PROFIL KESEHATAN

Tahun 2021

GEMAH RIPAH LOH JINAWI

PEMERINTAH DAERAH KOTA CIREBON

DINAS KESEHATAN

Jl. Kesambi No. 52 Telp 208879 Cirebon 45143

KATA PENGANTAR

Kami panjatkan puji dan syukur atas Kehadirat Allah SWT, yang senantiasa melimpahkan Rahmat dan Hidayah-Nya sehingga kami dapat menyelesaikan penyusunan buku ***'PROFIL KESEHATAN KOTA CIREBON TAHUN 2021'.***

Sebagai salah satu produk Sistem Informasi Kesehatan Kota Cirebon, maka Profil Kesehatan Kota Cirebon ini diharapkan dapat memberi gambaran kepada pembaca mengenai kondisi dan situasi kesehatan di wilayah Kota Cirebon Pada tahun 2021. Kondisi kesehatan yang digambarkan dalam Profil Kesehatan Kota Cirebon tahun 2021 ini disusun berdasarkan data yang dihimpun dari Profil Kesehatan Kab/Kota, data dari laporan Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta (RL) serta beberapa buku terbitan Badan Pusat Statistik (BPS) seperti pada tahun-tahun sebelumnya, penyusunan buku Profil Kesehatan kali ini mengacu pada pedoman profil terbaru yang diterbitkan oleh Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2015. Secara umum profil ini menyajikan data kesehatan yang terpilah menurut jenis kelamin. Dengan tersedianya data kesehatan yang responsive gender, diharapkan dapat mengidentifikasi kesenjangan mengenai kondisi, kebutuhan dan persoalan yang dihadapi laki-laki dan perempuan terkait dengan akses, partisipasi, control dan manfaat dalam pembangunan kesehatan.

Kami menyadari bahwa penyusunan Profil Kesehatan ini masih banyak kekurangan baik kelengkapan maupun akurasi serta ketepatan waktu maupun penyajiannya. Untuk itu guna kesempurnaan penyusunan profil ini dimasa datang kami harapkan saran, kritik dan masukan yang membangun serta peran aktif dari semua pihak yang terkait.

Kepada semua pihak yang telah menyumbangkan pikiran dan tenaga dalam penyusunan Profil Kesehatan Kota Cirebon tahun 2021 kami ucapkan Terima Kasih.

Cirebon, Juli 2021
Kepala Dinas Kesehatan Kota Cirebon

dr. H. Edy Sugiarto, M.Kes
Pembina Muda IV/c
NIP. 19620717 199011 1 001

DAFTAR ISI

COVER.....Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.
KATA PENGANTAR.....ii
DAFTAR ISI iii
BAB I PENDAHULUAN.....1
1.1 Latar belakang.....1
1.2 Maksud dan Tujuan 2
1.2.1 Tujuan Umum.....2
1.2.2 Tujuan Khusus.....2
1.3 Visi Misi Dinas Kesehatan 3
1.3.2 Misi Dinas Kesehatan Kota Cirebon.....3
1.4 Strategi.....4
BAB 2 GAMBARAN UMUM.....5
2.1 Luas Wilayah 5
2.2 Jumlah Kecamatan dan Kelurahan 6
2.3 Jumlah Penduduk menurut Jenis Kelamin dan Kelompok Umur. 7
2.4 Kepadatan Penduduk.....11
2.5 Rasio Beban Tanggungan. 13
2.6 Rasio Jenis Kelamin. 15
3.1 Angka Kematian 18
3.1.1 Angka Kematian Bayi 18
3.1.2 Angka Kematian Anak Balita.....19
3.2 Angka Kesakitan.....21
3.2.1 Imunisasi.....21
3.2 Penyakit Menular.....25
b. HIV & AIDS 37
c. Pneumonia 37
d. Kusta 38
e. Diare.....42

f. Acute Flaccid Paralysis (AFP) 44
g. Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) 44
h. Angka Kesakitan dan Kematian Demam Berdarah Dengue (DBD) 45
i. Angka Kesakitan Malaria 46
j. Kasus Penyakit Filariasis Ditangani 47
k. Pengendalian Penyakit Tidak Menular 47
l. Cakupan Desa/Kelurahan terkena KLB ditangani < 24 jam 55
3.3 Status Gizi 56
a. Status Gizi Balita 56
b. Status gizi balita menurut indeks TB/U 62
c. Status gizi balita menurut indeks BB/U ..... Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.
d. Status Gizi Ibu Hamil 64
e. Prevalensi Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) 70
f. Hasil Cakupan Distribusi Tablet Tambah Darah untuk Ibu Hamil 73
g. Hasil perawatan bagi balita gizi buruk 78
h. Hasil Pemberian MP-ASI (Makanan Pendamping ASI) Bagi Baduta (6-24 Bulan) 80
i. Hasil cakupan pencapaian pemantauan pertumbuhan balita 82
j. Hasil cakupan rata-rata dan hasil cakupan Vitamin A 86
k. Pemberian ASI Eksklusif 88
l. Pendataan dan Pembinaan KADARZI (Kadarzi) ..... Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.
BAB 4 SITUASI UPAYA KESEHATAN 91
4.1 Pelayanan Kesehatan 91
4.1.1 Cakupan Kunjungan Antenatal 91
4.1.7 Angka Kematian Maternal 101
4.1.8 Persentase Peserta KB Aktif menurut Jenis Kontrasepsi 102
4.1.9 Cakupan Pelayanan Kesehatan Bayi 105
4.1.11 Cakupan Penjaringan Kesehatan Sisawa SD dan Setingkat 110
4.1.12 Cakupan Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut 113
4.1.13 Cakupan Pelayanan Gawat Darurat Level 1 yang Harus Diberikan Pelayanan Kesehatan (RS) di Kab/Kota 114
4.2 Indikator Kinerja Pelayanan di Rumah Sakit. 115

4.4 Akses dan Mutu Pelayanan **118**
4.5 Cakupan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan **118**
4.6 Pembiayaan Kesehatan **121**
4.7 Jumlah Kunjungan Jiwa di sarana Kesehatan **123**
4.8 Perilaku Hidup Masyarakat **125**
4.9 Keadaan Lingkungan ..... Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.
BAB 5 Situasi Sumber Daya Kesehatan 135
5.1 Sarana Kesehatan **135**
a. Ketersediaan Obat menurut Jenis Obat. **135**
b. Sarana Pelayanan Kesehatan dengan Kemampuan Labkes dan Memiliki 4 Spesialis Dasar. **138**
c. Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat (UKBM). **139**
5.2 Tenaga Kesehatan **144**
BAB 6 Kesimpulan 147

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Pembangunan Kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berdasarkan pada perikemanusiaan, pemberdayaan dan kemandirian, adil dan merata, serta pengutamaan dan manfaat dengan perhatian khusus pada penduduk rentan, antara lain ibu, anak, lanjut usia dan keluarga miskin.

Di Kota Cirebon pembangunan kesehatan merupakan program lanjutan dari program sebelumnya yang diarahkan untuk meningkatkan kualitas sumberdaya manusia serta kualitas kehidupan dan usia harapan hidup, meningkatkan kesejahteraan keluarga dan masyarakat serta meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya hidup sehat. Pembangunan kesehatan yang diarahkan kepada peningkatan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat dan dapat menolong dirinya sendiri, dan mampu untuk mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapi dari lingkungan dan perilaku yang tidak mendukung untuk hidup sehat.

Pembangunan Kesehatan Kota Cirebon merupakan manifestasi konkrit dan komitmen pengelola program kesehatan untuk melaksanakan pembangunan yang berwawasan kesehatan sesuai dengan Visi Pembangunan Kota Cirebon di Bidang Kesehatan yaitu: ***Terwujudnya Derajat Kesehatan Masyarakat Yang Optimal Menuju Sumber Daya Manusia Kota Cirebon Yang Berkualitas***. Dan telah ditetapkan beberapa Misi sebagai berikut: *1) Mendorong Kemandirian Individu, Keluarga, dan Masyarakat Untuk Hidup Sehat dan Produktif, 2) Mengembangkan Keterjangkauan Upaya Pelayanan Yang Bermutu dan Merata Kepada Seluruh Masyarakat, dan 3) Meningkatkan Manajemen Pembangunan Kesehata*n.

Profil Kesehatan adalah informasi kesehatan atau salah satu bentuk penyajian data yang relatif komprehensif. Profil Kesehatan Kab/Kota merupakan masukan penting bagi penyusunan Profil Kesehatan Provinsi dan Profil Kesehatan Indonesia. Profil Kesehatan daerah dapat menjadi gambaran tentang situasi dan kondisi kesehatan di daerah. Selain itu

dapat menjadi acuan atau sarana untuk memantau pencapaian pembangunan kesehatan di daerah.

Penyusunan Profil Kesehatan Kota Cirebon perlu didukung oleh data dari pencatatan dan pelaporan yang akurat agar dapat menyajikan data tentang pembangunan kesehatan di Kota Cirebon secara komprehensif. Data yang digunakan dalam penyusunan Profil Kesehatan Kota Cirebon Tahun 2021 ini bersumber dari Laporan kegiatan dari masing-masing pelaksanaan program kesehatan, Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas (SP3), Sistem Pencatatan dan Pelaporan Rumah Sakit (SP2RS), Kantor Statistik, Pemerintah Daerah Kota Cirebon dan instansi terkait lainnya.

Profil Kesehatan ini disusun dengan format standar berdasarkan petunjuk penyusunan yang diterbitkan kementerian kesehatan Tahun 2013 (revisi 2015). Secara umum Profil Kesehatan ini menyajikan data kesehatan yang terpilah menurut jenis kelamin. Dengan tersedianya data kesehatan yang responsif gender, diharapkan dapat mengidentifikasi ada-tidaknya serta besaran kesenjangan mengenai kondisi, kebutuhan, dan persoalan yang dihadapi laki-laki dan perempuan terkait dengan akses, partisipasi, kontrol, dan manfaat dalam pembangunan bidang kesehatan.

1.2 Maksud dan Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dibuatnya Profil Kesehatan Kota Cirebon adalah tersedianya sarana yang dapat digunakan untuk melaporkan pemantauan dan evaluasi terhadap pencapaian hasil pembangunan kesehatan, termasuk kinerja dari penyelenggaraan pelayanan minimal di bidang kesehatan di Kota Cirebon yang berisi berbagai data dan atau informasi yang menggambarkan situasi dan kondisi kesehatan masyarakat di Kota Cirebon. Tersedianya data dan informasi yang menggambarkan situasi dan kondisi kesehatan masyarakat Kota Cirebon.

1.2.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dibuatnya Profil Kesehatan Kota Cirebon ini adalah antara lain untuk:

a. Diperolehnya informasi umum, lingkungan fisik/biologik, perilaku kesehatan masyarakat, demografi, serta sosial ekonomi.

b. Diperolehnya informasi indikator derajat kesehatan yang terdiri atas indikator-indikator untuk mortalitas, morbiditas, status gizi dan lain-lain masyarakat Kota Cirebon pada Tahun 2021.
c. Diperolehnya informasi indikator upaya kesehatan yang terdiri atas pelayanan kesehatan, prilaku hidup sehat, dan keadaan lingkungan
d. Diperolehnya informasi indikator sumber daya kesehatan terdiri atas sarana kesehatan, tenaga kesehatan, dan pembiayaan kesehatan
e. Diperolehnya informasi indikator lain yang terkait dengan kesehatan
f. Diketahuinya permasalahan dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal di Kota Cirebon.

1.3 Visi Misi Dinas Kesehatan

1.3.1 Visi Dinas Kesehatan Kota Cirebon

Gambaran keadaan masyarakat Kota Cirebon yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan, diformulasikan dalam Visi Dinas Kesehatan Kota Cirebon, yaitu:

Terwujudnya Masyarakat Sehat yang Mandiri dan Berkeadilan Menuju Kota Cirebon yang Religius, Aman, Maju, Aspiratif dan Hijau (RAMAH)

Cirebon Kota Sehat adalah kondisi yang merupakan gambaran dimana diharapkan setiap penduduk/orang di Kota Cirebon sudah memiliki keterjangkauan/aksesbilitas terhadap pelayanan kesehatan serta keterjangkauan terhadap berbagai peluang untuk mengembangkan kemapuan hidup sehat melalui kesadaran Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

1.3.2 Misi Dinas Kesehatan Kota Cirebon

Untuk mencapai visi yang telah ditetapkan, dirumuskan beberapa Misi sebagai berikut :

a. Mendorong kemandirian individu, keluarga dan masyarakat untuk hidup sehat dan produktif
b. Melindungi kesehatan masyarakat dengan tersedianya upaya kesehatan yang paripurna, merata, bermutu dan berkeadilan.

Meningkatkan dan mengembangkan Managemen Pembangunan Kesehatan.

1.4 Strategi

1 Meningkatkan pemberdayaan masyarakat, swasta dan masyarakat madani dalam pembangunan kesehatan melalui kerja sama Dinas Kesehatan dan masyarakat Kota Cirebon.

2 Meningkatkan pelayanan kesehatan yang merata, terjangkau, bermutu dan berkeadilan, serta berbasis bukti; dengan pengutamaan pada upaya promotif dan preventif.

3 Meningkatkan pembiayaan pembangunan kesehatan, terutama untuk mewujudkan jaminan sosial kesehatan bagi masyarakat.

4 Meningkatkan pengembangan dan pendayagunaan SDM kesehatan yang merata dan bermutu.

5 Meningkatkan ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan obat dan alat kesehatan serta menjamin keamanan, khasiat, kemanfaatan, dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan.

6 Meningkatkan manajemen kesehatan yang akuntabel, transparan berdayaguna dan berhasilguna untuk memantapkan pembangunan kesehatan yang bertanggungjawab.

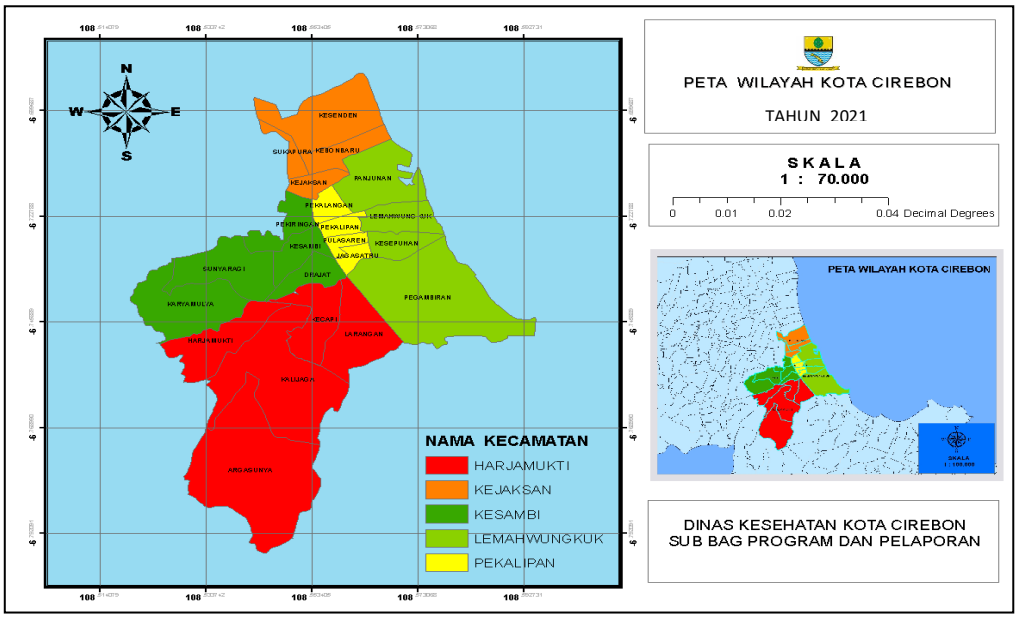
BAB 2
GAMBARAN UMUM

2.1 Luas Wilayah

Kota Cirebon terletak di daerah Pantai Utara Propinsi Jawa Barat bagian Timur. Secara Geografis Kota Cirebon terletak pada posisi 108,33° Bujur Timur dan 6,41° Lintang Selatan pada Pantai Utara Pulau Jawa, dengan ketinggian 5 meter dari permukaan laut. Luas wilayah administrasi ± 37,358 Km^2. Kota Cirebon beriklim tropis dengan suhu udara berkisar antara $23,4^0$ C – $33,6^0$C dan banyaknya curah hujan adalah 2.751 mm/tahun. Adapun batas wilayah Kota Cirebon :

- Sebelah Utara : Sungai Kedung Pane
- Sebelah Barat : Banjir Kanal / Kabupaten Cirebon
- Sebelah Timur : Laut Jawa
- Sebelah Selatan : Sungai Kalijaga

Gambar 1 Peta Kota Cirebon



Tabel 2.1

Luas Wilayah Per Kecamatan Dan Persentase

Terhadap Luas Kota Cirebon

No	Kecamatan	Luas (Km^2)	% Terhadap Kota
1.	Kejaksan	3,616	9,67
2.	Kesambi	8,059	21,57
3.	Pekalipan	1,561	4,17
4.	Lemahwungkuk	6,507	17,24
5.	Harjamukti	17,615	47,15
Kota Cirebon		37,358	100

Sumber : BPS Kota Cirebon

2.2 Jumlah Kecamatan dan Kelurahan .

Kota Cirebon terdiri dari 5 Kecamatan dan 22 Kelurahan, dimana Kecamatan Harjamukti mempunyai wilayah kerja paling luas 47,15% dari luas Kota Cirebon sedangkan yang terkecil adalah Kecamatan Pekalipan 4,17% saja, dengan wilayah kecamatan mencakup kelurahan :

1. Kecamatan Kejaksan terdiri dari Kelurahan Kejaksan, Kelurahan Kesenden, Kelurahan Sukapura, Kelurahan Kebon Baru;
2. Kecamatan Kesambi terdiri dari Kelurahan Kesambi, Kelurahan Pekiringan, Kelurahan Sunyaragi, Kelurahan karyamulya, Kelurahan Drajat;
3. Kecamatan Pekalipan terdiri dari Kelurahan Jagasatru, Kelurahan Pulasaren, Kelurahan Pekalipan, Kelurahan Pekalangan.
4. Kecamatan Lemahwungkuk terdiri dari Kelurahan Kesepuhan, Kelurahan Pegambiran, Kelurahan Panjunan, Kelurahan Lemahwungkuk.
5. Kecamatan Harjamukti terdiri dari Kelurahan Harjamukti, Kelurahan Kecapi, Kelurahan Larangan, Kelurahan Argasunya, Kelurahan Kalijaga.

Pertumbuhan Kota Cirebon menurut fungsi kawasan dialokasikan :

a. Kawasan pelabuhan di Kelurahan Panjunan
b. Kawasan perdagangan grosir di Pekiringan
c. Kawasan pergudangan dan cargo di kawasan Pelabuhan
d. Kawasan industri merupakan kawasan industrial estate dialokasikan di jalan Kalijaga berbatasan dengan Kelurahan Pegambiran.

Pengalokasian kawasan sekunder ditetapkan sebagai berikut:

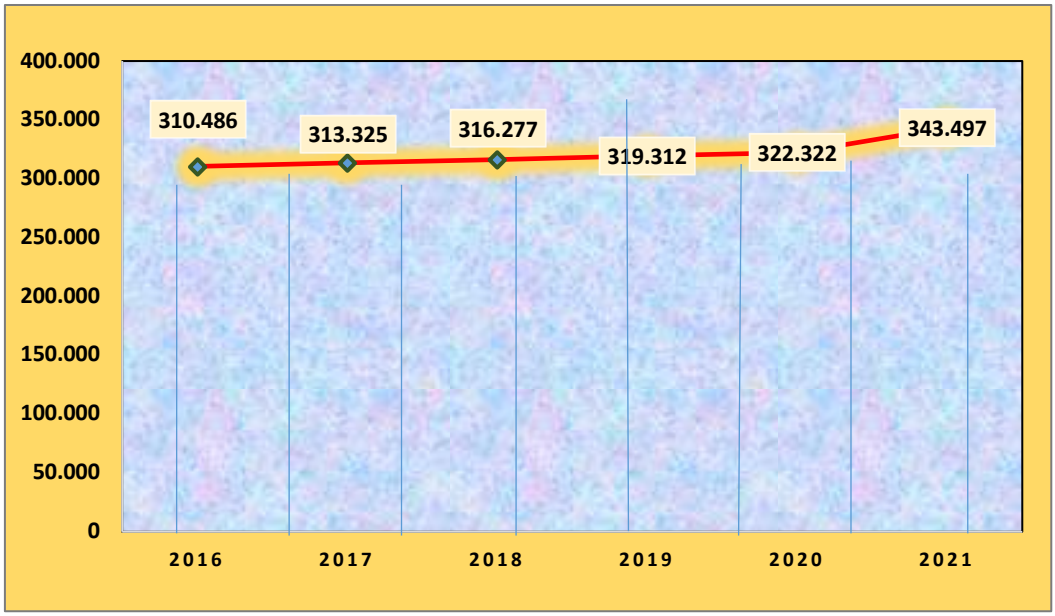
a. Pusat perdagangan kota (pasar dan pertokoan)
b. Pusat pelayanan kesehatan rujukan berada di jalan Kesambi
c. Pusat pelayanan pendidikan, olah raga, dialokasikan di jalan Pemuda dan Jl. Perjuangan.
d. Kawasan pelabuhan udara dialokasikan di Kota Cirebon bagian Selatan.
e. Kawasan terminal dialokasikan di jalan By. Pass Kecamatan Harjamukti
f. Kawasan stasiun kereta api di Kecamatan Kejaksan dan Parujakan
g. Kawasan peribadatan penganut Islam dominan di jalan Siliwangi
e. Kawasan rekreasi/wisata berpusat di Keraton Kesepuhan, Kanoman, Kacirebonan dan Gua Sunyaragi, untuk wisata pantai berpusat di Taman Ade Irma Suryani.
f. Kawasan Hijau (pertanian dan hutan lindung) beralokasi di daerah OutRing Road.

2.3 Jumlah Penduduk menurut Jenis Kelamin dan Kelompok Umur.

Kota Cirebon berpredikat Kota Sedang, mempunyai penduduk 316.277 jiwa (sumber data Pusdatin 2021), terdiri dari penduduk laki-laki 158.587 jiwa (50,14%) dan perempuan 157.690 jiwa (49,86%) dengan kepadatan penduduk 8 jiwa/km^2.

Grafik 2.1

Jumlah Penduduk Kota Cirebon Tahun 2015-2021



Sumber : Pusdatin 2021

Berdasarkan Data tersebut maka jumlah penduduk Kota Cirebon Tahun 2021 mengalami penurunan jika dibandingkan dengan Tahun 2017. Hal ini dikarenakan tingginya jumlah migrasi kedalam Kota Cirebon. Jumlah penduduk tersebut tersebar pada 5 Kecamatan dan 22 Kelurahan, serta terbagi daerah perbatasan dengan kabupaten lain. berdasarkan distribusi penduduk menurut kelompok umur. Distribusi penduduk pada Tahun 2021 berdasarkan kelompok usia dapat di gambarkan dalam bentuk tabel dan piramida penduduk.

Untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel dan gambar piramida penduduk seperti di bawah ini.

Tabel 2.2

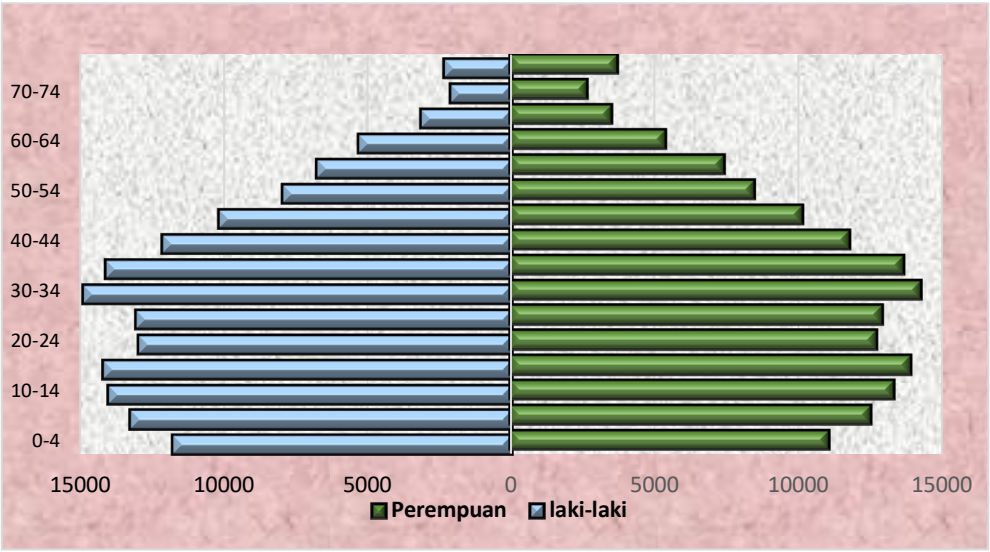
Distribusi Jumlah Penduduk Kota Cirebon Berdasarkan Kelompok Umur

Kelompok Umur	Jenis Kelamin	
	Laki-Laki	Perempuan
0 - 4	12800	11911
5 - 9	15194	14166
10 - 14	15365	14571
15 - 19	14829	13967
20 - 24	14946	14135
25 - 29	14293	13713
30 - 34	13127	12481
35 - 39	13370	13166
40 - 44	13414	13463
45 - 49	12000	12003
50 - 54	9962	10544
55 - 59	7826	8632
60 - 64	6015	7196
65 - 69	4608	5160
70 - 74	2431	2834
75+	2176	3199
Jumlah	**172.356**	**171.141**

Sumber : Pusdatin 2021

Grafik 2.2

Piramida Penduduk Kota Cirebon Tahun 2021



Sumber : Pusdatin, 2021

Analisa kependudukan dibatasi pada analisa distribusi jenis kelamin dan usia berdasarkan tabel piramida penduduk kemudian dihubungkan dengan angka kematian dan fertilitas dan mortalitas serta faktor-faktor yang mempengaruhinya, mobilitas penduduk juga mempengaruhi jumlah penduduk seperti konsentrasi penduduk (perkotaan, pedesaan, pesisir), urbanisasi, transmigrasi, migrasi ke daerah tertentu, tenaga kerja ke luar negeri.

Kualitas penduduk dapat diketahui dengan melihat data angka kematian bayi dan anak, angka kematian ibu, kekurangan gizi, indeks pembangunan manusia (IPM/HDI), pendidikan dan angka buta huruf, pengganggguran dan kemiskinan (MMR, IMR, HDI). Analisa kependudukan sangat penting artinya dalam kemajuan bangsa dengan prasyarat dibangun SDM-nya. Semua pihak yang berkepentingan dengan proses pembangunan perlu melihat persoalan-persoalan dari sudut pandang demografis. Karena obyek dari pembangunan sendiri adalah penduduk yang berdiam dalam suatu negara.

Negara Indonesia sebagai negara berkembang, tergolong sebagai negara yang memiliki jumlah penduduk yang cukup besar. Sumber daya manusia yang melimpah dapat menjadi aset negara yang cukup penting bila dimanfaatkan dengan baik dan terarah untuk kemajuan pembangunan nasional. Oleh karena

itu, analisis mengenai kependudukan ini dapat digunakan untuk melihat realitas dalam masyarakat, baik kepadatan penduduk, persebaran penduduk, registrasi penduduk serta struktur penduduk. Dalam menganalisa kependudukan dalam program (kesehatan dan KB) adalah penyajian data demografi yang akan memberikan angka-angka dasar yang biasa digunakan untuk menentukan rate, ratio dan presentase.

Piramida penduduk merupakan metode yang baik untuk mengemukakan data tentang usia dan jenis kelamin, karena gambar piramida penduduk memberikan kesan visual yang cepat tentang apa yang terjadi dalam populasi (penduduk) disuatu wilayah. Bagaimana komposisi penduduk menurut umur dan jenis kelamin serta karakteristik penduduknya akan memberikan pengelompokan secara :

1. Ekspansif jika sebagian besar penduduk berada dalam kelompok umur muda
2. Konstruktif jika penduduk yg berada dalam kelompok termuda jumlahnya sedikit
3. Stasioner jika banyaknya penduduk dalam kelompok termuda dan dewasa sama banyaknya.

Pada piramida penduduk Kota Cirebon tahun 2021 terlihat berbentuk pucuk granat, bentuk piramida ini menggambarkan angka kelahiran dan tingkat kelahiran yang rendah. Penurunan kelompok usia 0-4 tahun menunjukan angka kelahiran menurun, ini dimungkinkan program KB berhasil untuk menurunkan angka kelahiran.

2.4 Kepadatan Penduduk.

Di Kota Cirebon terdiri dari 5 Kecamatan dengan luas daerah 37,358 Km2. Pada Tahun 2021 jumlah penduduk di Kota Cirebon sebesar 343.497 jiwa dengan tingkat kepadatan penduduk 8,47 jiwa/km^2 . Berikut data kepadatan penduduk Kota Cirebon periode 2010-2021.

Tabel 2.3

Kepadatan Penduduk Di Kota Cirebon Tahun 2018 - 2021

No	Tahun	Kepadatat Penduduk Per –Kilometer Persegi
1	2018	8,47
2	2019	8,55
3	2020	8,63
4	2021	8,54

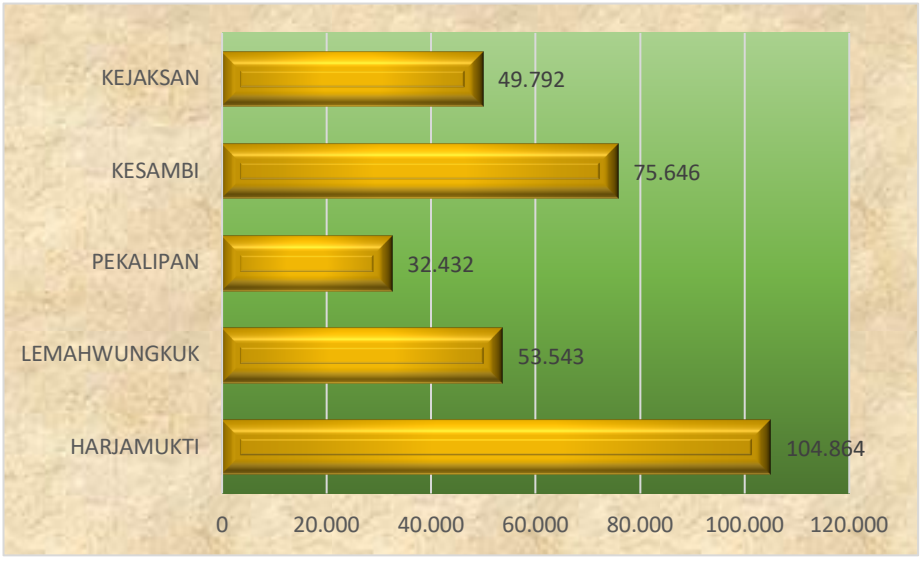
Sumber : Pusdatin 2021

Kepadatan penduduk yang paling tinggi terdapat di Kecamatan Kecamatan Pekalipan (Kelurahan Jagasatru, Kelurahan Pulasaren, Kelurahan Pekalipan, Kelurahan Pekalangan) yaitu 18,98/ km^2, diikuti oleh Kecamatan Kejaksan (Kelurahan Kejaksan, Kelurahan Pamitran, Kelurahan Jalan Kembang dan Kelurahan Nelayan) yaitu 12,88/km^2, Kecamatan yang paling rendah kepadatan penduduknya adalah Kecamatan Harjamukti (Kelurahan Harjamukti, Kelurahan Kecapi, Kelurahan Larangan, Kelurahan Argasunya, Kelurahan Kalijaga) yaitu 6,49/km^2.

Grafik 2.4

Distribusi Jumlah Penduduk Di Kota Cirebon

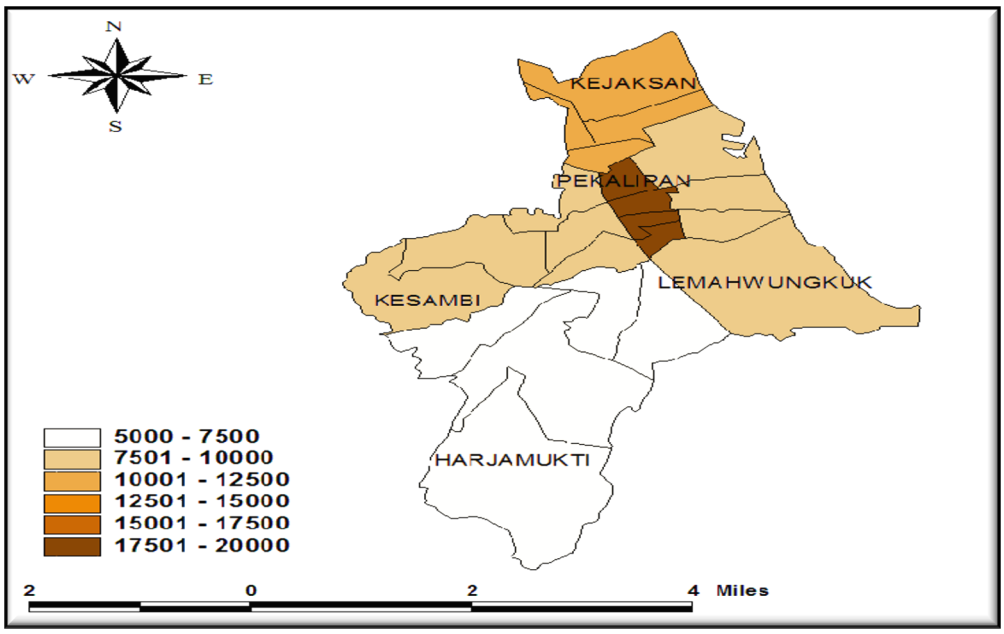
Berdasarkan Kecamatan Tahun 2021



Jumlah penduduk di kecamatan Kota Cirebon terbanyak di kecamatan Harjamukti dengan jumlah 104.864 jiwa, disusul kecamatan Kesambi dengan jumlah 75.646 jiwa, kecamatan Lemahwungkuk sebanyak 53.543 jiwa, Kecamatan Kejaksan 49,792 dan yang paling sedikit kecamatan Pekalipan hanya 32.432 jiwa dan jika dilihat dari luas wilayah maka kecamatan Pekalipan merupakan kecamatan di Kota Cirebon dengan luas wilayah paling kecil, tetapi jika dilihat dari kepadatannya maka Kecamatan Pekalipan menempati kepadatan yang paling tinggi di Kota Cirebon karena luas wilayah paling kecil. Data selengkapnya dapat dilihat dalam gambar di atas.

Gambar 2

Peta Distribusi Kepadatan Penduduk Kota Cirebon Tahun 2021



Sumber : BPS Kota Cirebon

2.5 Rasio Beban Tanggungan.

Rasio beban **tanggungan** atau disebut juga **rasio tanggungan keluarga** (Dependency Ratio/DR) adalah perbandingan antara jumlah penduduk usia tidak produktif (penduduk usia muda dan penduduk usia lanjut) dengan jumlah penduduk usia produktif.

Rasio ketergantungan (*dependency ratio*) dapat digunakan sebagai indikator yang secara kasar dapat menunjukkan keadaan ekonomi suatu daerah apakah tergolong daerah maju atau daerah yang sedang berkembang. *Dependency ratio* merupakan salah satu indikator demografi yang penting. Semakin tingginya persentase *dependency ratio* menunjukkan semakin tingginya beban yang harus ditanggung penduduk yang produktif untuk membiayai hidup penduduk yang belum produktif dan tidak produktif lagi. Sedangkan persentase *dependency ratio* yang semakin rendah menunjukkan semakin rendahnya beban yang ditanggung penduduk yang produktif untuk membiayai penduduk yang belum produktif dan tidak produktif lagi

1. Ratio Beban Tanggungan (DR Total) $= \frac{P_{0-14} + P_{65+}}{P_{15-64}} \times 100$
2. Ratio Beban Tanggungan (DR Muda) $= \frac{P_{0-14}}{P_{15-64}} \times 100$
3. Ratio Beban Tanggungan (DR Tua) $= \frac{P_{65+}}{P_{15-64}} \times 100$

P0-14 = Penduduk usia muda (0-14 tahun)
P65+ = Penduduk usia lanjut (65 tahun ke atas)
P15-64 = Penduduk usia produktif (15-64 tahun)

Dari data penduduk menurut kelompok umur dapat kita hitung Angka Ketergantungan Penduduk (*Dependency Ratio*) bahwa:

1. Jumlah penduduk yang berusia muda (0-14 tahun) = 76.013 (24,03%) ,
2. Berusia produktif (15 – 64 tahun) = 222.547 (70,36%)
3. Berusia tua (≥ 65 tahun) = 17.717 (5,60%).

Ratio Beban Tanggungan (DR Total) = 42,12 %
Ratio Beban Tanggungan (DR Muda) = 34,15 %
Ratio Beban Tanggungan (DR Tua) = 7,96%

Dengan demikian maka beban tanggungan penduduk total Kota Cirebon pada tahun 2021 atau Rasio ketergantungan total tahun 2021 adalah sebesar 42,12 persen, artinya setiap 100 orang yang berusia kerja (dianggap produktif) mempunyai tanggungan sebanyak 42 orang yang belum produktif dan dianggap tidak produktif lagi. Rasio sebesar 42,12 persen ini disumbangkan oleh rasio ketergantungan penduduk muda sebesar 34,15 persen, dan rasio ketergantungan penduduk tua sebesar 7,96 persen. Dari indikator ini terlihat bahwa pada tahun 2021 penduduk usia kerja di Kota Cirebon masih dibebani tanggung jawab akan penduduk muda yang proporsinya lebih banyak dibandingkan tanggung jawab terhadap penduduk tua.

Angka Beban Tanggungan (*Dependency Ratio*) Tahun 2015 - 2021 dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 2.4

Dependency Ratio Di Kota Cirebon Tahun 2018 – 2021

TAHUN	*DEPENDENCY RATIO*
2018	42,12
2019	42,12
2020	42,12
2021	43,67

Sumber : Pusdatin 2021

2.6 Rasio Jenis Kelamin.

Data mengenai rasio jenis kelamin berguna untuk pengembangan perencanaan pembangunan yang berwawasan gender, terutama yang berkaitan dengan perimbangan pembangunan laki-laki dan perempuan secara adil. Misalnya, karena adat dan kebiasaan jaman dulu yang lebih mengutamakan pendidikan laki-laki dibanding perempuan, maka pengembangan pendidikan berwawasan gender harus memperhitungkan kedua jenis kelamin dengan mengetahui berapa banyaknya laki-laki dan perempuan dalam umur yang sama. Informasi tentang rasio jenis kelamin juga

penting diketahui oleh para politisi, terutama untuk meningkatkan keterwakilan perempuan dalam parlemen.

2.7 Perhitungan Ratio Jenis Kelamin (RJK)

RJK diperoleh dengan membagi jumlah penduduk laki-laki dengan jumlah penduduk perempuan dan hasilnya dikalikan dengan 100. dimana
RJK (Ratio Jenis Kelamin/Sexs Ratio) adalah rasio jenis kelamin
∑ L adalah jumlah penduduk laki-laki di suatu daerah pada suatu waktu
∑ P adalah jumlah penduduk perempuan di suatu daerah pada suatu waktu
K =100 pendduduk perempuan.

Ratio jenis kelamin atau disebut juga sex ratio diperlukan untuk melihat secara umum komposisi jenis kelamin dari penduduk. Ratio jenis kelamin penduduk Kota Cirebon pada Tahun 2021 adalah 100,99 artinya pada tiap 100 orang perempuan terdapat 100-101 penduduk laki-laki. Pada tabel berikut menunjukan distribusi rasio jenis kelamin merurut Kecamatan di Kota Cirebon Tahun 2021:

Tabel 2.5

Distribusi Sex Ratio Per Kecamatan Di Kota Cirebon Tahun 2018 - 2021

NO	KECAMATAN	2018	2019	2020	2021
1	Kejaksan	100,37	100,561	98,213	100,37
2	Kesambi	100,25	100,561	100,171	100,25
3	Pekalipan	99,31	100,563	100,578	99,31
4	Lemahwungkuk	101,65	100,555	101,478	101,65
5	Harjamukti	100,10	100,563	102,312	100,10

Sumber : Pusdatin 2021

Dari data diatas dapat disimpulkan bahwa di kota Cirebon pada Tahun 2021 terdapat seks rasio tertinggi di Kecamatan Lemahwungkuk dan Kejaksan yaitu 101,65 dan 100,37 sedangkan seks rasio terendah terdapat di Kecamatan Pekalipan yaitu 99,31.

BAB 3
SITUASI DERAJAT KESEHATAN

3.1 Angka Kematian

3.1.1 Angka Kematian Bayi

Kematian bayi adalah kematian yang terjadi antara saat setelah bayi lahir sampai bayi belum berusia tepat satu tahun (bayi lahir dalam keadaan hidup). Kematian Neo-Natal adalah kematian yang terjadi sebelum bayi berumur satu bulan atau 28 hari, umumnya disebabkan oleh faktor-faktor yang dibawa sejak lahir yang diperoleh dari orang tuanya pada saat konsepsi atau didapat selama kehamilan. Kematian post neo-natal, 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.

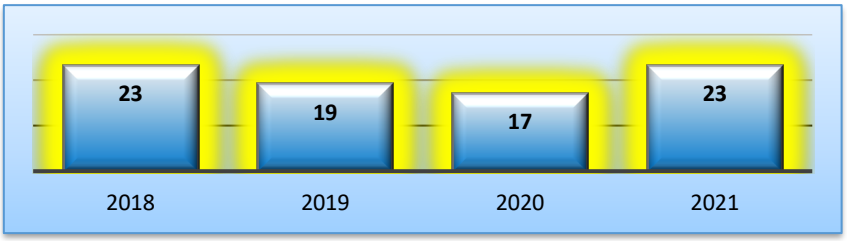
Angka kematian bayi (AKB) merupakan indikator yang sangat penting untuk mengetahui gambaran tingkat permasalahan kesehatan masyarakat. Faktor yang berkaitan dengan penyebab kematian bayi antara lain adalah tingkat pelayanan antenatal, status gizi ibu hamil, tingkat keberhasilan program KIA, serta kondisi lingkungan dan social ekonomi.

