

DAFTAR ISI

PENDAHULUAN 4

1.1 LATAR BELAKANG	4
1.2. TUJUAN	5
1.2.1. Tujuan Umum	5
1.2.2. Tujuan Khusus.....	5
1.3. MEKANISME KERJA	6
1.3.1. Pengumpulan Data.....	6
1.3.2. Jenis Data.....	6
1.3.3. Pengolahan Data.....	7
1.3.4. Analisis Data.....	7
1.3.5. Penyebarluasan Informasi.....	7
1.4. SISTEMATIKA PENULISAN	8

BAB II 10

GAMBARAN UMUM 10

2.1. VISI	10
2.2. MISI	11
2.3. TUJUAN	11
2.4. SASARAN	11
2.5. STRATEGI	12
2.6. KEBIJAKAN & PROGRAM	12
2.7. GEOGRAFI	13
2.8. KEPENDUDUKAN	14
2.8.1. Tingkat Pendidikan.....	16
2.8.2. Indeks Pembangunan Manusia (IPM)	19
2.8.3. Kepadatan Penduduk	20
2.8.4. Angka Kelahiran Kasar (Crude Birth Rate) dan Angka Kesuburan Total (Total Fertility Rate)	21
2.9. ANGKA BEBAN TANGGUNGAN (DEPENDENCY RATIO)	22
2.10. PENDAPATAN PER KAPITA	23
2.11. LAJU PERTUMBUHAN EKONOMI (LPE)	24
2.12. KEADAAN KESEHATAN LINGKUNGAN	25

2.13. KEADAAN PERILAKU MASYARAKAT	26
--	-----------

BAB III 29

GAMBARAN KHUSUS 29

3.1. DERAJAT KESEHATAN	29
3.1.1. ANGKA HARAPAN HIDUP (AHH)	29
Tabel. 3.1 Angka Harapan Hidup Dalam Ipm Berdasarkan Proyeksi Di Kabupaten Bandung Barat Tahun 2010 — 2015	29
Grafik 3.1 Grafik Usia Harapan Hidup Kabupaten Bandung Barat	30
3.1.2. MORTALITAS	30
3.1.2.1. Angka Kematian Bayi (AKB)	30
Tabel 3.2 Tabel Angka Kematian Bayi Bandung Barat 2014-2015	31
Grafik 3.2 Angka Kematian Bayi 2012-2015	31
3.1.2.2. Angka Kematian Balita (AKABA)	32
Tabel 3.3 Angka Kematian Balita	32
Grafik 3.3 Angka Kematian Balita 2014-2015	32
3.1.2.3. Angka Kematian Ibu (AKI)	33
Tabel 3.4 Angka Kematian Ibu / Maternal Per 100.000 Kelahiran Hidup Dari Berbagai Sumber	33
Tabel 3.5 Penyebab Kematian Ibu Berdasarkan Laporan Puskesmas Di Kabupaten Bandung Barat Tahun 2015	35
Tabel 3.6 Angka Kematian Ibu 2014-2015	36
Grafik 3.4 Angka Kematian Ibu per 100.000 KH 2014-2015	36
3.1.2.4. Angka Kematian Kasar (AKK)	36
3.1.3. MORBIDITAS	37
3.1.3.1. Pola Penyakit di Puskesmas	37
3.1.3.2. Pola Penyakit Di Rumah Sakit	38
3.1.4. PENYAKIT MENULAR BERSUMBER BINATANG	39
3.1.4.1. Demam Berdarah Dengue (DBD)	39
3.1.4.2. Anthrax	40
3.1.4.3. Filariasis	41
3.1.4.4. Flu Burung	41
3.1.5. PENYAKIT MENULAR LAINNYA	41
3.1.5.1. TB Paru	41
3.1.5.2. Penyakit Yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I)	42
3.1.6. STATUS GIZI	42
3.1.6.1. Status Gizi Balita	43
3.1.6.2. Bayi Dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR < 2500 gram)	44
3.2. UPAYA KESEHATAN	45
3.2.1. PELAYANAN KESEHATAN DASAR	46
3.2.1.1. Upaya Kesehatan Ibu dan Anak	46
3.2.1.1.1. Pelayanan Kesehatan pada Ibu Hamil	46
3.2.1.1.2. Pelayanan Kesehatan Neonatal, Bayi dan Anak balita	49
3.2.1.1.3. Pelayanan Kesehatan Keluarga Berencana (KB)	53
3.2.1.1.4. Pelayanan Imunisasi imunisasi Dasar pada Bayi	54
3.2.1.1.5. Pelayanan Kesehatan Anak Pra Sekolah, Usia Sekolah & Remaja	56
3.2.1.1.6. Pelayanan Kesehatan Pra Usia Lanjut Dan Usia Lanjut (Usila)	57
3.2.1.1.7. Pelayanan Kesehatan Gigi	59
3.2.1.1.8. Pelayanan Kesehatan Jiwa	60
3.2.1.2. Kunjungan Puskesmas	61
3.2.2. PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN	61
3.2.2.1. Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit	61

3.2.3. PELAYANAN KESEHATAN KERJA.....	63
3.2.4. JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT (JAMKESMAS).....	63
3.2.5. PENCEGAHAN DAN PEMBERANTASAN PENYAKIT	64
3.2.4.1. Pencegahan Penyakit	64
3.2.4.2. Pemberantasan Penyakit.....	64
Penyakit Menular Langsung	64
3.2.6. PEMBINAAN KESEHATAN LINGKUNGAN DAN SANITASI DASAR.....	67
3.2.7. PERBAIKAN GIZI MASYARAKAT	67
3.3. SUMBER DAYA KESEHATAN.....	68
3.3.1. SARANA KESEHATAN.....	68
3.3.1.1. Puskesmas	68
3.3.1.2. Rumah Sakit.....	69
3.3.1.3 Sarana Kesehatan dengan Kemampuan Gawat Darurat (Gadar)	70
3.3.1.4 Ketersediaan Obat.....	70
3.3.1.5 Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat (UKBM)	70
➤ Posyandu	70
➤ Perkembangan Posyandu	70
➤ POD (Pos Obat Desa)	70
➤ Polindes (Pondok Bersalin Desa).....	70
➤ Pas UKK (Pos Upaya Kesehatan Kerja).....	70
3.3.2. SUMBER DAYA MANUSIA (SDM) KESEHATAN	70
3.3.2.1. Persebaran SDM Kesehatan menurut Unit Kerja	70
3.3.2.2. Persebaran SDM Kesehatan di Puskesmas.	70
3.3.2.3. Persebaran SDM Kesehatan di Rumah Sakit.....	70
3.3.2.4. Persbaran SDM Kesehatan di Dinas Kasehatan	70
3.3.2.5. Persebaran SDM Kesehatan di Sarana Kesehatan Lain (Labkesda,Farmasi) Tabel terlampir.....	70
3.3.3. PEMBIAYAAN KESEHATAN	70
BAB VI KESIMPULAN 71	
A.Kelompok Data Gambaran Derajat Kesehatan Kab.Bandung Barat.....	71
B.Kelompok Data Gambaran Upaya Kesehatan Kab.Bandung Barat.....	71
C.Kelompok Data Gambaran Sumber Daya Kesehatan Kabupaten Bandung Barat ...	71



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 Bandung Barat tertuang dalam Rencana Strategis (Renstra) Dinas kesehatan Kabupaten Bandung Barat Tahun 2013-2018 dengan visi “Mewujudkan Kemandirian Masyarakat Bandung Barat untuk Hidup Sehat. Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung Barat menggunakan Indikator Millenium Development Goals (MDGs), Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) , Indikator Kinerja Utama (IKU) dan Indikator Indeks Pembangunan Manusia (IPM) sebagai tolok ukur kinerja pelayanan kesehatan, yang diselenggarakan oleh kabupaten serta sebagai acuan penting dalam penyusunan Dokumen Perencanaan Pembangunan Daerah.

Buku Profil Kesehatan Kabupaten Bandung Barat tahun 2015 merupakan salah satu bentuk penyediaan data dan informasi kesehatan yang diharapkan dapat bermanfaat bagi berbagai pihak; pemerintah, swasta, profesi, mahasiswa dan kelompok masyarakat. Data ini digunakan sebagai alat ukur menilai dan evaluasi kinerja yang telah dilakukan, pada setiap akhir tahun. Penilaian dilakukan dengan membandingkan pencapaian cakupan dengan target nasional, regional maupun lokal.



Buku Profil Kesehatan Kabupaten Bandung Barat tahun 2015 diharapkan dapat mengidentifikasi ada tidaknya serta besaran kesenjangan mengenai kondisi, kebutuhan dan persoalan yang dihadapi.

Profil Kesehatan ini mencakup pembahasan yang meliputi gambaran umum dan lingkungan, derajat kesehatan, upaya kesehatan dan sumber daya kesehatan.

1.2. TUJUAN

1.2.1. Tujuan Umum

Tersedianya Buku profil Kesehatan Kabupaten Bandung Barat tahun 2015 melalui gambaran situasi Derajat Kesehatan, Upaya Kesehatan, dan Sumber Daya Kesehatan.

1.2.2. Tujuan Khusus

- Mengetahui Situasi Derajat Kesehatan di Kabupaten Bandung Barat Tahun 2015 berdasarkan pencapaian indikator Millenium Development Goals (MDGs) yang meliputi :

- ❖ Prevalensi Balita Kekurangan Gizi (MDG1)
- ❖ Prevalensi Balita Gizi Buruk (MDG1)
- ❖ Prevalensi Balita Gizi Kurang (MDG1)
- ❖ Angka Kematian Balita (AKABA) per 1000 kelahiran hidup (MDG 4)
- ❖ Angka Kematian Bayi (AKB) per 1000 kelahiran hidup (MDG 4)
- ❖ Angka Kematian Neonatal per 1000 kelahiran hidup (MDG 4)
- ❖ Angka Kematian Ibu (AKI) per 100.000 kelahiran hidup (MDG 5)
- ❖ Tingkat Prevalensi Tuberkulosis per 100.000 penduduk (MDG 6)
- ❖ Tingkat Kematian karena Tuberkulosis per 100.000 penduduk (MDG 6)

- Mengetahui Situasi Upaya Kesehatan berdasarkan pencapaian Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan Kabupaten Bandung Barat Tahun 2015 yang meliputi:

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) per 100.000 penduduk <15tahun
- ❖ Cakupan penemuan pasien baru TB BTA (positif)

- ❖ Cakupan penderita DBD yang ditangani
- ❖ Cakupan penemuan penderita diare
- ❖ Cakupan pelayanan kesehatan dasar pasien masyarakat miskin

Pelayanan Kesehatan Rujukan yaitu cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin:

- ❖ Penyelidikan Epidemiologi dan Penanggulangan KLB yaitu cakupan desa/kelurahan mengalami KLB yang dilakukan Penyelidikan Epidemiologi <24jam.
- ❖ Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat yaitu cakupan desa/kelurahan Siaga Aktif

- Mengetahui Situasi Sumber Daya Kesehatan berdasarkan indikator Kinerja Utama (IKU) dan Indikator indeks Pembangunan Manusia (IPM) Kabupaten Bandung Barat 2015 yang meliputi:

- ❖ Rasio puskesmas, poliklinik, pustu per satuan penduduk
- ❖ Rasio rumah sakit per satuan penduduk
- ❖ Rasio dokter per satuan penduduk
- ❖ Rasio tenaga medis per satuan penduduk
- ❖ Persentase pengadaan obat esensial
- ❖ Persentase sarana kesehatan yang berizin

- Mengetahui Situasi Sumber Daya Kesehatan berdasarkan Pembiayaan Kesehatan Kabupaten Bandung Barat Tahun 2015.

1.3. MEKANISME KERJA

1.3.1. Pengumpulan Data

Pengumpulan Data dilakukan dengan dua cara, secara pasif dan secara aktif. Secara pasif artinya petugas pengelola data menunggu laporan dari puskesmas, dari program di Dinas dan dari Rumah Sakit serta UPT di wilayah kerja, meliputi; UPT Laboratorium Kesehatan Daerah (LABKESDA), PMI dan UPT Farmasi. 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.

1.3.2. Jenis Data

- Bahan Data Profil Kesehatan meliputi jenis-jenis sebagai berikut:
 - ❖ Data Umum meliputi data geografis, administratif, kependudukan, ekonomi, pendidikan, sosial budaya dan lingkungan.
 - ❖ Data Derajat Kesehatan meliputi angka kematian, angka kesakitan dan angka status gizi.



- ❖ Data Upaya Kesehatan meliputi data pelayanan kesehatan dasar, data pelayanan kesehatan rujukan dan penunjang, data pemberantasan penyakit menular, data pembinaan kesehatan lingkungan dan sanitasi dasar, data perbaikan gizi masyarakat, data pelayanan kefarmasian dan alat kesehatan, data pelayanan kesehatan dalam situasi bencana.
- ❖ Data Sumber Daya Kesehatan yang meliputi data sarana kesehatan, data tenaga kesehatan, data pembiayaan kesehatan dan data sumber daya kesehatan lainnya.
- ❖ Data lainnya

1.3.3. Pengolahan Data

Data yang telah dikumpulkan, dientry ke dalam format tabel profil pusdatin yang telah disediakan. Kemudian dilakukan pengolahan sederhana grafik sesuai sifat data, dan di beri ulasan berupa interpretasi grafik, dan interpretasi table itu sendiri. Pengolahan meliputi ukuran prevalensi, prosentasi, proporsi dan rasio sesuai dengan ketentuan petunjuk profil.

1.3.4. Analisis Data

Berdasarkan data yang ada dilakukan juga analisis sederhana, menggunakan ukuran/analisa epidemiologi seperti dibawah ini:

- Analisis Deskriptif; Upaya menggambarkan/menjelaskan data yang terdapat dalam tabel sesuai karakteristik data yang ditampilkan, termasuk angka absolute, angka rata-rata, angka minimum dan maksimum.
- Analisis Komparatif; Upaya menjelaskan data dengan membandingkan karakteristik data wilayah yang satu dengan wilayah yang lainnya atau perbandingan data antar waktu, antarjenis kelamin, antar kelompok umur, membandingkan hasil program dalam satu tahun dengan target indikator yang telah ditetapkan yaitu indikator Millenium Development Goals (MDGS), SPM Bidang Kesehatan, indikator Kinerja Utama (IKU), indikator IPM dan membandingkan dengan keadaan provinsi maupun keadaan nasional.
- Analisis Kecenderungan; Upaya untuk menjelaskan data dengan membandingkan data antar waktu dalam periode yang relatif panjang (trend).
- Analisis Hubungan; upaya untuk menjelaskan hubungan/keterkaitan antara variabel yang satu dengan lainnya tanpa pembuktian statistik.

1.3 5. Penyebarluasan Informasi

Profil Kesehatan dengan tujuannya yaitu tersedianya buku profil Kesehatan, maka perlu disebarluaskan kepada instansi lain di Kabupaten maupun sector lain yang terkait seperti dinkes Provinsi, Pusdatin Kemkes

Jakarta serta lain-lainnya yang dianggap perlu. Beberapa Unit instansi Penyebarluasan buku profil kesehatan adalah:

- Bupati Bandung Barat
- Sekretaris Daerah.
- Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kabupaten Bandung Barat.
- Pusat Data dan informasi Kementerian Kesehatan RI.
- Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Barat.
- Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Bappeda) Kabupaten Bandung Barat.
- Badan Pemberdayaan Masyarakat dan Pemerintahan Desa Kabupaten Bandung Barat (BPMPD)
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Bandung Barat.
- Bagian Pelayanan Sosial Setda Kabupaten Bandung Barat.
- Dinas Komunikasi dan informasi Kabupaten Bandung Barat.
- Dinas Pendidikan Kabupaten Bandung Barat.
- Badan Pemberdayaan Perempuan Perlindungan Anak & Keluarga Berencana Kabupaten Bandung Barat (BP3AKB).
- Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil Kabupaten Bandung Barat.
- PKK
- Rumah Sakit di wilayah Kabupaten Bandung Barat.
- Seluruh unit kerja di lingkungan Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung Barat.
- Forum Kabupaten Bandung Barat Sehat.
- Institusi Lembaga yang membutuhkan.
- Seluruh Puskesmas Diwilayah kerja.
- Serta pihak-pihak lai yang memerlukan.

1.4. SISTEMATIKA PENULISAN

Penyajian Profil Kesehatan Tahun 2015 dituangkan dalam sistematika sebagai berikut:

Bab I :Bab ini berisi penjelasan tentang latar belakang, tujuan profil kesehatan dan mekanisme kerjaserta sistematika penulisan.

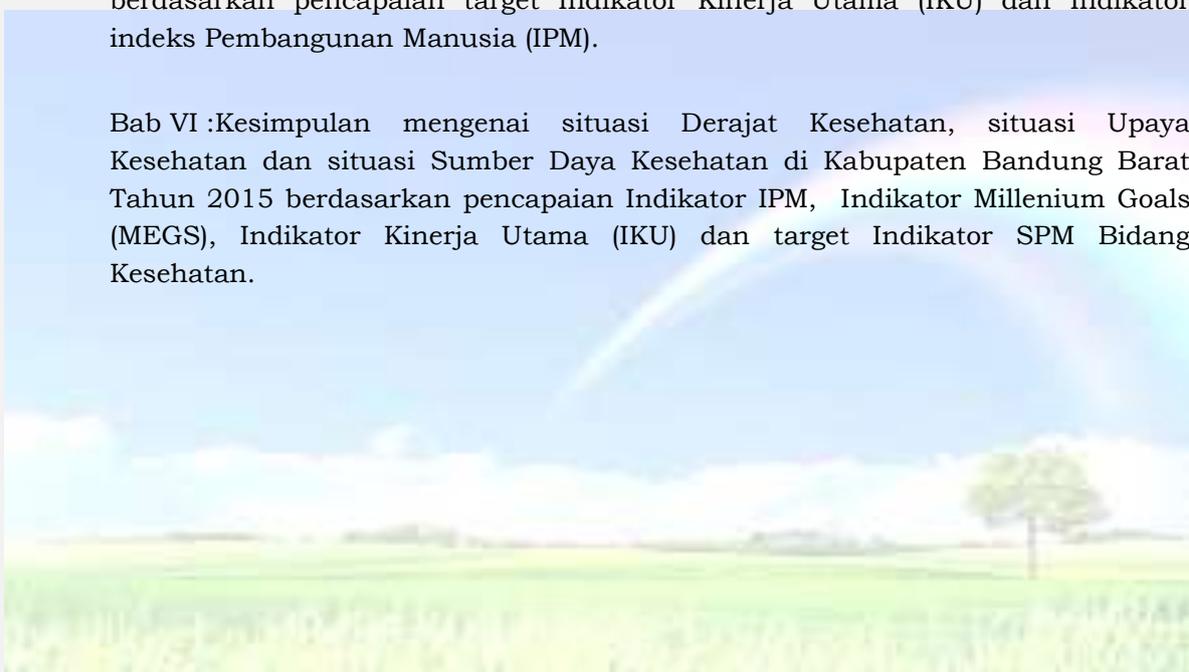
Bab II : Bab ini menyajikan tentang gambaran umum yang berisi tentang Visi, Misi, Tujuan,Sasaran, Strategi dan Program Kesehatan Kabupaten Bandung Barat serta uraian letak geografis, administratif dan informasi umum lainnya. Bab ini juga mengulas faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kesehatan dan faktor-faktor lainnya misalnya kependudukan, lingkungan sosial ekonomi, pendidikan, sosial budaya dan lingkungan.

