar 118.106 orang (97,83%), hasil sudah mencapai target SPM sebesar 90%, untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 29 profil kesehatan.

Dalam rangka mencapai target SPM sudah upayakan dengan berbagai program, yang telah dilaksanakan selama ini adalah safe motherhood dan program raksa desa dan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) yang dapat meningkatkan angka pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan sekaligus menekan angka pertolongan persalinan oleh dukun.

Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan tahun 2016 sebesar 96,12%, angka ini sudah mencapai target SPM sebesar 90%. Kondisi ini menunjukkan upaya kemitraan dukun dan bidan sudah mulai berjalan walaupun belum optimal. Kemungkinan persalinan belum dilaporkan semua terutama pada sarana yankes swasta (RB/Bidan Praktek) dan dari Rumah Sakit. Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan dan dukun selama lima tahun terakhir dapat dilihat pada grafik berikut :



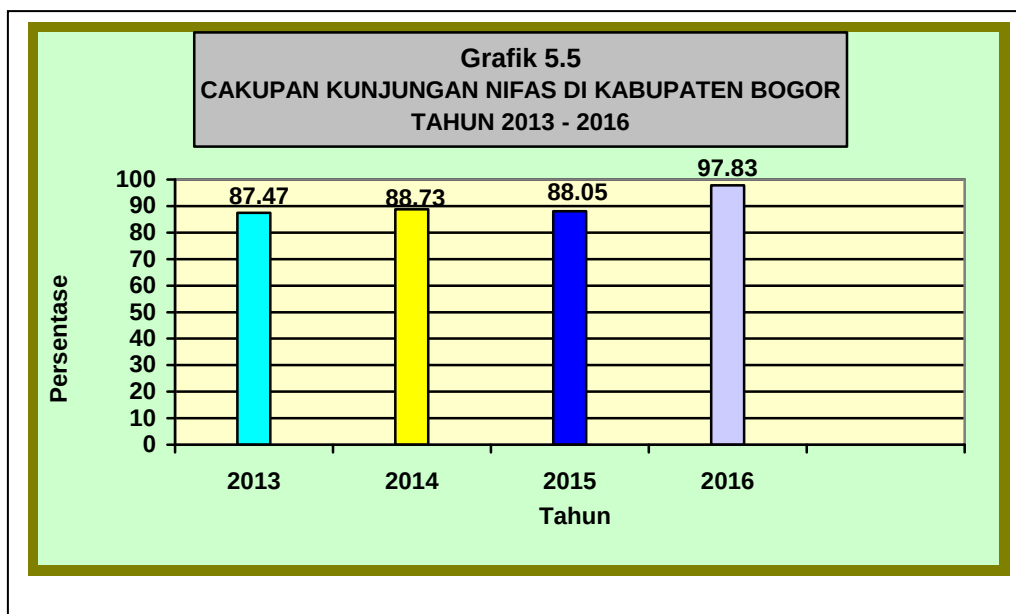
Grafik 5.4 menggambarkan cakupan persalinan di tolong oleh tenaga kesehatan di Kabupaten Bogor, selama periode 5 tahun cakupan persalinan oleh nakes cenderung meningkat, pada tahun 2012 sebesar 82,9% dan tahun 2016 sebesar 96,12%. Cakupan persalinan oleh dukun cenderung berfluktuatif, pada tahun 2012 sebesar 10,8 % dan Tahun 2016 menjadi 7,2%.

5.1.2.3. Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas

Pelayanan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan sesuai standar pada ibu mulai 6 jam sampai 42 hari pasca kelahiran oleh tenaga kesehatan. Untuk deteksi dini komplikasi pada ibu nifas diperlukan pemantauan pemeriksaan terhadap ibu nifas dengan melakukan kunjungan nifas sebanyak 3 kali dengan distribusi waktu antara lain : kunjungan nifas pertama (KF1) pada 6 jam setelah persalinan sampai 3 hari, kunjungan nifas ke-dua (KF2) dilakukan pada 4 hari sampai dengan 28 hari setelah persalinan, kunjungan nifas ke-tiga (KF3) dilakukan pada 29 hari sampai dengan 42 hari setelah persalinan. Diupayakan kunjungan nifas ini dilakukan pada saat dilaksanakannya kegiatan di posyandu dan dilakukan bersamaan pada kunjungan bayi.

Pelayanan kesehatan ibu nifas yang diberikan meliputi : pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu, kedua yaitu pemeriksaan lokia dan pengeluaran pervagina lainnya, ketiga adalah pemeriksaan payudara dan anjuran ASI eksklusif 6 bulan, keempat yaitu pemberian kapsul vitamin A 2000 IU sebanyak (2 x 24 jam), kelima adalah pelayanan KB pasca persalinan.

Cakupan kunjungan ibu nifas tahun 2016 sebesar 118.106 orang (97,83%), hasil sudah melampaui target SPM sebesar 90%. Cakupan kunjungan nifas selama empat tahun terakhir dapat dilihat pada grafik berikut :



5.1.2.4. Pelayanan Kesehatan Neonatal, Bayi dan Anak Balita

a. Cakupan Kunjungan Neonatal

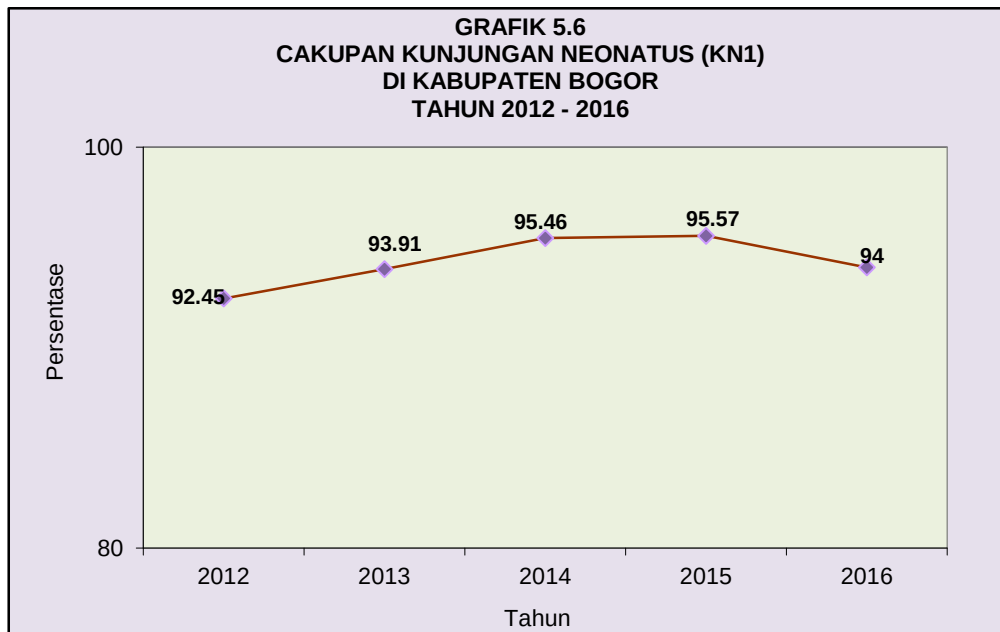
Kunjungan neonatal adalah kunjungan bayi umur 0-28 hari yang kontak dengan tenaga kesehatan untuk mendapatkan pelayanan dan pemeriksaan kesehatan minimal dua kali dari tenaga kesehatan, yaitu pada umur 0-7 hari dan umur 8-28 hari. Kunjungan neonatal lengkap adalah jumlah neonatal yang mendapatkan pelayanan sesuai standar 3 kali (KN1,KN2,KN3), dengan ketentuan:

- a. KN1 adalah jumlah neonatus umur ≥ 24 jam-2 hari yang kontak dengan tenaga kesehatan untuk mendapatkan pelayanan dan pemeriksaan kesehatan neonatal sesuai standar, baik didalam maupun diluar gedung puskesmas (termasuk bidan di desa, polindes, kunjungan rumah, rumah sakit pemerintah/swasta, RB dan bidan praktek swasta di wilayah kerja puskesmas)
- b. KN2 adalah jumlah kunjungan neonatus umur 3-7 hari
- c. KN3 adalah jumlah kunjungan neonatus umur 8-28 hari

Kunjungan ini bertujuan untuk meningkatkan akses neonatal terhadap pelayanan kesehatan dasar, mengetahui sedini mungkin bila terdapat kelainan/masalah kesehatan pada neonatus.

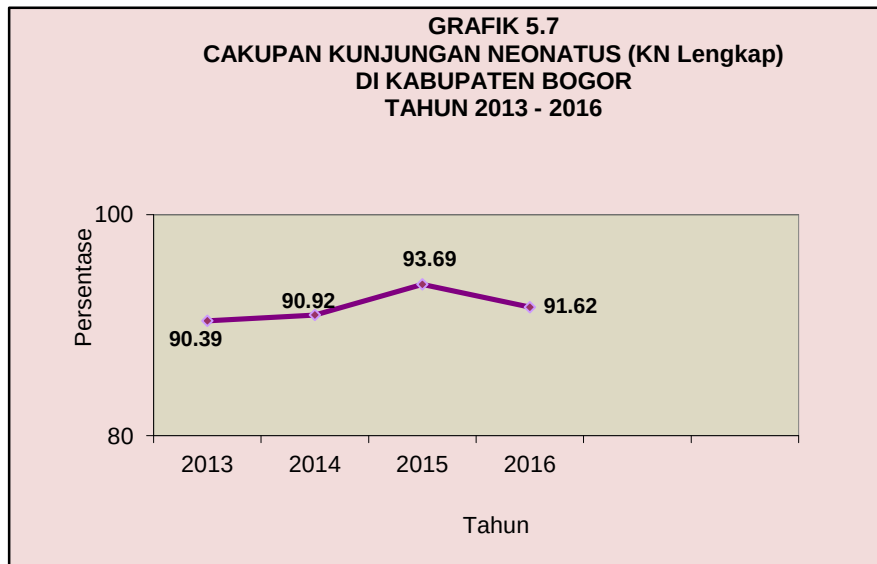
Pelayanan kesehatan neonatal dasar dilakukan secara komprehensif dengan melakukan pemeriksaan dan perawatan bayi baru lahir dan pemeriksaan menggunakan pendekatan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) untuk memastikan bayi dalam keadaan sehat, yang meliputi : perawatan tali pusat, ASI Eksklusif, Injeksi Vitamin K, Pemberian salep mata, Imunisasi Hepatitis B-O, Pemeriksaan tanda bahaya, konseling, penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan.

Pada grafik 5.6 dibawah ini dapat dilihat cakupan pemeriksaan Neonatus (KN1) di Kabupaten Bogor selama periode lima tahun terakhir yaitu tahun 2012 - 2016 sebagai berikut :



Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa selama kurun waktu 5 tahun terakhir cakupan pemeriksaan Neonatus pertama, besarnya dari tahun ke tahun meningkat. Pada tahun 2012 sebesar 92,45% mengalami peningkatan di tahun 2013 (93,91%) dan terus meningkat sampai dengan tahun 2015 sebesar 117.181 (95,57%), namun di tahun 2016 mengalami penurunan untuk persentase kunjungan neonatus (KN1) sebesar 94.00% walaupun angka absolutnya meningkat sebesar 120.801 kunjungan, hal ini dikarenakan sasaran neonatus yang meningkat dibandingkan tahun sebelumnya. Cakupan tersebut masih jauh di bawah target program sebesar 100%, untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 38 profil kesehatan.

Pada grafik 5.7 dibawah ini dapat dilihat cakupan pemeriksaan Neonatus (KN lengkap) di Kabupaten Bogor selama periode empat tahun terakhir yaitu tahun 2013-2016 sebagai berikut :

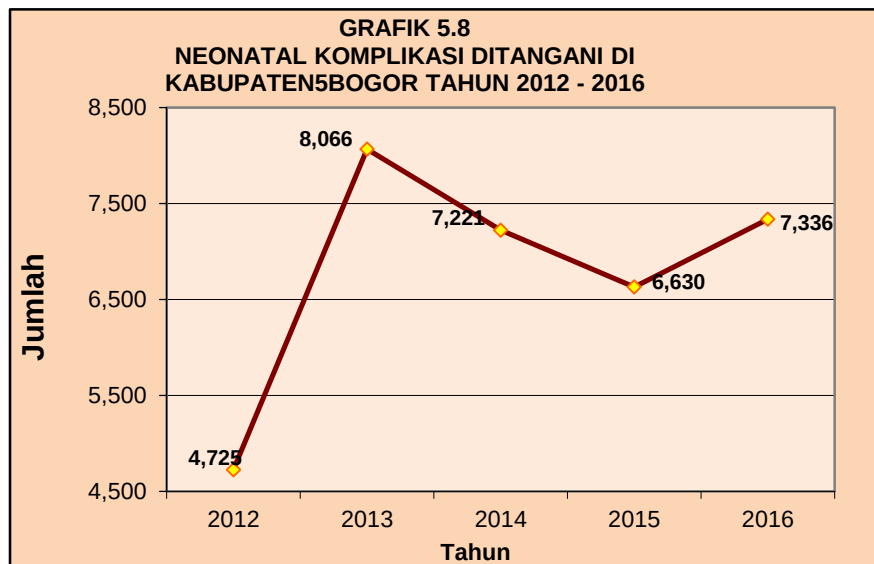


Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa selama kurun waktu 4 tahun terakhir cakupan pemeriksaan Neonatus ketiga, besarnya dari tahun ke tahun meningkat. Pada tahun 2013 sebesar 90,39% mengalami peningkatan di tahun 2014 (90,92%) dan Tahun 2015 terus meningkat sebesar 114.880 (93,69%) namun di tahun 2016 mengalami penurunan untuk persentase nya sebesar 91,62%, walaupun angka absolutnya meningkat sebesar 117.740 kunjungan, cakupan tersebut masih melampaui target program sebesar 90%. Hal ini dikarenakan sasaran neonatus yang meningkat.

b. Cakupan Neonatal Komplikasi yang Ditangani

Neonatal komplikasi yang ditangani adalah jumlah neonatus dengan komplikasi yang ditolong dan ditangani oleh tenaga kesehatan terlatih (dokter dan bidan) disarana pelayanan kesehatan dasar maupun difasilitas kesehatan yang lebih lengkap.

Pada grafik 5.8 dapat dilihat jumlah neonatal komplikasi yang ditangani di Kabupaten Bogor selama periode lima tahun terakhir yaitu tahun 2012-2016 sebagai berikut:

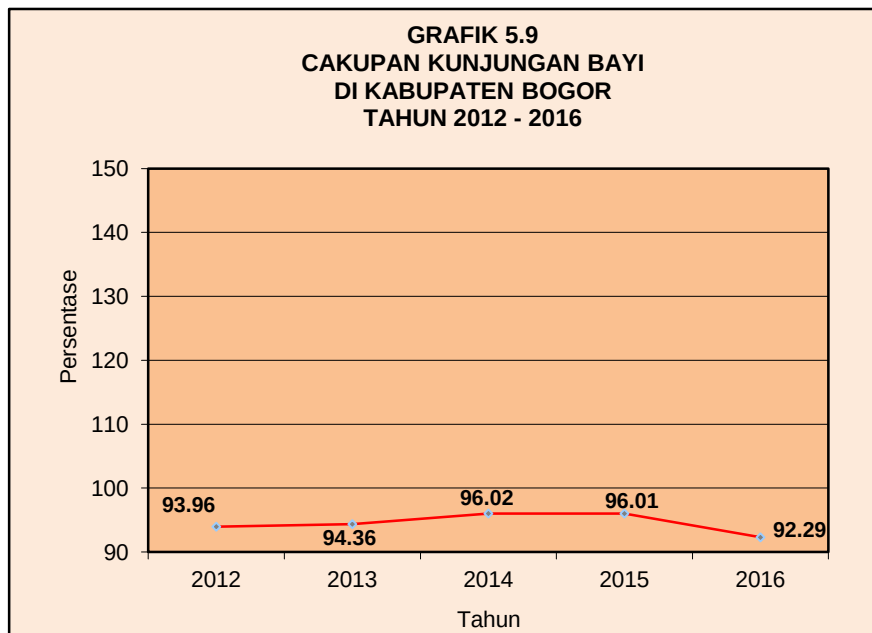


Terlihat dari grafik diatas terjadi peningkatan jumlah neonatal komplikasi yang ditangani dari tahun 2012 sebesar 4.725 menjadi 7.221 pada tahun 2014, namun di tahun 2015 menurun sebesar 6.630 (36,05%). Menurunnya jumlah neonatal komplikasi ditangani disebabkan banyaknya Fasilitas Kesehatan di luar wilayah Kabupaten Bogor yang banyak diakses oleh penduduk wilayah Kabupaten Bogor yang pencatatannya belum terdokumentasi dengan baik di Puskesmas sehingga tidak dilaporkan dan di tahun 2016 kembali meningkat sebesar 7.336 (38,21%).

c. Pelayanan Kesehatan Bayi

Pelayanan kesehatan pada kunjungan bayi adalah kunjungan bayi umur 29 hari - 11 bulan yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar oleh dokter, bidan, perawat yang memiliki kompetensi klinis kesehatan minimal 4 kali di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Pelayanan kesehatan bisa diberikan di sarana pelayanan kesehatan (polindes, pustu, puskesmas, RB dan RS pemerintah/swasta) maupun di rumah, posyandu, tempat penitipan anak, panti asuhan dan sebagainya melalui kunjungan dan pemeriksaan oleh tenaga kesehatan. Pelayanan kesehatan : dalam keadaan sehat, sudah diberi makanan pendamping ASI, status imunisasi dasar lengkap, gizi baik (BB sesuai umur, yaitu dalam warna hijau pada KMS tumbuh kembang), mengalami perkembangan sesuai dengan umurnya (SDIDTK) dan pemberian vitamin A pada usia 6-12 bulan.

Pada grafik 5.9 dibawah ini dapat dilihat cakupan kunjungan bayi di Kabupaten Bogor selama periode lima tahun terakhir yaitu tahun 2012-2016 sebagai berikut:



Dari grafik diatas dapat dilihat cakupan kunjungan bayi pada tahun 2012 sebesar 93,96%, selama dua tahun terus meningkat menjadi 96,02% pada tahun 2014 namun di dua tahun terakhir mengalami penurunan di tahun 2015 sebesar 96,01% dan di tahun 2016 kembali menurun sebesar 3,72% ($92,29\% = 96,01\% - 3,72\%$ kunjungan) hasil ini masih melebihi target SPM sebesar 90%. Hal ini dikarenakan sasaran bayi yang meningkat sehingga persentase cakupan kunjungan bayi menurun walaupun angka absolutnya meningkat.

d. Pelayanan Kesehatan Anak Balita

Lima tahun pertama kehidupan pertumbuhan mental dan intelektual berkembang pesat. Masa ini merupakan masa terbentuknya dasar-dasar kemampuan keinderaan, berfikir, berbicara serta pertumbuhan mental intelektual yang intensif dan awal pertumbuhan moral. Pada tahun 2016 cakupan pelayanan kesehatan (minimal 8 kali) anak balita (1-4 tahun) naik menjadi sebesar 80,41% jika dibandingkan pencapaian Tahun 2015 sebesar 79,69%.

e. Pelayanan Kesehatan Anak Pra Sekolah, Usia Sekolah & Remaja

Pelayanan dan pembinaan anak pra sekolah, di Taman Kanak-Kanak /Raudhatul Atfal (TK/RA) menjadi hal penting sebagai lanjutan pelayanan dan pembinaan pada usia bayi - balita.

Pelayanan kesehatan anak di sekolah mulai dari TK/RA sampai dengan SMA/ sederajat diutamakan pada upaya peningkatan kesehatan dalam bentuk promotif dan preventif. Upaya preventif antara lain kegiatan "penjaringan kesehatan" (skrining kesehatan) peserta didik. Penjaringan kesehatan merupakan suatu prosedur pemeriksaan kesehatan yang dilakukan untuk memilah (skrining) anak yang sehat dan tidak sehat, serta dapat dimanfaatkan untuk pemetaan kesehatan peserta didik dan kegiatan ini dapat ditindak lanjuti dengan pemeriksaan berkala.

Anak usia sekolah merupakan generasi penerus bangsa dan sebagai sumber daya manusia (SDM) yang akan datang. Perkiraan anak usia sekolah sekitar 1/3 (sepertiga) dari jumlah total penduduk, 2/3 (dua pertiga) adalah anak sekolah.

Pertumbuhan dan perkembangan anak sekolah akan terganggu karena sakit, kurang gizi, atau masalah kelebihan gizi dan bila anak menghadapi masalah psikososial atau kejiwaan. Keadaan ini akan mempengaruhi proses belajar yang lebih lanjut dan akan mempengaruhi prestasi belajar. Pada akhirnya akan berdampak terhadap kualitas sumber daya manusia.

Upaya yang dilaksanakan dalam pelayanan kesehatan anak usia sekolah dan remaja melalui kegiatan dalam gedung dan luar gedung. Pelayanan dalam gedung melalui kunjungan BP umum BP gigi dan klinik PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) untuk konseling sedangkan kegiatan luar gedung terintegrasi dalam program UKS (Usaha Kesehatan Sekolah) dilaksanakan secara menyeluruh (komprehensif) dengan mengutamakan kegiatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif pada anak dan remaja yang berada di TK/RA, SD/MI, SMP/MTS, SMA/MAN dan sederajatnya. Dalam pelayanan kesehatan kepada remaja dikembangkan pendidikan pada kelompok sebaya / peer konselor remaja di sekolah, dengan harapan di sekolah tersebut ada layanan dari remaja, oleh

remaja, dan untuk remaja (teman curhat). Kegiatannya di fasilitasi oleh guru BK (Bimbingan Konseling) atau guru UKS dan petugas Puskesmas.

Cakupan penjangkaran anak pra sekolah di TK/RA Kabupaten Bogor tahun 2016 yaitu sebesar 12,03% masih sama pencapaiannya bila dibandingkan dengan tahun sebelumnya 2015 (12,03% %), untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada lampiran tabel 49a profil kesehatan.

