

PROFIL KESEHATAN KABUPATEN CIANJUR TAHUN 2019



DINAS KESEHATAN KABUPATEN CIANJUR
JALAN PROF MOCH YAMIN NO 8 CIANJUR TAHUN 2020

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, atas anugerah-Nya, penyusunan "*Profil Kesehatan Kabupaten Cianjur*" dapat diselesaikan. Profil dengan data tahun 2019 ini menggambarkan kondisi kesehatan di Kabupaten Cianjur yang diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam penyusunan perencanaan pembangunan kesehatan di Kabupaten Cianjur yang berisi tentang visi dan misi Dinas Kesehatan, gambaran umum wilayah, gambaran pencapaian program, sarana prasarana kesehatan dan pola penyakit yang diperoleh dari kompilasi laporan seluruh sarana kesehatan yang ada di Kabupaten Cianjur yang disajikan dalam bentuk grafik, tabel dan gambar. Kami menyadari bahwa profil ini masih perlu disempurnakan, untuk itu kami mengharapkan masukan dan saran untuk lebih sempurnanya penyusunan profil di waktu yang akan datang dan kami mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah membantu hingga tersusunnya profil ini.

Demikian, semoga bermanfaat.

Cianjur, Januari 2019
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Cianjur

Drs. Tresna Gumilar, Apt., M.si.
NIP. 19600817 198902 1 001

TIM PENYUSUN

Pengarah

Drs.H.Tresna Gumilar,Apt.M.Si

Penanggungjawab

dr. H. Irvan Nur Fauzy.,M.Kes

Ketua

Abdul Kholik, SKM

Editor

Teni Herawati, SKM.,M.Kes

dr Yusman Faisal

dr Frida Laila Yahya.,MKM

Yuni Nurwahyuni SKM.,S.SST.M.Kes

Anggota

- Empud Mahpudin, SH.,MM
- Meita Triwendyarti, S.Si., Apt.
- Sinora Kristie, SKM
- Hj. Sri Juhartini, SAP
- Asep Helmiono, SKM
- Ira Sri Indriarti, S.Psi.
- Hj. Lina Herlinayati, S.SiT.
- Alwi Jufri, SKM
- Rostiani Dewi.,M.Kep
- Hendra Hendrawan S.Farm Apt
- Eka Rahmawati S.Kep.,Ners.,M.Kep
- Galuh Sifa Famila SKM
- Liste Zulhijawati Wulan.,SKM
- Rina Yudiantini.,SST.,M.Kes
- Asep Nurul Ridwan., SKM,MKM
- Vera Vernikawati SKM
- Asep Hisamudin

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	ii
TIM PENYUSUN	iii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR.....	vii
LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN	1
BAB II DEMOGRAFI KABUPATEN CIANJUR.....	7
2.1 Kondisi Geografis.....	8
2.2 Kependudukan	12
2.3 Pendidikan	16
BAB III DERAJAT KESEHATAN MASYARAKAT	19
3.1 Umur Harapan Hidup.....	19
3.2 Kematian	22
3.2.1 Angka Kematian Maternal.....	23
3.2.2 Angka Kematian Neonatal	26
3.2.2 Angka Kematian Bayi.....	31
3.2.3 Angka Kematian Balita.....	33
3.3 Angka Kesakitan	35
3.3.1 Pola Penyakit	35
3.3.2 Penyakit Menular	37
3.3.2.1 Diare	37
3.3.2.2 Demam Berdarah Dengue (DBD).....	39
3.3.2.3 Tuberculosis (TBC)	41
3.3.2.4 HIV dan AIDS.....	44
3.3.2.5 Kusta	47
3.3.3 Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi	50
3.3.3.1 Tetanus Neotarum.....	50
3.3.3.2 Difteri	52

3.3.3.3 Campak	53
3.3.3.4 Acute Flacid Paralysis(AFP)	55
3.4 Status Gizi	56
BAB IV UPAYA KESEHATAN	59
4.1 Pelayanan Kesehatan Dasar.....	60
4.1.1 Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak	60
4.1.2 Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil	61
4.1.3 Pertolongan Persalinan.....	62
4.1.4 Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas	65
4.1.5 Pelayanan Keluarga Berencana	67
4.2 Perbaikan Gizi Masyarakat.....	68
4.4.1 Pemberian Fe.....	69
4.4.2 Pemberian Vitamin A	72
4.4.3 <i>Stunting</i>	73
4.4.4 Jaminan Kesehatan Nasional.....	77
4.4.5 Promosi Kesehatan	77
4.4.6 Kesehatan Lingkungan.....	86
4.4.6.1 Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)	86
BAB V.....	99
SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN.....	99
5.1 Sarana Kesehatan	99
5.2 Sarana Pelayanan Kesehatan Bersumber Masyarakat	104
5.3 Tenaga Kesehatan	107
5.4 Alokasi Anggaran Kesehatan Pemerintah Per kapita	113
5.5 Persentase Anggaran Kesehatan dalam APBD Kabupaten	113
5.6 Capaian Prestasi Dinas Kesehatan Pada Tahun 2019.....	114
BAB VI KESIMPULAN.....	115

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Komposisi Penduduk Menurut Kelompok Umur di Kabupaten Cianjur Tahun 2019	12
Tabel 2. 2 Jumlah Penduduk Kabupaten Cianjur Tahun 2012-2019	13
Tabel 2. 3 Jumlah penduduk miskin di kabupaten Cianjur	15
Tabel 5. 1 SDM Puskesmas Se-Kabupaten Cianjur Berdasarkan Standar Tenaga Puskesmas Permenkes No 75 Tahun 2014.....	112

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Wilayah Administasi Kabupaten Cianjur.....	9
Gambar 2. 2 Piramida Kabupaten Cianjur Tahun 2019	14
Gambar 2. 3 Distribusi Jumlah KK di Kabupaten Cianjur Tahun 2019.....	15
Gambar 2. 4 Persentase Penduduk Miskin di Kabupaten Cianjur	16
Gambar 2. 5 Perkembangan Angka Partisipasi Kasar (APK) di Kabupaten Cianjur.....	17
Gambar 2. 6 Perkembangan Angka Partisipasi Murni (APM) di Kabupaten Cianjur.....	18
Gambar 3. 1 Perbandingan UHH Provinsi Jawa Barat dan Kabupaten Cianjur.....	22
Gambar 3. 2 hasil Audit Maternal Perinatal Tahun 2019.....	25
Gambar 3. 3 Penyebab Kematian Pada Neonatal di Kabupaten Cianjur Tahun 2019	29
Gambar 3. 4 Penyebab Kematian Post Neonatal di Kabupaten Cianjur Tahun 2019	30
Gambar 3. 5 Penyebab Kematian Pada Balita di Kabupaten Cianjur Tahun 2019	30
Gambar 3. 6 Kematian Bayi Berdasarkan Wilayah Kerja di Kabupaten Cianjur Tahun 2019	33
Gambar 3. 7 Penyebab Kematian Anak Balita di Kabupaten Cianjur Tahun 2019	34
Gambar 3. 8 Prevalensi Diare Berdasarkan Diagnosis Tenaga Kesehatan.....	38
Gambar 3. 9 Prevalensi Diare pada Balita Berdasarkan Diagnosis Tenaga Kesehatan	38
Gambar 3. 10 Proporsi Pemberantasan Sarang Nyamuk yang dilakukan Rumah Tangga.....	40
Gambar 3. 11 Angka Keberhasilan Pengobatan TB di Kabupaten Cianjur Tahun 2019	43

Gambar 3. 12 Prevalensi TB Paru Berdasarkan Diagnosis Dokter	44
Gambar 3. 13 Pengetahuan Tentang HIV dan AIDS	47
Gambar 4. 1 Proporsi Pemeriksa Kehamilan Perempuan Umur 10-54 Tahun yang ANC.....	61
Gambar 4. 2 Distribusi Proporsi Kepemilikan Buku KIA Pada Ibu Hamil	62
Gambar 4. 3 Distribusi Proporsi Penolong Persalinan Pada Perempuan Umur 10-54 Tahun.....	64
Gambar 4. 4 Distribusi Proporsi Tempat Persalinan Pada Perempuan Umur 10-54 Tahun.....	65
Gambar 4. 5 Kunjungan K1 dan K4 di Kabupaten Cianjur 2011 – 2019.....	66
Gambar 4. 6 Proporsi Pelayanan KF Lengkap pada Perempuan Umur 10-54 Tahun Menurut Provinsi.....	66
Gambar 4. 7 Proporsi Penggunaan Alat Kontrasepsi Setelah Persalinan Pada Perempuan Umur 10-54 Menurut Jenis Kontrasepsi.....	67
Gambar 4. 8 Proporsi Penggunaan Kontrasepsi Setelah Persalinan Pada Perempuan Umur 10-54 Menurut Waktu Layanan KB.....	67
Gambar 4. 9 Cakupan Tablet Tambah Darah yang di peroleh Remaja Putri dan Ibu Hamil.....	70
Gambar 4. 10 Proporsi Ibu Hamil Mendapatkan PMT	71
Gambar 4. 11 Proporsi Ibu Hamil Anemia	73
Gambar 4. 12 Peta Lokasi Fokus Intervensi Pencegahan Stunting Terintegrasi.....	74
Gambar 4. 13 Persentase Balita Sangat Pendek di Kabupaten Cianjur	75
Gambar 4. 14 Persentase Balita Pendek di Kabupaten Cianjur	76
Gambar 4. 15 Presentase Strata Desa/Kelurahan Siaga Aktif di Kabupaten Cianjur Tahun 2019	84
Gambar 4. 16 Sarana Promosi Kesehatan di Kabupaten Cianjur Tahun 2019.....	85
Gambar 4. 17 Desa/Kelurahan Siaga Aktif berdasarkan Kepmenkes 1529 tahun 2010 Kerja di Kabupaten Cianjur Tahun 2019	86