Bab III :Menggambarkan situasi Derajat Kesehatan Tahun 2015 yaitu Angka Harapan Hidup (AHH), Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Balita (AKABA) serta gambaran mengenai perilaku, lingkungan, berdasarkan pencapaian target Indikator Milenium Development Goals (MDGS).

Bab IV :Menggambarkan situasi Upaya Kesehatan di Kabupaten Bandung Barat Tahun 2015berdasarkan pencapaian target Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan.

Bab V :Menggambarkan keadaan Sumber Daya Kesehatan yang meliputi sumber daya manusia, sarana dan anggaran kesehatan Kabupaten Bandung Barat 2015 berdasarkan pencapaian target Indikator Kinerja Utama (IKU) dan Indikator indeks Pembangunan Manusia (IPM).

Bab VI :Kesimpulan mengenai situasi Derajat Kesehatan, situasi Upaya Kesehatan dan situasi Sumber Daya Kesehatan di Kabupaten Bandung Barat Tahun 2015 berdasarkan pencapaian Indikator IPM, Indikator Millenium Goals (MEGS), Indikator Kinerja Utama (IKU) dan target Indikator SPM Bidang Kesehatan.



BAB II GAMBARAN UMUM

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

Arah pembangunan nasional yang telah dilaksanakan dalam dasawarsa terakhir ini, menuntut reformasi total kebijakan pembangunan dalam segala bidang. Reformasi pembangunan di bidang kesehatan Tahun 2010-2015 adalah sebagai berikut: revitalisasi pelayanan kesehatan, ketersediaan distribusi, retensi dan mutu SDM, ketersediaan, distribusi, keamanan, mutu, efektifitas, keterjangkauan obat, vaksin, dan alat kesehatan, jaminan kesehatan masyarakat, keberpihakan pada DTPK (Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan) serta DBK (Daerah Bermasalah Kesehatan), reformasi birokrasi.

Arah dan kebijakan Pembangunan Kesehatan di Kabupaten Bandung Barat Tahun 2015 mengacu kepada Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung Barat Tahun 2013-2018 yang mana renstra pun mengacu pada RPJMD Kabupaten Bandung Barat tahun 2013-2018; yang tertuang dalam Visi, Misi, Tujuan, Sasaran, Strategi, Kebijakan dan Program Kesehatan.

2.1. VISI

" CERMAT", adalah Visi Kabupaten Bandung Barat Mewujudkan Masyarakat Bandung Barat Cerdas, Rasional, Maju, Agamis Dan Sehat. tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten Bandung Barat Tahun 2013– 2018. Untuk mewujudkan visi tersebut diatas, dirumuskan:

misi Kabupaten, sebagai berikut:

- Meningkatkan penyelenggaraan pemerintahan yang amanah, profesional, efektif, efisien, dan ekonomis yang berbasis pada sistem penganggaran yang pro-publik.
- Meningkatkan kualitas sumber daya manusia yang berakhlak, cerdas sehat dan berdaya saing.
- Memberdayakan perekonomian daerah berbasis ekonomi kerakyatan yang berorientasi pada pengembangan sektor agrobisnis dan agro wisata dalam upaya pengentasan kemiskinan.
- Mewujudkan pembangunan berkelanjutan berwawasan lingkungan.
- Meningkatkan kualitas derajat kehidupan masyarakat yang berkeadilan.
- Modernisasi desa melalui peningkatan kapasitas pemerintahan desa dan pemberdayaan masyarakat desa.

"Terwujudnya Kemandirian Masyarakat Bandung Barat Untuk Hidup Sehat". Ditentukan Berdasarkan Visi Misi Pembangunan Kabupaten Bandung

Barat. Tertuang dalam Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung Barat Tahun 20013-2018.

2.2. MISI

Untuk mewujudkan Visi Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung Barat yang Mandiri untuk Hidup Sehat maka ditetapkan 3 (tiga) misi Dinas Kesehatan sebagaimana tertuang dalam Rencana Strategis (Renstra) yaitu:

- Memantapkan Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Dasar, Rujukan dan Khusus yang Merata, Terjangkau dan Berkualitas
- Memantapkan Penyelenggaraan Pencegahan dan Pengendalian Penyebaran Penyakit Menular & tidak Menular serta Masalah Kesehatan Lainnya
- Memantapkan Perencanaan, Akuntabilitas dan Layanan Perkantoran Lain Penyelenggaraan Pembangunan Bidang Kesehatan.

2.3. TUJUAN

Tujuan Strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung Barat Tahun 2013 - 2018 antara lain:

- Meningkatnya Pemerataan, Aksesibilitas dan Kualitas Pelayanan Kesehatan Dasar, Rujukan dan Khusus
- Menurunnya Angka Kematian dan Kesakitan Akibat Penyakit Menular dan Tidak Menular serta Masalah Kesehatan Lainnya .
- Meningkatnya Kemandirian Masyarakat Untuk Berperilaku Hidup Bersih dan Sehat Dalam Mewujudkan Kabupaten Bandung Barat Sehat
- Meningkatnya Kualitas Tata Kelola Pembangunan Bidang Kesehatan yang Menjadi Kewenangan Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung Barat

2.4. SASARAN

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



- Meningkatnya cakupan dan mutu pelayanan kesehatan ibu dan anak
- Meningkatnya cakupan dan mutu pelayanan gizi masyarakat Bandung Barat
- Meningkatnya cakupan dan mutu pelayanan pengobatan / perawatan kesehatan dasar, kesehatan Rujukan dan kesehatan khusus.
- Meningkatnya Cakupan Upaya Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular dan Tidak Menular
- Meningkatnya cakupan dan mutu upaya pencegahan dan pengendalian masalah kesehatan lingkungan dan sanitasi dasar
- Meningkatnya Cakupan Desa Siaga Aktif dan cakupan PHBS di 5 Tatanan
- Meningkatnya kualitas dokumen perencanaan dan akuntabilitas pembangunan bidang kesehatan serta penyelenggaraan layanan perkantoran lainnya.

2.5. STRATEGI

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

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

2.6. KEBIJAKAN & 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 Bandung Barat 2008-2013 antara lain:



- Penyelenggaraan pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA):
- Penyelenggaraan perbaikan gizi masyarakat:
- Mengadakan dan/atau merehabilitasi prasarana dan sarana fasilitas pelayanan kesehatan:
- Mengadakan obat dan perbekalan kesehatan:
- Standarisasi pelayanan kesehatan:
- Penyelenggaraan jaminan kesehatan:
- Meningkatkan upaya kesehatan masyarakat:
- Upaya kesehatan masyarakat:
- Pencegahan dan pengendalian penyakit:
- Peningkatan penyehatan lingkungan dan sanitasi dasar masyarakat:
- Peningkatan kemandirian masyarakat dalam ber-PHBS :
- Peningkatan kualitas dokumen perencanaan bidang kesehatan:
- Peningkatan kualitas perencanaan pembangunan bidang kesehatan:
- Peningkatan kualitas akuntabilitas pembangunan bidang kesehatan:
- Peningkatan penyelenggaraan layanan bidang kesehatan:
- Peningkatan kualitas dokumen perencanaan bidang kesehatan:
- Pengembangan sistem pelaporan keuangan dan kinerja:

2.7.GEOGRAFI

Kabupaten Bandung Barat termasuk dalam wilayah administratif Provinsi Jawa Barat. Luas wilayah Kabupaten Bandung Barat sekitar 130.577,40 Ha, atau sekitar 1.305,77 KM². Terdiri dari 16 kecamatan 165 desa dan 2310 RW, 8554 RT. Secara geografis terletak diantara 6°,373' sampai dengan 7°,131' Lintang Selatan dan 107°,110' sampai dengan 107°,440' Bujur Timur.

Secara administratif Kabupaten Bandung Barat mempunyai batas-batas sebagai berikut:

- Sebelah utara berbatasan dengan, Kabupaten Purwakarta dan kabupaten Subang,
- Sebelah timur berbatasan dengan Kabupaten Bandung , Kota Bandung dan Kota Cimahi.
- Sebelah selatan berbatasan dengan Kabupaten Cianjur dan Kabupaten Bandung.
- Sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Cianjur.



Kabupaten Bandung Barat dibagi menjadi 3 Wilayah Pembangunan yaitu;

- Wilayah utara terdiri dari 5 kecamatan yaitu; Kecamatan Lembang, Kecamatan Parongpong, Kecamatan Cikalongwetan, Kecamatan Cipeundeuy dan Kecamatan Cisarua.
- wilayah tengah terdiri dari 5 kecamatan yaitu; Kecamatan Padalarang, Kecamatan Ngamprah, Kecamatan Cipatat, Kecamatan Batujajar dan Kecamatan Saguling.
- wilayah selatan terdiri dari 6 kecamatan yaitu; Kecamatan Cihampelas, Kecamatan Cililin, Kecamatan Sindangkerta, Kecamatan Cipongkor, Kecamatan Gununghalu dan Kecamatan Rongga.

2.8. KEPENDUDUKAN

Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS) Kabupaten Bandung Barat, jumlah penduduk Kabupaten Bandung Barat pada tahun 2015 sebanyak 1.629.423 jiwa dengan komposisi (menurut jenis kelamin) relatif seimbang, yaitu jumlah penduduk laki-laki sebanyak 827.480 jiwa (50,82 persen) dan jumlah penduduk perempuan sebanyak 801.943 jiwa (49,18 persen) dengan sex ratio sebesar 103,33 yang berarti setiap 1.000 perempuan berbanding dengan 1.033 laki-laki.

Dibandingkan dengan tahun 2014, jumlah penduduk pada tahun 2015 mengalami kenaikan sebesar 1,52%. (sumber LKPJ Bupati 2015)

Laju Pertumbuhan Penduduk selama tahun 2012 sampai dengan tahun 2015 di Kabupaten Bandung Barat sebesar 5,54% atau naik sebesar 87.654 jiwa.

Gambar 2.1 Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP)
Kabupaten Bandung Barat
Tahun 2012-2015



ari sebaran penduduknya di 16 kecamatan di Kabupaten Bandung Barat, pada tahun 2015 kecamatan yang memiliki jumlah penduduk paling banyak adalah Kecamatan Lembang dengan penduduk sebanyak 192.019 orang, diikuti oleh Kecamatan Padalarang yaitu sebanyak 174.282 orang. Sementara itu kecamatan dengan penduduk terkecil adalah Kecamatan Saguling dengan penduduk

sebanyak 30.352 jiwa, dengan rincian jumlah penduduk Kab. Bandung Barat per Kecamatan tahun 2015 terlihat pada tabel berikut:

Tabel 2.1 **Penduduk per Kecamatan di Kabupaten Bandung Barat Tahun 2015**

No	Kecamatan	Laki - laki		Perempuan		Laki - laki +	
		N	%	N	%	N	%
1	Rongga	28.008	50,93	26.980	49,07	54.988	100
2	Gununghalu	38.947	51,99	35.959	48,01	74.906	100
3	Sindangkerta	33.858	49,78	34.155	50,22	68.013	100
4	Cililin	45.522	51,28	43.258	48,72	88.780	100
5	Cihampelas	57.840	50,91	55.783	49,09	113.623	100
6	Cipongkor	45.732	51,24	43.524	48,76	89.256	100
7	Batujajar	47.663	49,78	48.080	50,22	95.743	100
8	Saguling	15.652	51,57	14.700	48,43	30.352	100
9	Cipatat	65.937	50,65	64.251	49,35	130.188	100
10	Padalarang	88.592	50,83	85.690	49,17	174.282	100
11	Ngamprah	87.978	51,01	84.500	48,99	172.478	100
12	Parongpong	55.723	50,77	54.035	49,23	109.758	100
13	Lembang	98.568	51,33	93.451	48,67	192.019	100
14	Cisarua	36.890	50,30	36.456	49,70	73.346	100
15	Cikalongwetan	60.844	50,27	60.200	49,73	121.044	100
16	Cipeundeuy	40.908	50,38	40.296	49,62	81.204	100
Kab. Bandung Barat		848.662	50,82	821.318	49,18	1.669.980	100

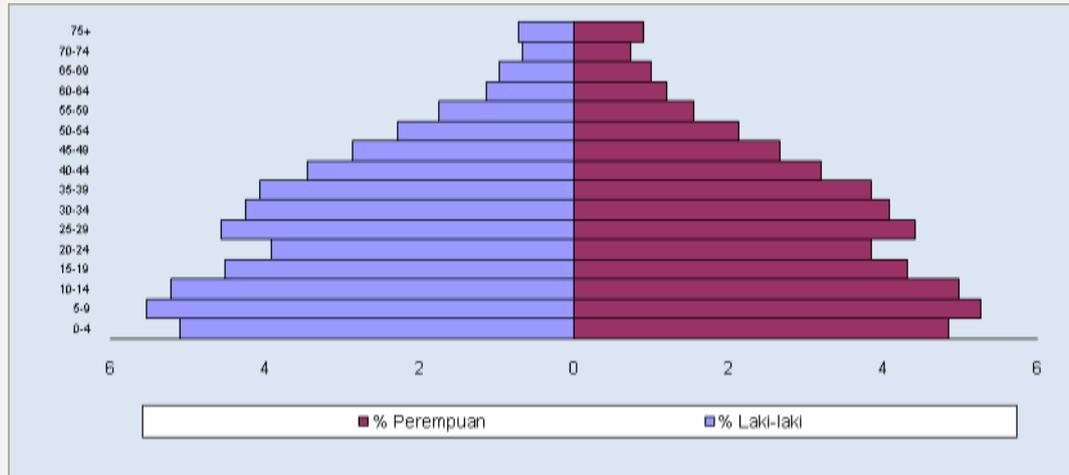
Sumber : BPS Kabupaten Bandung Barat 2015

Piramida penduduk menyajikan komposisi penduduk menurut umur dan jenis kelamin bagi suatu wilayah, riwayat penduduk suatu wilayah dapat dipahami dari piramida penduduk wilayah bersangkutan, selain itu piramida penduduk dapat menunjukkan tingkat perkembangan penduduk pada setiap kelompok umur berbeda.

Distribusi penduduk di Kabupaten Bandung Barat tahun 2015 dikelompokkan menjadi 3 (tiga) kelompok yaitu berdasarkan umur belum produktif (0-14) sebesar 27,44 persen atau 458,242 jiwa, umur produktif (15-64) sebesar 67,43 persen atau 1,126,139 jiwa dan umur tidak produktif (65+) sebesar 5,13% atau 85,599 jiwa. Selengkapnya dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 2.2 Piramida Penduduk Kabupaten Bandung Barat Menurut Golongan Umur Dan Jenis Kelamin Tahun 2015



Sumber : Bappeda dan BPS Kabupaten Bandung Barat, IPM Tahun 2015

2.8.1. Tingkat Pendidikan

Pada Tahun 2015, persentase penduduk Kabupaten Bandung Barat usia 10 tahun ke atas yang berpendidikan SD ke bawah sebesar 58,77 persen; tamat SMP sebesar 21,60 persen; tamat SMU/SMK sebesar 16,29 persen; dan sebanyak 3,34 persen yang tamat pendidikan tinggi (Akademi/ Perguruan Tinggi). Selengkapnya dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 2.2 Persentase Tingkat Pendidikan Penduduk Usia 10 Tahun Ke Atas Menurut Jenis Kelamin di Kabupaten Bandung Barat Tahun 2015

No	Jenjang Pendidikan	Penduduk 10 Tahun Keatas		
		Laki- laki	Perempuan	Laki-laki+
1	< SD	13,03	15,40	14,20
2	SD	41,83	45,53	43,64
3	SLTP sederajat	22,26	22,44	22,35
4	SMU sederajat	19,19	13,65	16,47
5	Akademi/PT	3,70	2,98	3,35
Kab. Bandung Barat		100	100	100

Sumber : Bappeda dan BPS Kabupaten Bandung Barat, IPM Tahun 2015



Indikator yang sering digunakan untuk mengukur partisipasi pendidikan diantaranya adalah Angka Partisipasi Kasar (APK), Angka Partisipasi Murni (APM) dan Angka Partisipasi Sekolah (APS). Indikator-indikator tersebut menunjukkan seberapa besar anak usia menurut tingkat pendidikan tertentu berada dalam lingkup pendidikan dan penyerapan dunia pendidikan formal terhadap penduduk usia sekolah. Usia pendidikan yang dimaksud, untuk SD usianya 7-12 tahun, SLTP usia 13-15 tahun, SLTA usia 16-18 dan perguruan tinggi (PT) usia 19-24.

Tabel 2.3 APK Menurut Jenis Kelamin dan Jenjang Pendidikan Di Kabupaten Bandung Barat Tahun 2015

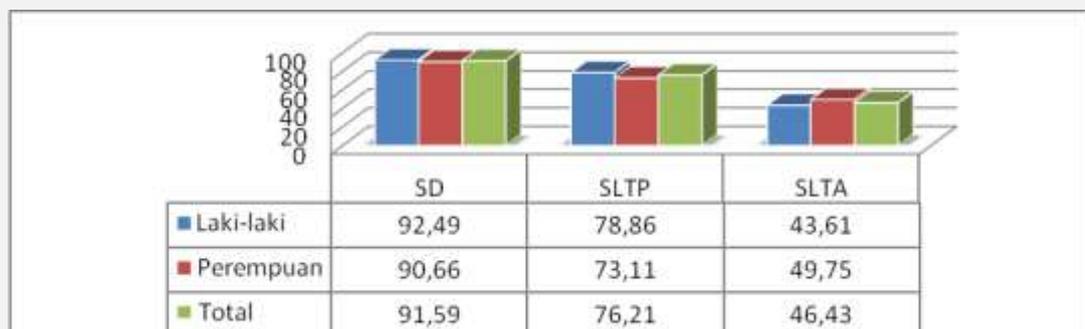
No	Jenjang Pendidikan	APK Tahun 2015		
		Laki-laki	Perempuan	Total
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	SD	102,09	99,43	100,78
2	SLTP	96,38	94,97	95,73
3	SLTA	53,11	63,50	57,88

Sumber : Bappeda dan BPS Kabupaten Bandung Barat, IPM Tahun 2015

Pada Tabel 2.3 terlihat bahwa APK SD untuk laki-laki di Kabupaten Bandung Barat lebih dari 100 persen. Artinya terdapat siswa, baik lebih muda maupun lebih tua, yang berusia di luar batasan usia sekolah dasar (kurang dari 7 tahun atau lebih dari 12 tahun). Hal ini dimungkinkan banyak masyarakat di wilayah Kabupaten Bandung Barat menyekolahkan anaknya ke Sekolah Dasar pada usia 5-6 tahun, disisi lain di daerah pedesaan masih banyak anak yang usianya di atas 12 tahun, tetapi masih duduk dibangku SD.