Pemeriksaan/penjangkaran kesehatan anak SD/MI dan setingkatnya selama tiga tahun terakhir mengalami fluktuasi, 78,8% (2014), meningkat 91,00% (2015) dan di tahun 2016 hasil pencapaiannya sama dengan tahun 2015 sebesar 91,00% , hasil ini belum mencapai target SPM sebesar 100%.

Selain kegiatan penjangkaran anak pada usia sekolah, dilaksanakan juga pelayanan imunisasi kepada anak SD yaitu imunisasi Campak DT dan TT yang pelaksanaannya serentak melalui kegiatan Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) dan pemberian obat cacing bagi murid kelas 1 dan 6 tiap bulan Mei dan November.

Imunisasi DT diberikan kepada murid kelas I SD dengan hasil cakupan tahun 2016 sebanyak 97.176 anak (93,95%), tahun 2015 sebanyak 90.281 anak (92,38%). Jika dilihat dari hasil persentase, cakupan pada tahun 2016 meningkat dibandingkan tahun 2015.

Imunisasi TT diberikan kepada murid kelas 2 dan kelas 3 SD. Hasil cakupan imunisasi TT kelas 2 pada tahun 2016 sebanyak 93.672 anak (91,61%), tahun 2015 sebanyak 88.916 anak (92,52%). Jika dilihat hasil persentase cakupan pada tahun 2016 menurun dibandingkan tahun 2015. Sedangkan imunisasi TT kelas 3 Tahun 2016 sebanyak 94.118 anak (92,94%), lebih rendah bila dibandingkan tahun 2015 yaitu sebanyak 89.159 anak (93,07%).

f. Pelayanan Kesehatan Pra Usia Lanjut Dan Usia Lanjut (Usila)

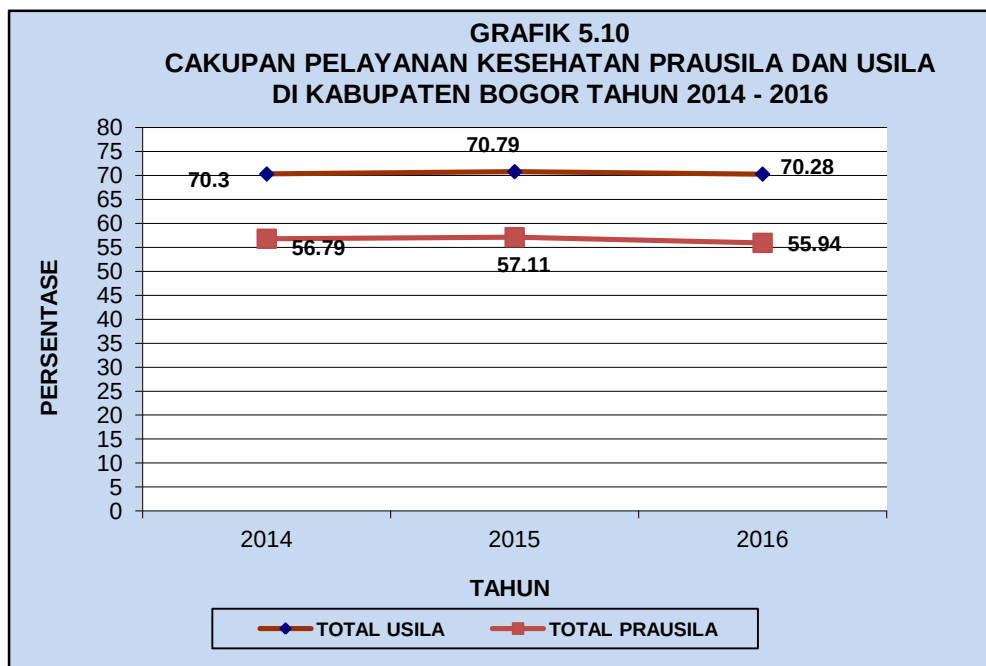
Keberhasilan pembangunan di bidang kesehatan telah membuahkan hasil meningkatnya Umur Harapan Hidup (UHH) dampaknya meningkatnya populasi penduduk usia lanjut, pada tahun 2006-2011 diperkirakan akan sama dengan jumlah anak balita yaitu sekitar 19 juta jiwa (8,5%) dari seluruh jumlah penduduk.

Tujuan pelayanan kesehatan pada kelompok usia lanjut (usila) adalah untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan kelompok usia lanjut agar tetap sehat, produktif dan mandiri dalam kehidupan sehari-hari serta melakukan upaya

rujukan sendiri mungkin bagi lansia yang memerlukan. Selain itu demi terwujudnya LANSIA “SEHAT, MANDIRI DAN PRODUKTIF” .

Sasaran pembinaan dan pelayanan bagi usia lanjut terbagi dalam sasaran langsung kepada usila yaitu Pra Usila (45-59 tahun), Usila (60-69 tahun) dan lansia beresiko tinggi >70 tahun keatas atau lansia dengan penyakit degeneratif (masalah kesehatan). Sasaran tidak langsung yaitu keluarga dimana usia lanjut berada, masyarakat di lingkungan usia lanjut berada, organisasi yang bergerak dalam pembinaan usia lanjut, LSM dan masyarakat luas.

Pada grafik 5.10 dibawah ini dapat dilihat cakupan pelayanan prausila dan usila di Kabupaten Bogor selama periode tiga tahun terakhir yaitu tahun 2014-2016 sebagai berikut :



Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa tahun 2016 terjadi penurunan cakupan baik cakupan pra usila dari 57,11 (tahun 2015) menjadi 55,94 (tahun 2016), maupun cakupan usila menurun dari 70,79 (tahun 2015) menjadi 70,28 (tahun 2016), hasil ini mencapai target (Target pra lansia 40% dan Lansia 70%). Pengelolaan program Lansia ditangani oleh seksi Kesehatan Keluarga & Gizi Masyarakat mengembangkan program kesehatan bagi pra usila dan usila yaitu dengan dikembangkannya "Puskesmas santun lansia" dengan kriteria memberikan pelayanan yang baik, sopan, ramah serta kemudahan-kemudahan dan keringanan kepada lanjut usia. Kemudahan-kemudahan di maksud loket pendaftaran,

poliklinik dan apotik tersendiri diupayakan tidak perlu mengantri atau menunggu terlalu lama, sedangkan keringanan diberikan kepada lansia yang berusia 80 tahun ke atas dibebaskan dari biaya. Klinik lansia pada umumnya disediakan satu hari dalam seminggu namun sudah beberapa puskesmas seperti Ciawi, Jonggol, Leuwiliang dan Cirimekar sudah memiliki poli lansia tersendiri, sehingga dapat melayani lansia secara khusus setiap hari. Selain itu pelayanan lansia diluar gedung dikembangkan melalui posbindu lansia, serta dihimbau setiap desa/kelurahan minimal terbentuk dan di bina satu Posbindu. Puskesmas santun lansia pada tahun 2016 ada 15 puskesmas di Puskesmas Nanggung, Leuwiliang, Cibungbulang, Ciawi, Dramaga, Cigombong, Cisarua, Cileungsi, Citeureup, Cibinong, Cirimekar, Bojong Gede, Ciseeng, Jonggol dan Jampang.

5.1.2.5. Pelayanan Kesehatan Keluarga Berencana (KB)

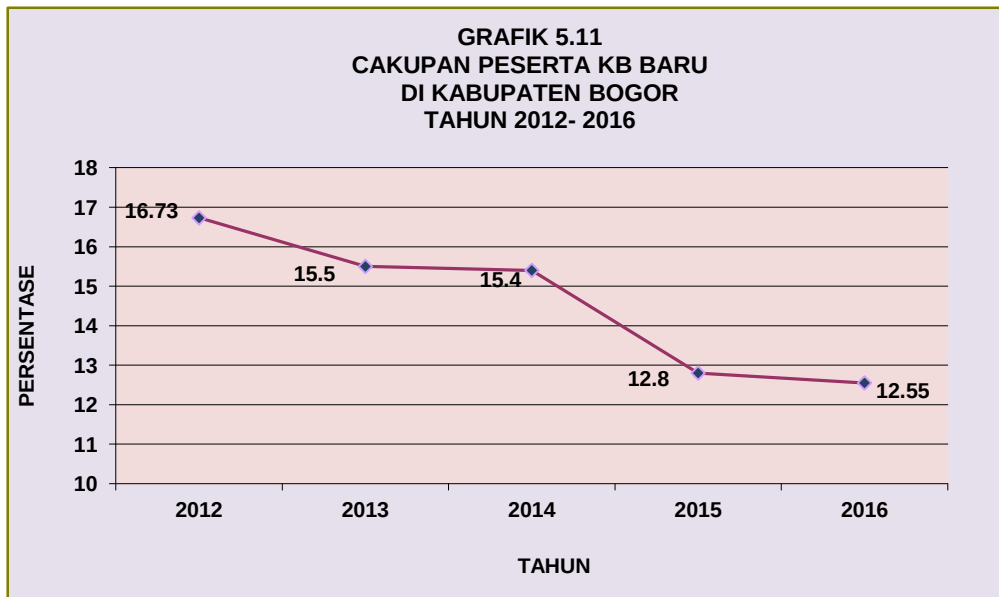
Keberhasilan program KB dapat diketahui dari beberapa indikator yaitu pencapaian cakupan peserta KB baru dan cakupan peserta KB aktif terhadap Pasangan Usia Subur (PUS).

Menurut hasil penelitian usia subur seorang wanita biasanya antara 15-49 tahun. Oleh karena itu untuk mengatur jumlah kelahiran atau menjarangkan kelahiran, wanita/pasangan ini lebih di prioritaskan untuk menggunakan alat/cara KB. Tingkat pencapaian pelayanan keluarga berencana dapat dilihat dari cakupan peserta KB yang sedang/pernah menggunakan alat kontrasepsi, tempat pelayanan KB dan jenis kontrasepsi yang digunakan akseptor.

Menurut data dari Badan Pemberdayaan Perempuan & Keluarga Berencana Kabupaten Bogor (BPPKB) Kabupaten Bogor, data jumlah PUS tahun 2016 sebanyak 1.046.916 PUS, sedangkan jumlah peserta KB baru sebanyak 131.408 orang.

a. Peserta KB Baru

Cakupan peserta KB baru sejak tahun 2012 sampai dengan tahun 2016 di Kabupaten Bogor dapat dilihat pada grafik 5.11 berikut ini.



Terlihat bahwa pencapaian cakupan peserta KB Baru selama 5 tahun terus mengalami penurunan dari tahun 2012 sampai dengan tahun 2016.

Pola penggunaan alat kontrasepsi peserta KB baru di Kabupaten Bogor menurut BPPKB selama 5 tahun terakhir bisa dilihat pada tabel 5.1 dibawah ini.

TABEL 5.1
PERSENTASE POLA PENGGUNAAN ALAT KONTRASEPSI
PESERTA BARU DI KABUPATEN BOGOR
TAHUN 2012-2016

TAHUN	PIL %	KONDOM %	SUNTIK %	METODE LAIN %	MOW/ MOP %	IMPLANT %	IUD %	TOTAL %
2012	35,97	1,18	55,57	0,0	0,73	4,26	2,30	100
2013	35,82	0,72	55,88	0,0	0,86	4,53	2,20	100
2014	34,70	0,89	55,23	0,0	0,78	5,81	2,60	100
2015	35,90	1,01	55,84	0,0	0,78	4,32	2,13	100
2016	33,56	0,91	58,19	0,0	0,12	4,94	2,28	100

Sumber : BPPKB & Bidang Binkesmas

Dilihat dari tabel diatas penggunaan alat kontrasepsi akseptor baru terbesar yang diminati masih alat kontrasepsi suntik, dari tahun 2012-2016 berkisar antara 55,57% - 58,19%. Alat kontrasepsi yang persentasenya kecil (kurang diminati) adalah alat kontrasepsi MOW/MOP tahun 2012-2016 berkisar antara 0,12% - 0,73%.

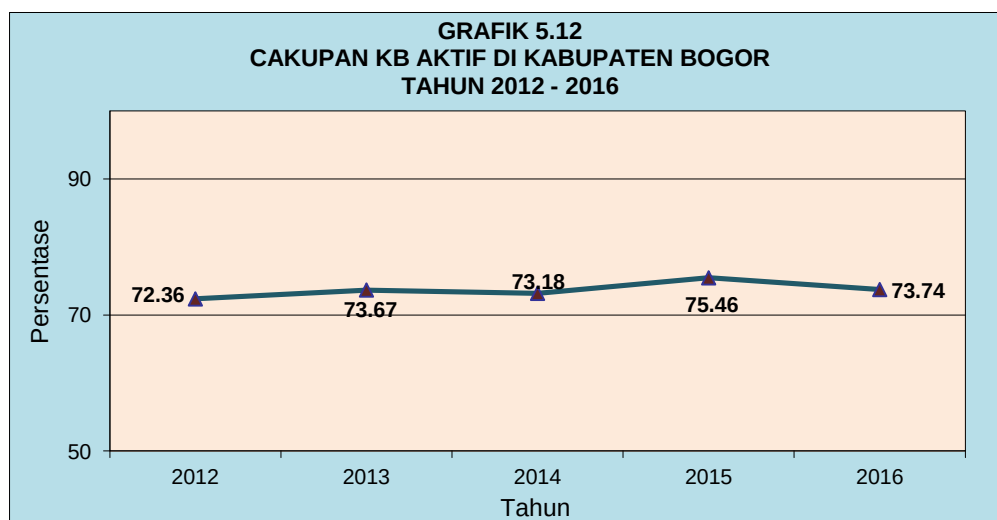
b. Peserta KB Aktif

Cakupan peserta KB aktif merupakan indikator untuk melihat mutu pelayanan KB dan partisipasi masyarakat di Kabupaten Bogor. Peserta KB aktif di Kabupaten Bogor menurut BPPKB, cakupan pencapaiannya pada tahun 2016 73,74% (771.966 orang), sudah melampaui target SPM (70%). Untuk pencapaian target tersebut, dilakukan kegiatan-kegiatan yang mendukung, salah satunya yaitu: meningkatkan frekuensi penyuluhan untuk ber KB kepada masyarakat, penyediaan alat kontrasepsi yang cukup, Bina Keluarga Balita (BKB), Bina Keluarga Remaja (BKR) dan Bina Keluarga Lansia (BKL).

Peserta KB Aktif terbanyak di Kabupaten Bogor adalah di Kecamatan Gunung Putri sebanyak 54.654 orang dan yang terendah pada Kecamatan Cariu sebanyak 8.910 orang

Pola penggunaan alat kontrasepsi peserta KB aktif yang ada di Kabupaten Bogor adalah sebagai berikut : Suntik sebanyak 397.660 orang (51,51%), PIL sebanyak 256.236 orang (33,19%), IUD sebanyak 45.421 orang (5,88%), Implant sebanyak 42.878 orang (5,88%), MOP/MOW sebanyak 21.783 (2,85%) dan Kondom sebanyak 8.001 (1,04%).

Cakupan KB Aktif di Kabupaten Bogor selama 5 tahun terakhir yaitu tahun 2012-2016 lebih jelasnya dapat dilihat pada grafik 5.12 berikut ini :



5.1.3. Pelayanan Imunisasi

5.1. 3.1. Imunisasi Dasar Pada Bayi

Program imunisasi merupakan salah satu program prioritas dari Kementerian kesehatan yang dinilai sangat efektif dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian bayi akibat penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD31). Program imunisasi ini merupakan program dasar lengkap (LIDL/ Lima Imunisasi Dasar Lengkap) pada bayi meliputi satu dosis BCG, 3 dosis DPT, 4 dosis Polio, 4 dosis Hepatitis B dan 1 dosis Campak.

Mulai Tahun 2007 imunisasi Hepatitis B sudah bergabung dengan imunisasi DPT dan terdapat imunisasi HBO atau imunisasi HB murni yang diberikan pada bayi baru lahir (0-7 hari), bertujuan untuk memutuskan transmisi dari ibu ke bayi.

Perkembangan cakupan imunisasi bayi di Kabupaten Bogor selama 4 tahun terakhir dapat dilihat pada tabel 5.2 sebagai berikut :

TABEL 5.2
CAKUPAN IMUNISASI BCG, DPT- HB1, DPT- HB3, POLIO 4,
CAMPAK,HB0 DAN DROUP OUT RATE
DI KABUPATEN BOGOR
TAHUN 2013 – 2016

TAHUN	HASIL CAKUPAN (%)						
	BCG	DPT-HB1	DPT-HB3	POLIO 4	CAMPAK	HB 0	DO RATE
2013	96,37	97,29	94,26	91,78	92,28	86,76	5,1
2014	99,58	98,98	94,99	95,39	95,73	88,09	3,29
2015	103,95	104,54	100,68	101,34	101,54	100,23	2,87
2016	98,17	97,88	94,72	94,62	95,21	94,07	2,73

Sumber : Sepim Bidang P2PKL

Dari tabel di atas dapat kita lihat perkembangan cakupan imunisasi bayi selama jangka waktu 4 tahun, pada tahun 2013 cakupan tertinggi yaitu DPT-HB1 sebesar 97,29%, pada tahun 2014 cakupan tertinggi adalah BCG sebesar 99,58%, pada tahun 2015 cakupan imunisasi yang tertinggi adalah DPT-HB1 sebesar 104,54%.dan tahun 2016 Imunisasi BCG menjadi cakupan tertinggi yaitu sebesar 98,17%.

Cakupan imunisasi BCG mengalami penurunan 103,95% (2015) menjadi 98,17% (2016). Cakupan DPT-HB1 menurun dari 104,54% (2015) menjadi 97,88% (2016). Imunisasi DPT-HB3 mengalami penurunan dari 100,68% (2015) menjadi 94,72% di tahun 2016. Cakupan imunisasi polio 4 juga mengalami penurunan dari 101,34% (2015) menjadi 94,62% (2016). Imunisasi HB0 mengalami peningkatan dari tahun 2015 sebesar 100,23% menjadi 94,07% di tahun 2016. Jika kita lihat angka DO Rate cakupan imunisasi bayi menurun dari tahun 2015 sebesar 2,87% menjadi 2,73% (2016).

Hasil cakupan imunisasi tahun 2016 diatas rata-rata sudah mencapai target nasional dan WHO yaitu sebesar 90%, penyebab masih belum tercapainya target imunisasi di Kabupaten Bogor Tahun 2016 terutama HB0 kemungkinan adalah masih rendahnya pengetahuan masyarakat tentang imunisasi dan kurangnya kesadaran masyarakat terhadap pentingnya imunisasi, hal ini sesuai dengan hasil Surkesda tahun 2005 sebagai berikut yaitu lebih dari 90% responden di seluruh wilayah Kabupaten Bogor mengatakan pernah mendengar tentang imunisasi pada bayi namun rata-rata responden kurang mendapat informasi tentang imunisasi lengkap dan manfaatnya. Pengetahuan responden tentang jenis imunisasi terutama imunisasi rutin tidak lebih dari 47%, responden yang menjawab tidak tahu dan yang tidak menjawab masih cukup tinggi yaitu 38%.

Berdasarkan permasalahan diatas maka perlu adanya peningkatan sosialisasi mengenai imunisasi secara terus menerus ke masyarakat, selain itu perlu lebih ditingkatkan kerjasama antara lintas program dengan lintas sektoral dan kerjasama yang lebih baik dengan pihak swasta. Penyediaan vaksin harus tepat waktu dan sesuai dengan kebutuhan sehingga sasaran tidak kehilangan kesempatan untuk mendapat imunisasi, selain itu kualitas pencatatan dan pelaporan imunisasi di puskesmas masih perlu ditingkatkan.

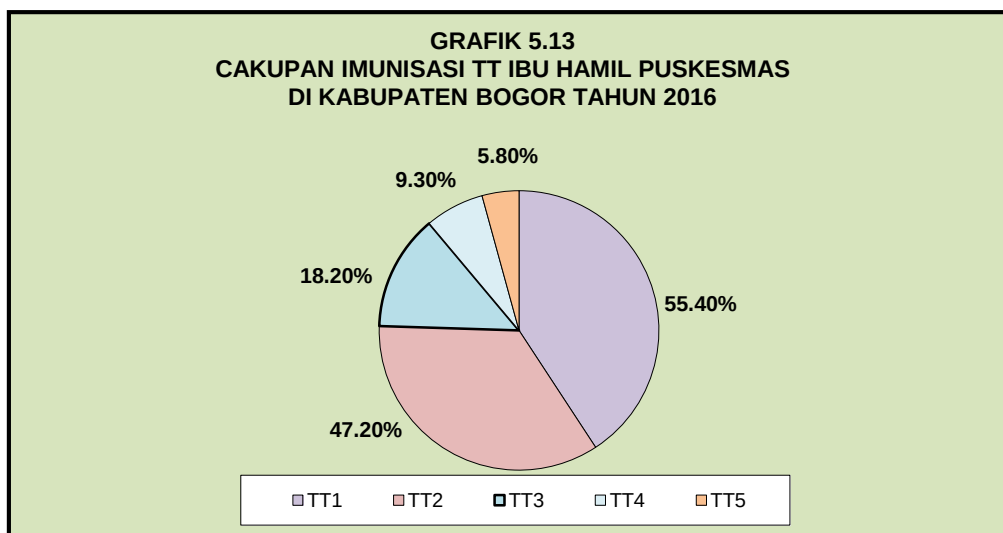
Lebih jelasnya cakupan imunisasi secara lengkap per kecamatan di Kabupaten Bogor tahun 2016 dapat dilihat di lampiran tabel 42-43 profil kesehatan.

5.1.3.2. Imunisasi Pada Ibu Hamil

Salah satu pelayanan yang diberikan saat pelayanan antenatal yang menjadi standar kualitas selain pemberian Fe adalah pemberian imunisasi TT.

Maternal and Neonatal Tetanus Elimination (MNTE) merupakan program eliminasi tetanus pada neonatal dan wanita usia subur termasuk ibu hamil. Strategi yang dilakukan untuk mengeliminasi tetanus neonatorum dan maternal adalah : pertolongan persalinan yang aman dan bersih, cakupan imunisasi rutin TT yang tinggi dan merata dan penyelenggaraan surveilans.