Untuk mengetahui jumlah kematian bayi di Kota Cirebon sebagaimana grafik berikut:

Grafik 3.1

Jumlah Kematian Bayi usia 0 – 11 bulan

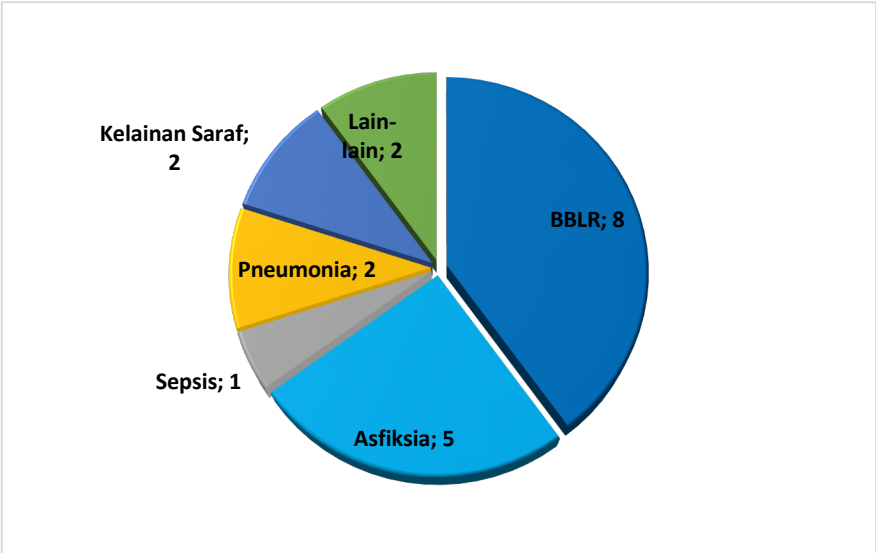
Tahun 2018 – 2021



Grafik 3.2

Penyebab Kematian Bayi (Usia 0 – 11 bulan)

Kota Cirebon Tahun 2021



Dalam upaya menurunkan angka kematian bayi di Kota Cirebon pemerintah daerah dalam hal ini Dinas Kesehatan Kota Cirebon telah melakukan program akselerasi penurunun angka kematian bayi yaitu dengan penguatan **kampung siaga** sebagai penggerakan dan pemberdayaan masyarakat untuk hidup sehat, penguatan jejaring Rumah Sakit Berbasis Masyarakat (RSBM) sebagai upaya meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas serta mendekatkan pelayanan kesehatan khususnya untuk pelayanan kesehatan ibu dan anak.

3.1.2 Angka Kematian Anak Balita

Angka Kematian Anak Balita (AKABA) adalah jumlah kematian anak umur 12–59 bulan /1000 lahir hidup. AKABA dapat digunakan untuk menggambarkan tingkat permasalahan kesehatan.

Faktor – faktor yang berpengaruh terhadap kesehatan anak balita yang berdampak pada AKABA adalah seperti : perilaku keluarga dalam melaksanakan 10 indikator PHBS tatanan rumah tangga, perilaku keluarga

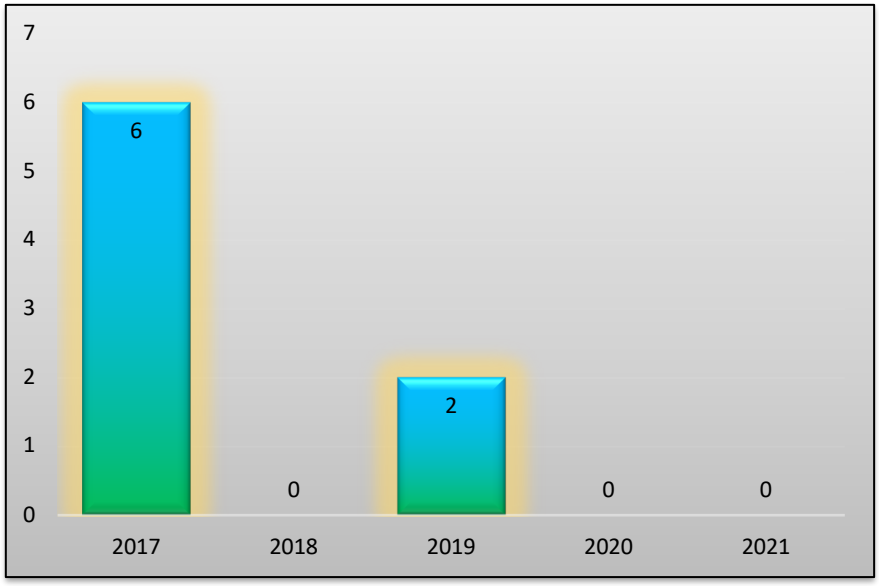
dalam melaksanakan indikator KADARZI, imunisasi, sanitasi dan Pencegahan penyakit melalui imunisasi dan pencegahan infeksi , keterlambatan berobat ke sarana pelayanan kesehatan baik Puskesmas maupun Rumah Sakit, kurangnya pengetahuan orang tua dan masyarakat terhadap deteksi dini gejala yang dapat menimbulkan hal tersebut diatas.

Data kematian anak balita di Kota Cirebon Tahun 2021 terjadi penurunan yang cukup signifikan dibandingkan tahun sebelumnya . Secara rinci data kematian anak balita yaitu tahun 2017 adalah sebanyak 6 orang (laki-laki 1 orang, perempuan 5 orang) dari kelahiran hidup 5.395 orang , sedangkan pada tahun 2021 tidak ada kematian anak balita dari 5.652 Kelahiran Hidup. Untuk mengetahui perkembangan jumlah kematian anak balita di Kota Cirebon sebagaimana grafik berikut :

Grafik 3.3

Jumlah Kematian Anak Balita Kota Cirebon

Tahun 2015 - 2021



Sumber : Seksi Kesga dan Gizi, Bidang Kesmas

3.1.3 Jumlah Kematian Ibu

Angka kematian ibu (AKI) berguna untuk menggambarkan tingkat kesadaran perilaku hidup sehat, status gizi dan kesehatan ibu, kondisi kesehatan lingkungan, tingkat pelayanan kesehatan terutama untuk ibu hamil, pelayanan kesehatan waktu melahirkan dan masa nifas. AKI diperoleh dari jumlah kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup (jumlah kematian hamil + jumlah kematian ibu bersalin + jumlah kematian ibu nifas). Angka Kematian ibu di Kota Cirebon dinyatakan dalam bentuk jumlah karena jumlah kelahiran hidup tidak mencapai 100.000.

Di Kota Cirebon jumlah kematian ibu pada tahun 2021 adalah 3 orang per 5679 kelahiran hidup, terjadi penurunan dari tahun sebelumnya, dimana pada tahun 2017 terdapat kematian ibu sebanyak 12 orang per 5062 kelahiran hidup. Penyebab kematian ibu tahun 2021 disebabkan karena penyebab langsung yaitu Preeklampsi berat 1 orang dan Emboli air ketuban 1 orang dan solution placenta 1 orang. Dengan menurunnya kematian ibu hal ini menggambarkan pemeriksaan fisik pada saat antenatal untuk deteksi dini faktor risiko sudah cukup baik, tetapi masih perlu adanya peningkataan ketrampilan dalam deteksi dini melalui RSBM dan Peningkatan Kualitas Pelayanan Antenatal Care.

3.2 Angka Kesakitan

3.2.1 Imunisasi

Imunisasi melindungi anak terhadap beberapa Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I). Seorang anak diimunisasi dengan vaksin yang disuntikkan atau diteteskan melalui mulut. Pada beberapa negara hepatitis masih menjadi masalah. Sepuluh dari 100 orang akan menderita hepatitis sepanjang hidupnya jika tidak diberi vaksin hepatitis B. Sampai dengan seperempat dari jumlah anak yang menderita hepatitis B dapat berkembang menjadi kondisi penyakit hati yang serius, seperti kanker hati. Disamping itu wajib diberikan imunisasi hepatitis B segera setelah bayi lahir untuk

mencegah penularan virus hepatitis dari ibu kepada anaknya.

Imunisasi BCG dapat melindungi anak dari penyakit tuberculosis. Imunisasi DPT dapat mencegah penyakit diptheri, pertusis dan tetanus. Diptheri menyebabkan infeksi saluran pernafasan atas, yang dalam beberapa kasus dapat menyebabkan kesulitan bernafas bahkan kematian. Tetanus menyebabkan kekakuan otot dan kekejangan otot yang menyakitkan dan dapat mengakibatkan kematian. Pertusis atau batuk rejan mempengaruhi saluran pernafasan dana dapat menyebabkan batuk hingga delapan minggu.

Semua anak perlu mendapatkan imunisasi polio. Tanda-tanda polio adalah tungkai tiba-tiba lumpuh dan sulit untuk bergerak. Dari 200 anak yang terinfeksi polio, maka satu orang akan menjadi cacat sepanjang hidupnya.

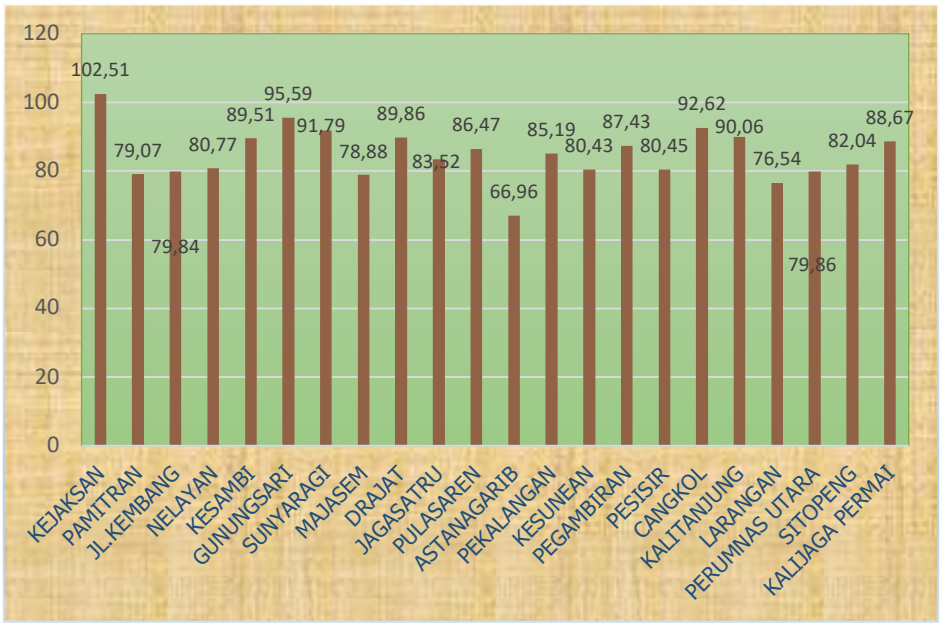
Sebagai salah satu kelompok yang menjadi sasaran program imunisasi, setiap bayi wajib mendapatkan lima imunisasi dasar lengkap (IDL) yang terdiri dari : 1 dosis BCG, 3 dosis DPT, 4 dosis polio, 3 dosis hepatitis B, dan 1 dosis campak. Dari kelima imunisasi dasar lengkap yang diwajibkan tersebut, campak merupakan imunisasi yang mendapat perhatian lebih yang dibuktikan dengan komitmen Indonesia pada lingkup ASEAN dan SEARO untuk mempertahankan cakupan imunisasi campak sebesar 90%. Hal ini terkait dengan realita bahwa campak adalah salah satu penyebab utama kematian pada balita. Dengan demikian pencegahan campak memiliki peran signifikan dalam penurunan angka kematian balita.

Vaksinasi Campak adalah merupakan indikator imunisasi bayi lengkap dengan target 90% pencapaian sedangkan hasil yang dicapai tingkat Kota Cirebon 95,5%, dalam tingkat kota Vaksinasi campak sudah mencapai target. Bagi puskesmas yang belum mencapai target imunisasi bayi lengkap, diharapkan agar bayi yang belum terimunisasi dapat segera divaksinasi supaya dapat mencapai terget

imunisasi bayi lengkap 90%.

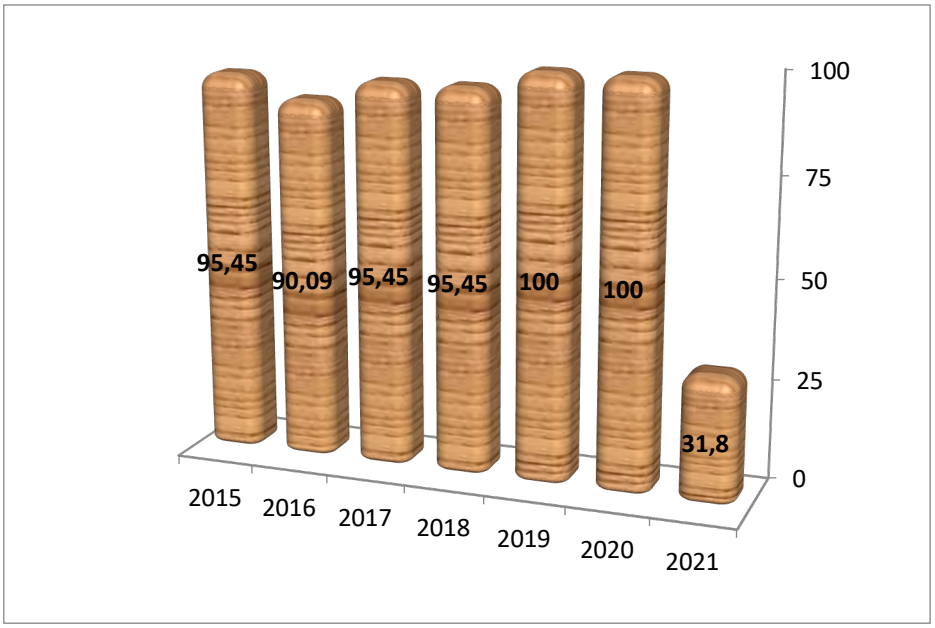
Grafik 3.5

Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap Kota Cirebon 2021



Grafik 3.6

Pencapaian Hasil UCI Desa Tahun 2015 - 2021



Data diatas dapat kita simpulkan bahwa pencapaian hasil UCI Desa/ Kelurahan mengalami penurunan dari tahun 2019 dan 2020 (100%) ke

tahun 2021 (31,8%) hal ini terjadi karena capaian hasil dari puskesmas yang menurun dengan signifikan akibat adanya pandemia yang mengharuskan puskesmas melakukan tracing dan treatment yang harus di dahulukan termasuk pemberian vaksin dengan target capaian yang tingi. Dengan hasil penurunan pada kedua puskesmas tersebut diatas akan sangat berdampak pada capaian tingkat kota yang mengalami penurunan capaian.

Adapun upaya yang telah dilakukan pada masa tersebut dengan memotifasi petugas, diharapkan pada tahun anggaran 2021 dapat dilakukan kegiatan *Capacity Building* yang diharapkan hal ini dapat memacu kinerja baik secara individu maupun tim pada tingkatan tertentu.

Program Imunisasi merupakan upaya kesehatan masyarakat yang terbukti paling *cost effective* dan telah diselenggarakan di indonesia sejak tahun 1956. Dengan program ini, Indonesia dinnyatakan bebas dari penyakit cacar sejak tahun 1974. Mulai tahun 1977 kegiatan imunisasi diperluas menjadi Program Pengembangan Imunisasi (PPI) dalam rangka pencegahan penularan terhadap beberapa Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) yaitu Tuberkulosis, Difteri, Pertusis, Campak, Polio, Tetanus, Hepatitis B, serta Pneumonia.

Penyakit lain yang sudah dapat ditekan sehingga perlu ditingkatkan programnya adalah tetanus maternal dan neonatal serta campak.Untuk tetanus tyelah dikembangkan upaya Eliminasi Tetanus Maternal dan Neonatal *(Maternal Tetanus Elimination/MNTE).* Terhadap penyakit campak dikembangkan upaya Reduksi Campak (RECAM) dan untuk penyakit polio dilakukan upaya Eradukasi Polio (ERAPO).

Dari Uraian diatas jelaslah bahwa upaya imunisasi perlu terus ditingkatkan untuk mencapai tingkat *population immunity* (kekebalan masyarakat) yang tinggi sehingga PD3I dapat dieradikasi, dieliminasi, dan direduksi melalui pelayanan imunisasi yang semakin efektif, efisien dan berkualitas.

Pencapaian Universal *Child Imunization* (UCI) pada tahun 2017 menggunakan 2 Versi, 1 yaitu;Versi dengan menggunakan komposit 4 Antigen yaitu : BCG, DPT-HB3, polio 4 dan campak, apabila keempat antigen tersebut mencapai target >80% berarti sudah dianggap UCI. Sedangkan yang dicapai oleh Kota Cirebon dari Januari sampai dengan Desember 2021 mencapai 95,5% berarti sudah mencapai UCI tingkat kota, dari 22 puskesmas hanya ada 1 puskesmas yang belum mencapai UCI yaitu **puskesmas Pulasaren**.

Sedangkan Versi yang ke 2 yaitu dengan berdasarkan Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) yaitu Usia 0-11 Bulan yang sudah mendapatkan Imunisasi Dasar Lengkap dari HB-O,BCG,DPT-Hib 1-3,Polio1-4, dan campak/MR, apabila hasil cakupan IDL >80% maka sudah dikatakan UCI. Kota cirebon sendiri dari januari sampai Desember 2021 sudah mencapai 83,85% berarti sudah mencapai UCI tingkat kota. Imunisasi Dasar Lengkap adalah merupakan indikator imunisasi usia 0-11 bulan yang sudah mendapatkan imunisasi dasar lengkap (IDL) dengan target 92% sedangkan hasil yang dicapai tingkat Kota Cirebon 83,85%, dalam hal ini capaian tingkat kota cirebon belum mencapai target. Bagi puskesmas yang belum mencapai target imunisasi dasar lengkap pada usia 0-11 bulan, diharapkan agar bayi yang belum mendapatkan imunisasi dasar lengkap agar dapat segera melengkapi imunisasinnya supaya dapat mencapai terget 92%.

3.2 Penyakit Menular

a. Tuberkulosis Paru

Tuberkulosis merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri Mycobacterium tuberculosis. Penyakit ini menyebar melalui droplet orang yang telah terinfeksi basil tuberkulosis.

Capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dalam memberikan pelayanan orang dengan terduga tuberculosis dinilai dari

persentase jumlah orang terduga tuberkulosis yang mendapatkan pelayanan tuberkulosis sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun dengan target 100%. Standar Pelayanan Minimal dalam program tuberkulosis adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan kepada orang yang memiliki gejala dan tanda tuberkulosis dengan penegakan diagnosis tuberkulosis melalui pemeriksaan bakteriologis dan klinis, dilakukan pemeriksaan penunjang lainnya atau di rujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjut serta dilakukan pengobatan sesuai standar jika dinyatakan tuberkulosis.

Beban penyakit yang disebabkan oleh tuberkulosis dapat diukur dengan case notification rate (CNR) dan prevalensi (didefinisikan sebagai jumlah kasus tuberkulosis pada suatu titik waktu tertentu) dan mortalitas/kematian (didefinisikan sebagai jumlah kematian akibat tuberkulosis dalam jangka waktu tertentu).

a. Standar Pelayanan Minimal (SPM)

b. Angka notifikasi kasus atau case notification rate (CNR)

Angka notifikasi kasus adalah angka yang menunjukkan jumlah pasien baru yang ditemukan dan tercatat diantara 100.000 penduduk di suatu wilayah tertentu. Angka ini apabila dikumpulkan serial akan menggambarkan kecenderungan penemuan kasus dari tahun ke tahun di wilayah tersebut. Angka ini berguna untuk menunjukkan kecenderungan (trend) meningkat atau menurunnya penemuan pasien pada wilayah tersebut.

Kasus Baru BTA+ adalah Pasien yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan (4 minggu). TB BTA + yaitu penemuan pasien TB melalui pemeriksaan Pemeriksaan dahak selain berfungsi untuk menegakkan diagnosis, juga untuk menentukan potensi penularan dan menilai keberhasilan pengobatan. Pemeriksaan dahak untuk penegakan

diagnosis dilakukan dengan mengumpulkan 2 contoh uji dahak yang dikumpulkan berupa dahak Sewaktu-Pagi (SP):

a) S (Sewaktu): dahak ditampung di fasyankes.

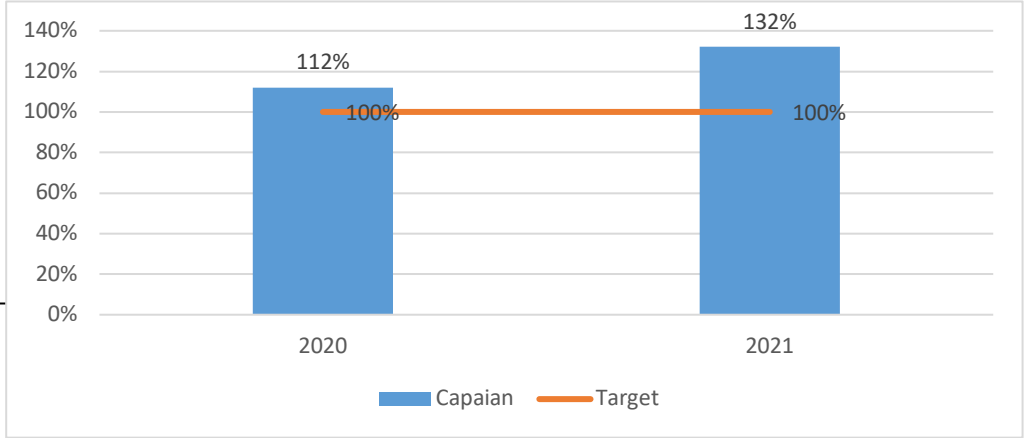
b) P (Pagi): dahak ditampung pada pagi segera setelah bangun tidur. Dapat dilakukan dirumah pasien atau di bangsal rawat inap bilamana pasien menjalani rawat inap. Seluruh kasus TB adalah Kasus TB (semua tipe) yang ditemukan dan diobati

A. Standar Pelayanan Minimal (SPM)

SPM TB adalah Pelayanan kesehatan orang terduga TB. Penetapan sasaran orang terduga TB menggunakan data orang yang kontak erat dengan penderita TB dan ditetapkan oleh Kepala Daerah. Capaian kinerja Pemerintah Kabupaten/Kota dalam memberikan pelayanan sesuai standar bagi orang dengan terduga TB dinilai dari persentase jumlah orang terduga TB yang mendapatkan pelayanan TB sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun. Persentase Orang terduga TB mendapatkan pelayanan TB sesuai Standar adalah Jumlah orang terduga TB yang dilakukan pemeriksaan penunjang dalam kurun waktu satu tahun : Jumlah orang yang terduga TB dalam kurun waktu satu tahun yang sama x 100% berikut Capaian SPM Kota Cirebon di tahun 2021.

Grafik 3.1

Capaian SPM Kota Cirebon Tahun 2020 sampai dengan tahun 2021



Sumber data: SITB Tahun 2020-2021

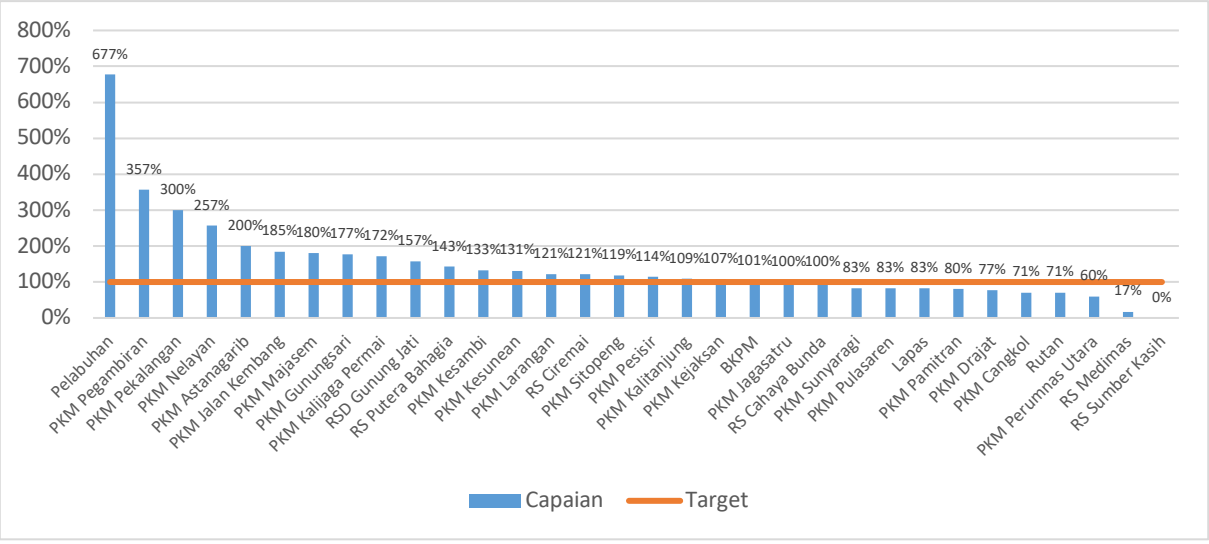
Grafik diatas menunjukkan SPM tahun 2020 dengan presentase 112%, tahun 2021 dengan presentase 132% dari target 100%. Kota Cirebon dalam kurun waktu 2 tahun terakhir mencapai target yang sudah ditentukan ini dikarenakan peran aktif petugas kesehatan, Kader dan Organisasi masyarakat serta peran komunitas terkait dalam penanggulangan TB di Kota Cirebon. SPM di Kota Cirebon sudah memenuhi target karena adanya 5 layanan pemeriksaan Tes Cepat Molekuler (TCM) dan 1 Fasilitas Layanan Rujukan TB RO yang melayani wilayah III Ciayumajakuning (Kabupaten Cirebon, Kabupaten Indramayu, Kabupaten Majalengka dan Kabupaten Kuningan) Letak Geografis Kota Cirebon serta mudahnya akses sarana dan prasarana pelayanan kesehatan menjadi faktor tercapainya Indikator SPM . Untuk beberapa Puskesmas yang belum memenuhi SPM, dikarenakan kurangnya koordinasi baik jejaring internal maupun eksternal puskesmas, petugas yang merangkap program, kolaborasi antar layanan serta pasien yang sulit untuk mengeluarkan dahak untuk diagnosa TB.

B. Cakupan penemuan semua kasus TB (*Case Detection Rate/CDR*)

CDR adalah jumlah semua kasus TB yang diobati dan dilaporkan di antara perkiraan jumlah semua kasus TB (insiden). CDR menggambarkan seberapa banyak kasus TB yang terjangkau oleh program.

Grafik. 3.2

Capaian CDR di Fasilitas Kesehatan Kota Cirebon Tahun 2021

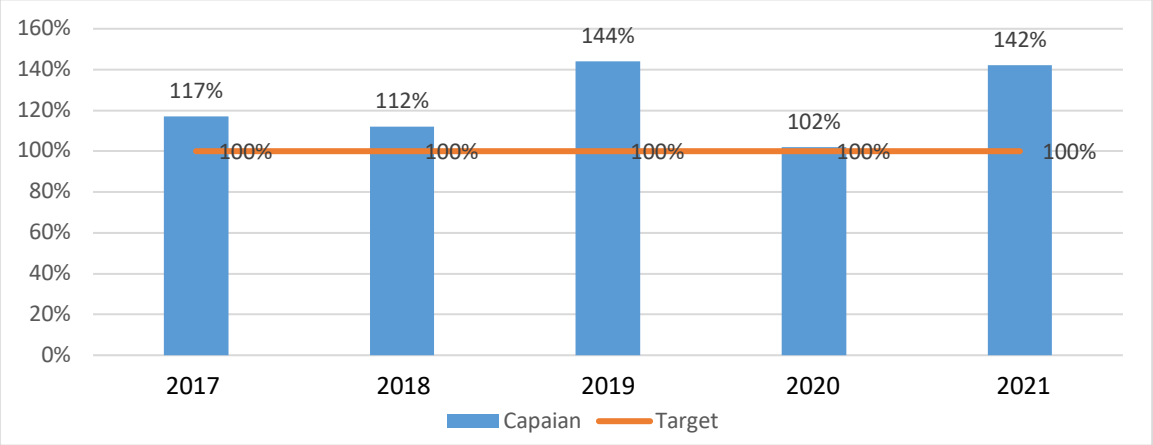


Sumber data: SITB Tahun 2021

Berdasaarkan grafik di atas capaian penemua kasus (*Case Detection Rate*) ditahun 2021 banyak yang mencapai target yang telah di tetepkan dengan presentase 100%. Presentase tertinggi yaitu Rumah Sakit Pelabuhan dengan Presentase 677%. Pencapaian dikarenakan penanggulangan TB di Kota Cirebon sudah melibatkan masyarakat dan semua pihak terkait pemerintah maupun swasta.

Grafik. 3.3

CDR di Kota Cirebon Tahun 2017 sampai dengan Tahun 2021



Sumber data: SITT Tahun 2017-2019 dan SITB Tahun 2020-2021

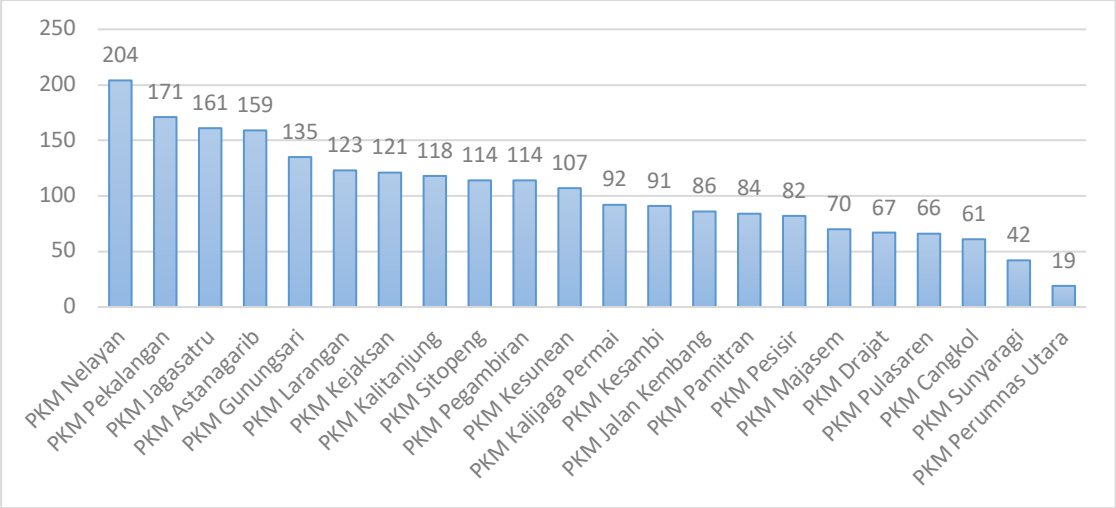
Grafik diatas menggambarkan bahwa penemuan Kasus TB di kota Cirebon terendah di Tahun 2019 sejumlah 102%, hal ini dikarenakan terbatasinya pelayan DOTS di masa pandemi Covid-19. Kota Cirebon sudah mencapai target setiap tahun. Tercapainya penemuan kasus setiap tahun dikarenakan strategi penemuan pasif-intensif dan aktif-masif pada kelompok berisiko TB.

C. Angka notifikasi semua kasus TB diobati (*Case Notification Rate/CNR*) per 100.000

CNR adalah jumlah semua kasus TB yang diobati dan dilaporkan diantara 100.000 penduduk yang ada di suatu wilayah tertentu. Angka ini apabila dikumpulkan serial, akan menggambarkan kecenderungan (trend) meningkat atau menurunnya penemuan kasus dari tahun ke tahun di suatu wilayah. Capaian CNR di Fasilitas Kesehatan Kota Cirebon Tahun 2021 sebagai berikut:

Grafik 3.4

CNR di Wilayah Kerja Puskesmas Kota Cirebon Tahun 2021

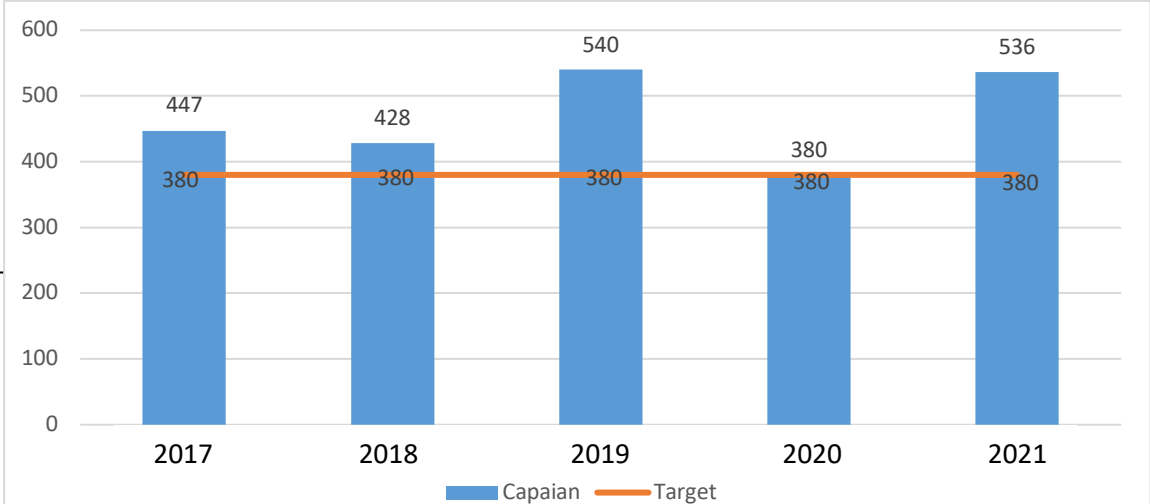


Sumber data: SITB Tahun 2021

Grafik menunjukkan CNR capaian di wilayah kerja puskesmas belum tercapai dikarenakan kecenderungan penemuan kasus terjadi layanan dengan fasilitas lebih memadai (memiliki layanan Tes Cepat Molekuler dan memiliki pelayanan rujukan).

Grafik. 3.5

CNR Kota Cirebon Tahun 2017 sampai dengan Tahun 2021



Sumber data: SITT Tahun 2017-2019 dan SITB Tahun 2020-2021

Grafik diatas menggambarkan bahwa capaian kasus TB yang diobati dan dilaporkan per 100.000 penduduk dari tahun 2017 sampai tahun 2021 telah memenuhi target bahkan melebihi angka target. Peningkatan signifikan terjadi dari tahun 2020 ke tahun 2021. Keberhasilan ini menggambarkan kinerja fasilitas Kesehatan di Kota Cirebon.

D. Angka keberhasilan pengobatan pasien TB *(Succes Rate*/SR)

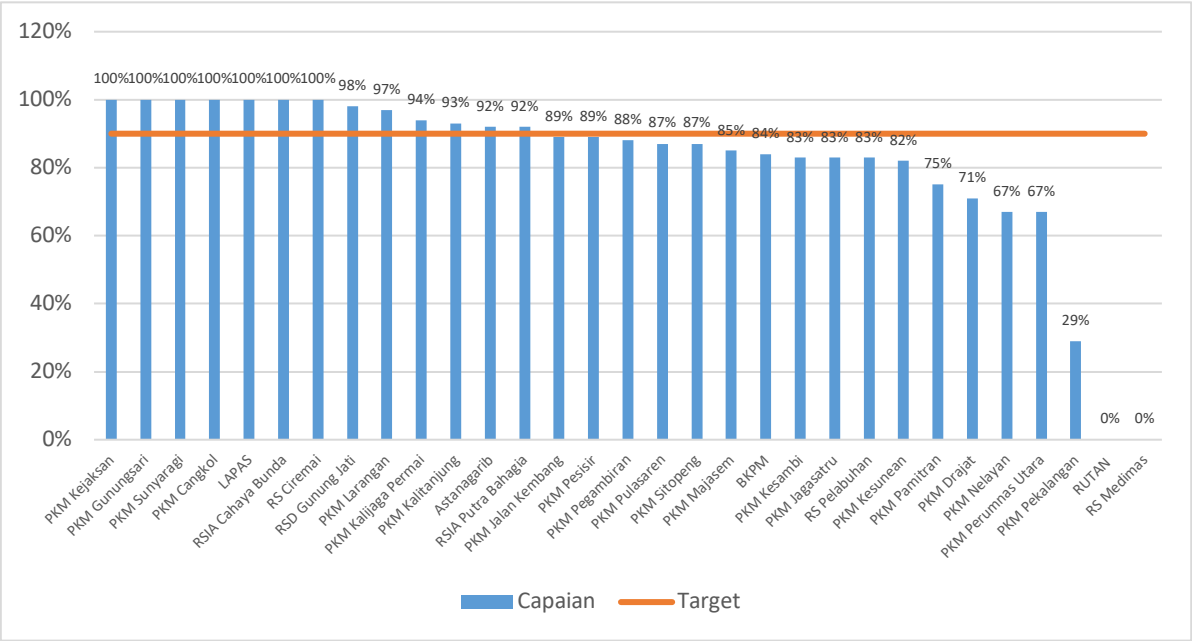
Jumlah semua kasus TB yang sembuh dan pengobatan lengkap diantara semua kasus TB yang diobati dan dilaporkan. Angka ini merupakan penjumlahan dari angka kesembuhan semua kasus dan angka pengobatan lengkap semua kasus. Dan menggambarkan kualitas pengobatan TB.

Angka kesembuhan semua kasus yang harus dicapai minimal 85% sedangkan angka keberhasilan pengobatan semua kasus minimal 90%. Walaupun angka kesembuhan telah mencapai 85%, hasil pengobatan lainnya tetap perlu diperhatikan, meninggal, gagal, putus berobat, dan tidak dievaluasi. Angka pasien putus berobat tidak boleh lebih dari 10%, karena akan menghasilkan proporsi kasus t*retreatment* yang tinggi di masa datang yang disebabkan karena tidak efektif dari pengendalian TB.

Menurunnya angka pasien putus berobat karena peningkatan kualitas pengendalian TB akan menurunkan proporsi kasus pengobatan ulang antara 10-20% dalam beberapa tahun. Angka gagal tidak boleh lebih dari 4% untuk daerah yang belum ada masalah resistensi obat, dan tidak boleh lebih besar dari 10% untuk daerah yang sudah ada masalah resisten obat. Dibawah ini Angka keberhasilan pengobatan TB Kota Cirebon Tahun 2021:

Grafik 3.6

***Succes Rate* (SR) Fasilitas Kesehatan Kota Cirebon Tahun 2021**

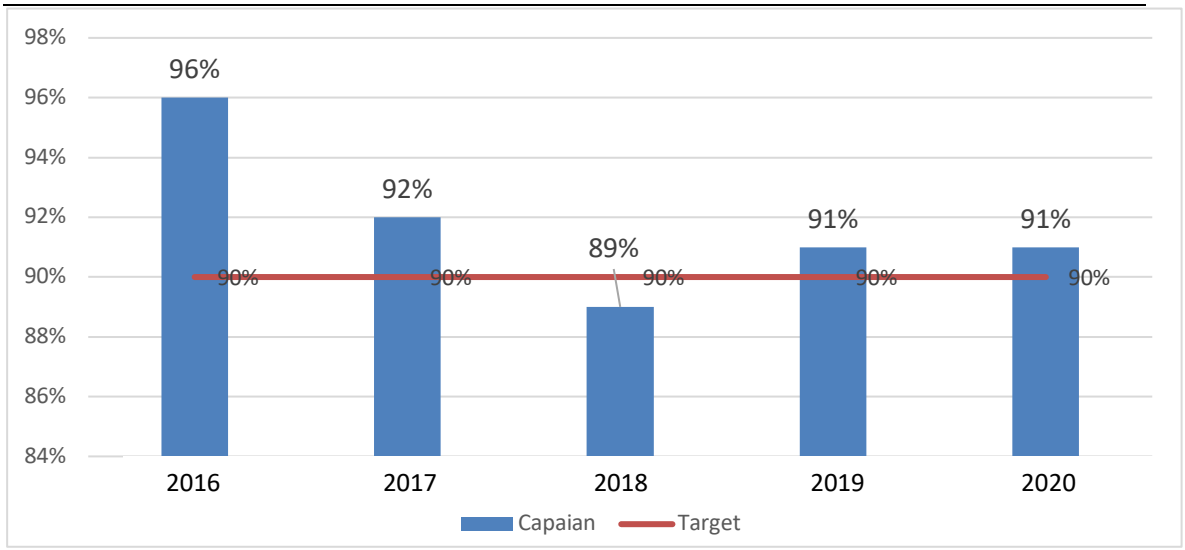


Sumber Data: SITB Tahun 2021

Angka keberhasilan di fasilitas Kesehatan di Kota Cirebon masih ada yang kurang dari target hal tersebut dikarenakan beberapa penderita TB pindah pengobatan dan tidak dapat dievaluasi. Untuk Rutan dan RS Medimas masih memiliki capaian 0 dikarenakan tidak ada kasus yang ditemukan.

Grafik. 3.7

***Succes Rate* (SR) Kota Cirebon Tahun 2016 sampai dengan Tahun 2020**



Sumber data: SITT Tahun 2016-2019 dan SITB Tahun 2020

Gambaran grafik diatas menunjukkan pencapaian angka keberhasilan pengobatan di Kota Cirebon rata-rata sudah melebihi target, capaian terendah di Tahun 2018 di karenakan di fasilitas kesehatan terjadi pergantian petugas TB, sehinggan petugas TB baru yang belum terlatih mengalami kesulitan mengevaluasi penderita TB.

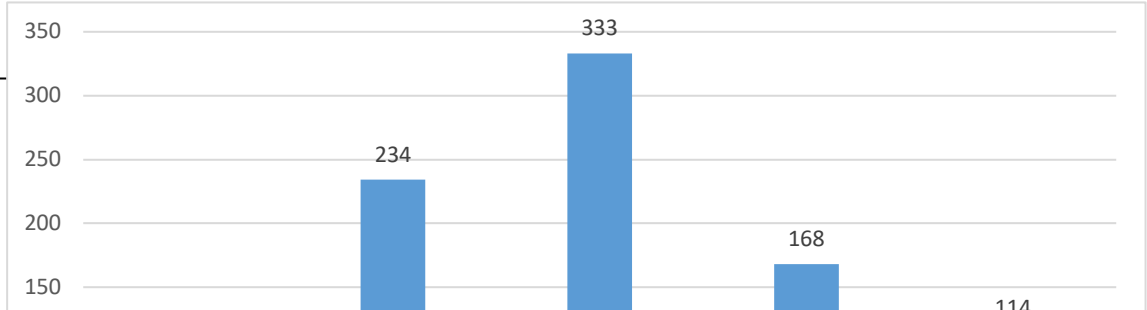
E. Cakupan penemuan kasus resisten obat

Adalah jumlah kasus TB resisten obat yang terkonfirmasi resisten terhadap rifampisin (RR) dan atau TB-MDR berdasarkan hasil pemeriksaan tes cepat molekuler maupun konvensional diantara perkiraan kasus TB resisten obat.