Angka Partisipasi Murni (APM) menunjukkan tingkat partisipasi sekolah penduduk pada satu kelompok umur tertentu yang bersekolah pada tingkat yang sesuai dengan kelompok umurnya. APM selalu lebih rendah dibandingkan APK, karena pembilang APM lebih kecil dari pembilang APK sementara pembagiannya sama. APM membatasi usia siswa sesuai dengan usia sekolah dan jenjang pendidikan sehingga angkanya lebih kecil. APM adalah indikator yang menunjukkan proporsi penduduk yang bersekolah di suatu jenjang pendidikan dan usianya sesuai dengan usia sekolah pada jenjang pendidikan tersebut.

Gambar 2.3 APM menurut Jenis Kelamin dan Jenjang Pendidikan di Kabupaten Bandung Barat Tahun 2015



Sumber : Bappeda dan BPS Kabupaten Bandung Barat, IPM Tahun 2015

Tabel 2.4 Persentase Penduduk Umur 10 Tahun Keatas Menurut Tingkat Pendidikan Yang Ditamatkan Di Kabupaten Bandung Barat Tahun 2010-2015

NO	VARIABEL	JUMLAH			PERSENTASE		
		LAKI-LAKI	PEREMPUAN	LAKI-LAKI+PEREMPUAN	LAKI-LAKI	PEREMPUAN	LAKI-LAKI+PEREMPUAN
1	2	3	4	5	6	7	8
1	PENDUDUK BERUMUR 10 TAHUN			1.372.646			
2	PENDUDUK BERUMUR 10 TAHUN KE ATAS YANG	628.937	657.553	1.286.490	95,6	49,1	93,72
3	PERSENTASE PENDIDIKAN TERTINGGI YANG DITAMATKAN:						
	a. TIDAK MEMILIKI IJAZAH SD	24.918	29.542	54.460	4	4,5	3,97
	b. SD/MI	291.002	299.686	590.688	46,3	45,6	43,03
	c. SMP/ MTs	135.777	283.126	418.903	21,6	43,1	30,52
	d. SMA/ MA	124.002	87.075	211.077	19,7	13,2	15,38
	e. SEKOLAH MENENGAH	2554	1458	4.012	-	-	0,29
	f. DIPLOMA I/DIPLOMA II	71	906	977	-	-	0,07
	g. AKADEMI/DIPLOMA III	992	992	1.984	-	-	0,14
	h. UNIVERSITAS/DIPLO	23.165	87.075	110.240	3,7	13,2	8,03
	i. S2/S3 (MASTER/DOKTOR)	992	992	1.984	-	-	0,14

NO	TINGKAT PENDIDIKAN DITAMATKAN PERSENTASE PENDUDUK UMUR >10 TAHUN	TINGKAT PENDIDIKAN						
		Tidak / belum pernah sekolah	Tidak / belum tamat SD	SD	SLTP	SLTA	AK/Diploma	SARJANA
1	2010	*	*	*	*	*	*	*
2	2011	*	*	*	*	*	*	*
3	2012	*	*	*	*	*	*	*
4	2013	*	*	*	*	*	*	*
5	2014	5.460	*	590.638	418.913	*	211.073	110.240
6	2015	*	*	*	*	*	*	*

* Data belum diperoleh

** Menggunakan data Provinsi Jawa Barat tahun 2010

*** Menggunakan data SIAK tahun 2012

2.8.2. Indeks Pembangunan Manusia (IPM)

Secara umum capaian pembangunan manusia di Kabupaten Bandung Barat terus mengalami peningkatan dari tahun ke tahun, hasil penghitungan IPM berdasarkan data hasil Survei IPM Kabupaten Bandung Barat tahun 2015 menunjukkan bahwa pencapaian IPM Kabupaten Bandung Barat tahun 2015 telah mencapai 75,35 yang terbentuk dari indeks kesehatan sebesar 73,93, indeks pendidikan sebesar 85,97 dan indeks daya beli sebesar 66,16.

Selama empat tahun terakhir nilai IPM Kabupaten Bandung Barat bergerak naik dari 74,28 pada tahun 2012 menjadi 75,35 pada tahun 2015. Pergerakan yang sama juga terjadi pada ketiga indeks IPM dimana indeks kesehatan meningkat dari 73,73 pada tahun 2012 menjadi 73,93 pada tahun 2015, indeks pendidikan meningkat dari 85,52 pada tahun 2012 menjadi 85,97 pada tahun 2015, sedangkan indeks daya beli meningkat dari 63,57 pada tahun 2012 menjadi 66,16 pada tahun 2015. Selengkapnya dapat dilihat pada tabel 1.6 di bawah ini:

Tabel 2.5 IPM Kabupaten Bandung Barat dan Komponennya Tahun 2012-2015

KOMPONEN	2012	2013	2014	2015
(1)	(3)	(4)	(5)	(5)
NILAI				
1. Angka Harapan Hidup (Tahun)	69,24	69,30	69,33	69,36
2. Angka Melek Huruf (Persen)	98,41	98,48	98,50	98,52
3. Rata-rata Lama Sekolah (Tahun)	8,96	9,02	9,06	9,13
4. Purchasing Power Parity (ribu Rupiah)	635,1	638,48	641,58	646,29
INDEKS				
1. Indeks Kesehatan	73,73	73,84	73,88	73,93
2. Indeks Pendidikan	85,52	85,71	85,81	85,97
3. Indeks Daya Beli	63,57	64,35	65,07	66,16
IPM	74,28	74,63	74,92	75,35

Sumber: BPS, Angka regional, diolah dari hasil Survei IPM Kabupaten Bandung Barat 2012-2015.

Bila mengacu pada klasifikasi pembagian status IPM menurut UNDP, maka IPM Kabupaten Bandung Barat selama tiga tahun terakhir termasuk dalam kategori “tingkat menengah atas”, yakni kelompok daerah dengan nilai IPM berkisar antara 66 hingga 79. Adapun capaian masing-masing komponen IPM cukup bervariasi.

Masih dalam periode waktu yang sama, status indeks kesehatan termasuk dalam kategori “tingkat menengah atas” (dengan capaian antara 66-79), status indeks pendidikan sudah masuk dalam kategori “tingkat atas” dengan capaian di atas 80), sedangkan status indeks daya beli masih tergolong dalam kategori “tingkat menengah bawah” (dengan capaian antara 50-65).

Meskipun indeks pendidikan termasuk dalam kategori tingkat tinggi, status indeks rata-rata lama sekolah (RLS) masih tergolong dalam kategori tingkat menengah bawah. Tingginya status indeks pendidikan dikarenakan tingginya indeks melek huruf (AMH) yang juga tergolong dalam kategori tingkat.

Pencapaian IPM tahun 2015 tiap kecamatan secara umum mengalami peningkatan, namun masing-masing kecamatan mengalami besaran peningkatan yang berbeda. Kecamatan yang memiliki IPM tertinggi masih tidak berubah dari tahun 2015 yaitu Kecamatan Lembang yang mencapai 77,29, kemudian disusul Kecamatan Parongpong (75,97), dan Kecamatan Padalarang (75,75). Selengkapnya dapat dilihat pada tabel 1.7 berikut:

Tabel 2.6 Pencapaian IPM Tahun 2015 Menurut Kecamatan Di Kabupaten Bandung Barat

Kecamatan	Kesehatan		Pendidikan			Daya Beli		IPM	
	AHH	Indek	AMH	RLS	Indek	PPP	Indek	Indek	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 Cililin	68,68	72,80	99,67	9,20	86,90	643,34	65,48	75,06	7
2 Cihampelas	68,37	72,28	99,96	9,30	87,31	644,88	65,83	75,14	6
3 Sindangkerta	67,39	70,65	99,09	8,21	84,31	636,44	63,88	72,95	12
4 Gunung Halu	66,01	68,36	97,67	7,95	82,79	634,53	63,44	71,53	13
5 Rongga	64,15	65,25	95,12	6,85	78,65	636,19	63,83	69,24	16
6 Cipongkor	62,36	62,26	99,63	7,04	82,07	647,21	66,37	70,23	14
7 Batujajar	68,07	71,78	98,86	9,40	86,79	651,48	67,36	75,31	5
8 Saguling	63,36	63,93	97,48	6,89	80,30	643,17	65,44	69,89	15
9 Lembang	69,63	74,38	99,93	9,21	87,09	664,57	70,38	77,29	1
1 Parongpong	70,30	75,49	98,80	8,81	85,45	649,76	66,96	75,97	2
1 Cisarua	68,05	71,75	96,54	8,70	83,70	644,08	65,65	73,70	9
1 Ngamprah	66,48	69,13	99,34	10,1	88,71	660,79	69,51	75,78	4
1 Padalarang	67,25	70,42	99,97	9,10	86,87	662,71	69,96	75,75	3
1 Cipatat	67,34	70,57	97,60	7,91	82,63	656,80	68,59	73,93	8
1 Cipeundeuy	67,21	70,34	98,36	8,23	83,86	639,76	64,65	72,95	11
1 Cikalongweta	67,84	71,41	97,90	7,43	81,78	646,32	66,17	73,12	10
Bandung Barat	69,3	73,93	98,5	9,13	85,97	646,2	66,16	75,35	

Sumber : Badan Pusat Statistik Kabupaten Bandung Barat 2015

2.8.3. Kepadatan Penduduk

Kepadatan penduduk tiap kecamatan di Kabupaten Bandung Barat bervariasi atau tidak merata. Secara alamiah keadaan atau fenomena ini adalah suatu hal yang wajar, sebab setiap orang cenderung untuk tinggal di tempat yang menguntungkan seperti pusat kota, pusat pendidikan atau tempat yang mempunyai sumber daya tinggi untuk bertahan hidup.

Kepadatan penduduk Kabupaten Bandung Barat Tahun 2015 sebesar 1.227/km². Kecamatan di Kabupaten Bandung Barat yang mempunyai kepadatan penduduk terpadat adalah Kecamatan Ngamprah dengan 4.459/km². Hal ini dapat dijelaskan karena Kecamatan Ngamprah dekat dengan pusat kota dan pemukiman di Kabupaten Bandung Barat. Kecamatan terbesar ke dua

adalah Kecamatan Padalarang sebesar 3.151/km². Sedangkan kecamatan di Kabupaten Bandung Barat dengan kepadatan penduduk terendah adalah Kecamatan Gununghalu sebesar 444/km².

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

Menurut World Population data Sheet 2013, Indonesia merupakan negara ke 5 di dunia dengan estimasi jumlah penduduk terbanyak, yaitu 249 juta. Diantara negara-negara AEAN, Indonesia dengan luas wilayah terbesar tetap menjadi negara dengan penduduk terbanyak, jauh diatas 9 negara anggota lain. Dengan Angka Fertilitas atau Total Fatality Rate /TFR 2.6, Indonesia masih berada diatas rata-rata TFR negara ASEAN, yaitu 2,4. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, mengestimasi jumlah penduduk Indonesia tahun 2013 sejumlah 248,4 juta orang. Badan Pusat Statistik (BPS) mencatat bahwa pada tahun 2013, sebanyak 28,55 juta (11,47%) penduduk Indonesia merupakan penduduk miskin. Secara nasional, Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Indonesia tahun 2013 sebesar 73,29 masih masuk kategori sedang (50-80), dengan komponen AHH sebesar 69,87 tahun, rata-rata lama sekolah 8,08 tahun, angka melek huruf 93,25% dan pengeluaran riil perkapita sebesar Rp.641.040. (<https://www.google.com/search?q=TFR+bandung+barat&ie=utf-8&oe=utf-8>)

TFR di Kabupaten Bandung Barat pada tahun 2010 TFR nya adalah 2.40 (Susenas 2010), sedangkan di tahun 2013 adalah sebesar 2,31 (Susenas 2012). Menurut hasil penelitian Pola Konsumsi Rumah Tangga di Kabupaten Bandung tahun 1998 (Bandung Barat masih bergabung dengan Kab.Bandung), salah satu faktor yang menyebabkan tingginya angka fertilitas di Kabupaten Bandung 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.

“...Asumsi fertilitas dibuat berdasarkan tren tingkat fertilitas di masa lalu dan kebijakan pemerintah yang berhubungan dengan tingkat fertilitas. Data yang digunakan untuk memperkirakan tingkat fertilitas adalah data SDKI91, SDKI94, SDKI97, SDKI2002/2003, SDKI2007, dan SDKI2012. Selain menggunakan data kecenderungan tingkat fertilitas masa lalu, juga digunakan informasi mengenai target pencapaian tingkat fertilitas di masa yang akan datang.

Target TFR diperoleh dari BKKBN selaku lembaga yang berwenang menentukan kebijakan pengendalian penduduk. Asumsi TFR Indonesia menurun sesuai dengan tren di masa lampau, dan diproyeksikan akan mencapai Net Reproduction Rate (NRR)=1 atau setara TFR=2,1 pada 2025.

Dengan menggunakan rumus fungsi logistik: dimana: Y = Perkiraan TFR L = Konstanta asymtot bawah k = Konstanta asyptot atas a dan b = Koefisien kurva logistik t = Waktu sebagai variabel bebas e = Konstanta eksponensial TFR di setiap provinsi diasumsikan menurun dengan kecepatan yang berbeda sesuai dengan tren di masa lampau masing-masing provinsi dan diproyeksikan dengan menggunakan rumus fungsi logistik seperti proyeksi TFR Indonesia.Selain

menggunakan kecenderungan tingkat fertilitas di masa lampau, juga digunakan target pencapaian tingkat fertilitas di masa yang akan datang yang didapat dari BKKBN. Seperti halnya pada tingkat nasional, apabila provinsi telah mencapai situasi $NRR=1$ atau setara $TFR=2,1$, maka kecenderungan TFR akan ditahan/dipagu pada angka 2,1 tersebut.

Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) Jawa Barat menargetkan tingkat kelahiran total (TFR) menjadi 2,1 pada 2015, yang berarti bahwa setiap perempuan rata-rata memiliki 2 anak sepanjang usia produktifnya.

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 Bandung Barat 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 Bandung, 2005), peningkatan ini belum dapat dijelaskan secara pasti sehingga perlu ditelaah lebih lanjut.

Perkembangan Angka Kelahiran Kasar (CBR) dan Angka Kesuburan Total (TFR) dari tahun 1991 hingga 2015 dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2.7 Angka Kelahiran Kasar (Crude Birth Rate) Dan Angka Kesuburan Total (Total Fertility Rate) Provinsi Jawa Barat Tahun 2001-2015

TAHUN	Total Fertility Rate = TFR= Angka	Crude Birth Rate = CBR= Angka
2001	1991:3.370, 1994:3.170,1997:3.003	1990:22.5, 2000:19
2002	2.790	
2003		
2004		
2005	2,53	25,41
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
2011		
2012	2.50	25,00
2013		
2014		
2015	2,1	

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

2.9. ANGKA BEBAN TANGGUNGAN (DEPENDENCY RATIO)

Angka Beban Tanggungan (Dependency Ratio) dihitung dengan menjumlahkan penduduk usia belum produktif (<14 tahun) dengan penduduk yang sudah tidak produktif (≥ 65 tahun) kemudian dibagi dengan jumlah penduduk usia produktif (15 - 64 tahun). Dependency Ratio di Kabupaten Bandung Barat periode Tahun 2010-2015 adalah sebagai berikut : 2010 sebesar 61,01% , Tahun 2011 sebesar 60,90% , Tahun 2012 sebesar 49,19%, Tahun 2013 sebesar 53,75, dan Tahun

2014 sebesar 53,75%, tahun 2015 sebesar 31,1%. Berarti bahwa setiap 100 orang produktif harus menanggung 31 orang yang tidak produktif.

2.10. PENDAPATAN PER KAPITA

Pendapatan Domestik Regional Bruto (PDRB) merupakan indikator yang digunakan untuk menggambarkan pendapatan per kapita. PDRB dibagi menjadi dua bagian yaitu PDRB Atas Harga Berlaku dan PDRB Atas Dasar Harga Konstan.

PDRB Kecamatan menurut harga konstan (tahun 2000) juga menunjukkan bahwa Kecamatan Padalarang merupakan kecamatan yang mampu membentuk nilai tambah tertinggi yaitu mencapai 2.598.981,06 juta rupiah, diikuti oleh Kecamatan Lembang dan Kecamatan Batujajar dengan perolehan sebesar 1.261.723,17 juta rupiah dan 1.036.058,65 juta rupiah. Kegiatan ekonomi pada ketiga kecamatan tersebut memang cukup variatif dan berkembang.

Sedangkan di Kecamatan Lembang selain didukung oleh sektor pertanian, sektor perdagangan/hotel/restoran juga menjadi mesin perekonomian di kecamatan ini. Pembentukan PDRB terkecil adalah di Kecamatan Saguling dengan nilai agregat sebesar 163.736,20 juta rupiah. Kesenjangan perekonomian antar kecamatan menjadi salah satu tantangan untuk dapat dipecahkan. Pengembangan potensi pada wilayah kecamatan Rongga, Sindangkerta, Gununghalu dan sekitarnya masih perlu digali lebih jauh sehingga perkembangan perekonomian menjadi lebih merata. PDRB Kecamatan di Kabupaten Bandung Barat selama tahun 2013 sampai dengan 2015 selengkapnyanya dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2.8 PDRB Kecamatan Atas Dasar Harga Konstan tahun 2000 Kabupaten Bandung Barat Tahun 2013-2015 (Juta Rp.)