Imunisasi TT1 yang merupakan rangkaian penjumlahan dari imunisasi TT1, TT3, TT4 dan TT5, diberikan kepada ibu hamil di trimester pertama sedangkan TT2 nya yang merupakan rangkaian penjumlahan dari imunisasi TT2, TT3, TT4 dan TT5 dapat diberikan minimal 4 minggu setelah pemberian TT1. Imunisasi ini diberikan untuk meningkatkan kekebalan ibu terhadap penyakit tetanus selain itu dampaknya adalah dapat mencegah terjadinya kasus Tetanus Neonatorum pada bayi. Mulai tahun 2007 TT ibu hamil tidak hanya TT1 dan TT2 namun sudah mencapai sampai dengan TT 5. tahun 2015 cakupan TT pada ibu hamil menurut laporan dari Puskesmas adalah sebesar 51,54% untuk TT1, 26,23% untuk TT2, 43,67% untuk TT3, 17,08% untuk TT4 8,80% dan untuk TT5 sebesar 5,98%, untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada lampiran tabel 30 profil kesehatan. Gambaran cakupan TT ibu hamil tahun 2016 dapat dilihat pada grafik 5.13 berikut ini :



5.1.3.3 Cakupan UCI Desa/Kelurahan

Imunisasi merupakan pemberian vaksin yang meningkatkan kekebalan terhadap suatu penyakit. Imunisasi rutin baik pada bayi (BCG, DPT- HB1, DPT - HB 3, Polio 4, Campak dan Hepatitis B0 (0-7 hari) maupun ibu hamil (TT 1, TT2, TT3, TT4 dan TT 5).

Cakupan UCI (*Universal Child Immunization*) tahun 2016 baru mencapai 404 desa dari 434 desa (93,09%), belum mencapai target SPM 2015 sebesar 100%. Hasil meningkat dibandingkan Tahun 2015 UCI desa sebesar 92,40% (401 desa) dan tahun 2014 sebesar 95,16% (413 desa). Pencapaian UCI desa akan berdampak pada timbulnya kasus dan KLB PD3I. Penguatan terhadap pengamatan penyakit sebagai penilaian terhadap dampak vaksinasi perlu diperkuat di tataran puskesmas.

5.2. PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN

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

Untuk mengetahui kualitas upaya pelayanan kesehatan rumah sakit, telah dilakukan pengembangan sistem rumah sakit, yaitu akreditasi terhadap rumah sakit baik rumah sakit pemerintah maupun swasta. menilai tingkat keberhasilan pelayanan di rumah sakit dapat dilihat dari berbagai segi antara lain: tingkat pemanfaatan sarana pelayanan, mutu pelayanan dan tingkat efisiensi pelayanan.

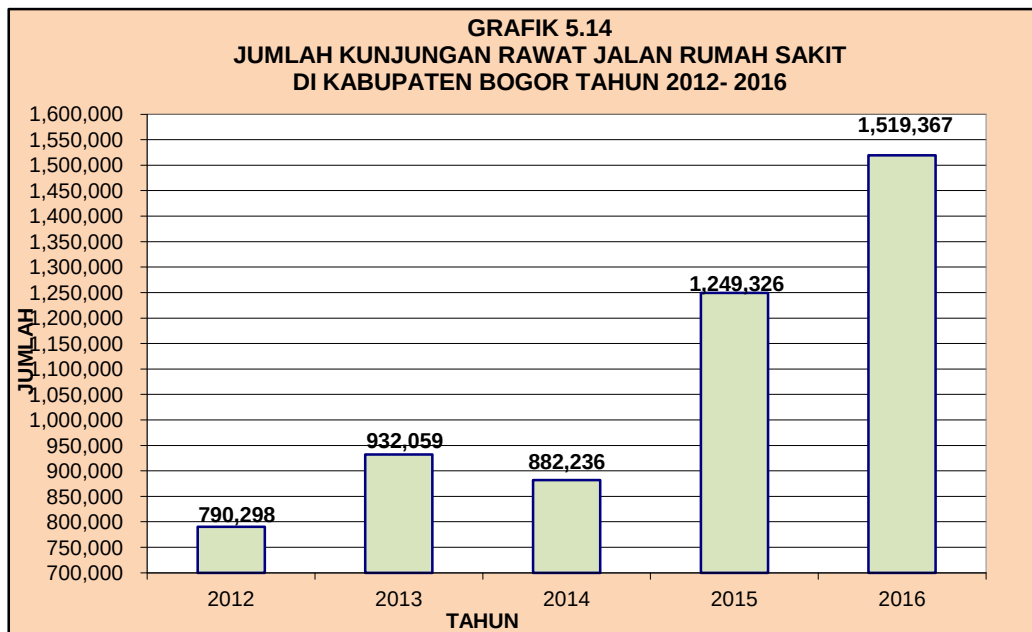
5.2.1 Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit

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

Untuk menilai tingkat keberhasilan pelayanan di rumah sakit dapat dilihat dari berbagai segi antara lain: tingkat pemanfaatan sarana pelayanan, mutu pelayanan dan tingkat efisiensi pelayanan.

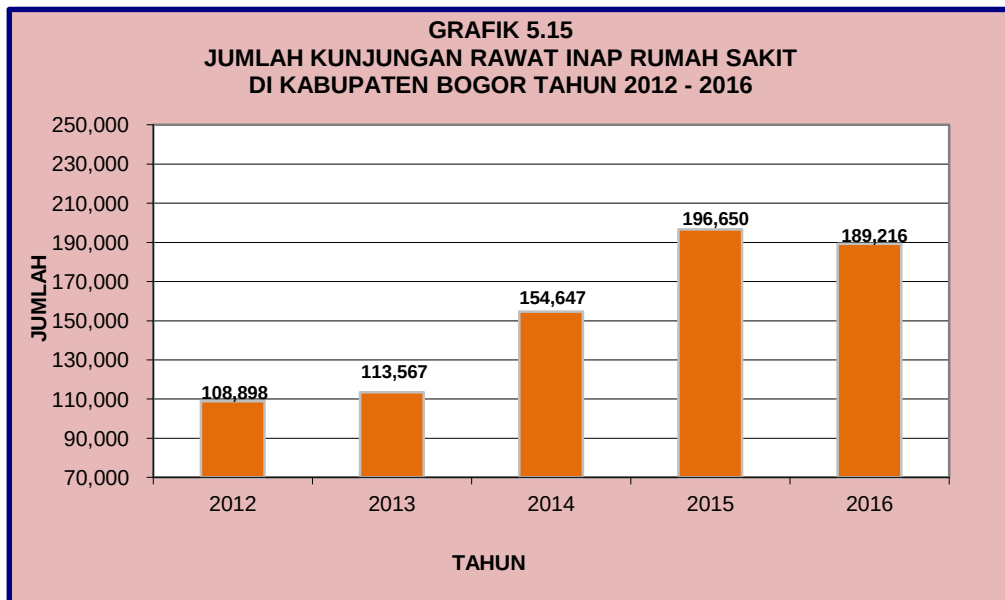
Jumlah total kunjungan pelayanan kesehatan di rumah sakit di Kabupaten Bogor pada Tahun 2016 sebesar 1.709.649 kunjungan, yang terdiri dari 1.519.367 kunjungan rawat jalan, 189.216 kunjungan rawat inap dan 1.066 kunjungan gangguan jiwa.

Jumlah kunjungan rawat jalan selama Tahun 2012-2016 dapat dilihat pada grafik 5.14 di bawah ini :



Jika dilihat dari grafik 5.14, jumlah kunjungan rawat jalan rumah sakit berfluktuatif dari tahun 2012 sebesar 790.298 sampai tahun 2016 sebesar 1.519.367 kunjungan.

Jumlah kunjungan rawat inap selama tahun 2012-2016 dapat dilihat pada grafik 5.15 di bawah ini :



Grafik 5.15 di atas menunjukkan bahwa jumlah kunjungan rawat inap rumah sakit di Kabupaten Bogor selama lima tahun terakhir cenderung berfluktuatif, pada tahun 2012 sebesar 77.281 meningkat menjadi 196.650 pada tahun 2015 namun di tahun 2016 menurun sebesar 189.126.

5.2.2. Angka Kematian di Rumah Sakit

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

Untuk mengetahui mutu pelayanan rumah sakit di Kabupaten Bogor tahun 2016 dapat diketahui dari indikator GDR (*Gross Death Rate*) dan NDR (*Net Death Rate*), seperti pada tabel dibawah ini

TABEL 5.3
ANGKA KEMATIAN MENURUT KEPEMILIKAN RS
Di KABUPATEN BOGOR
TAHUN 2016

RUMAH SAKIT	GDR/1000	NDR/1000
RSU PEMERINTAH (KEMKES)	57	36
RSU PEMERINTAH (PEMDA)	39	18
RSU SWASTA	13	4
RS KHUSUS SWASTA	8	6
RS TNI/POLRI	20	11
KABUPATEN BOGOR	23	10

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

Ukuran Indikator mutu pelayanan rumah sakit yang lebih sensitif bisa dilihat dari Indikator NDR. NDR hanya menghitung kematian yang sudah dalam penanganan rumah sakit atau sudah ada di RS lebih dari 48 jam

5.2.3. Tingkat Efisiensi Pelayanan Rumah Sakit

Penilaian tingkat keberhasilan pelayanan di rumah sakit biasanya dilihat dari berbagai segi yaitu tingkat pemanfaatan sarana, mutu dan tingkat efisiensi pelayanan. Beberapa indikator standar terkait dengan pelayanan kesehatan di rumah sakit yang dipantau antara lain pemanfaatan tempat tidur (BOR), rata-rata lama hari perawatan (LOS), rata-rata tempat tidur dipakai (BTO), rata-rata selang waktu pemakaian tempat tidur (TOI). Persentase pasien keluar yang meninggal (GDR) dan persentase pasien keluar yang meninggal ≥ 48 jam perawatan (NDR).

Indikator tersebut merupakan indikator luaran dan proses pada rumah sakit. Indikator ini hanya memperlihatkan sejauh mana rumah sakit dimanfaatkan oleh masyarakat pengguna dan sejauh mana tempat tidur rumah sakit dapat dipergunakan se optimal mungkin. Kinerja Rumah Sakit di Kabupaten Bogor Tahun 2016 dapat dilihat pada tabel berikut ini.

TABEL 5.4
INDIKATOR PELAYANAN RUMAH SAKIT MENURUT KEPEMILIKAN
DI KABUPATEN BOGOR
TAHUN 2016

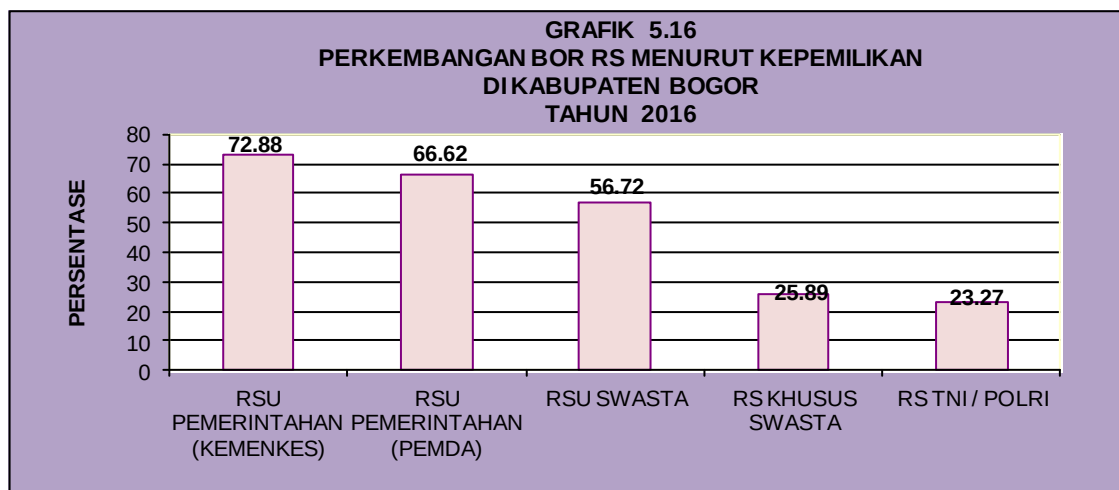
INDIKATOR	NILAI EVISIENSI	RSU PEMERINTAH (KEMENKES)	RSU PEMERINTAH (PEMDA)	RSU SWASTA	RS KHUSUS (SWASTA)	RSU TNI/POLRI
BOR	75% - 85%	72,88	66,62	56,72	25,89	23,27
LOS	3 – 9 hari	6,23	3,76	3,08	2,89	2,56
TOI	1 – 3 hari	2,43	1,95	2,41	8,95	11,73
BTO	40 -50	40,65	62,56	65,43	30,22	23,87

Berdasarkan tabel indikator pelayanan rumah sakit tahun 2016 di atas capain BOR tertinggi dicapai oleh RSU Pemerintah Kemenkes (RS Paru Dr M Goenawan P) sebesar 72,88%. Hal ini mengindikasikan adanya pemanfaatan

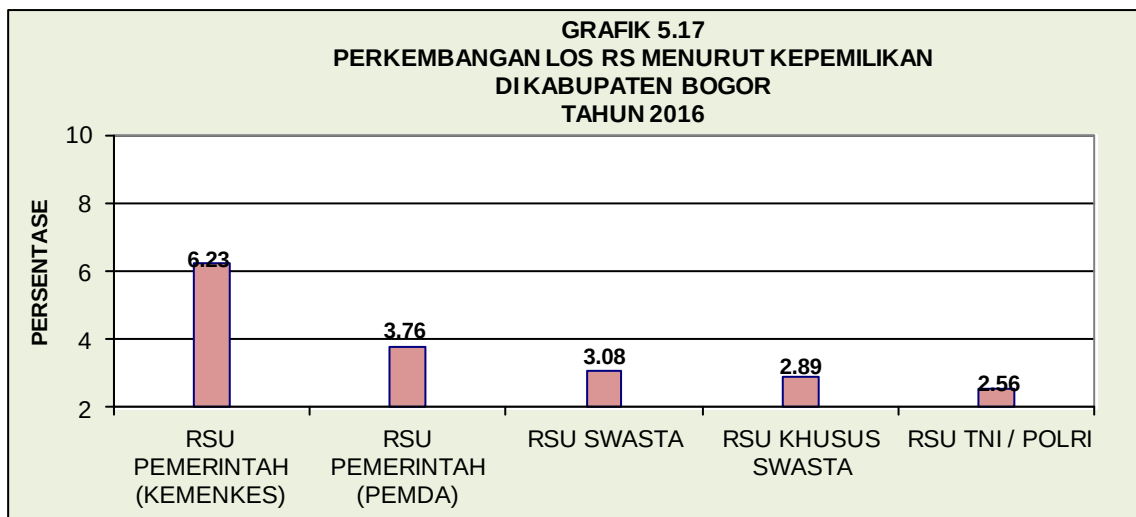
sarana pelayanan yang dimiliki rumah sakit daerah (RSUD) oleh masyarakat meskipun hasil capaian ini masih berada dibawah standar BOR 75% - 85%. Sedangkan capain BOR yang terendah di duduki oleh RSU TNI/POLRI (RSAU Atang Sanjaya) sebesar 23,27%.

Meskipun secara kategori kelompok kepemilikan RS capaian BOR masih dibawah standar, namun dianalisis per rumah sakit, rumah sakit cenderung yang mendekati standar BOR 75% -85% adalah RSUD Cibinong sebesar 73,25%, dan RS Trimitra sebesar 72,42%. BOR pada RS lainnya dapat dilihat di tabel 56 Profil Kesehatan.

Gambaran BOR di Kabupaten Bogor tahun 2016 dapat dilihat pada grafik di bawah ini :

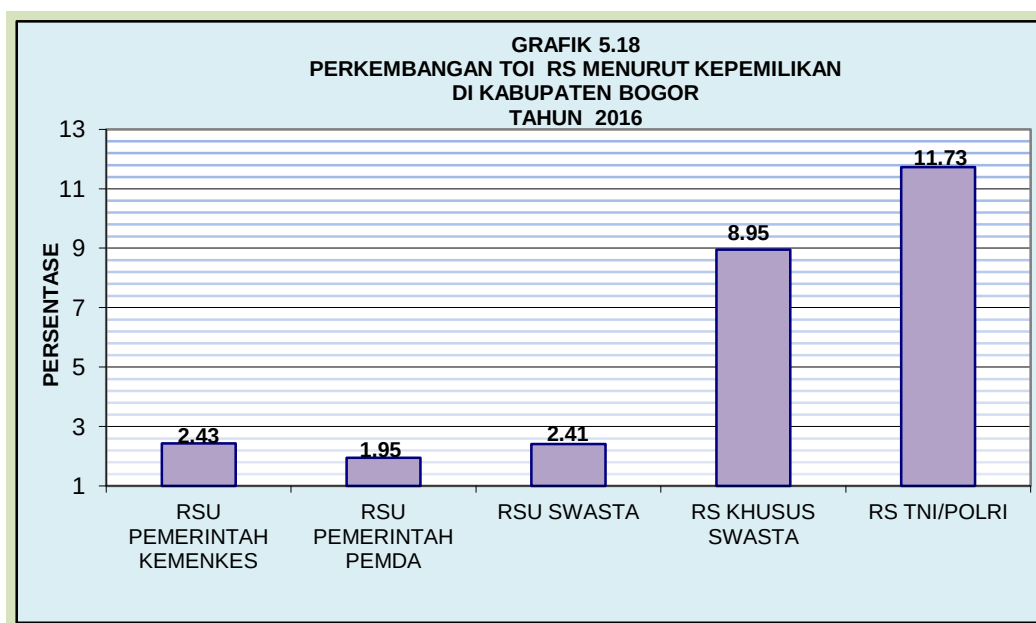


Untuk indikator lamanya hari perawatan seorang pasien (LOS) tertinggi dicapai oleh RSU Pemerintah (KEMENKES) yaitu sekitar 6 – 7 hari, dan angka tersebut sudah berada di standar LOS yaitu 3 – 9 hari. Sedangkan capaian terendah dicapai RSU TNI/POLRI (RSAU Atang Sanjaya) yaitu 2 - 3 hari, LOS pada RS lainnya dapat dilihat di tabel 56 Profil Kesehatan. Gambaran LOS di Kabupaten Bogor tahun 2016 dapat dilihat pada grafik di bawah ini :



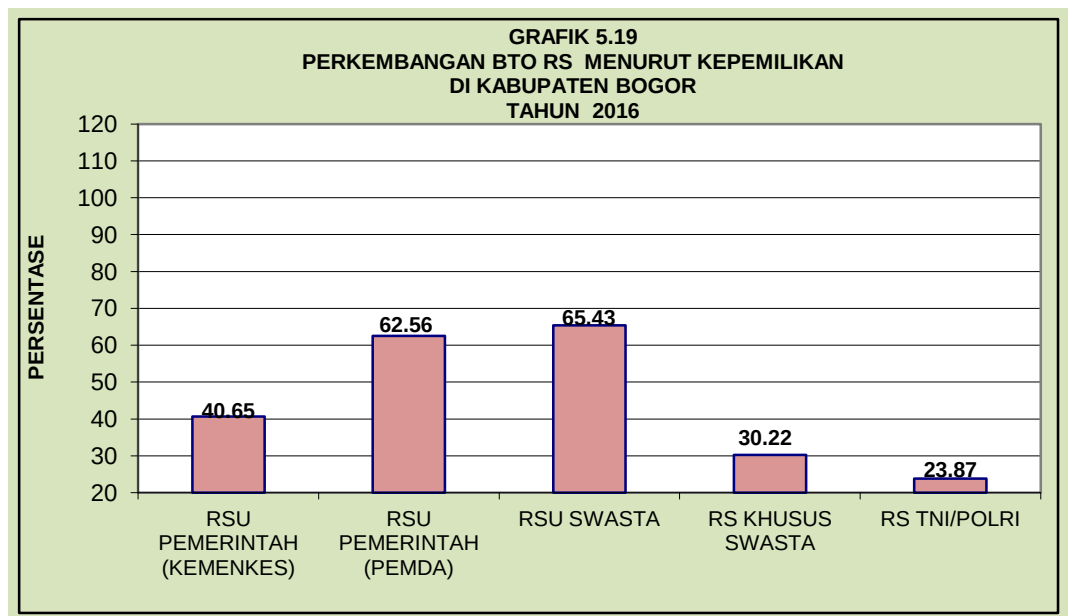
Batasan ideal untuk Turn Over Interval (TOI) adalah 1 – 3 hari, dengan TOI ideal pada kelompok RSU Pemerintah (KEMENKES), RSU Swasta dan RSU Pemerintah (PEMDA). TOI kelompok rumah sakit lainnya mencapai angka diatas 3 hari, tertinggi pada kelompok RSU TN /POLRI dan RSU Khusus Swasta dengan TOI Mencapai 11 hari untuk RSU TNI/POLRI dan 9 hari untuk RSU Khusus Swasta. TOI pada RS lainnya dapat dilihat di tabel 56 Profil Kesehatan.