Berdasarkan estimasi WHO, perkiraan kasus TB resisten obat diperoleh dari 2% dari kasus TB paru baru ditambah 12% dari kasus TB paru pengobatan ulang. Indikator ini menggambarkan cakupan penemuan kasus TB resisten obat. Dibawah ini Angka Kejadian Resisten Obat Kota Cirebon Tahun 2017 sampai dengan Tahun 2021:

Grafik 3.8

Kasus TB Resistensi Obat Tahun 2017 – 2021



Sumber data: eTB-Manager Tahun 2017 s/d 2019 dan SITB Tahun 2020-2021

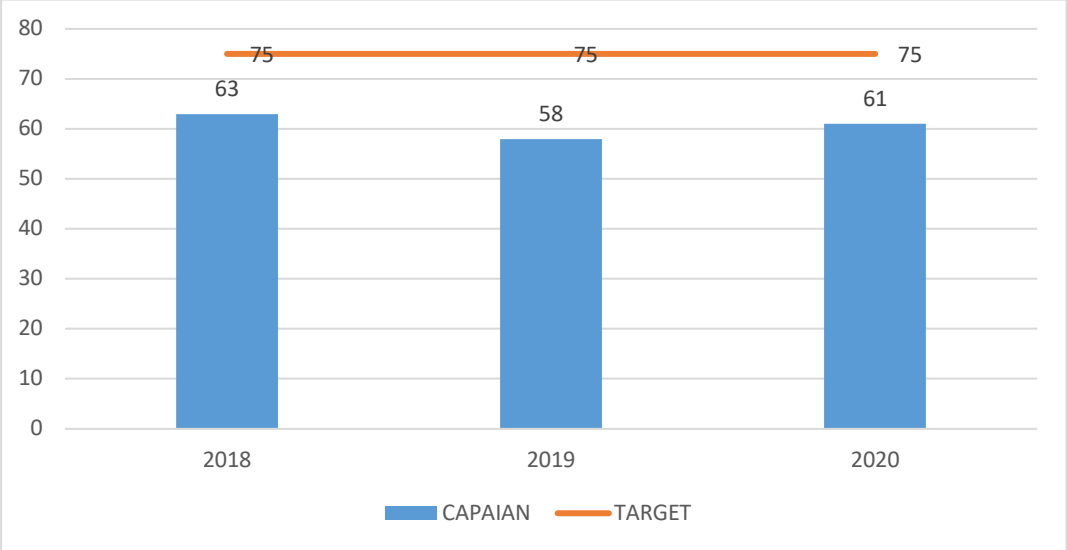
Grafik menggambarkan angka capaian resisten obat yang terkonfirmasi mengalami peningkatan dari tahun 2017 sampai tahun 2019, tertinggi ditahun 2019 dan terjadi penurunan kasus yang signifikan ditahun 2020 dan 2021.

F. Angka keberhasilan pengobatan pasien TB resisten obat (*Succes Rate/SR TB RO*)

Adalah jumlah kasus TB resisten obat (TB resisten rifampisin dan atau TB MDR) yang menyelesaikan pengobatan dan sembuh atau pengobatan lengkap diantara jumlah kasus TB resisten obat (TB resisten rifampisin dan atau TB MDR) yang memulai pengobatan. Indikator diatas menggambarkan kualitas pengobatan TB resisten obat sesuai dengan grafik di bawah ini:

Grafik. 3.9

***Succes Rate/SR* TB RO Tahun 2018-2020**



Sumber Data : eTB-Manager Tahun 2018 s/d 2019 dan SITB Tahun 2020

Grafik diatas menggambarkan bahwa target keberhasilan pengobatan TB resisten obat tahun 2020 belum mencapai target yang telah ditetapkan, dikarenakan pendampingan pasien masih belum optimal serta memerlukan dukungan dan keterlibatan aktif dari para pemangku kepentingan di berbagai tingkat mulai dari tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota. untuk meningkatkan angka keberhasilan pengobatan pasien TB Resisten Obat tentunya diperlukan dukungan pemerintah untuk terus menyediakan layanan TB-RO yang universal tentang rumah sakit dan balai kesehatan pelaksana layanan Tuberkulosis Resisten Obat.

G. Persentase pasien TB yang mengetahui status HIV

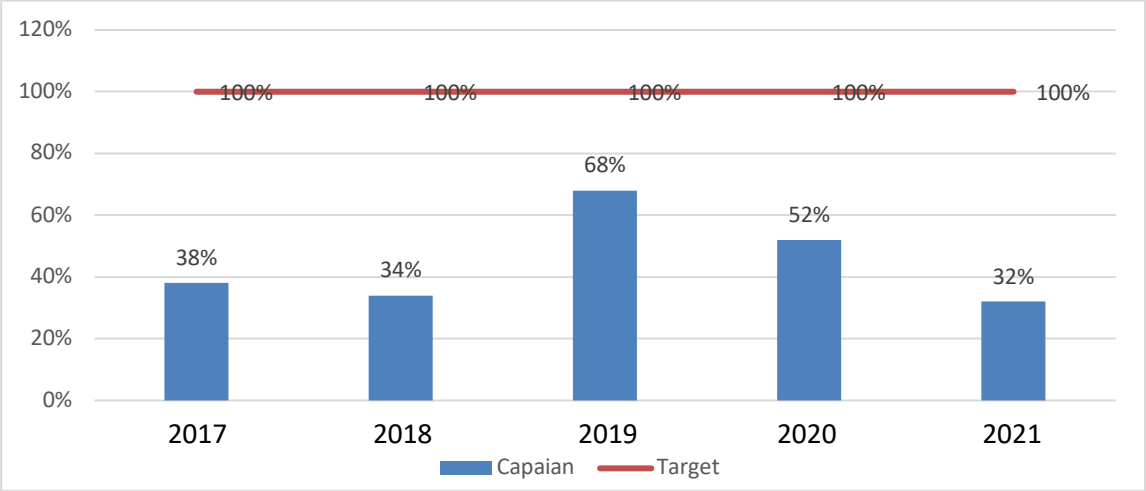
Adalah jumlah pasien TB yang dicatat di formulir pencatatan TB dengan hasil tes HIV diketahui, termasuk pasien TB yang sebelumnya mengetahui status HIV positif diantara seluruh pasien TB. Indikator ini akan optimal apabila pasien TB mengetahui status HIV ≤15 hari terhitung dari pasien memulai pengobatan. Data ini merupakan bagian dari pasien yang dilaporkan di TB.07.

Angka ini menggambarkan kemampuan program TB dan HIV dalam menemukan pasien TB HIV sedini mungkin. Angka yang tinggi menunjukkan bahwa kolaborasi TB HIV sudah berjalan dengan baik. Klinik layanan TB sudah mampu melakukan tes HIV dan sistem rujukan antar TB dan HIV.

Angka yang rendah menunjukkan bahwa cakupan tes HIV pada pasien TB masih rendah dan terlambatnya penemuan kasus HIV pada TB. Data dibawah ini menunjukkan hasil pemeriksaan TB HIV Tahun 2017 sampai dengan Tahun 2021:

Grafik 3.10

TB-HIV Kota Cirebon Tahun 2017 sampai dengan Tahun 2021



Sumber data: SITT Tahun 2017-2019 dan SITB Tahun 2020-2021

Grafik menggambarkan hasil pemeriksaan TB HIV yang tercatat di Tahun 2019 pasien TB yang mengetahui status HIV dengan presentase 68% dari total penemuan Kasus TB penurunan signifikan terjadi di tahun 2020 dan tahun 2021 dengan presentase 52% turun menjadi 32%. Hal ini dikarenakan adanya pandemi Covid-19

Upaya pencegahan dan pengendalian penyakit TB Paru di Kota Cirebon dilakukan sesuai dengan strategi Rencana Aksi Daerah (RAD) mulai dari penguatan kepemimpinan, peningkatan akses layanan TOSS-TB yang bermutu, pengendalian faktor resiko, peningkatan kemitraan melalui forum koordinasi TB, peningkatan kemandirian masyarakat dalam penangulangan TB dan penguatan manajemen Program melalui penguatan sistem kesehatan. Kota Cirebon di Tahun 2017 sudah menyusun Rencana Aksi Daerah (RAD) yang dituangkan dalam Peraturan Walikota Kota Cirebon Nomor 49 Tahun 2017

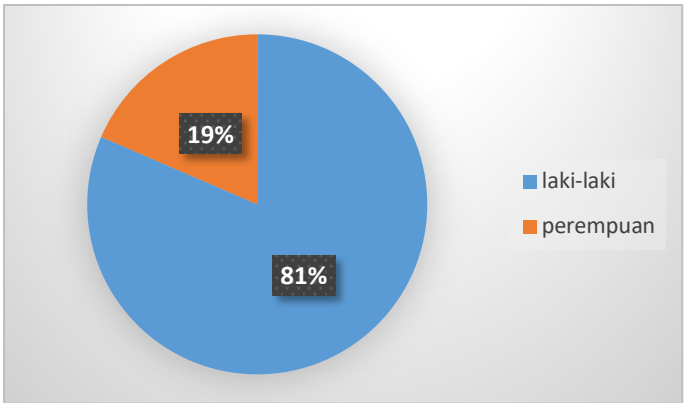
tentang Rencana Aksi Daerah Penanggulangan Tuberkulosis (RAD-TB) Kota Cirebon Tahun 2021-2022.

b. HIV & AIDS

Upaya pelayanan kesehatan dalam rangka pengendalian Infeksi Menular Seksual, HIV dan AIDS, ditujukan pada upaya pencegahan dan penemuaan penderita secara dini yang dilanjutkan dengan kegiatan konseling dan testing HIV.

Upaya penemuan penderita dilakukan melalui penapisan HIV dan AIDS terhadap populasi umum dan populasi risiko tinggi. Penemuan penderita secara dini dilakukan dengan tes HIV pada Ibu hamil, IMS, TBC, Penjaja Seks, pengguna napza suntik, Waria, Lelaki Seks dengan Lelaki dan pada populasi khusus seperti Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP).

GRAFIK 3.15
JUMLAH KASUS HIV MENURUT JENIS KELAMIN DAN KELOMPOK UMUR DI KOTA CIREBON TAHUN 2021



Sumber: Bidang P2P, 2021

Grafik diatas menunjukan bahwa persentase jumlah penderita HIV tahun 2021 pada kelompok laki-laki (207 orang) 81% lebih besar dibandingkan pada kelompok perempuan (47 orang) yaitu sebesar 19%.

c. Pneumonia

Di Indonesia, pneumonia masih merupakan masalah besar mengingat

angka kematian akibat penykit ini masih tinggi. Hasil survey Sistem Registrasi Sample (SRS) oleh Balitbagkes tahun 2014 menyebutkan proporsi kematian Pneumonia pada balita yaitu 9,4 %. Profil Kesehatan Indonsia 2015 dilaporkan penemuan pneumonia pada balita sebesar 63,45 %. Berdasarkan Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2021, lima provinsi yng mempunyai jumlah temuan kasus pneumonia balita tertingi diantaranya Jawa Barat dengan jumlah 169.791 kasus.

Cakupan penemuan kasus Pneumonia balita di Kota Cirebon pada tahun 2021 mencapai 84,8%. Dengan Perkiraan kasus pneumonia pada balita di suatu wilayah sebesar 1.475 dari jumlah balita di wilayah tersebut.

Faktor risiko yang berkontribusi terhadap insidens pneumonia pada balita tersebut antara lain malnutrisi, non ASI ekslusif, polusi udara dalam rumah, kepadatan dalam rumah, tidak diimunisasi (campak,Pertusis dan Hib) BBLR.

Salah satu upaya yang dilakukan untuk mengendalikan penyakit ini yaitu dengan meningkatkan penemuan pneumonia pada balita. Upaya ini dikembangkan melalui sistem Manajemen terpadu dalam penanganan balita sakit yang datang ke unit pelayanan kesehatan atau lebih dikenal dengan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). Dengan pendekatan MTBS, penderita pneumonia diklasifikasikan menjadi pneumonia ringan, sedang dan pneumonia berat. Pneumonia ringan dan sedang yang ditemukan langsung dilakukan penatalaksanaan di unit yang menemukan dengan kegiatan kunjungan rumah (Care seeking). Sedangkan penatalaksanaan Pneumonia berat penderita langsung dirujuk ke fasilitas Kesehatan Rujukan (Rumah Sakit). Penurunan penemuan penderita pneumonia ini tidak mempengaruhi dalam memberikan penanganan penderita pneumonia, karena semua penderita dapat di tangani/tatalaksana (100%)

d. Kusta

Penyakit Kusta disebut juga sebagai penyakit Lepra yang disebabkan

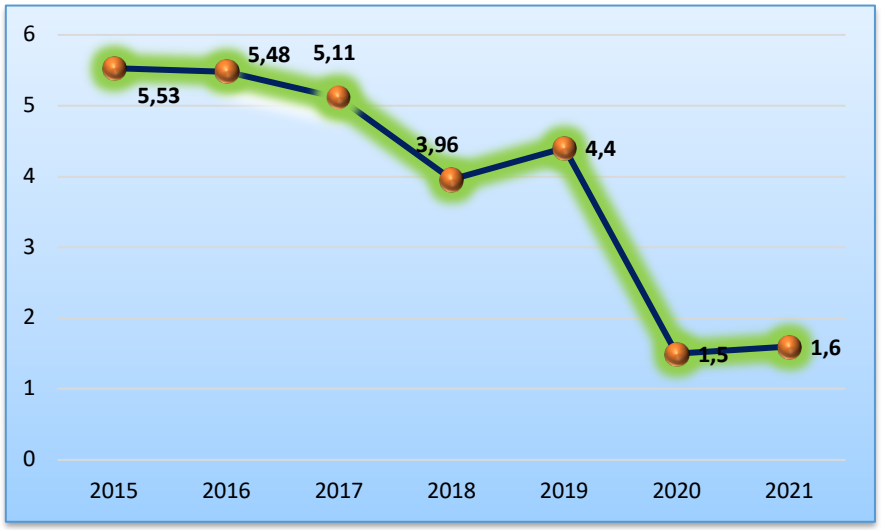
oleh bakteri *Mycobacterium Leprae*. Bakteri ini mengalami proses pembelahan cukup lama antara 2-3 minggu. Daya tahan hidup kuman kusta mencapai 9 hari di luar tubuh manusia.Kuman kusta memiliki masa inkubasi 2-5 tahun bahkan juga dapat memakan waktu lebih dari 5 tahun.

Penyakit Kusta merupakan penyakit yang dapat menyebabkan kecacatan apabila tidak di temukan secara dini dan tidak di tangani secara tepat. Program Pemerintah untuk pengendalian kusta sudah dilaksanakan tetapi stigma dan kecacatan masih menjadi permasalahan di masyarakat.

Pada tahun 2000 Indonesia telah berhasil mencapai status eliminasi Kusta. Eliminasi didefinisikan sebagai pencapaian jumlah penderita terdaftar kurang dari 1 kasus per 10.000 penduduk. Dengan demikian, sejak tahun tersebut di tingkat dunia maupun nasional, kusta bukan lagi menjadi masalah kesehatan bagi masyarakat.

Sejak tercapainya status eliminasi kusta, situasi kusta di Indonesia menunjukkan kondisi yang relatif statis. Hal ini dapat terlihat dari angka penemuan kasus baru kusta selama lebih dari 5 tahun yang menunjukkan kisaran angka antara 2,51 hingga 8,28 per 100.000 penduduk seperti terlihat dalam grafik berikut.

Grafik 3.19
Angka Penemuan Kasus Baru Kusta (NCDR) PER 100.000
Penduduk Kota Cirebon Tahun 2021



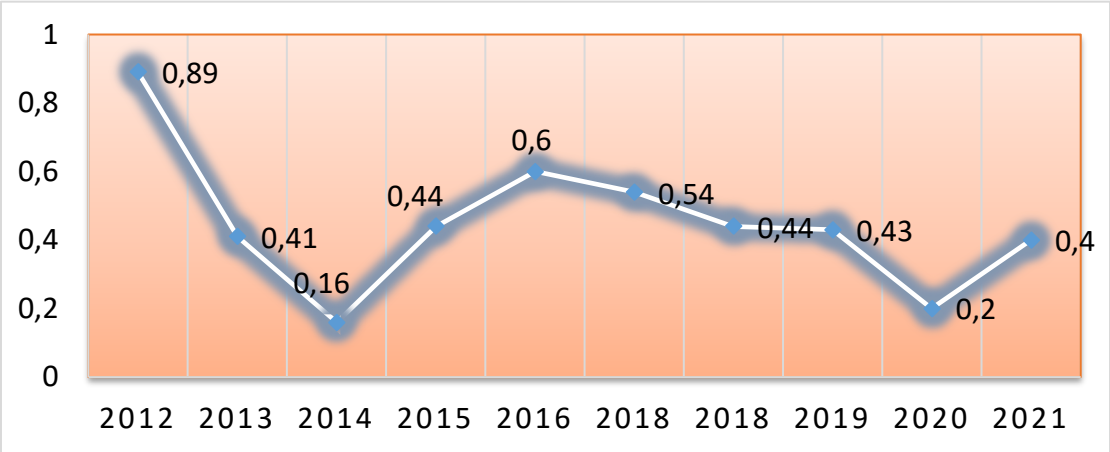
Sumber: Bidang PMK, 2021

Berdasarkan grafik diatas, angka penemuan kasus baru kusta tinggi tahun 2015 (5.53/100.000). Tahun 2016 hingga tahun 2018 angka penemuan kasus baru terus menurun menjadi 3,96 per 100.000 penduduk. Pada Tahun 2020 mengalami penurunan lagi menjadi 1,5 per 100.000 penduduk dan naik lagi sebanyak 0,1 per 100.000 penduduk pada tahun 2021

Angka prevalensi kusta Kota Cirebon berkisar antara 0,16 hingga 0,89 per 10.000 penduduk per tahunnya. Angka Prevalensi kusta tertinggi pada tahun 2012 (0,89/10.000). Namun, sejak tahun 2013 sampai dengan tahun 2014 angka tersebut menunjukkan penurunan. Angka tersebut mengalami peningkatan kembali di tahun 2015 dan 2021 kemudian mengalami penurunan di 2017 dan 2021 yaitu 0,54 dan 0,44 per 10.000 Penduduk. Situasi tersebut dapat dilihat dalam grafik berikut dibawah ini:

Grafik 3.20
Angka Prevalensi Kusta PER 10.000 Penduduk
Kota Cirebon

Tahun 2021



Sumber: Bidang PMK, 2021

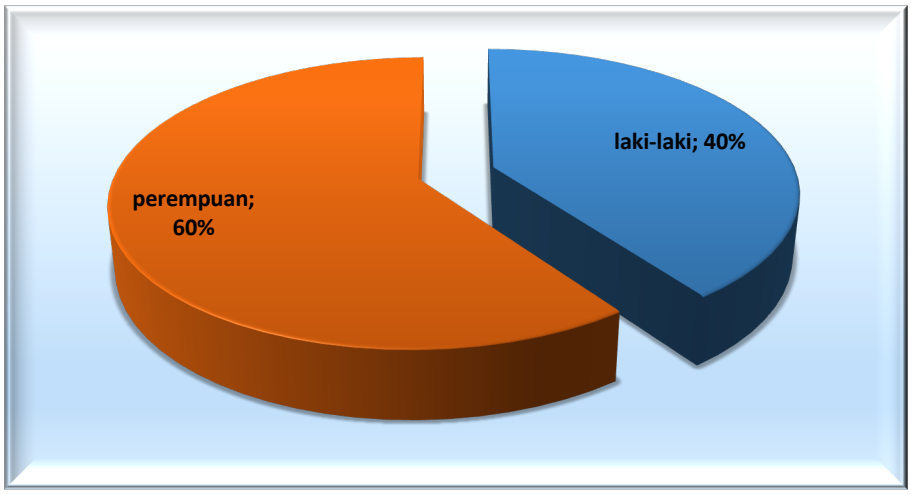
Penyakit kusta diklasifikasikan menjadi 2 tipe yaitu Pausi Basiler (PB) MultiBasiler (MB).Tipe MB diketahui sebagai sumber utama penularan penyakit kusta. Proporsi penderita MB diantara kasus baru kusta merupakan indikator yang digunakan untuk memperkirakan besarnya sumber penularan. Dari grafik di bawah dapat diketahui bahwa proporsi penderita MB di antara kasus baru kusta sejak tahun 2012 sampai dengan tahun 2021 masih diatas 60%. Hal ini mengindikasikan bahwa sumber penularan penyakit kusta masih tinggi. Pada tahun 2021 dilaporkan 12 kasus baru kusta tipe Multi Basiler, menurun dibandingkan tahun 2017 sebanyak 16 kasus.

Sedangkan Proporsi penderita kusta baru menurut jenis kelamin di Kota Cirebon tahun 2021 seperti dalam grafik dibawah ini terlihat laki-laki lebih rendah (40%) dibanding perempuan (60%).

Grafik 3.21

Proporsi Penderita Kusta Baru Menurut Jenis Kelamin

Kota Cirebon Tahun 2021



Sumber: Bidang PMK, 2021

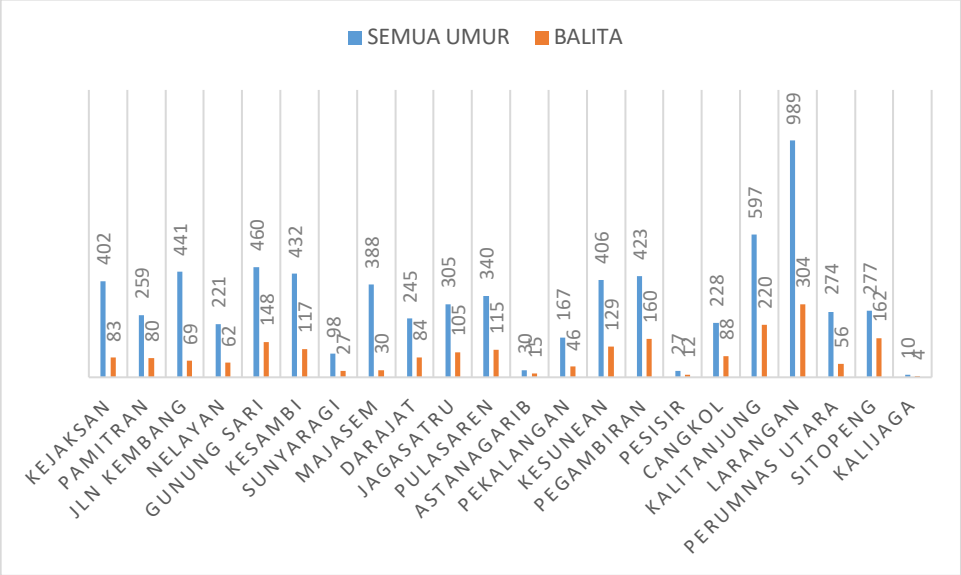
Pada tahun 2021 di kota Cirebon penemuan kasus secara aktif di awali dengan pertemuan advokasi dan pelatihan singkat bagi lintas program / lintas sektoral,tokoh agama, tokoh masyarakat,dan petugas kesehatan.Kegiatan ini merupakan program dari Provinsi Jawa Barat "Sosilisasi ICF (*Intensif Case Finding*)" atau penemuan kasus kusta secara intensif. Kegiatan kasus secara aktif dan penatalaksanaan kasus penyakit menular terabaikan (Kusta dan frambusia) sesuai mapping dari Dinas Kesehatan Kota Cirebon.

e. Diare

Diare adalah suatu kondisi dimana seseorang buang air besar dengan konsistensi lembek atau cair, bahkan dapat berupa air saja dan frekwensinya lebih sering (biasanya tiga kali atau lebih) dalam satu hari. Pada Tahun 2021 jumlah penderita diare balita 3.296 orang, dari jumlah tersebut dilayani oleh sarana kesehatan sebanyak 2.116 orang.. Jumlah penderita diare semua umur pada tahun 2021 sejumlah 8.754 orang, dari jumlah tersebut dilayani oleh sarana kesehatan sebanyak 7.01 orang.

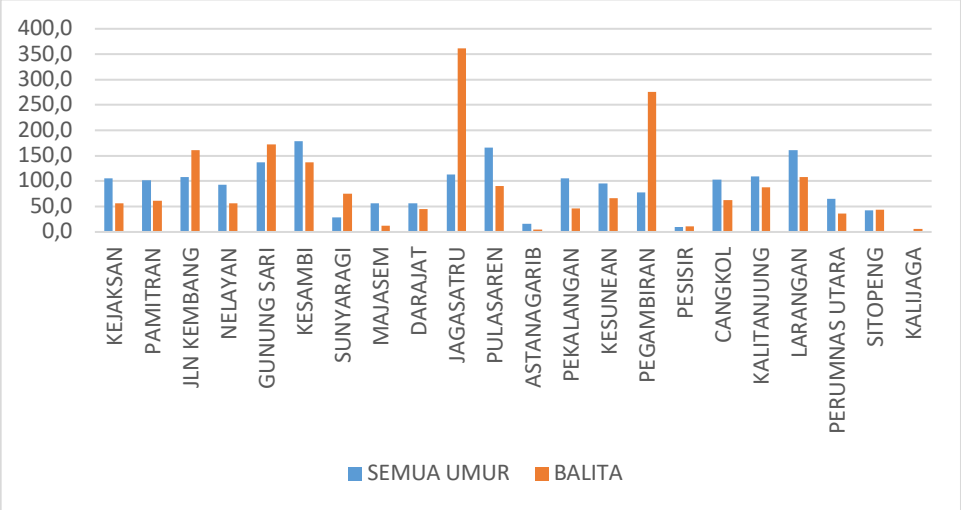
Grafik 3.22

Distribusi Penderita Diare Balita dan Semua Umur Tahun 2021



GRAFIK: 3.23

CAKUPAN PENEMUAN DIARE PADA BALITA DAN SEMUA UMUR MENDAPATKAN ORALIT DAN ZINC DI KOTA CIREBON TAHUN 2013 S/D 2021



Penggunaan zink dan oralit pada Tahun 2021 yang dilayani oleh sarana kesehatan sebanyak 7.019 penderita semua umur dan 2.116 balita. Penderita diare balita yang mendapatkan zink saja adalah sebanyak 2.116 balita.

f. Acute **Flaccid** Paralysis (AFP)

Dalam rangka pencapaian Eradikasi Polio (ERAPO) tahun 2020 maka diperlukan surveilans Acute Flaccid Paralysis (AFP) yang berkualitas, dimana Indonesia merupakan salah satu anggaotanya di wilayah Regional Asia Tenggara yang sudah menerima sertifikat bebas poliomyelitis pada tanggal 27 maret 2014. Maka diperlukannya pelaksanaan surveilans AFP yang berkualitas dan optimal baik di Puskesmas ataupun di rumah sakit, Surveilans AFP adalah pengamatan yang dilakukan terhadap semua kasus lumpuh layu akut (AFP) pada usia < 15 tahun yang merupakan kelompok yang rentan terhadap penyakit polio.

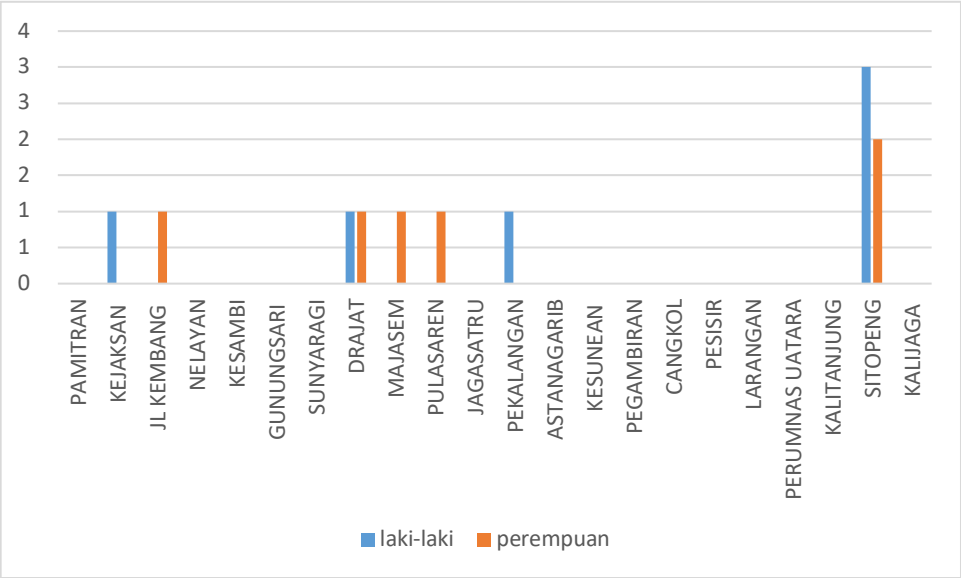
g. Penyakit yang Dapat Dicegah **Dengan** Imunisasi (PD3I)

PD3I (penyakit menular yang dapat dicegah dengan imunisasi) merupakan penyakit yang diharapkan dapat diberantas/ditekan dengan pelaksanaan program imunisasi. Cakupan imunisasi yang senantiasa tinggi diperlukan untuk mencegah individu terpapar penyakit yang berbahaya dan mencegah penularan di masyarakat. Jenis-jenis Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD31) saat ini yang masuk kedalam program imunisasi adalah Tuberculosis, Difteri, Pertusis, Polio, Campak, Tetanus dan Hepatitis B.

Berdasarkan hasil kegitan surveilans epidemiologi PD3I Kota Cirebon tahun 2021 terdapat 2 faskes yang melaporkan kasus penyakit dipteri yaitu Puskesmas Jagasatru dan Puskesmas Pulasaren, sedangkan untuk pertusis dan tetanus neonatorum tidak ada faskes yang melaporkan. Sedangkan jumlah kasus campak yang dilaporkan tahun 2021 sebanyak 62 orang. Jauh lebih rendah dibandingkan dengan penemuan kasus campak tahun 2017 sebanyak 108 kasus yang tersebar sebagai berikut.

Grafik 3.1.24

Jumlah Kasus Campak Kota Cirebon Menurut FASKES Tahun 2021



Sumber: Bidang PMK, 2015

Grafik diatas memperlihatkan kasus terbanyak terjadi 12 kasus dengan 14 puskesmas dengan 0 kasus. Setiap kasus campak yang ditemukan ditindaklanjuti dengan pengambilan serum penderita campak untuk konfirmasi ke Laboratorium Bio Farma Bandung.

h. Angka Kesakitan dan **Kematian** Demam Berdarah Dengue (DBD)

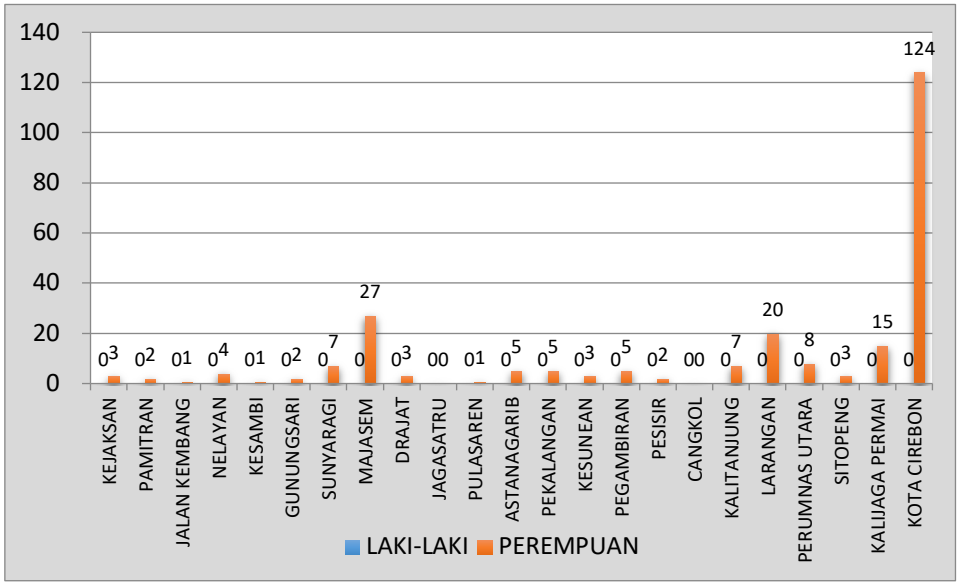
Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue, yang masuk ke peredaran darah manusia melalui gigitan nyamuk dari genus Aedes, misalnya Aedes aegypti atau Aedes albopictus. PenyakitDBD dapat muncul sepanjang tahun dan dapat menyerang seluruh kelompok umur. Penyakit ini berkaitan dengan kondisi lingkungan dan perilaku masyarakat.

Grafik 3.1.25

Jumlah Kasus DBD

Kota Cirebon Menurut FASKES

Tahun 2021



Sumber: Bidang P2P, 2021

Jumlah kematian DBD yang dilaporkan tahun 2021 sebanyak 1 orang dari Puskesmas Pesisir. Jumlah Kasus DBD Di Kota Cirebon pada Tahun 2021 dilaporkan sebanyak 124 kasus dengan rincian seluruh penderitanya adalah perempuan dengan total 124 orang.

i. Angka Kesakitan Malaria

Malaria adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh parasit Plasmodium yang hidup dan berkembang biak dalam sel darah merah manusia, ditularkan oleh nyamuk malaria (Anopheles) betina, dapat menyerang semua orang baik laki-laki ataupun perempuan pada semua golongan umur dari bayi, anak-anak dan orang dewasa.

Kegiatan yang dilakukan dalam menemukan kasus malaria di Kota Cirebon adalah melalui pemeriksaan darah pada setiap kasus panas. Pada tahun 2021 tidak terdapat kasus malaria yang dilaporkan.

j. Kasus Penyakit **Filariasis** Ditangani

Filariasis adalah penyakit yang disebabkan oleh parasit berupa cacing filaria, yang terdiri dari tiga spesies yaitu Wuchereria bancrofti, Brugia malayi dan Brugia timori. Penyakit inimenginfeksi jaringan limfe (getah bening). Filariasis menular melalui gigitan nyamuk yang mengandung cacing filaria dalam tubuhnya. Dalam tubuh manusia, cacing tersebut tumbuh menjadi cacing dewasa dan menetap di jaringan limfe sehingga menyebabkan pembengkakan di kaki, tungkai, payudara, lengan dan organ genital. Pada tahun 2021 tidak terdapat kasus filariasis yang dilaporkan.

k. Pengendalian Penyakit Tidak Menular

Penyakit tidak menular merupakan penyebab kematian tertinggi di dunia dengan 41 juta kematian setiap tahunnya atau sekitar 71% dari seluruh kematian. Setiap tahun 15 juta orang berusia 30-69 tahun meninggal akibat Penyakit kardiovascular, kanker, respirasi diseases dan diabetes. Penyakit tidak menular juga dikenal dengan penyakit kronis, cenderung berlangsung lama dan merupakan hasil dari kombinasi faktor genetik, fisiologis, lingkungan dan perilaku. Penyakit tidak menular sering kali tidak bergejala dan tidak memiliki tanda klinis yang menyebabkan individu tidak mengetahui dan tidak menyadari kondisi sejak permulaan perjalanan penyakit. Keterlambatan dalam penanganan PTM menimbulkan komplikasi bahkan menyebabkan kematian lebih dini. Kematian lebih dini akibat PTM diperkirakan lebih dari 85% terjadi di negara dengan penghasilan rendah dan menengah. Faktor risiko yang berkontribusi terhadap PTM adalah diet yang tidak sehat seperti kurang konsumsi sayur dan buah, kurang aktifitas fisik, merokok dan atau papapran asap tembakau dan konsumsi alkohol.

Konsumsi tembakau, kelebihan asupan garam/natrium, konsumsi alhokol dan kurang aktifitas fisik berkontribusi terhadap perubahan metabolisme yang meyebabkan terjadinya peningkatan tekanan darah, kelebihan berat badan/obesitas, hiperglikemia (kadar gula tinggi) dan hiperlipidemia (kadar lemak tinggi dalam darah).

a. Pengukuran Tekanan Darah Penduduk Usia ≥18 tahun Menurut Jenis Kelamin, dan Puskesmas Kota Cirebon Tahun 2021

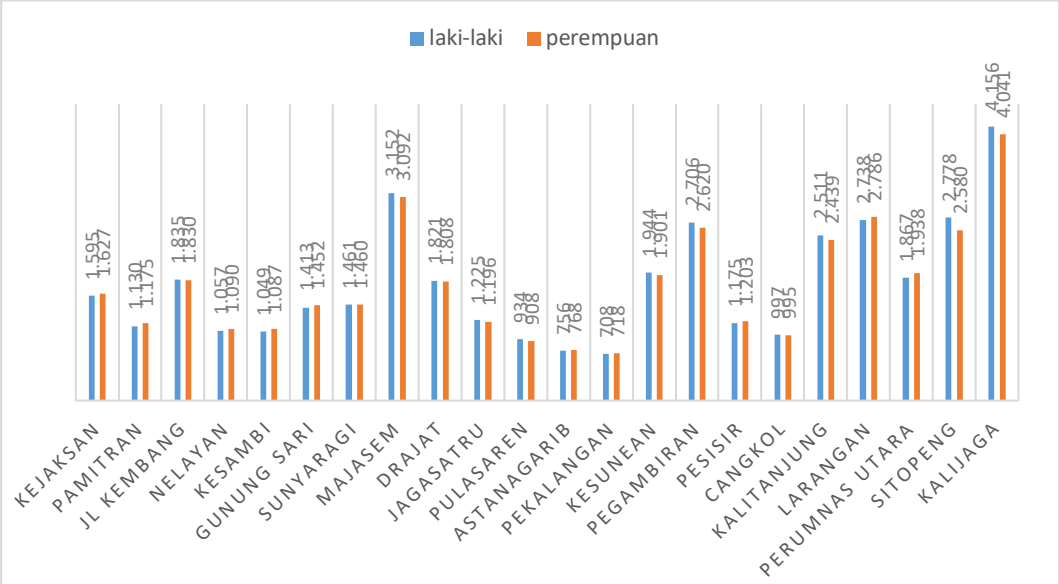
Pengukuran tekanan darah merupakan salah satu cara deteksi dini risiko hipertensi stroke dan penyakit jantung. Risiko penyakit jantung dan pembuluh darah meningkat sejalan dengan peningkatan tekanan darah. Hipertensi juga merupakan faktor utama dalam gagal jantung kongestif disamping itu hipertensi yang diikuti dengan diabetes melitus berisiko lebih tinggi mengalami gagal ginjal kronik. Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu keadaan dimana tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg. Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2013 prevalensi hipertensi pada penduduk usia ≥ 18 tahun di Indonesia sebesar 25,8%

Pengukuran tekanan darah dapat dilakukan di dalam unit pelayanan kesehatan primer, pemerintah maupun swasta, di dalam maupun di luar gedung. Berdasarkan Permenkes Nomor 43 tahun 2021 tentang Standar Pelayanan Minimal, penduduk usia ≥18 tahun termasuk dalam pelayanan kesehatan pada usia produktif. Pelayanan kesehatan diberikan melalui skrining sesuai standar yang dilakukan setiap setahun sekali meliputi pemeriksaan obesitas, tekanan darah, deteksi diabetes, deteksi gangguan mental emosional, pemeriksaan ketajaman penglihatan dan pendengaran serta dilakukan deteksi dini kanker bagi wanita usia 30-50 tahun.

Bedasarkan rekapitulasi laporan bulanan tahun 2021, jumlah pengukuran tekanan darah pada usia ≥18 tahun adalah 84.161 orang. Pengukuran tekanan darah lebih banyak dilakukan pada jenis kelamin perempuan yaitu 49.129 orang (38,82%) dibandingkan pada laki-laki 35.033 orang (28,15%)

Grafik 3.26

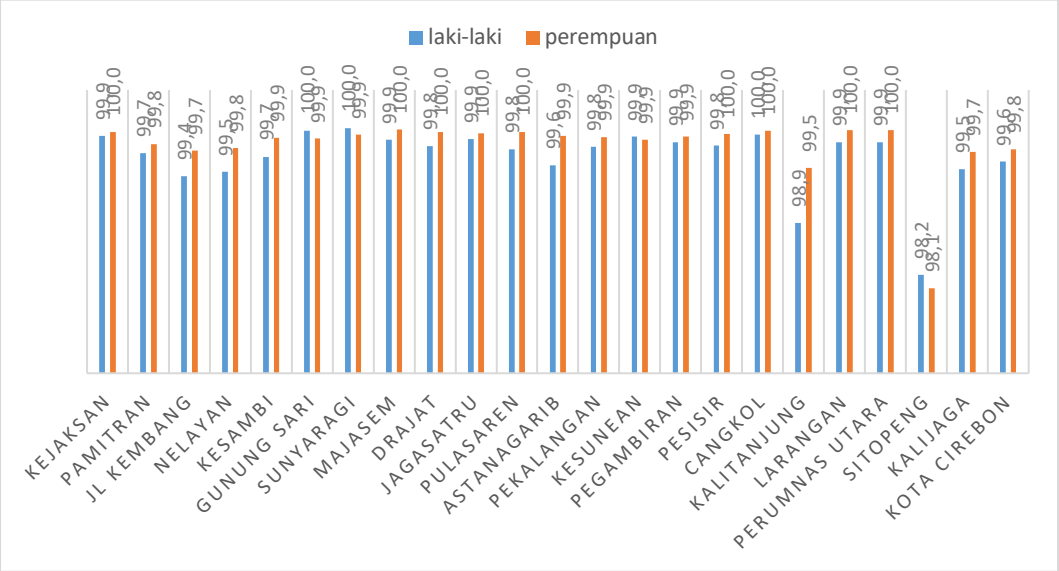
Jumlah Estimasi Penderita Hipertensi usia ≥15 tahun Menurut Jenis Kelamin dan Puskesmas di Kota Cirebon Tahun 2021



Jumlah Estimasi Penderita Hipertensi Berusia ≥15 tahun tertinggi di wilayah Puskesmas Kalijaga sebanyak 4.041 orang pada jenis kelamin perempuan dan 4.156 orang pada laki-laki sedangkan jumlah terendah ada di wilayah Puskesmas Pekalangan dengan jumlah 708 pada laki-laki dan 718 pada perempuan.

Grafik 3.27

Persentase Jumlah Estimasi Penderita Hipertensi usia ≥15 tahun yang Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Menurut Jenis Kelamin dan Puskesmas di Kota Cirebon Tahun 2021



Berdasarkan grafik diatas Persentase Jumlah Estimasi Penderita Hipertensi usia ≥15 tahun yang Mendapatkan Pelayanan Kesehatan di Kota Cirebon adalah sebesar 99,7% dengan Persentase laki-laki sebesar 99,6% dan Perempuan 99,8%

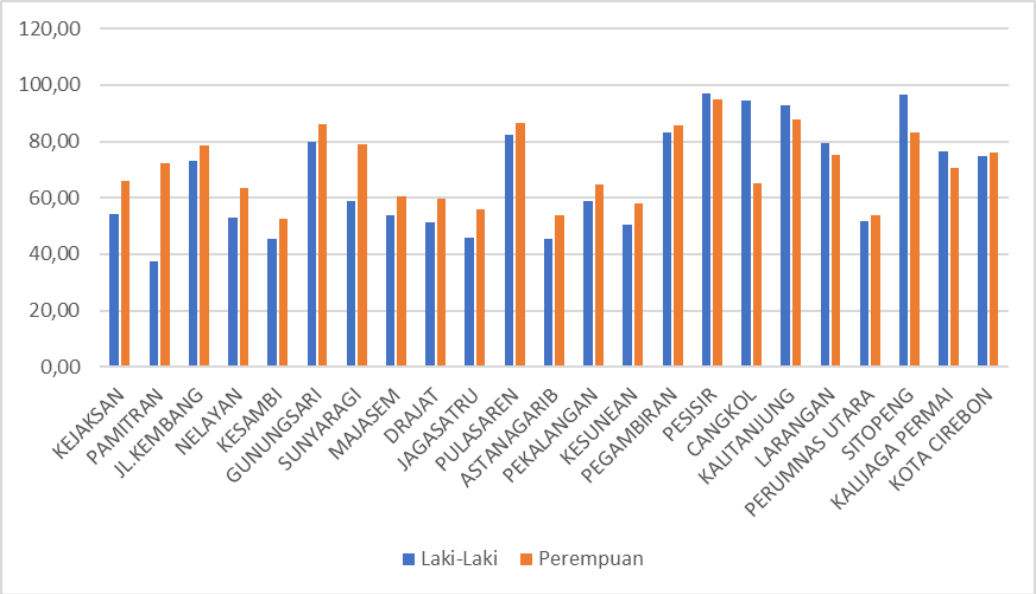
b. Pemeriksaan Obesitas Menurut Jenis Kelamin, dan Puskesmas Kota Cirebon Tahun 2021

Obesitas terjadi akibat asupan energi yang lebih tinggi daripada energi yang dikeluarkan. Asupan energi tinggi disebabkan konsumsi makanan sumber energi dan lemak tinggi sedangkan pengeluaran energi kurang disebabkan kurangnya aktifitas fisik setiap hari. Obesitas merupakan faktor risiko terjadinya berbagai penyakit metabolik seperti kardiovaskular, diabetes mellitus, kanker, osteoartristis dll. Pemeriksaan obesitas dapat dilakukan dengan mengukur

lingkar perut atau dengan menghitung Indeks Masa Tubuh (IMT). Seseorang dikatakan mengalami obesitas bila lingkar perutnya ≥ 90 cm untuk laki-laki dan ≥ 80 cm untuk perempuan. Sedangkan bila menggunakan pengukuran IMT, seseorang mengalami obesitas bila nilai IMT nya ≥ 25.