Gambar 4. 18 Persentase Akses Sanitasi di Kabupaten Cianjur	89
Gambar 4. 19 Persentase Stop BABS di Kabupaten Cianjur.....	89
Gambar 4. 20 Persentase Target dan Cakupan Rumah Rehat di Kabupaten Cianjur.....	92
Gambar 4. 21 Persentase Target dan Cakupan Air Minum di Kabupaten Cianjur.....	94
Gambar 4. 22 Persentase Target dan Cakupan Jamban Sehat di Kabupaten Cianjur.....	95
Gambar 4. 23 Persentase Target dan Cakupan Tempat-Tempat Umum (TTU) Sehat di Kabupaten Cianjur.....	96
Gambar 4. 24 Persentase Target dan Cakupan Sarana Pembuangan Air Limbah (SPAL)di Kabupaten Cianjur.....	98
Gambar 5. 1 Pembangunan Puskesmas Cibuluh Kecamatan Cidaun Tahun 2019.....	100
Gambar 5. 2 Pembangunan Puskesmas Kalapa Nunggal Kecamatan Cikadu Tahun 2019.....	101
Gambar 5. 3 Rehabilitasi Puskesmas Sukanagalih Kecamatan Pacet Tahun 2019.....	102
Gambar 5. 4 Pemagaran Puskesmas Kadupandak Kecamatan Kadupandak Tahun 2019.....	102
Gambar 5. 5 Pemagaran Puskesmas Gunungbitung Kecamatan Cibinong Tahun 2019.....	103
Gambar 5. 6 Proporsi Tenaga Promosi Kesehatan Puskesmas Se-Kabupaten Cianjur Tahun 2019.....	113

LAMPIRAN

Foto capaian prestasi dinas kesehatan kabupaten Cianjur tahun 2019

1. Puskesmas karang tegah sebagai pengelola penyakit TB terbaik tingkat nasional
2. Puskesmas Cugenang sebagai puskesmas ramah anak Tingkat Nasional Juara
3. Puskesmas Cidaun sebagai puskesmas FKTP berprestasi kategori terpencil tingkat jawa barat dan maju ke tingkat Nasional
4. Juara 1 kategori Dokter gigi tingkat jawa barat dan maju sebagai tenaga kesehatan teladan mewakili jawa barat atas nama drg. Annisa Pristiani Puskesmas Cugenang
5. Juara 1 kategori tenaga gizi atas nama Ani Nuraeni Puskesmas Ciranjang
6. Juara 2 kategori tenaga Sanitarian atas nama Lili Mulyati puskesmas Sukaresmi

BAB I PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud.

Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berdasarkan pada perikemanusiaan, pemberdayaan dan kemandirian, adil dan merata, serta pengutamakan dan manfaat dengan perhatian khusus pada penduduk rentan, antara lain ibu, bayi, anak, lanjut usia dan keluarga miskin.

Pembangunan kesehatan dilaksanakan melalui peningkatan :1) Upaya kesehatan, 2) Pembiayaan kesehatan 3) Sumberdaya manusia kesehatan, 4) Sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan, 5) Manajemen dan informasi kesehatan, dan 6) Pemberdayaan masyarakat.

Upaya tersebut dilakukan dengan memperhatikan dinamika kependudukan, epidemiologi penyakit, perubahan ekologi dan lingkungan, kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi (IPTEK), serta globalisasi dan demokrasi dengan semangat kemitraan dan kerjasama lintas sektoral.

Sebagai salah satu Kabupaten di Provinsi Jawa Barat, kabupaten Cianjur memberikan kontribusi terhadap pencapaian derajat kesehatan masyarakat. Visi pembangunan Kabupaten

Cianjur adalah “Cianjur lebih maju dan agamis”. Dalam rangka mewujudkan visi tersebut diwujudkan melalui 5 (lima) misi pembangunan yaitu:

1. Mewujudkan kualitas Kehidupan Masyarakat yang berbudaya Ilmu dan Teknologi Produktif dan Berdaya Saing
2. Meningkatkan Perekonomian yang Berdaya Saing dan Berbasis Potensi Daerah
3. Mewujudkan Lingkungan Hidup yang Asri dan Lestari
4. Mewujudkan Tata Kelola Pemerintahan yang Baik
5. Mewujudkan Pemerataan Pembangunan yang Berkeadilan

Sistem Informasi Kesehatan (SIK) yang *evidence base* diarahkan untuk penyediaan data dan informasi yang akurat, lengkap, dan tepat waktu guna pengambilan keputusan disemua tingkat administrasi pelayanan kesehatan.

Salah satu produk dari Sistem Informasi Kesehatan (SIK) adalah dokumen Profil Kesehatan Kabupaten Cianjur yang merupakan gambaran situasi kesehatan di wilayah Kabupaten Cianjur dan diterbitkan setiap tahun.

Setiap edisi memuat berbagai data dan informasi tentang kesehatan dan data pendukung lain yang berhubungan dengan kesehatan seperti data kependudukan, pendidikan, fasilitas kesehatan, pencapaian program-program kesehatan dan keluarga berencana.

Profil Kesehatan Kabupaten Cianjur Tahun 2020 merupakan salah satu bentuk dokumentasi tahunan dari produk Sistem

Informasi Kesehatan yang dapat memberikan gambaran perkembangan situasi kesehatan khususnya di Wilayah Administratif Kabupaten Cianjur dan juga merupakan investasi informasi untuk kebutuhan di masa yang akan datang.

Sebagai landasan hukum dari penyusunan Profil Kesehatan Kabupaten Cianjur adalah :

1. Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor :
574/Menkes/SK/IV/2000 tentang Kebijakan Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010
2. Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor
:1202/Menkes/SK/VII/2003 tentang Indikator Indonesia sehat 2010 dan Pedoman penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten Sehat.
3. Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor :
41/Menkes/Per/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.
4. Peraturan Presiden RI nomor : 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (SKN)

Pembangunan sektor kesehatan merupakan hal yang sangat penting karena merupakan salah satu unsur dari kesejahteraan umum yang sangat menentukan akan ketahanan dari bangsa Indonesia.

Dalam SKN disebutkan bahwa keberhasilan manajemen kesehatan sangat ditentukan antara lain oleh tersedianya data dan informasi kesehatan, dukungan kemajuan ilmu pengetahuan,

dukungan hukum kesehatan serta administrasi kesehatan. Lebih lanjut disebutkan bahwa SKN terdiri dari 6 (enam) subsistem, yaitu 1) Subsistem Upaya Kesehatan, 2) Subsistem Pembiayaan Kesehatan, 3) Subsistem Sumber Daya Manusia Kesehatan, 4) Subsistem Obat dan Perbekalan Kesehatan, 5) Subsistem Pemberdayaan Masyarakat dan 6) Subsistem Manajemen Kesehatan. Untuk manajemen kesehatan tingkat keberhasilannya sangat ditentukan oleh tersedianya data dan informasi dengan dukungan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi.

Unsur utama dalam manajemen kesehatan tersebut adalah informasi kesehatan. Dalam tatanan desentralisasi atau otonomi daerah di bidang kesehatan, kualitas dari informasi kesehatan nasional dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKNAS) sangat ditentukan dari Sistem Informasi Kesehatan Daerah (SIKDA).

Indikator-indikator yang ditampilkan pada Profil Kesehatan antara lain Indikator Derajat Kesehatan, Upaya Kesehatan, Sumber Daya Kesehatan. Indikator Derajat Kesehatan merupakan indikator *outcome* meliputi mortalitas dan morbiditas serta Angka Harapan Hidup.

Indikator upaya kesehatan merupakan indikator *output* hasil kegiatan Pelayanan Kesehatan Dasar maupun Rujukan. Indikator Sumber Daya Kesehatan merupakan indikator input yang merupakan syarat pokok dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan.

Profil Kesehatan Kabupaten Cianjur Tahun 2020 ini menggambarkan situasi Derajat Kesehatan Masyarakat (angka kematian, status gizi, angka kesakitan), Upaya Kesehatan (pelayanan kesehatan, akses dan mutu pelayanan kesehatan, perilaku hidup masyarakat, keadaan lingkungan), Sumber Daya Kesehatan (sarana kesehatan, tenaga kesehatan, pembiayaan kesehatan) di Kabupaten Cianjur Tahun 2019.

Semua informasi yang terangkum dalam dokumen Profil Kesehatan dipergunakan dalam rangka proses perencanaan, pemantauan dan mengevaluasi pencapaian pembangunan kesehatan di Kabupaten Cianjur pada Tahun 2019, serta pembinaan dan pengawasan program di bidang kesehatan. Sistematika Profil Kesehatan Kabupaten Cianjur Tahun 2020 adalah sebagai berikut :

Bab 1 – Pendahuluan.

Bab ini menyajikan maksud dan tujuan diterbitkannya Profil Kesehatan Kabupaten Cianjur, serta sistematika penyajiannya diuraikan secara ringkas

Bab 2 – Demografi Kabupaten Cianjur

Bab ini menyajikan gambaran umum Kabupaten Cianjur yang meliputi keadaan geografi, batas wilayah, cuaca, keadaan penduduk dan tingkat pendidikan

Bab-3 : Derajat Kesehatan Masyarakat

Bab ini berisi uraian mengenai indikator angka kematian, angka kesakitan, dan angka status gizi masyarakat.