Gambaran TOI di Kabupaten Bogor tahun 2016 dapat dilihat pada grafik di bawah ini :



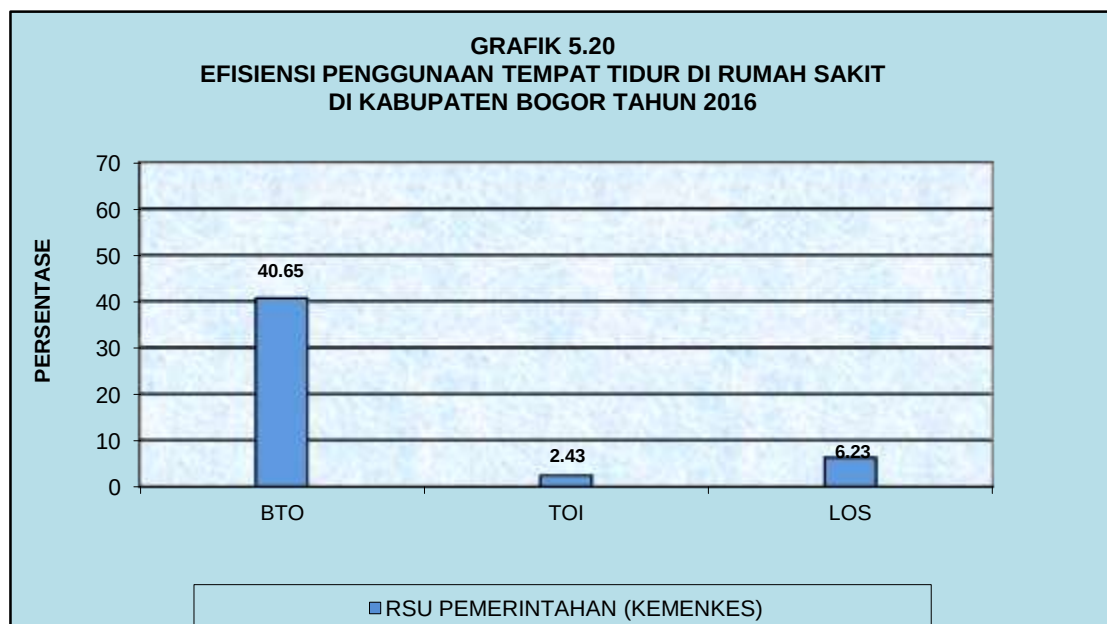
Indikator BTO kelompok Rumah Sakit Pemerintah Kemenkes sudah mencapai standar ideal, yakni frekuensi nya diatas 40 kali. BTO tertinggi pada RSU Swasta dengan frekuensi 65 kali per tahun. BTO terendah dicapai oleh kelompok RSU TNI/POLRI dengan frekuensi sebanyak 24 kali. BTO pada RS lainnya dapat dilihat di tabel 56 Profil Kesehatan.

Gambaran BTO di Kabupaten Bogor tahun 2016 dapat dilihat pada grafik di bawah ini :



Selain Indikator tersebut diatas untuk menggambarkan tingkat efisiensi pelayanan rumah sakit secara keseluruhan bisa digunakan metode pendekatan *Barber Johnson*. Metode *Barber Johnson* membuat komposit dari empat indikator pelayanan rawat inap rumah sakit yang dipakai untuk mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu dan efisiensi pelayanan rawat inap yakni BTO (Bed Turn Over), TOI (Turn Over Interval) dan AVLOS (Average Length Of Stay). Angka kombinasi yang dapat dipakai untuk dapat dikatakan penggunaan tempat tidur sudah efisien apabila BTO: 40-50 kali, TOI: 1-3 hari dan LOS: 3-9 hari.

Efisiensi penggunaan tempat tidur di Rumah Sakit di Kabupaten Bogor tahun 2016 yang mendekati ideal, jika dilihat dari 3 indikator tersebut adalah RSU Pemerintahan (Kemenkes). Efisiensi penggunaan tempat tidur yang mendekati ideal dapat dilihat pada grafik 5.20 sebagai berikut :



Grafik di atas menggambarkan bahwa belum ada Rumah Sakit Umum di Kabupaten Bogor yang mempunyai angka kombinasi penggunaan tempat tidur yang sudah bisa dikatakan efisien. Berdasarkan data-data di atas dapat disimpulkan bahwa penggunaan tempat tidur di rumah sakit Kabupaten Bogor belum optimal.

5.3. PERBAIKAN GIZI MASYARAKAT

Pembangunan masyarakat di Kabupaten Bogor, secara periodik terus ditingkatkan khususnya pembangunan di bidang kesehatan yang merupakan salah satu komponen penting dalam penentuan Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Berbagai kegiatan dilakukan guna menunjang peningkatan IPM secara tidak langsung, diantaranya kegiatan perbaikan gizi yang di prioritaskan pada bayi, balita, bumil, Wanita Usia Subur (WUS), ibu bersalin/ibu nifas/ibu menyusui.

5.3.1 Status Gizi

Derajat kesehatan masyarakat Kabupaten Bogor salah satunya dapat dinilai dengan indikator status gizi. Penilaian tersebut dapat dilakukan dengan status gizi golongan penduduk yang rawan gizi terutama anak yang berumur di bawah 5 tahun (Balita), ibu hamil dan ibu menyusui.

5.3.1.1 Status Gizi Balita

Status gizi Balita diperoleh dari hasil bulan penimbangan balita di posyandu, yang setiap tahun nya dilaksanakan pada bulan Februari & Agustus. Kriteria status gizi balita menurut BB/U meliputi status gizi sangat kurang, status gizi kurang, gizi baik dan gizi lebih. Jumlah balita dengan kondisi status gizi sangat kurang, gizi kurang, gizi baik, gizi lebih dan lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 5.4:

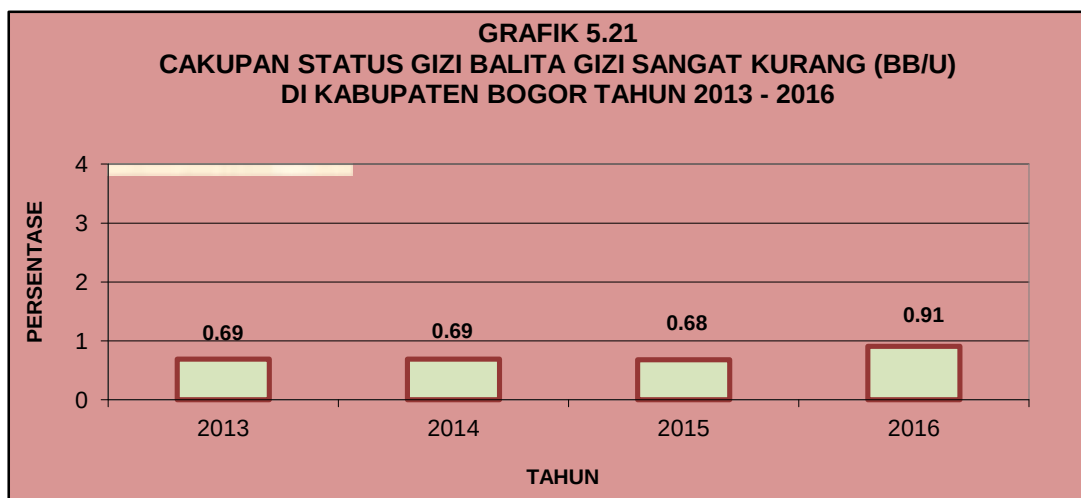
TABEL. 5.5
JUMLAH BALITA DENGAN KONDISI STATUS GIZI SANGAT KURANG
GIZI KURANG, GIZI BAIK DAN GIZI LEBIH
DI KABUPATEN BOGOR TAHUN 2013 - 2016

Jml Balita	Tahun							
	Th. 2013		Th. 2014		Th. 2015		Th. 2016	
	ABS	%	ABS	%	ABS	%	ABS	%
Gizi Sangat kurang	3.013	0,69	3.071	0,69	3.119	0,68	4.264	0,91
Gizi Kurang	27.006	6,21	26.179	5,87	23.112	5,06	24.592	5,27
Gizi Baik	398.661	91,64	409.566	91,79	424.496	92,95	429.626	92,12
Gizi Lebih	6.444	1,48	7.383	1,65	5.959	1,30	7.889	1,69

Sumber data : Hasil Bulan Penimbangan Balita tahun 2013, 2014, 2015, 2016

Gizi buruk (kurang gizi tingkat berat) dengan tanda klinis perlu segera ditindak lanjuti dengan dirujuk ke puskesmas, center klinik gizi atau ke rumah sakit. Intervensi yang telah dilakukan antara lain dengan pengobatan penyakit penyerta, pemberian PMT Pemulihan, PMT Penyuluhan dan penyuluhan gizi masyarakat.

Persentase kecenderungan balita dengan status gizi sangat kurang (BB/U) berdasarkan hasil Bulan Penimbangan Balita bulan Agustus di Kabupaten Bogor pada Tahun 2013-2016 dapat dilihat pada grafik 5.21



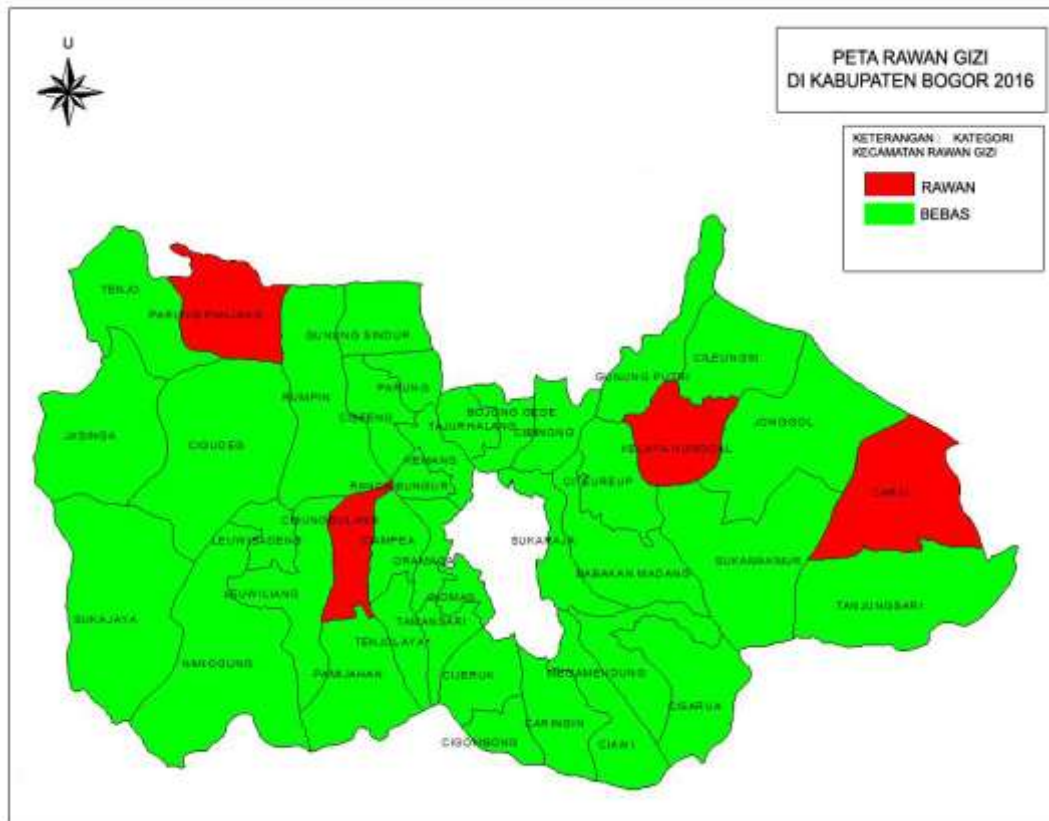
Dari grafik 5.21 terlihat bahwa penurunan angka status gizi buruk/sangat kurang pada balita terjadi dari tahun 2013 sebanyak 3.013 balita (0,69%) menjadi 4.264 (0,91%) pada tahun 2016.

Kecamatan dikatakan bebas rawan gizi adalah apabila pada suatu kecamatan memiliki jumlah persentase balita dengan status berat badan sangat kurang dan berat badan kurang <10%, yang diperoleh dari hasil Bulan Penimbangan Balita (BPB). Kecamatan bebas rawan gizi di Kabupaten Bogor pada tahun 2016 adalah sebesar 90,0% (36 kecamatan), menurun bila dibandingkan dengan tahun 2015 sebesar 95,0% (38 kecamatan).

Keadaan gizi masyarakat di Kabupaten Bogor telah menunjukkan kecenderungan yang semakin membaik, hal ini ditunjukkan dengan menurunnya prevalensi kekurangan gizi pada anak balita yang diukur dengan prevalensi KEP (balita gizi kurang dan gizi buruk) atau balita dengan Berat Badan rendah sebagai indikator kelaparan yang berdampak terhadap pencapaian tujuan MDGs lainnya.

Indikator MDGs yang dipakai adalah prevalensi balita dengan berat badan rendah/kekurangan gizi. Pada tahun 2016 di Kabupaten Bogor, prevalensi balita dengan status Kurang Energi Protein (KEP) adalah sebesar 6,19%.

GAMBAR 5.1
PETA KECAMATAN RAWAN GIZI DI KABUPATEN BOGOR 2016



Dari peta diatas diketahui kecamatan rawan gizi tersebar di 4 kecamatan yaitu kecamatan cibungbulang, kecamatan klapanunggal, kecamatan cariu dan kecamatan parung panjang.

5.3.1.2 Bayi Dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR<2500 gram)

Secara umum, Indonesia masih belum mempunyai angka untuk BBLR yang diperoleh berdasarkan survey nasional. Proporsi BBLR diketahui berdasarkan estimasi yang sifatnya sangat kasar yaitu berkisar antara 7-14% selama periode 1990–2000. Jika proporsi ibu hamil adalah 2,8% dari total penduduk, maka setiap bulan diperkirakan 355.000 s/d 710.000 dari 5 juta bayi dengan kondisi BBLR.

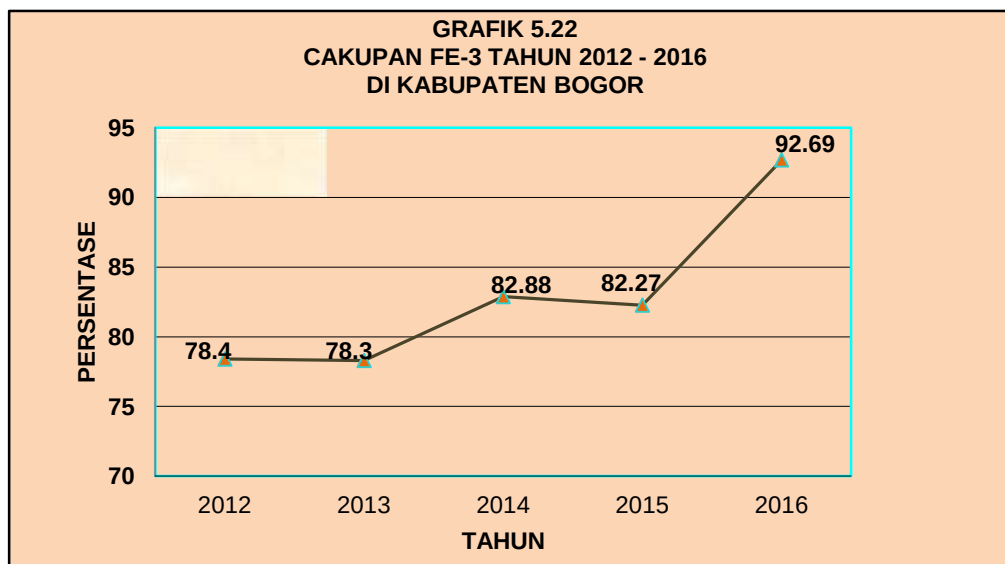
Pada tahun 2016 di Kabupaten Bogor menurut laporan puskesmas diperoleh angka BBLR laki-laki dan perempuan sebanyak 1.381 bayi atau sebesar

1,11% dari jumlah bayi lahir sebesar 128.510 bayi. Dari laporan tersebut 100% BBLR telah ditangani oleh tenaga kesehatan, namun terdapat kematian bayi akibat BBLR sebesar 57 bayi atau sebesar 4,12%.

Jika dibandingkan dengan tahun 2015 Kematian Bayi Dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) sebesar 3,03%, di tahun 2016 ini menurun sebesar 1,92%. Angka ini masih jauh lebih kecil dari angka nasional sebesar 14%. Secara lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 37 lampiran profil kesehatan.

5.3.1.3 Pemberian Tablet Tambah Darah (Fe)

Salah satu pelayanan yang diberikan saat pelayanan antenatal yang menjadi standar kualitas adalah pemberian zat besi (Fe) 90 tablet. Dengan demikian seharusnya ibu hamil yang sudah tercatat sebagai status K4 juga tercatat dalam laporan pemberian tablet Fe3. Cakupan tablet Fe3 di Kabupaten Bogor tahun 2016 sebesar 117.231 (92,69%), untuk lebih jelasnya cakupan Fe3 selama 5 tahun dapat dilihat pada grafik 5.22 :



5.3.1.4 Pemberian Kapsul Vitamin A

Buta senja adalah salah satu gejala kurang vitamin A (KVA). Kurang vitamin A tingkat berat dapat mengakibatkan *Keratomalasia* dan kebutaan. Vitamin A berperan pada integritas sel epitel, imunitas dan reproduksi. KVA pada anak dapat mengakibatkan resiko kematian sampai 20-30%. Upaya pencegahan kekurangan vitamin A pada anak balita (6-59 bulan) adalah dengan pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi. Kapsul vitamin A berwarna biru dengan dosis 100.000 SI diberikan pada bayi (umur 6-11 bulan) setahun satu kali pada bulan Februari atau Agustus, dan pemberian kapsul vit A pada anak balita 1-4 tahun berwarna merah dengan dosis 200.000 SI setahun 2 kali. Cakupan pemberian vitamin A pada bayi tahun 2015 sebesar 110,70% dan tahun 2016 sebesar 107,50% sedangkan cakupan anak balita (1-4 tahun) yang mendapat kapsul vitamin A sebanyak 2 kali pada tahun 2015 sebesar 83,05%, tahun 2016 sebesar 81,97%. Untuk lebih jelasnya cakupan anak balita yang mendapat vitamin A dilihat pada lampiran tabel 44 profil kesehatan.

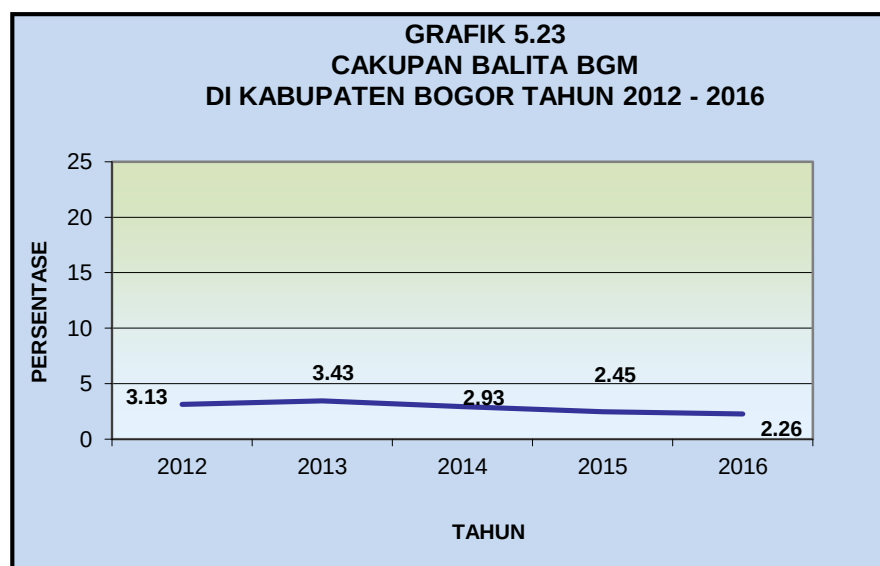
Sasaran lain penerima kapsul vitamin A dosis tinggi (vitamin A 200.000 SI) adalah ibu nifas, dengan harapan bayi akan memperoleh vitamin A yang cukup melalui ASI. Pemberian vitamin A pada ibu nifas dapat dilakukan terintegrasi dengan pelayanan ibu nifas, dapat pula diberikan di luar pelayanan Ibu nifas. Cakupan pemberian vitamin A pada ibu nifas di Kabupaten Bogor tahun 2016 sebesar 84,73% (102.290), untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 29 profil kesehatan. Jika dibandingkan dengan target Nasional (100%) angka ini masih belum tercapai. Dengan demikian masih diperlukan upaya-upaya untuk meningkatkan cakupan tersebut, antara lain melalui peningkatan integrasi pelayanan kesehatan ibu nifas, sweeping pada daerah yang cakupannya masih rendah, dan kampanye pemberian kapsul vitamin A, serta koordinasi linsek terkait.

5.3.1.5 Cakupan Penimbangan Balita di Posyandu (D/S)

Posyandu sebagai ujung tombak kegiatan pemantauan pertumbuhan balita di masyarakat memegang peranan yang penting dalam Sistem Kewaspadaan Dini Gizi (SKD-KLB) melalui data SKDN, balita BGM dan 2T serta perilaku keluarga mandiri sadar gizi (kadarzi).

Tingkat partisipasi masyarakat dalam pemantauan pertumbuhan balita melalui kegiatan posyandu dapat terlihat dari data cakupan D/S, sedangkan untuk keberhasilan program dapat dipantau dari capaian N/D. Target cakupan N/D dan D/S yang diharapkan adalah 85%, sementara cakupan yang dicapai pada tahun 2016 untuk N/D adalah 90,8%, meningkat bila dibandingkan tahun 2015 (90,2%), sedangkan cakupan D/S pada tahun 2016 sebesar 65,2%, menurun bila dibandingkan tahun 2015 (69,9%), tetapi masih dibawah target 85%.

Cakupan Balita BGM di Kabupaten Bogor selama periode lima tahun terakhir yaitu tahun 2012 - 2016 dapat dilihat pada grafik 5.23



Berdasarkan grafik 5.23 terlihat bahwa cakupan balita BGM dari tahun 2012 sampai dengan tahun 2016 cenderung berfluktuasi. Untuk lebih jelasnya cakupan balita BGM dapat dilihat pada lampiran tabel 47 profil kesehatan. Temuan kasus BGM merupakan salah satu Sistem Kewaspadaan Dini Gizi (SKD-Gizi), yang perlu dilakukan dalam mencegah terjadinya kasus balita kurang gizi. Faktor penyebab langsung balita BGM antara lain asupan makanan yang kurang, penyakit/infeksi, sosial ekonomi dan pendidikan orang tua rendah, serta pola asuh yang salah.

Balita BGM jika tidak dipantau kondisinya dapat berakibat akan jatuh ke status gizi buruk. Yang dimaksud dengan gizi buruk yaitu keadaan kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi protein dalam makanan sehari-hari dalam jangka waktu yang lama sehingga tidak memenuhi Angka Kecukupan Gizi. Indikator antropometri yang digunakan adalah berat badan menurut umur dan

berat badan menurut tinggi badan atau panjang badan. Dalam penentuan status gizi menggunakan baku antropometri WHO 2005.