Rekapitulasi Laporan Puskesmas tahun 2021 menunjukkan bahwa jumlah pemeriksaan obesitas pada penduduk usia ≥15 tahun adalah sebanyak 56.191 orang. Pemeriksaan obesitas lebih banyak dilakukan pada perempuan (37.530 orang) dibandingkan pada laki-laki (18.621 orang).

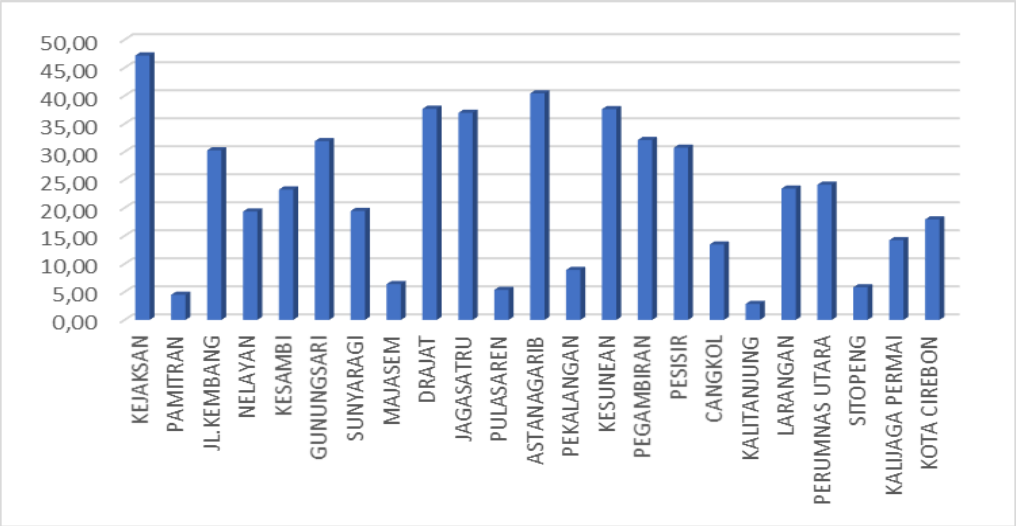
Grafik 3.28
Pemeriksaan Obesitas usia ≥15 tahun Menurut Jenis Kelamin dan Puskesmas di Kota Cirebon Tahun 2021



Berdasarkan grafik diatas persentase pemeriksaan obesitas usia ≥15 di Kota Cirebon pada jenis kelamin laki-laki (74,79%) sedangkan perempuan (76,04%), dengan persentase pemeriksaan tertinggi pada Laki-laki di wilayah kerja Puskesmas Pesisir sebesar 97,21% dan persentase pemeriksaan obesitas terendah di wilayah kerja Puskesmas Pamitran sebesar 37,48%.

Grafik 3.29

Distribusi Frekuensi Prevalensi Obesitas Berdasarkan Pengukuran Lingkar Perut di Puskesmas Kota Cirebon Tahun 2021



Berdasarkan grafik diatas prevalensi obesitas di Kota Cirebon adalah 17,93% dengan prevalensi obesitas tertinggi di wilayah kerja Puskesmas Kejaksan yaitu sebesar 47,19% dan prevalensi terendah di wilayah kerja Puskesmas Kalitanjung sebesar 2,86%.

c. Deteksi Kanker Leher Rahim Dengan Metode IVA dan Kanker Payudara dengan Pemeriksaan Klinis (CBE) Menurut Kecamatan dan Puskesmas Kota Cirebon Tahun 2021

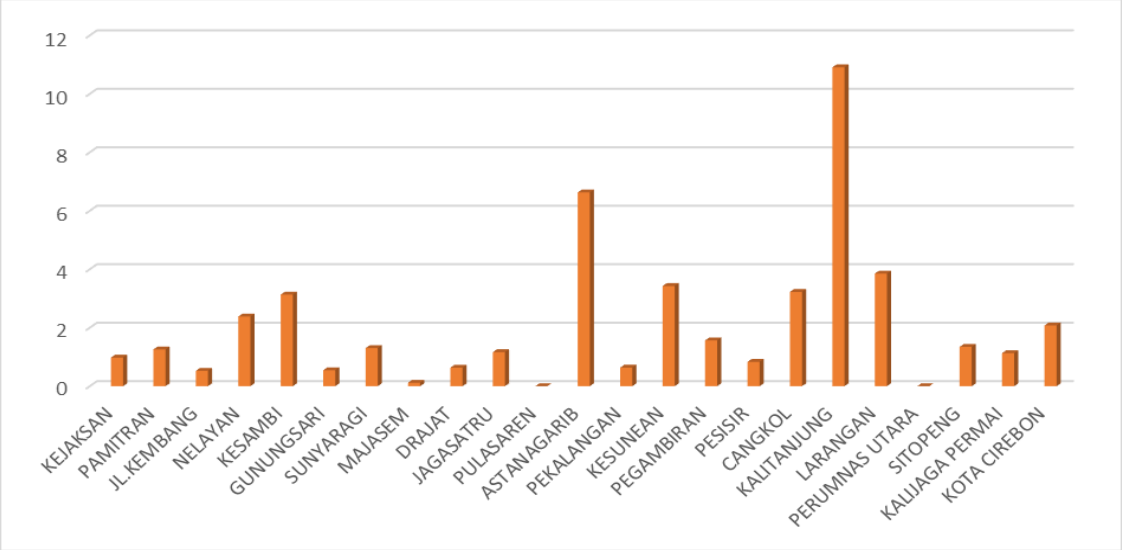
Penyakit kanker merupakan salah satu penyebab kematian utama di seluruh dunia. Kanker adalah pertumbuhan yang tidak normal dari sel-sel jaringan tubuh yang berubah menjadi ganas, sel-sel tersebut dapat tumbuh lebih lanjut serta menyebar ke bagian tubuh lainnya serta menyebabkan kematian. Berdasarkan data GLOBOCAN, *Internantional Agency for Research on Cancer (IARC)* diketahui bahwa pada tahun 2012 terdapat 14.0067.894 kasus kanker baru dan 8.201.575 kematian akibat kanker di seluruh dunia. Kanker Payudara, kanker prostat, dan kanker paru merupakan persentase kasus baru tertinggi.

Kanker payudara adalah kanker paling umum kedua di dunia dan merupakan kanker yang paling sering diantara perempuan dan diperkirakan 25% dari semua kanker. Kanker payudara memepati urutan kelima penyebab kematian akibat kanker diseluruh dunia dan lebih banyak terjadi di negara-negara berkembang. Secara nasional prevalensi pada penduduk semua umur sebesar 1,4%. Insiden kanker pada perempuan di Indonesia 134 per 100.000 penduduk dengan insiden tertinggi pada perempuan adalah kanker payudara sebesar 40 per 100.000 diikuti dengan kanker leher rahim 17 per 100.000. Estimasi Globocan angka kematian di Indonesia untuk kanker payudara adalah 16,6 kematian per 100.000 penduduk diikuti kanker leher rahim 8,2 kematian per 100.000 penduduk. Penyakit kanker serviks dan payudara merupakan penyakit kanker dengan prevalensi tertinggi di Indonesia. Pada tahu 2013, prevalensi kanker serviks sebesar 0,8% sedangkan kanker payudara sebesar 0,5%.

Dalam upaya penanggulagan kanker, pemerintah Kota Cirebon telah melaksanakan secara khusus program deteksi dini kanker pada perempuan melalui pemeriksaan payudara klinis dan pemeriksaan IVA. Dengan deteksi dini kanker angka kesakita dan kematian akibat kanker dapat di tekan. Pemeriksaan payudara klinis (SADANIS) dan pemeriksaan *Inspeksi Visual Acetat* (IVA) dilakukan di 22 Puskesmas. Sasaran deteksi dini kanker payudara dan leher rahim Kota Cirebon adalah perempuan usia 30-50 tahun yang berjumlah 49.175 orang. Deteksi dini SADANIS dan IVA telah dilakukan terhadap 1.678 orang (2017) dan 1.021 orang (2021). Berikut Persentase pemeriksaan IVA di Puskesmas tahun 2021.

Grafik 3.3

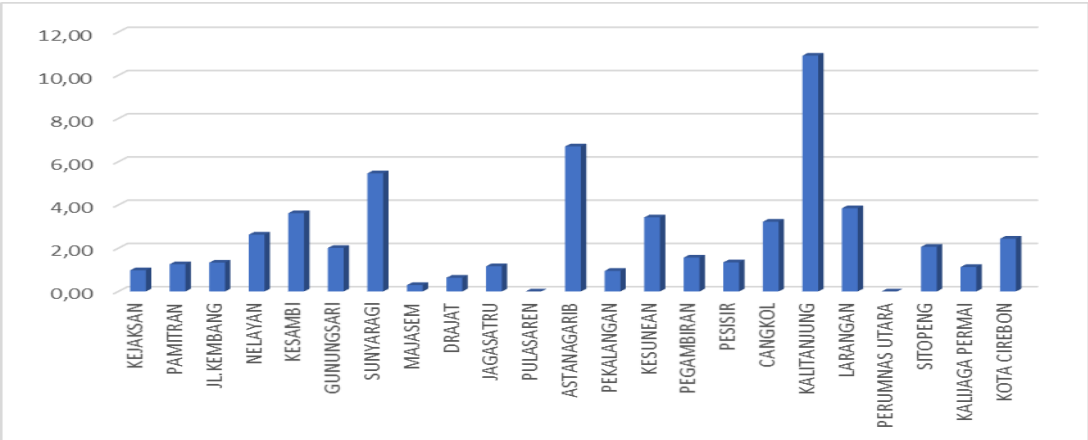
Distribusi Frekuensi Pemeriksaan IVA di Kota Cirebon Tahun 2021



Berdasarkan grafik diatas pemeriksaan IVA Kota Cirebon sebesar 2,08%, dengan persentase pemeriksaan tertinggi di Puskesmas Kalitanjung sebesar 10,91% dan Puskesmas yang tidak melaksanakan pemeriksaan IVA tahun 2021 adalah Puskesmas Perumnas Utara dan Puskesmas Pulasaren. Sedangkan deteksi dini SADANIS tahun 2021, distribusi persentasenya adalah sebagai berikut :

Grafik 3.31

Distribusi Frekuensi Pemeriksaan Payudara Klinis Kota Cirebon Tahun 2021



Grafik diatas menunjukan bahwa pemeriksaan payudara klinis di Kota Cirebon sebesar 2,44% dengan persentase pemeriksaan terbanyak di Puskesmas Kalitanjung sebesar 10,91% dan Puskesmas yang tidak melaksanakan deteksi dini kanker payudara adalah Puskesmas Pulasaren dan Puskesmas Perumnas Utara.

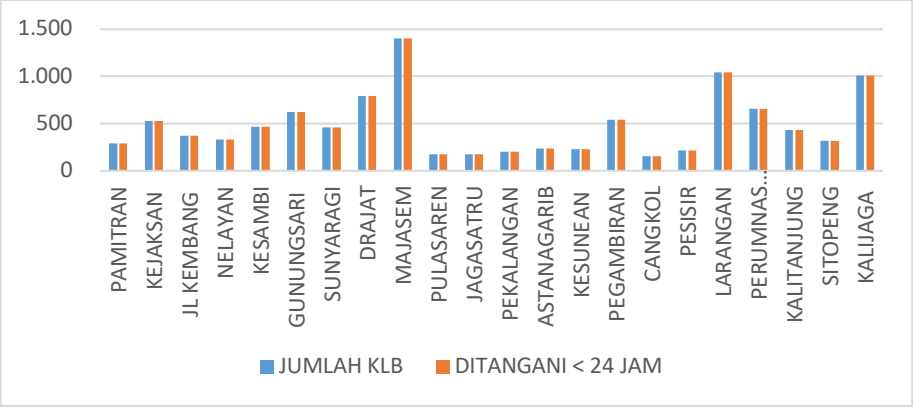
l. Cakupan Desa/Kelurahan terkena KLB ditangani < 24 jam

Kejadian Luar Biasa adalah Timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan dan atau kematian yang bermakna secara epidemiologis pada suatu desa/kelurahan dalam waktu tertentu. Desa/ kelurahan KLB merupakan Jumlah KLB di desa/kelurahan dimana terjadi peningkatan kesakitan atau kematian penyakit potensial KLB, penyakit karantina atau keracunan makanan. Penanggulangan KLB kurang dari 24 jam yaitu sejak laporan W1 diterima sampai penyelidikan dilakukan dengan catatan selain formulir W1 dapat juga berupa faximili atau telepon.

Penyelidikan KLB adalah rangkaian kegiatan berdasarkan cara-cara epidemiologi untuk memastikan adanya suatu KLB, mengetahui gambaran penyebaran KLB dan mengetahui sumber dan cara-cara penanggulangannnya. Penanggulangan KLB merupakan Upaya untuk menemukan penderita atau tersangka penderita, penatalaksanaan penderita, pencegahan peningkatan, perluasan dan menghentikan suatu KLB.

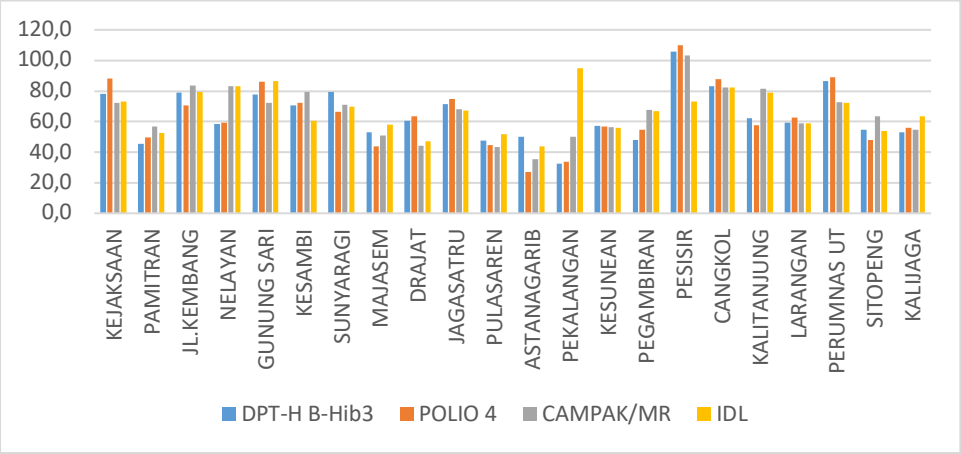
Grafik 3.32

KEJADIAN LUAR BIASA (KLB) DI DESA/KELURAHAN YANG DITANGANI < 24 JAM DI KOTA CIREBON



Kejadian Luar Biasa di Desa/Kelurahan yang di tangani < 24 jam di Kota Cirebon tertinggi terdapat di Kecamatan Kesambi yaitu Puskesmas Majasem sebanyak 1.402. Sedangkan yang terendah terdapat di Kelurahan Lemahwungkuk yaitu Puskesmas Cangkol dengan jumlah 154. Sedangkan persentase penanganan KLB < 24 jam adalah 100% di seluruh wilayah Kota Cirebon.

Tabel 3.3 : CAKUPAN DAN TARGET IMUNISASI DPT-HB-HIB3, POLIO 4, CAMPAK, DAN IMUNISASI DASAR LENGKAP TAHUN 2021



Cakupan tertinggi Imunisasi DPT-HB-Hib 3, Polio 4, Campak/MR dan Imunisasi dasar lengkap di Kota Cirebon dari jumlah total bayi 4.883 adalah Puskesmas Pesisir sebanyak 105,8% untuk DPT-HB-Hib 3, lalu 103,8% pada Polio 4, dan Campak/MR sebanyak 103,1% sedangkan cakupan Imunisasi dasar lengkap tertinggi terdapat pada Puskesmas Pekalangan.

3.3 Status Gizi

a. Status Gizi Balita

Status Gizi adalah keadaan yang diakibatkan oleh keseimbangan antara jumlah asupan zat gizi dengan kebutuhan zat gizi tubuh. Status gizi khususnya status gizi anak balita merupakan salah satu indikator kualitas sumber daya manusia yang menentukan tingkat kesejahteraan masyarakat yang akan

menentukan kualitas Sumber Daya Manusia.

Masalah Kurang Gizi sampai saat ini masih merupakan salah satu masalah gizi utama di Indonesia, bahkan gizi lebih (gemuk atau obesitas). Balita disebut Kurang Energi Protein atau kurang gizi bila berat badan balita dibawah normal dibandingkan rujukan. Kurang Energi Protein dikelompokkan menjadi dua yaitu Gizi Kurang dan Gizi Buruk. Kejadian gizi buruk perlu dideteksi secara dini melalui intensifikasi pemantauan pertumbuhan dan identifikasi risiko yang erat dengan kejadian luar biasa (KLB) Gizi Buruk seperti campak dan diare.

Cara mengidentifikasi kurang gizi, dilakukan dengan mengukur berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U) dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB). Penentuan balita kurang gizi dilakukan dengan menimbang balita, berat badan anak dibandingkan dengan umur dan menggunakan Kartu Menuju Sehat (KMS) dan tabel baku antropometri WHO 2005. Adapun klasifikasi status gizi anak balita adalah :

1. Indeks BB/U (berat badan menurut umur) untuk mendeteksi *underweight* :

1) Gizi lebih : > 2 SD
2) Gizi baik : - 2 SD sampai + 2 SD
3) Gizi Kurang : < - 2 SD sampai - 3 SD
4) Gizi buruk : < - 3 SD

2. Indeks TB/U (tinggi badan menurut umur) untuk mendeteksi *stunting* :

1) Normal : - 2 SD sampai + 2 SD
2) Pendek : - 3 SD sampai < -2SD
3) Sangat Pendek : < -3 SD

3. Indeks BB/TB (berat badan menurut tinggi badan) untuk mendeteksi *wasting* :

1). Gemuk : > 2 SD
2). Normal : - 2 SD sampai + 2 SD
3). Kurus : < - 2 SD sampai – 3 SD
4). Sangat kurus : < - 3 SD

Gizi Kurang pada balita tidak terjadi secara tiba-tiba, tetapi diawali dengan kenaikan berat badan yang tidak cukup. Perubahan berat badan balita dari waktu ke waktu merupakan petunjuk awal perubahan status gizi balita. Dalam periode enam bulan, bayi yang berat badannya tidak naik dua kali berisiko mengalami Gizi Kurang dibandingkan pada balita yang berat badannya naik terus.

Menurut WHO, besarnya prevalensi kurang gizi atau kelebihan gizi (gemuk) akan menunjukkan tingkat masalah gizi menjadi ringan, sedang, berat dan tanpa masalah atau baik.

Tabel 3.4
Kategori Tingkat Masalah Gizi Berdasarkan Prevalensi Kurang Gizi

Indeks	Besar Masalah	Kategori Tingkat masalah
BB/U (Gizi Kurang/Underweigth)	≤10%	Baik
	10,1% – 15,0%	Ringan
	15,1% - 20,0%	Sedang
	≥20,1%	Berat
BB/TB (Kurus/Wasting)	≤5,0%	Baik
	5,1% – 10,0%	Ringan
	10,1% - 15,0%	Sedang
	≥15,1%	Berat
TB/U (Pendek/Stunting)	≤20%	Baik
	20,1% – 30,0%	Ringan
	30,1% - 40,0%	Sedang
	≥40,1%	Berat
BB/TB atau IMT/U (Gemuk/Obesitas)	≤5,0%	Baik
	5,1% – 10,0%	Ringan
	10,1% - 15,0%	Sedang
	≥15,1%	Berat

WHO, 1997

Prevalensi gizi kurang akan dapat menunjukkan kategori masalah gizi masyarakat menjadi masalah gizi akut, kronis, akut-kronis atau tidak ada masalah.

Tabel 3.5
Kategori Tingkat Masalah Gizi Berdasarkan Prevalensi Kurang Gizi

Masalah Gizi Masyarakat	Prevalensi Pendek	Prevalensi Kurus
Tidak Ada Masalah	< 20%	< 5,0%
Akut	< 20,0%	≥ 5,0%
Kronis	≥20,0%	< 5,0%
Akut + Kronis	≥20,0%	≥ 5,0%

WHO, 1997

Pemantauan status gizi sebagai salah satu kegiatan Sistim Kewaspadaan Pangan dan Gizi (SKPG), di Dinas Kesehatan Kota Cirebon sudah dilaksanakan secara berkala setiap tahun yaitu pada Bulan Agustus atau Februari yang biasa disebut Bulan Penimbangan Balita (BPB) untuk memperoleh gambaran status gizi balita secara periodik. Pelaksanaan kegiatan tersebut dimulai dengan pendataan balita yang ada di wilayah setiap posyandu kemudian dilakukan pengumpulan data, selanjutnya diolah dan dianalisa untuk mendapakan angka status gizi balita.

Bulan Penimbangan Balita di Kota Cirebon pada tahun 2021 dilaksanakan secara bersamaan di seluruh posyandu yang ada yaitu di 331 posyandu. Jumlah Balita yang ditimbang berat badan dan diukur tinggi badan sebanyak 22.307 orang, terdiri dari 11.737 laki-laki dan 10.570 perempuan.

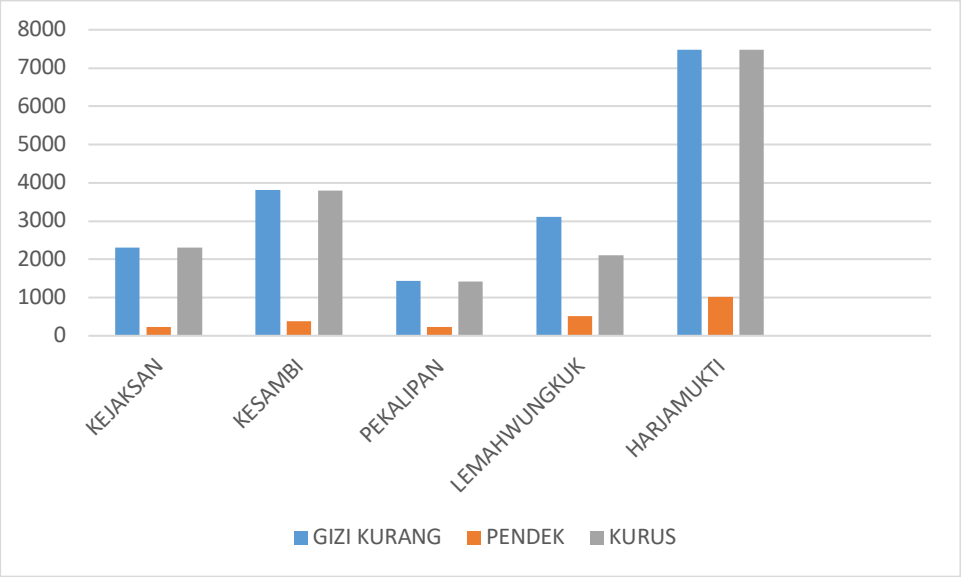
Hasil penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan balita dinilai status gizi berdasarkan indikator berat badan menurut tinggi badan (BB/TB), berat badan menurut umur (BB/U) dan tinggi badan menurut umur (TB/U).

Grafik : 3.33

Status Gizi Balita Berdasarkan Indeks Berat Badan

Menurut Tinggi Badan (BB/TB)

Di Kota Cirebon Tahun 2021



Sumber : Data Hasil BPB Terolah, 2021

Berdasarkan indikator berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) prevalensi balita dengan status gizi sangat kurus (gizi buruk) pada tahun 2021 adalah 6,1%, ini lebih tinggi dari tahun 2020 yatitu 3,9%, . Sesuai target yang telah ditetapkan Kementerian Kesehatan RI bahwa sasaran Pembinaan Gizi Masyarakat adalah menurunkan prevalensi gizi kurang (BB/TB) menjadi kurang dari 15%. Koita lebih rendah dari target sasaran Pembinaan Gizi Masyarakat Kementerian Kesehatan RI tahun 2015-2019.

Berdasarkan Kategori tingkat masalah gizi, dengan prevalensi gizi kurang (BB/U) menunjukkan Kota Cirebon masih dalam kondisi baik dari masalah gizi.

Status gizi balita hasil Bulan Penimbangan Balita Tahun 2021 menurut wilayah Kelurahan/Puskesmas dengan indikator berat badan menurut tinggi badan dapat dilihat sebagai berikut :

Tabel 3.6

Status Gizi Balita Kurus Berdasarkan Indeks Berat Badan Menurut Tinggi Badan (BB/TB) Menurut Kelurahan Di Kota Cirebon Tahun 2021

NO	KELURAHAN	PUSKESMAS	PREVALENSI BALITA KURUS (%)		TREND
			2020	2021	
1	Kesenden	Kejaksan	1,9	2,4	Naik
2	Kejaksan	Pamitran	6,0	6,8	Naik
3	Sukapura	Jl. Kembang	8,3	6,0	Turun
4	Kebon Baru	Nelayan	4,8	13,0	Naik
5	Kesambi	Kesambi	0,7	9,5	Naik
6	Pekiringan	Gunungsari	3,8	8,2	Naik
7	Sunyaragi	Sunyaragi	2,9	1,5	Turun
8	Karyamulya	Majasem	2,6	4,6	Naik
9	Drajat	Drajat	2,6	7,6	Naik
10	Jagasatru	Jagasatru	3,7	9,4	Naik
11	Pulasaren	Pulasaren	8,0	9,6	Naik
12	Pekalipan	Astanagarib	3,1	9,0	Naik
13	Pekalangan	Pekalangan	1,2	9,8	Naik
14	Kesepuhan	Kesunean	4,3	6,8	Naik
15	Pegambiran	Pegambiran	4,8	9,7	Naik
16	Panjunan	Pesisir	5,2	10,7	Naik
17	Lemah Wungkuk	Cangkol	6,2	11,1	Naik
18	Harjamukti	Kalitanjung	5,1	6,2	Naik
19	Kecapi	Larangan	9,2	5,6	Naik
20	Larangan	Perumnas Utara	0,8	6,9	Naik

NO	KELURAHAN	PUSKESMAS	PREVALENSI BALITA KURUS (%)		TREND
			2020	2021	
21	Argasunya	Sitopeng	1,6	2,1	Naik
22	Kalijaga	Kalijaga	3,0	4,3	Naik
	KOTA CIREBON		3,9	6,1	Naik

Sumber : Data Terolah Bidang Kesmas; 2021

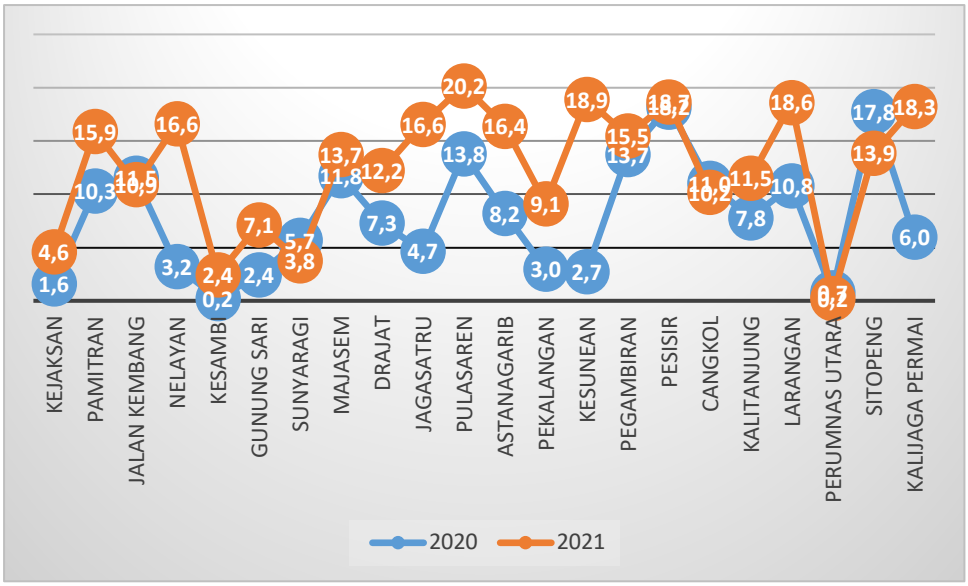
Tabel di atas menunjukkan balita dengan status gizi kurus berdasarkan indikator BB/TB di setiap wilayah Kelurahan/Puskesmas yang ada di Kota Cirebon Tahun 2021. Prevalensi balita kurus tertinggi ada di wilayah Kelurahan Kebon Baru/Puskesmas Nelayan 13,0% dan Puskesmas Cangkol 11,1%, dan tererndah di wilayah Kelurahan Sunyaragi/Puskesmas Sunyaragi 1,5%.

b. Status gizi balita menurut indeks TB/U

Target Pembinaan Gizi Masyarakat dari Kementerian Kesehatan tahun 2021 adalah menurunkan prevalensi stunting menjadi setinggi-tingginya 32%. Hasil Bulan Penimbangan di Kota Cirebon Tahun 2021 menunjukkan data sebagaimana pada grafik berikut:

Grafik : 3.34

Status Gizi Balita Berdasarkan Indeks Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U) Di Kota Cirebon Tahun 2021



Sumber : Data Hasil BPB Terolah, 2021

Dari grafik diatas menunjukkan bahwa balita sangat pendek tertinggi tertinggi terdapat pada Puskesmas Pulasaren 20,2% meningkat dari tahun 2020 13,8%. Sedangkan yang terendah pada Puskesmas Perumnas Utara 0,2% menurun dari Tahun 2020 yaitu sebesar 0,7%. Data tersebut memberikan gambaran bahwa upaya perbaikan status gizi balita pendek belum dapat menberikan hasil yang maksimal, perlu upaya yang lebih tepat yaitu sejak remaja untuk mempersiapkan kehamilan ibu oleh karena status gizi pendek sangat dipengaruhi oleh kecukupan gizi saat masih dalam kandungan dan kondisi gizi ibu hamil dipengaruhi oleh kesiapan pada saat sebelum hamil.

Berdasarkan Kategori tingkat masalah gizi, dengan prevalensi pendek atau *stunting* (TB/U) 11,06% menunjukkan Kota Cirebon masih dalam kondisi baik dari masalah gizi. Namun demikian hasil Pemantauan Status Gizi tingkat nasional untuk Kota Cirebon pada tahun 2015 menunjukkan hasil balita pendek sebesar 18,4% bahkan pada tahun 2021 naik menjadi 24,3%, sehingga Kota Cirebon termasuk kategori Kota dengan masalah gizi tingkat ringan. Walaupun

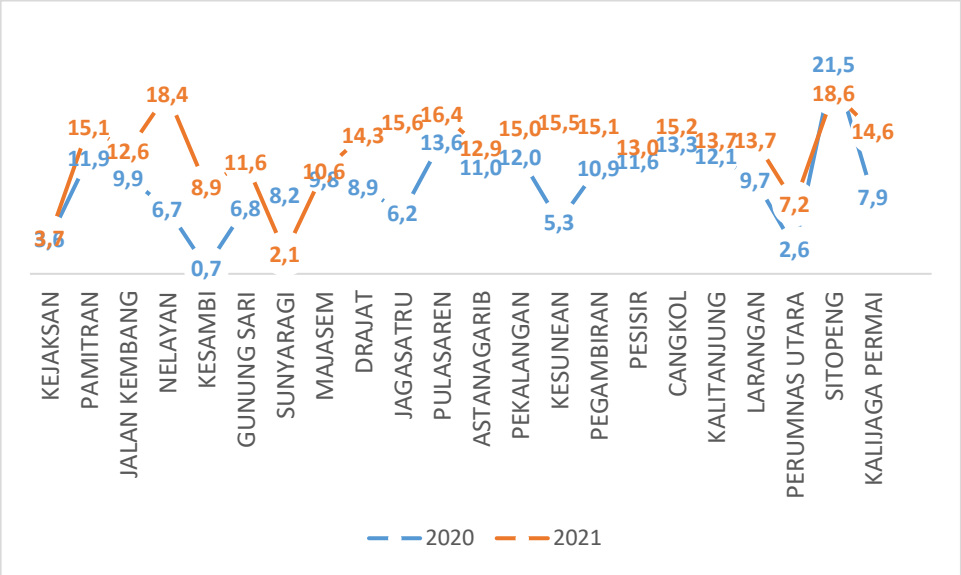
tingkat ringan, namun kecenderungan kenaikan prevalensi *stunting* harus menjadi perhatian semua pihak.

Status gizi balita pendek atau disebut *stunting* berdasarkan hasil Bulan Penimbangan Balita Tahun 2021 menurut wilayah Kelurahan/Puskesmas dengan indikator tinggi badan menurut umur dapat dilihat sebagai berikut :

.

Grafik 3.35

Status Gizi Balita Berdasarkan Indeks Berat Badan menurut Umur (TB/U) Menurut Kelurahan Di Kota Cirebon Tahun 2021



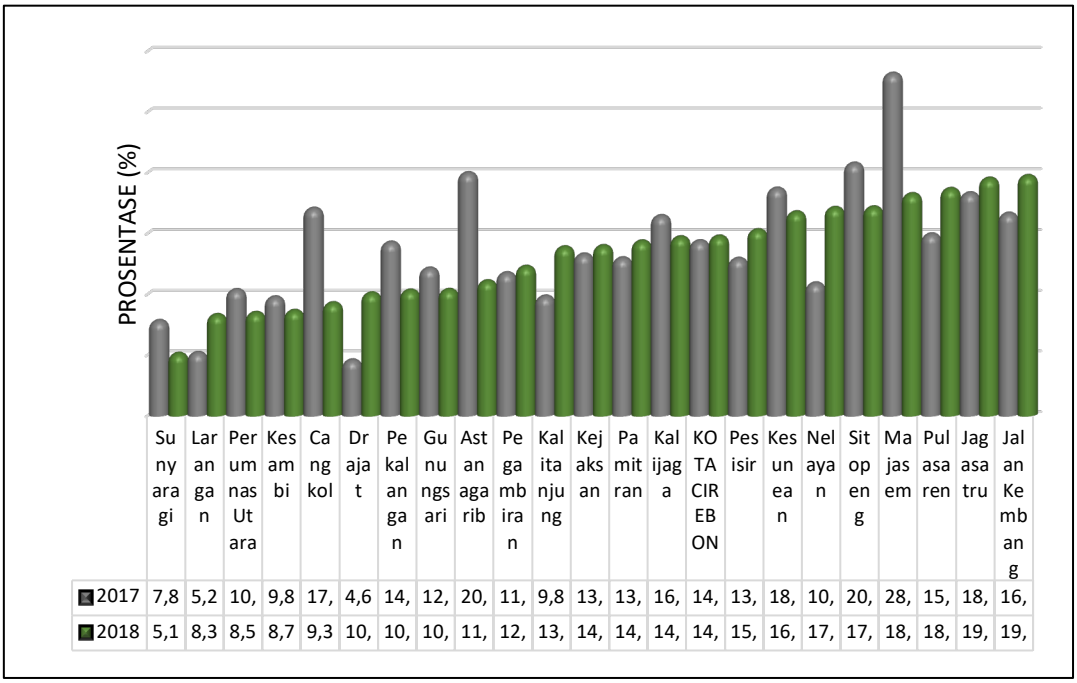
c. Status Gizi Ibu Hamil

Status gizi ibu selama hamil akan mempengaruhi tumbuh kembang bayi dalam kandungan. Kurang Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil berpengaruh terhadap kualitas bayi yang dilahirkan serta berdampak pada kematian bayi dan ibu. Ibu hamil KEK berarti ibu hamil dengan status gizi kurang gizi secara kronis, terjadi dari sebelum hamil, bahkan dari usia remajanya. Ibu hamil yang berisiko KEK adalah ibu hamil yang mempunyai ukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA) < 23,5 cm. Oleh karenanya upaya untuk memutus rantai kejadian ibu hamil KEK harus dimulai sejak dini, sejak memasuki usia remaja bahkan dari usia balita.

Data Status Gizi ibu hamil di Kota Cirebon dapat dilihat dari prevalensi ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK) dan ibu hamil anemia karena kurang zat besi. Data tersebut diperoleh dari hasil pemeriksaan pada ibu hamil saat melakukan kunjungan periksa ke tenaga kesehatan atau sering disebut pemeriksaan antenatal (Antenatal Care / ANC) di fasilitas pelayanan kesehatan yang ada. Ibu hamil akan diperiksa kehamilannya dan diukur Lingkar Lengan Atas (LiLA) dan darahnya.

Grafik 3.39

Prosentase Ibu Hamil Kurang Enegi Kronis (KEK) Menurut Wilayah Puskesmas Di Kota Cirebon Tahun 2021



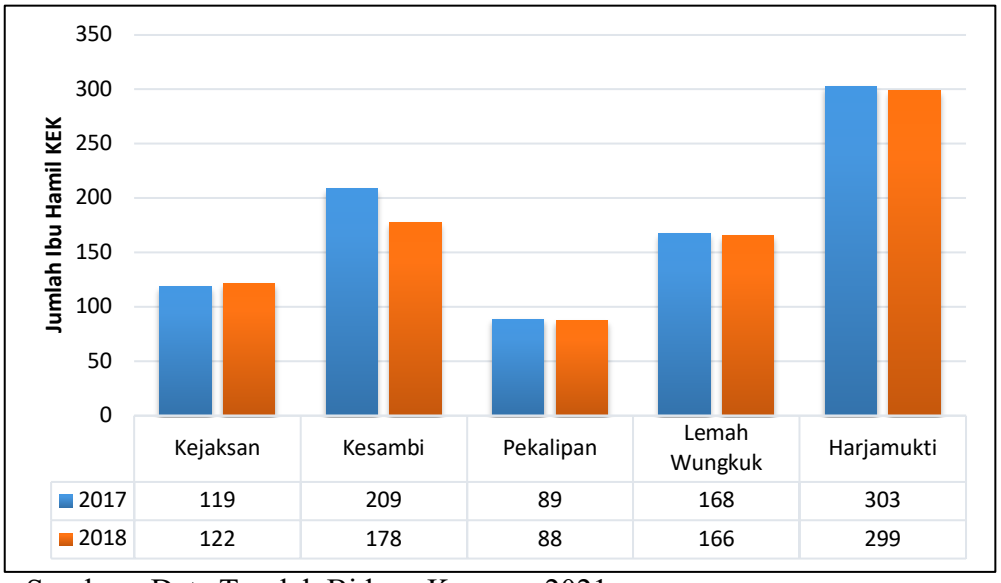
	Sunyaragi	Langan	Perumnas Utara	Kesambi	Cangkol	Drajat	Pekalangan	Gunungsari	Astanagarib	Pegambiran	Kalitanjung	Kejaksan	Pamitran	Kalijaga	KOTA CIREBON	Pesisir	Kesunean	Nelayan	Sitopeng	Majasem	Pulasaren	Jagasatru	Jalan Kembang
2017	7,8	5,2	10,	9,8	17,	4,6	14,	12,	20,	11,	9,8	13,	13,	16,	14,	13,	18,	10,	20,	28,	15,	18,	16,
2018	5,1	8,3	8,5	8,7	9,3	10,	10,	10,	11,	12,	13,	14,	14,	14,	14,	15,	16,	17,	17,	18,	18,	19,	19,

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa prevalensi ibu hamil KEK tahun 2021 tertinggi di wilayah Puskesmas Jalan Kembang 19,8 % dan terendah Puskesmas Sunyaragi 5,1%. Sedangkan pada tahun 2017 prevalensi ibu hamil KEK tertinggi di Puskesmas Majasem 28,2 % dan terendah di Puskesmas Drajat 4,6%. Bila dibandingkan dengan tahun

2017, maka pada tahun 2021 separuh jumlah puskesmas mengalami peningkatan prevalensi ibu hamil KEK.

Peningkatan prevalensi bumil KEK menunjukkan upaya penangggulangan ibu hamil kurang gizi termasuk upaya pencegahannya belum memberikan hasil yang optimal sehingga perlu upaya lebih baik. Namun peningkatan prevalensi juga bisa menunjukkan peningkatan pelayanan pemeriksaan ibu hamil (ANC) lebih teliti dan pengelolaan data surveilans gizi lebih baik. Jumlah Kasus Ibu Hamil KEK di Kota Cirebon pada tahun 2021 dapat dilihat pada grafik berikut.

Grafik 3.40
Jumlah Ibu hamil Kurang Energi Kronis (KEK) Menurut Kecamatan
Di Kota Cirebon Tahun 2021



Sumber : Data Terolah Bidang Kesmas, 2021

Upaya perbaikan gizi yang dilakukan untuk ibu hamil KEK antara lain penyuluhan, konseling, pendampingan dan pemberian PMT Pemulihan. Pada Tahun 2021 PMT Pemulihan ibu hamil KEK bersumber dana dari Bantuan Operasional Puskesmas (BOK) dan JKN, serta biskuit

bumil KEK dari Kemenkes. Pemberiam Mkanan Tambahan tersebut ternyata belum dapat memberikan pengaruh terhadap penurunan kasus ibu hamil KEK di Kota Cirebon. Perlu peningkatan upaya moitoring evaluasi terhadap pananganan ibu hamil KEK tersebut serta inovasi upaya lain.