No	Kecamatan	2013	2014*	2015**
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	Rongga	218,961.13	229,732.94	239,080.51
2	Gununghalu	363,684.22	381,900.90	397,797.69
3	Sindangkerta	270,883.62	284,259.83	295,818.86
4	Cililin	343,305.54	361,906.99	377,331.66
5	Cihampelas	367,748.59	387,940.85	405,606.34
6	Cipongkor	339,989.09	355,809.61	370,073.18
7	Batujajar	930,789.31	982,253.05	1,036,058.40
8	Saguling	149,528.87	157,707.36	163,736.20
9	Cipatat	578,299.20	608,504.40	635,467.95
10	Padalarang	2,316,171.57	2,458,040.34	2,598,981.06
11	Ngamprah	716,734.20	761,376.05	805,245.06
12	Parongpong	461,028.69	488,647.85	517,058.89
13	Lembang	1,119,714.37	1,189,326.30	1,261,723.17
14	Cisarua	351,158.35	371,438.98	391,194.10
15	Cikalongwetan	655,195.91	689,960.57	723,306.46
16	Cipeundeuy	368,888.09	388,514.34	406,151.48
Kab. Bandung Barat		9,552,080.77	10,097,320.36	10,624,631.00

Sumber : BPS dan BAPPEDA Kabupaten Bandung Barat 2015



Tabel 2.9 Distribusi PDRB Atas Dasar Harga Berlaku Menurut Kecamatan Di Kabupaten Bandung Barat Tahun 2015 (persen)

No	Kecamatan	Sektor						Jumlah
		Pertanian	Pertam	Industri	PHR	Jasa-	Lainnya	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
1	Rongga	24,34	0,06	14,59	28,52	6,27	26,22	100,00
2	Gununghalu	28,22	0,32	19,34	24,89	4,84	22,39	100,00
3	Sindangkerta	20,70	0,25	19,90	25,08	5,24	28,84	100,00
4	Cililin	11,71	0,37	25,16	28,52	5,86	28,37	100,00
5	Cihampelas	9,35	0,78	23,05	30,90	7,31	28,61	100,00
6	Cipongkor	17,51	0,47	20,75	30,01	3,87	27,38	100,00
7	Batujajar	1,24	1,18	68,72	11,11	5,82	11,93	100,00
8	Saguling	21,53	0,19	18,37	34,43	4,86	20,62	100,00
9	Cipatat	15,85	0,52	29,98	24,74	6,73	22,18	100,00
10	Padalarang	1,19	0,29	75,24	11,57	2,16	9,55	100,00
11	Ngamprah	5,03	0,02	41,05	21,97	11,10	20,83	100,00
12	Parongpong	13,14	0,13	6,63	49,69	13,51	16,90	100,00
13	Lembang	17,79	0,01	21,59	28,06	13,92	18,63	100,00
14	Cisarua	36,55	1,31	4,58	21,82	8,19	27,56	100,00
15	Cikalongwetan	14,56	0,10	39,25	21,04	5,52	19,53	100,00
16	Cipeundeuy	16,56	0,02	23,76	28,55	4,57	26,54	100,00
Kab. Bandung Barat		11,46	0,35	39,98	22,76	6,89	18,56	100,00

Sumber : BPS dan BAPPEDA Kabupaten Bandung Barat 2015

Tabel diatas menggambarkan peranan nilai tambah sektoral terhadap total PDRB di setiap kecamatan tahun 2015, Dari tabel tersebut, terlihat bahwa 5 kecamatan yang mempunyai potensi ekonomi di sektor industri pengolahan antara lain: Kecamatan Padalarang (75,24%); Kecamatan Batujajar (68,72%); Kecamatan Ngamprah (41,05%); Kecamatan Cikalongwetan (39,25 %) dan Kecamatan Cipatat (29,98 %).

Kecamatan- Kecamatan yang mempunyai peranan sektor pertanian cukup besar yaitu: Kecamatan Cisarua (36,55%); Kecamatan Gununghalu (28,22%); Kecamatan Rongga (24,34%); Kecamatan Saguling (21,53%) dan Kecamatan Sindangkerta (20,70%). Adapun Kecamatan yang mempunyai peranan sektor Perdagangan, Hotel dan Restoran cukup besar yaitu Kecamatan Parongpong (49,69%); Kecamatan Saguling (28,52%); Kecamatan Cihampelas (23,05%), Kecamatan Cipongkor (30,01%) dan Kecamatan Cipeundeuy (28,55%), Kecamatan Lembang yang notabene memberikan kontribusi kedua dalam kontribusinya terhadap PDRB Kabupaten Bandung Barat memiliki struktur perekonomian yang relatif lebih merata. Kecamatan ini memiliki kekuatan ekonomi baik pada sektor Pertanian, Industri, Perdagangan/Hotel/Restoran maupun jasa-jasa. Untuk lebih jelasnya kontribusi tiap sektor terhadap PDRB dapat dilihat pada tabel berikut

2.11. LAJU PERTUMBUHAN EKONOMI (LPE)

Kinerja perekonomian Kabupaten Bandung Barat tahun 2015 secara riil ditunjukkan oleh laju pertumbuhan ekonomi (LPE) atas dasar harga konstan tahun 2000, yang mengalami pertumbuhan sebesar 5,22 persen. Jika

dibandingkan dengan tahun sebelumnya maka terjadi perlambatan sebesar 0,49 poin dimana tahun 2014 mencapai 5,71.

Gambar 2.4 Laju Pertumbuhan Ekonomi Kabupaten Bandung Barat dan Provinsi Jawa Barat



Tahun 2011-2015 (Persen)

Sumber : BPS dan Bappeda KBB Tahun 2015

Pertumbuhan perekonomian Kabupaten Bandung Barat tahun 2015 tidak secepat pertumbuhan perekonomian pada tahun 2014.

Pengaruh eksternal antara lain kondisi ekonomi global yang melemah, penurunan kurs rupiah dan terutama masalah kekeringan yang panjang dan meluas menjadi penyebab melambatnya laju pertumbuhan ekonomi tahun ini.

Kabupaten Bandung Barat masih harus bekerja keras dalam melakukan akselerasi pembangunan wilayahnya. Namun secara umum LPE sudah menunjukkan kinerja yang cukup baik, di tengah melemahnya kondisi ekonomi global yang melemah.

Pertumbuhan ekonomi ini digerakkan oleh pertumbuhan yang positif pada dua kelompok sektor. Kelompok sektor primer mengalami penurunan sebesar 0,37 persen, sedangkan untuk kelompok sekunder dan tersier mengalami peningkatan masing-masing sebesar 5,25 persen dan tersier 6,94 persen.

2.12. KEADAAN KESEHATAN LINGKUNGAN



Akses air bersih di 16 Kecamatan yang ada di Kabupaten Bandung Barat Tahun 2014 rata-rata sebesar 81,52% dan berada pada kisaran 70,83% sampai 98,59%, dengan kecamatan Padalarang mempunyai persentase akses air bersih tertinggi dan Kecamatan Cipongkor memiliki akses air bersih terendah, untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada lampiran tabel 60 profil kesehatan data terpilah.

Tabel 2.10 Proporsi KK Akses Sanitasi

NO	TAHUN	AKSES SANITASI		KECUKUPAN AIR BERSIH	
		JUMLAH	%	JUMLAH	%
1	2014	*	*	*	81,52
2	2015	1.312	80,55	1.340	82,27



2.13. KEADAAN 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.

Tabel 2.11 Rumah Ber-Phbs

NO	TAHUN	RUMAH BER-PHBS	
		JUMLAH RUMAH TANGGA	%
1	2014	57.192	48,9
2	2015	6.559	54%



➤ *Merokok dan Perilaku Penggunaan Napza*

Berdasarkan data Survei Kesehatan Daerah Kabupaten Bandung Barat Tahun 2007 (RISKESDAS 2007), diketahui persentase perokok aktif di Kabupaten Bandung Barat sebesar 27,1% lebih tinggi jika dibandingkan dengan persentase perokok di Jawa Barat 26,7%) dan secara nasional (23,7%).

Jika dilihat dari persentase penduduk umur 10 tahun ke atas menurut kebiasaan merokok penduduk di Kabupaten Bandung Barat baik yang aktif maupun yang kadang-kadang diketahui sekitar 32,3% perokok. Sedangkan yang menyatakan pernah merokok (diasumsikan saat ini sudah tidak merokok) sekitar 3,2% dan yang tidak pernah merokok sekitar 64,4%.

Berdasarkan data di Jawa Barat jika dibandingkan perilaku merokok antara laki-laki dan perempuan berkisar pada usia 35-64 tahun dan mencapai puncaknya pada usia 45 hingga 54 tahun diketahui bahwa persentase perokok aktif (52%) dan perokok kadang-kadang (9,9%) pada laki-laki jauh lebih tinggi dibandingkan persentase perokok aktif (3,2%) dan perokok kadang-kadang (2,3%) pada perempuan.

Persentase bagi yang mantan perokok untuk laki-laki sebesar 6,3% lebih besar dibandingkan perempuan (1,4%) dan persentase laki-laki tidak merokok sebesar 31,8% lebih kecil dibandingkan perempuan (93,1%). Persentase perokok yang paling tinggi jika dilihat dari jenjang pendidikan adalah perokok yang berpendidikan SLTA (39%).

Perokok aktif di Kabupaten Bandung Barat cukup tinggi yaitu sebesar 32,3% dan jumlah rata-rata batang rokok yang dihisap per hari sebesar 9,31 batang rokok. Jika dilihat dari usia mulai merokok, diketahui di Kabupaten Bandung Barat dan Jawa Barat sama-sama dimulai di usia 5-19 tahun di mana di usia ini adalah usia anak yang berpendidikan SLTA.

Upaya yang dapat ditempuh untuk meminimalisasi kebiasaan merokok salah satunya menyusun strategi penyuluhan bahaya merokok sejak usia dini (sosialisasi di tingkat SD-SLTA melalui kegiatan "road show Bahaya Merokok dan Napza"). Di samping itu dengan telah diterbitkannya Peraturan Bupati Bandung Barat 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 Bandung Barat dalam rangka pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan napza adalah penyuluhan kepada siswa SMP dan SMA yang dilakukan oleh puskesmas sebanyak 2.458 kali pada Tahun 2015.



➤ *Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)*

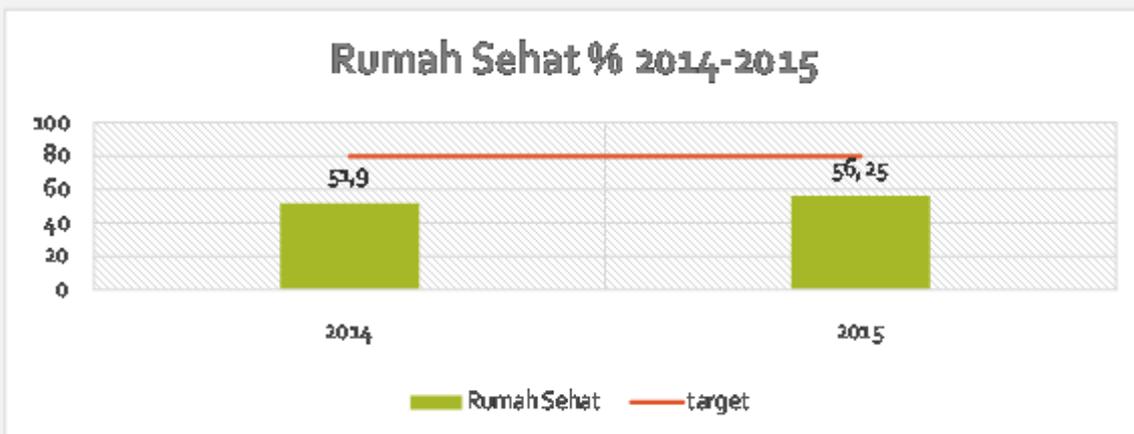
Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Dengan perkataan lain, masyarakat diharapkan berperan sebagai pelaku pembangunan kesehatan dalam menjaga, memelihara dan meningkatkan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

Walaupun di Kabupaten Bandung Barat, data desa yang melaksanakan PHBS strata III dan IV belum bisa diperoleh, tetapi berbagai upaya promosi kesehatan untuk merubah perilaku masyarakat sehat telah dilakukan. Kegiatan-kegiatan tersebut antara lain adalah advokasi untuk menghasilkan kebijakan perilaku sehat dengan adanya SK Bupati tentang Tim PHBS tingkat Kecamatan (sudah semua 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 Bandung Barat.

Berdasarkan kajian rumah tangga sehat Total Rumah tangga sebanyak 463.673 KK. Tahun 2015 jumlah tangga yang dikaji sebanyak 30.020KK (14,84%), dengan hasil 16.885 KK (56,25%) dikategorikan ke dalam rumah tanggaberdasarkan 10 indikator PHBS rumah tangga. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada lampiran tabel 58 data terpilah.

Tabel 2.12 Proporsi Rumah Sehat

NO	TAHUN	RUMAH SEHAT			TOTAL RUMAH SEHAT (%)
		JUMLAH			
		DIKAJI	HASIL SEHAT	%	
1	2014	116.861	57.152	51,9	*
2	2015	30.020	14.84	56,25	60,00



BAB III GAMBARAN KHUSUS

3.1. 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 Bandung Barat 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, dan status gizi balita.

3.1.1. 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.

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 Bandung Barat selama periode 2010- 2015 dapat dilihat pada tabel 3.1 berikut:

Tabel. 3.1 Angka Harapan Hidup Dalam Ipm Berdasarkan Proyeksi Di Kabupaten Bandung Barat Tahun 2010 — 2015

TAHUN	AHH (TH)	INDEK S	AMH %	RLS %	INDE KS	PPP (ribu)	INDEKS	IPM INDEKS
2010	68,8	73,08	98,32	8,34	84,08	632,53	62,98	73,38
2011	69,1	73,55	98,35	8,77	85,06	633,39	63,18	73,93
2012	69,2	73,73	98,41	8,96	85,52	635,10	63,57	74,28
2013	69,3	73,84	98,48	9,02	85,71	638,46	64,35	74,63
2014	69,3	73,88	98,50	9,06	85,81	641,58	65,07	74,92
2015	69,3	73,93	98,52	9,13	85,97	646,2	66,16	75,35

S

Sumber: Bappeda KBB 2015

Grafik 3.1 Grafik Usia Harapan Hidup Kabupaten Bandung Barat



Angka Indeks AHH dari tahun ke tahun dapat dipakai sebagai tolok ukur keberhasilan upaya kesehatan yang telah dilakukan di Kabupaten Bandung Barat. Angka Harapan hidup di Kabupaten Bandung Barat Tahun 2015 sebesar 73,93.

3.1.2. 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 survei atau sensus yang dilakukan oleh petugas.

3.1.2.1. 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 tolok 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 neonatal adalah yang bersangkutan dengan program pelayanan kesehatan Ibu hamil, misalnya program pemberian Fe dan suntikan anti tetanus. Sedangkan Angka Kematian Post-Neo Natal dan Angka Kematian Anak serta Kematian Balita dapat berguna untuk mengembangkan program imunisasi, serta program-program pencegahan penyakit menular pada anak-anak, program gizi dan pemberian makanan sehat untuk anak dibawah umur 5 tahun.

Target MDGs untuk AKB pada tahun 2015 sebesar 23 per 1000 kelahiran hidup. Berdasarkan data dari buku Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2011, hasil Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 mengestimasi AKB sebesar 34 per 1000 kelahiran hidup. Data hasil SDKI Tahun 2007 menunjukkan AKB di Provinsi Jawa Barat sebesar 39 per 1000 Kelahiran Hidup (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat, 2009).

Angka Kematian Bayi di Kabupaten Bandung Barat selama periode 5 tahun dapat dilihat pada tabel 3.2 sebagai berikut:

Tabel 3.2 Tabel Angka Kematian Bayi Bandung Barat 2014-2015

TAHUN	AKB	SUMBER
2012	6,88/1.000 KH	LKPJ Bupati 2014
2013	3,5/1000 KH	sda
2014	2/1.000 KH	sda
2015	4/1.000KH	Program KIA 2015

Garfik 3.2 Angka Kematian Bayi 2012-2015



Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa AKB di Kabupaten Bandung Barat dari Tahun 2012 sampai dengan Tahun 2015. Angka pencapaian 2015 sebesar 4/1000 KH. Dimana jumlah absolutnya sebanyak 115 kasus dari jumlah kelahiran hidup 28.421 KH. Jika dibandingkan dengan target MDGs 2015

sebesar 23 per 1000 kelahiran hidup, maka AKB Bandung Barat sudah melewati target tersebut.

Karena AKB sangat sensitif terhadap perbaikan pelayanan kesehatan serta proforsi ketenagaan. Selain itu perbaikan kondisi ekonomi yang tercermin dengan pendapatan masyarakat yang meningkat juga dapat berkontribusi melalui perbaikan gizi yang berdampak pada daya tahan terhadap Infeksi penyakit. Penyebab utama kematian anak berhubungan dengan masalah perinatal, neonatal, diare dan pneumonia. Secara umum, keempat faktor ini berkontribusi pada sekitar 75 persen kematian bayi.

Angka kematian neonatal berdasarkan SDKI 2007 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 Bandung Barat tahun 2015 bersumber dari data Dasar Kesehatan Anak yang tercatat dan dilaporkan oleh puskesmas.

3.1.2.2. Angka Kematian Balita (AKABA)

Tabel 3.3 Angka Kematian Balita

NO	TAHUN	JUMLAH KEMATIAN					
		NEONATAL 0-28		BAYI 1-11BL		BALITA 1-4TH	
		ABS	Angka	ABS	Angka	ABS	Angka
1	2014	58		2		6	
2	2015	112	4	115	4	115	4

Grafik 3.3 Angka Kematian Balita 2014-2015



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 2007 adalah 49/1000 kelahiran hidup lebih tinggi bila dibandingkan dengan angka nasional pada tahun yang sama yaitu sebesar 44/1000 kelahiran hidup (SDKI, 2007 dan BPS, 2008).

Tingginya kematian balita dapat pula disebabkan oleh rujukan yang terlambat, maupun penanganan medik yang kurang adekuat.

3.1.2.3. Angka Kematian Ibu (AKI)

Angka Kematian Ibu (AKI) atau Maternal Mortality Rate (MMR) juga menjadilah satu indikator penting dari derajat kesehatan masyarakat yang menunjukkan jumlah kematian ibu karena 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.

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 3.6 Angka Kematian Ibu yang didapat dari berbagai survei sebagai berikut:

Tabel 3.4 Angka Kematian Ibu / Maternal Per 100.000 Kelahiran Hidup Dari Berbagai Sumber

NO	PENELITIAN / SURVEI TAHUN	TARGET TFR	TAHUN	AKI	TARGET AKI
1	Penelitian & Pencatatan di 12 RS Pendidikan di Ujung Berung (UNPAD)		1997-1980		
2	SKRT1980		1980		
3	Unpad diKab=Sukabumi)				
4	SKRT 1986		1986		
5	SKRT1992		1992		
6	SKRT 1994		1994		
7	SDKI1995		1995		
8	SDKI 2002		2002		
9	Balitbang Daerah Prov Jabar		2003	321,15	150
10	SDKI 2007		2007	228	
11	SDKI 2012		2013	359	
12		2,4	2014		280
13			2015		102 (MDGs)

Dilihat dari tabel 36, 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 Bandung Barat.