5.3.1.6. Pemberian Makanan Tambahan

Temuan kasus gizi buruk tahun 2016 ditemukan sebanyak 98 balita dengan status gizi sangat kurus ($BB/TB < -3SD$), yang memerlukan penanganan/perawatan, baik secara rawat inap maupun rawat jalan di Center Klinik Gizi, Puslitbang Gizi atau rumah sakit dan seluruhnya ditangani (100%). Hasil ini sesuai dengan target indikator SPM cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan 100%.

Pada usia di atas 6 bulan, setelah masa pemberian ASI eksklusif berakhir, setiap bayi pada usia 6-11 bulan mendapatkan Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) yang dapat diolah dari pangan lokal maupun MP-ASI yang dibuat oleh pabrik yang sudah diperkaya dengan vitamin dan mineral. Program pemberian MP-ASI diperuntukkan bagi bayi dengan kondisi hasil penimbangan di bawah garis merah (BGM) dan atau status 2T (2 bulan berturut-turut ditimbang tidak naik berat badannya) dari keluarga miskin. Cakupan anak 6-24 bulan yang mendapatkan MP-ASI pada tahun 2016 sebesar 94,39%.

5.4 PELAYANAN KESEHATAN KHUSUS

5.4.1. Pelayanan Kesehatan Gigi

Jumlah penduduk di Kabupaten Bogor tahun 2016 adalah 5.587.390 jiwa, sebanyak 3.918.635 orang (70,13%) merupakan pasien rawat jalan yang berobat ke puskesmas, 171.531 orang (4,38%) merupakan pasien pada Balai Pengobatan (BP) Gigi di puskesmas, kunjungan ke BP Gigi ini hampir mencapai target nasional sebesar 4,5 % dari seluruh kunjungan ke puskesmas.

BP Gigi di 101 puskesmas yang ada hanya 70 puskesmas dan semua sudah memiliki dental unit lengkap (100%). Tahun 2016 terdapat penambahan jumlah dental unit di 19 puskesmas yaitu di Puskesmas Sukamanah, Ciapus, Situ Udik, Jonggol, Bojong Nangka, Gunung Putri, Ciasmara, Citeureup, Cileungsi, Cilebut, Jampang, Tanjungsari, Kampung Manggis, Laladon, Cicangkal, Tajur, Ciawi, Cibinong dan Cibeuteung Udik. Kabupaten Bogor memiliki 76 dokter gigi dan 51 orang perawat gigi yang tersebar di 101 puskesmas, namun penyebaran

tenaga untuk pelayanan kesehatan gigi belum merata. Dari 101 puskesmas terdapat 32 puskesmas yang tidak memiliki dokter gigi, tapi ada juga beberapa puskesmas yang memiliki dokter gigi lebih dari 1 orang, demikian juga dengan perawat gigi yang jumlahnya belum mencukupi.

Hasil RISKESDAS tahun 2013, 28% penduduk Jawa Barat mengalami masalah gigi mulut (gimul) dan sepertiga nya menerima perawatan dari tenaga medis. Meskipun menggosok gigi penduduk Jawa Barat sudah cukup tinggi (95,8%).

Perbandingan antara tumpatan yang kurang dari pencabutan (79:100) menggambarkan bahwa kesadaran masyarakat untuk memeriksakan penyakit gigi sejak dini masih rendah sehingga kerusakan gigi yang terjadi tidak dapat ditanggulangi dengan penambalan, tetapi harus dilakukan pencabutan.

5.4.1.1 Upaya Mempertahankan Gigi Tetap

Upaya mempertahankan gigi tetap masyarakat dapat diukur dengan rasio tambal di bandingkan cabut. Indikator ini berhubungan dengan efektivitas upaya promotif-preventif yang dilaksanakan, pada tahun 2016 di Kabupaten Bogor pelayanan dasar gigi yang telah dilakukan oleh puskesmas ditunjukkan dengan jumlah tumpatan gigi tetap sebanyak 19.834 orang, pencabutan gigi tetap sebesar 24.812 orang dengan demikian jumlah pelayanan dasar gigi pada masyarakat baru mencapai sebesar 44.646 orang atau rasio tambal dibandingkan cabut mencapai sebesar 0,8%.

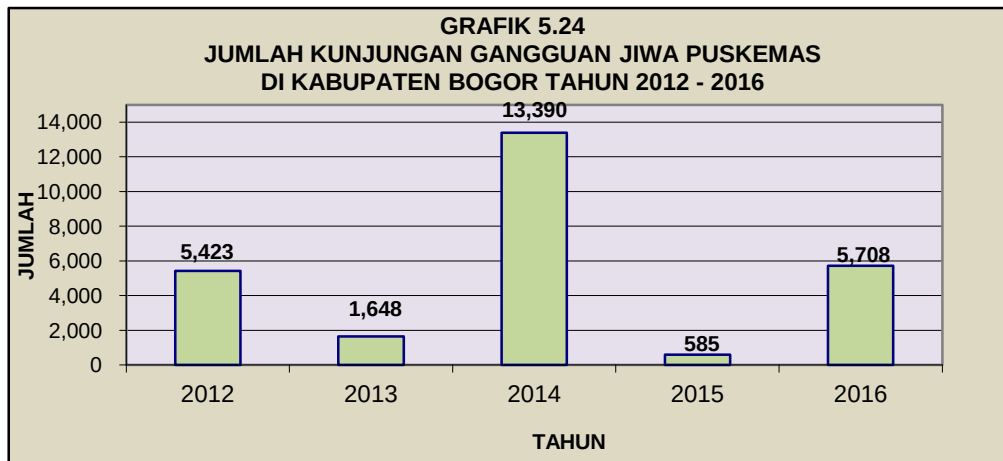
5.4.1.2 Cakupan Perawatan Gigi pada Murid SD Kelas Selektif (Kelas I & VI)

Selain pelayanan kuratif, pelayanan promotif dan preventif dilaksanakan melalui usaha kesehatan gigi sekolah yaitu minimal 2 kali setahun murid SD dan MI mendapatkan pelayanan kesehatan gigi dan mulut. Cakupan perawatan Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS) paripurna dapat dinilai dengan indikator persentase perawatan gigi pada murid SD/MI selektif sebagai sampel terhadap seluruh murid yang memerlukan perawatan gigi, dari 117.082 murid SD/MI selektif (kelas 1 dan kelas 6) yang ada di Kabupaten Bogor tahun 2016, hanya 9.745 murid (8,3%) yang diperiksa pada kegiatan UKGS, hasil ini masih jauh dibawah target nasional (80%), lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 51 lampiran profil kesehatan.

5.4.2. Pelayanan Kesehatan Jiwa

Kesehatan jiwa adalah perasaan sehat dan bahagia serta mampu menghadapi tantangan hidup, dapat menerima orang lain sebagaimana adanya dan mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain. Gangguan jiwa walaupun tidak langsung menyebabkan kematian namun akan menimbulkan penderitaan yang mendalam bagi individu dan keluarganya, baik mental maupun materi.

Kunjungan gangguan jiwa di puskesmas selama kurun waktu lima tahun mengalami fluktuasi, untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada grafik 5.24.



BAB VI

SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN

Sumber daya kesehatan merupakan salah satu faktor pendukung dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang berkualitas, yang diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pada bab ini sumber daya kesehatan diulas dengan menyajikan gambaran keadaan sarana kesehatan, SDM kesehatan dan pembiayaan kesehatan.

6.1 SARANA KESEHATAN

Sarana kesehatan yang disajikan dalam bab ini meliputi : puskesmas, rumah sakit (rumah sakit umum dan rumah sakit khusus), sarana kesehatan dengan kemampuan gawat darurat (gadar), ketersediaan obat dan sarana Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM).

6.1.1 Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat atau biasa disebut Puskesmas adalah unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dalam menyelenggarakan upaya kesehatan terintegrasi dengan peran dan fungsi sebagai: 1) pusat pembangunan berwawasan kesehatan; 2) pusat pemberdayaan masyarakat; 3) pusat pelayanan kesehatan masyarakat primer; 4) pusat pelayanan kesehatan perorangan primer.

Kabupaten Bogor tahun 2016 mempunyai 101 Puskesmas yang terdiri dari Unit Pelaksana Teknis (UPT) puskesmas sebanyak 40 dan Unit Pelayanan Fungsional puskesmas sebanyak 61 buah. Puskesmas UPT yang terakreditasi sebanyak 6 puskesmas, jumlah puskesmas Dengan Tempat Perawatan (DTP) dan Puskesmas Pelayanan emergensi obstetrik dan Neonatal Dasar (Poned) sebanyak 33 puskesmas.

Sarana lain yang ada yaitu 121 Puskesmas Pembantu yang didalamnya terdapat 9 Wahana, di dukung oleh 43 Puskesmas Keliling dan 71 Ambulance. Namun demikian, penampilan dan mutu pelayanan kesehatan belum optimal. Pengelolaan manajemen logistik, tenaga kesehatan dan biaya operasional sangat menentukan mutu pelayanan yang diberikan.

Ratio Puskesmas terhadap jumlah penduduk di Kabupaten Bogor pada Tahun 2016 adalah 1 : 55,321, yang artinya 1 puskesmas melayani 55.000 penduduk, rasio ini kurang ideal dimana perbandingan yang ideal yaitu 1 : 30.000 penduduk.

Jumlah Puskesmas Pembantu pada Tahun 2016 di Kabupaten Bogor sebanyak 121 buah, rasio per-100.000 penduduk sebesar 2,16, artinya setiap 100.000 penduduk terdapat 2 Puskesmas Pembantu, rasio ideal adalah 4 per-100.000 penduduk (1 puskesmas melayani 25.000 orang). Gambaran rasio Puskesmas Pembantu per-100.000 penduduk menurut kecamatan Tahun 2016, rasio tertinggi Kecamatan Pamijahan (8,05) dan terendah di Kecamatan Gunung Putri (0,23).

Kendaraan operasional puskesmas yaitu Puskesmas Keliling (Pusling) baru ada 43 buah, tersebar di 26 UPT Puskesmas dari 40 UPT (65%), hal ini menunjukkan bahwa sarana Pusling masih sangat kurang, karena idealnya setiap puskesmas 1 Pusling.

6.1.2. Rumah Sakit

Ruang lingkup pembangunan kesehatan selain upaya promotif dan preventif adalah kuratif dan rehabilitatif. Rumah sakit merupakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang bergerak pada kegiatan kuratif dan rehabilitatif, rumah sakit juga berfungsi sebagai sarana pelayanan kesehatan rujukan.

Kabupaten Bogor tahun 2016 memiliki 27 rumah sakit, terdiri dari 4 RS Pemerintah Daerah yaitu RSUD Cibinong, RSUD Ciawi, RSUD Leuwiliang, dan RSUD Cileungsi, 1 buah RS Pemerintah Pusat RSTP Cisarua, yang juga melayani pasien umum yaitu RSP Dr.M.Goenawan Partowidigdo, 1 buah RSAU Atang Sanjaya, 6 buah rumah sakit khusus swasta yaitu RSIA Citra Insani, RSIA Permata Pertiwi, RSIA Assallam, RSIA Sentosa, RSIA Melania dan RSIA Kenari Graha Medika dan 13 Rumah sakit Umum swasta yaitu RS Bina Husada, RS Family Medical Center, RS MH Thamrin, RS Mary Cileungsi Hijau, RSU Trimitra, RS Dr Sismadi, RS Sentra Medika, RS Citama, RS Karya Bhakti Pratiwi, RS Permata Jonggol, RS Sehat Terpadu Dompot Dhuafa, RS Hermina Mekarsari, RS Pertamedika Sentul City, RS Annisa dan RS Asysyfaa.

Dengan adanya otonomi daerah, terjadi perkembangan jumlah RS Pemerintah di Kabupaten Bogor selama 5 tahun terakhir seperti disajikan pada tabel 6.1 berikut ini.

TABEL 6.1
JUMLAH RUMAH SAKIT, TEMPAT TIDUR (TT)
DAN JUMLAH TT/100.000 PENDUDUK
DI KABUPATEN BOGOR
TAHUN 2012 – 2016

INDIKATOR	2012	2013	2014	2015	2016
Jumlah Rumah Sakit Umum (RSU)	14	16	19	19	20
Jumlah Tempat Tidur (TT)	1.688	2.052	2.300	2.417	2.623
Rasio TT/100.000 penduduk	34,29	40,42	44,99	45,33	46,94
Jumlah Rumah Sakit Paru (RSP)	1	1	1	1	1
Jumlah Tempat Tidur (TT)	170	170	170	170	173
Rasio TT/100.000 penduduk	3,45	3,35	3,33	3,18	3,10
Jumlah RSIA / RS Khusus	5	5	5	5	6
Jumlah Tempat Tidur (TT)	193	208	282	389	345
Rasio TT/100.000 penduduk	3,92	4,10	5,52	7,29	6,17

Perkembangan jumlah RSU di Kabupaten Bogor selama kurun waktu 2012-2016 cukup pesat, 14 buah RSU pada tahun 2012 bertambah menjadi 20 buah RSU pada Tahun 2016, sama halnya dengan jumlah RSIA, bertambah dari 5 buah pada Tahun 2012 menjadi 6 buah pada Tahun 2016, sedangkan RSP jumlahnya tetap hanya 1 buah.

Jumlah tempat tidur (TT) dan rasio TT/100.000 penduduk pada RSU meningkat sesuai dengan peningkatan jumlah rumah sakit, jumlah TT Tahun 2012 sebesar 1.688 buah menjadi 2.623 buah pada tahun 2016, sedangkan rasio TT/100.000 penduduk adalah 34,29 pada tahun 2012 menjadi 46,94 pada tahun 2016. Demikian pula untuk TT dan rasio TT/100.000 penduduk untuk RSIA dan RS Khusus, meningkat untuk jumlah tempat tidur RSP sejumlah 170 pada tahun 2012 menjadi 173 pada tahun 2016 dan RSIA Tahun 2012 sebesar 193 buah menjadi 345 buah pada tahun 2016, sedangkan untuk rasio TT/100.000 penduduk RSP 3,45 pada tahun 2012 menjadi 3,10 tahun 2016 dan untuk RSIA 3,92 pada tahun 2012 menjadi 6,17 tahun 2016.

Perkembangan fasilitas perawatan merupakan salah satu indikator yang digunakan untuk menilai perkembangan sarana rumah sakit yang biasanya diukur

dengan jumlah rumah sakit dan tempat tidurnya serta rasionya terhadap jumlah penduduk.

Berdasarkan data pada tabel 6.1 diatas, maka dapat digambarkan bahwa perkembangan sarana rumah sakit di Kabupaten Bogor selama Tahun 2012-2016 cukup berkembang pesat dan diharapkan mampu memberikan pelayanan kesehatan secara maksimal kepada masyarakat.

6.1.3. Sarana Kesehatan Dengan Kemampuan Gawat Darurat (Gadar)

Seiring dengan meningkatnya kesadaran dan pengetahuan masyarakat tentang pentingnya kesehatan serta meningkatnya kemampuan sosial ekonomi maka kemampuan masyarakat untuk memilih pelayanan kesehatan yang memuaskan akan meningkat di tahun-tahun mendatang. Oleh sebab itu upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit maupun di puskesmas harus terus ditingkatkan mutunya, upaya pelayanan tersebut meliputi pelayanan rawat jalan, rawat inap, rujukan serta pelayanan kesehatan lainnya seperti sarana kesehatan dengan kemampuan Gawat Darurat (Gadar).

Jika dilihat dari tabel 68 profil kesehatan nampak terlihat bahwa persentase sarana kesehatan dengan kemampuan gawat darurat di Kabupaten Bogor antara lain : dari 20 rumah sakit umum semuanya memiliki gadar (100%), rumah sakit khusus 7 buah (100%) yang memiliki gadar serta puskesmas perawatan (DTP dan Poned) sebanyak 33 puskesmas, baru 33 puskesmas yang memiliki sarana Gadar (100%).

6.1.4. Sarana Pelayanan Kesehatan Lainnya (Kefarmasian)

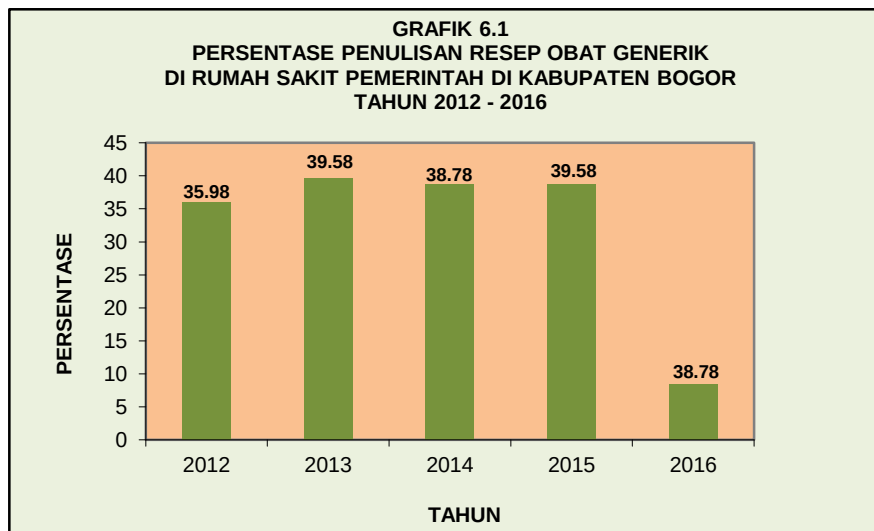
Salah satu indikator pengelolaan obat di puskesmas adalah tingkat ketersediaan obat atau tingkat kecukupan obat yang dihitung berdasarkan jumlah item obat yang cukup ($\geq 100\%$) untuk pelayanan kesehatan di puskesmas di bagi dengan jumlah item obat seluruhnya.

Konsep obat esensial merupakan pendekatan yang lebih terbukti paling bermanfaat untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau dengan penyusunan Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) yang memilih obat yang dibutuhkan dengan mempertimbangkan rasio manfaat terhadap resiko dan manfaat terhadap biaya.

Obat merupakan komponen esensial dari suatu pelayanan kesehatan, dan sudah merupakan kebutuhan pokok masyarakat. Untuk itu masyarakat setelah menerima pelayanan kesehatan beserta obat tentunya perlu mendapatkan informasi tentang penggunaan obatnya agar dapat digunakan dengan benar, tepat dan aman. Obat esensial adalah obat-obat terpilih yang paling dibutuhkan untuk pelayanan kesehatan mencakup upaya diagnosis, profilaxis, terapi dan rehabilitasi yang diupayakan tersedia pada unit pelayanan kesehatan sesuai dengan fungsi dan tingkatnya.

Puskemas merupakan salah satu ujung tombak pelayanan kesehatan dasar dalam sistem pelayanan kesehatan di Indonesia. Puskemas mempunyai peran yang sangat strategis dalam pelayanan kesehatan masyarakat. Pelayanan kefarmasian di puskemas merupakan salah satu komponen penting dalam pelayanan kesehatan dasar sejalan dengan perkembangan jaman dan ilmu pengetahuan, maka kemampuan pengelola obat di puskemas perlu ditingkatkan.

Berdasarkan PERMENKES RI No.085/Menkes/PER/II/1989 tentang kewajiban menuliskan resep dan atau menggunakan obat generik di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah dengan pertimbangan bahwa : Obat yang digunakan secara rasional merupakan salah satu faktor yang sangat penting dalam menentukan keberhasilan upaya pelayanan kesehatan, harga obat generik lebih rendah daripada obat paten dan mempunyai efek terapeutik yang sama, dengan menuliskan resep dan atau menggunakan obat generik di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah, tujuan perluasan cakupan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dapat lebih mudah dicapai. Jika dilihat dari lampiran tabel 66 a profil kesehatan, persentase penulisan resep obat generik di rumah sakit pemerintah di Kabupaten Bogor Tahun 2016 dapat dilihat dari grafik 6.1 dibawah ini :



Dilihat dari grafik 6.1 di atas, persentase penulisan resep obat generik di rumah sakit pemerintah selama 5 tahun, cenderung berfluktuatif setiap tahunnya, 42,27% pada Tahun 2011 menurun menjadi 35,98% pada Tahun 2012, Tahun 2013 meningkat menjadi 39,58% di Tahun 2014 data nya masih sama dengan 2013 dan di Tahun 2015 menurun menjadi 38,78, namun di Tahun 2016 persentase penulisan resep obat generik menurun tajam sebesar 8,33%, hal ini disebabkan pelaporan langsung ke Badan POM .

6.1.5. Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat (UKBM)

UKBM (Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat) adalah salah satu wujud nyata peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan. Wujud nyata bentuk peran serta masyarakat antara lain dengan berkembangnya upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM) misalnya Posyandu, Poskesdes, Polindes, Posbindu, Poskestren dan POS UKK.

6.1.5.1 Posyandu

Posyandu adalah kegiatan kesehatan dasar yang diselenggarakan dari, oleh dan untuk masyarakat yang dibantu oleh petugas kesehatan. Jadi, Posyandu merupakan kegiatan swadaya dari masyarakat di bidang kesehatan dengan penanggung jawab kepala desa. A.A. Gde Muninjaya (2002:169) mengatakan : Pelayanan kesehatan terpadu (yandu) adalah suatu bentuk keterpaduan pelayanan kesehatan yang dilaksanakan di suatu wilayah kerja Puskesmas.

Tempat pelaksanaan pelayanan program terpadu di balai dusun, balai kelurahan, RW, dan sebagainya disebut dengan Pos pelayanan terpadu (Posyandu). Konsep Posyandu berkaitan erat dengan keterpaduan. Keterpaduan yang dimaksud meliputi keterpaduan dalam aspek sasaran, aspek lokasi kegiatan, aspek petugas penyelenggara, aspek dana dan lain sebagainya. (Departemen kesehatan, 1987:10).