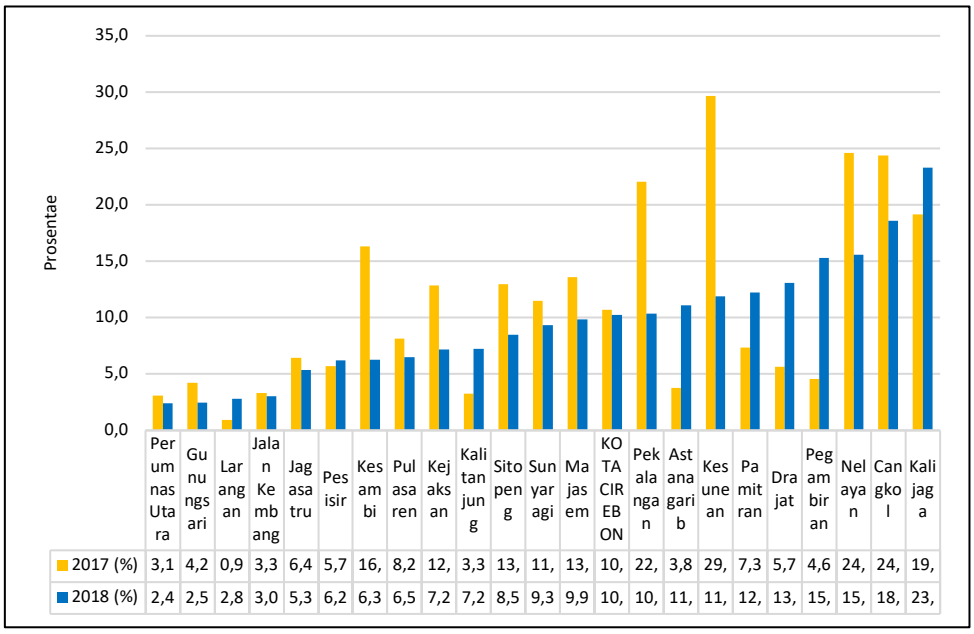
Masalah gizi pada ibu hamil selain KEK juga kekurangan zat besi, asam folat, seng dan yodium. Pada Ibu hamil KEK dapat terjadi bersamaan atau saling terkait dengan kekurangan zat gizi mikro, terutama terjadi pada keluarga miskin (GAKIN).

Anemia adalah keadaan kurang darah yang sebagian besar disebabkan karena makanan yang dikonsumsi kurang mengandung zat pembentuk darah (Zat Besi). Anemia ditandai dengan kadar haemoglobin (Hb) dalam darah kurang dari normal. Pada ibu hamil anemia kadar Hb dalam darah kurang dari 11 gr%.

Anemia pada ibu hamil akan mengakibatkan perdarahan saat melahirkan bahkan kematian ibu. Bayi yang dilahirkan dari ibu hamil anemia juga lebih besar kemungkinan dengan berat lahir rendah (BBLR). Hasil pemeriksaan LILA dan Haemoglobin darah (Hb) pada ibu hamil selama tahun 2017 di fasilitas pelayanan kesehatan di Kota Cirebon sebagaimana pada grafik.

Grafik 3.41

Prevalensi Ibu Hamil Anemia Menurut Puskesmas
Di Kota Cirebon Tahun 2021



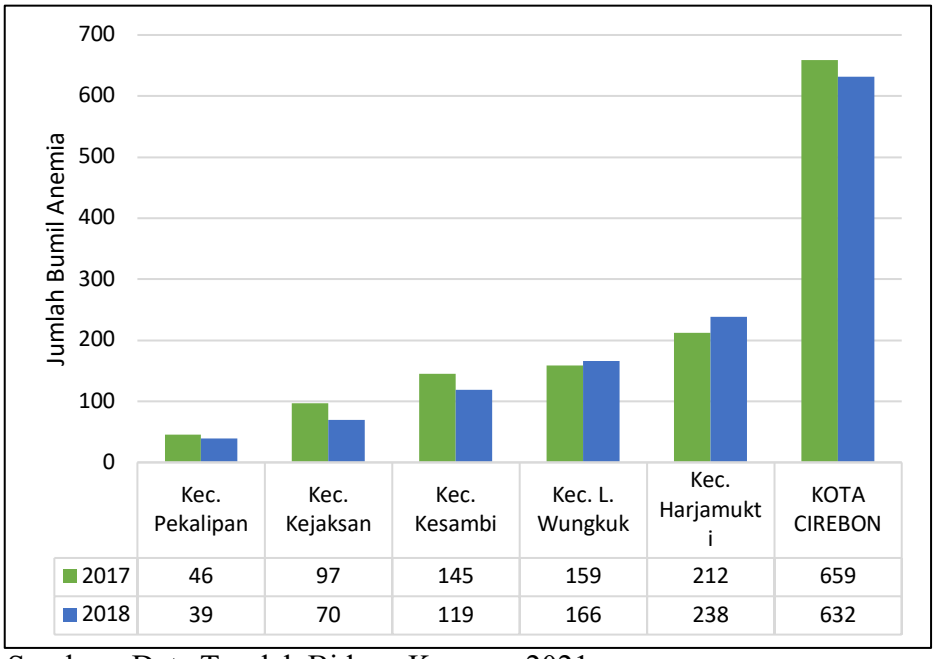
	Perumnas Utara	Gunungsari	Larangan	Jalan Kembang	Jagasatru	Pesisir	Kesambi	Pulasaren	Kejaksan	Kalitanjung	Sitopeng	Sunyaragi	Majasem	KOTA CIREBON	Pekalangan	Astanagarib	Kesunean	Pamitran	Drajat	Pegambiran	Nelayan	Cangkol	Kalijaga
2017 (%)	3,1	4,2	0,9	3,3	6,4	5,7	16,	8,2	12,	3,3	13,	11,	13,	10,	22,	3,8	29,	7,3	5,7	4,6	24,	24,	19,
2018 (%)	2,4	2,5	2,8	3,0	5,3	6,2	6,3	6,5	7,2	7,2	8,5	9,3	9,9	10,	10,	11,	11,	12,	13,	15,	15,	18,	23,

Sumber : Data Terolah Bidang Kesmas, 2021

Dari grafik di atas prevalensi ibu hamil Anemia di Kota Cirebon pada tahun 2021 sebesar 10,2% sedikit menurun bila dibandingkan tahun 2017 sebesar 10,7%. Ada 14 Puskesmas yang mengalami penurunan, sedangkan 8 puskesmas yang lainnya mengalami peningkatan prevalensi ibu hamil Anemia yaitu Puskesmas Larangan, Pesisir, Kalitanjung, Astanagarib, Drajat, Pamitran, Pegambiran dan Kalijaga. Peningkatan Prevalensi tersebut perlu diwaspadai mengingat kepatuhan ibu hamil untuk menum tablet tambah darah masih kurang. Hasil monitoring terhadap kepatuhan ibu hamil untuk minum tablet tambah darah pada tahun 2021 terhadap sampel ibu hamil di seluruh wilayah Puskesmas yang ada di Kota Cirebon menunjukkan 72,7% ibu hamil yang minum tablet tambah darah, sisanya 27,3% tidak diminum.

Grafik 3.42

Jumlah Ibu hamil Anemia Menurut Kecamatan Di Kota Cirebon Tahun 2021



	Kec. Pekalipan	Kec. Kejaksan	Kec. Kesambi	Kec. L. Wungkuk	Kec. Harjamukti	KOTA CIREBON
2017	46	97	145	159	212	659
2018	39	70	119	166	238	632

Sumber : Data Terolah Bidang Kesmas, 2021

Grafik tersebut menunjukkan jumlah kasus ibu hamil anemia di Kota Cirebon pada tahun 2021 sebanyak 632 kasus, sedikit menurun dari tahun 2017 berjumlah 659 kasus, turun 27 kasus (4,09%). Penurunan jumlah kasus ibu hamil Anemia ada di wilayah Kecamatan Kejaksan, Kesambi, Pekalipan, dan Kecamatan Lemah Wungkuk, sedangkan Harjamukti terjadi peningkatan. Penurunan Prevalensi dapat dipengaruhi dari upaya pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil minimal 90 tablet selama kehamilan secara berturut-turut. Namun Peningkatan prevalensi yang tinggi merupakan masalah yang bisa disebabkan karena tablet tambah darah yang diberikan pada ibu hamil belum tentu diminum seluruhnya sehingga tidak mengatasi keadaan anemai ibu hamil. Sesuai dengan hasil monitoring terhadap kepatuhan ibu hamil minum tablet tambah darah yang menunjukkan belum semua ibu hamil yang diberikan tablet tambah darah diminum, hanya 72,7% yang diminum masih ada 27,3% yang tidak minum tablet tambah darah. Hal lain yang perlu dievaluasi adalah ketepatan

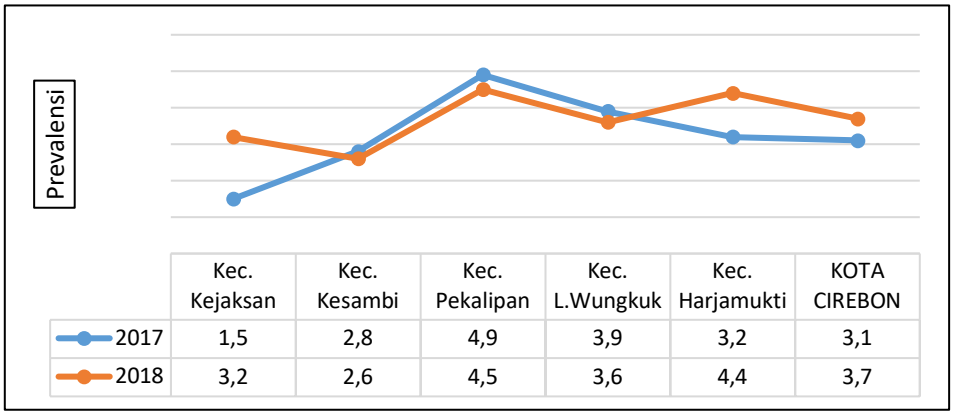
penentuan diagnosa anemia melalui pengukuran dan pemeriksaan kadar Hb darah ibu hamil belum semua memakai pemeriksaan kuantitatif tetapi secara kualitatif serta ketersediaan tenaga pranata laboratorium di beberapa Puskesmas yang belum terpenuhi menjadi kendala tersendiri dalam pemeriksaan ibu hamil anemia.

d. Prevalensi Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR)

Bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram disebut Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR). Terjadinya BBLR disebabkan antara lain kurangnya asupan gizi saat janin dalam kandungan, yang biasanya karena ibunya kurang gizi (KEK) atau anemia. BBLR juga bisa disebabkan lahir kurang bulan (belum waktunya). Bayi yang lahir dengan berat badan rendah perlu penanganan yang tepat, karena bayi tersebut mudah mengalami hipotermi dan organ-organ dalam tubuhnya belum sempurna terbentuk sehingga biasanya menjadi penyebab kematian bayi

Grafik 3.42

Prevalensi Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) Per Kecamatan di Kota Cirebon Tahun 2021



	Kec. Kejaksan	Kec. Kesambi	Kec. Pekalipan	Kec. L.Wungkuk	Kec. Harjamukti	KOTA CIREBON
2017	1,5	2,8	4,9	3,9	3,2	3,1
2018	3,2	2,6	4,5	3,6	4,4	3,7

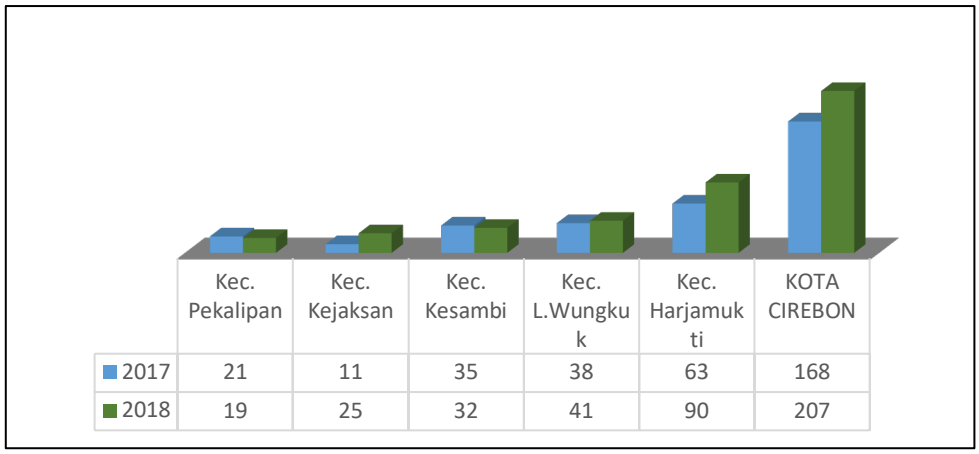
Sumber : Data Terolah Bidang Kesmas, 2021

Prevalensi Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di Kota Cirebon pada tahun 2021 adalah 3,7% (207 kasus), meningkat bila dibandingkan tahun 2017 yaitu 3,1% (168 kasus). Prevalensi BBLR pada tahun 2021

yang tertinggi ada di Kecamatan Pekalipan sebesar 4,5%, Kecamatan Harjamukti sebesar 4,4%, sedangkan terendah di Kecamatan

Grafik 3.43

Jumlah BBLR menurut kecamatan

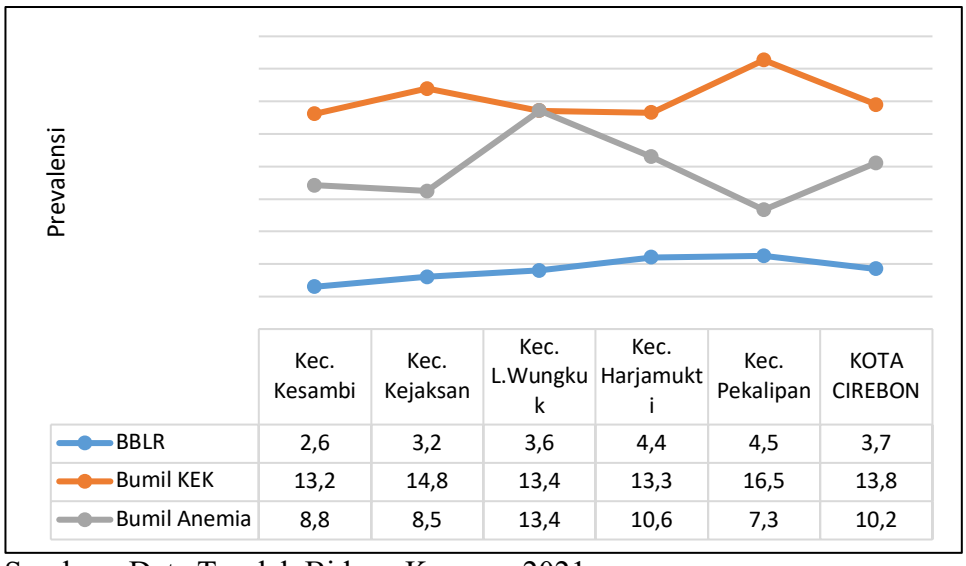


	Kec. Pekalipan	Kec. Kejaksan	Kec. Kesambi	Kec. L.Wungkuk	Kec. Harjamukti	KOTA CIREBON
2017	21	11	35	38	63	168
2018	19	25	32	41	90	207

Sumber : Data Terolah Bidang Kesmas; 2021

Grafik 3.44

Prevalensi Ibu Hamil KEK, Ibu Hamil Anemia Dan BBLR Menurut Kecamatan Di Kota Cirebon Tahun 2021

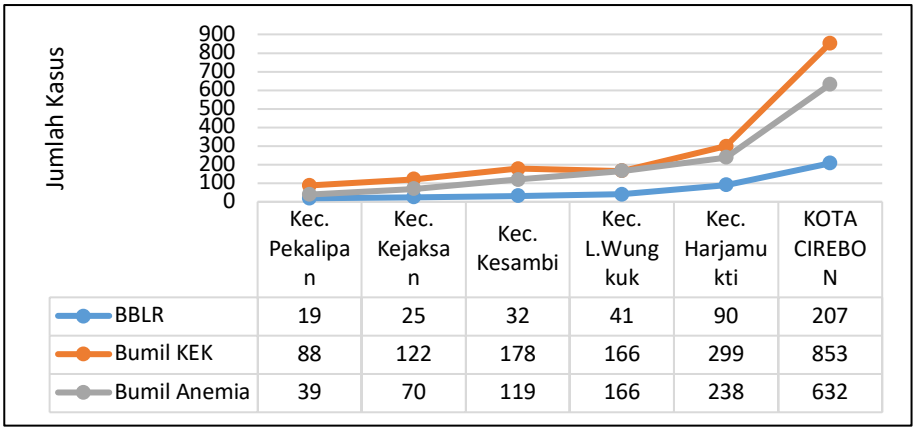


	Kec. Kesambi	Kec. Kejaksan	Kec. L.Wungkuk	Kec. Harjamukti	Kec. Pekalipan	KOTA CIREBON
BBLR	2,6	3,2	3,6	4,4	4,5	3,7
Bumil KEK	13,2	14,8	13,4	13,3	16,5	13,8
Bumil Anemia	8,8	8,5	13,4	10,6	7,3	10,2

Sumber : Data Terolah Bidang Kesmas, 2021

Grafik di atas menunjukkan prevalensi ibu hamil KEK, ibu hamil Anemia dan BBLR menurut wilayah kecamatan di Kota Cirebon tahun 2021. Bila dilihat maka prevalensi ibu hamil KEK di semua wilayah kecamatan diatas 10%, prevalensi ibu hamil Anemia diatas 8% bahkan ada yang di atas 10% serta prevalensi BBLR di atas 3%. Batasan masalah kesehatan masyarakat untuk indikator prevalensi ibu hamil KEK 20%, ibu hamil Anemia 20% dan BBLR 15%. Bila bandingkan dengan batasan masalah kesehatan masyarakat tersebut prevalensi ibu hamil KEK, ibu hamil anemia dan BBLR di Kota Cirebon masih dibawah ambang batas. Namun demikian prevalensi tersebut memberikan gambaran bahwa kecenderungan peningkatan prevalensi ibu hamil KEK dan ibu hamil Anemia dapat mengakibatkan peningkatan prevalensi BBLR, sehingga upaya untuk penanganan ibu hamil KEK dan ibu hamil Anemia harus ditingkatkan sehingga dapat menurunkan prevalensi BBLR yang bisa mengakibatkan kematian bayi.

Grafik 3.45 Jumlah BBLR, Ibu Hamil KEK dan Ibu Hamil Anemia menurut Kecamatan di Kota Cirebon Tahun 2021



	Kec. Pekalipan	Kec. Kejaksan	Kec. Kesambi	Kec. L.Wungkuk	Kec. Harjamukti	KOTA CIREBON
BBLR	19	25	32	41	90	207
Bumil KEK	88	122	178	166	299	853
Bumil Anemia	39	70	119	166	238	632

Sumber : Data Terolah Bidang Kesmas, 2021

Dari grafik tersebut menunjukkan bahwa kasus ibu hamil KEK, Anemia dan BBLR di Kota Cirebon pada tahun 2021 saling berbanding lurus, BBLR banyak terjadi di wilayah Kecamatan dengan bumil KEK dan/atau Anemia yang banyak. Kasus BBLR yang banyak terjadi pada saat kasus ibu hamil KEK maupun ibu hamil anemia seperti di Kecamatan Harjamukti dan Lemah Wungkuk. Sementara di wilayah Kecamatan Harjamukti terdapat kasus ibu hamil KEK dan anemia terbanyak dan ternyata kasus BBLR juga terbanyak.

Keadaan KEK dan anemia pada ibu hamil dapat menyebabkan BBLR. Adanya kasus ibu hamil anemia dan KEK masih menjadi penyebab terjadinya BBLR sebagai akibat gangguan pertumbuhan selama dalam kandungan. Bayi dengan BBLR akan memiliki risiko terhambatnya pertumbuhan dan perkembangan selanjutnya misalnya terjadinya gizi buruk ataupun penyimpangan perkembangan. Sebaiknya petugas kesehatan dibantu kader dan masyarakat tetap mewaspadai kasus yang dapat terjadi pada ibu selama kehamilan agar tidak terjadi masalah kesehatan lebih lanjut yang diakibatkan oleh keadaan Anemia, KEK maupun BBLR.

e. Hasil Cakupan Distribusi Tablet Tambah Darah untuk Ibu Hamil

Anemia gizi adalah suatu keadaan dimana kadar hemoglobin (Hb) dalam darah kurang dari normal. Pada ibu hamil anemia ditandai dengan kadar Hb kurang dari 11gr%. Penyebab dari anemia adalah zat besi yang masuk melalui makanan tidak mencukupi kebutuhan. Makanan yang kaya

kandungan zat besinya adalah makanan sumber hewani, sedangkan sumber nabati walaupun kaya akan zat besi tetapi tidak dapat diserap dengan baik dalam tubuh sehingga hanya sedikit sekali yang dapat digunakan dalam tubuh.

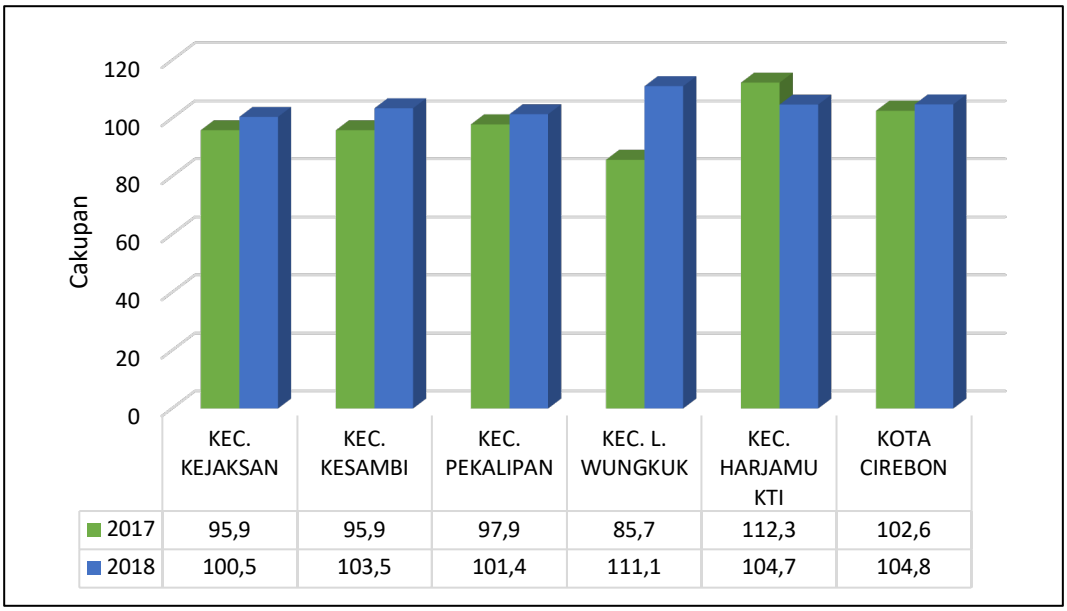
Meningkatnya kebutuhan tubuh akan zat besi terutama pada ibu hamil, masa tumbuh kembang pada remaja, serta akibat penyakit kronis (*Tuberculosis* atau TBC, Infeksi). Oleh karena itu, dalam keadaan tersebut seseorang perlu mengkonsumsi tablet besi.

Upaya pencegahan anemia pada ibu hamil yang dilakukan di Dinas Kesehatan Kota Cirebon adalah dengan pemebrain Tablet Fe 90 tablet selama kehamilan. Meskipun manfaat Tablet Fe bagi ibu hamil sangat penting, namun belum semua ibu hamil dapat minum Tablet Fe tersebut sejumlah yang dianjurkan. Hal tersebut didasarkan pada hasil pemantauan kepatuhan ibu hamil minum tablet tambah darah pada tahun 2021 yang menunjukkan baru 72,7% ibu hamil yang minum tablet tambah darah yang diperoleh di fasilitas pelayanan kesehatan. Adapun Hasil cakupan Tablet Fe bagi ibu hamil di Dinas Kesehatan Kota Cirebon pada tahun 2021 seperti pada grafik berikut:

Grafik . 3.46

Cakupan Pemberian Tablet FE1 pada Ibu Hamil Per Kecamatan

Di Kota Cirebon Tahun 2021



	KEC. KEJAKSAN	KEC. KESAMBI	KEC. PEKALIPAN	KEC. L. WUNGKUK	KEC. HARJAMUKTI	KOTA CIREBON
2017	95,9	95,9	97,9	85,7	112,3	102,6
2018	100,5	103,5	101,4	111,1	104,7	104,8

Sumber : Data Terolah Bidang Kesmas, 2021

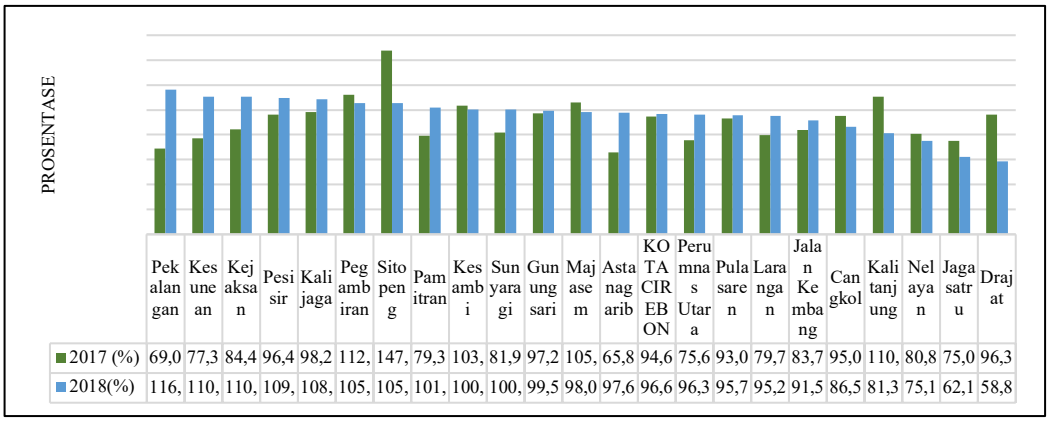
Hasil cakupan Fe1 (Pemberian tablet tambah darah sebanyak 30 tablet) pada tahun 2021 meningkat dari tahun 2017 yaitu 104,8%, dari 102,3% pada tahun 2017. Cakupan tertinggi berada di wilayah Kecamatan Lemah Wungkuk 111,1% dan terendah di Kecamatan Kejaksan 100,5%. Pemberian tablet tambah darah 30 tablet pertama biasanya dilakukan pada saat kontak ibu hamil pertama periksa kehamilan ke fasilitas pelayanan kesehatan. Pada saat itu juga diberikan konseling tentang manfaat minum tablet tambah darah bagi ibu hamil dan janin dalam kandungannya. Pengetahuan tersebut sangat penting dimiliki oleh ibu hamil karena diharapkan dapat minum tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan. Standar Pelayanan Minimal (SPM) untuk pemebrian Tablet Fe1

sebesar 95%, jadi untuk Kota Cirebon telah mencapai target SPM hanya saja untuk wilayah Kecamatan Pekalipan belum tercapai sehingga perlu upaya lebih lanjut untuk pemberian tablet Fe1.

Pemberian Tablet tambah darah pada ibu hamil minimal 90 tablet selama kehamilan atau biasa dikenal dengan istilah Fe3. Cakupan Fe3 pada ibu hamil menurut wilayah Puskesmas di Kota Cirebon tahun 2021 sebagaimana pada grafik berikut.

Grafik 3.47

Cakupan Pemberian Tablet FE 90 pada Ibu Hamil Per Kecamatan
Di Kota Cirebon Tahun 2021



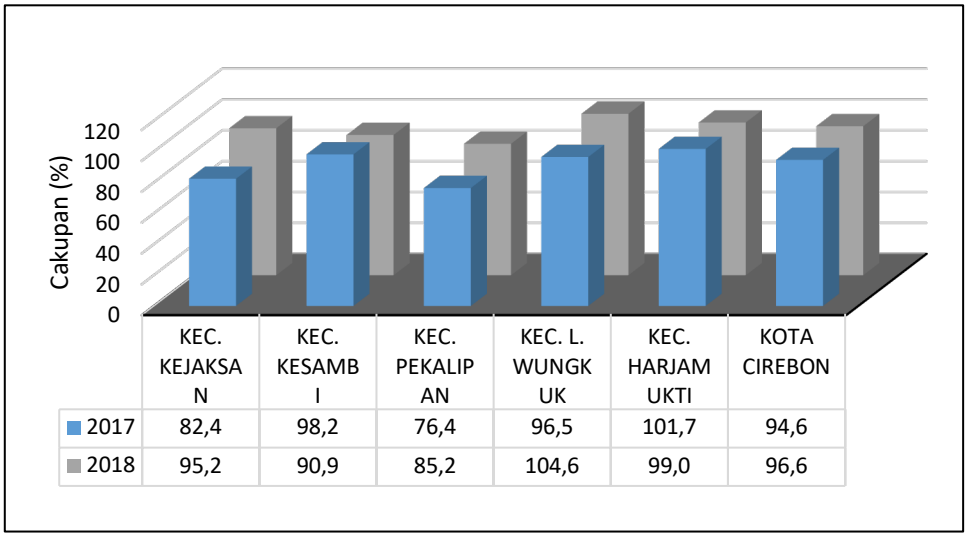
	Pekalangan	Kesunean	Kejaksan	Pesisir	Kalijaga	Pegambiran	Sitopeng	Pamitran	Kesambi	Sunyaragi	Gunungsari	Majasem	Astanagarib	KOTA CIREBON	Perumnas Utara	Pulasaren	Laranga n	Jalan Kembang	Cangkol	Kalitanjung	Nelayan	Jagasatru	Drajat
2017 (%)	69,0	77,3	84,4	96,4	98,2	112,	147,	79,3	103,	81,9	97,2	105,	65,8	94,6	75,6	93,0	79,7	83,7	95,0	110,	80,8	75,0	96,3
2018(%)	116,	110,	110,	109,	108,	105,	105,	101,	100,	100,	99,5	98,0	97,6	96,6	96,3	95,7	95,2	91,5	86,5	81,3	75,1	62,1	58,8

Sumber : Data Terolah Bidang Kesmas; 2021

Grafik tersebut menunjukkan cakupan ibu hamil mendapatkan tablet tambah darah 90 tablet selama hamil atau Fe3 menurut wilayah Puskesmas di Kota Cirebon tahun 2021. Cakupan Fe3 pada ibu hamil di Kota Cirebon Tahun 2021 sebesar 96,6%, meningkat dari Tahun 2017 yaitu 94,6%. Cakupan Fe3 tertinggi di Puskesmas Pekalangan 116,5% dan terendah di Puskesmas Drajat 58,5%. Cakupan diatas 100%

menunjukkan jumlah ibu hamil yang diberi Fe 90 tablet lebih banyak dari perkiraan di awal Tahun 2021.

Grafik 3.48
Cakupan Pemberian Tablet FE3 pada Ibu Hamil Per Kecamatan Di Kota Cirebon Tahun 2021



	KEC. KEJAKSAN	KEC. KESAMBI	KEC. PEKALIPAN	KEC. L. WUNGKUK	KEC. HARJAMUKTI	KOTA CIREBON
2017	82,4	98,2	76,4	96,5	101,7	94,6
2018	95,2	90,9	85,2	104,6	99,0	96,6

Sumber : Data Terolah Bidang Kesmas, 2021

Data Cakupan Pemberian Tablet Fe3 (pemberian tablet Fe sebanyak 90 tablet) dapat dilihat dari grafik di berikutnya. Grafik tersebut menunjukkan cakupan pemberian tablet Fe 90 tablet pada ibu hamil di Kota Cirebon pada tahun 2021 sedikit meningkat bila dibandingkan tahun 2017 yaitu 96,6% dari 94,6%. Cakupan pemberian Fe3 tertinggi di wilayah Kecamatan Lemah Wungkuk 104,6% sedangkan terendah di wilayah Kecamatan Pekalipan 85,2%.

Standar Pelayanan Minimal (SPM) Program Gizi cakupan pemberian Fe1 adalah 95 % dan Fe3 sebesar 90%, hasil cakupan distribusi pemberian Fe1 sudah mencapai target, namun untuk cakupan Fe3 masih dibawah SPM. Oleh karena itu upaya peningkatan cakupan harus

ditingkatkan melalui kunjungan rumah, *sweeping* ke praktek swasta dan upaya untuk menangani keluhan ibu hamil saat mengkonsumsi tablet besi dengan konseling dan pilihan tablet yang bisa diterima agar ibu hamil tetap mau mengkonsumsi tablet Fe dari awal kehamilan hingga saatnya melahirkan, sehingga dapat mengurangi terjadinya pendaharan pada saat melahirkan yang dapat menyebabkan kematian ibu. Hal lainnya yang sangat penting adalah hasil pemantauan terhadap kepatuhan ibu hamil minum tablet Fe, menunjukkan 27,3% ibu hamil tidak minum tablet tambah darah yang diterima, sehingga masih perlu ditingkatkan kualitas pelayanan petugas khususnya konseling tentang manfaat tablet tambah darah.

f. Hasil perawatan bagi balita gizi buruk

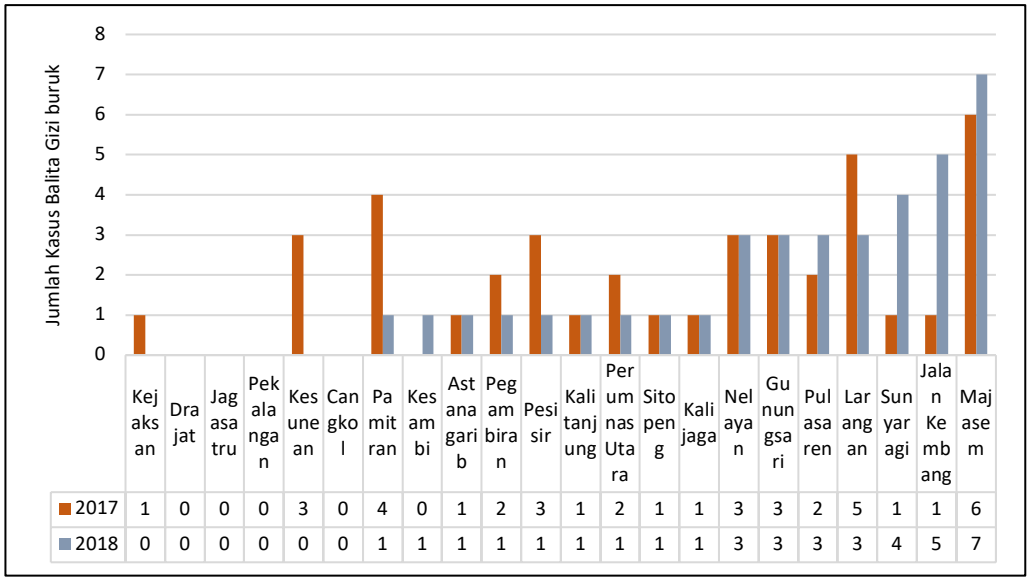
Usia balita merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan yang pesat, bahkan usia 0-24 bulan kerap di istilahkan sebagai periode emas sekaligus periode kritis. Periode emas dapat diwujudkan apabila pada masa ini bayi dan anak memperoleh asupan gizi yang sesuai untuk tumbuh kembang optimal. Sebaliknya apabila bayi dan anak pada masa ini tidak memperoleh makanan sesuai kebutuhan gizinya, maka periode emas akan berubah menjadi periode kritis yang akan menganggu tumbuh kembang bayi dan anak, baik pada saat ini maupun masa selanjutnya.

Keberhasilan penanggulangan Gizi Buruk pada Balita sangat penting artinya dalam upaya penurunan angka kematian bayi dan anak, meningkatnya umur harapan hidup dan produktivitas bangsa sehingga hal

ini merupakan upaya yang strategis dalam mewujudkan keberhasilan pembangunan Sumber Daya Manusia.

Untuk itu upaya Pemerintah Kota Cirebon melalui Dinas Kesehatan Kota Cirebon sebagai pelaksana di lapangan bersama masyarakat untuk menurunkan Prevalensi Balita Gizi Buruk terutama pada usia dini yaitu usia dibawah lima tahun (Balita) adalah dengan Pemberian Makanan Tambahan-Pemulihan (PMT-P), Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) maupun perawatan bagi balita gizi buruk.

Grafik 3.49
Jumlah Kasus Balita Gizi Buruk Mendapat Perawatan Di Kota Cirebon
Tahun 2021



	Kejaksan	Drajat	Jagasatru	Pekalangan	Kesunean	Cangkol	Pamitran	Kesambi	Astanagarib	Pegambiran	Pesisir	Kalitanjung	Perumnas Utara	Sitopeng	Kalijaga	Nelayan	Gunungsari	Pulasaren	Larangan	Sunyaragi	Jalan Kembang	Majasem
2017	1	0	0	0	3	0	4	0	1	2	3	1	2	1	1	3	3	2	5	1	1	6
2018	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	4	5	7

Sumber : Data Terolah Bidang Kesmas, 2021

Jumlah balita gizi buruk yang ditemukan di Kota Cirebon pada tahun 2021 adalah 37 kasus, lebih sedikit dari tahun 2017 yaitu 40 kasus. Jumlah kasus balita gizi buruk yang terbanyak ditemukan di Wilayah Puskesmas Majasem 7 kasus, dan ada 6 Wilayah Puskesmas yang tidak ditemukan

kasus balita gizi buruk yaitu Kejaksan, Drajat, Jagasatru, Pekalangan, Kesunean dan Cangkol. Semua kasus yang ditemukan tersebut ditangani oleh seluruh puskesmas yang ada baik berupa konseling, PMT, PPG maupun rujukan (ke RSBM, RSU, DSA). Dengan kata lain semua balita gizi buruk mendapatkan perawatan sesuai pedoman. Hal ini sesuai dengan target Standar Pelayanan Minimal (SPM) 100% balita gizi buruk mendapatkan perawatan.

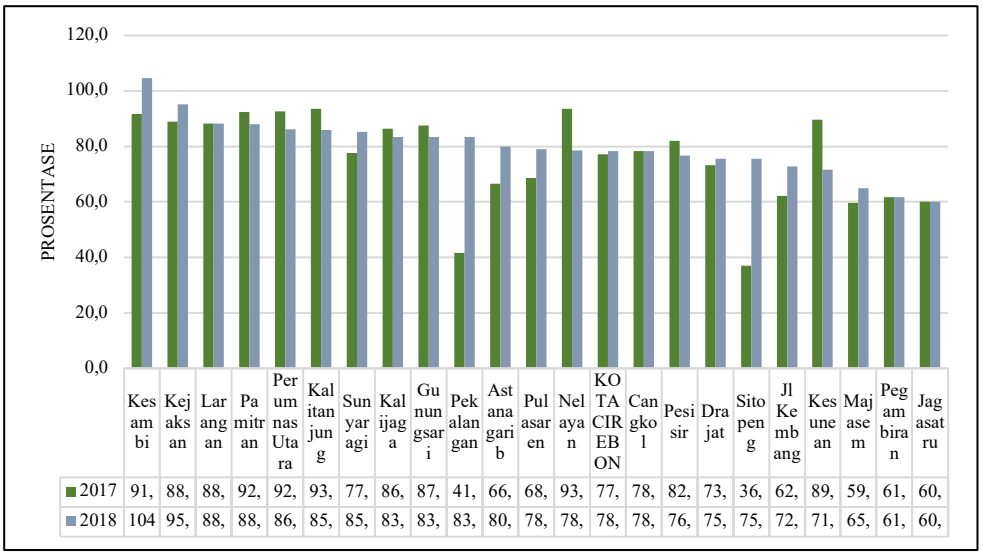
g. Hasil Pemberian MP-ASI (Makanan Pendamping ASI) Bagi Baduta (6-24 Bulan)

Kebutuhan gizi bayi sampai usia 6 bulan masih dapat dipenuhi dari ASI. Mulai usia 6 bulan kebutuhan energi bayi tidak dapat dipenuhi dari ASI, hanya setengah sampai sertiga kebutuhan saja, sehingga perlu tambahan energi dari MP-ASI. Pemberian MP-ASI berarti memberiakn makanan lain sebagai pendamping ASI yang diberikan pada bayi dan anak usia 6 sampai 24 bulan. MP-ASI yang tepat dan baik merupakan makanan yang dapat memenuhi kebutuhan gizi sehingga bayi dan anak dapat tumbuh kembang dengan optimal. Jenis MP-ASI yang dapat diberikan dapat berupa MP-ASI pabrikan (biskuit, bubur instan dsb) atau makanan lokal yang biasa dikonsumsi di keluarga atau masyarakat setempat.

Grafik 3.50

Hasil Pemberian MP-ASI pada Baduta Gakin di Kota Cirebon

Tahun 2021



	Kesambi	Kejaksan	Larangan	Pamitran	Perumnas Utara	Kalitanjung	Sunyaragi	Kalijaga	Gunungsari	Pekalangan	Astanagarib	Pulasaren	Nelayan	KOTA CIREBON	Cangkol	Pesisir	Drajat	Sitopeng	Jl Kembang	Kesunean	Majasem	Pegambiran	Jagasatru
2017	91,	88,	88,	92,	92,	93,	77,	86,	87,	41,	66,	68,	93,	77,	78,	82,	73,	36,	62,	89,	59,	61,	60,
2018	104	95,	88,	88,	86,	85,	85,	83,	83,	83,	80,	78,	78,	78,	78,	76,	75,	75,	72,	71,	65,	61,	60,

Sumber : Data Terolah Bidang Kesmas, 2021

Hasil Pemberian MP-ASI pada bayi dan anak usia 6 sampai 24 bulan dari keluarga miskin di Kota Cirebon tahun 2021 adalah 78,3%, meningkat dari tahun 2017 yaitu 77,1%. Cakupan tertinggi di wilayah Puskesmas Kesambi 93,6% dan terendah di Puskesmas Jagasatru 60,0%. Perlu upaya peningkatan pemberian MP-ASI dengan memprioritaskan baduta pada pelaksanaan program pemberian makanan tambahan balita kurus. Pemberian MP-ASI tersebut dapat terdiri dari MP-ASI pabrikan dari Kemenkes dan lokal dengan sumber dana dari APBN melalui Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) di Puskesmas. Pemberian MP-ASI secara bertahap sesuai usia anak, mulai dari lumat, lembik sampai terbiasa dengan makanan keluarga. Di samping MP-ASI, pemberian ASI terus dilanjutkan

sebagai sumber zat gizi dan faktor pelindung penyakit hingga anak mencapai usia dua tahun atau lebih.

Bila dibandingkan dengan target Standar pelayanan Minimal (SPM) Kemenkes RI untuk Pemberian MP-ASI bagi baduta gizi kurang dari keluarga miskin adalah 100%, maka capaian di Kota Cirebon masih dibawah target. Kiranya diperlukan dukungan lebih untuk meningkatkan cakupan pemberian MP-ASI terutama bagi baduta gakin sehingga dapat meningkatkan status gizinya dan mencegah timbulnya gizi kurang maupun gizi buruk pada balita.

h. Hasil cakupan pencapaian pemantauan pertumbuhan balita

Kegiatan Usaha Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK) di Posyandu adalah Pelayanan gizi dimana kegiatan utamanya adalah penimbangan balita dan penyuluhan dalam rangka pemantau pertumbuhan dan perkembangannya, diharapkan dapat diketahui penyimpangan pertumbuhan sedini mungkin dan dapat dilakukan pencegahan dan penanggulangan secepatnya.

Penanggulangan gizi kurang memerlukan upaya yang menyeluruh, meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Efektivitas penanggulangan gizi kurang ditentukan oleh dua hal. Pertama, ketepatan melakukan identifikasi dini gangguan pertumbuhan dan perkembangan dan kedua, ketepatan dan kecepatan tindak lanjut setiap gangguan pertumbuhan. Pemantauan pertumbuhan merupakan salah satu kegiatan utama program perbaikan gizi yang terdiri dari penimbangan balita setiap

bulan, pencatatan dan pengisian Kartu Menuju Sehat, penilaian naik atau tidak naik yang bertujuan melakukan deteksi dini gangguan pertumbuhan dan melakukan tindak lanjut hasil pemantauan pertumbuhan.