Bab-4 : Situasi Upaya Kesehatan

Bab ini menguraikan tentang pelayanan kesehatan (kesehatan ibu, kesehatan anak, perbaikan gizi masyarakat, imunisasi, kesehatan usila dan pra usila, keluarga berencana, kejadian luar biasa, pelayanan kesehatan masyarakat miskin), akses dan mutu pelayanan kesehatan, promosi kesehatan dan kesehatan lingkungan

Bab-5 : Situasi Sumber Daya Kesehatan

Bab ini berisi uraian mengenai tenaga kesehatan, pembiayaan kesehatan dan sarana kesehatan.

Bab-6 : Kesimpulan

Bab ini diisi dengan sajian tentang hal-hal penting yang perlu disimak dan ditelaah lebih lanjut dari Profil Kesehatan Kabupaten Cianjur Tahun 2019, serta hal-hal yang dianggap masih kurang dalam rangka penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Kabupaten Cianjur untuk mencapai Masyarakat Cianjur Sehat Yang Mandiri.

BAB II

DEMOGRAFI KABUPATEN CIANJUR

Visi Pembangunan Kabupaten Cianjur adalah “Cianjur lebih maju dan agamis”. Visi tersebut diwujudkan melalui 5 (lima) misi pembangunan yaitu :

1. Mewujudkan kualitas Kehidupan Masyarakat yang berbudaya Ilmu dan Teknologi, Produktif dan Berdaya Saing
2. Meningkatkan Perekonomian yang Berdaya Saing dan Berbasis Potensi Daerah
3. Mewujudkan Lingkungan Hidup yang Asri dan Lestari
4. Mewujudkan Tata Kelola Pemerintahan yang Baik
5. Mewujudkan Pemerataan Pembangunan yang Berkeadilan

Agar visi tersebut dapat diwujudkan dan dapat mendorong efektifitas dan efisiensi pemanfaatan sumber daya yang dimiliki, ditetapkan misi Kabupaten Cianjur sebagai berikut :

1. Mewujudkan Sumber Daya Manusia Kabupaten Cianjur yang produktif dan ber Daya Saing
2. Meningkatkan Pembangunan Ekonomi Regional ber Basis Potensi Lokal
3. Meningkatkan Ketersediaan dan Kualitas Infrastuktur Wilayah

4. Meningkatkan Daya Dukung dan Daya tampung Lingkungan untuk Pembangunan berkelanjutan
5. Meningkatkan Efektifitas Pemerintahan Daerah dan Kualitas Demokrasi

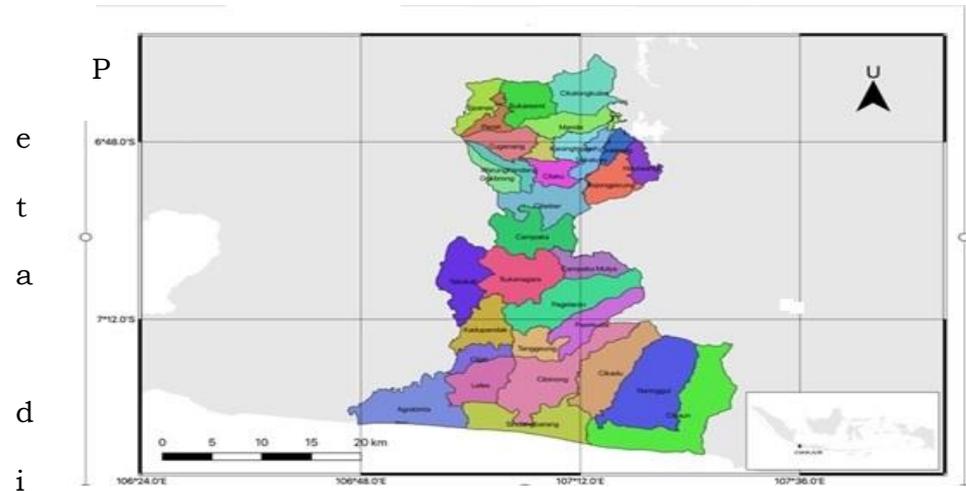
Dinas Kesehatan sebagai salah satu Satuan Kerja Perangkat Daerah Pemerintah Kabupaten Cianjur berkepentingan untuk menyelesaikan permasalahan yang berkaitan dengan fenomena penting aktual yang belum dapat diselesaikan pada periode 5 tahun sebelumnya khususnya aksesibilitas dan mutu pelayanan kesehatan masyarakat.

Maka Misi, Tujuan dan Sasaran pembangunan kesehatan adalah Misi 1 yaitu Mewujudkan Sumber Daya Manusia Kabupaten Cianjur yang produktif dan ber Daya Saing, dengan tujuan 1). Mendorong Tingkat pendidikan, kesehatan dan kompetisi kerja masyarakat Kabupaten Cianjur , dan 2) Menjadikan masyarakat Kabupaten Cianjur yang sehat, berbudi pekerti luhur serta menguasai ilmu dan teknologi, Sedangkan Sasaran utama adalah meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan terutama ibu dan anak.

2.1 Kondisi Geografis

Letak Kabupaten Cianjur secara geografis terletak diantara 60 21'-70 25' Lintang Selatan dan 1060 42'-1070 25' Bujur Timur, dibagian tengah wilayah Propinsi Jawa Barat, dengan jarak sekitar 65 km dari ibu kota Propinsi Jawa Barat (Bandung) dan 120 km dari Ibu Kota Negara (Jakarta)

Gambar 2. 1 Wilayah Administasi Kabupaten Cianjur



atas menunjukkan batas wilayah administrasi Kabupaten Cianjur, dengan luas keseluruhan 3.501.470 Km² dengan batas-batas wilayah sebagai berikut :

- Sebelah Utara : berbatasan dengan wilayah Kabupaten Bogor dan Kabupaten Purwakarta;
- Sebelah Barat : berbatasan dengan wilayah Kabupaten Sukabumi ;
- Sebelah Selatan : berbatasan dengan Samudera Indonesia;
- Sebelah Timur : Kabupaten Bandung, Kabupaten Bandung Barat dan Kabupaten Garut.

Keadaan tersebut menunjukkan bahwa posisi Kabupaten Cianjur dilihat dari letak geografisnya berada pada situasi yang sangat strategis yang merupakan jalur lalu-lintas antara ibu kota negara dan ibu kota propinsi.

Hal ini memungkinkan untuk pengembangan dan peningkatan kegiatan ekonomi bagi masyarakatnya, selain

letak geografis yang menguntungkan keadaan alam daerah Kabupaten Cianjur juga sangat bervariasi.

Bentangan wilayah Kabupaten Cianjur dari batas utara hingga selatan terdapat dataran tinggi hingga dataran rendah Kabupaten Cianjur terletak di kaki Gunung Gede yang membentang hingga garis pantai Samudera Indonesia dengan ketinggian sekitar 7 – 2.962 meter di atas permukaan laut.

Secara geografis wilayah Kabupaten Cianjur terbagi menjadi tiga bagian wilayah yaitu:

1. Cianjur Bagian Utara

Merupakan dataran tinggi terletak di kaki gunung Gede dengan ketinggian 2.962 meter, sebagian besar merupakan daerah dataran tinggi pegunungan. Sebagian lagi merupakan dataran yang dipergunakan untuk area perkebunan dan pesawahan. Wilayah ini mencakup 16 kecamatan yaitu : Cibeber, Warungkondang, Gekbrong, Cilaku, Sukaluyu, Bojongpicung, Haurwangi, Ciranjang, Mande, Karangtengah, Cianjur, Ciherang, Pacet, Cipanas, Sukaresmi dan Cikalongkulon.

2. Cianjur Bagian Tengah

Merupakan daerah yang berbukit kecil dengan keadaan struktur tanahnya labil sehingga sering terjadi tanah longsor dan daerah rawan gempa bumi, dataran lainnya terdiri dari area perkebunan dan daerah persawahan Wilayah ini mencakup 9 kecamatan yaitu : Tanggeung,

Pasirkuda, Pagelaran, Kadupandak, Cijati, Takokak, Sukanagara, Campaka dan Campakamulya.

3. Cianjur Bagian Selatan

Merupakan dataran rendah, terdapat banyak bukit kecil yang diselingi oleh pegunungan yang melebar sampai kedaerah pantai Samudera Indonesia, tanahnya labil dan sering terjadi longsor dan daerah gempa bumi dan terdapat pula area untuk perkebunan dan persawahan tetapi tidak terlalu luas. Wilayah ini mencakup 7 kecamatan yaitu : Agrabinta, Leles, Sindangbarang, Cidaun, Naringgul, Cibinong dan Cikadu.

Luas wilayah Kabupaten Cianjur adalah 3.501,27 secara administratif wilayah Kabupaten Cianjur terdiri dari 32 Kecamatan yang terdiri dari 354 desa dan 6 Kelurahan Kabupaten Cianjur diuntungkan secara geografis mengingat posisinya yang strategis dengan jarak sekitar 65 km dari ibu kota Propinsi Jawa Barat (Bandung) dan 120 km dari Ibu Kota Negara (Jakarta). Posisi strategis tersebut merupakan kekuatan yang dapat dijadikan sebagai modal pembangunan daerah. Luas wilayah Kabupaten Cianjur adalah 3.501,27 secara administratif wilayah Kabupaten Cianjur terdiri dari 32 Kecamatan yang terdiri dari 354 desa dan 6 Kelurahan.