Posyandu merupakan wahana kesehatan bersumberdaya masyarakat yang memberikan layanan 5 kegiatan utama (KIA, KB, GIZI, Imunisasi dan Pencegahan Penyakit Diare) yang dilakukan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat. Posyandu merupakan jenis UKBM yang paling memasyarakat di Kabupaten Bogor. Selama 4 tahun terakhir jumlah posyandu di Kabupaten Bogor cenderung meningkat dari tahun ke tahun meskipun ratio kader per posyandu masih rendah. Tahun 2013 sebanyak 4.729 posyandu dengan kader aktif sebanyak 20.070 kader, Tahun 2014 sebanyak 4.758 posyandu dengan kader aktif 20.070 kader, Tahun 2015 sebanyak 4.804 posyandu dengan kader aktif 22.752 kader dan Tahun 2016 sebanyak 4.866 posyandu dengan kader aktif 25.529 kader. Rasio kader per posyandu 5,25 berarti rata-rata setiap posyandu mempunyai kader 5 orang.

Perkembangan UKBM melalui posyandu cukup baik dibandingkan jenis UKBM lainnya. Berdasarkan laporan dari puskesmas, perkembangan posyandu selama 3 tahun terakhir bisa dilihat di bawah ini :

TABEL 6.2
PERKEMBANGAN POSYANDU
DI KABUPATEN BOGOR TAHUN 2014- 2016

No	Jenis Posyandu	Tahun 2014		Tahun 2015		Tahun 2016	
		Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
1.	Posyandu Pratama	523	10,99	70	1,46	157	3,23
2.	Posyandu Madya	2.634	55,36	2.559	53,27	2.418	49,69
3.	Posyandu Purnama	1.125	23,64	1.324	27,56	1.393	28,63
4.	Posyandu Mandiri	476	10,00	851	17,71	898	18,45

Sumber : Laporan Program Promkes Tahun 2013-2016

Dari tabel di atas bisa terlihat peningkatan jumlah posyandu pratama dari 70 posyandu atau sebesar 1,46% Tahun 2015 menjadi 157 posyandu atau

sebesar 3,23% Tahun 2016 begitupula posyandu madya terjadi penurunan dari 2.559 posyandu atau sebesar 53,27% menjadi 2.418 posyandu atau sebesar 49,69%. Posyandu purnama dan mandiri terjadi peningkatan untuk purnama dari 1.324 posyandu atau 27,56% Tahun 2015 menjadi 1.393 posyandu atau 28,63% Tahun 2016 dan untuk mandiri sebesar 851 posyandu atau 17,71% Tahun 2015 menjadi 898 posyandu atau 18,45% Tahun 2016. Dengan demikian perlu ditingkatkan lagi upaya – upaya untuk mengaktifkan kembali kegiatan yang ada di posyandu sehingga stratanya lebih meningkat.

Meningkatnya strata posyandu merupakan hasil kinerja seluruh lintas sektor terkait termasuk sektor kesehatan. Oleh karena itu sinergitas lintas sektor terkait posyandu perlu terus dipertahankan, mengingat Posyandu merupakan wahana untuk masyarakat. Bila strata posyandu menurun dapat menggambarkan tingkat pemberdayaan masyarakat juga menurun yang dapat berakibat buruk bagi kelangsungan posyandu yang pada akhirnya akan berdampak terhadap kesehatan masyarakat. Salah satu upaya yang dapat dilakukan adalah revitalisasi posyandu dan kegiatan posyandu yang terintegrasi masih bisa dikembangkan dengan segala potensi yang ada. Partisipasi masyarakat dan lintas sektor masih sangat diharapkan agar posyandu dapat benar bermanfaat untuk mendukung program pembangunan kesehatan.

6.1.5.2 Poskesdes

Poskesdes merupakan UKBM yang dibentuk di desa untuk mendekatkan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat desa sehingga mempermudah akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar. Kegiatan utama poskesdes yaitu pelayanan kesehatan bagi masyarakat desa berupa pelayanan kesehatan ibu hamil, pelayanan kesehatan ibu menyusui, pelayanan kesehatan anak, pengamatan dan kewaspadaan dini (Surveillance penyakit, surveillance gizi, surveillance perilaku beresiko, surveillance lingkungan dan masalah kesehatan lainnya), penanganan kegawatdaruratan kesehatan serta kesiapsiagaan terhadap bencana. Poskesdes merupakan pendorong dalam menumbuhkembangkan terbentuknya UKBM lain di masyarakat serta meningkatkan partisipasi masyarakat dan kemitraan dengan berbagai pemangku kepentingan terkait. Menurut laporan Puskesmas, jumlah Poskesdes di Kabupaten Bogor Tahun 2016 pencapaiannya sebesar 81 unit poskesdes.

6.1.5.3 Polindes (Pondok Bersalin Desa)

Polindes merupakan wahana upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat yang dikelola oleh bidan di desa bersama masyarakat guna memberikan pelayanan profesional khususnya dibidang kesehatan ibu dan anak. Pada Tahun 2016 jumlah Polindes sebanyak 55 buah. Dari 434 desa di Kabupaten Bogor terdapat 444 bidan di desa dari seluruh bidan sebanyak 910 orang.

6.1.5.4 Posbindu Lansia

Posbindu lansia merupakan salah satu wujud pemberdayaan masyarakat, sebagai wadah pelayanan bagi kaum lansia yang dilakukan dari, oleh, untuk dan bersama kaum lansia. Upaya yang dilakukan menitik beratkan pada pelayanan promotif dan preventif tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif. Jumlah posbindu di Kabupaten Bogor Tahun 2016 ada 496 posbindu yang tersebar di 40 kecamatan.

6.1.5.5 Pos UKK (Pos Upaya Kesehatan Kerja)

Era Globalisasi telah mengubah substansi struktur ekonomis dan kondisi kerja pada setiap tempat kerja. Selain itu perkembangan industrialisasi berdampak terhadap peningkatan jumlah tenaga kerja dari tahun ke tahun. Setiap orang memerlukan pekerjaan, baik untuk aktualisasi diri maupun untuk kehidupan. Jenis pekerjaan sangat beragam dan bervariasi dari sektor formal maupun informal. Namun setiap pekerjaan mempunyai potensi terkena bahaya bagi kesehatan dan keselamatan hidup.

Kabupaten Bogor sebagai daerah yang menopang kelangsungan ibukota, memiliki beberapa lokasi industri besar dan kecil yang cukup potensial di wilayah Bogor Tengah dan Bogor Timur. Jumlah angkatan kerja di Kabupaten Bogor Tahun 2014 sebesar 60,0%, Tahun 2015 sebesar 59,9% dan Tahun 2016 sebesar 61,41%, dengan perkembangan jumlah angkatan kerja tersebut maka kebutuhan akan pelayanan kesehatan kerja yang berkualitas semakin meningkat yang harus didukung oleh tenaga terampil. Oleh karena itu pelayanan kesehatan kerja merupakan pelayanan kesehatan yang komprehensif, terpadu, terorganisir serta mampu melayani pekerja dari berbagai jenis pekerjaan dengan berbagai permasalahannya.

Salah satu upaya pembinaan bagi tenaga kerja dan keluarga pekerja khususnya pekerja informal dalam bidang kesehatan adalah dengan pembentukan Pos UKK, yaitu merupakan wahana upaya kesehatan yang bersumberdaya masyarakat dengan bentuk operasional adalah pemeliharaan kesehatan pekerja yang diselenggarakan oleh masyarakat pekerja yang memiliki jenis kegiatan yang sama yang bertujuan untuk meningkatkan produktifitas kerja.

Pos UKK biasanya dilakukan pada sektor informal yang mempunyai atau telah melaksanakan kesehatan kerja. Pos UKK yang sudah pernah dibentuk di Kabupaten Bogor sejak Tahun 1998-2016 sebanyak 14 Pos, namun dengan adanya kerjasama Pusat Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Puslitbangkes) dan Pusat Kesehatan Kerja Departemen Kesehatan telah dilakukan pembinaan secara intensif terhadap Pos UKK di Desa Mekarjaya Kecamatan Ciomas.

6.2. TENAGA KESEHATAN

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

Jenis tenaga kesehatan sesuai dengan Peraturan Pemerintah RI nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan adalah sebagai berikut :

1. Tenaga medis (dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis)
2. Tenaga psikologi klinis
3. Tenaga keperawatan
4. Tenaga kebidanan
5. Tenaga kefarmasian (apoteker dan tenaga teknis kefarmasian)
6. Tenaga kesehatan masyarakat (epidemiologi, promosi kesehatan dan ilmu perilaku, pembimbing kesehatan kerja, tenaga administrasi dan kebijakan kesehatan, tenaga biostatistik dan kependudukan serta tenaga kesehatan reproduksi dan keluarga)
7. Tenaga kesehatan lingkungan (tenaga sanitasi lingkungan, entomolog kesehatan dan mikrobiologi kesehatan)

8. Tenaga Gizi (nutrisisionis dan dietisien)
9. Tenaga keterampilan fisik (fisioterapis, okupasi terafis, terapis wicara dan akupuntur
10. Tenaga ketenisan medis (perekam medis dan informasi kesehatan, teknik kardiovaskuler, teknisi pelayanan darah, refraksionis optisien / optometris, teknisi gigi, penata anestesi, terapis gigi dan mulut dan audiologis)
11. Tenaga teknis biomedika (radiografer, elektromedis, ahli teknologi laboratorium medik, fisikawan medik, radioterapis dan ottotik prostetik)
12. Tenaga kesehatan tradisional (tenaga kesehatan tradisional ramuan dan tenaga kesehatan tradisional keterampilan)
13. Tenaga kesehatan lain

Tenaga Kesehatan terdiri dari tenaga Kesehatan yang bertugas di unit kesehatan (sarana pelayanan dan non pelayanan) dengan status kepegawaian PNS, CPNS, PTT, TNI/POLRI dan swasta. Tenaga Kesehatan tersebut bekerja di Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor dan Unit Pelaksana Teknis (UPT), Unit Pelaksana Fungsional (UPF), rumah sakit/poliklinik dan sarana kesehatan lainnya milik pemerintah daerah, swasta dan TNI/POLRI.

Pada Tahun 2016 jumlah tenaga kesehatan dan non kesehatan di Kabupaten Bogor berjumlah 12.947 orang, jumlah tenaga kesehatannya sebanyak 9.616 orang (termasuk tenaga kesehatan lainnya 299 orang) (74,27%) dan non kesehatan 3.331 orang (25,73%). Untuk lebih jelasnya dapat dilihat di tabel berikut ini :

TABEL 6.3
PROPORSI DAN RASIO TENAGA KESEHATAN
DI KABUPATEN BOGOR TAHUN 2016

JENIS TENAGA	JUMLAH	%	Ratio/100.000 Penduduk
Dokter Spesialis	675	5,21	12,08
Dokter Umum	580	4,48	10,38
Dokter Gigi	201	1,55	3,60
Bidan	1.686	13,02	30,18
Perawat	3.111	24,03	55,68
Perawat Gigi	92	0,71	1,65
Kefarmasian	502	3,88	8,98
Tenaga Gizi	150	1,16	2,68
Kesehatan Masyarakat	231	1,78	4,13
Kesehatan Lingkungan	94	0,73	1,68
Keteknisian Medis	598	4,62	10,70
Keterapian Fisik	90	0,70	1,61
Kesehatan Lainnya	299	2,31	5,35
Penunjang Kesehatan/ Pendukung Kesehatan	1.307	10,10	23,39
Non Kesehatan	3.331	25,72	59,62
Jumlah	12.947	100,00	231,72

6.2.1. Persebaran Tenaga Kesehatan menurut Unit Kerja

Tenaga yang bekerja di puskesmas sebesar 2.080 orang (16,07%), yang bekerja di rumah sakit sebanyak 10.648 orang (82,24%), 151 orang (1,17%) bekerja di Dinas Kesehatan dan di sarana kesehatan lainnya yaitu Labkesda, PPKK dan BP Korpri sebanyak 32 orang (0,25%). Persebaran tenaga kesehatan menurut unit kerja dapat dilihat pada tabel distribusi di bawah ini :

TABEL 6.4
PROPORSI TENAGA KESEHATAN
DI KABUPATEN BOGOR TAHUN 2016

Jenis Tenaga	Pusk	Dinkes	RS	Sarkes Lainnya
Dokter Spesialis	0	0	675	0
Dokter Umum	207	8	358	7
Dokter Gigi	76	2	121	2
Bidan	910	11	763	2
Perawat	438	16	2.650	6
Perawat Gigi	51	2	38	1
Kefarmasian	24	8	470	0
Tenaga Gizi	45	4	101	0
Kesehatan Masyarakat	78	40	110	3
Kesehatan Lingkungan	43	6	43	2
Keteknisian Medis	30	1	563	4
Tenaga Kesehatan Lainnya	52	0	246	0
Penunjang Kesehatan/ Pendukung Kesehatan	4	9	1.307	0
Keterampilan Fisik	0	0	90	0
Non Kesehatan	122	44	3.149	16
Total	2.080	151	10.684	32

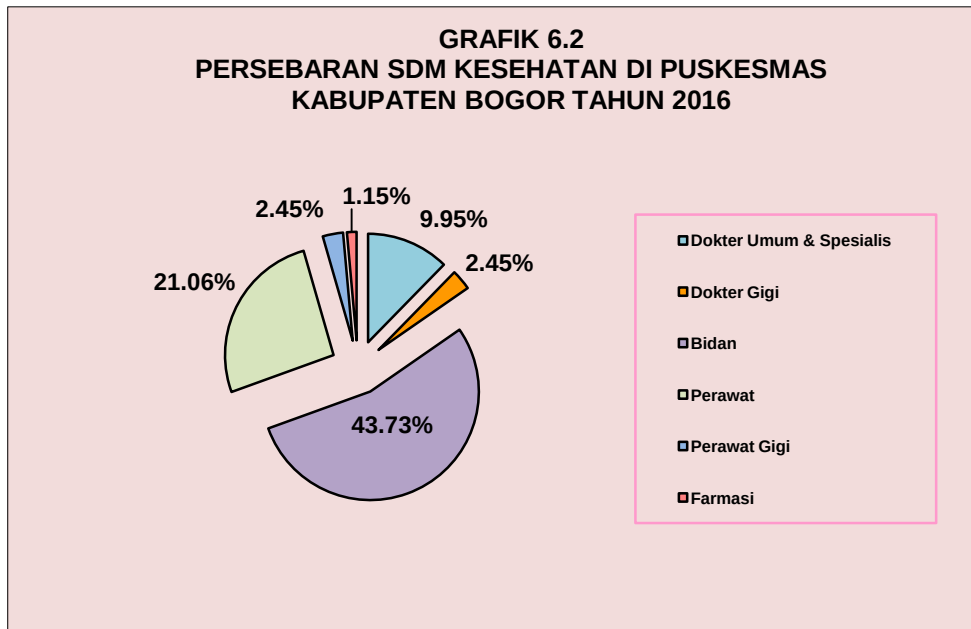
6.2.2. Persebaran SDM Kesehatan di Puskesmas.

Tenaga kesehatan di puskesmas (termasuk PUSTU dan Polindes) terdiri dari tenaga kesehatan dan non kesehatan, seluruhnya berjumlah 2.080 orang, tenaga kesehatan (medis, paramedis, tenaga kesehatan lainnya termasuk pembantu paramedis) sebanyak 1.958 orang (94,13%) dan tenaga non kesehatan sebanyak 122 orang (5,86%).

Menurut jenis tenaga kesehatan yang bekerja di Puskesmas terdiri dari dokter umum 207 orang (9,95%), dokter gigi 51 orang (2,45%),

bidan 910 orang (43,73%), perawat 438 orang (21,06%), perawat gigi 51 orang (2,45%), farmasi 24 orang (1,15%), gizi 45 orang (2,16%), ahli kesehatan masyarakat 78 orang (3,75%), kesehatan lingkungan 43 orang (2,07%), teknisi medis 30 orang (1,44%), tenaga kesehatan lainnya 52 orang (2,5%) dan tenaga penunjang kesehatan/ pendukung kesehatan 4 orang (0,19).

Persebaran tenaga kesehatan di puskesmas dapat dilihat pada grafik 6.2 sebagai berikut :



Indikator kecukupan SDM kesehatan di puskesmas dapat diketahui dari ratio jumlah SDM kesehatan terhadap jumlah puskesmas, di Kabupaten Bogor pada tahun 2016 sebesar 19,39 artinya di setiap puskesmas di Kabupaten Bogor sudah tersedia sejumlah 19 orang tenaga kesehatan. Keadaan ini masih dibawah standar DSP (Daftar Susunan Pegawai) yaitu sebesar 23 orang/puskesmas untuk daerah pedesaan.

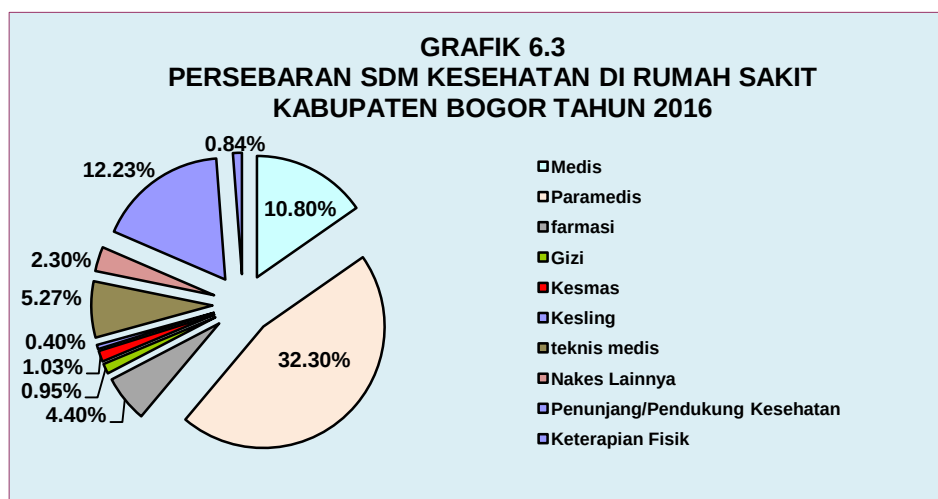
6.2.3. Persebaran SDM Kesehatan di Rumah Sakit

Jumlah SDM kesehatan yang bekerja di seluruh rumah sakit di Kabupaten Bogor tahun 2016, baik rumah sakit swasta maupun pemerintah sebanyak 10.684 orang, terdiri dari 7.535 orang tenaga kesehatan (70,53%) dan 3.149 orang tenaga non kesehatan (29,47%).

Berdasarkan laporan pemutakhiran data rumah sakit, tenaga kesehatan rumah sakit terdiri dari 1.154 orang (10,80%) tenaga medis (dokter umum, dokter

gigi, dan dokter/drg spesialis), 3.451 orang (32,30%) paramedis (perawat termasuk perawat gigi dan bidan), 470 orang (4,40%) tenaga farmasi, 101 orang (0,95%) tenaga gizi, 110 orang (1,03%) tenaga kesehatan masyarakat, 43 orang (0,40%) tenaga kesehatan lingkungan, 563 orang (5,27%) tenaga keteknisian medis, 246 orang (2,30%) tenaga kesehatan lainnya, 1.307 orang (12,23%) tenaga penunjang kesehata/ pendukung kesehatan dan tenaga keterampilan fisik 90 orang (0,84%).

Persebaran SDM tenaga kesehatan di rumah sakit dapat dilihat pada grafik 6.3 sebagai berikut :

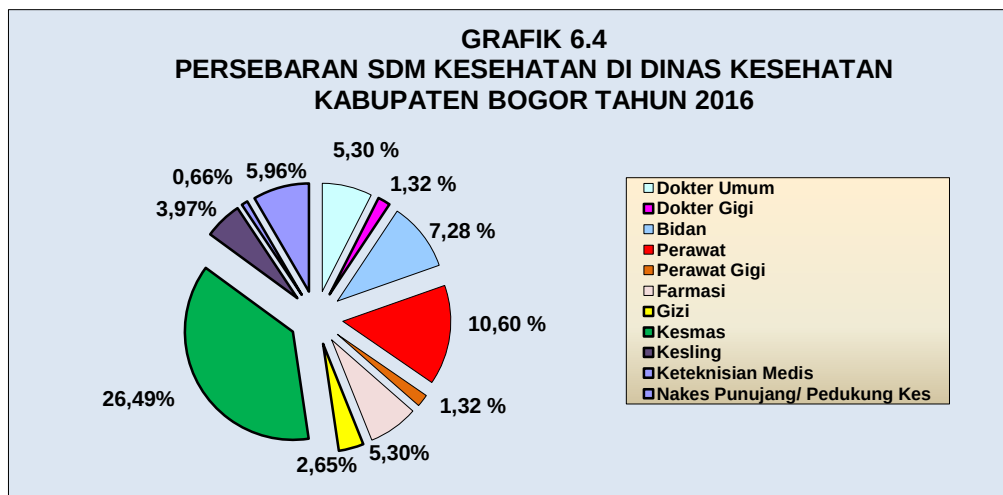


6.2.5. Persebaran SDM Kesehatan di Dinas Kesehatan

SDM di Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor tahun 2016 sebanyak 151 orang, terdiri dari 107 orang tenaga kesehatan (70,86%) dan 44 tenaga non kesehatan (29,14%).

Tenaga kesehatan yang ada terdiri dari 8 orang dokter umum (5,30%), 2 orang dokter gigi (1,32%), bidan 13 orang (7,28%), perawat 16 orang (10,60%), perawat gigi 2 orang (1,32%), farmasi 8 orang (5,30%), gizi 4 orang (2,65%), ahli kesehatan masyarakat 40 orang (26,49%), kesehatan lingkungan 6 orang (3,97%), keteknisian medis 1 orang (0,66%) dan tenaga penunjang kesehata/ pendukung kesehatan 9 orang (5,96%).