Pemantauan pertumbuhan dilakukan melalui penimbangan balita di posyandu atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Dalam penimbangan di posyandu dikenal dengan istilah S adalah semua balita yang ada di wilayah dan terdaftar di posyandu, K adalah semua balita yang memilki Kartu Menuju Sehat (KMS), D adalah balita yang datang dan ditimbang di posyandu, N adalah semua balita yang ditimbang di posyandu maupun luar posyandu yang naik berat badannya serta Balita Bawah Garis Merah (BGM) adalah balita yang ditimbang berat badannya berada pada garis merah atau di bawah garis merah KMS.

Persentase balita ditimbang di posyandu dikenal dengan istilah D/S dapat menggambarkan partisipasi masyarakat dalam kegiatan UPGK khususnya pemantauan pertumbuhan balita. N/S atau balita yang naik hasil timbangan berat badannya dari seluruha balita yang terdaftar di wilayah posyandu menggambarkan capaian progam UPGK khusunya pemantaun pertumbuhan balita di posyandu.

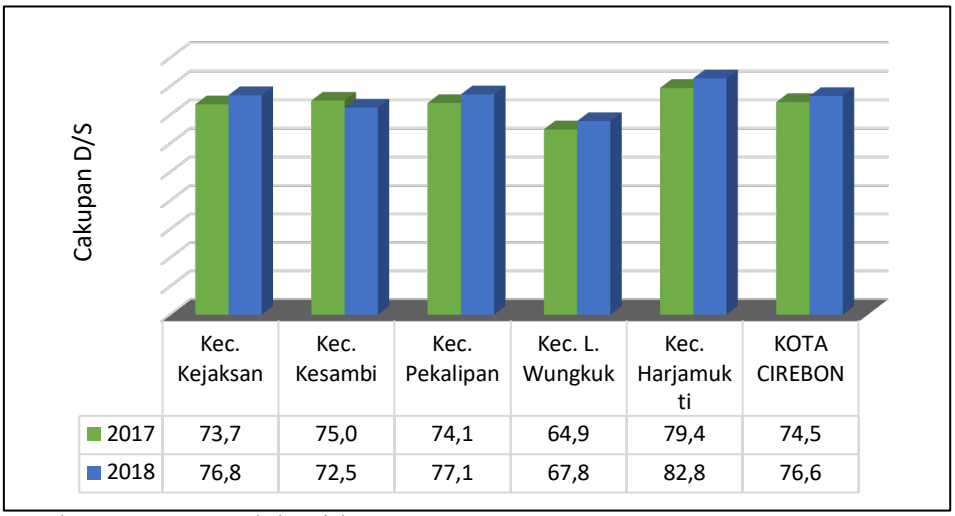
Balita yang ditimbang di posyandu terdapat kelompok yang rawan untuk diperhatikan pertumbuhannya dan dikenal dengan kelompok baduta (bawah usia dua tahun : 0-23 bulan) dan balita (bawah usia lima tahun : 0-59 bulan). Usia baduta biasanya lebih teratur datang ke posyandu dibandingkan balita usia di atas dua tahun oleh karena biasanya baduta

masih membutuhkan pelayanan imunisasi dan tergantung pada pengasuhan ibu di rumah. Hasil pencapaian penimbangan balita dapat dilihat pada grafik berikut :

Grafik 3.51

Cakupan Baduta Ditimbang di Kota Cirebon

Tahun 2021



Sumber : Data Terolah Bidang Kesmas, 2021

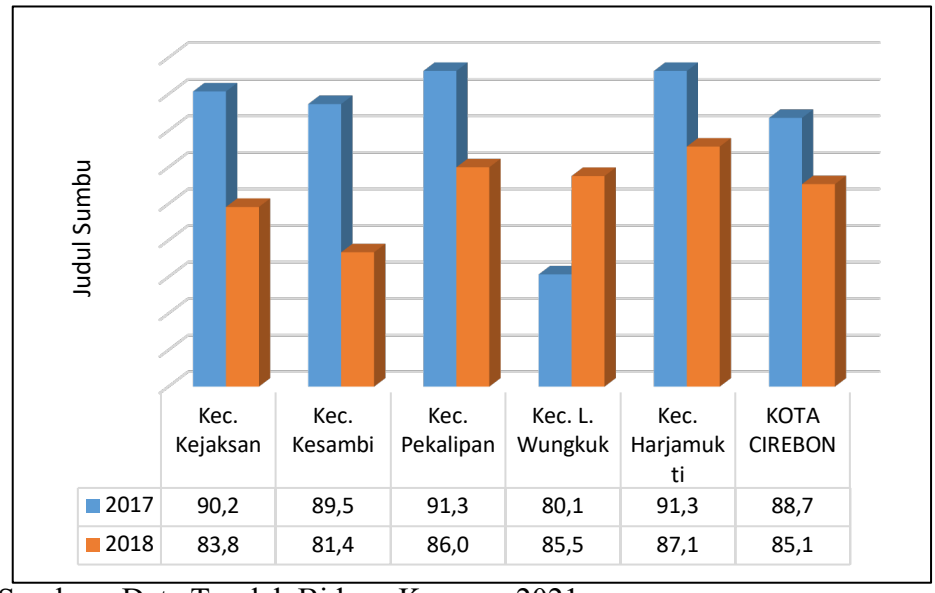
Dari grafik tersebut dapat diketahui pencapaian prosentase baduta (balita usia dibawah dua tahun) ditimbang di posyandu (D/S) di wilayah Kota Cirebon tahun 2021 adalah 76,6%, meningkat dari tahun 2017 yaitu 74,5%. Cakupan D/S baduta tertinggi di wilayah Kecamatan Harjamukti 82,8% terendah di wilayah Kecamatan Lemah Wungkuk 67,8%. Tinggi dan rendahnya cakupan D/S berhubungan dengan perkiraan jumlah Baduta yang ada di Wilayah Puskesmas, wilayah Puskesmas Sitopeng merupakan wilayah perkembangan sehingga jumlah baduta yang ada lebih banyak dari perkiraan, sebaliknya wilayah Puskesmas Kesambi, Pamitran dan

Pekalangan cenderung tidak banyak pertambahan baduta. Bila dibandingkan dengan Target Kota Cirebon D/S sebesar 80% pada tahun 2021, jadi capaian D/S baduta di Kota Cirebon belum mencapai target.

Grafik 3.52

Cakupan Balita Ditimbang Di Kota Cirebon

Tahun 2021



Sumber : Data Terolah Bidang Kesmas, 2021

Grafik diatas menunjukkan prosentase balita (anak usia bawah lima tahun) ditimbang (D/S) pada tahun 2021 adalah 85,1%, menurun dari tahun 2017 yaitu 88,7%. Cakupan D/S balita yang tertinggi di wilayah Kecamatan Harjamukti 87,1% dan terendah di wilayah Kecamatan Kesambi 81,4%. Target Pembinaan Gizi Masyarakat Kota Cirebon tahun 2021 untuk Balita Ditimbang Berat Badannya (D/S) adalah 85%. Sehingga Cakupan D/S posyandu di Kota Cirebon belum mencapai target, namun untuk Puskesmas Sitopeng, Kalitanjung, dan Cangkol sudah mencapai target, puskesmas yang

lainnya belum mencapai target. Oleh karena itu perlu upaya dan strategi untuk meningkatkan D/S terutama di wilayah Puskesmas yang belum tercapai targetnya.

i. Hasil cakupan rata-rata dan hasil cakupan Vitamin A

Program Penanggulangan masalah Kurang Vitamin A (KVA) merupakan salah satu program perbaikan gizi masyarakat yang dilaksnakan secara promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Kegiatan promotif dapat dilakukan melalui promosi atau penyuluhan untuk meningkatkan konsumsi makanan kaya vitamin A dan secara preventif dapat dilakukan dengan suplementasi kapsul Vitamin A dosis tinggi dan fortifikasi vahan makanan dengan Vitamin A. Deteksi dini dan pengobatan kasus Xeroftalmia adalah merupakan kegiatan secara kuratif yang bertujuan rehabilitatif untuk mencegah terjadinya dampaklebih lanjut KVA kebutaan. Vitamin A merupakan zat gizi yang esensial bagi manusia, karena zat gizi ini sangat penting dan konsumsi makanan kita cenderung belum mencukupi dan masih rendah sehingga harus dipenuhi dari luar. Pada anak balita akibat KVA akan meningkatkan kesakitan dan kematian, mudah terkena penyakit infeksi seperti diare, radang paru-paru, pneumonia dan akhirnya kematian.

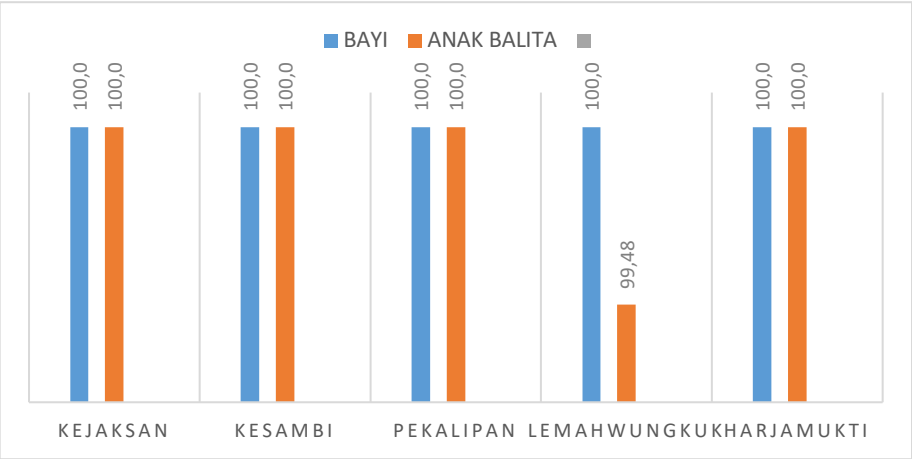
Vitamin A bermanfaat untuk kesehatan mata dan membantu proses pertumbuhan.Vitamin A juga bermanfaat untuk menurunkan angka kematian dan angka kesakitan, karena vitamin A dapat meningkatkan daya tahan tubuh terhadap penyakit infeksi. Oleh karena itu Vitamin A sangat penting untuk kesehatan dan kelangsungan hidup.

Ibu nifas yang cukup mendapat vitamin A akan meningkatkan kandungan vitamin A dalam Air Susu Ibu (ASI), sehingga bayi yang disusui akan lebih kebal terhadap penyakit. Hasil cakupan distribusi Vitamin A pada bayi 6-11 bulan, balita 12-59 bulan dan ibu nifas seperti pada grafik berikut :

Grafik : 3.53

Cakupan Pemberian Vitamin A pada Bayi dan Anak Balita

Di Kota Cirebon Tahun 2021



Sumber : Bidang Yankes, 2021

Hasil cakupan rata – rata pemberian vitamin A tahun 2021 pada bayi meningkat dari tahun 2020 yaitu 100% sedangkan sebelumnya 99,7%. Begitu pun untuk anak balita yaitu sebesar 82,2% pada tahun 2020 dan meningkat menjadi 99,9% pada tahun 2021. Tetap diperlukan dukungan dari semua pihak baik lintas program maupun lintas sektor dan upaya yang lebih baik lagi melalui promosi dan gerakan-gerakan serentak yang dapat membuat masyarakat lebih peduli dan semangat untuk mendapatkan Vitamin A. Dukungan dana juga sangat diperlukan untuk membuat gerakan masyarakat minum kapsul Vitamin A sesuai anjuran.

Upaya pemberian Vitamin A pada bayi dan balita harus tetap diupayakan mengingat manfaat Vitamin A untuk kesehatan bayi dan balita sebagai generasi penerus bangsa.

Partisipasi dari semua pihak harus ditingkatkan lagi mengingat pentingnya manfaat vitamin A. Upaya sweeping harus selalu dilakukan bukan hanya pada bayi dan balita tetapi juga pada ibu nifas. Jika dimungkinkanjuga ada kader pendamping Vitamin A agar dapat memastikan dan memotivasi pemberian Vitamin A.

j. Pemberian ASI Eksklusif

Pemberian Air Susu Ibu (ASI) merupakan cara pemberian makanan alami dan terbaik, karena ASI mengandung semua zat gizi sesuai kebutuhan untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi.

ASI Eksklusif adalah memberikan hanya ASI tanpa memberikan makanan dan minuman lain kepada bayi sejak lahir sampai bayi berusia 6 bulan, kecuali obat dan vitamin. Selanjutnya pemberian ASI diteruskan hingga anak berusia 2 tahun, dengan penambahan makanan lunak atau padat yang disebut Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang sesuai dengan umur bayi.

Banyak sekali keuntungan yang diperoleh dari ASI. Tidak saja keuntungan dalam proses pertumbuhan dan perkembangan bayi, tetapi juga hubungan kasih sayang antara ibu dan bayi memberikan dukungan yang sangat besar terhadap terjadinya proses pembentukan emosi positif pada anak. Keuntungan bagi ibu antara lain adalah menunda kehamilan kembali, kondisi rahim cepat pulih, mengurangi risiko kanker payudara, ibu tidak repot menyiapkan dan membersihkan peralatan untuk pemberian susu formula dan menghemat pengeluaran rumah tangga untuk membeli susu.

Kebijakan Nasional untuk memberikan ASI Eksklusif selama 6 bulan telah ditetapkan dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 450/Menkes/SK/IV/2004 tentang Pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara Eksklusif pada bayi di Indonesia.

Hasil dari pencatatan ASI Eksklusif di Dinas Kesehatan Kota Cirebon dapat dilihat pada grafik berikut :

Grafik 3.54

Cakupan Pemberian ASI Eksklusif pada Bayi (0-6 Bulan) Menurut Kecamatan Di Kota Cirebon Tahun 2021

Sumber : Bidang Kesmas, 2021

Hasil grafik di atas menunjukkan bahwa cakupan pemberian ASI Eksklusif pada bayi usia kurang dari 6 bulan di Kota Cirebon pada tahun 2021 sebesar 72,1%, meningkat sebesar 1,3% dari tahun 2020 sebesar 71,8%.

Upaya yang telah dilakukan untuk meningkatkan cakupan ASI Eksklusif pada tahun 2021 antara lain disahkannya Peraturan Daerah Kota Cirebon Nomor 4 Tahun 2021 tentang Inisiasi Menyusu Dini dan Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif diharapkan dapat menjadi landasan hukum untuk semua pihak agar mendukung pemberian ASI Eksklusif.

Perilaku ibu yang tidak memberikan ASI secara eksklusif baik ditambah dengan susu formula ataupun makanan pralaktal sangat merugikan karena dapat mengakibatkan bayi sakit diare, atau infeksi lainnya dan dalam jangka waktu selanjutnya dapat mengakibatkan balita gizi kurang gizi.

Beberapa hal yang menghambat pemberian ASI Eksklusif antara lain :

1) Kurangnya pengetahuan ibu dan keluarga tentang cara menyusui yang benar dan manfaat ASI serta bahaya makanan pralaktal.

2) Faktor sosial budaya di masyarakat.
3) Kondisi yang kurang memadai atau mendukung bagi ibu bekerja untuk tetap memberikan ASI.
4) Promosi susu formula yang gencar.

BAB 4
SITUASI UPAYA KESEHATAN

4.1 Pelayanan Kesehatan

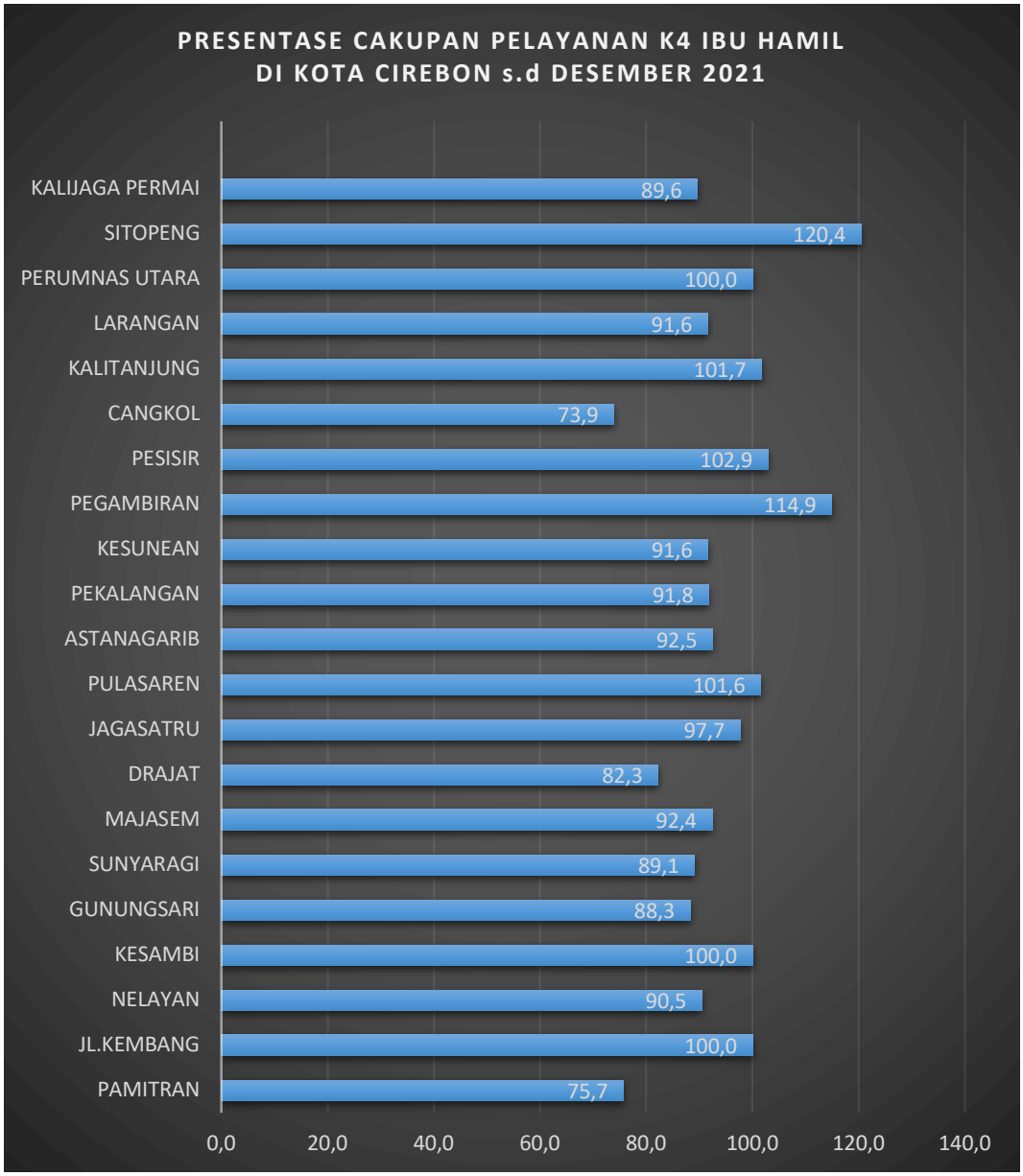
4.1.1 Cakupan Kunjungan Antenatal

Pelayanan antenatal merupakan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan profesional (dokter spesialis kandungan dan kebidanan, dokter umum, bidan dan perawat) kepada ibu hamil selama masa kehamilannya, yang mengikuti program pedoman pelayanan antenatal yang ada, dengan titik berat pada kegiatan promotif dan preventif. Hasil pelayanan antenatal dapat dilihat dari cakupan K1 dan K4. Cakupan K1 merupakan gambaran besaran ibu hamil yang telah melakukan kunjungan pertama ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan antenatal. Sedangkan K4 adalah gambaran besaran ibu hamil yang mendapatkan pelayanan ibu hamil sesuai dengan standar serta paling sedikit empat kali kunjungan, dengan distribusi sekali pada trimester pertama, sekali pada trimester dua dan dua kali pada trimester ketiga. Angka ini dapat dimanfaatkan untuk melihat kualitas pelayanan kesehatan kepada ibu hamil dan menggambarkan kemampuan manajemen / kelangsungan program KIA.

Pencapaian cakupan kegiatan yang menjadi indikator pelaksanaan di 22 UPTD Puskesmas di Kota Cirebon pada tahun 2021 adalah sebagai berikut :

- K4 target Depkes 95% dan target SPM Kota Cirebon sebesar 85%, sedangkan pencapaian cakupan K4 sebesar 99,61%
- Cakupan K4 dalam tahun 2021 di Kota Cirebon dapat dilihat sebagaimana grafik berikut:

GRAFIK 4.1



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

Pada tahun 2021, di Kota Cirebon menunjukkan bahwa cakupan K4 secara keseluruhan sebesar 96,4%, bila dibandingkan tahun 2020 (91,1%) mengalami kenaikan. K4 dengan kisaran tertinggi ada di kelurahan Panjunan Puskesmas Sitopeng sebesar 120,4% dan terendah di kelurahan Kejaksan Puskesmas Cangkol 73,4%,

Dari Kedua indikator pelayanan Antenatal K4 tersebut didapatkan ada ibu hamil yang sudah melakukan ANC (K1) tapi drop out di kunjungan K4 sebesar 374 ibu hamil atau ada 6,59% kesenjangan K1 ke K4, ini disebabkan karena ada sebagian masyarakat yang kurang puas dengan kualitas pelayanan petugas, disisi lain faktor yang mendukung hal tersebut diatas adalah walaupun distribusi bidan sudah mencukupi tapi banyak bidan yang rangkap tugas dan melanjutkan pendidikan sehingga berpengaruh terhadap kualitas pelayanan. Untuk mencapai indikator pelayanan ANC tersebut diharapkan adanya dukungan dan partisipasi dari masyarakat yang secara sukarela berperan aktif dalam penanganan kesehatannya secara mandiri. Disamping itu peranan petugas atau Bidan yang ada pun perlu ditingkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan ANC terutama kelurahan yang cakupannya masih rendah.

4.1.2 Cakupan Penanganan Komplikasi Kebidanan

Cakupan Penanganan Komplikasi Kebidanan yang ditangani adalah ibu dengan komplikasi kebidanan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu yang mendapat penanganan definitif sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan terlatih pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan (Polindes, Puskesmas, Puskesmas PONED, Rumah Bersalin, RSIA/RSB, RSU, RSU PONEK)

Di Kota Cirebon cakupan penanganan komplikasi kebidanan pada tahun 2021 sebesar 100,53 %. Berdasarkan target Depkes tahun 2021 80% maupun target SPM kota Cirebon tahun 2021 95%, cakupan tersebut sudah mencapai target.

GRAFIK 4.2

Dari grafik di atas pencapaian cakupan pada tahun 2021 sudah mencapai target, indikator ini memberikan gambaran penanganan komplikasi kebidanan cukup baik, ini dibuktikan dengan adanya fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu memberikan pelayanan obstetri dan neonatal emergensi secara berjenjang mulai dari adanya 13 puskesmas RSBM, 5 puskesmas mampu PONED sampai rumah sakit PONEK 24 jam. Ada 11 Rumah Sakit yang ada di wilayah Kota Cirebon yang memberikan pelayanan Obstetri Neonatal. Dan dari 11 Rumah Sakit baru 1 RS yang mampu PONEK yaitu RS.Pemerintah RSUD Gunung Djati Cirebon. Dengan adanya dukungan fasilitas kesehatan yang memadai ditunjang pula anggaran

pembiayaan seperti BPJS ataupun Dana dari APBD II Kota Cirebon untuk pembiayaan Keluarga Miskin di RS, maka penanganan Komplikasi Kebidanan di Kota Cirebon sudah cukup baik.

4.1.3 Pertolongan Persalinan oleh Tenaga kesehatan yang memiliki Kompetensi Kebidanan

Komplikasi dan kematian ibu maternal dan bayi baru lahir sebagian besar terjadi pada masa di sekitar persalinan, hal ini disebabkan pertolongan tidak dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi kebidanan profesional (dokter spesialis kebidanan, dokter umum, bidan).

Upaya untuk menurunkan Angka kematian Bayi dan Ibu Maternal salah satunya adalah melalui persalinan yang sehat dan aman yaitu persalinan yang di tolong oleh tenaga kesehatan maupun dukun terlatih dengan didampingi oleh tenaga kesehatan.

Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di Kota Cirebon pada tahun 2021 sebesar 100,63% hal ini ada kenaikan bila dibandingkan dengan tahun 2017 sebesar 96,16%. Kisaran tertinggi di Kelurahan pegambiran Puskesmas pegambiran sebesar 116,23% dan kisaran terendah di Kelurahan pekaipan Puskesmas Astanagarib sebesar 82.72 %. Untuk target Kota Cirebon tahun 2021 sebesar 94% dan target Depkes tahun 2021 sebesar 100%, indikator ini mengalami kenaikan dan sudah mencapai target Depkes maupun target SPM Perwalkot Kota Cirebon.

Persentase cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan tentu berkaitan langsung dengan kualitas pelayanan pada saat kunjungan Ibu hamil K4, dimana ibu hamil mendapat pelayanan K4 untuk persiapan pertolongan persalinan di fasilitas kesehatan.

Cakupan Pertolongan Persalinan oleh Tenaga kesehatan yang memiliki Kompetensi Kebidanan tahun 2021 di Kota Cirebon dapat dilihat sebagaimana grafik berikut :

GRAFIK 4.3

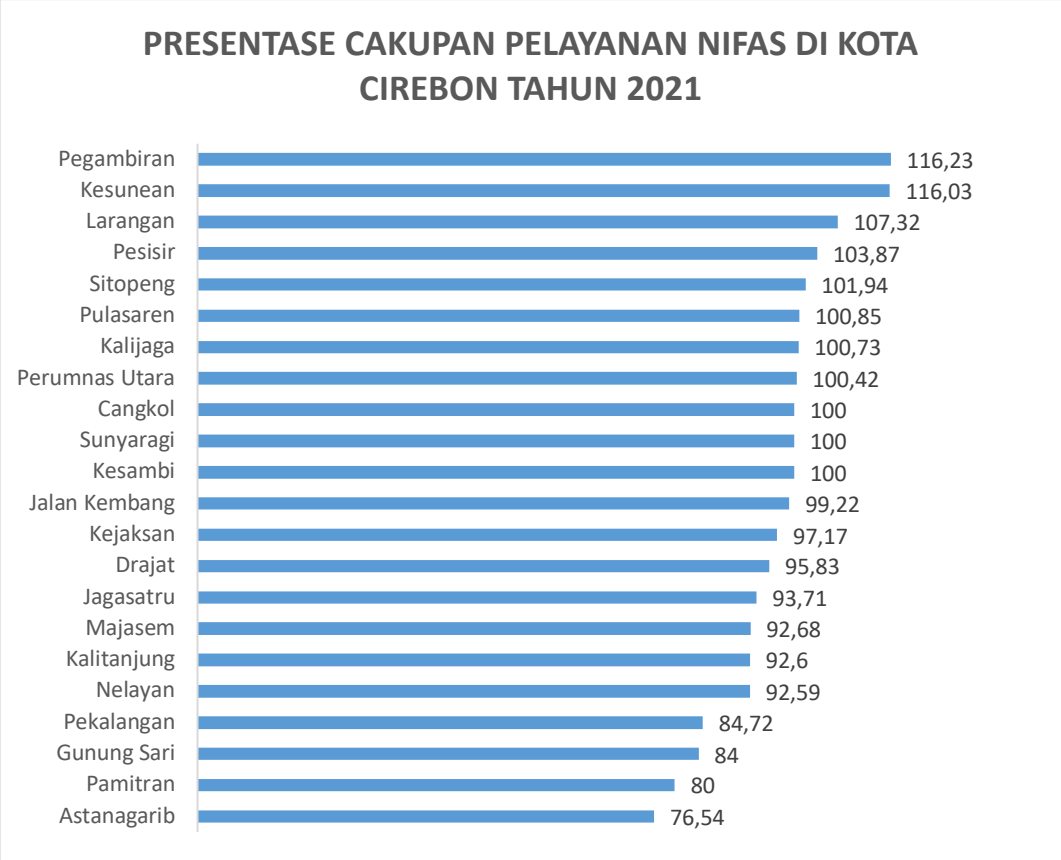
Dari grafik di atas dapat dilihat bahwa persalinan di Kota Cirebon ditolong oleh tenaga yang kompeten, walaupun pada kenyataan di lapangan masih ada persalinan yang ditolong oleh bukan tenaga kesehatan dan dilakukan diluar fasilitas pelayanan kesehatan. Hal tersebut terlihat dari capaian cakupan Persalinan di Fasilitas Kesehatan 95,6%, ada kesenjangan 4,4% yang tidak bersalin di Fasilitas Kesehatan, artinya masih ada pertolongan persalinan yang diberikan oleh tenaga kesehatan di rumah klien yaitu berada di wilayah kelurahan Argasunya Puskesmas Sitopeng, hal tersebut dapat dilihat dari adanya kesenjangan cakupan Persalinan Nakes di Argasunya sebesar 19,23% (dari data Cakupan Persalinan Nakes 104.08%

hanya 84,85% yang bersalin di Faskes). Selain itu, di Kota Cirebon pun masih ada pertolongan persalinan oleh Dukun sebesar 0,43% yaitu di kelurahan argasunya, kelurahan lainnya tidak ada pertolongan persalinan Dukun. Dari data tersebut sangat perlu ditindaklanjuti daerah-daerah yang masih ada persalinan Dukun dan masih tinggi kesenjangan antara persalinan Nakes dengan persalinan di faskes, khususnya di wilayah kelurahan Argasunya.

4.1.4 Cakupan Pelayanan Nifas

Cakupan Pelayanan Nifas adalah pelayanan kepada ibu pada masa 6 jam sampai dengan 42 hari pasca persalinan sesuai standar, dengan distribusi 6 jam - 3 hr, 4-28 hr dan 29-42 hr. Dengan capaian Kunjungan Nifas ke 3 (KF3) tahun 2021 sebesar 99,41%, mengalami kenaikan dibandingkan tahun 2017 sebesar 95,63%. Indikator ini sudah mencapai target Kota Cirebon tahun 2021 sebesar 91% dan juga target Depkes tahun 2021 sebesar 100%. Kisaran tertinggi ada di kelurahan pegambiran Puskesmas pegambiran sebesar 116.23% dan kisaran terendah berada di kelurahan Pekalipan Puskesmas Astanagarib sebesar 76,54%. Indikator ini memberikan gambaran pelayanan kesehatan ibu nifas yang diberikan oleh tenaga kesehatan (Dokter Spesialis Kebidanan, Dokter umum, Bidan dan Perawat) sudah cukup baik.

GRAFIK 4.4



Adapun pelayanan yang diberikan adalah :

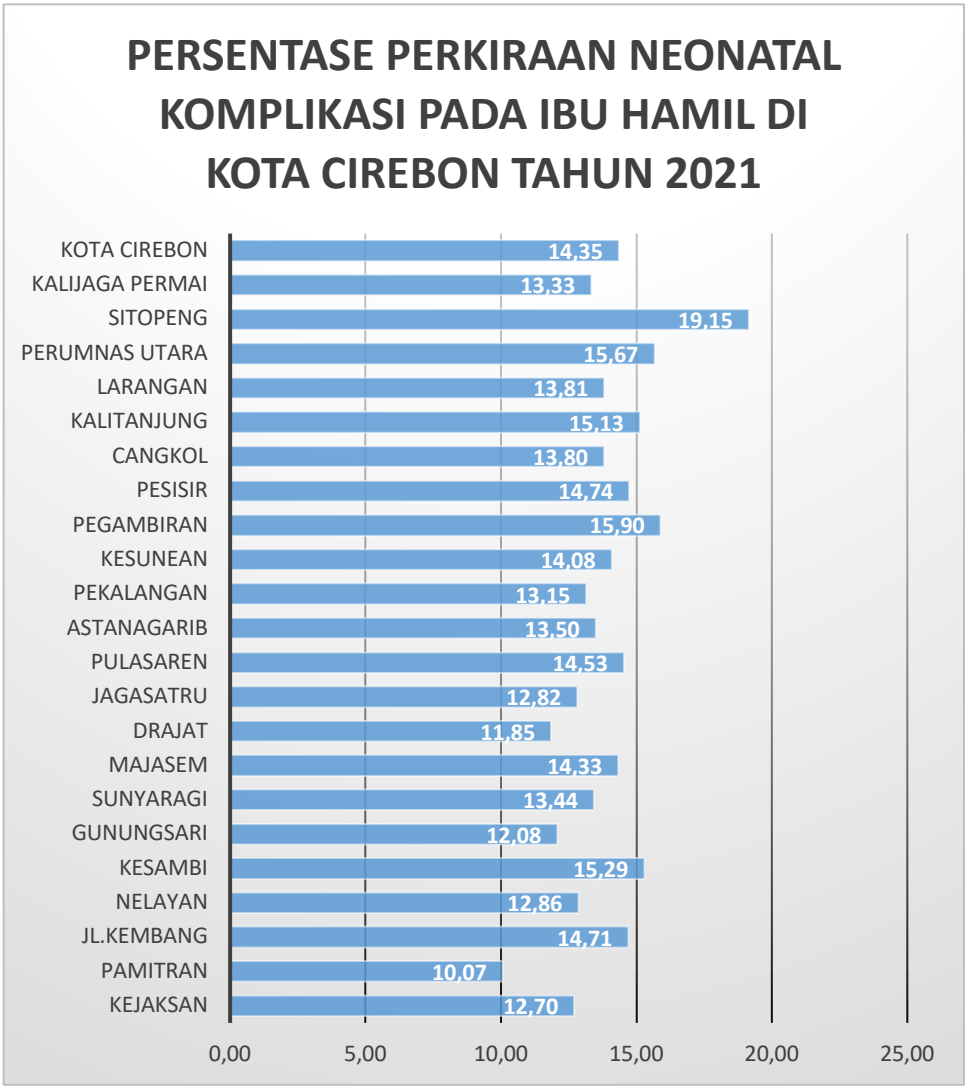
1. Pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu.
2. Pemeriksaan Tinggi Fundus Uteri.
3. Pemeriksaan Lochia dan pengeluaran per vagina lainnya.
4. Pemeriksaan payudara dan anjuran ASI eksklusif 6 bulan.
5. Pemberian Kapsul Vitamin.A 200.000 IU sebanyak 2 kali, pertama segera setelah melahirkan, kedua setelah 24 jam pemberian pertama.
6. Pelayanan KB Pasca salin.

4.1.6 Cakupan Kunjungan Neonatal Lengkap

Kunjungan neonatal (KN) adalah cakupan neonatus yang mendapat pelayanan sesuai standar paling sedikit 3 kali dengan distribusi 1 kali pada 6 jam-48 jam, 1 kali pada hari ke3 - hari ke 7, 1 kali pada hari ke 8 - hari ke 28 setelah lahir disuatu wilayah tertentu.

Cakupan kunjungan neonatal lengkap (Kunjungan Neonatal ke3 / KN.3) pada tahun 2021 sebesar 104,86% dengan kisaran tertinggi di Kelurahan pegambiran Puskesmas pegambiran sebesar 123,38% dan yang terendah di Kelurahan Pekalipan Puskesmas Astanagarib sebesar 81,25%. Untuk target pencapaian Kota Cirebon pada Tahun 2021 sebesar 93% dan target Depkes tahun 2015 sebesar 100%. Bila dibandingkan dengan cakupan tahun 2017 sebesar 99,53% maka indikator ini mengalami kenaikan, hal ini menggambarkan akses neonatus terhadap pelayanan kesehatan dasar sudah optimal, dan indikator ini dilakukan untuk memantau kesehatan neonatal sehingga bila terjadi masalah dapat segera diidentifikasi seperti neonatus mengalami kesulitan untuk menyusui, tidak BAB dalam 48 jam, ikterus yang timbul pada hari pertama, kemudian tali pusat merah atau bengkak/ keluar cairan dari tali pusat, bayi demam lebih 37,5 C sehingga keadaan ini harus segera dilakukan rujukan. Pada kunjungan neonatal dapat mengetahui juga apakah ada masalah pemberian ASI pada bayi.

GRAFIK 4.5



4.1.6 Cakupan Neonatal dengan Komplikasi yang Ditangani

Cakupan neonatal dengan komplikasi yang ditangani pada tahun 2021 di kota Cirebon sebesar 90%. Target Depkes pada tahun 2021 sebesar 85%, dan dari target tersebut, indikator ini sudah mencapai target.

GRAFIK 4.6

4.1.7 Angka Kematian Maternal

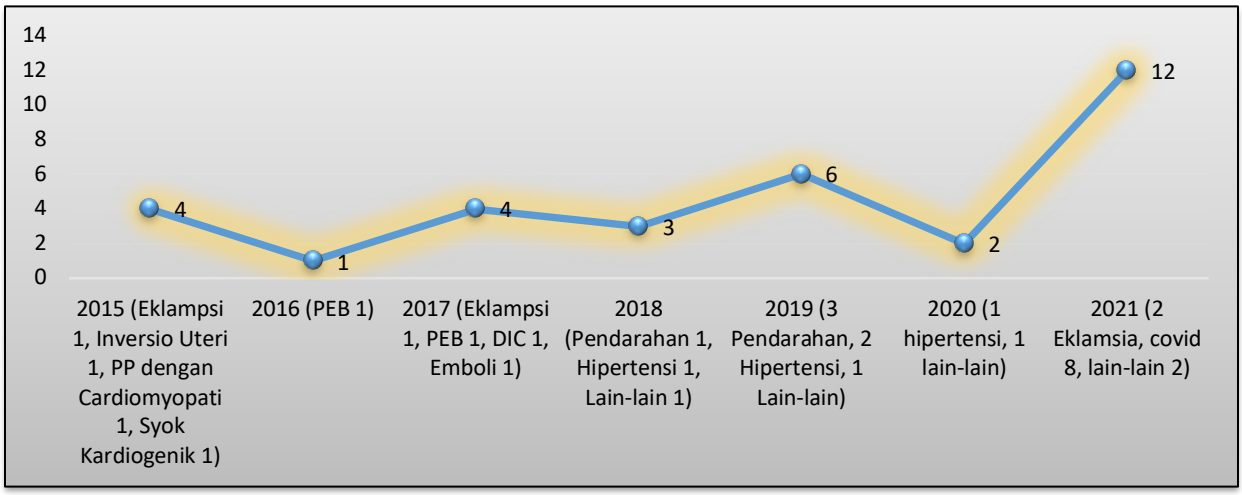
Angka kematian ibu (AKI) berguna untuk menggambarkan tingkat kesadaran perilaku hidup sehat, status gizi dan kesehatan ibu, kondisi kesehatan lingkungan, tingkat pelayanan kesehatan terutama untuk ibu hamil, pelayanan kesehatan waktu melahirkan dan masa nifas. AKI diperoleh dari jumlah kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup (jumlah kematian hamil + jumlah kematian ibu bersalin + jumlah kematian ibu nifas). Angka Kematian ibu di Kota Cirebon dinyatakan dalam bentuk jumlah karena jumlah kelahiran hidup tidak mencapai 100.000.

Di Kota Cirebon pada tahun 2021 terdapat kematian ibu sebanyak 3 orang per 5.652. Kelahiran hidup dan pada tahun 2017 terdapat kematian ibu sebanyak 4 orang per 5.419 kelahiran hidup. Penyebab Kematian tahun 2017 adalah penyebab langsung 4 orang yaitu Eklampsi, PEB, DIC dan Pendaraham, sedangkan penyebab kematian pada tahun 2021 sebanyak 3 orang adalah Pendarahan, Hipertensi dan Lain-lain Dengan menurunnya kematian karena penyebab langsung, hal ini menggambarkan pemeriksaan fisik pada saat antenatal untuk deteksi dini faktor risiko sudah cukup baik, tetapi masih perlu adanya peningkataan ketrampilan dalam deteksi dini melalui RSBM dan Peningkatan Kualitas Pelayanan Antenatal Care.

Untuk mengetahui jumlah kematian ibu di Kota Cirebon sebagaimana grafik berikut:

GRAFIK : 4.7

Jumlah Kematian Ibu di Kota Cirebon 2015-2021



4.1.8 Persentase Peserta KB Aktif menurut Jenis Kontrasepsi

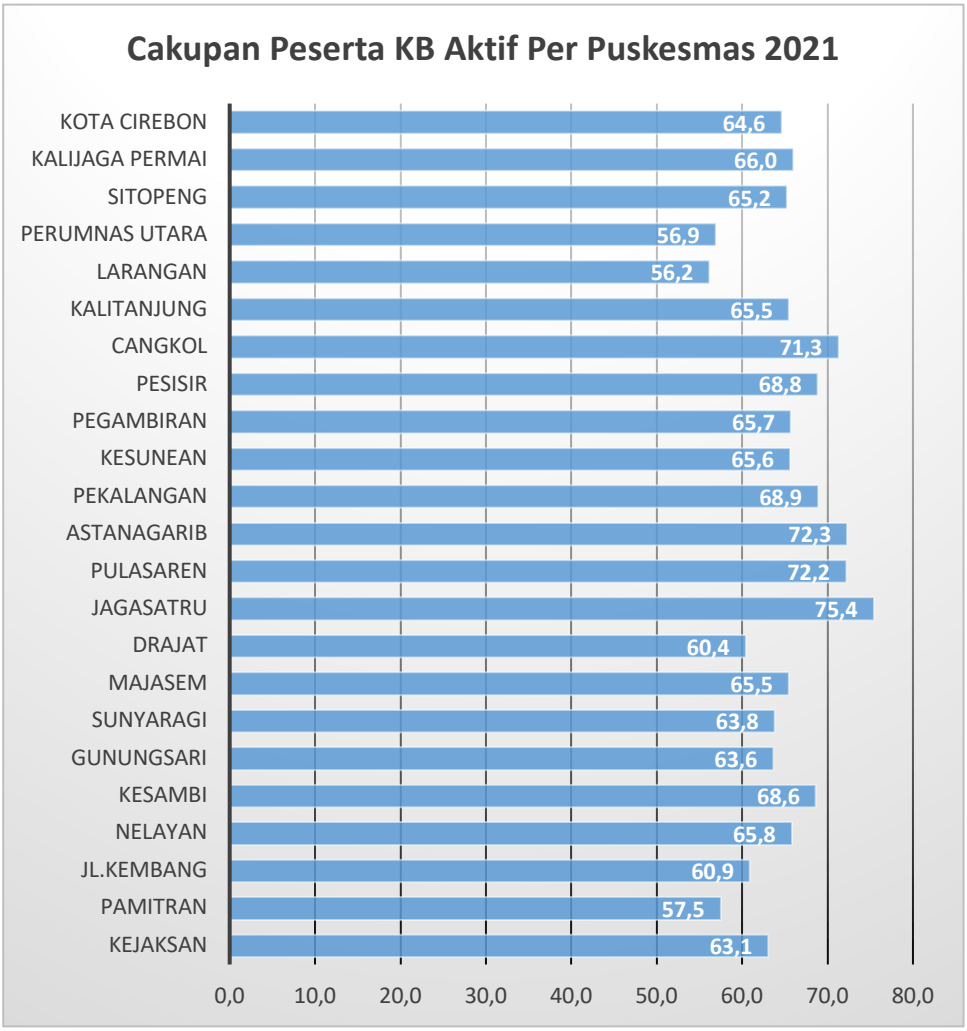
Keluarga berencana adalah suatu usaha untuk menjarangkan jumlah dan jarak kehamilan dengan memakai kontrasepsi.Secara umum dapat diartikan sebagai suatu usaha yang mengatur banyak nya kehamilan

sedemikian rupa sehingga berdampak positif bagi ibu,bayi dan ayah serta keluargayang bersangkutan tidak menimbulkan kerugian sebagai akibat langsung dari kehamilan tersebut. Diharapkan dengan adanya perencanaan keluarga yang matang,kehamilan merupakan suatu hal yang memang sangat diharapkan sehingga akan terhindar dari perbuatan untuk mengakhiri kehamilan dengan Aborsi.