2.2 Kependudukan

Data Kependudukan berdasarkan surat edaran menteri kesehatan tentang estimasi jumlah penduduk di kabupaten Cianjur pada tahun 2019 sebanyak 2.263.072 jiwa, dengan jumlah penduduk laki-laki sebanyak 1.162.586 jiwa dan jumlah penduduk perempuan sebanyak 1.100.486 jiwa. Kepadatan penduduk di Kabupaten Cianjur rerata 1.863

Tabel 2. 1Komposisi Penduduk Menurut Kelompok Umur di Kabupaten Cianjur Tahun 2019

Kelompok Umur (Tahun)	Jumlah Penduduk			Rasio Jenis Kelamin
	Laki - laki	Perempuan	Total	
0 - 4	115.334	109.302	224.636	105,5
5 - 9	124.826	117.218	242.044	106,5
10 - 14	125.808	119.451	245.259	105,3
15 - 19	108.723	97.397	206.120	111,6
20 - 24	93.972	85.410	179.382	110
25 - 29	96.081	87.371	183.452	110
30 - 34	86.851	81.894	168.745	106,1
35 - 39	88.899	82.196	171.095	108,2
40 - 44	77.092	72.136	149.228	106,9
45 - 49	69.920	64.263	134.183	108,8
50 - 54	57.288	50.098	107.386	114,4
55 - 59	44.008	36.970	80.978	119
60 - 64	28.373	27.737	56.110	102,3
65 - 69	24.019	21.110	45.129	113,8
70 - 74	14.861	25.274	40.135	58,8
75+	16.068	18.567	34.635	86,5
Jumlah	1.172.123	1.096.394	2.268.517	106,9
Angka Beban Tanggungan (DEPENDENCY RATIO)			58	

Rasio beban ketergantungan (Dependency Ratio) digunakan untuk mengetahui produktifitas penduduk. Rasio beban ketergantungan adalah angka yang menyatakan perbandingan banyak orang yang berada pada usia yang tidak

produktif (dibawah 15 tahun dan diatas 65 tahun) dibandingkan dengan kelompok usia yang produktif (15 – 65 tahun).

Angka ini juga menyatakan beratnya tanggungan kelompok usia produktif terhadap usia tidak produktif. Semakin banyak kelompok usia non produktif maka semakin berat beban usia produktif.

Angka beban ketergantungan penduduk di Kabupaten Cianjur adalah 58%, yang artinya bahwa setiap 100 penduduk usia produktif di Kabupaten Cianjur menanggung sekitar 58 penduduk usia belum/tidak produktif.

Tabel 2. 2 Jumlah Penduduk Kabupaten Cianjur Tahun 2012- 2019

Tahun	Laki-Laki	Perempuan	Jumlah
2012	1.134.322	1.058.672	2.192.444
2013	1.145.665	1.069.259	2.214.924
2014	1.157.122	1.107.995	2.237.073
2015	1.232.758	1.150.543	2.383.973
2016	1.158.318	1.092.650	2.250.977
2017	1.160.520	1.096.069	2.256.589
2018	1.161.977	1.098.623	2.260.620
2019	1.172.123	1.096.394	2.268.517

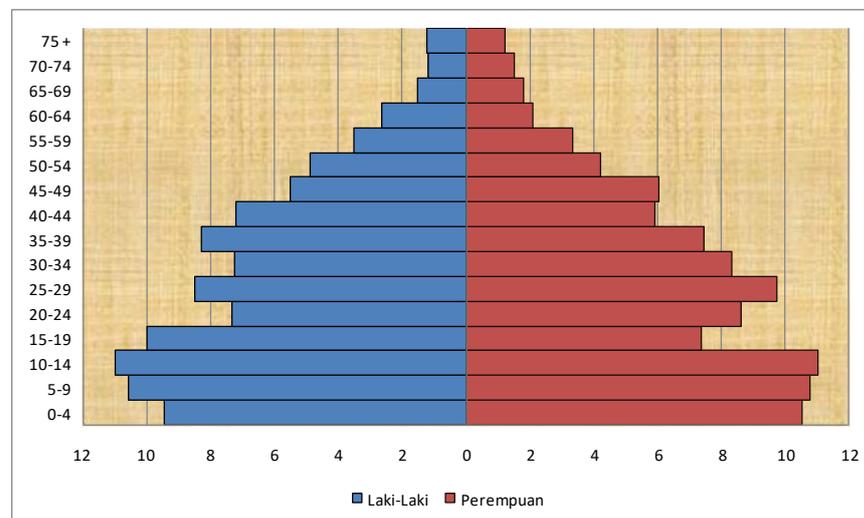
Komposisi penduduk suatu wilayah dikategorikan penduduk muda bila median umur <20, penduduk menengah jika median umur 20-30, dan penduduk tua jika median umur > 30 tahun.

Berdasarkan kriteria tersebut, komposisi umur penduduk Kabupaten Cianjur pada tahun 2017 masih

termasuk dalam kategori penduduk menengah, dimana median umurnya berada pada umur 26,86 tahun.

Untuk mengetahui komposisi penduduk Kabupaten Cianjur berdasarkan struktur umur dan jenis kelamin berikut digambarkan piramida penduduk seperti di bawah ini

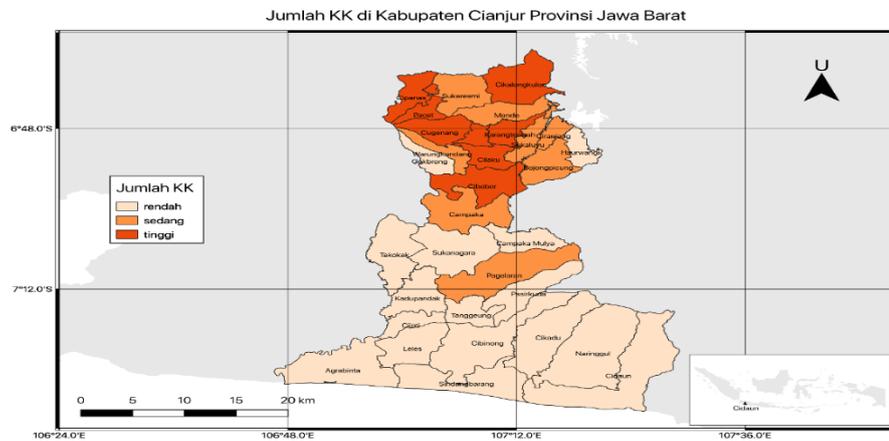
Gambar 2. 2 Piramida Kabupaten Cianjur Tahun 2019



Komposisi penduduk Kabupaten Cianjur menurut kelompok umur, menunjukkan bahwa penduduk yang berusia muda (0-14 tahun) sebesar 31.46 %, yang berusia produktif (15-64 tahun) sebesar 63.62 % dan yang berusia tua (> 65 tahun) sebesar 4.90%.

Piramida Penduduk Kabupaten Cianjur Tahun 2019 di atas menjelaskan jumlah penduduk terbanyak adalah golongan usia 10-14 tahun, terdapat pada penduduk berjenis kelamin laki-laki maupun perempuan.

Gambar 2. 3 Distribusi Jumlah KK di Kabupaten Cianjur Tahun 2019



Jumlah KK dalam hal ini yaitu jumlah KK yang dikategorikan menjadi 3 kategori (tinggi, sedang, dan rendah). Untuk kategori tinggi terdapat di Kecamatan Cipanas, dan Mandeh .

Dalam laporan resminya pada Badan Pusat Statistik (BPS) dilaporkan di Kabupaten Cianjur sebaran jumlah penduduk miskin di kabupaten Cianjur dapat dilihat pada tabel 2.2, sementara untuk data tahun 2019 BPS belum mengeluarkan jumlah resmi untuk kabupaten Cianjur.

Tabel 2. 3 Jumlah penduduk miskin di kabupaten Cianjur

Tahun	Jumlah (dalam Ribuan)
2012	1.134.322
2013	1.145.665
2014	1.157.122
2015	1.232.758
2016	1.158.318
2017	1.160.520
2018	1.161.977
2019	1.172.123

Angka partisipasi kasar menunjukkan tingkat partisipasi penduduk secara umum di suatu tingkat pendidikan, APK merupakan indikator yang paling sederhana untuk mengukur daya serap penduduk usia sekolah di masing-masing jenjang pendidikan seperti yang terlihat pada gambar 2.5 berikut ini¹:

Gambar 2. 5 Perkembangan Angka Partisipasi Kasar (APK) di Kabupaten Cianjur



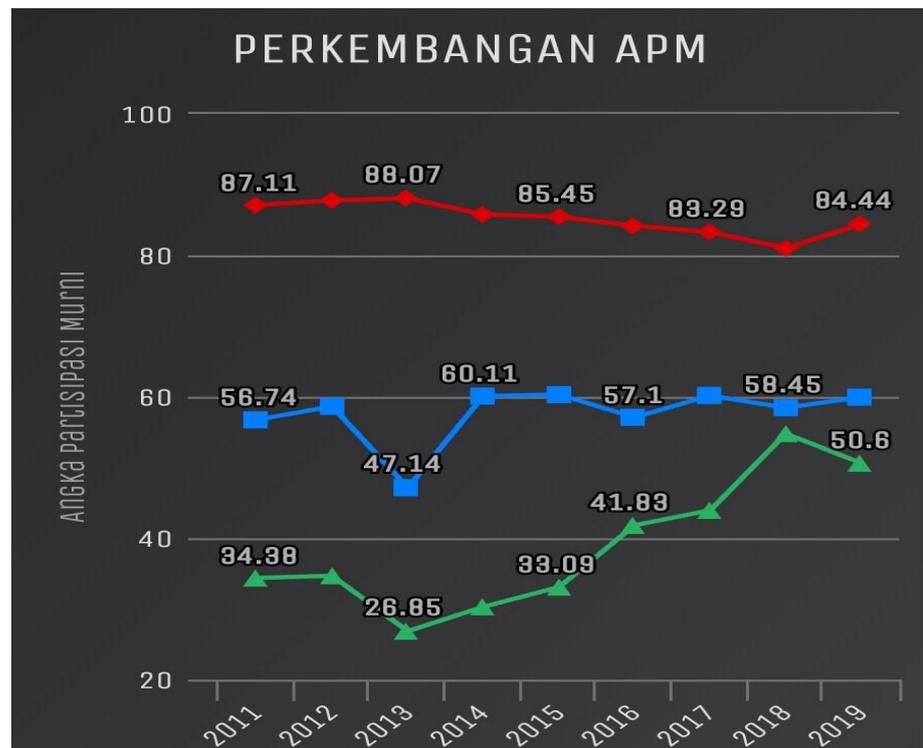
Sementara angka partisipasi murni adalah persentase jumlah anak pada kelompok usia sekolah tertentu yang sedang bersekolah pada jenjang pendidikan yang sesuai dengan usiannya terhadap jumlah seluruh anak pada kelompok usia sekolah yang bersangkutan.