Persebaran SDM di dinas kesehatan tenaga dapat dilihat pada diagram pie dibawah ini :

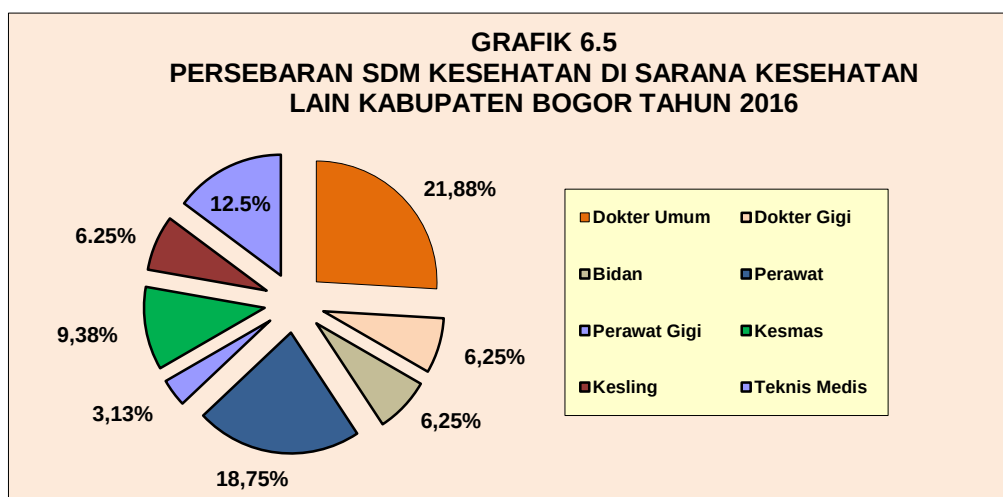


6.2.5. Persebaran SDM Kesehatan di Sarana Kesehatan Lain (Labkesda, PPKK dan BP Korpri)

SDM di Sarana Kesehatan lainnya di Kabupaten Bogor tahun 2016 yang terdiri dari Labkesda, PPKK dan BP Korpri sebanyak 32 orang, terdiri dari 16 orang tenaga kesehatan (50%) dan 16 tenaga non kesehatan (50%).

Tenaga kesehatan yang ada terdiri dari 7 orang dokter umum (21,88%), 2 orang dokter gigi (6,25%), bidan 2 orang (6,25%), perawat 6 orang (18,75%), perawat gigi 1 orang (3,13%), ahli kesehatan masyarakat 3 orang (9,38%), kesehatan lingkungan 2 orang (6,25%) dan keteknisian medis 4 orang (12,5%).

Persebaran SDM di sarana kesehatan dapat dilihat pada diagram pie dibawah ini :



Berdasarkan data SDM kesehatan secara keseluruhan di Kabupaten Bogor pada tahun 2016, baik di puskesmas, rumah sakit, dinas kesehatan maupun di sarana kesehatan lainnya, maka dapat dihitung rasio dokter spesialis, rasio dokter umum, dan rasio dokter gigi serta tenaga kesehatan lainnya per-100.000 penduduk.

Jumlah dokter spesialis sebanyak 675 orang, dokter umum sebanyak 580 dan dokter gigi sebanyak 201 orang, dan jumlah penduduk di Kabupaten Bogor pada tahun 2016 adalah 5.587.390 orang.

Rasio dokter spesialis per 100.000 penduduk di Kabupaten Bogor baru mencapai 12,08, artinya sekitar 12 orang dokter spesialis melayani 100.000 penduduk. Rasio dokter umum per-100.000 penduduk baru mencapai 10,38. Rasio dokter gigi per-100.000 penduduk masih sangat rendah yaitu 3,60. Tenaga farmasi di Kabupaten Bogor berjumlah 502 orang terdiri dari apoteker dan asisten apoteker, rasio per-100.000 penduduk hanya sebesar 8,98.

Jumlah tenaga perawat yang ada (termasuk perawat gigi sebanyak 92 orang) sebanyak 3.202 orang, rasio per-100.000 penduduk sebesar 57,31, jumlah bidan sebanyak 1.684, rasio per-100.000 penduduk 30,14, jumlah tenaga gizi sebanyak 150, rasio per-100.000 penduduk sebesar 2,68, jumlah tenaga kesehatan lingkungan sebanyak 94, rasio per-100.000 penduduk sebesar 1,68, jumlah ahli kesehatan masyarakat sebanyak 231, rasio per-100.000 penduduk sebesar 4,13, jumlah keteknisian medis sebanyak 598, rasio per-100.000 penduduk sebesar 10,70, tenaga kesehatan lainnya sebanyak 298, rasio per 100.000 penduduk sebesar 5,33, jumlah penunjang kesehatan/pendukung kesehatan sebanyak 1.320, rasio per 100.000 penduduk sebesar 23,62 dan jumlah keterapiian fisik sebanyak 90, rasio per 100.000 penduduk sebesar 1,61.

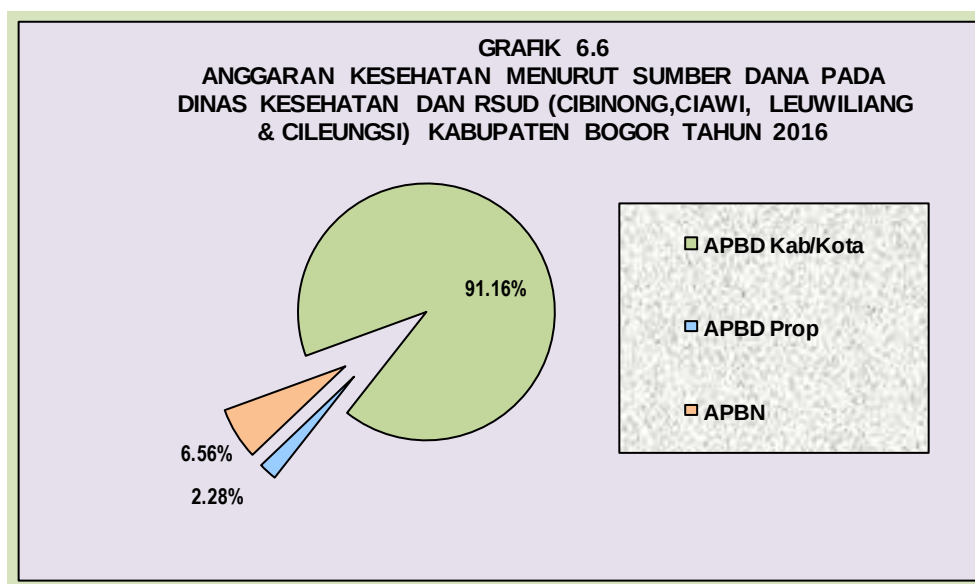
6.3. PEMBIAYAAN KESEHATAN

Dalam rangka melaksanakan pelayanan kesehatan diperlukan unsur pembiayaan kesehatan, baik yang bersumber dari pemerintah maupun masyarakat termasuk swasta.

Anggaran pembangunan kesehatan dapat bersumber dari Anggaran Pembangunan dan Belanja Negara (APBN), Anggaran Pembangunan dan Belanja Daerah Propinsi (APBD Propinsi), Anggaran Pembangunan dan Belanja Daerah

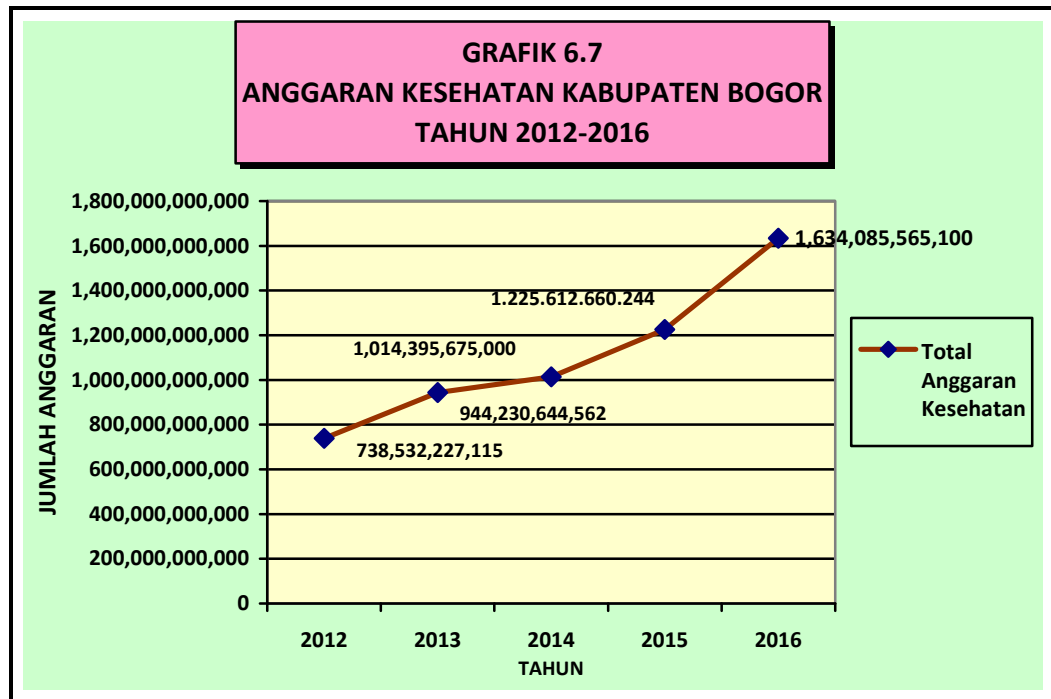
Kabupaten (APBD Kabupaten), Bantuan Luar Negeri (BLN)/Pinjaman Luar Negeri (PLN) serta sumber dana pemerintah lain dari BLUD RSUD Ciawi dan Cibinong. Pembiayaan kesehatan yang bersumber dari pemerintah terdiri atas APBD Kabupaten/belanja langsung dan belanja tidak langsung.

Anggaran kesehatan Kabupaten Bogor tahun 2016 berjumlah Rp. 1.634.085.565.100,- yang terdiri dari beberapa sumber sebagai berikut : APBN sebesar Rp.107.264.899.000,- (6,58%), APBD Propinsi sebesar Rp. 37.200.460.100,- (2,28%), APBD Kabupaten sebesar Rp.1.489.620.206.000,- (91,16%).

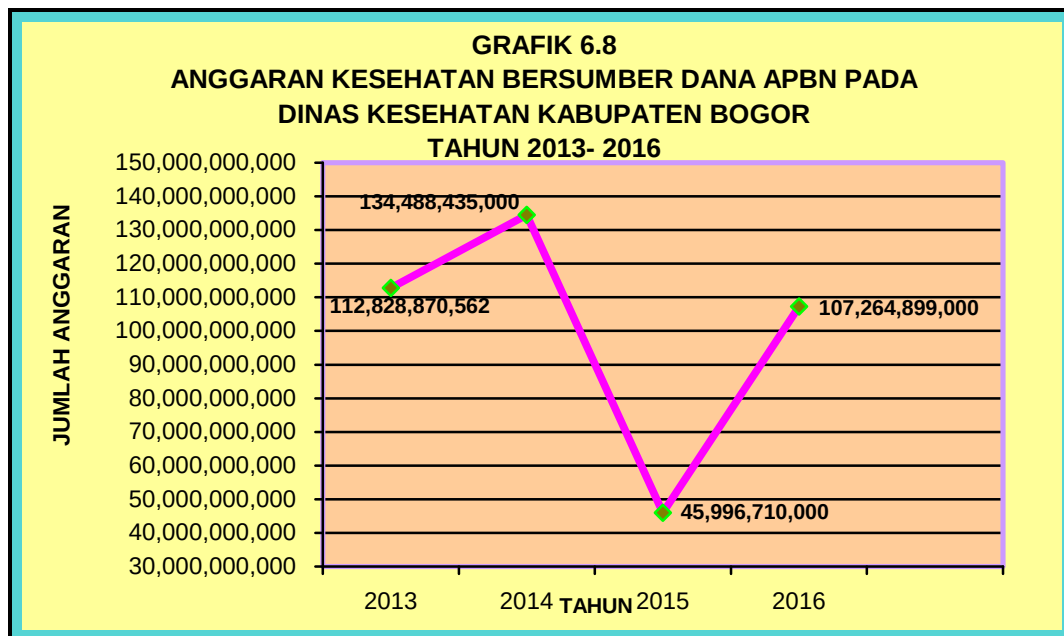


Melihat grafik di atas, terlihat bahwa proporsi anggaran kesehatan terbesar berasal dari APBD Kabupaten yaitu 92,94%, kemudian APBN 3,757%, APBD Provinsi 5,32% dan BLUD 0,16%. Hal ini menunjukkan bahwa Pemerintah Daerah telah melaksanakan komitmen bahwa bidang kesehatan adalah menjadi kewenangan wajib dimana pembiayaan nya sebagian besar dari APBD Kabupaten.

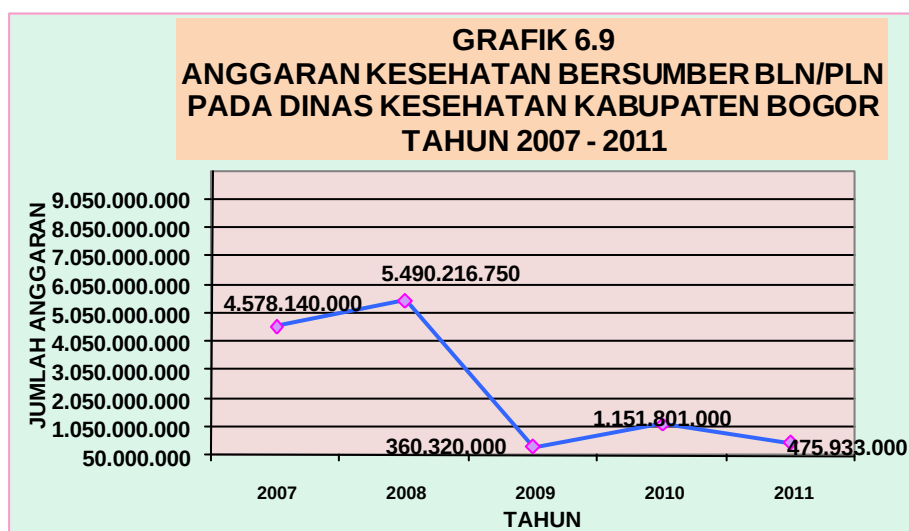
Perkembangan anggaran kesehatan Kabupaten Bogor dari tahun 2012 sampai dengan tahun 2016 mengalami fluktuatif, tahun 2012 sebesar Rp. 738.532.227.115,-, namun jika dibandingkan tahun 2013 anggaran kesehatan Kabupaten Bogor meningkat menjadi Rp. 944.230.644.562,-, meningkat di tahun 2014 menjadi Rp. 1.014.395.675.000,- di tahun 2015 juga meningkat menjadi 1.225.612.660.244,- dan meningkat kembali tahun 2016 menjadi Rp. 1.634.085.565.100,-. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada grafik 6.7



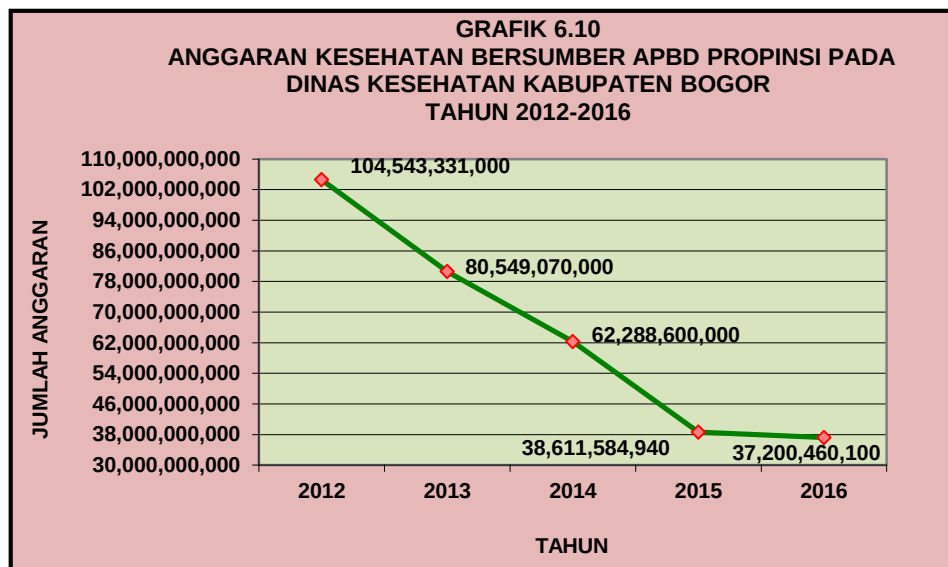
Anggaran pembangunan kesehatan Kabupaten Bogor yang berasal dari APBN selama 4 tahun cenderung berfluktuatif, pada Tahun 2013 sebesar Rp. 112.828.870.562,-, meningkat di tahun 2014 menjadi Rp. 134.488.435.000,- dan di tahun 2015 mengalami penurunan menjadi Rp. 45.996.710.000,-, namun di tahun 2016 dana APBN kembali meningkat menjadi Rp. 107.264.899.000,-. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada grafik 6.8.



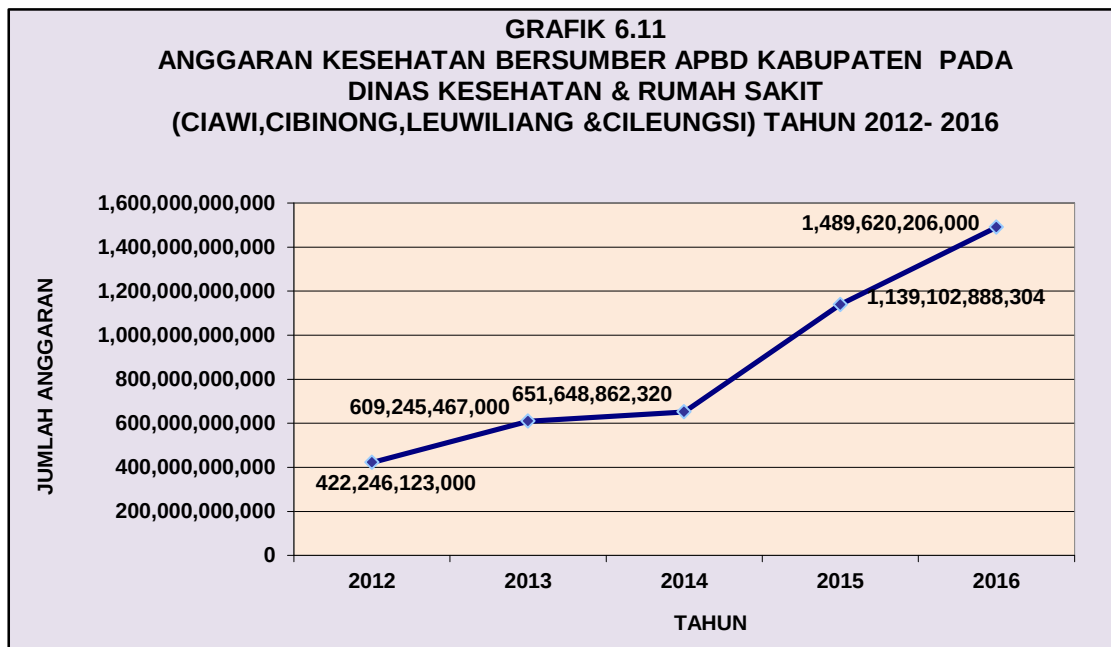
Anggaran pembangunan kesehatan yang berasal dari BLN/PLN yang diterima oleh Kabupaten Bogor selama 5 tahun terakhir yaitu tahun 2007-2011 menunjukkan kecenderungan menurun, Tahun 2007 sebesar Rp. 4.578.140.000,- mengalami penurunan menjadi Rp.475.933.000,- pada 2011 namun di Tahun 2012 sampai dengan tahun 2017, Dinas Kesehatan tidak mendapatkan anggaran yang bersumber dari BLN/PLN. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada Grafik 6.9 berikut ini menggambarkan dana BLN/PLN di Kabupaten Bogor pada tahun 2007-2011.



Seperti dana pembangunan yang berasal dari APBN, dana pembangunan kesehatan yang berasal dari dana APBD Propinsi juga mengalami penurunan, pada tahun 2012 APBD Propinsi untuk Kabupaten Bogor sebesar Rp. 104.543.331.000,-, Menurun menjadi Rp. 80.549.070.000 di tahun 2013 dan Tahun 2014 juga mengalami penurunan sebesar Rp. 62.288.600.000,-, anggaran APBD Propinsi tahun 2015 kembali menurun menjadi 38.611.584.940,- begitu pula di tahun 2016 menurun sebesar 37.200.460.1000,- untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada grafik 6.10 berikut :



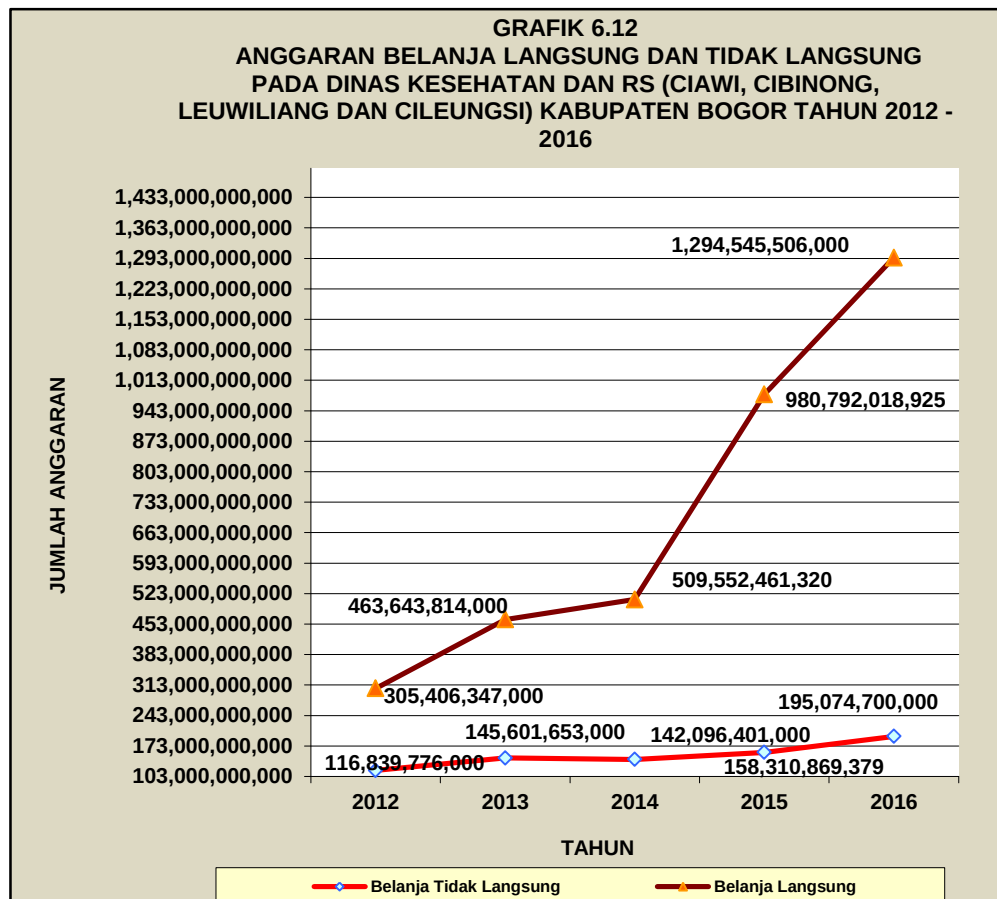
Anggaran pembangunan kesehatan Kabupaten Bogor yang berasal dari APBD Kabupaten dari tahun 2012 memperlihatkan kecenderungan meningkat dimana pada tahun 2012 APBD Kabupaten Bogor sebesar Rp. 422.246.123.000,- meningkat di tahun 2013 menjadi Rp. 609.245.467.000,-, dana APBD Kabupaten Bogor tahun 2014 meningkat kembali menjadi Rp. 651.648.862.320,-, meningkat kembali di Tahun 2015 menjadi Rp. 1.139.102.888.304,- dan Tahun 2016 meningkat menjadi Rp. 1.489.620.206.000,-. Untuk lebih jelasnya terdapat pada grafik 6.11 ini :



Anggaran Dinas Kesehatan, RSUD Ciawi, RSUD Cibinong, RSUD Leuwiliang dan RSUD Cileungsi yang berasal dari APBD Kabupaten Bogor dari tahun 2012-2016, belanja langsung dan tidak langsung cenderung meningkat,. Anggaran belanja tidak langsung tahun 2012 sebesar Rp. 116.839.776.000,- meningkat menjadi Rp. 145.601.653.000,- pada tahun 2013, di tahun 2014 menurun menjadi Rp. 142.096.401.000,-, namun di Tahun 2015 meningkat sebesar 158.310.869.379,- dan di tahun 2016 kembali meningkat menjadi Rp. 195.074.700.000.