Salah satu pihak yang menolak mengakui hasil SDKI 2012 adalah Kementerian Kesehatan (Kemenkes). Sebelumnya Menteri Kesehatan (Menkes) Nafsiah Mboi berdalih, terjadi perbedaan metode perhitungan dalam SDKI 2012 sehingga angka kematian ibu melahirkan melonjak. Kontroversi angka kematian ibu inilah yang menyebabkan peluncuran SDKI 2012 selalu tertunda.

...”survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012 (SDKI12) merupakan SDKI yang ketujuh mengenai kondisi demografi dan kesehatan di Indonesia.	
Tujuan Survei	Mengumpulkan data kependudukan dengan konsentrasi mengenai kesehatan, keluarga berencana juga pengetahuan dan perilaku reproduksi.
Periodisasi	Lima Tahunan
Tahun Data	2012
Cakupan Wilayah	Sebagian wilayah provinsi di Indonesia
Cakupan Responden	semua wanita usia subur (WUS) umur 15-49 tahun, pria kawin umur 15-54 tahun, dan remaja pria belum kawin umur 15-24 tahun.
Unit Observasi	Rumah Tangga dan individu
Unit Analisis	-
Pengumpulan Data	Wawancara Langsung
KELUARAN	
Level Terendah Data dalam Publikasi	Nasional
CATATAN	
Survei pertama adalah Survei Prevalensi Kontrasepsi Indonesia yang dilakukan pada tahun 1987, kedua sampai kelima adalah SDKI 1991, SDKI1994, SDKI 1997, SDKI 2002-2003, dan SDKI2007.	

Angka Kematian Ibu Jawa Barat sebesar 321,15 per100.000 Kelahiran Hidup (Balitbang Daerah Prov Jabar 2003) masih jauh dari harapan target AKI nasional sebesar 150 per 100.000 Kelahiran Hidup. Berdasarkan Profil Kesehatan provinsi Jawa BaratTahun 2001 bahwa dari hasil SKRT1992 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 urnumnya kematian ibu terjadi 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 Bandung Barat Tahun 2015 masih menggunakan angka Kematian Ibu Jawa Barat yaitu sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup (SDK1 2007) Sampai saat ini di Kabupaten Bandung Barat belum mempunyai data tentang Angka kematian ibu yang sebenarnya. Target pencapaian MDGS pada Tahun 2015 adalah sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup, sehingga diperlukan kerja keras untuk mencapai target tersebut walaupun pelayanan antenatal dan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih cukup tinggi.

Beberapa faktor seperti resiko tinggi pada saat kehamilan dan aborsi perlu mendapat perhatian. Kasus kematian ibu yang dilaporkan berdasarkan laporan puskesmas (SP3) pada Tahun 2015 sebanyak 60 terdiri dari kematian ibu hamil sebanyak 8 orang, kematian ibu bersalin sebanyak 40 orang dan kematian ibu nifas sebanyak 12 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 tiga penyebab utama kematian ibu dalam bidang obstetri adalah: pendarahan 43,33%, hipertensi dalam kehamilan (preeklamsia) 30% dan infeksi 3,33%. Sisanya terbagi atas penyebab partus macet dan penyebab tindak lanjut lainnya. Penyebab kematian ibu berdasarkan laporan puskesmas dapat dilihat pada tabel 3,5 berikut:

Tabel 3,5 Penyebab Kematian Ibu Berdasarkan Laporan Puskesmas Di Kabupaten Bandung Barat Tahun 2015

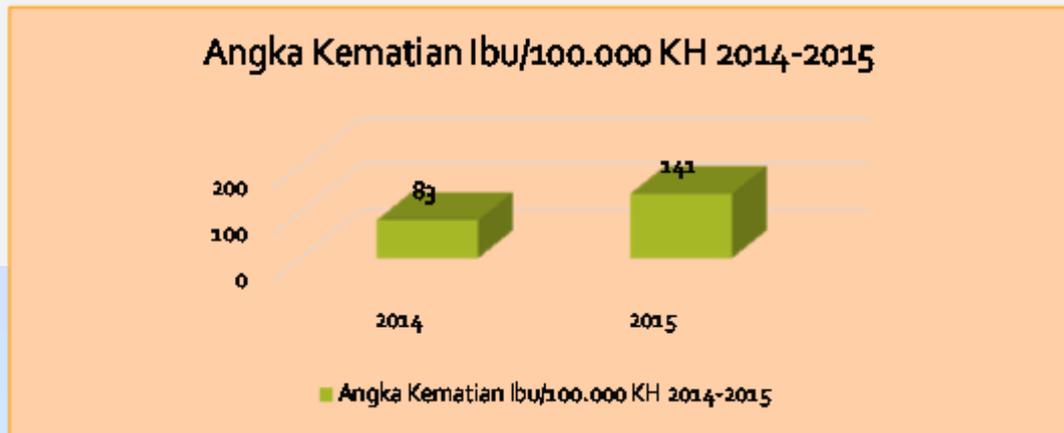
NO	PENYEBAB KEMATIAN	JUMLAH	%
1	Pendarahan	12	
2	Preeklamsia	3	
3	Infeksi	9	
4	Abortus W	-	
5	Lain=Lain	-	
Jumlah		24	



Tabel 3.6 Angka Kematian Ibu 2014-2015

NO	TAHUN	AKI
1	2014	83
2	2015	141

Grafik 3.4 Angka Kematian Ibu per 100.000 KH 2014-2015



Jika dibandingkan target MDGS tahun 2015 sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup, AKI di kabupaten Bandung Barat masih tinggi, untuk itu perlu upaya dan kerja keras untuk mencapainya. 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 mendasar penyebab 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.

3.1.2.4. 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 hasil survei penduduk Antar Sensus (SUPAS, 2005), menyebutkan bahwa AKK Tahun 2007 6,9 per 1.000 penduduk.

AKK dapat digunakan sebagai petunjuk umum status kesehatan masyarakat, 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 diberikan secara kasar dan tidak langsung.

Kabupaten Bandung Barat belum mempunyai AKK sendiri jadi masih mengacu ke AKK nasional dan Jawa Barat. Menurut BPS Provinsi Jawa Barat, perkiraan kematian tahun 2013-2014 untuk perempuan berkisar sebesar 20,59 dan laki-laki 20,19.

3.1.3. MORBIDITAS

3.1.3.1. 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 Bandung Barat Tahun 2015 pola penyakit terbanyak menurut umur 0-28 hari masih berkisar pada Penyakit Infeksi Saluran pernafasan Atas Akut (35,44%), Nasofaringitis Akut (common cold) (17,22%) dan Diare& Gastroenteritis(12,99%) dari seluruh penderita sebanyak 92.004 kasus.

Penyakit-penyakit tersebut masih berkaitan erat dengan kondisi lingkungan yang belum baik, khususnya untuk penyakit infeksi Saluran Pernafasan atas Akut yang pada Tahun 2013 dan Tahun 2014 berada pada urutan pertama pola penyakit kelompok umur 0-28 hari 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 0-28 hari dapat dilihat pada tabel 3.8 berikut:

Tabel 3.7 Pola Penyakit Penderita Rawat Jalan Di Puskesmas Kabupaten Bandung Barat Tahun 2014

NO	NAMA PENYAKIT	%
1	PENYAKIT SISTEM PENCERNAAN	11

2	INFLUENZA DAN PNEUMONIA	8
3	PENYAKIT SISTEM PEMBULUH DARAH	8
4	Emboli paru	7
5	PENYAKIT SISTEM SALURAN KEMIH DAN KELAMIN	6
6	Pneunomia	6
7	Batu sistem kemih (ginjal dan ureter, saluran kemih bawah)	5
8	PENYAKIT INFEKSI SALURAN PERNAFASAN ATAS AKUT	3
9	CEDERA, KERACUNAN DAN PENYEBAB EKSTERNAL LAIN	3
10	PENYAKIT SISTEM MUSKOSKELETAL DAN JARINGAN IKAT	3
11	Penyakit infeksi saluran Pernafasan Atas Akut tidak spesifik	3
12	Hernia Femoralis	2
13	Hernia Inguinalis	2
14	Tukak Lambung	2
15	Suspek Avian Influenza/flu burung	2
16	PENYAKIT PADA MATA DAN ADNEKSIA	2
17	Diare dan Gastroenteritis tidak dapat dikelompokkan A00-A08	2
18	Cedera pada leher	2
19	Hernia Umbilikalis	1
20	Low Back Pain (Nyeri punggung bawah)	1
21	Penyakit Iainnya	1,3
Jumlah		100

Berdasarkan hasil pengamatan, pola penyakit terbanyak yang diamat di puskesmas yaitu Penyakit infeksi Saluran pernapasan Atas Akut (15,3%), Nasofaringitis Akut (common cold) (11,00%) dan Diare & Gastroenteritis (10,2%), dari seluruh penderita sebanyak 1.682.799 kasus.

3.1.3.2. Pola Penyakit Di Rumah Sakit

Tabel 3.8 Pola Penyakit Penderita Rawat Jalan Rumah Sakit Kabupaten Bandung Barat Tahun 2015

No	Nama Penyakit	%
1	Diarrhoea And Gastroenteritis Of Presumed Infectious Origin	23,9
2	Acute Upper Respiratory Infection, Unspecified	20,4
3	Pulpitis	16,9
4	Typhoid Fever, Infection Due To Salmonella Typhi	13,1
5	Essential (Primary) Hypertension	4,0
6	Other Acute Upper Respiratory Infections Of Multiple Sites	3,5
7	Periapical Abscess With Sinus	2,7
8	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus, Without Complications	2,7
9	Necrosis Of Pulp	2,6
10	Dyspepsia	2,5
11	Tuberkulosis Of Lung, Without Mention Of Bacteriologically Or	1,2
12	Acute Nasopharyngitis [Common Cold]	1,0
13	Acute Pharyngitis, Unspecified	0,8
14	Disturbances In Tooth Eruption	0,7
15	Gastritis, Unspecified	0,6
16	Viral Infection, Unspecified	0,6
17	Disorder Of Lipoprotein Metabolism, Unspecified	0,6
18	Chronic Gingivitis	0,6
19	Myalgia	0,6
20	Urinary Tract Infection, Site Not Specified	0,6
21	Dizziness And Giddiness , Vertigo Nos, Light-Headedness	0,5

Data sampel.RSCK Bandung Barat.

Berdasarkan hasil pengamatan, pola penyakit terbanyak yang diamati di Rumah Sakit bagian rawat jalan yaitu Penyakit infeksi Saluran pencernaan dan diare (23,9%). ISPA/Nasofaringitis Akut (common cold) (20,4%) dan typhus pever (13,1%).

Tabel 3.9 Pola Penyakit Penderita Rawat Inap Rumah Sakit Kabupaten Bandung Barat Tahun 2015

No	Nama Penyakit	%
1	Acute Upper Respiratory Infection, Unspecified	19,6
2	Pulritis	15,4
3	Diarrhoea And Gastroenteritis Of Presumed Infectious Origin	6,3
4	Dyspepsia	6,1
5	Periapical Abscess With Sinus	6,1
6	Necrosis Of Pulp	5,5
7	Acute Nasopharyngitis [Common Cold]	4,2
8	Typhoid Fever, Infection Due To Salmonella Typhi	5,7
9	Acute Pharyngitis, Unspecified	3,4
10	Essential (Primary) Hypertension	3,2
11	Tuberkulosis Of Lung, Without Mention Of Bacteriologically Or	2,8
12	Gastritis, Unspecified	2,6
13	Viral Infection, Unspecified	2,6
14	Chronic Gingivitis	2,5
15	Myalgia	2,5
16	Other Acute Upper Respiratory Infections Of Multiple Sites	2,4
17	Urinary Tract Infection, Site Not Specified	2,4
18	Dizzines And Giddiness , Vertigo Nos, Light-Headedness	2,3
19	Chronic Rhinitis	2,2
20	Tension-Type Headache	2,1
Jumlah		

Data Sample RSCK Bandung Barat 2015

Berdasarkan hasil pengamatan, pola penyakit terbanyak yang diamati di Rumah Sakit bagian Rawat Inap yaitu Penyakit infeksi Saluran pernapasan Atas Akut (19,6%). Pulvitis (15,4%) dan Diare & Gastroenteritis (6,3%).

3.1.4. PENYAKIT MENULAR BERSUMBER BINATANG

3.1.4.1. Demam Berdarah Dengue (DBD)

Penyakit Demam Berdarah (DBD) merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh virus Dengue yang ditularkan melalui nyamuk *Aedes Aegypti* dan *Aedes Albopictus*. Penyakit ini selalu ada di setiap tahun di Kabupaten Bandung Barat mengingat Kabupaten Bandung Barat merupakan daerah lintas batas dengan daerah endemis kabupaten Bandung serta Mobilitas serta Kepadatan penduduk yang cukup tinggi, Bebas Jentik (ABJ) rata-rata masih

dibawah 95 %.

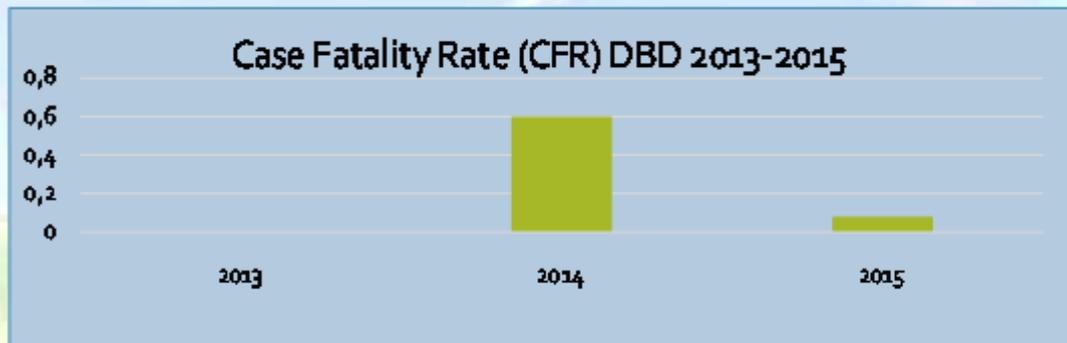
Kasus penyakit DBD di Kabupaten Bandung Barat pada Tahun 2015 sebanyak 890kasus yang kesemuanya ditangani (100%), sesuai dengan target SPM 2014 sebesar 100%.

Tabel 3.10 Jumlah Penderita, Kematian & Case Fatality Rate (Cfr) Penyakit DBD Di kabupaten Bandung Barat Tahun 2013— 2015

Tahun	Juml.Penderita	JumL Kematian	CFR
2013	1342	-	-
2014	890	5	0,6
2015	1232	1	0,08

Dari tabel di atas terlihat bahwa jumlah penderita DBD Tahun 2014 sebesar 890 orang dan tahun 2015 meningkat tajam menjadi 1232 orang. Jumlah kasus DBD meningkat namun untuk CPR menurun menandakan penanganan kasus sudah cukup baik. Peningkatan CFR bisa disebabkan adanya keterlambatan penanganan kasus DBD baik di masyarakat maupun di pelayanan kesehatan (Rumah Sakit).

Grafik 3.5 CFR DBD 2013-2015



3.1.4.2. Anthrax

Anthrax merupakan penyakit yang ditularkan dari binatang ke manusia (zoonosis). Penyakit ini adalah penyakit yang disebabkan oleh sejenis bakteri yang disebut **Bacillus Anthracis**. Dalam kondisi lingkungan kesehatan yang buruk, Bacillus Anthracis akan membentuk spora yang tahan terhadap lingkungan yang buruk tersebut. Spora Bacillus Anthracis tahan sampai bertahun-tahun dalam kondisi lingkungan yang sesuai. Kuman Anthrax 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 Anthrax.

Kabupaten Bandung Barat tidak mempunyai daerah endemis Antraks. Di Kabupaten Bandung Barat pada Tahun 2015 tidak ditemukan kasus Antraks.

3.1.4.3. Filariasis

Filariasis atau biasa disebut dengan penyakit Kaki Gajah merupakan penyakit menular yang mengenai saluran dan kalenjar limfe yang disebabkan oleh cacing filaria dan ditularkan oleh nyamuk sebagai vektor agent pembawa mikrofilaria. Suatu daerah dikatakan endemi 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 ke daerah 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 kernaluan yang terlihat agak kemerahan dan terasa panas (limfedema dini).

Pada Tahun 2015 ditemukan kasus baru di Kabupaten Bandung Barat sebanyak 13 kasus (3 kasus laki-laki, 10 kasus perempuan) dari seluruh kasus sampai dengan Tahun 2014 sebanyak 53 kasus (22 kasus pada laki-laki dan 31 kasus pada perempuan).

3.1.4.4. 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 nafas, nyeri otot dan lemas, masa inkubasi selama 1-7 hr. 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.

3.1.5. PENYAKIT MENULAR LAINNYA

3.1.5.1. 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 kasus TB paru di Bandung Barat berdasarkan laporan dari puskesmas tahun 2015 tercatat 949kasus baru.

Grafik 3.6 Cakupan Penemuan BTA positif Terhadap Suspek



3.1.5.2. Penyakit Yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi(PD3I)

Berdasarkan laporan dari puskesmas dan rumah sakit, gambaran penyakit PD3I di kabupaten Bandung Barat tahun 2012-2014 dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 3.10 Jumlah Penderita Penyakit Pd3I Di Kabupaten Bandung Barat Tahun 2012 — 2015

NO	JENIS PENYAKIT	JUMLAH PENDERITA			
		2012	2013	2014	2015
1	Difteria	0	0	0	0
2	Pertusis	0	0	0	0
3	Tetanus	0	0	0	0
4	Poliomyelitis /AfP	0	0	10	0
5	Campak	0	0	53	0
6	Hepatitis B	0	0	0	0
7	Tetanus Neonatorum	0	0	0	0

Sumber : SP3 dan SP2RS

3.1.6. STATUS GIZI

Status gizi masyarakat Kabupaten Bandung Barat dapat dijadikan sebagai salah satu indikator untuk menilai derajat kesehatan di Kabupaten Bandung Barat. Penilaian dilakukan dengan melihat status gizi golongan penduduk yang rawan gizi terutama anak yang berumur di bawah 5 tahun (Balita), Ibu Hamil dan Ibu menyusui.