Jika APK digunakan untuk mengetahui seberapa banyak penduduk usia sekolah yang sudah dapat memanfaatkan

¹ Data.kemendikbud.go.id di akses pada tanggal 19 Januari 2020 jam 17.34

fasilitas pendidikan disuatu jenjang pendidikan tertentu tanpa melihat berapa usiannya, maka angka partisipasi murni (APM) mengukur proporsi anak yang bersekolah tepat waktu, seperti yang terlihat pada gambar 2.6 berikut ini²:

Gambar 2. 6 Perkembangan Angka Partisipasi Murni (APM) di Kabupaten Cianjur



² Data.kemendikbud.go.id di akses pada tanggal 19 Januari 2020 jam 17.38

BAB III

DERAJAT KESEHATAN MASYARAKAT

Derajat Kesehatan Masyarakat Cianjur ditunjukkan dengan suatu indikator status kesehatan yaitu Indeks Pembangunan Manusia (IPM) yang terdiri dari indeks ekonomi (pendapatan riil perkapita), indeks Pendidikan (angka melek huruf dan lama sekolah) dan indeks kesehatan (usia harapan hidup waktu lahir).

Sementara itu untuk menentukan peringkat kabupaten dan kota dalam pembangunan kesehatan, disusunlah indeks pembangunan kesehatan masyarakat (PKM) yaitu indikator komposit yang menggabungkan kemajuan pembangunan kesehatan, dirumuskan dari data kesehatan berbasis komunitas yaitu riset kesehatan dasar (RISKESDAS), survey sosial ekonomi nasional (Susenas) dan survey Potensi Desa (Podes). Gambaran Cianjur Sehat dari berbagai data dan informasi yang dilaporkan adalah sebagai berikut

3.1 Umur Harapan Hidup

Metode penghitungan IPM yang digunakan BPS mengacu pada metodologi yang digunakan oleh UNDP. Namun sejak 2015, BPS telah menggunakan penghitungan IPM yang baru dengan melakukan penyesuaian pada beberapa indikator.

Hal itu dilakukan karena masalah ketersediaan data pada tingkat kabupaten/kota (lihat catatan teknis). Oleh karena itu, angka IPM Indonesia hasil penghitungan BPS tidak dapat

dibandingkan dengan angka IPM Indonesia yang dihitung oleh UNDP. IPM, jelas BPS, dihitung dari agregasi tiga dimensi, yaitu umur panjang dan hidup sehat, pengetahuan, serta standar hidup layak. Setiap dimensi diwakili oleh indikator³

Dimensi umur panjang dan hidup sehat diwakili oleh indikator umur harapan hidup saat lahir. Sementara itu, rata-rata lama sekolah dan harapan lama sekolah merupakan indikator yang mewakili dimensi pengetahuan. Terakhir, dimensi standar hidup layak Indonesia diwakili oleh indikator pengeluaran per kapita yang disesuaikan.

Usia Harapan Hidup adalah rata-rata jumlah tahun harapan hidup sekelompok orang yang lahir pada tahun yang sama, dengan asumsi kematian pada usia masing-masing tersebut tetap konstan di masa mendatang, Umur harapan hidup menggambarkan lamanya usia seorang bayi baru lahir diharapkan hidup.

Dalam pembahasan mengenai negara maju dan negara berkembang salah satu indikator untuk mengelompokan negara dalam kelompok negara maju atau berkembang adalah usia harapan hidup.

Indeks Pembangunan Manusia (IPM) mengukur capaian pembangunan manusia berbasis sejumlah komponen dasar kualitas hidup. Sebagai ukuran kualitas hidup, IPM dibangun melalui pendekatan tiga dimensi dasar. Dimensi tersebut mencakup umur panjang dan sehat; pengetahuan, dan kehidupan yang layak. Ketiga

³ CNBC Indonesia diakses tanggal 16 Januari 2020 Jam 15.09 WIB

dimensi tersebut memiliki pengertian sangat luas karena terkait banyak faktor. Untuk mengukur dimensi kesehatan, digunakan angka harapan hidup waktu lahir.

Selanjutnya untuk mengukur dimensi pengetahuan digunakan gabungan indikator angka melek huruf dan rata-rata lama sekolah.

Adapun untuk mengukur dimensi hidup layak digunakan indikator kemampuan daya beli masyarakat terhadap sejumlah kebutuhan pokok yang dilihat dari rata-rata besarnya pengeluaran per kapita sebagai pendekatan pendapatan yang mewakili capaian pembangunan untuk hidup layak⁴

Komponen Indeks pembangunan manusia meliputi:

a. Angka Harapan Hidup

Angka Harapan Hidup (AHH) pada waktu lahir merupakan rata-rata perkiraan banyak tahun yang dapat ditempuh oleh seseorang selama hidup

b. Angka Melek Huruf

Angka melek huruf adalah persentase penduduk usia 15 tahun keatas yang dapat membaca dan menulis huruf latin dan atau huruf lainnya.

c. Rata-Rata Lama Sekolah

Rata-rata lama sekolah menggambarkan jumlah tahun yang digunakan oleh penduduk usia 15 tahun keatas dalam menjalani pendidikan formal.

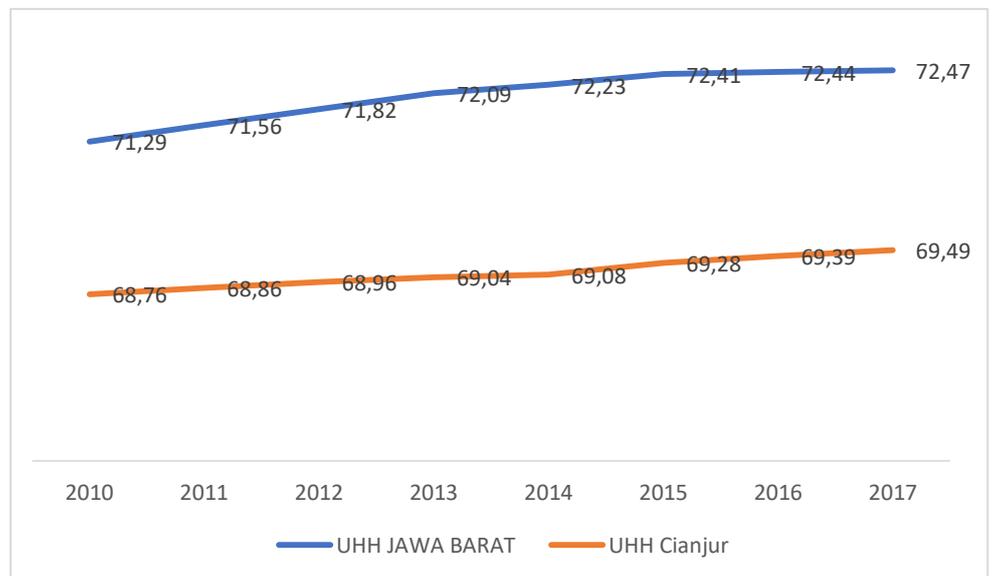
d. Pengeluaran Riil per Kapita yang disesuaikan

⁴ BPS Kabupaten Cianjur 2019

UNDP mengukur standar hidup layak menggunakan Produk Domestik Bruto (PDB) riil yang disesuaikan, sedangkan BPS dalam menghitung standar hidup layak menggunakan rata-rata pengeluaran per kapita riil yang disesuaikan dengan formula Atkinson ⁵

Sampai saat ini publikasi untuk capaian UHH di Provinsi Jawa Barat dan kabupaten Cianjur hanya sampai tahun 2017 belum ada update data terbaru terkait UHH di kabupaten Cianjur seperti dapat dilihat pada gambar berikut ini⁶:

Gambar 3. 1 Perbandingan UHH Provinsi Jawa Barat dan Kabupaten Cianjur



3.2 Kematian

Secara umum tingkat kematian berhubungan erat dengan tingkat kesakitan karena merupakan akumulasi akhir dari berbagai

⁵ Website Resmi BPS Kabupaten Cianjur

⁶ Website Resmi BPS Propinsi Jawa Barat

kondisi penyakit penyebab kematian. beberapa hal yang mempengaruhi tingkat kematian dan tingkat kesakitan adalah sosial ekonomi (pendapatan perkapita, Pendidikan, perilaku hidup bersih dan sehat), lingkungan serta upaya kesehatan dan tingkat kesuburan.