Peningkatan dan perluasan pelayanan keluarga berencana merupakansalah satu usaha untuk menurunkan Angka kesakitan dan kematian ibu yang semakin tinggi akibat kehamilan.

Akseptor KB aktif yaitu akseptor yang ada pada saat ini menggunakan salah satu cara atau alat kontrasepsi untuk menjarangkan kehamilan atau mengakhiri kesuburan.Dikota Cirebon presentase akseptor KB aktif tahun 2021 adalah 62,4% dari jumlah PUS 43.096. Puskesmas dengan akseptor KB aktif tertinggi adalah puskesmas Pulasaren 73,6% dari jumlah PUS 923,dan puskesmas dengan akseptor KB aktif terendah adalah puskesmas Nelayan 48,2% dengan jumlah PUS 1.028.

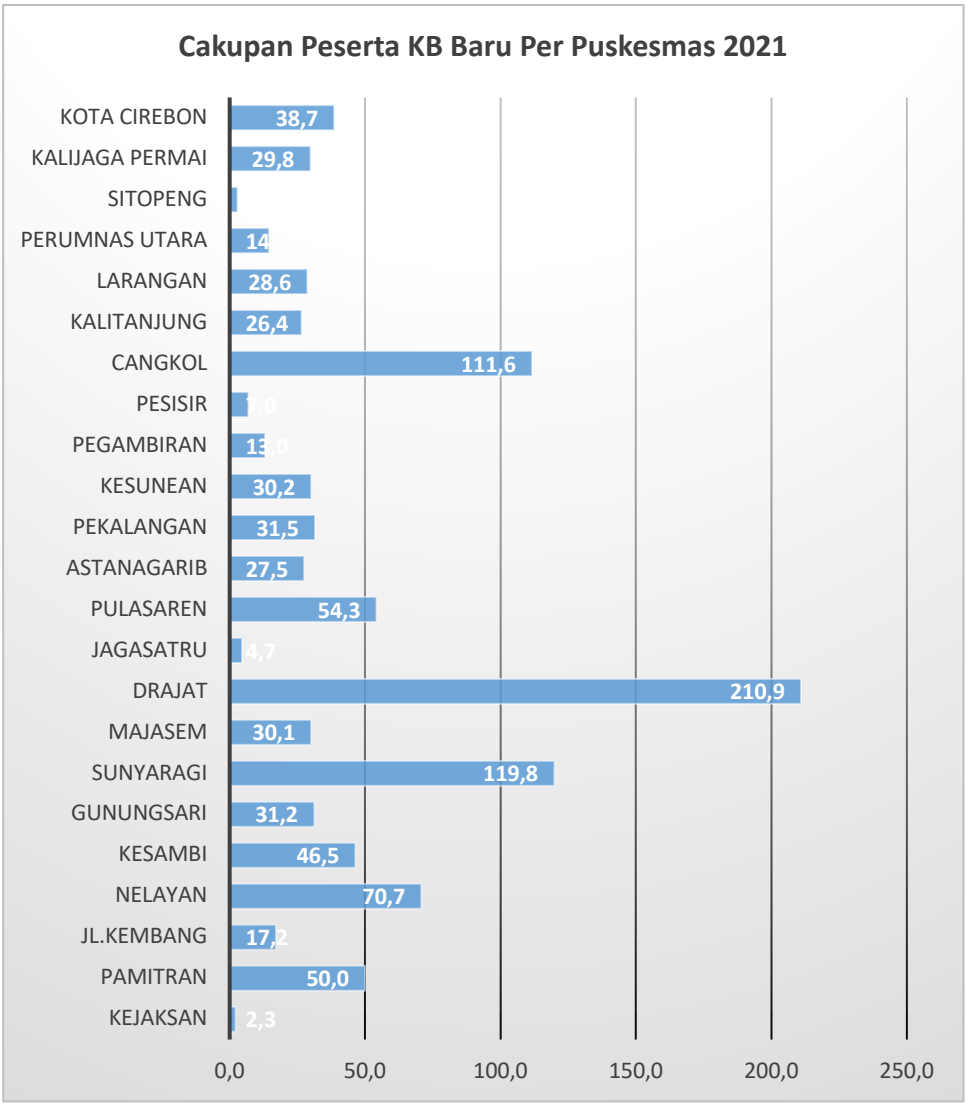
Grafik 4.8



Akseptor KB baru yaitu akseptor yang baru pertama kali menggunakan alat / obat kontrasepsi atau PUS yang kembali menggunakan alat kontrasepsi setelah melahirkan atau Abortus. Dik ota Cirebon akseptor KB baru ada 5,7 % dari jumlah PUS 43.096. Puskesmas dengan akseptor KB baru tertinggi adalah Puskesmas Pamitran 15,41% dari jumlah PUS 889, dan akseptor KB baru terendah adalah puskesmas Kejaksan 0,57% dari PUS 1.746.

Grafik 4.9

Cakupan Peserta KB Baru Per Puskesmas 2021



4.1.9 Cakupan Pelayanan Kesehatan Bayi

Lima tahun pertama kehidupan, pertumbuhan mental dan intelektual berkembang pesat. Masa ini merupakan masa keemasan atau golden period dimana terbentuk dasar-dasar kemampuan keindraan, berfikir, berbicara serta pertumbuhan mental intelektual yang intensif dan awal pertumbuhan moral. Pada masa ini stimulasi sangat penting untuk mengoptimalkan fungsi-fungsi organ tubuh dan rangsangan pengembangan otak. Upaya deteksi dini gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada anak usia dini

menjadi sangat penting agar dapat dikoreksi sedini mungkin dan atau mencegah gangguan ke arah yang lebih berat .

Bentuk pelaksanaan tumbuh kembang anak di lapangan dilakukan dengan mengacu pada pedoman Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Tumbuh Kembang Anak (SDIDTK) yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan di puskesmas, kader kesehatan di Posyandu dan guru TK/RA/PAUD.

Sedangkan Manajemen Terpadu Balita Muda (MTBM) di tingkat pelayanan kesehatan dasar dilakukan oleh tim tenaga kesehatan yang terdiri dari perawat atau bidan serta dokter dengan menggunakan bagan MTBM yang ter update, dengan sasaran bayi muda baik sakit maupun sehat usia 0-2 bulan sebagai salah satu standar pelayanan bayi.

Pelayanan kesehatan bayi sendiri meliputi pelayanan pada bayi usia 0-11 bulan baik yang sakit maupun sehat. Pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan sesuai standar yang meliputi :

1. Pelayanan pemantauan pertumbuhan minimal 4 kali setahun yang tercatat dalam Buku KIA/KMS. Pemantauan pertumbuhan adalah pengukuran berat badan anak balita setiap bulan yang tercatat pada Buku KIA/KMS. Bila berat badan tidak naik dalam 2 bulan berturut-turut atau berat badan anak balita di bawah garis merah harus dirujuk ke sarana pelayanan kesehatan.
2. Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) minimal 2 kali dalam setahun. Pelayanan SDIDTK meliputi pemantauan perkembangan motorik kasar, motorik halus, bahasa, sosialisasi dan kemandirian minimal 2 kali pertahun sesuai kelompok usianya. Pelayanan SDIDTK diberikan di dalam gedung (sarana pelayanan kesehatan) maupun di luar gedung.
3. Pemberian Vitamin A dosis tinggi (100.000 IU), 1 kali dalam setahun.
4. Pemberian imunisasi Dasar Lengkap

Cakupan Pelayanan Bayi (0-11 bulan) diwilayah kerja dalam beberapa tahun terakhir di Kota Cirebon dapat dilihat sebagaimana grafik berikut :

GRAFIK : 4.10
Cakupan Kunjungan Bayi Kota Cirebon
Tahun 2014 – 2021

Sumber : pelaporan program kesehatan anak , Bidang Kesehatan Masyarakat

Dari grafik diatas pencapaian cakupan pelayanan bayi pada Tahun 2014 : 92% dari jumlah bayi 5.507 bayi estimasi, Tahun 2015 : 89 % dari jumlah bayi 5.618 bayi estimasi, sedangkan Tahun 2021 : 92 % dari jumlah bayi 5.567 bayi estimasi. Tahun 2017: 94,5% dari jumlah bayi 5.511 dan di Tahun 2021 : 92,8 % dari jumlah sasaran 5.461 bayi. Dapat dilihat cakupan tahun 2021 terjadi penurunan cakupan dari tahun sebelumnya, hal ini disebabkan beberapa hal antara lain : belum maksimal nya cakupan imunisasi dasar lengkap (IDL) yang merupakan salah satu indikator dari pelayanan bayi sesuai standar, adanya bayi yang pindah domisili juga merupakan penyebab cakupan kunjungan bayi tidak optimal.

4.1.10 Cakupan Pelayanan anak balita

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

Bentuk pelaksanaan tumbuh kembang anak di lapangan dilakukan dengan mengacu pada pedoman Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Tumbuh Kembang Anak (SDIDTK) yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan di puskesmas dan jajarannya seperti dokter, bidan perawat, ahli gizi, penyuluh kesehatan masyarakat dan tenaga kesehatan lainnya yang peduli dengan anak.

Kematian bayi dan balita merupakan salah satu parameter derajat kesejahteraan suatu negara. Sebagian besar penyebab kematian bayi dan balita dapat dicegah dengan teknologi sederhana di tingkat pelayanan kesehatan dasar, salah satunya adalah dengan menerapkan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), di tingkat pelayanan kesehatan dasar. Bank Dunia, 1993 melaporkan bahwa MTBS merupakan intervensi yang cost effective untuk mengatasi masalah kematian balita yang disebabkan oleh Infeksi Pernapasan Akut (ISPA), diare, campak, malaria, kurang gizi dan yang sering merupakan kombinasi dari keadaan tersebut.

Sebagai upaya untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian balita, Departemen Kesehatan RI bekerja sama dengan WHO telah mengembangkan paket pelatihan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)

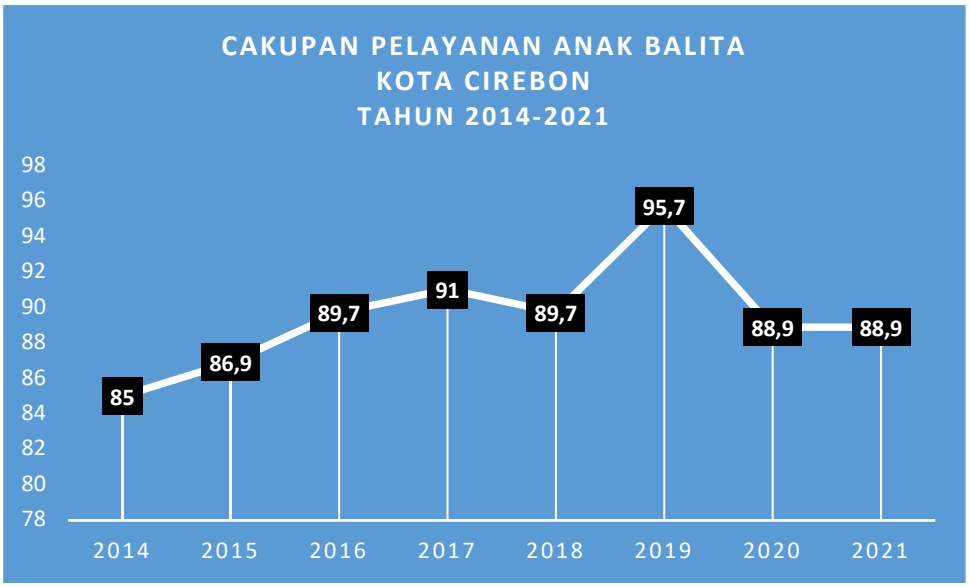
yang mulai dikembangkan di Indonesia sejak tahun 1996 dan implementasinya dimulai 1997 dan saat ini telah mencakup 33 provinsi.

Pelayanan kesehatan anak balita meliputi pelayanan pada anak balita usia 12-59 bulan baik yang sakit maupun sehat. Pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan sesuai standar yang meliputi :

1. Pelayanan pemantauan pertumbuhan minimal 8 kali setahun yang tercatat dalam Buku KIA/KMS. Pemantauan pertumbuhan adalah pengukuran berat badan anak balita setiap bulan yang tercatat pada Buku KIA/KMS. Bila berat badan tidak naik dalam 2 bulan berturut-turut atau berat badan anak balita di bawah garis merah harus dirujuk ke sarana pelayanan kesehatan.
2. Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) minimal 2 kali dalam setahun. Pelayanan SDIDTK meliputi pemantauan perkembangan motorik kasar, motorik halus, bahasa, sosialisasi dan kemandirian minimal 2 kali pertahun (setiap 6 bulan). Pelayanan SDIDTK diberikan di dalam gedung (sarana pelayanan kesehatan) maupun di luar gedung.
3. Pemberian Vitamin A dosis tinggi (200.000 IU), 2 kali dalam setahun.
4. Kepemilikan dan pemanfaatan buku KIA oleh setiap anak balita
5. Pelayanan anak balita sakit sesuai standar dengan menggunakan pendekatan MTBS.

Cakupan Pelayanan Anak Balita (11-59 bulan) diwilayah kerja dalam beberapa tahun terakhir di Kota Cirebon dapat dilihat sebagaimana grafik berikut :

GRAFIK : 4.11
Cakupan Pelayanan Anak Balita
Kota Cirebon



Sumber : pelaporan program kesehatan anak , Bidang Kesehatan Masyarakat

Dari grafik diatas pencapaian cakupan pelayanan anak balita pada Tahun 2014 : 86,5 % dari jumlah anak balita 18.785. Tahun 2015 : 86,88 % dari jumlah anak balita 21.321, Tahun 2021 : 89,71 % dari jumlah anak balita 21.137 , Tahun 2017 : 91% dari jumlah anak balita 20.946 anak balita, Tahun 2021 : 89,7 % dari 20.763 anak balita.

Dapat dilihat cakupan tahun 2021 terjadi penurunan cakupan dari tahun sebelumnya. Hal ini disebabkan karena belum optimalnya pelaksanaan SDIDTK pada anak balita di Posyandu oleh kader dan di TK/RA/PAUD oleh guru. Maka dari itu perlu adanya peningkatan pengetahuan dan ketrampilan SDIDTK bagi tenaga kesehatan , kader, dan guru TK/RA/PAUD.

4.1.11 Cakupan Penjaringan Kesehatan Sisawa SD dan Setingkat

Anak usia sekolah yang berusia 6-12 tahun berjumlah sepertiga dari total penduduk indonesia dan 70 % diantaranya (50 juta) ada di sekolah. Anak usia sekolah merupakan sasaran yang strategis untuk pelaksanaan

program kesehatan, karena selain jumlahnya yang besar, mereka juga merupakan sasaran yang mudah dijangkau karena terorganisir dengan baik.

Program pelayanan kesehatan di sekolah diutamakan pada upaya peningkatan kesehatan (upaya promotif) dan upaya pencegahan penyakit (upaya preventif). Upaya preventif antara lain dilaksanakan melalui kegiatan penjaringan kesehatan (skrining kesehatan) anak sekolah yang dilakukan terhadap anak yang baru masuk sekolah (siswa kelas 1) dari tingkat dasar (SD/MI), dan lanjutan (SMP/MTs dan SMA/MA/SMK).

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

Penjaringan kesehatan anak sekolah terutama untuk anak sekolah dasar merupakan salah satu Standar pelayanan Minimal (SPM) yang harus dilakukan tingkat kab/kota, artinya setiap puskesmas harus melaksanakan penjaringan.

Kegiatan penjaringan untuk Puskesmas di Kota Cirebon telah dilaksanakan dengan hasil sebagai berikut :

1. KEGIATAN PENJARINGAN KESEHATAN ANAK SEKOLAH DI SD dan SETINGKAT
   - Jumlah murid kelas 1 SD setingkat tahun 2021
     Jumlah keseluruhan : 6.735
   - Jumlah murid kelas 1 SD dan setingkat yang mendapat pelayanan kesehatan
     Jumlah keseluruhan : 5.990 (88,9 %)

Berdasarkan data hasil penjaringan anak yang mendapat pelayanan kesehatan ternyata belum mencapai target SPM yaitu 100 %. Masih terlihat

bahwa 745 siswa SD dari jumlah 6.735 anak hanya 5.990 anak yang mendapat pelayanan kesehatan (88,9 %).

Berdasarkan analisa tersebut diatas bahwa baik siswa laki-laki maupun perempuan yang tidak mendapat pelayanan kesehatan kesehatan antara lain :

1. Pada saat pelayanan anak tidak masuk sekolah
2. Anak merasa takut untuk diperiksa sehingga anak benar-benar tidak bersedia untuk diperiksa
3. Pada saat pelayanan anak sakit.
4. Anak dan orang tua belum mengerti maksud dan tujuan pelayanan kesehatan.
5. Penyuluhan oleh petugas kurang
6. Pendekatan pada orang tua siswa kurang
7. Tidak dilakukan pemeriksaan ulang oleh petugas bagi siswa yang tidak hadir
8. Guru UKS tidak merujuk ke puskesmas paska pelayanan kesehatan bagi siswa yang tidak mendpat pelayanan kesehatan.
9. Orang tua dan anak menolak untuk diperiksa
10. Sweeping belum ditindaklanjuti

Berdasarkan analisa tersebut diatas maka pemecahan masalahnya sbb :

1. Sebelumnya dilakukan penyuluhan tentang Penjaringan kesehatan maupun PHBS Sekolah ke siswa dan orang tua
2. Melakukan tehnik pendekatan pada siswa dan orangtuanya
3. Adanya kerjasama dengan Guru UKS untuk melakukan rujukan ke puskesmas bagi siswa yang belum mendapat pelayanan kesehatan.
4. Agar puskesmas melakukan pemeriksaan ulang di puskesmas bagi siswa yang belum dilayani kesehatannya.

4.1.12 Cakupan Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut

Salah satu indikator keberhasilan pembangunan kesehatan adalah meningkatnya UHH, meningkatnya populasi lansia, umumnya permasalahan lansia menyangkut masalah kesehatan, sosial, ekonomi dan budaya, proses penuaan terkait dengan meningkatnya penyakit degeneratif menjadi tua merupakan suatu keuntungan bukan suatu masalah.

Dalam pembinaan usia lanjut bertujuan meningkatkan derajat kesehatan dan mutu kehidupan untuk mencapai masa tua yang bahagia dan berdaya guna dalam kehidupan keluarga dan masyarakat sesuai dengan keberadaannya. Di Kota Cirebon sudah melaksanakan pembinaan dan pemantauan kesehatan serta pemeriksaan lansia di setiap posbindu dan puskesmas. Pada Tahun 2021ada 238 posbindu dan puskesmas yang telah melaksanakan santun lansia sebanyak 7 puskesmas.

Sesuai dengan apa yang diamanatkan dalam dalam Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan pada pasal 19,bahwa kesehatan manusia usia lanjut diarahkan untuk memelihara, meningkatkan kesehatandan kemapuannya agar tetap produktif,serta Pemerintah membantu penyelenggaraan upaya kesehatan lanjut untuk meningkatkan kualitas hidupnya secara optimal. Maka efektifitas dan efisiensi dalam pembinaan kesehatan usia lanjut perlu lebih ditingkatkan.Pada Tahun 2021 di Kota Cirebon sudah melaksanakan pembinaan dan pemantauan kesehatan serta pemeriksaan lansia di 238 posbindu serta 7 puskesmas yg telah melaksanakan santun lansia.

Cakupan pelayanan kesehatan usila Tahun 2021 yang mendapatkan pelayanan kesehatandarijumlah 38.646 lansia yang mendapatkan pelayanan 35.784 lansia atau sekitar 92,6%. Pencapaian tersebut sudah sesuai target SPM yaitu 50% dari jumlah sasaran lansia.

4.1.13 Cakupan Pelayanan Gawat Darurat Level 1 yang Harus Diberikan Pelayanan Kesehatan (RS) di Kab/Kota.

Rumah Sakit di Kota Cirebon berjumlah 11 (sebelas) RS, Rumah Sakit Umum berjumlah 9 (sembilan), Rumah Sakit Khusus berjumlah 2 (dua). Masing-masing Rumah Sakit sudah mempunyai sarana Instalasi Gawat Darurat (IGD), dengan persyaratan Rumah Sakit level I. Berdasarkan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan yang dimaksud dengan Pelayanan Gawat Darurat Level I adalah tempat pelayanan gawat darurat yang memiliki Dokter Umum *on site* 24 jam dengan kualifikasi GELS (*General Emergency Life* S*upport)* dan atau ATLS (*Advance Trauma Life Support*) dan ACLS (*Advance Cardiac Life Support*), serta memiliki alat transportasi dan komunikasi.

Penanggulangan medik penderita gawat darurat dianggap berhasil berdasarkan kecepatan memberikan pertolongan yang memadai kepada penderita gawat darurat baik pada keadaan rutin sehari-hari atau sewaktu bencana. Keberhasilan penanggulangan penderita juga sangat tergantung kepada waktu tanggap, kecepatan yang tersedia serta kualitas pemberian pertolongan untuk menyelamatkan nyawa atau mencegah cacat sejak di tempat kejadian, dalam perjalanan hingga pertolongan rumah sakit.

Waktu tanggap (*Respon time*) pelayanan Rumah Sakit merupakan gabungan dari waktu tanggap saat pasien tiba didepan pintu rumah sakit sampai mendapat tanggapan dari petugas medis instalasi gawat darurat dan waktu pelayanan yang diperlukan pasien sampai selesai. Waktu tanggap pelayanan dapat dihitung dengan hitungan menit dan sangat dipengaruhi oleh berbagai hal baik mengenai jumlah tenaga maupun komponen-komponen lain yang mendukung sebagaimana persyaratan sarana pelayanan kegawat daruratan. Waktu tanggap dikatakan tepat waktu apabila waktu yang diperlukan tidak melebihi waktu rata-rata standar yang ada.

Salah satu indikator mutu pelayanan yang berupa waktu tanggap atau *respon time* sebagai indikator proses yaitu kelangsungan hidup atau jumlah

kematian ≤ 48 jam di Rumah Sakit, semakin tinggi angka itu semakin jelek pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD) di Rumah Sakit.

4.2 Indikator **Kinerja** Pelayanan di Rumah Sakit.

Indikator penilaian tingkat keberhasilan pelayanan di Rumah Sakit biasanya menggambarkan mutu pelayanan Rumah Sakit, dimana dilihat dari berbagai segi yaitu tingkat pemanfaatan sarana, mutu dan tingkat efisiensi pelayanan. Beberapa indikator terkait dengan pelayanan kesehatan di rumah sakit antara lain pemanfaatan tempat tidur (*Bed Occupancy Rate*/BOR), rata-rata lama hari perawatan (*Length Of Stay*/LOS), rata-rata tempat tidur di pakai (*Bed Turn Over*/BTO), rata-rata selang waktu pemakaian tempat tidur (*Turn Over Internal*/TOI), persentase pasien keluar yang meninggal (*Gross Death Rate*/GDR) dan persentase pasien keluar yang meninggal ≥48 jam perawatan (*Net Death Rate*/NDR).

Sebagaimana pada data tabel terlihat bahwa angka pemanfaatan Tempat Tidur di rumah sakit (BOR) Kota Cirebon Tahun 2021 rata-rata sebesar 35,9% dan pada Tahun 2020 sebesar 44,6% terlihat adanya penurunan angka BOR di Kota Cirebon sebesar 8,7%. Data Tahun 2021 diambil dari 11 RS dari Bulan Januari s/d Desember 2021 dengan pengambilan data ke Rumah Sakit-Rumah Sakit kemudian dilakukan desk data dan proses konfirmasi data terakhir untuk penegakan justifikasi serta analisa dari data tersebut. Dari 11 RS baru terdapat 2 (dua) RS yang termasuk memenuhi BOR ideal (60% sampai dengan 85%) yaitu RS Pelabuhan 62,3% dan RS Sumber Kasih 63,8%, sedangkan yang lainnya masih dibawah BOR ideal.

Kondisi dengan pencapaian angka ideal BOR dipengaruhi oleh adanya berlakunya Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sehingga banyaknya pemanfaatan masyarakat terhadap sarana kesehatan lanjutan. Sedangkan angka BOR yang masih rendah menunjukkan kurangnya pemanfaatan fasilitas perawatan rumah sakit oleh masyarakat. Angka BOR

yang tinggi (>85%) menunjukan tingkat pemanfaatan tempat tidur yang tinggi, sehingga perlu pengembangan RS atau penambahan tempat tidur dan bagi RS dengan BOR rendah perlu ada kajian untuk mempertimbangkan pengurangan jumlah tempat tidur.

Pelayanan/Angka rata-rata lama perawatan rumah sakit (LOS) yang efesien berkisar pada nilai 6-9 hari. Di Kota Cirebon rata-rata LOS Tahun 2021 sebesar 3 hari, dan pada Tahun 2020 sebesar 3 hari. Untuk mengukur efisiensi pelayanan rumah sakit, dilihat dari rata-rata lama perawatan Rumah Sakit di Kota Cirebon masih tetap dibawah kisaran nilai LOS kurang dari 6 hari.

Net Death Rate (NDR) atau Kematian ≥48 jam setelah dirawat untuk setiap 1.000 penderita keluar hidup dan mati merupakan indikator gambaran mutu pelayanan di Rumah Sakit. Indikator Angka Kematian ≥ 48 jam di Rumah Sakit pada Tahun 2021 sebesar 68,0‰ sedangkan pada Tahun 2020 sebesar 14,1‰. Kematian ≥48 jam setelah dirawat untuk setiap 1.000 penderita keluar hidup dan mati. Dilihat dari angka NDR yang tertinggi pada Tahun 2021 di Rumah Sakit Kota Cirebon adalah RSD Gunung Jati sebesar 94,7‰ angka tersebut termasuk kedalam Angka Kematian yang tinggi jika dibandingkan dengan standar Netto/ NDR sebesar < 25‰. Hal tersebut di sebabkan oleh kondisi pandemic yang menyebabkan banyak korban jiwa di RS.

Angka Kematian Kasar (GDR) yang bisa juga sebagai indikator untuk mengetahui mutu pelayanan/perawatan rumah sakit, rata-rata GDR Rumah Sakit pada Tahun 2021 sebesar 113,1‰, dan Tahun 2020 sebesar 37,8‰ angka kematian kasar mengalami kenaikan sebesar 75,3‰. Dilihat dari angka GDR yang tertinggi di Rumah Sakit Kota Cirebon adalah RSD Gunung Jati sebesar 70,1‰ angka tersebut jauh diatas standar angka kematian kasar sebesar 45‰.

Peningkatan jumlah kematian yang ada di RSD Gunung Jati Kota Cirebon dikarenakan berubahnya fungsi RSD Gunung jati menjadi Rumah

Sakit Rujukan Regional Wilayah 3 (Kabupaten Cirebon, Kabupaten Kuningan, Kabupaten Indramayu dan Kabupaten Majalengka) dan rujukan dari wilayah perbatasan Provinsi Jawa tengah sehingga banyaknya pasien yang dirujuk ke rumah sakit dan berasal bukan hanya dari wilayah Kota Cirebon saja tetapi berasal dari daerah yang berasal dari wilayah 3 Jawa Barat serta perbatasan Provinsi Jawa Tengah dengan jumlah pasien rawat inap terbanyak sebesar 30,44% dari Rumah Sakit yang ada di Kota Cirebon

4.3 Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut

Visi Millenium Development Goal's 2015, menjelaskan bahwa kesehatan gigi adalah bagian integral dari kesehatan manusia seutuhnya. Penyakit gigi dan mulut dapat menyerang semua unsur dan bersifat kronis dengan masa laten yang panjang. Efek penyakit gigi cukup luas, menurut Cushing, dkk (1986) dalam Kent (2005) menemukan bahwa 26% orang dewasa mengalami sakit gigi, 20% memiliki kesulitan makan dan 15% mengalami masalah dalam komunikasi. Ketidak nyamanan tersebut dapat menyebabkan ketidak mampuan atau kecacatan yang besar pada seorang pasien.

Petugas kesehatan yang hanya memberikan pelayanan atas dasar keluhan pasiennya, maka biasanya pasien yang datang berkunjung dalam kondisi penyakit yang sudah lanjut sehingga berakibat dalam penanganannya akan menjadi lebih kompleks dan mahal (Blinkhorn, dkk 1983 dalam Kent 2005). Oleh karena itu perlu di lakukan strategi pemeliharaan kesehatan gigi yang komprehensif dan berkesinambungan melalui program pelayanan kesehatan gigi yang terintegrasi dengan program terkait lainnya (Suparmanto, 2004).

Pelayanan medik gigi dasar meliputi tindakan tumpatan gigi tetap, pencabutan gigi tetap dan pembuangan karang gigi (scalling). Tingkat keberhasilan program upaya kesehatan gigi dan mulut terutama pelayanan medik gigi dasar salah satunya dengan melihat perbandingan antara

tumpatan gigi tetap dan pencabutan gigi tetap dengan rasio 1:1 sesuai dengan target yang telah ditetapkan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Berdasarkan data tahun 2021, jumlah tumpatan gigi tetap sebanyak 2.815 tindakan sedangkan pencabutan gigi tetap sebanyak 1.297 tindakan (rasio 2.815 : 1.297). Artinya tumpatan gigi tetap 2,2 lebih banyak dibandingkan dengan pencabutan gigi tetap. Rasionya tetap 2,32 sama seperti tahun sebelumnya yaitu rasio tumpatan gigi tetap 2,5 lebih banyak daripada pencabutan gigi tetap. Hal ini menunjukan bahwa masyarakat sudah cukup memperhatikan kesehatan gigi mereka. Kesadaran dan motivasi akan kesehatan giginya semakin meningkat. Tren menurunnya jumlah pencabutan gigi dan meningkatnya tren penumpatan gigi merupakan hal positif yang terjadi di masyarakat, meski masih terdapat beberapa puskesmas mempunyai rasio pencabutan gigi lebih banyak dibanding tumpatan giginya.

Usaha pencegahan terhadap penyakit atau kelainan gigi dan mulut sebenarnya telah mendapat banyak perhatian di Indonesia. Penyuluhan harus semakin digalakkan tidak saja tentang pentingnya mempertahankan kesehatan gigi dan mulut, tetapi juga tentang pentingnya pengaruh makanan terhadap fungsi dan pertumbuhan gigi serta rahang. Kenyataannya banyak masyarakat yang kurang sadar dengan kesehatan gigi dan mulut serta pentingnya menjaga keutuhan gigi sebagai harta yang tak ternilai harganya.

4.4 Akses dan Mutu Pelayanan

4.5 Cakupan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan

Dalam Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau.

Kesadaran tentang pentingnya jaminan perlindungan sosial terus berkembang sesuai amanat pada perubahan UUD 1945 pasal 134 ayat 2 bahwa negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh Rakayat Indonesia. Pada tahun 2004 telah dikeluarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yang mengamanatkan bahwa program jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk program jaminan kesehatan melalui suatu badan penyelenggara jaminan sosial

Badan penyelenggara jaminan sosial telah diatur dengan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Untuk program Jaminan Kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, implementasinya telah dimulai sejak 1 Januari 2015. Program tersebut selanjutnya disebut sebagai program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ada unsur peserta yang meliputi :

1. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar pemerintah.
2. Peserta program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terdiri atas 2 kelompok yaitu : Peserta Penerima Bantuan Penerima Iuran (PBI) jaminan kesehatan dan Peserta bukan Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan.
3. Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu.
4. Peserta bukan Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan adalah pekerja Penerima Upah dan Anggota Keluarganya, Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya, serta bukan Pekerja dan Anggota Keluarganya.

Untuk Kota Cirebon pada Tahun 2021 tercatat kesepertaan BPJS Kesehatan sebagai berikut :

1. Pekerja Penerima Upah sebanyak 102.791 jiwa.
   Terdiri dari PNS, Anggota TNI/POLRI, Pejabat Negara, Pegawai Pemerintah non pegawai negeri dan pegawai swasta yang iurannya dibayar oleh Pemberi Kerja yang dipotong langsung dari gaji bulanan yang diterimanya.
2. Peserta Bukan Pekerja sebanyak 8.906 jiwa.
   Terdiri dari investor, perusahaan, penerima pension, veteran, perintis kemerdekaan, janda, duda, anak yatim piatu dari veteran atau perintis kemerdekaan dibayar oleh Peserta yang bersangkutan.
3. Peserta Bukan Penerima Upah sebanyak 41.359 jiwa.
   Terdiri dari pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri seperti tukang baso, tukang beca, dan lain-lain.
4. Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) :
   1) PBI yang iurannya dibayar oleh Pemerintah Pusat sebanyak 90.223 jiwa
   2) PBI yang iurannya dibayar oleh Pemerintah Kota sebanyak 96.563 jiwa Terdiri dari orang miskin dan tidak mampu sebagaimana terdaftar dalam Surat Keputusan Walikota Cirebon.

Berdasarkan keputusan Walikota Cirebon Nomor. 470/KEP.107-DISUKCAPIL/2021 tentang Jumlah Penduduk Kota Cirebon Tahun 2017 Berdasarkan Database Kependudukan per Kelurahan pada Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil Sebagai Dasar Data Kependudukan di Lingkungan Pemerintah Derah Kota Cirebon. Jumlah Penduduk Kota Cirebon pada tahun 2021 sebamyak 328. 794 jiwa, terdiri dari 164.861 laki-laki dan 163.378 perempuan. Cakupan kepersertaan Jaminan Kesehatan Nasional- Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) sejumlah 326.647 jiwa, pada tanggal 12 November 2017 Kota Cirebon telah ditetapkan Universal Health Coverage (UHC) pertama di Provinsi Jawa Barat dengan capaian 99%. dan

pada tahun 2021 pencapaian kepesertaan Jaminan Nasional Kesehatan-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) masih sejumlah 99%.

4.6 Pembiayaan Kesehatan

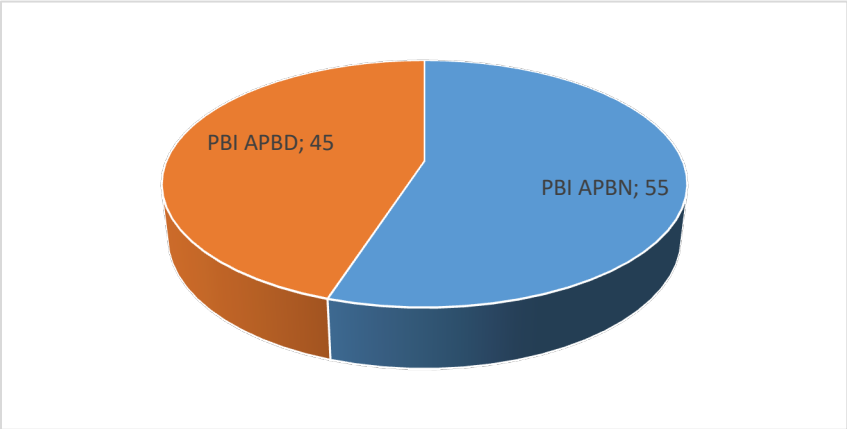
Pembiayaan kesehatan untuk masyarakat miskin Kota Cirebon bersumber dari dana APBN dan APBD baik APBD I Provinsi Jawa Barat maupun APBD II Pemerintah Kota Cirebon. Pemerintah Kota Cirebon mengalokasikan dana pembiayaan kesehatan untuk masyarakat miskin Tahun 2020 sebesar Rp. 629.450.799.826,- dan Tahun 2021 sebesar Rp. 614.660.211.869,-. ada penurunan sebesar Rp. 14.790.589.957,-

APBD I Provinsi Jawa Barat melalui Dana Bantuan Gubernur mengalokasikan pembiayaan kesehatan untuk masyarakat miskin Kota Cirebon di Luar Kuota Jamkesmas Tahun 2021 sebesar Rp. 1.474.196.500,-, ditambah dana tahun sebelumnya sebesar Rp. 1.999.896.000,-. Pada Tahun 2021 juga mendapat penambahan luncuran dana sebesar Rp. 4.616.652.000,- (pada saat perubahan anggaran APBD I Provinsi Jawa Barat). Namun pencairan dana bantuan keuangan Gubernur tahun 2021 baru sejumlah Rp. 1.999.896.000,- dan 1.457.211.000,-. Tahun 2021 dialokasikan sejumlah Rp. 6.200.524.000,- ditambah dana tahun sebelumnya sejumlah Rp. 2.064.365.000,-, total dana PBI APBD Provinsi Jawa Barat Tahun 2021 sejumlah Rp. 8.264.889.000,- dengan realisasi penyerapan sejumlah Rp. 6.200.524.000 (85%).

Anggaran bersumber dari dana APBN untuk pembiayaan kesehatan mayarakat miskin Kota Cirebon tidak langsung dialokasikan melalui Dinas Kesehatan namun dalam bentuk iuran premi bagi Penerima Bantuan Iuran (PBI) dengan jumlah peserta 107.882 jiwa. Bila dihitung per jiwa Rp. 23.000,- maka berjumlah Rp. 29.775.432.000,- dan dana iuran tersebut di salurkan langsung ke BPJS Kesehatan.

Grafik 4.12

Prosentase Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Masyarakat Miskin Berdasarkan Pembiayaan Penerima Bantuan Iuran (PBI) Kota Cirebon Tahun 2021



Sumber : Bidang jaminan dan Sarana Kesehatan

Dari penjelasan di atas maka total pembiayaan kesehatan untuk masyarakat miskin yang ada di Kota Cirebon bersumber dana APBD Provinsi dan APBD Kota Cirebon pada Tahun 2021 adalah Rp. 26.206.539.000 dengan realisasi penyerapan anggaran APBD Kota sebesar Rp.22.202.659.000 atau 85%.

Selain pembiayaan untuk masyarakat miskin, Kota Cirebon juga mengalokasikan pembiayaan untuk jaminan pemeliharaan kesehatan lainnya bagi masyarakat Kota. Dana tersebut sebesar Rp. 2.641.826.100,- melalui Kegiatan Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin di puskesmas dan jaringannya dengan alokasi pemanfaatan untuk kegiatan : Pelayanan kesehatan gratis untuk biaya retribusi di Puskesmas, pelaksanaan operasi katarak, pelayanan pengobatan masal, dan pelayanan sunatan masal. Dengan tata carea pelayanan jaminan kesehatan masyarakat miskin di Kota Cirebon berdasarkan Peraturan Walikota Nomor. 52 tahun 2015 tentang

perubahan atas Peraturan Walikota Cirebon Nomor. 2 tahun 2014 tentang tata cara pelayanan Jaminan Kesehatan Masyarakat miskin Kota Cirebon..

4.7 Jumlah Kunjungan Jiwa di sarana Kesehatan

Kunjungan kasus gangguan kesehatan jiwa tahun 2021 sebanyak 15.531 kasus atau 2,27 % dari 683.230 kunjungan Puskesmas, naik 1,33% bila dibandingkan dengan kasus kunjungan gangguan kesehatan jiwa tahun 2017 sebanyak 5.988 kasus atau 0,94% dari 639.392 kunjungan Puskesmas. Sedangkan pasien yang di lakukan deteksi dini gangguan kesehatan jiwa sebanyak 6014 kasus atau 0,88% 683.230 kunjungan Puskesmas, naik 0,58 % bila dibandingkan dengan tahun 2017 yang hanya 1939 kasus atau 0,30% dari 639.392 kunjungan Puskesmas.

Kenaikan cakupan kunjungan kasus dan cakupan deteksi dini gangguan jiwa ini adalah hasil dari upaya pembinaan pelayanan kesehatan jiwa di Puskesmas yang sasarannya bukan hanya dokter dan perawat di BP saja tetapi seluruh karyawan Puskesmas terutama yang bekerja di pelayanan baik di dalam gedung maupun di luar gedung.

Namun hasil ini masih jauh dari target cakupan deteksi dini gangguan kesehatan jiwa sebesar 20%. Hal ini menunjukkan bahwa pelaksanaan upaya kesehatan jiwa di Puskesmas masih belum berjalan optimal dan belum terintegrasi dengan program-program lain seperti dengan KIA, Kesehatan Remaja, Kesehatan Lansia, PTM dan lain – lain. Padahal upaya kesehatan jiwa ini harus dilaksanakan di semua pelayanan baik itu BP Umum, BP Gigi dan KIA/KB sesuai dengan siklus hidup manusia dari mulai ibu hamil, bayi, balita, anak, remaja, dewasa dan lansia.

Berdasarkan Permenkes Republik Indonesia Nomor .43 thn 2021 pelayanan kesehatan Orang Dengan Gangguat Jiwa (ODGJ) berat menjadi salah satu dari 12 Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan yang harus dipenuhi Pemerintah Daerah dan menjadi tolok ukur keberhasilan kinerjanya. Disana disebutkan bahwa capaian kinerja Pemerintah Kabupaten/Kota dalam memberikan pelayanan kesehatan ODGJ berat

dinilai dengan jumlah ODGJ berat (psikotik) di wilayah kerjanya yang mendapaat pelayanan kesehatan jiwa promotif preventif sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun dengan target capaian kinerjanya adalah 100 persen.

Pelayanan kesehatan yang diberikan tidak hanya pengobatan tetapi promotif, preventif dan edukasi ke pasien dan keluarga tentang tanda-tanda gangguan jiwa, kepatuhan minum obat, sosialisasi, kebersihan diri dan aktiftias sederhana yang bertujuan untuk mencegah kekambuhan dan pemasungan. Tahun 2021 Orang Dengan Gangguan jiwa (ODGJ) berat yang terdata sebanyak 546 orang sedangkan yang sudah mendapat pelayanan kesehatan sesuai standar sebanyak 387 orang atau 70,88 %.

Masalah kesehatan jiwa tidak menyebabkan kematian secara langsung, namun akan menyebabkan penderitaan berkepanjangan baik bagi individu, keluarga, masyarakat dan negara karena penderitanya menjadi tidak produktif dan bergantung pada orang lain. Masalah kesehatan jiwa juga menimbulkan dampak sosial antara lain meningkatnya angka kekerasan, kriminalitas, bunuh diri, penganiayaan anak, perceraian, kenakalan remaja, penyalahgunaan zat, HIV/ AIDS, perjudian, pengangguran dan lain-lain.

Sinergitas antara Dinas Kesehatan dengan aparat pemerintahan dan instansi terkait perlu ditingkatkan dalam upaya mengatasi permasalahan kesehatan jiwa yang ada di masyarakat. Selain itu peran dan dukungan keluarga dan masyarakat sangat diperlukan. Untuk itu diperlukan peran dari petugas Puskesmas dan aparat pemerintah setempat untuk bersama-sama menggerakkan dan memberdayakan potensi masyarakat dengan cara membentuk RW Siaga Sehat Jiwa. Dengan adanya RW Siaga Sehat Jiwa diharapkan masyarakat menjadi sadar, mau dan mampu membantu mengatasi permasalahan kesehatan jiwa di lingkungannya.