Tabel 3.11 Kelompok Kasus Rawan Gizi

NO	TAHUN	BALITA				IBU HAMIL	IBU NIFAS
		Gizi Buruk	Ditangani	Bgm	Ditangani/ MP ASI		
1	2014	14	14	1013	Lila <23,5 cm		
2	2015	12	12	177			

3.1.6.1. Status Gizi Balita

Status gizi pada Balita diperoleh dari hasil bulan penimbangan balita di posyandu yang setiap tahun dilaksanakan pada bulan Februari & Agustus. Kriteria status Gizi balita menurut BB/U meliputi gizi sangat kurang, gizi kurang, gizi baik dan gizi lebih. Pada Tahun 2014 terlihat bahwa persentase gizi buruk, gizi kurang mengalami penurunan dan gizi lebih, gizi lebih mengalami peningkatan dibanding Tahun 2014, status gizi balita gizi baik Tahun 2015 mengalami peningkatan. Penurunan status gizi sangat kurang dan gizi kurang, menandakan telah adanya perbaikan status gizi, hal demikian karena penanganan balita dengan status gizi sangat kurang dan kurang telah dilaksanakan secara komprehensif dengan keterlibatan penuh dari lintas sektor dalam waktu yang bersamaan atau sinergi. Status gizi balita gizi buruk yang ditangani oleh sektor kesehatan belum dapat menjamin akan terus berada dalam kondisi status gizi baik karena setelah dikembalikan ke lingkungan keluarganya, dengan keadaan ekonomi dan pendidikan dan pola asuh yang kurang, maka sebagian balita dapat kembali jatuh ke gizi kurang atau buruk. Walaupun status gizi baik dalam tiga tahun terakhir terus mengalami peningkatan, namun munculnya kasus gizi buruk perlu diwaspadai dengan peningkatan Sistem Kewaspadaan Dini Gizi (SKD-Gizi). Jumlah balita dengan kondisi status gizi sangat kurang, gizi kurang, gizi baik, gizi lebih dan lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 3.12

Tabel. 3.12 Jumlah Balita Dengan Kondisi Status Gizi Sangat Kurang Gizi Kurang, Gizi Baik Dan Gizi Lebih Di Kabupaten Bandung Barat Tahun 2011- 2015

Tahun	Jml Balita									
	Gizi Sangat kurang		Gizi Kurang		Gizi Baik		Gizi Lebih		Gizi Buruk	
	ABS	%	ABS	%	ABS	%	ABS	%	ABS	Ditangani %
Th.2011	4.372	1,03	37.587	8,84	377.630	88,82	5.592	1,32		

Th.2013 _a	3.304	0,76	34.815	8,0	391.808	90,01	5.372	1,23		
Th.2013 _b	3.307	0,75	33.314	7,56	399.628	90,55	5.057	1,15		
Th.2014 _a	3.013	0,69	27.006	6,21	398.661	91,64	6.444	1,48		
Th.2015 _b									12	100

er: Kesmas Kesga 2011 -2015.

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

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%, data tersebut diperoleh dari hasil Bulan Penimbangan Balita (BPB).

Keadaan gizi masyarakat di Kabupaten Bandung Barat telah menunjukkan kecenderungan yang semakin membaik, hal ini ditunjukkan dengan menurunnya prevalensi kekurangan gizi pada anak balita yang diukur dengan prevalensi KEP (anak balita gizi kurang dan gizi buruk) atau anak balita dengan Berat Badan rendah sebagai indikator kelaparan yang berdampak terhadap pencapaian tujuan MDGs lainnya. Indikator MDGs yang dipakai adalah prevalensi balita dengan berat badanrendah/ kekurangan gizi. Pada tahun 2015 di Kabupaten Bandung Barat prevalensi balita dengan status kurang Energi Protein (KEP) sebesar 6,9%.

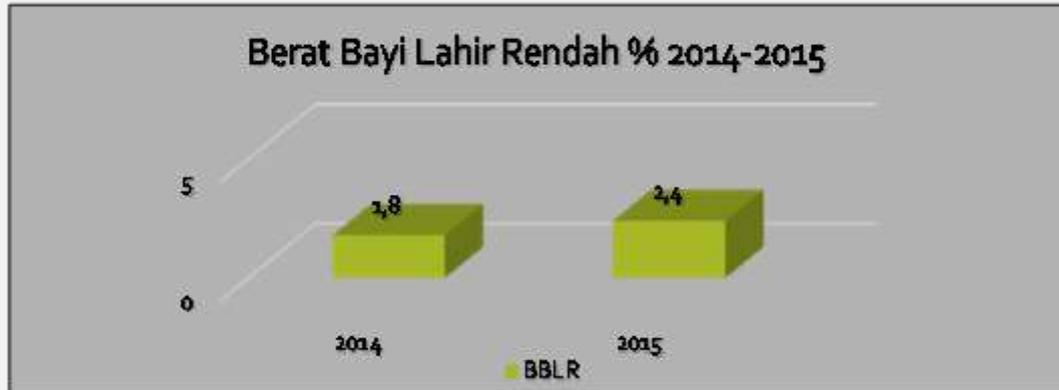
3.1.6.2. Bayi Dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR < 2500 gram)

Tabel 3.13 Berat Bayi Lahir Rendah

NO	TAHUN	BBLR	
		ABS	% dari lahir hidup
1	2014	532	1,8
2	2015	669	2,4



Grafik 3.7 BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah)



Secara umum, Indonesia masih belum mempunyai angka untuk BBLR yang diperoleh berdasarkan survei 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 3.194 dari 28.421 kelahiran hidup bayi dengan kondisi BBLR.

3.2. UPAYA KESEHATAN

Sesuai dengan tujuan diselenggarakannya pembangunan kesehatan yaitu untuk meningkatkan kesadaran, kemauan 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 gawatdarurat, dan lain-lain.

3.2.1.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 dapat diatasi. Upaya Kesehatan Dasar di Puskesmas berpedoman pada KepMenkes No.128/Menkes/SK/11/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat.

3.2.1.1. Upaya Kesehatan Ibu dan Anak

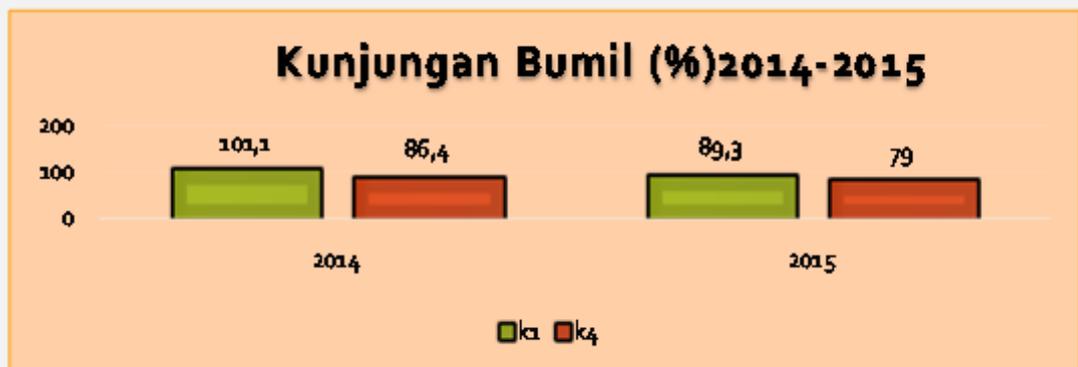
3.2.1.1.1. Pelayanan Kesehatan pada Ibu Hamil

➤ Kunjungan Ibu Hamil (K1 dan K4)

Tabel 3.14 Kunjungan Ibu Hamil K1

NO	TAHUN	Z bUMIL	KUNJUNGAN IBU HAMIL					
			K1			K4		
			ABS	%	Target %	ABS	%	Target%
1	2014	31.730	32.087	101,1	98	27.413	86,4	95
2	2015	35.464	31.654	89,3	98	28.011	79,0	95

Grafik 3.8 Kunjungan Ibu Hamil



Bila dibandingkan antara cakupan K1 dan K4 terlihat selalu ada kesenjangan pencapaian, Kontak pertama (K1) ibu hamil kepada tenaga kesehatan Tahun 2015 mengalami penurunan. Hal ini memungkinkan ibu hamil

mempunyai pilihan lain untuk memeriksakan kehamilannya ke swasta dan kurang terdeteksi dini oleh petugas.

- Cakupan Kebidanan (Ibu Hamil, ibu Bersalin dan Ibu Nifas /Kebidanan Obstetri) dengan Komplikasi Ditangani

Table 3.15 Komplikasi Kebidanan yang di tangani

NO	TAHUN	Estimasi Kasus Kebidanan Komplikasi	Komplikasi Kasus Kebidanan		
			Ditangani		
			ABS	%	Target %
1	2014	6.346	7.246	114,18	80
2	2015	7.093	4.524	63,78	80



Grafik 3.9 Komplikasi Kebidanan yang di tangani

- Pelayanan Kesehatan ibu Bersalin

Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia masih cukup tinggi. Namun kecenderungan yang ada, AKI terus menurun, perlu upaya dan kerja keras untuk mencapai target MDGs sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Salah satu cara yang paling efektif untuk menurunkan angka kematian ibu adalah mendapatkan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih.

Tabel 3.16 Angka Kematian Ibu

NO	TAHUN	Z BUMIL	Z BULIN	LINAKES	
				JML	%
1	2014	31.730	30.288	24,938	82,3
2	2015	35.464	33.852	25.193	74,4



Grafik 3.10 Angka Kematian Ibu



Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan Tahun 2015 sebesar 74,4%,menurun disbanding tahun 2014 secara persentase walaupun secara absolut meningkat dari 30.288 tahun 2014 menjadi 33.852 tahun 2015, angka ini belum mencapai target SPM Tahun 2015 sebesar 90%. Kondisi ini menunjukkan upaya kemitraan dukun dan bidan sudah mulai berjalan walaupun belum optimal.

➤ *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 kedua (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.

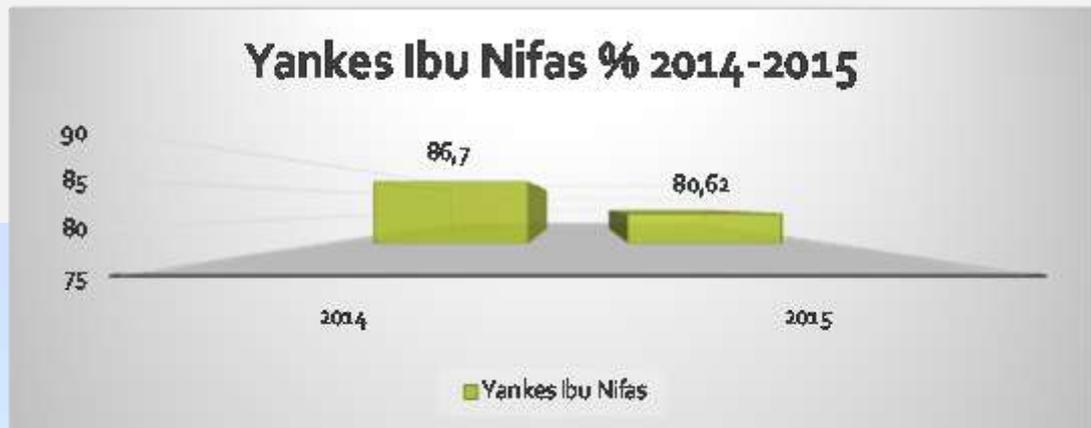
Pelayanan kesehatan ibu nifas yang diberikan meliputi; pertama adalah pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu, kedua adalah pemeriksaan lochia dan pengeluaran pervagina lainnya, ketiga adalah pemeriksaan payudara dan anjuran ASI Eksklusif 6 bulan, keempat yaitu pemberian kapsul vitamin A 2000iu sebanyak (2x24jam) Kelima adalah pelayanan KB pasca persalinan.



Tabel 3.17 Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas

NO	TAHUN	NIFAS MENDAPAT YANKES		Nifas Vit.A	
		JUMLAH	%	JUMLAH	%
1	2014	24.866	82,1	26.259	86,70
2	2015	25.358	74,4	27.292	80,62

Grafik 3.11 Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas



Cakupan kunjungan ibu nifas tahun 2014 sebesar 24.004 orang (83,2%), hasil masih jauh dari target SPM tahun 2014 90%. Cakupan Kunjungan nifas selama dua tahun terakhir dapat dilihat pada grafik berikut:

3.2.1.1.2. Pelayanan Kesehatan Neonatal, Bayi dan Anak balita

➤ Cakupan Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatal adalah kunjungan bayi umur 0-2 hari yang kontak dengan tenaga kesehatan untuk mendapat 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 sebagai berikut:

- ❖ KN1 adalah jumlah neonatus umur \geq 24 jam -2 hari yang kontak dengan tenaga kesehatan untuk mendapat pelayanan dan pemeriksaan kesehatan neonatal sesuai standar, baik di dalam maupun diluar gedung puskesmas (termasuk bidan di desa , polindes, kunjungan rumah, rumah sakit pemerintah/swasta, RB dan bidan praktek swasta di wilayah kerja puskesmas)



- ❖ KN₂ adalah jumlah kunjungan neonatus 3-7 hari.
- ❖ KN₃ adalah jumlah kunjungan neonatus 8-28 hari.

Kunjungan ini bertujuan untuk meningkatkan akses neonatus 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 B0, Pemeriksaan tanda bahaya, konseling, penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan.

Pada table 3.18 dibawah ini dapat dilihat cakupan pemeriksaan Neonatus (KN1, di Kabupaten Bandung Barat selama periode dua tahun terakhir yaitu Tahun 2014 - 2015 sebagai berikut:

Tabel 3.18 Kunjngan Neonatus

NO	TAHUN	BERSALIN	KUNJNGAN NEONATUS					
			KN1		KN2		KN3	
			JUMLAH	%	JUMLAH	%	JUMLAH	%
1	2014	30.288	27.273	94,9			24.004	83,1
2	2015	33.852	27.328	96,2			25.491	89,7

Garfik 3.12 Kunjngan Neonatus



KUNJUNGAN NEONATUS KN1%



Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa selama kurun waktu 2 tahun terakhir cakupan pemeriksaan Neonatus pertama, besarnya dari tahun ke tahun meningkat. Pada Tahun 2014 sebesar 94,9% mengalami peningkatan di Tahun 2015 (96,2%).

➤ 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 dipasilitas kesehatan yang lebih lengkap.

Pada Tabel 3.19 dapat dilihat jumlah neonatal komplikasi yang ditangani di Kabupaten Bandung Barat selama periode 2 tahun terakhir yaitu Tahun 2014 -2015 sebagai berikut:

Tabel 3.19 Neonatus Komplikasi Ditangani

NO	TAHUN	BERSALIN	NEONATUS KOMPLIKASI DITANGANI	
			JUMLAH	%
1	2014	30.288	2.295	53
2	2015	33.852	2.368	55,5

Grafik 3.13 Neonatus Komplikasi Ditangani



Terlihat dari grafik diatas terjadi peningkatan jumlah neonatal komplikasi yang ditangani dari tahun 2014 sebesar 2.295 menjadi 2.368 pada Tahun 2015.

➤ *Cakupan Kunjungan Bayi*

Cakupan kunjungan bayi adalah kunjungan bayi umur 29 hari -11 bulan yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuaistandar 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 dirumah, posyandu atau tempat penitipan anak, panti asuhan dan sebagainya melalui kunjungan dan pemeriksaan oleh tenaga kesahatan.

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 vitaminApada usia 6-12 bulan.

Pada Tabel 3.20 dibawah ini dapat dilihat cakupan kunjungan bayi di Kabupaten Bandung Barat selama periode 2 tahun sejak 2014-2015 sebagai berikut;

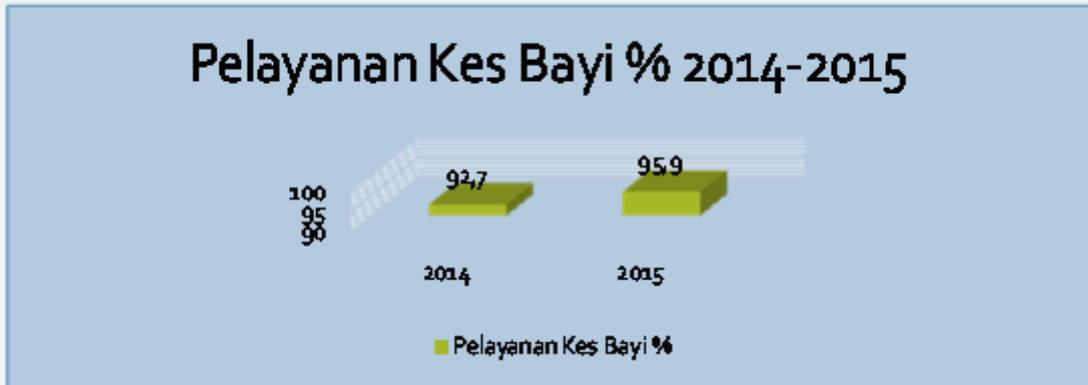
Tabel 3.20 Pelayanan Kesehatan Bayi

NO	TAHUN	Z BAYI	PELAYANAN KESEHATAN BAYI	
			JUMLAH	%
1	2014	28.900	26.802	92,7
2	2015	29.427	28.233	95,9



Grafik 3.14 Pelayanan Kesehatan Bayi

Dari grafik diatas dapat dilihat cakupan kunjungan bayi pada tahun 2014



sebesar 92,7, kemudian meningkat menjadi 95,9% (28.233Kunjungan) pada tahun 2015, hal ini sudah melebihi target SPM tahun 2015 sebesar 60%.

3.2.1.1.3. 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 seseorang wanita biasanya antara 15-49 tahun. Oleh karena itu untuk mengatur jumlah kelahiran atau menjarangkan kelahiran, wanita/ pasangan ini lebih di prioritaskan.

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.