Telusur pola kematian idealnya dilakukan melalui pencatatan kematian namun yang dilakukan adalah pencatatan kematian melalui survey autopsi verbal terhadap keluarga yang mengalami kematian dalam rentan waktu satu tahun.

3.2.1 Angka Kematian Maternal

Angka kematian ibu menunjukkan jumlah kematian ibu karena kehamilan, persalinan dan masa nifas pada setiap 100. 000 kelahiran hidup dalam suatu wilayah dalam kurun waktu tertentu. Sampai saat ini angka kematian ibu didapat melalui survei-survei terbatas diantaranya SKRT, SDKI atau survei khusus untuk mendapatkan angka kematian ibu.

Angka kematian ibu merupakan salah satu indikator untuk melihat derajat kesehatan perempuan. Angka kematian ibu berguna untuk menggambarkan tingkat kesadaran perilaku hidup sehat, kesehatan ibu, status gizi terutama tingkat pelayanan kesehatan ibu hamil, pelayanan kesehatan sewaktu ibu melahirkan dan masa nifas.

Rendahnya kesadaran masyarakat tentang kesehatan ibu hamil menjadi salah satu faktor penentu angka kematian walaupun banyak faktor yang juga harus diperhatikan, penyebab kematian ibu yang sering terjadi adalah pendarahan, pre-eklamsi, eklampsia dan infeksi.

Upaya pemerintah untuk menurunkan AKI terkait dengan kehamilan, persalinan, dan nifas telah dimulai sejak akhir tahun 1980-an melalui program Safe Motherhood Initiative. Pada akhir tahun 1990-an, telah diperkenalkan lagi upaya untuk menajamkan strategi dan intervensi dalam menurunkan AKI melalui *Making Pregnancy Safer* (MPS) yang dicanangkan oleh pemerintah pada tahun 2000 dengan 3 pesan kunci dalam upaya percepatan penurunan angka kematian ibu dan bayi baru lahir, yaitu setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih, setiap komplikasi obstetrik dan neonatal mendapat pertolongan yang adekuat, dan setiap perempuan usia subur mempunyai akses terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi pasca keguguran⁷

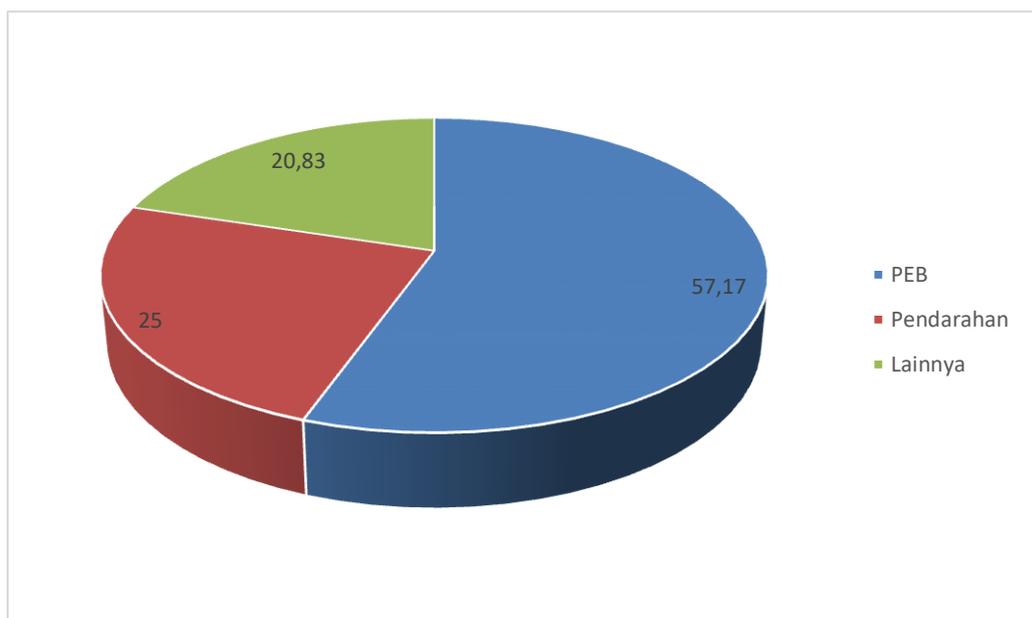
Salah satu tenaga yang bertugas memberikan pelayanan maternal dan neonatal adalah bidan yang bertugas di desa. Tenaga bidan yang bertugas di desa, merupakan tenaga potensial dalam pelaksanaan program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) khususnya perawatan Ibu hamil, Ibu nifas, bayi baru lahir, pertolongan persalinan dan pembinaan dukun bayi . Semua aktivitas tersebut bertujuan untuk mencegah kesakitan, kematian bayi dan ibu melahirkan dengan aman. Berkaitan dengan hal tersebut maka diperlukan bidan di desa yang memiliki kinerja yang tinggi. Kinerja adalah hasil kerja yang dapat dicapai oleh seseorang atau kelompok

⁷ Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Kebijakan dan strategi nasional kesehatan reproduksi di Indonesia. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2005

orang dalam suatu perusahaan, sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya⁸

Jumlah kematian ibu di kabupaten Cianjur tahun 2019 sebanyak 23 kasus kematian ibu, hasil audit maternal perinatal (AMP) menyimpulkan bahwa penyebab kematian ibu di kabupaten Cianjur tahun 2019 adalah pendarahan sebanyak 25%, PEB sebanyak 54,17%, sebanyak 20,83% kematian ibu akibat lainnya. Lihat gambar 3.2.

Gambar 3. 2 hasil Audit Maternal Perinatal Tahun 2019



Tindak lanjut dari kejadian kematian ibu untuk melihat riwayat dan kronologis kematian yaitu dilakukan otopsi verbal. Otopsi verbal

⁸ Pengaruh Pengalaman Kerja Terhadap Kinerja Bidan dalam Merawat Ibu Hamil dan Ibu Nifas, Menolong Persalinan, Merawat Bayi Baru Lahir dan Membina Dukun Bayi. Mulyono Notosiswoyo dan Susy Suswaty Jurnal pada Neliti di akses tanggal 17 Januari 2020 jam 06.58 WIB

merupakan kegiatan untuk mengumpulkan informasi yang berkaitan dengan ibu baik internal maupun eksternal.

Jumlah kematian ibu yang masih tinggi di kabupaten Cianjur perlu intervensi kegiatan untuk meningkatkan pertolongan persalinan oleh tenaga yang mempunyai kompetensi kebidanan. Selain peningkatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi kebidanan, kegiatan lain yang perlu ditindak lanjuti diantaranya kemitraan bidan dan dukun paraji dalam pertolongan persalinan yang dikuatkan dengan adanya tubulin(tabungan ibu bersalin) dasolin (dana sosial bersalin) ambulan desa, donor darah desa dan pemetaan bumil diorganisir dalam pengembangan desa siaga.

3.2.2 Angka Kematian Neonatal

Dalam Undang Undang No. 17 tahun 2007 disebutkan tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) tahun 2005–2025, bahwa pembangunan kesehatan diselenggarakan berdasar pemberdayaan dan kemandirian, adil dan merata, serta pengutamakan dan manfaat pada ibu, bayi, anak, manusia usia lanjut dan keluarga miskin⁹.

Departemen Kesehatan pada tahun 2005–2009 memprioritaskan pelayanan kesehatan ibu dan anak, sebagai prioritas pertama dalam pembangunan kesehatan.

Prioritas berikutnya adalah pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin, pendayagunaan tenaga kesehatan,

⁹ Depkes 2009

penanggulangan penyakit menular, gizi buruk, krisis akibat bencana, peningkatan pelayanan kesehatan.

Pembangunan kesehatan adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi tingginya dapat terwujud. Dalam SKN disebutkan pembangunan kesehatan yang dilaksanakan secara berkesinambungan telah berhasil meningkatkan status kesehatan masyarakat.

Kinerja sistem kesehatan telah menunjukkan peningkatan, hal ini ditunjukkan dengan peningkatan status kesehatan di antaranya penurunan angka kematian ibu dan bayi.

Namun penurunan indikator kesehatan masyarakat tersebut belum signifikan dan masih jauh dari yang diharapkan. Upaya pencapaian indikator kesehatan, harus terus diupayakan dengan perbaikan sistem Kesehatan Nasional.

Sasaran pembangunan Millenium atau Millenium Development Goals (MDGs) adalah delapan tujuan yang diupayakan untuk dicapai pada tahun 2015 yang merupakan tantangan utama dalam pembangunan di seluruh dunia, telah disepakati oleh Indonesia bersama 189 negara lain pada tahun 2000 di New York, deklarasi yang disepakati berisi komitmen negara masing-masing dan komunitas internasional¹⁰

¹⁰ PROFIL KEMATIAN NEONATAL BERDASARKAN SOSIO DEMOGRAFI DAN KONDISI IBU SAAT HAMIL DI INDONESIA, Raharni, Bryan Mario Isakh, Ida Diana jurnal pada neliti.com diakses tanggal 27 januari 2020 jam 09.18 WIB

Kematian neonatal yaitu kematian neonatus lahir hidup pada usia gestasi 20 minggu atau lebih, sedangkan, neonatus lahir hidup adalah salah satu neonatus yang menunjukkan bukti hidup setelah lahir, bahkan bila hanya sementara (pernapasan, denyut jantung, gerakan otot volunter, atau pulsasi dalam korda umbilikalis), dan yang meninggal dalam 28 hari.