Masalah kesehatan jiwa di masyarakat adalah sangat luas dan kompleks, bukan hanya meliputi yang sudah jelas terganggu jiwanya, tetapi

juga berbagai problem psikososial, bahkan berkaitan dengan kualitas hidup dan keharmonisan hidup. Masalah ini tidak dapat dan tidak mungkin diatasi oleh pihak kesehatan saja, tetapi membutuhkan suatu kerjasama yang luas secara lintas sektor, yang melibatkan berbagai instansi, termasuk peran serta masyarakat dan kemitraan swasta, maka tindakan pencegahan secara lintas sektor perlu dilakukan secara terpadu dan berkesinambungan agar masalah tersebut tidak memberikan dampak yang mendalam terhadap taraf kesehatan jiwa masyarakat.

Mengingat makin kompleksnya serta makin meningkatnya masalah kesehatan jiwa di masyarakat, maka diperlukan pendekatan dan pemecahan masalah dengan persiapan dan langkah-langkah yang tepat. Pendekatan yang bersifat multidisipliner dengan pelaksanaan yang bersifat lintas sektor, melalui perkembangan upaya kesehatan jiwa di Kota Cirebon, maka diperlukan adanya suatu Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM) Tingkat kota Cirebon.

Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM) adalah merupakan Tim yang melaksanakan program-program kesehatan jiwa masyarakat di Kota Cirebon yang keanggotaannya terdiri dari beberapa perangkat daerah yang terkait, Kepala Kepolisian Resort Kota Cirebon, Direktur Rumah Sakit di wilayah Kota Cirebon dan lain-lain yang pelaksanaannya dibawah koordinasi Sekretaris Daerah Kota Cirebon dengan Pelaksanaan sehari-hari berada dibawah koordinasi Kepala Dinas Kesehatan Kota Cirebon.

4.8 Perilaku Hidup Masyarakat

4.8.1 Persentase Rumah Tangga Ber-PHBS.

Sehat adalah investasi berharga bagi bangsa dan negara dalam pembangunan. Dan Sehat dimulai dari individu yang berada dalam suatu rumah tangga, masyarakat dan lingkungan sekitar. PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) merupakan pembiasan perilaku yang diharapkan

dipraktekkan oleh masyarakat atas dasar kesadaran disemua tatanan terutama 5 tatanan PHBS yaitu tatanan rumah tangga , tatanan institusi pendidikan , tatanan institusi kesehatan , tatanan tempat kerja dsan tatanan tempat – tempat umum.

Mulai Tahun 2017 Kota Cirebon telah melaksanakan salah satu agenda protoritas nawa cita yang masuk dalam rencana strategi tahun 2015 – 2019 yaitu kegiatan PIS PK (Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan keluarga) yang dilaksanakan oleh petugas kesehatan untuk mengetahui Indeks Keluarga Sehat (IKS) dari masing-masing wilayah mulai dari wilayah keluaga, RT, RW, kelurahan, Kecamatan, Kota Cirebon dan Indonesia

Indikator keluarga sehat tersebut adalah sebagai berikut :

1. Keluarga mengikuti program KB
2. Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan
3. Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap
4. Bayi mendapat ASI eksklusif
5. Balita dipantau pertumbuhannya
6. Penderita TB paru mendapatkan pengobatan sesuai standar
7. Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur
8. Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan
9. Anggota keluarga tidak ada yang merokok
10. Keluarga mempunyai akses sarana air bersih
11. Keluarga mempunyai akses dan menggunakan jamban sehat
12. Keluarga sudah menjadi anggota JKN

Namun demikian kegiatan pengkajian PHBS tatanan Rumah tangga tetap dilakukan bersama-sama kegiatan pendataan Keluarga Sehat tersebut dimana pelaksana pendataan PHBS tatanan Rumah Tangga tersebut

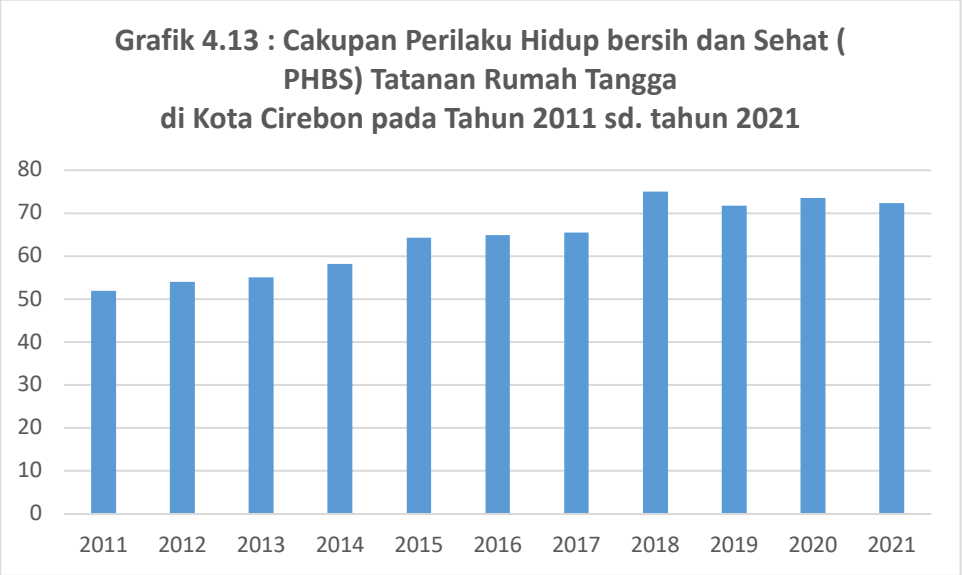
dilakukan oleh kader kesehatan yang didampingi petugas kesehatan yang telah dilatih dan terpapar terkait PHBS Tatanan Rumah Tangga.

Adapun indikator PHBS Tatatanan Rumah Tangga adalah sebagai berikut:

1. Persalinan ditolong di Fasilitas Kesehatan
2. Memberikan ASI Ekslusif
3. Menimbang bayi dan balita tiap bulan
4. Menggunakan Air Bersih
5. Mencuci Tangan dengan air bersih dan sabun
6. Menggunakan jamban sehat
7. Memberantas jentik nyamuk di rumah
8. Makan buah dan atau sayur setiap hari
9. Melakukan aktifitas fisik setiap hati
10. Tidak merokok di dalam rumah .

PIS PK (Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan keluarga) dan PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) tatanan Rumah Tangga adalah kegiatan yang saling berkaitan dan menunjang serta terintegrasi, sehingga secara teknis nya hasil kajian PIS PK dan PHBS tatanan rumah tangga tersebut diintervensi secara terpadu dan bermitra dengan masyarakat, lintas program dan lintas sektor.

Berikut adalah hasil pengkajian PHBS tatanan rumah tangga dari tahun 2011 sd 2021 :



Sumber : Data Profil Bidang Kesehatan Kota Cirebon Bidang Kesehatan Masyarakat.

Dari Grafik diatas dapat dilihat bahwa terjadi kenaikan cakupan PHBS tatanan rumah tangga yang ber PHBS sebagai berikut **Tahun 2011** Rumah Tangga yang ber PHBS 52 % dari Jumlah Rumah Tangga yang dipantau 61.229, sedangkan jumlah yang Rumah Tangga ada 61.229, **Tahun 2012** Rumah Tangga yang ber PHBS 54 % dari Jumlah Rumah Tangga yang dipantau 50.991, sedangkan jumlah yang Rumah Tangga ada 61.771, **Tahun 2013** Rumah Tangga yang ber PHBS 55 % dari Jumlah Rumah Tangga yang dipantau 57.945 , sedangkan jumlah yang Rumah Tangga ada 57.945, **Tahun 2014** Rumah Tangga yang ber PHBS 58,19 % dari Jumlah Rumah Tangga yang dipantau 59.011 , sedangkan jumlah yang Rumah Tangga ada 61.198, dan **Tahun 2015** rumah tangga yang ber PHBS 64, 3 % dari jumlah rumah tangga yang dipantau 76.995 dan rumah tangga yang ada 79.475 target pencapaian PHBS tatanan rumah tangga tahun 2015

adalah 65% . **Tahun 2021** rumah tangga yang berPHBS 64,97 % dari jumlah rumah tangga yang dipantau 71.120 Rumah tangga , jumlah Rumah tangga yang ada 78.416 Rumah tangga target nya 65%. **Tahun 2017** rumah tangga yang ber PHBS 65, 56% dari jumlah 60.697 Rumah tangga yang dipantau. Sedangkan jumlah Rumah tangga seluruhnya yang ada yaitu 60.714 Rumah tangga**.**

Tahun 2021 dari jumlah Rumah tangga seluruhnya yang ada yaitu 60.687 Rumah tangga, Jumlah Rumah Tangga yang ber PHBS 45.650 Rumah Tangga atau 75,0% dari jumlah 60.864 Rumah Tangga yang dipantau. Sedangkan Jumlah Kepala Keluarga (KK) yang dipantau PHBS tatanan Rumah Tangga adalah 100% yaitu sejumlah 84.869 KK , hasil nya hanya 64.418 KK yang ber PHBS (75,9%).

Bila melihat data tersebut diatas maka jumlah Rumah tangga maupun KK yang dipantau tiap tahun nya kadang naik kadang turun. Tahun 2021 mengalami kenaikan karena jumlah Rumah Tangga dan Jumlah KK yang dipantau sejumlah 100 % disemua wilayah kerja puskesmas. Ada kenaikan yang signifikan yaitu 0,03% dari tahun sebelumnya yang hanya 99,97 % jumlah Rumah Tangga dan KK yang dipantau ini merupakan dampak dari pendataan terpadu Keluarga Sehat, yang diharapkan bisa total coverage untuk semua puskesmas.

4.9.3 Akses Air Minum

Air merupakan kebutuhan pokok bagi mahluk hidup termasuk manusia. Keberadaan air baik kualitas maupun kuantitas akan berpengaruh pada kehidupan manusia. Air bersih yang memenuhi syarat kesehatan adalah air yang memenuhi syarat kesehatan baik fisik, kimia, maupun bakteriologi. Air bersih juga harus memenuhi kebutuhan manusia secara kuantitas dan berkelanjutan.

Dinas Kesehatan melakukan pengawasan kualitas air bersih agar air yang dikonsumsi masyarakat memenuhi syarat kesehatan. Pengawasan kualitas air bersih bertujuan agar masyarakat terhindar dari gangguan penyakit bersumber/berperantara air (Water Born Diseases). Pengawasan kualitas air meliputi inspeksi sanitasi sarana air bersih, pengambilan dan pemeriksaan sampel air bersih serta melakukan tindak lanjut.

Inspeksi sanitasi terhadap sarana air bersih dilakukan untuk mengetahui risiko pencemaran rendah, sedang, tinggi atau amat tinggi. Sarana air bersih yang mempunyai risiko pencemaran rendah dan sedang dilakukan tindak lanjut dengan pengambilan sampel air, sedangkan untuk risiko pencemaran tinggi dan amat tinggi dilakukan perbaikan fisik sarana air bersih atau perbaikan kualitas air.

Jumlah penyelenggara air minum di Kota Cirebon sebanyak 1 (satu) yaitu Perusahaan Umum Daerah Air Minum Tirta Girinata Kota Cirebon. Pengawasan kualitas air PDAM tersebut pada tahun 2021 dilakukan dengan pengambilan sampel air sebanyak 460 sampel. Dari hasil pemeriksaan laboratorium sebanyak 446 sampel (96,96%) memenuhi syarat kesehatan.

Jumlah penduduk yang memiliki akses air minum berkelanjutan pada Tahun 2021 sebanyak 302.537 jiwa (95,11%) yang bersumber dari PDAM, sumur gali terlindung, sumur gali dengan pompa, sumur bor dengan pompa dan mata air terlindung. Akses air minum terbanyak berasal dari perpipaan sebanyak 241.395 jiwa (75,89%).

Target akses air minum tahun 2021 adalah 94,60%, sedangkan capaian 95,11%. Hal ini berarti sudah melebihi target yang diharapkan. Namun demikian sumber air perpipaan (PDAM) yang ada di Kota Cirebon kuantitas dan kontinuitasnya masih kurang karena ada beberapa daerah pada siang hari tidak mengalir sehingga masyarakat untuk memenuhi kebutuhan air bersih dengan membeli air.

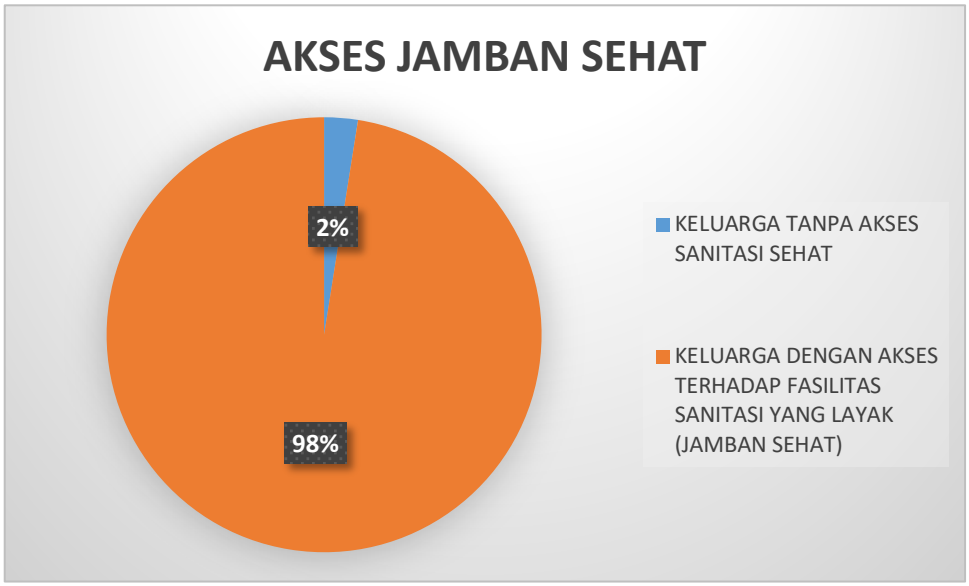
4.9.3 Sarana Sanitasi Dasar

Sanitasi yang layak (jamban sehat) adalah salah satu faktor yang penting untuk mengendalikan kasus diare dan kematian karena diare. Fasilitas sanitasi yang layak (jamban sehat) adalah fasilitas sanitasi yang memenuhi syarat kesehatan antara lain dilengkapi dengan leher angsa, tanki septik (septic tank)/Sistem Pengolahan Air Limbah (SPAL), yang digunakan sendiri atau bersama. Jamban leher angsa adalah jamban yang memiliki kloset bersih (tidak ada sisa tinja), septik tank kedap air, resapan jauh dari sumber air> 10 m. Jamban plengsengan / cemplung adalah jamban

dengan tempat jongkok kuat dan bertutup, tempat penampungan tinja tidak mencemari sumber air (>10M) dan tidak dapat dijangkau oleh vector/serangga, tikus, unggas, binatang, dll.

Jumlah penduduk yang memiliki akses sanitasi layak pada tahun 2021 sebanyak 287.324 jiwa (90,32%) dengan kelurahan yang rendah akses sanitasinya adalah Kelurahan Kesepuhan (66,19%). Sedangkan kelurahan yang sudah mencapai ODF (Stop Buang Air Besar Sembarangan) adalah kelurahan Larangan (100%). Jumlah kelurahan yang melaksanakan STBM (pemicuan) sebanyak 22 kelurahan (100%). Jika dibandingkan dengan target jamban sehat tahun 2021 (89,75%) maka sudah melampaui target (90,32%).

Permasalahan yang dihadapi dalam membuat jamban di perkotaan adalah keterbatasan lahan yang dimiliki sehingga sering berdekatan dengan sumber air karena rumah yang berhimpit. Untuk menghindari pencemaran maka penampungan tinja harus kedap air. Selain itu juga masih ada anggapan masyarakat bahwa buangan akhir ke sungai masih memenuhi syarat sehingga tidak membuat septictank .

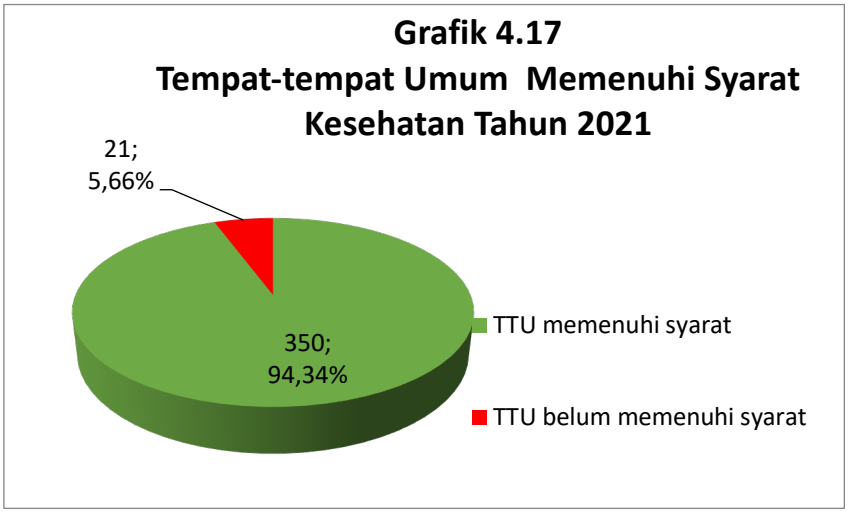


4.9.4 Tempat-tempat Umum (TTU)

Tempat-tempat Umum (TTU) adalah tempat atau sarana yang diselenggarakan pemerintah/swasta atau perorangan yang digunakan untuk kegiatan bagi masyarakat yang meliputi: sarana kesehatan (rumah sakit, puskesmas), sarana sekolah (SD/MI, SLTP/MTs, SLTA/MA), dan hotel (bintang dan non bintang). Sedangkan tempat-tempat umum yang sehat adalah tempat-tempat umum yang memenuhi standar berdasarkan peraturan perundangan yang berlaku.

Pada tahun 2021, jumlah sarana pendidikan yang memenuhi syarat yaitu SD 94,5%, SLTP 93,8% dan SLTA 94%. Sedangkan sarana kesehatan yang memenuhi syarat yaitu Puskesmas 100% dan rumah sakit 100%. Tempat-tempat umum berupa hotel bintang seluruhnya memenuhi syarat (100%) dan hotel non bintang sebanyak 88,1% memenuhi syarat. Sehingga total tempat-tempat umum yang memenuhi syarat sebanyak 350 (94,34%) dari 371 TTU.

Grafik 4.17
Tempat-tempat Umum Memenuhi Syarat Kesehatan Tahun 2021



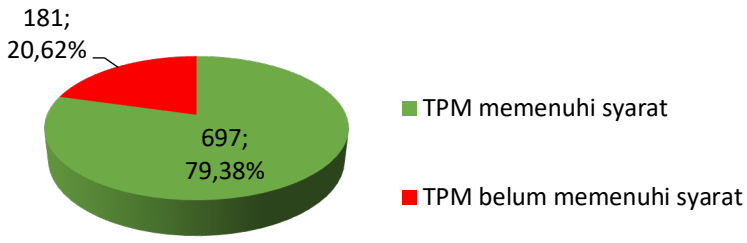
4.9.5 Tempat Pengelolaan Makanan (TPM)

Tempat Pengelolaan Makanan (TPM) adalah tempat usaha pengelolaan makanan yang meliputi jasa boga atau katering, rumah makan dan restoran, depot air minum, kantin, dan makanan jajanan.

TPM memenuhi syarat higiene sanitasi adalah TPM yang memenuhi persyaratan higiene sanitasi berdasarkan hasil inspeksi sanitasi dengan bukti dikeluarkannya sertifikat laik higiene sanitasi.

Hasil pemantauan pada tahun 2021 jumlah TPM yang ada sebanyak 878 TPM, dan sebanyak 697 (79,38%) diantaranya memenuhi syarat dengan rincian jasaboga sebanyak 40 (5%), rumah makan/restoran 119 (14%), depot air minum 102 (12%), makanan jajanan 436 (50%). Sedangkan TPM yang tidak memenuhi syarat sebanyak 181 (20,62%) dengan rincian jasaboga 10 (1%), rumah makan/restoran 20 (2,3%), depot air minum 51 (6%), dan makanan jajanan 100 (11%). Jumlah TPM tidak memenuhi syarat yang dibina sebanyak 178 (98,34%), sedangkan TPM yang memenuhi syarat yang diuji petik/dibina sebanyak 596 (85,51%).

Grafik 4.18
Tempat Pengelolaan Makanan Memenuhi Syarat Kesehatan
Tahun 2021



BAB 5
SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN

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

5.1 Sarana Kesehatan

a. Ketersediaan Obat menurut Jenis Obat.

Pemerintah daerah menjamin ketersediaaan obat, vaksin dan Bahan Medis habis Pakai (BMHP) yang bermutu, merata, dan terjangkau di Pelayanan Kesehatan Dasar Pemerintah. Pengelolaan obat publik dan perbekalan kesehatan pada pelayanan kesehatan dasar, di arahkan pada jenis obat yang ada di Formularium Nasional dan Daftar Obat Essensial Nasional (DOEN) Pelayanan Kesehatan Dasar untuk menyamakan gerak dan langkah dalam menjamin ketersediaan obat yang bermutu dan sesuai dengan pola penyakit, agar tercapai tujuan pelayanan kesehatan yang optimal.

Obat yang disediakan untuk pelayanan Kesehatan di Puskesmas harus sesuai dengan kebutuhan populasi, berarti jumlah (kuantum) obat yang tersedia di UPT Farmasi minimal harus sama dengan stok selama waktu tunggu kedatangan Obat.

Penyediaan obat di Fasilitas kesehatan dasar dilaksanakan dengan mengacu kepada Formularium Nasional (Fornas) dengan harga obat yang tercantum dalam e-katalog obat. Pengadaan obat dalam e-katalog menggunakan mekanisme e-purchasing. Dalam hal jenis obat

tidak tersedia dalam Fornas dan harganya tidak terdapat dalam e-katalog, maka pengadaannya dapat menggunakan mekanisme pengadaan yang lain sesuai dengan perundang-undangan yang berlaku. Dalam hal ini melalui e-tendering / lelang secara elektronik.

Pada pelaksanaan pelayanan kesehatan, penggunakan obat disesuaikan dengan standar pengobatan dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Apabila dalam pemberian pelayanan kesehatan, pasien membutuhkan obat yang belum tercantum di Formularium Nasional, maka hal ini dapat diberikan dengan ketentuan bahwa penggunaan obat di luar Formularium Nasional di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dapat digunakan apabila sesuai dengan indikasi medis dan sesuai dengan standar pelayanan kedokteran.

Pengadaan obat dan perbekalan kesehatan tahun 2021 menggunakan sistem e-purchasing dengan harga e-katalog dan e-tendering untuk obat yang tidak terdapat dalam katalog. Obat yang diadakan umumnya adalah obat generik berlogo untuk pelayanan kesehatan dasar.

Sumber anggaran yang didapat dari penyediaan obat dan perbekalan Kesehatan tahun 2021, yaitu :

1. APBD Kota Cirebon (APBD II)
2. Dana Alokasi Khusus (DAK)
3. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan
4. Program KIA-Gizi dan Pemberantasan Penyakit Menular (P2M)
5. Dirjen Bina Kefarmasian (Obat Jiwa dan Kesus)

Untuk Anggaran BPJS telah dikelola oleh masing-masing Puskesmas di Kota Cirebon, sehingga pengadaan beberapa item obat dan perbekalan kesehatan juga dilaksanakan oleh masing-masing Puskesmas. Pemantauan penulisan resep obat generik di sarana pelayanan kesehatan dasar (puskesmas) pada tahun 2021 mencapai angka rata-rata 95,7 %. Meningkat 0,7% dari tahun 2015 yang menunjukkan angka rata-rata 95 %. Hal ini menunjukkan bahwa

pemakaian obat generik semakin meningkat di Puskesmas. Prosentase ketersediaan obat generik 87,2 %, meningkat 2,2 % dari tahun 2015, sedangkan presentase ketersediaan obat essensial mencapai 54,5%, menurun 14,61 % dari tahun 2015. Penurunan ketersediaan obat essensial ini dikarenakan meningkatnya pemakaian obat generik yang non essensial.

Jenis Obat dan Perbekalan Kesehatan yang terdapat di UPT Farmasi tahun 2021 sebanyak 205 item, menurun sebanyak 16 item dari tahun 2015, yaitu sebanyak 221 item. Sedangkan obat dan perbekalan kesehatan yang dibutuhkan tahun 2021 sebanyak 243 item. Penurunan ini disebabkan oleh beberapa jenis obat dan perbekalan kesehatn yang tidak dibutuhkan lagi di Puskesmas berkaitan dengan indikasi pengobatannya, juga ada beberapa item obat yang tidak diproduksi di pasaran. Obat dan Perbekalan Kesehatan yang tersedia pada tahun 2021 sebanyak 205 item terdiri dari :

1. 107 jenis obat yang termasuk ke dalam di Formularium Nasional Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
2. 84 jenis obat yang tidak termasuk ke dalam Formularium Nasional
3. 14 jenis Bahan Medis Habis Pakai (BMHP).

Di UPT Farmasi pada Tahun 2021 terdapat 243 jenis obat dan bahan medis habis pakai, namun Obat dan vaksin yang sangat dibutuhkan berdasarkan format laporan ketersediaan Kementerian Kesehatan RI sebanyak 144 jenis obat yang diwajibkan, hanya 69 item obat dibutuhkan oleh Dinkes Kota Cirebon, dengan evaluasi tingkat kecukupan sebagai berikut:

1. Terdapat 18 jenis obat dengan tingkat kecukupan s/d 100% (Tingkat kecukupan obat kurang dari 12 bulan)
2. Terdapat 51 jenis obat dengan tingkat kecukupan lebih dari 100% (Tingkat kecukupan sampai dengan 18 bulan)

3. Terdapat 75 jenis obat dan vaksin yang tidak dibutuhkan dalam pengobatan di Puskesmas.

Grafik 5.1
Ketersediaan Obat Kota Cirebon Tahun 2021

Sumber : UPT Farmasi Kota Cirebon

Berdasarkan data diatas maka obat yang tersedia di UPT Farmasi, pada dasarnya semua jenis obat telah memenuhi tingkat kecukupan dalam kurun waktu 1 Tahun (12 Bulan).

b. Sarana Pelayanan Kesehatan dengan Kemampuan Labkes dan Memiliki 4 Spesialis Dasar.

Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di Kota Cirebon setiap tahunnya selalu bergerak dinamis yang artinya jumlah fasilitas pelayanan kesehatan setiap tahunnya tidak pernah berjumlah sama. Hal ini disebabkan karena kondisi keberadaan fasilitas sarana kesehatan sangat bergantung pada kondisi keuangan dan sumber daya manusia kesehatan yang ada pada fasilitas pelayanan kesehatan yang bersangkutan.

Hingga bulan Desember tahun 2021, terhitung ada 98 apotek, 30 toko obat, 39 klinik terdiri dari 29 klinik Pratama, 10 klinik Utama. Sedangkan laboratorium mandiri ada 9 laboratorium.

Jumlah rumah sakit ada 11 rumah sakit yang terdiri dari 2 rumah sakit Ibu dan Anak, 9 rumah sakit umum. Sampai saat ini sudah ada 2 rumah sakit yang melaksanakan akreditasi rumah sakit dengan menggunakan instrument JCI (Joint Committee International). UPTD Puskesmas yang ada di Kota Cirebon ada 22 UPTD, 21 UPTD sudah melaksanakan proses akreditasi Puskesmas dengan pelaksanaan penilaian oleh Provinsi Jawa Barat. Yang telah lulus akreditasi dan mendapatkan sertifikasi akreditasi Puskesmas ada 7 UPTD Puskesmas. Tahun 2021 sudah 2 UPTD Puskesmas mendapatkan Status Akreditasi Tingkat Madya, yaitu UPTD Puskesmas Jagasatru dan UPTD Puskesmas Kalitanjung. Jumlah sarana kesehatan di Kota Cirebon yang memiliki Laboratorium kesehatan dan 4 spesialis dasar yaitu : dari 11 Rumah Sakit yang ada, 7 Rumah Sakit mempunyai Laboratorium Kesehatan dan 7 Rumah Sakit yang memiliki 4 spesialis dasar.

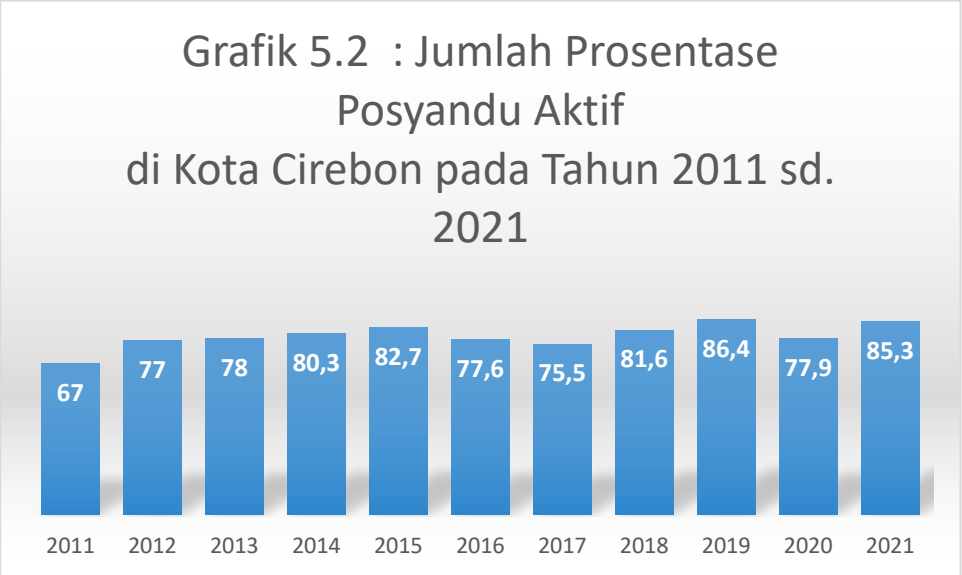
c. Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat (UKBM).
Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu)

Posyandu merupakan salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar, utamanya untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi.

Keberadaan Posyandu sangat diperlukan dalam mendekatkan upaya promotif dan preventif kepada masyarakat, utamanya terkait dengan upaya peningkatan status gizi masyarakat serta upaya kesehatan ibu dan anak.

Posyandu untuk saat ini menjadi Posyantu terintegrasi dimana perkembangan dari masing-masing Posyandu tersebut tidak sama. Dengan demikian, pembinaan yang dilakukan untuk masing-masing Posyandu juga

berbeda. Untuk mengetahui tingkat perkembangan Posyandu, telah dikembangkan metode dan alat telaahan perkembangan Posyandu, yang dikenal dengan nama Telaah Kemandirian Posyandu. Tujuan telaahan adalah untuk mengetahui tingkat perkembangan Posyandu yang secara umum dibedakan menjadi 4 tingkatan/ strata Posyandu yaitu : pratama, Madya, Purnama dan Mandiri. **Dikatakan posyandu aktif adalah** apabila posyandu di wilayah tersebut telah mencapai strata purnama dan atau strata mandiri . Adapun data jumlah Posyandu Aktif adalah sebagaimana grafik dibawah ini :



Sumber : Data Profil Bidang Kesehatan Kota Cirebon Bidang Kesehatan Masyarakat.

Dari grafik diatas dapat dilihat adanya fluktuatif yaitu prosentase posyandu aktif mulai dari **Tahun 2011** jumlah posyandu aktif 214 dari jumlah posyandu yang ada 319, **Tahun 2012** jumlah posyandu aktif 256 dari jumlah posyandu yang ada 329, **Tahun 2013** jumlah posyandu aktif 256 dari jumlah posyandu yang ada 329, **Tahun 2014** jumlah posyandu aktif 265 dari jumlah posyandu yang ada 330, **Tahun 2015** jumlah posyandu aktif 273 dari jumlah posyandu yang ada 330, **Tahun 2021**

jumlah posyandu aktif menurun menjadi 256 dari jumlah posyandu 330 posyandu yang ada; **Tahun 2017** jumlah posyandu yang aktif 249 posyandu, dari jumlah posyandu 330 Posyandu yang ada di kota cirebon. **Tahun 2021** Jumlah Posyandu aktif 270 dari jumlah 331 posyandu yang ada.

Dari data diatas dapat dilihat bahwa di tahun 2021 jumlah posyandu aktif terjadi kenaikan **hal ini dikarenakan adanya pembinaan terpadu oleh POKJANAL Kota Cirebon, POKJANAL kecamatan yang intensif dan terpadu dari beberapa lintas sektor dan lintas program dan organisasi masyarakat terkait.**

I. DESA SIAGA AKTIF / KAMPUNG SIAGA AKTIF

Kampung siaga Aktif adalah bentuk pengembangan dari desa siaga yang telah dimulai sejak tahun 2006. Kemudian dikembangkan menjadi Desa Siaga Aktif berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 1529/MENKES/SK/X/2010 tentang Pedoman umum pengembangan desa dan kelurahan aktif Desa atau kelurahan aktif .

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

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

sehingga masyarakatnya menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Untuk menjamin kemantapan dan kelestarian, pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dilaksanakan secara bertahap, dengan memperhatikan kriteria atau unsur-unsur yang harus dipenuhi, yaitu:

1. Kepedulian Pemerintah Desa atau Kelurahan dan pemuka masyarakat terhadap Desa dan Kelurahan Siaga Aktif yang tercermin dari keberadaan dan keaktifan Forum Desa dan Kelurahan.

2. Keberadaan Kader Pemberdayaan Masyarakat/kader teknis Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.

3. Kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang buka atau memberikan pelayanan setiap hari .

4. Keberadaan UKBM yang dapat melaksanakan

(a) survailans berbasis masyarakat,

(b) penanggulangan bencana dan kedaruratan kesehatan,

(c) penyehatan lingkungan.

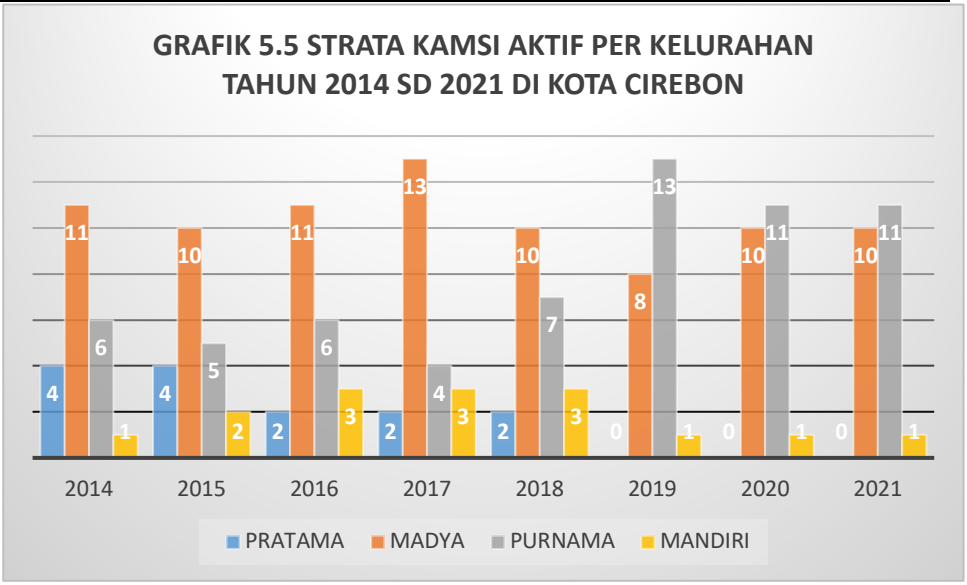
5. Tercakupnya (terakomodasikannya) pendanaan untuk pengembangan desa dan Kelurahan Siaga Aktif dalam Anggaran Pembangunan Desa atau Kelurahan serta dari masyarakat dan dunia usaha

6. Peran serta aktif masyarakat dan organisasi kemasyarakatan dalam kegiatan kesehatan di Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.

7. Peraturan di tingkat desa atau kelurahan yang melandasi dan mengatur tentang pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.

8. Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di Rumah Tangga di desa atau kelurahan.

Namun keadaan kualitas kampung siaga aktif itu sendiri dilihat dari strata nya adalah sebagaimana grafik berikut :



Sumber : Data Profil Bidang Kesehatan Kota Cirebon Bidang Kesehatan Masyarakat.

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa terjadi peningkatan strata kampung siaga aktif tiap Kelurahannya kampung siaga aktif dengan jumlah strata purnama dan mandiri tahun **2014** : 7, tahun **2015** jumlah strata purnama dan mandiri : 7, tahun **2018** jumlah strata purnama dan mandiri : 9 dan Tahun **2019** jumlah strata purnama dan mandiri terbanyak yaitu: 14 RW dan tahun **2021** : 12 .

Dari data diatas tersebut dapat dilihat bahwa strata jumlah strata purnama mandiri tahun 2021 masih sama dengan tahun 2020 terutama di strata purnamanya,peningkatan ini dipengaruhi oleh pembinaan terpadu, peningkatan motivasi melalui lomba kampung siaga aktif **dipengaruhi oleh keadaan pencapaian tiap indikator kampung siaga aktif itu sendiri terutama keadaan UKBM (capaian posyandu dan UKBM lainnya) serta PHBS .**

5.2 Tenaga Kesehatan

Pola tenaga kesehatan sesuai dengan Peraturan Pemerintah RI Nomor 36 tahun 2014 tentang kesehatan adalah sebagai berikut :

1. Tenaga medis (meliputi dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis)
2. Tenaga psikologi klinis
3. Tenaga keperawatan (meliputi perawat lulusan minimal D3 keperawatan)
4. Tenaga kebidanan (meliputi bidan lulusan minimal D3 kebidanan)
5. Tenaga kefarmasian (meliputi apoteker, tenaga teknis kefarmasian, dan analis farmasi)
6. Tenaga kesehatan masyarakat (meliputi epidemiolog kesehatan, promosi kesehatan, ilmu perilaku, kesehatan kerja, administrasi dan kebijakan kesehatan, biostatistik dan kependudukan, reproduksi dan keluarga, serta informasi kesehatan)
7. Tenaga Gizi (meliputi nutrisionis dan dietisien)
8. Tenaga kesehatan lingkungan (meliputi sanitasi lingkungan, entomolog kesehatan, dan mikrobiologi kesehatan)
9. Tenaga keterapian fisik (meliputi fisipterapis, okupasi terapis dan terapis wicara, dan akupunturis)
10. Tenaga keteknisan medis (meliputi perekam medis dan informasi kesehatan, teknisi kardiovaskular, teknisi pelayanan darah, refraksionis optisien, teknisi gigi, penata anastesi, terapis gigi dan mulut, dan audiologis)
11. Tenaga Teknik Biomedik (meliputi radiografer, elektromedis, ATLM, fisikawan medis, radioterapis, dan ortotik prostetik)

Pada Tahun 2021, jumlah tenaga kesehatan di Kota Cirebon sebanyak 3662 orang, yang bekerja di UPT Kesehatan (Puskesmas, Labkesda, Kesehatan Khusus dan Farmasi) 14,93% atau 547 orang, Rumah Sakit 64,25 % atau 2353 orang, Sarana Kesehatan Lainnya (seperti klinik swasta, Kantor Kesehatan Pelabuhan, UTD PMI, apotek, dan laboratorium swasta) 20,34 % atau 745 orang dan di Dinas Kesehatan 0,46 % atau 17 orang. Tenaga kesehatan yang ada di Kota Cirebon menurut unit kerja dapat dilihat pada tabel 5.1 berikut:

Tabel 5.1

Persebaran Tenaga Kesehatan Menurut Unit Kerja

di Kota Cirebon Tahun 2021

No	Tenaga Kesehatan	UPTD Kesehatan	Rumah Sakit	Institusi Diknakes	Sarana Kesehatan Lain	Dinkes Kota
1.	Medis	106	452	0	250	0
2.	Psikologi klinis	0	0	0	0	0
3.	Keperawatan	139	1164	0	101	0
4.	Kebidanan	248	300	0	62	0
5.	Kefarmasian	39	162	0	291	0
6.	Kesmas	21	11	0	11	10
7.	Kesehatan lingkungan	17	12	0	9	5
8.	Gizi	26	29	0	4	2
9.	Keterapian fisik	0	28	0	23	0
10.	Keteknisian medis	48	451	0	33	0
11.	Teknik biomedik	53	190	0	0	0
	Jumlah	697	2799	0	784	17

Sumber : Seksi Sumber Daya Kesehatan

5.5 Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan di Kota Cirebon terdapat beberapa sumber diantaranya dari APBD Kota, APBD Propinsi, Hibah Luar Negeri (Global Fund) dan APBN. Untuk APBD Kota anggaran sebesar Rp 520.245.819.138 (91,27%), APBD Provinsi Rp. 5.326.777.000 (0,93%). APBN sebesar Rp. 44.413.816.000 (7,79%). Sedangkan Pinjaman/Hibah Luar Negeri (PHLN) yang berasal dari Global Fund sebesar Rp. 0 (0%). Sedangkan Persentase APBD Kesehatan terhadap APBD Kota Cirebon sebesar 34,78%. saja perlu adanya komitmen yang lebih dari pemerintah daerah untuk menambah anggaran dari APBD Kota Cirebon untuk pembangunan kesehatan dana yang berasal dari APBD kota yang sebesar 27,85% saja. Berikut ini grafik proporsi anggaran kesehatan Kota Cirebon tahun 2021.

Grafik 5.5

Proporsi Anggaran Kesehatan Kota Cirebon Tahun 2021

Sumber : Sekretariat Dinas Kesehatan Sub Bagian Keuangan

BAB 6
Kesimpulan

Keberhasilan pelaksanaan pembangunan Kesehatan di Kota Cirebon sampai sekarang ini terus meningkat. Hal ini dapat terlihat dari meningkatnya capaian program-program kesehatan yang sesuai dan bahkan melebihi Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kota Cirebon, hal ini dapat dilihat dari beberapa indikator yang telah tercapai sesuai dengan target yang ditetapkan.

Berdasarkan data profil kesehatan,tahun 2021 pencapaian pada indikator telah mengalami peningkatan hasil yang cukup baik dan pencapaian beberapa indikator telah sesuai dengan target program, target SPM kesehatan, dan target SDGs, walaupun masih ada beberapa indikator yang tujuan pencapaiannya masih belum maksimal.

Untuk menunjang keberhasilan pembangunan di bidang kesehatan yang lebih optimal perlu diiringi dengan peningkatan kualitas sumber daya manusia kesehatan diantaranya melalui pendidikan dan pelatihan bagi tenaga kesehatan, agar tenaga kesehatan dapat meningkatkan kualitas dan kompetensinya dalam melayani masyarakat.

Disamping ketersediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, peran serta aktif dan sinergitas lintas program Kesehatan maupun lintas sector juga perlu di kuatkan, sehingga dapat memberikan dampak pada peningkatan kualitas hidup masyarakat guna mewujudkan visi Kota Cirebon ***"RAMAH"*** tahun 2021