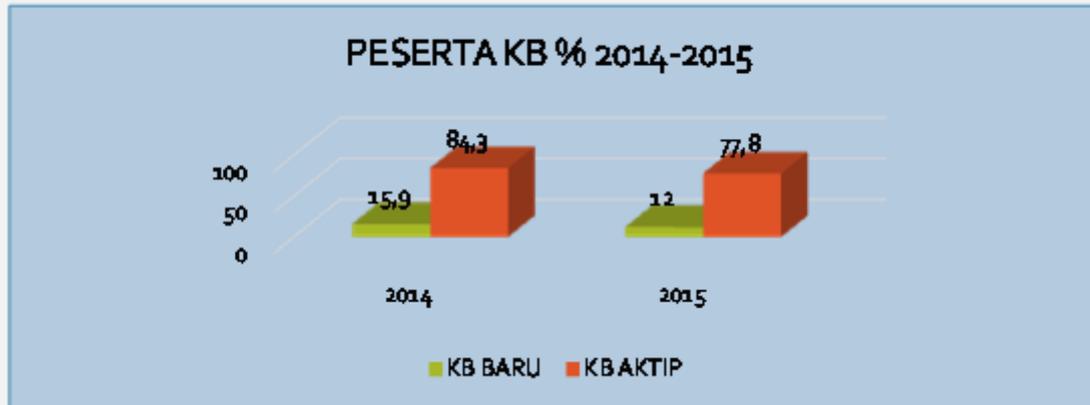
Menurut data dari Badan Pemberdayaan Perempuan Anak dan KB (BPPAKB) Kabupaten Bandung Barat, data jumlah PUS tahun 2015 sebanyak 313.291 PUS, sedangkan peserta KB baru sebanyak 49.948 orang.

Tabel 3.21 Pelayanan Kesehatan KB

NO	TAHUN	Z PUS	KB BARU		KB AKTIP	
			JUMLAH	%	JUMLAH	%
1	2014		49.948	15,9	264.229	84,3
2	2015		35.270	12	228.081	77,8



Grafik 3.22 Pelayanan Kesehatan Bayi



3.2.1.1.4. Pelayanan Imunisasi imunisasi Dasar pada Bayi

Program imunisasi merupakan salah satu program prioritas dari Departemen Kesehatan yang dinilai sangat efektif dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian bayi akibat penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I), 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.

Cakupan imunisasi bayi di Kabupaten Bandung Barat selama 2 tahun terakhir dapat dilihat pada tabel 3.32 sebagai berikut:

➤ Tabel 3.22 imunisasi Dasar pada Bayi

NO	TAHUN	Z BAYI	IMUNISASI DASAR LENGKAP %					IMUNISASI DASAR LENGKAP
			HBO	BCG	DPT3	POLIO4	CAMPAK	
1	2014	28.900	103,71	114,25	112	111,42	110,05	110,3
2	2015	29.427	85,92	84,03	56,29	54,75	55,065	26,57

➤ Grafik 3.23 imunisasi Dasar pada Bayi



Dari tabel di atas dapat kita lihat perkembangan cakupan imunisasi bayi selama jangka waktu 2 tahun, pada Tahun 2014 cakupan tertinggi yaitu BCG

sebesar 114,25%, pada Tahun 2014, dan Tahun 2015 imunisasi HB0 menjadi cakupan tertinggi sebesar 85,92%. Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap yang seharusnya sebagai perisai kekebalan kelompok justru mengalami penurunan dari 110,3% tahun 2014 turun menjadi 26,57% tahun 2015.

➤ *Imunisasi pada Ibu Hamil*

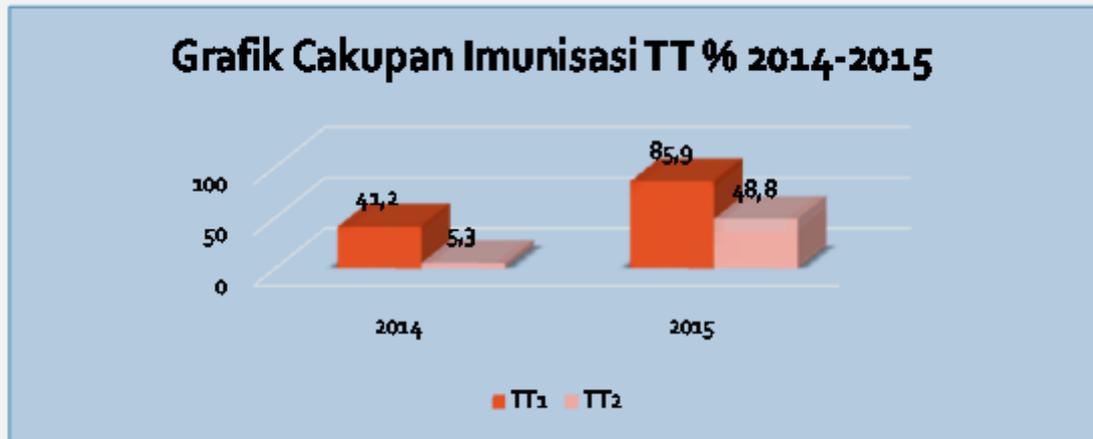
Salah satu pelayanan yang diberikan saat pelayanan antenatal yang menjadi Standar kualitas selain pemberian Fe adalah pemberian Imunisasi TT. Maternal and Neonatal Tetanus Elimination (MNTE) merupakan program eliminasi tetanus pada neonatal dan wanita usia subur termasuk ibu hamil. Strategi yang dilakukan untuk mengeliminasi tetanus neonatorum dan maternal.

Tabel 3.23 Cakupan Imunisasi TT Bumil 2015

NO	TAHUN	Z BUMIL	IMUNISASI DASAR LENGKAP %					TT2 +
			TT1	TT2	TT3	TT4	TT5	
1	2014	31.730	41,2	5,3	14,2	9,3	7,0	65,8
2	2015	35.464	85,92	48,8	41,6	23,2	13,8	10,4



Grafik 3.24 Cakupan Imunisasi TT Bumil 2015



3.2.1.1.5. 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 kurative dan rehabilitatif pada anak dan remaja yang berada di TK/RA, SD/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 difasilitasi oleh guru BK (Bimbingan Konseling) atau guru UKS dan petugas Puskesmas.

Cakupan penjarangan anak pra sekolah di TK/RA Kabupaten Bandung Barat Tahun 2014 yaitu sebesar 70,07% meningkat bila dibandingkan dengan tahun sebelumnya 2013(52,36%), untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada lampiran tabel 49 profil kesehatan data terpilah.

Pemeriksaan/penjarangan kesehatan anak SD/MI dan setingkatnya selama tiga tahun terakhir mengalami fluktuasi, 92,6% (2012), menurun 83,17% (2013), menurun kembali menjadi 80,3% (2014), hasil ini jauh dibawah target SPM Tahun 2013 sebesar 100%.

Selain kegiatan penjarangan anak pada usia sekolah, dilaksanakan pelayanan imunisasi kepada anak SD yaitu Imunisasi Campak, DT dan 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 1 SD dengan hasil cakupan Tahun 2014 sebanyak 100.426 anak (93,90%), Tahun 2013 sebanyak 104.261 anak (95,090/0). Jika dilihat dari hasil persentase, cakupan pada Tahun 2014 menurun dibandingkan Tahun 2013.

Imunisasi TT diberikan kepada murid kelas 2 dan kelas 3 SD. Hasil cakupan imunisasi TT kelas 2 pada Tahun 2014 sebanyak 97.726 anak (94,44%), Tahun 2013 sebanyak 103.475 anak (95,17%).

Jika dilihat hasil persentase cakupan pada tahun 2014 menurun dibandingkan Tahun 2013. Sedangkan imunisasi TT kelas 3 Tahun 2013 sebanyak 96.904 anak (95,06%), lebih rendah bila dibandingkan Tahun 2013 yaitu sebanyak 103.159 anak (95,37%).

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

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

Tujuan pelayanan kesehatan kelompok usia lanjut (Usila) adalah untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan kelompok usia lanjut agar tetap sehat, produktif dan mandiri dalam kehidupan dalam kehidupan sehari-hari, serta melakukan upaya rujukan sedini mungkin bagi lansia yang memerlukan. Selain

itu demi terwujudnya usia lanjut “Menjadi tua untuk Tetap Berguna dan Bahagia di Hari tua”.

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 3.24 dibawah ini dapat dilihat cakupan pelayanan Pra usila dan Usila di Kabupaten Bandung Barat selama periode tiga tahun terakhir yaitu Tahun 2014-2015 sebagai berikut :

Tabel 3.24 Pelayanan Kesehatan Usila

NO	TAHUN	USILA	
		Mendapat Pel-Kes	%
1	2014	17.405	23,4
2	2015	16.957	10,90

Grafik 3.25 Pelayanan Kesehatan Usila

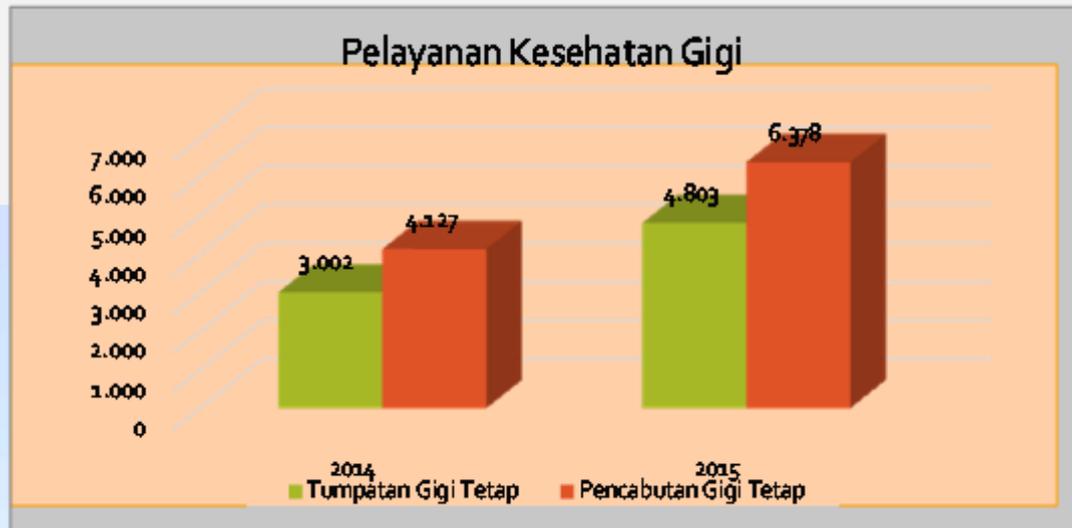


Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa Tahun 2014 cakupan pra usila sebesar 23,4% , ada penurunan pada tahun 2015 menjadi 10,9%. Klinik Lansia pada umumnya disediakan satu hari dalam seminggu dan di kembangkannya pelayanan di luar gedung melalui Posbindu (Pos Pembinaan Terpadu), serta dihimbau setiap desa/kelurahan minimal terbentuk dan di bina satu Posbindu. Puskesmas santun lansia pada Tahun 2015 ada 6 puskesmas yang tersebar di Kecamatan Batujajar, Kecamatan Cililin, Kecamatan Cihampelas, Kecamatan Lembang, Puskesmas Pataruman, Kecamatan Padalarang.

3.2.1.1.7. Pelayanan Kesehatan Gigi

Tabel 3.25 Pelayanan Kesehatan Gigi

NO	TAHUN	Pelayanan Kesehatan Gigi	
		Tumpatan Gigi Tetap	Pencabutan Gigi Tetap
1	2014	3.002	4.127
2	2015	4.803	6.378



Grafik 3.26 Pelayanan Kesehatan Gigi

Perbandingan antara tumpatan dengan pencabutan 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.

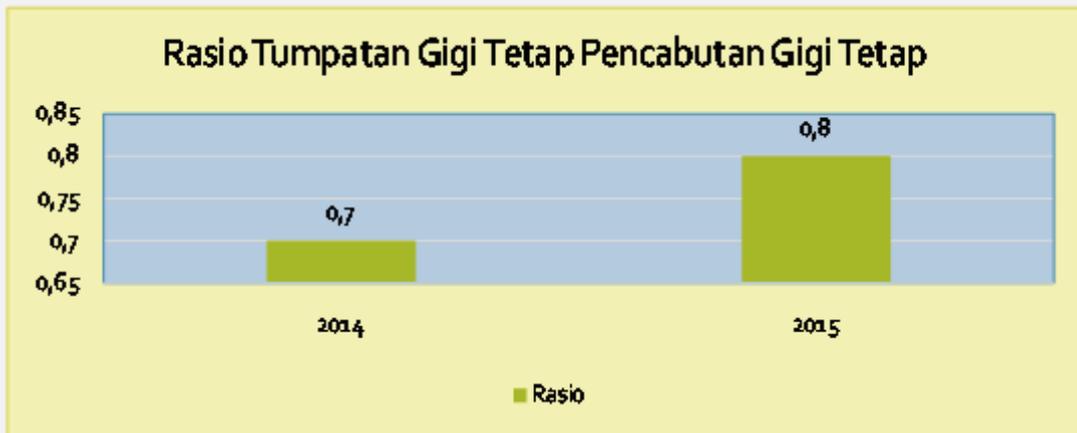
➤ *Upaya Mempertahankan Gigi Tetap*

Upaya mempertahankan gigi tetap masyarakat dapat diukur dengan rasio tambal di bandingkan cabut. Indikator ini berhubungan dengan efektivitas upaya promotif-preventif yang dilaksanakan.

Tabel 3.26 Tumpatan Pencabutan Gigi Tetap

NO	TAHUN	Rasio Tumpatan Gigi Tetap Pencabutan Gigi Tetap %
1	2014	0,7
2	2015	0,8

Grafik 3.27 Tumpatan Pencabutan Gigi Tetap



➤ *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 138.484 murid SD/MI selektif (kelas 1 dan kelas 6) yang ada di Kabupaten Bandung Barat Tahun 2014, hanya 11.643 murid (8,4%) yang diperiksa pada kegiatan UKGS, hasil ini masih jauh dibawah target nasional (80%). lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 63 lampiran profil data terpilah.

3.2.1.1.8. 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 material.

Kunjungan gangguan jiwa di puskesmas selama kurun waktu lima tahun mengalami fluktuasi, untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 51 data terpilah.



3.2.1.2. Kunjungan Puskesmas

Tabel 3.27 Kunjungan Puskesmas

NO	TAHUN	Z PENDUDUK	KUNJUNGAN PUSKESMAS & RUMAH SAKIT			UTILITY (%)
			RAWAT JALAN	RAWAT INAP	JUMLAH	
1	2014	1.602.555	948.928	5.574	954.502	59,56
2	2015	1.628.937	965.803	16.153	981.956	60,28

Grafik 3.28 Kunjungan Puskesmas



3.2.2. PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN

3.2.2.1. Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit

NO	TA HU N	KUNJUNGAN RUMAH SAKIT												UTIL ITY (%)
		RS.CILILIN		RS.LEMBA NG		RSKC		RSCK		RS.IMC		RSJ		
		R. JLN	R.IN AP	R.JL N	R.IN AP	R.JL N	R.IN AP	R JAL N	R.IN AP	R. JLN	R.IN AP	R.JL N	R.IN AP	
1	2014	18.19 2	00	00	00	00	00	56.25 8	5.574					
2	2015	25.1 03	4.03 5	00	00	34.1 52	780	56.2 58	5.57 4			41.3 76	1.94 8	

Jumlah total kunjungan pelayanan kesehatan di rumah sakit di Kabupaten Bandung Baratpada Tahun 2015 sebesar 169.226 kunjungan, yang terdiri dari 12.337 kunjungan rawat inap dan 156.889 kunjungan rawat jalan.

➤ Bed Occupancy Rate (BOR)

Angka pemanfaatan tempat tidur di rumah sakit atau BOR (Bed Occupancy Rate) adalah jumlah hari perawatan selama setahun dibandingkan dengan jumlah tempat tidur dikalikan dengan 365 hari (1 tahun). Secara umum BOR menggambarkan tingkat pemanfaatan tempat tidur di suatu rumah sakit.

➤ *Length of Stay (LOS)*

Rata-rata lama perawatan di Rumah Sakit atau LOS (Length of Stay) adalah jumlah lama hari dirawat dibandingkan dengan jumlah pasien rawat inap keluar (hidup atau mati) atau secara umum dapat dikatakan bahwa LOS adalah rata-rata lama perawatan dimana LOS merupakan salah satu indikator untuk mengukur mutu pelayanan suatu Rumah Sakit. LOS rumah sakit yang ideal berkisar 6-9 hari. Gambaran LOS di Kabupaten Bandung Barat selama dua tahun terakhir dapat dilihat pada gambar berikut: (terlampir)

➤ *Interval Penggunaan Tempat Tidur-Turn Over Interval (TOI)*

Turn Over Interval (TOI) menunjukkan selang berapa hari tempat tidur di rumah sakit dipakai lagi oleh pasien berikutnya. Indikator ini juga memberikan penilaian efisiensi pelayanan rumah sakit. Jumlah TOI ideal adalah 1-3 hari, semakin besar TOI maka semakin kurang efisiensi penggunaan tempat tidur.

➤ *Frekuensi Pemakaian Tempat Tidur— Bed Turn Over (BTO)*

BTO (Bed Turn Over) = Angka perputaran tempat tidur
BTO adalah *the net effect of changed in occupancy rate and length of stay* (Huffman. 1994). BTO adalah frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode, berapa kali tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu tertentu (Depkes RI. 2005).

➤ *Efisiensi Penggunaan Tempat Tidur - 3 Parameter (BTO, ToI & LOS)*

Efisiensi penggunaan tempat tidur di rumah sakit dapat diukur melalui kombinasi tiga parameter yaitu BTO, TOI dan LOS. Angka kombinasi yang dapat dipakai untuk dapat dikatakan penggunaan tempat tidur sudah efisien apabila BTO: 40-50, LOS: 6-9 dan TOI: 1-3.

NO	TAHUN	BOR	BTO	TOI	LOS
1	2014;				
	CILILIN	10,3	26,3	12,4	0,0
	LEMBANG	0,0	0,0	0,0	0,0
	RSCK	67,6	74	1,6	3,2
	RSKC	0,0	0,0	0,0	0,0
	IMC	0,0	0,0	0,0	0,0
	RSJ	0,0	0,0	0,0	0,0
2	KBB	21,3	26,4	10,9	2,6
	2015;				
	CILILIN	76,3	67,25	1,29	4,1
	LEMBANG				
	RSCK	67,6	74,01	1,6	3,2
	RSKC	12,8	10,54	30,20	3,5
	IMC				
RSJ	70,89	9,60	11,07	25,88	
KBB	60,6	29,89	4,8	7,13	



3.2.3. PELAYANAN KESEHATAN KERJA

Kesehatan kerja adalah keadaan sejantera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap pekerja dapat bekerja secara sehat dengan produktivitas yang optimal tanpa membahayakan diri, keluarga, masyarakat dan lingkungan sekitarnya.

Pelayanan kesehatan kerja adalah pelayanan kesehatan yang bertujuan agar pekerja/masyarakat memperoleh derajat kesehatan setinggi-tinggi, baik fisik, mentalmaupun sosial dengan usaha-usaha promotif, preventif, kuratif serta rehabilitatif, terhadap penyakit-penyakit/gangguan-gangguan kesehatan yang diakibatkan faktor-faktor pekerjaan dan lingkungan kerja, serta terhadap panyakit-panyakit umum. Namun lebih diutamakan pada pelayanan promotif dan preventif karena para pekerja sering kali dihadapkan padajajanan di tempat kerja yang berbahaya bagi kesehatannya.