Anggaran belanja langsung sebesar Rp.305.406.347.000,- pada tahun 2012 meningkat menjadi Rp. 980.792.018.925,- pada tahun 2015 dan kembali meningkat di tahun 2016 menjadi Rp1.294.545.506.000,-.

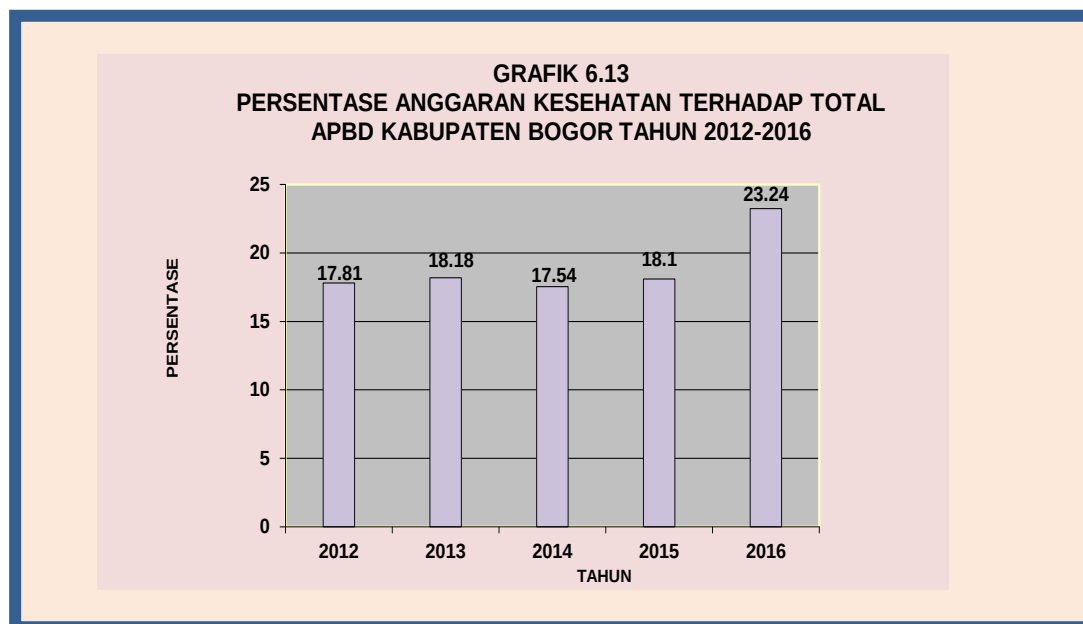
Grafik 6.12 menggambarkan anggaran belanja tidak langsung dan belanja langsung Dinas Kesehatan, RSUD Cibinong, RSUD Ciawi, RSUD Leuwiliang dan RSUD Cileungsi Kabupaten Bogor tahun 2012-2016 :



Pembiayaan kesehatan di Kabupaten Bogor yang berasal dari APBD Kabupaten baik anggaran pembangunan Kesehatan / Belanja Langsung maupun anggaran Belanja Tidak Langsung menunjukkan peningkatan yang signifikan sehingga pembiayaan kesehatan yang berasal dari APBD Kabupaten tetap masih besar dibandingkan anggaran yang berasal dari APBN, APBD Provinsi maupun BLN/PLN. Hal ini disebabkan dengan adanya UU No : 22 tahun 1999 tentang pemerintahan daerah dan UU no. 25 Tahun 1999 tentang perimbangan keuangan antara pusat dan daerah sehingga kabupaten mempunyai wewenang untuk mengatur keuangannya sendiri.

Total anggaran kesehatan Kabupaten Bogor tahun 2016 bersumber APBD Kabupaten sebesar Rp 1.489.620.206.000,- dan total APBD Kabupaten Bogor sebesar Rp 7.002.273.099.000,-. Berdasarkan data-data tersebut maka proporsi anggaran kesehatan Kabupaten Bogor tahun 2016 sebesar 21,27%, sudah mencapai proporsi anggaran yang direkomendasikan yaitu sebesar 10%. Namun bila dibandingkan dengan anggaran kesehatan dari seluruh sumber dana yaitu sebesar Rp 1.634.085.585.100,- dengan total APBD Kabupaten maka proporsi

anggaran kesehatan adalah 23,24%. Grafik 6.13 menggambarkan perkembangan persentase anggaran kesehatan terhadap total anggaran APBD Kabupaten Bogor selama 5 tahun terakhir sampai dengan tahun 2016 sebagai berikut :



6.4. JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Kesehatan adalah hak dan investasi, dan semua warga negara berhak atas kesehatannya termasuk masyarakat miskin. Dalam rangka memenuhi hak masyarakat miskin sebagaimana diamanatkan konstitusi dan undang-undang, Departemen Kesehatan menetapkan kebijakan untuk lebih memfokuskan pada pelayanan kesehatan masyarakat miskin. Dasar pemikirannya adalah selain memenuhi kewajiban pemerintah juga berdasarkan kajian bahwa indikator-indikator kesehatan akan lebih baik apabila lebih memperhatikan pelayanan kesehatan yang terkait dengan kemiskinan.

Pelayanan kesehatan bagi masyarakat maupun masyarakat miskin di Kabupaten Bogor dilaksanakan secara berjenjang mulai dari pelayanan kesehatan di tingkat dasar (Puskesmas) hingga pelayanan kesehatan pada tingkat lanjutan (Rumah Sakit). Pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat maupun masyarakat miskin dilaksanakan oleh 101 puskesmas yang berada di wilayah Kabupaten Bogor. Mengacu pada konsep kewilayahan, setiap puskesmas bertanggung jawab atas pelayanan kesehatan masyarakat termasuk masyarakat miskin di wilayah kerjanya.

Sampai dengan tahun 2008, Pemerintah Daerah Kabupaten Bogor sebagai perpanjangan tangan Pemerintah Pusat melaksanakan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM), dimana masyarakat khususnya masyarakat miskin memiliki jaminan kesehatan berupa asuransi kesehatan (ASKESKIN). Pada tahun 2008 sampai dengan tahun 2014 diluncurkan dan diberlakukan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) dengan masyarakat miskin sebagai sasaran utama. Sebagai identitas peserta diberikan kartu Jamkesmas, dengan jumlah kuota sebanyak 1.044.171 jiwa.

Namun, tidak semua masyarakat miskin/ tidak mampu yang ada di wilayah Kabupaten Bogor mendapatkan Jamkesmas, hal ini terjadi di seluruh Kabupaten/Kota di Indonesia. Sehingga Pemerintah Daerah dituntut untuk mampu menyediakan pelayanan Jaminan Kesehatan bagi masyarakat miskin di wilayah sendiri. Untuk itu pada tahun 2010 dilaksanakan juga program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) yang bersumber dari dana APBD II dengan jumlah peserta 323.043 peserta yang pengelolaannya bekerjasama dengan PT. askes. Tidak hanya itu, Pemerintah Provinsi Jawa Barat juga memberikan

pembiayaan pelayanan kesehatan berupa Bantuan Gubernur melalui anggaran APBD Provinsi Jawa Barat. Sasaran program Jamkesda Kabupaten Bogor maupun Jamkesda Bantuan Gubernur ini adalah masyarakat miskin di luar kuota Jamkesmas yang sebelumnya telah ditetapkan oleh Pemerintah Pusat.

Sejak tahun 2014 berdasarkan Undang-Undang nomor 40 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), diberlakukan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). Berdasarkan amanat peraturan perundangan yang sama, program Jamkesmas maupun Jamkesda Kabupaten Bogor diintegrasikan dalam program JKN. Mulai saat itu kepesertaan Jamkesmas maupun Jamkesda Kabupaten Bogor sebagai peserta JKN. Jumlah peserta JKN tahun 2016 sebanyak 2.808.351 jiwa (50,26%), meliputi 1.111.935 berasal dari kepesertaan Penerima Bantuan Iuran (PBI) APBN / Jamkesmas, dan 391.405 berasal dari kepesertaan PBI APBD integrasi / Jamkesda. Demikian juga Peserta JKN Kabupten Bogor non PBI dari kelompok masyarakat Pekerja Penerima Upah (PPU) sebanyak 628.704 orang (11,25%) yang terdiri dari PNS (Askes), karyawan swasta (Jamsostek) dan TNI/Polri. Peserta non PBI lain berasal dari kelompok masyarakat yang mampu membayar iuran bulanan sendiri atau disebut Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU), sejumlah 622.074 orang (11,13%) dan kepesertaan Bukan Pekerja (BP) sebesar 54.233 (0,97%) .

Dari keseluruhan penduduk Kabupaten Bogor tahun 2016 sejumlah 5.587.390 orang, peserta keseluruhan (PBI dan Non PBI) sejak jaminan kesehatan kabupaten Bogor terintegrasi dengan JKN adalah 2.808.351 (50,26%).

Aspek kepesertaan JKN di Kabupaten Bogor sejak terintegrasi mengalami perbaikan penyempurnaan terutama pada PBI Daerah (Jamkesda). Perbaikan yang dimaksud adalah mutasi tambah kepesertaan dapat dilakukan setiap bulan apabila masih terdapat masyarakat miskin atau tidak mampu serta perluasan kepesertaan yang dapat dijamin JKN PBI Daerah, meliputi masyarakat yang tenaganya dimanfaatkan dalam pembangunan Kabupaten Bogor, diantaranya kader kesehatan, perangkat desa, ketua RT/RW, tenaga sukwan, pendamping PKH, Tagana, Guru ngaji, Amil. Dalam hal kepesertaan JKN, Kabupaten Bogor mencanangkan kepesertaan semesta pada akhir Tahun 2018, sehingga pada tahun 2019 seluruh penduduk Kabupaten Bogor akan

telah masuk dalam suatu Sistem Jaminan Kesehatan Masyarakat (*universal coverage*).

Manfaat yang dapat diberikan kepada setiap peserta JKN adalah pelayanan kesehatan dasar meliputi kesehatan rawat jalan (RJ) dan rawat inap (RI), serta pelayanan kesehatan rujukan rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL), rawat inap tingkat lanjutan (RITL) dan pelayanan gawat darurat, serta pelayanan obat. Sepanjang tahun 2016 kunjungan Puskesmas pelayanan kesehatan dasar pasien masyarakat miskin peserta PBI JKN sejumlah 430.947 orang sedangkan cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin sebesar 16.972 orang.

Penanganan keluhan pada Program JKN PBI di tingkat Provinsi disebut Tim Monev JKN yang mengikutsertakan Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor salah satunya sebagai Koordinator Bidang Sosialisasi dan Penanganan Keluhan dan Koordinator Bidang Monev dan Pelaporan. Tingkat Kabupaten dalam hal penanganan keluhan masyarakat dibentuk pula Tim yang disebut Tim Koordinasi Kabupaten yang merupakan wadah untuk memfasilitasi pengguna Program JKN, masyarakat luas, organisasi non pemerintah dan pemerintah di dalam upaya penyelesaian pengaduan masalah/keluhan yang muncul dalam pelaksanaan program JKN maupun didalam mendapatkan informasi mengenai pengaduan yang diterima dan penanganannya. Pengaduan keluhan dapat berasal dari masyarakat penerima pelayanan kesehatan, pelaksana/institusi kesehatan, dan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM). Pengaduan/keluhan meliputi aspek administratif, teknis pelayanan kesehatan dan penyelewengan dana.

Pengaduan masyarakat dilaksanakan di tingkat Puskesmas, Rumah Sakit dan Dinas Kesehatan, namun demikian pelaporan tentang pelaksanaan UPM belum berjalan dengan rutin. Di tingkat Dinas pengaduan masyarakat bisa bersifat langsung atau secara tertulis melalui Web. Masyarakat masih enggan untuk memberikan pengaduan secara tertulis meskipun sudah disediakan kotak pengaduan. Demikian pula pengaduan dari Puskesmas terhadap pelayanan rujukan di Rumah Sakit tidak disampaikan secara tertulis sehingga datanya tidak dapat ditampilkan disini.

Dalam pelaksanaan JKN di puskesmas pelayanan mengacu kepada Permenkes 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksana Program Jaminan

Kesehatan Nasional yang salah satunya menyebutkan bahwa cara pembayaran dilakukan melalui sistem kapitasi dan non kapitasi.

Komponen terbesar dari layanan JKN di puskesmas adalah komponen kapitasi. Pemanfaatan dari kapitasi di Kabupaten Bogor mengacu pada permenkes 19 tahun 2014 yang diubah menjadi Permenkes 21 tahun 2016.

Ruang Lingkup Pelayanan

1. Rawat Jalan Tingkat Pertama yaitu Puskesmas
2. Rawat Inap Tingkat Pertama yaitu Puskesmas dengan tempat perawatan
3. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan di Rumah Sakit
4. Rawat Inap Tingkat Lanjutan yaitu Rumah Sakit yang telah ada kerjasama
5. Persalinan
6. Pelayanan Obat

6.4.1 Rumah Sakit yang Bekerjasama dengan JAMKESDA

Pada dasarnya Rumah Sakit yang memberikan pelayanan kepada peserta Jamkesda sama dengan Rumah Sakit yang berkerja sama dengan BPJS dalam program JKN mengingat Jamkesda telah terintegrasi dengan JKN. Namun demikian dapat disebutkan bahwa Rumah Sakit diwilayah Kabupaten/ Kota Bogor dan perbatasan serta Jakarta yang telah bekerja sama dengan BPJS adalah sebagai berikut:

a. Rumah Sakit Pemerintah Wilayah Bogor

- | | |
|------------------|------------------------------|
| 1. RS Ciawi | 5. RS Goenawan Parto Widagdo |
| 2. RS Cibinong | 6. RST Salak Bogor |
| 3. RS Leuwiliang | 7. RS Marzoeki Mahdi |
| 4. RS Cileungsi | 8. RSUD Kota Bogor |

b. Rumah Sakit Swasta Wilayah Bogor

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| 1. RS PMI Bogor | 9. RS Dompot Dhuafa |
| 2. RS Islam Bogor | 10. RS Medika Dramaga |
| 3. RS FMC | 11. RS Thamrin Cileungsi |
| 4. RS Bhina Husada | 12. RS Permata Jonggol |
| 5. RS Sentra Medika | 13. RS Citama |

- | | |
|----------------------------|-----------------------------|
| 6. RS Assalam | 14. RS Mary Cileungsi Hijau |
| 7. RS Annisa | 15. RS Sentosa |
| 8. RS Karya Bhakti Pertiwi | 16. RS Trimitra |

c. Rumah Sakit Perbatasan

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------|
| 1. RSUD Depok Sawangan | 4. RSUD Cianjur |
| 2. RSUD Tangerang | 5. RSUD Sukawangi Sukabumi |
| 3. RSUD Adji Darmo Rangkas Bitung | |

d. Rumah Sakit Jakarta (Rujukan Sekunder)

1. RS Persahabatan
2. RS Fatmawati

e. Rumah Sakit Jakarta (Rujukan Tersier)

1. RS Cipto Mangunkusumo
2. RS Jantung Harkit (khusus jantung, hanya rujukan RSCM)

6.4.2 Pelayanan yang Tidak Ditanggung Dalam Program JKN

- a. Pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku;
- b. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, kecuali dalam keadaan darurat;
- c. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja;
- d. Pelayanan Kesehatan yang dijamin oleh program kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas.
- e. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri;
- f. Pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik;
- g. Pelayanan untuk mengatasi infertilitas;
- h. Pelayanan meratakan gigi (ortodonsi);
- i. Gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/atau alkohol;

- j. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri;
- k. Pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, termasuk akupunktur, shin she, chiropractic, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (health technology assessment);
- l. Pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan (eksperimen);
- m. Alat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi, dan susu;
- n. Perbekalan kesehatan rumah tangga;
- o. Pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah;
- p. Biaya pelayanan kesehatan pada kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah (*preventable adverse events*); dan
- q. Biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan Manfaat Jaminan Kesehatan yang diberikan.

BAB VII K E S I M P U L A N

I. Situasi Derajat Kesehatan di Kabupaten Bogor pencapaian sebagai berikut :

a. Indikator yang mencapai target :

1. Prevalensi Balita Kekurangan Gizi
Capaian 2016 : 6,19 % (WHO Antropometri, 2005)
2. Prevalensi Balita Gizi Buruk
Capaian 2016 : 0,91% (WHO Antropometri, 2005)
3. Prevalensi Balita Gizi Kurang
Capaian 2016 : 5,27% (WHO Antropometri, 2005)
4. Tingkat Prevalensi Tuberkulosis
Capaian : 155 per 100.000 penduduk

b. Indikator yang tidak mencapai target :

1. Angka Kematian Bayi (AKB)
Capaian 2016 : 32 per 1.000 kelahiran hidup
(SDKI 2012)
2. Angka Kematian Balita (AKABA)
Capaian 2016 : 40 per 1.000 kelahiran hidup
(SDKI 2012)
3. Angka Kematian Ibu (AKI)
Capaian 2016 : 359 per 100.000 kelahiran hidup
(SDKI, 2012)

II. Situasi Upaya Kesehatan berdasarkan pencapaian indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan Kabupaten Bogor, sebagai berikut :

a. Indikator yang mencapai target :

1. Cakupan Kunjungan Bayi : 92,29% (target 90%)
2. Cakupan Balita Gizi Buruk yang mendapat perawatan : 98/ 100% (target 100%)
3. Cakupan Peserta KB Aktif : 73,74% (target 70%)
4. Cakupan Penderita DBD yang : 3.477 kasus

	ditangani	(target 100%)
5.	Cakupan Desa/Kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan Epidemiologi < 24 jam	: 100% (target 100%)
6.	Cakupan Kunjungan Ibu Hamil (K4)	: 102,33 (target 95%)
7.	Kasus Acute Flacid Paralysis (AFP) rate per 100.000 penduduk <15 tahun	: 0,68/100.000 (target 2/100.000)
8.	Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan	: 96,12% (target 90%)
9.	Cakupan pelayanan nifas	: 97,83% (target 90%)
10.	Cakupan Pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6-24 bulan keluarga miskin	: 100% (target 100%)

b. Indikator yang tidak mencapai target :

1.	Cakupan Pelayanan anak balita	: 80,41% (target 90%)
2.	Cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani	: 85,41% (target 90%)
3.	Cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani	: 7.366 bayi / 38,21% (target 80%)
4.	Cakupan Desa / Kelurahan UCI	: 93,09% (target 100%)
5.	Cakupan penjangkauan kesehatan siswa SD dan setingkat	: 91,00% (target 100%)
6.	Cakupan penemuan penderita Pneumonia Balita	: 35,66% (target 85%)
7.	Cakupan penemuan pasien baru TB BTA (positif)	: 72,96% (target 100%)
8.	Cakupan penemuan penderita Diare	: 95,23 (target 100%)
9.	Cakupan pelayanan kesehatan dasar pasien masyarakat miskin (Jamkesmas dan Jamkesda)	: 88,47% (target 100%)
10.	Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin	

- (Jamkesmas dan Jamkesda) : 3,45% (target 100%)
11. Cakupan desa / kelurahan siaga aktif
(total dari kategori madya, purnama
dan mandiri) : 67,97% (target 100%)

III. Situasi Sumber Daya Kesehatan di Kabupaten Bogor tahun 2016 berdasarkan Indikator Kinerja Utama (IKU) dan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) :

1. Rasio : 1 : 14.363
puskesmas,poliklinik,pustu,persatuan (target 1: 9.247)
penduduk
2. Rasio rumah sakit persatuan
penduduk : 1: 206.940
(target 1:195.519)
3. Rasio dokter persatuan penduduk : 1: 3.869
(target 1:3.788)
4. Rasio tenaga medis persatuan : 1: 3.352
penduduk (target 1: 2.576)
5. Persentase pengadaan obat essensial : 100% (target 100%)
6. Proporsi anggaran kesehatan
 - APBD Kabupaten : 91,16 %
 - APBN : 6,56 %
 - APBD Provinsi : 2,28 %