Kematian perinatal dini (early neonatal death) ialah kematian bayi dalam 7 hari pertama kehidupannya. Kematian perinatal (perinatal mortality) ialah jumlah bayi lahir mati dan kematian bayi dalam 7 hari pertama sesudah lahir¹¹

Angka kematian neonatal dini merupakan satu dari ukuran pelayanan perinatal yang paling penting. Angka ini terutama menandai standar pelayanan kesehatan yang diberikan pada ibu hamil selama persalinan dan bayi pada satu minggu pertama kehidupannya. Standar pelayanan yang diberikan pada bayi merupakan faktor utama yang menentukan angka kematian neonatal dini.

Kematian neonatal lanjut adalah jumlah bayi lahir hidup yang meninggal pada rentang waktu antara 7 hingga 28 hari (yaitu dalam minggu kedua hingga keempat dari kehidupannya).

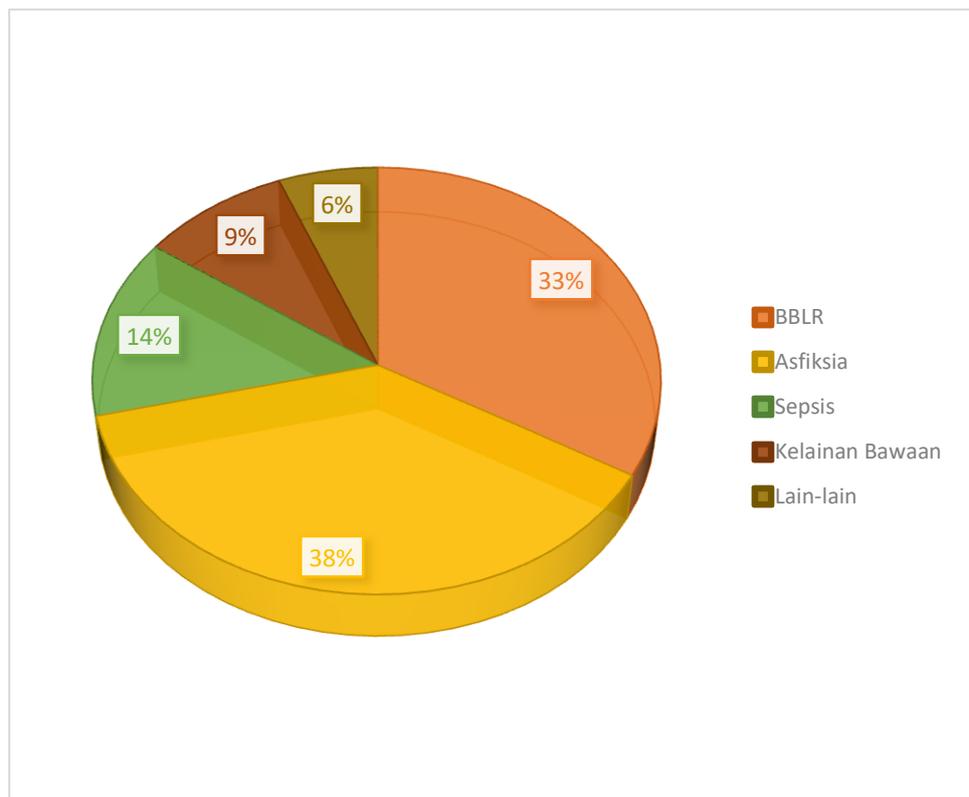
Setiap bayi yang lahir hidup mempunyai kondisi masa kehamilan, proses kelahiran dan lingkungan yang mungkin juga berbeda serta akses pelayanan terhadap fasilitas kesehatan yang

¹¹ Prawirohardjo, 2005. Kematian Neonatal

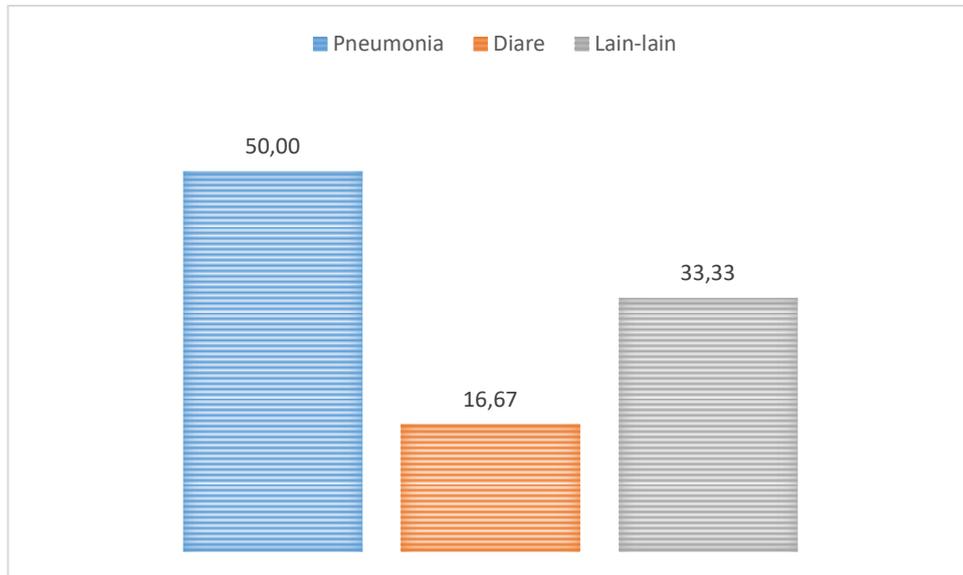
mungkin juga berbeda, sehingga diperkirakan setiap bayi mempunyai kelangsungan hidup yang berbeda-beda.

Sebab kematian pada neonatal, post neonatal dan balita di kabupaten Cianjur dapat dilihat pada gambar 3.3, 3.4 dan 3.5 berikut ini:

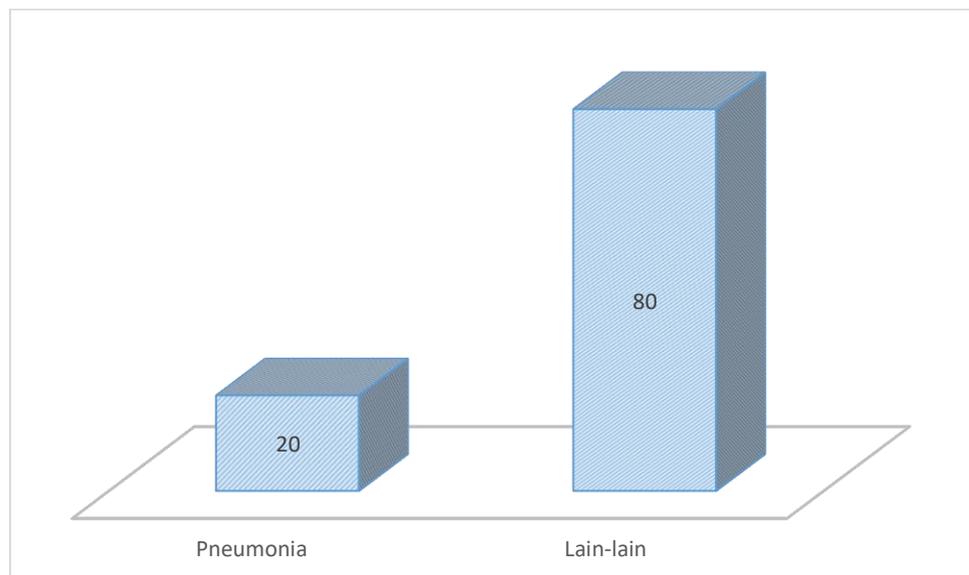
Gambar 3. 3 Penyebab Kematian Pada Neonatal di Kabupaten Cianjur Tahun 2019



Gambar 3. 4 Penyebab Kematian Post Neonatal di Kabupaten Cianjur Tahun 2019



Gambar 3. 5 Penyebab Kematian Pada Balita di Kabupaten Cianjur Tahun 2019



3.2.2 Angka Kematian Bayi

Perkembangan pendudukan baik secara kualitas maupun kuantitas dipengaruhi oleh banyak faktor, salah satu yang mempengaruhi perkembangan penduduk adalah tingkat mortalitas. Mortalitas bayi merupakan salah satu dari tiga komponen demografi selain fertilitas dan migrasi yang mempengaruhi jumlah, struktur dan komposisi penduduk suatu daerah.

Selain mempengaruhi jumlah struktur dan komposisi penduduk, angka kematian juga digunakan sebagai indikator yang berhubungan dengan derajat kesehatan dan pembangunan manusia.

Peningkatan derajat kesehatan dilakukan dengan menurunkan angka kematian khususnya angka kematian bayi, angka kematian ibu, dan angka kematian balita¹²

Banyak faktor yang dapat dikaitkan dengan kematian bayi dan anak. Dari segi penyebabnya dapat dibedakan menjadi dua yaitu endogen dan eksogen.

Faktor endogen adalah faktor yang dibawa anak sejak lahir, diwarisi dari orang tuanya pada saat konsepsi atau didapat dari ibunya selama kehamilan. Sedangkan faktor eksogen adalah kematian bayi yang disebabkan oleh faktor-faktor yang berkaitan dengan pengaruh lingkungan luar.

Kematian bayi endogen atau yang umum disebut dengan kematian neonatal; adalah kematian bayi yang terjadi pada bulan pertama setelah dilahirkan, dan umumnya disebabkan oleh faktor-

¹² Demografi Umum Mantra, Ida Bagus. 2003. Jakarta Pustaka Pelajar.

faktor yang dibawa anak sejak lahir, yang diperoleh dari orang tuanya pada saat konsepsi atau didapat selama kehamilan.