3.2.4. JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT (JAMKESMAS)

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, Departernen 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 miskin di Kabupaten Bandung Barat dilaksanakan secara berjenjang mulai dari pelayanan kesehatan (Puskesmas), maupun pelayanan kesehatan pada tingkat lanjutan (Rumah Sakit). Pelayanan bagi masyarakat miskin dilaksanakan oleh 32 puskesmas yang berada di wilayah Kabupaten Bandung Barat dan setiap puskesmas bertanggung jawab atas pelayanan kesehatan masyarakat miskin di wilayah kerjanya masing-masing.

Belum semua masyarakat miskin yang ada di wilayah Kabupaten Bandung Barat 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 2015 dilaksanakan program Kartu Cermat yang bersumber dari dana APBD II dengan jumlah peserta 323.043 peserta.

Setiap peserta JAMKESMAS mempunyai hak mendapat pelayanan kesehatan dasar meliputi kesehatan rawat jalan (RJ) dan rawai inap (RI), serta

pelayanan kesehatan rujukan rawatjalan tingkat lanjutan (RJTL), rawat inap tingkat lanjutan (RITL) dan pelayanan gawat darurat.

Cakupan pelayanan kesehatan dasar pasien masyarakat miskin sebesar 81,04%, yang dilayani oleh Jamkesmas dan Jamkesda. Hasil ini belum mencapai target SPM Tahun 2015 sebesar 100%.

Masyarakat yang datang langsung ke Dinas Kesehatan cukup banyak, namun hampir seluruhnya berkaitan dengan kepengurusan administrasi dalam mendapatkan pelayanan rujukan rumah sakit. Hal tersebut menunjukkan bahwa masih ada sebagian masyarakat yang belum memahami mekanisme program pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin, sehingga Puskesmas harus terus meningkatkan sosialisasi kepada masyarakat.

3.2.5. PENCEGAHAN DAN PEMBERANTASAN PENYAKIT

3.2.4.1. Pencegahan Penyakit

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 2015 sudah mencapai 165 desa dari 165 desa (100%), sudah melebihi target SPM 2015 sebesar 95%. Pencapaian UCI desa akan berdampak pada hilangnya kasus dan KLB PD3I. Penguatan terhadap pengamatan penyakit sebagai penilaian terhadap dampak vaksinasi perlu diperkuat di tataran puskesmas.

3.2.4.2. Pemberantasan Penyakit

Penyakit Menular Langsung

➤ Diare

Menurut laporan dari puskesmas Tahun 2015 jumlah kasus diare yang ditemukan di puskesmas sebanyak 8531.219 orang, jumlah kasus diare yang diperkirakan ditemukan di Kabupaten Bandung Barat sejumlah 34.295 kasus, dengan demikian cakupannya adalah 3,6%, masih jauh dibawah target SPM 2015 sebesar 100%. Kasus diare yang ditemukan terdiri dari 1.219 orang adalah balita, dan seluruhnya telah mendapatkan penanganan.

Ditinjau dari jumlah kasus diare, puskesmas yang terbanyak penderita diarenya adalah Puskesmas Padalarang yaitu 237 orang dengan angka insiden Rate (IR) sebesar 0,4 kasus/1000 penduduk. Jumlah penderita diare di daerah 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 dirumahtangga.

Tabel 3.28 Penemuan Diare

NO	TAHUN	DIARE		
		SUSPEK	DITEMUKAN	%
1	2014	34.295	1.219	3,6
2	2015	34.295	27.800	81,1

Grafik 3.29 Penemuan Diare



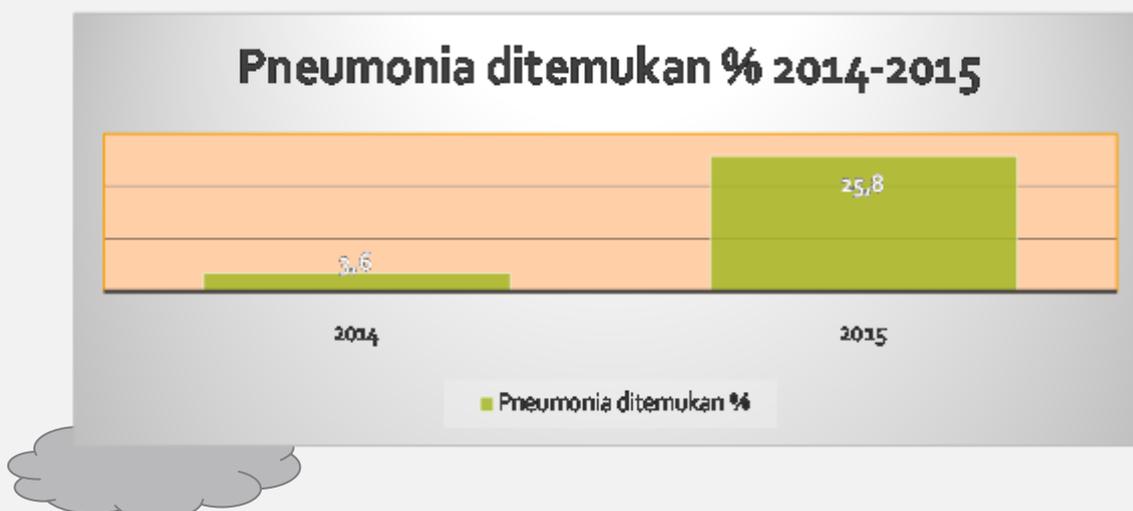
➤ ISPA (Pneumonia)

Perkiraan kasus ISPA (Pneumonia) ditemukan di Kabupaten Bandung Barat sejumlah 16.026 kasus dan jumlah penderita ISPA Tahun 2015 sebanyak 4.142 kasus, dengan demikian cakupan penemuan sebesar 25,8%, masih jauh dari target SPM Tahun 2015 sebesar 100%.

Tabel 3.29 Penemuan Kasus Pneumonia

NO	TAHUN	PNEUMONIA		
		SUSPEK	DITEMUKAN	%
1	2014	3.373	129	3,6
2	2015	16.026	4.142	25,8

Grafik 3.30 Penemuan Kasus Pneumonia



➤ *TB Paru*

Laporan dari Puskesmas jumlah penderita TB Paru BTA(+) di Kabupaten Bandung Barat Tahun 2015 sebanyak 949orang. Jumlah suspek sebesar 6.766 orang. Penderita yang meninggal selama pengobatan 0 orang,(CDR= 0). Angka penemuan ini masih dibawah target SPM Tahun 2015sebesar 100%, Jika dibandingkan dengan target MDGs tahun 2015 sebesar 70%, tetap belum mencapai target. Angka penemuan penderita TB paru BTA(+) Tahun 2015 sebesar 949orang (14,03%) menurun jika dibandingkan dengan Tahun 2014 sebanyak 443 orang (%).

Target penemuan penderita BTA (+) berdasarkan hasil survei prevalensi Kabupaten Bandung barat ialah107/100.000 penduduk, diharapkan setiap tahunnya akan ditemukan 70%

dari target nasional tahun 2015. Diharapkan dalam kurun waktu 5 tahun, penemuan kasus dapat dipertahankan sehingga akan dapat menurunkan angka kesakitan TB Paru di Kabupaten Bandung Barat.

Angka kesembuhan penderita TB Paru BTA (+) di puskesmas dan rumah sakit Kabupaten Bandung Barat sebesar 91,94% dan pengobatan lengkap sebesar 15,76% sehingga angka kesuksesannya (succes rate) sebesar 91,94%, angka ini mendekati Laporan Kementerian Kesehatan Tahun 2009 sebesar 91% dan sudah melebihi target MDGS tahun 2015 sebesar 85%.

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 (Gardunas) TB Paru yang sudah mulai sejakTahun 2002.

➤ *Kusta*

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

TABEL 4.3 (terlampir)

Sumber : PLP2



➤ *HIV/AIDS*

AIDS (Acquired immuno deficiency Syndrome) merupakan kumpulan gejala karena menurunnya sistem kekebalan tubuh manusia. Penyakit ini disebabkan oleh virus yang disebut HIV (Human imunno deficiency 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 hubungansekstidakamandengan 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.

3.2.6. PEMBINAAN KESEHATAN LINGKUNGAN DAN SANITASI DASAR

3.2.6.1. Penyediaan Air Bersih dan Kualitas Sarana Air Bersih (SAB)

3.2.6.2. Kualitas Air Bersih

3.2.6.3. Jamban Keluarga

3.2.6.4. Penyehatan Perumahan

3.2.6.5 Air Limbah Rumah Tangga

3.2.6.6. Tempat Umum dan Tempat Pangelolaan Makanan (TUPM) dan institusi yang Dibina Kesehatan Lingkungannya

TABEL (terlampir)

Sumber : PLP2

3.2.7. PERBAIKAN GIZI MASYARAKAT

Pembangunan masyarakat di Kabupaten Bandung Barat, secara periodik. Terus ditingkatkan khususnya pembangunan di bidang kesehatan yang merupakan salah satu komponen penting dalam penentuan Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Berbagai kegiatan guna menunjang peningkatan IPM secara tidak langsung diantaranya kegiatan perbaikan gizi, bayi, balita, bumil dan wanita usia subur (WUS).

3.2.7.1. Pemberian Tablet Tambah Darah (Fe)

3.2.7.2. Pemberian Kapsul Vitamin A

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

3.2.7.4. Pemberian Makanan Tambahan

TABEL (terlampir)

Sumber : Kesmas Kesga

3.2.8. PEMBERDAYAAN DAN PROMOSI KESEHATAN

TABEL (terlampir)

Sumber : Promkes

3.3. 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 pernbiayaan kesehatan.

3.3.1. 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).

3.3.1.1. Puskesmas

Puskesmas di Kabupaten Bandung Baratsampai dengan Tahun 2015ada sebanyak 32 Puskesmas sebagai berikut;

Tabel 3.30 Puskesmas

No	Code Kec	Kecamatan	Code Puskesmas	Puskesmas
1	010	Rongga	P.3217010201	Puskesmas Rongga
2	020	Gununghalu	P.3217020102	Puskesmas Gununghalu
3	030	Sindangkerta	P.3217030204 P.3217030203	Puskesmas Sindangkerta Puskesmas Cicangkanggirang
4	040	Cililin	P.3217040105 P.3217040206	Puskesmas Cililin Puskesmas Mukapayung
5	050	Cihampelas	P.3217050207 P.3217050208	Puskesmas Cihampelas Puskesmas Pataruman
6	060	Cipongkor	P.3217060209 P.3217060210	Puskesmas Cipongkor Puskesmas Citalem
7	070	Batujajar	P.3217070211 P.3217080212	Puskesmas Batujajar Puskesmas Cipatat
8	071	Saguling		Puskesmas Saguling
9	080	Cipatat	P.3217080212 P.3217080113 P.3217080214	Puskesmas Cipatat Puskesmas Rajamandala Puskesmas Sumur Bandung
10	090	Padalarang	P.3217090202 P.3217090201 P.3217090203	Puskesmas Padalarang Puskesmas Jayamekar Puskesmas Tagog Apu
11	100	Ngamprah	P.3217100205 P.3217100204	Puskesmas Ngamprah Puskesmas Cimareme
12	110	Parongpong	P.3217110207 P.3217110206	Puskesmas Parongpong Puskesmas Ciwaruga
13	120	Lembang	P.3217120211 P.3217120110 P.3217120209	Puskesmas Lembang Puskesmas Jayagiri Puskesmas Cikole
14	130	Cisarua	P.3217130212 P.3217130213	Puskesmas Cisarua Puskesmas Pasirlangu
15	140	Cikalongwetan	P.3217140114 P.3217140215	Puskesmas Cikalongwetan Puskesmas Rende

16	150	Cipeundeuy	P.3217140216 P.3217140217	Puskesmas Cipeundeuy Puskesmas Cirata
----	-----	------------	------------------------------	--

Ratio Puskesmas terhadap jumlah penduduk di Kabupaten Bandung Barat pada Tahun 2015 adalah 1: 52.079, yang artinya 1 puskesmas melayani 52.079 orang, rasio ini kurang ideal dimana perbandingan yang ideal yaitu 1: 30.000 penduduk.

Jumlah Puskesmas Pembantu pada Tahun 2015 di Kabupaten Bandung Barat sebanyak 62 buah, rasio per-100.000 penduduk sebesar 2,27, artinya setiap 100.000 penduduk terdapat 2 Puskesmas Pembantu, rasio ideal adalah 4 per 100.000 penduduk (1 puskesmas melayani 25.000 orang). Kendaraan yang dimiliki puskesmas yaitu Puskesmas Keliling (Pusling) sudah 32 puskesmas, hal ini menunjukkan bahwa sarana Pusling sudah ideal.

3.3.1.2. 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 Bandung Barat Tahun 2015 memiliki 5 rumah sakit, terdiri dari 2 RS Pemerintah yaitu RSUD Cililin, RSUD Lembang, dan 3 Rumah Sakit Umum Swasta RS Cahya Kawalayaan, RS Cimareme, dan RS IMC Indra. Serta ada satu Rumah Sakit Khusus Jiwa milik Dinkes Provinsi Jawa Barat di Kecamatan Cisarua.

Dengan adanya otonomi daerah, terjadi perkembangan rumah sakit pemerintah daerah di Kabupaten Bandung Barat, seperti berikut ini;

Tabel 3.31 Jumlah Rumah Sakit, Tempat Tidur (Tt) Dan Jumlah Ttl/100.000 Penduduk Di Kabupaten Bandung Barat Tahun 2010 — 2015

INDIKATOR	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Jumlah Rumah Sakit Umum	1	2	3	4	4	5
Jumlah Tempat Tidur	75	129	179	214	264	412
Ratio TT/ 100.000 Penduduk	21.367	12.423	8.953	7.489	6.070	3.955
Jumlah Rumah Sakit Paru	-	-	-	-	-	-
Jumlah Tempat Tidur	-	-	-	-	-	-
Ratio TT/100.000 Penduduk	-	-	-	-	-	-
Jumlah RSIA/ RS Khusus	1	1	1	1	1	1

Jumlah Tempat Tidur	25	25	25	25	25	25
Ratio TT/ 100.000 Penduduk	64.000	64.000	64.000	64.000	64.000	65.177

3.3.1.3 Sarana Kesehatan dengan Kemampuan Gawat Darurat (Gadar)

3.3.1.4 Ketersediaan Obat

3.3.1.5 Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat (UKBM)

- Posyandu
- Perkembangan Posyandu
- POD (Pos Obat Desa)
- Polindes (Pondok Bersalin Desa)
- Pas UKK (Pos Upaya Kesehatan Kerja)

Tabel terlampir.

3.3.2. SUMBERDAYA MANUSIA(SDM)KESEHATAN

3.3.2.1. Persebaran SDM Kesehatan menurut Unit Kerja

3.3.2.2. Persebaran SDM Kesehatan di Puskesmas.

3.3.2.3. Persebaran SDM Kesehatan di Rumah Sakit

3.3.2.4. Persbaran SDM Kesehatan di Dinas Kasehatan

3.3.2.5. Persebaran SDM Kesehatan di Sarana Kesehatan Lain (Labkesda,Farmasi)

Tabel terlampir

Sumber SDK

3.3.3. PEMBIAYAAN KESEHATAN

Tabel 3.32 Pembiayaan Kesehatan

NO	TAHUN	PEMBIAYAAN KESEHATAN		
		APBN	APBD	% TERHADAP APBD
1	2014	8.200.910.000	216.878.126.460	10,45
2	2015	109.821.034.113,00	175.253.584.362	8,88

Tabel terlampir

Sumber Keuangan



BAB VI KESIMPULAN

A. Kelompok Data Gambaran Derajat Kesehatan Kab. Bandung Barat

B. Kelompok Data Gambaran Upaya Kesehatan Kab. Bandung Barat

C. Kelompok Data Gambaran Sumber Daya Kesehatan Kabupaten Bandung Barat

Tabel. 3.33 Rangkuman

NO	INDKATOR	CAPAIAN (%)		TARGET
		2014	2015	
1	DERAJAT KES;			
	Prevalensi Balita Kekurangan Gizi		0,32	MDGS
	Prevalensi Balita Gizi Buruk		0,01	13,6 % MDGS
	Prevalensi Baduta Gizi Kurang		0,34	11,9 MDGS
	Prevalensi Tuberkulosis PER 100.000 Pddk		58,24	Dihentikan MDGS
	Angka Kematian Bayi (AKB) PER 1.000 KH	4	4	23 MDGS
	Angka Kematian Balita (AKABA)	40	4	32 MDGS
	Angka Kematian Ibu (AKI)	228	141	102 MDGS
2	UPAYA KES;			
	Kunjungan Bayi	104,4	96,15	90 SPM
	Balita Gizi Buruk yang mdt perawatan	100	100	100 SPM
	Peserta KB Aktif	73,18	83,05	70 SPM
	Penderita DBD yang ditangani		1.232	100 SPM
	Kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan Epidemiologi < 24 jam		32	100 SPM
	Pelayanan anak balita	76,7	82,99	90 SPM
	Kunjungan Ibu Hamil (K4)	86,4	81,65	95
	komplikasi kebidanan yang ditangani	100	63,78	80
	pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan	2,34	74,4	90
	pelayanan nifas	82,3	74,9	90
	neonatus dengan komplikasi yang ditangani	53,04	55,5	80

	Desa / Kelurahan UCI	100%	100%	100%
	penjaringan kesehatan siswa SD dan setingkat	80,3	85,64	100
	Acute Flaccid Paralysis (AFP) per 100.000 penduduk <15 th	0,62	2,38	2
	Penemuan Pneumonia Balita	3,8	25,85	100
	penemuan kasus TB Paru BTA (positif)	16,5	L(50,37; P (49,63)	
	Penemuan kasus Diare	7,4	74,6	100
	Pelayanan Kesehatan Dasar pasien masyarakat miskin	100	81,2	100
	Desa/Kelurahan Siaga Aktif	57	100	80
3	SUMBER DAYA KES;			
	Ratio Puskesmas penduduk	1:50.209	1:50.919	
	Ratio Rumah Sakit UMUM TT/100.000 penduduk	13	15,89	
	Ratio Dokter/100.000 penduduk	10,6	15,28	
	Ratio Dokter Gigi/ 100.000 penduduk	2	3	
	Ratio Perawat / 100.000 penduduk	41	59,90	
	Pengadaan Obat esensial			
	sarana Kesehatan yang berizin			
	anggaran Kesehatan terhadap APBD		8,88	10