Dalam penelitian ini variabel-variabel yang digunakan adalah pemeriksaan kesehatan ibu hamil, ibu merokok, imunisasi tetanus, pendidikan ibu dan umur perkawinan pertama ibu.

Kematian bayi eksogen atau 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. Dalam penelitian ini variabel-variabel yang digunakan adalah imunisasi PIN, BCG, Polio, DPT, Campak, Hepatitis B, sakit diare, sakit panas, dan sakit batuk¹³

Angka kematian bayi adalah banyaknya bayi yang meninggal sebelum mencapai usia satu tahun per 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Indikator ini terkait langsung dengan target kelangsungan hidup anak dan merefleksikan kondisi sosial, ekonomi dan lingkungan tempat tinggal anak-anak termasuk pemeliharaan kesehatannya.

Angka kematian bayi merupakan indikator yang sangat sensitif terhadap ketersediaan kualitas dan pemanfaatan pelayanan kesehatan terutama yang berhubungan dengan perinatal.

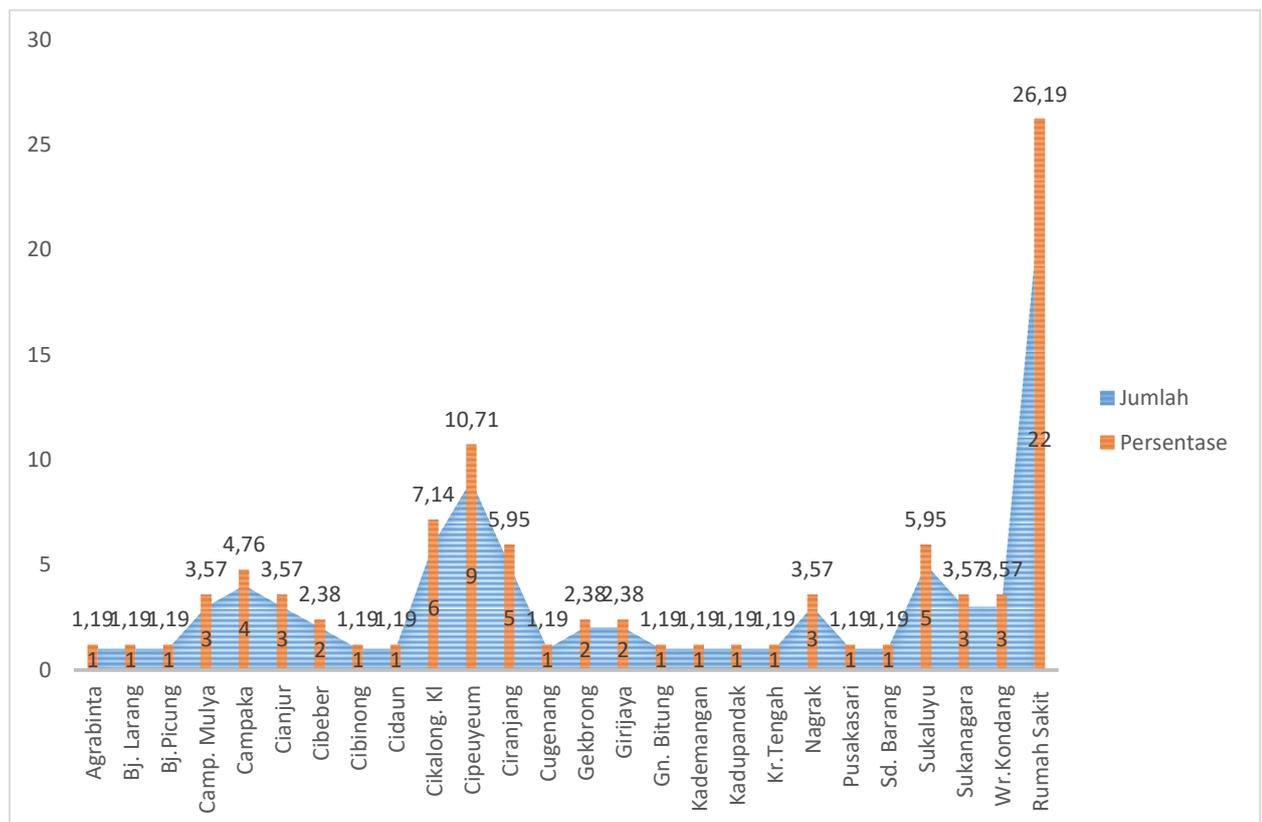
Angka kematian bayi dipakai untuk memonitor pencapaian target program karena mewakili komponen penting pada kematian balita, angka kematian bayi merupakan salah satu aspek yang sangat

¹³ Kematian Bayi Menurut Karakteristik Demografi dan Sosial Ekonomi Rumah Tangga di Provinsi Jawa Barat RUMAH TANGGA DI PROPINSI JAWA BARAT (Analisis Data Kor SDKI 2007) (Analisis Data Kor SDKI 2007) Tri Arifah Ashani dan Abdur Rofi' Jurnal pada Neliti.com di akses tanggal 17 Januari 2020 jam 07.52 WIB

penting dalam mendeskripsikan tingkat pembangunan manusia disebuah negara dari sisi kesehatan masyarakatnya.

Di kabupaten Cianjur untuk tahun 2019 jumlah kematian bayi sebanyak, 84 kasus kematian bayi, sebaran kasus kematian bayi berdasarkan wilayah kerja dapat dilihat pada gambar 3.6 berikut ini :

Gambar 3. 6 Kematian Bayi Berdasarkan Wilayah Kerja di Kabupaten Cianjur Tahun 2019

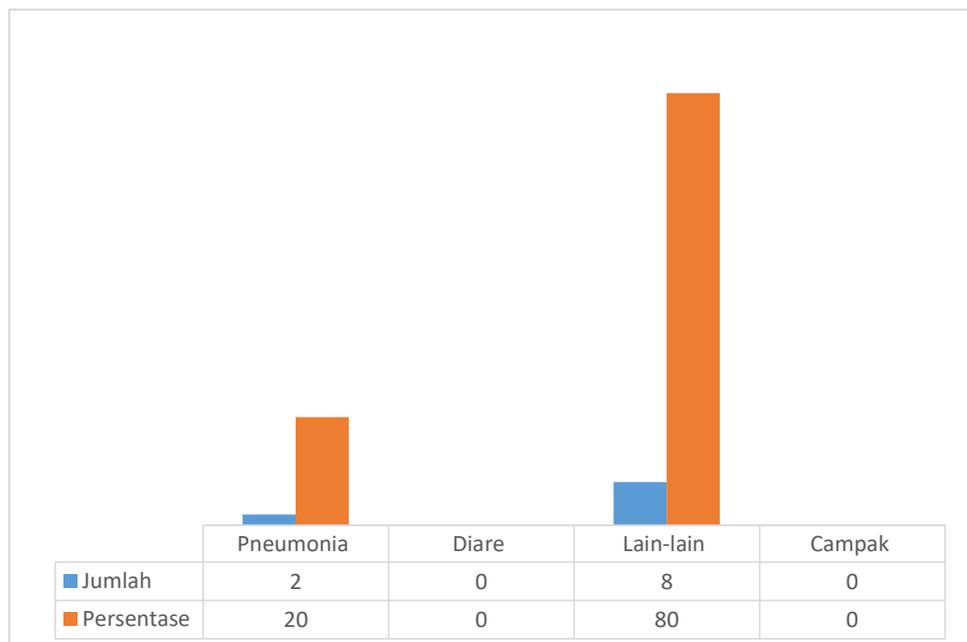


3.2.3 Angka Kematian Balita

Angka kematian balita merupakan jumlah anak yang meninggal sebelum mencapai usia lima tahun. Angka kematian balita dinyatakan sebagai angka per 1000 kelahiran hidup. Angka kematian balita mempresentasikan peluang terjadinya kematian pada fase antara kelahiran hingga fase sebelum usia lima tahun.

Angka kematian balita merupakan jumlah anak yang meninggal sebelum mencapai usia lima tahun. Angka kematian balita dinyatakan sebagai angka per 100 kelahiran hidup. Angka kematian balita mempresentasikan peluang terjadinya kematian pada fase antara kelahiran hingga fase sebelum usia lima tahun, penyebab kematian anak balita di kabupaten Cianjur tahun 2019 dapat dilihat pada gambar 3.7 berikut ini:

Gambar 3. 7 Penyebab Kematian Anak Balita di Kabupaten Cianjur Tahun 2019



3.3 Angka Kesakitan

3.3.1 Pola Penyakit

Dalam pelaksanaannya, pembangunan kesehatan menghadapi pelbagai permasalahan. Kini Indonesia tengah mengalami perubahan pola penyakit yang sering disebut transisi epidemiologi. Perubahan ini ditandai dengan meningkatnya kasus kematian dan kesakitan akibat penyakit tidak menular (PTM) seperti stroke, jantung, diabetes atau kanker. Dampak meningkatnya kejadian PTM adalah meningkatnya pembiayaan pelayanan kesehatan yang harus ditanggung oleh masyarakat dan pemerintah; menurunnya produktivitas masyarakat; menurunnya daya saing negara yang pada akhirnya mempengaruhi kondisi sosial ekonomi masyarakat itu sendiri. Oleh karenanya perlu adanya perubahan pola pikir dan perilaku masyarakat untuk lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif.

Situasi inilah yang melatarbelakangi pemerintah melahirkan GERMAS. Gerakan ini didasari oleh Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2017 yang memerintahkan kepada seluruh kementerian/lembaga dan pemerintah daerah untuk membuat kebijakan dan melakukan tindakan untuk membangun kesadaran, kemauan dan kemampuan berperilaku sehat masyarakat untuk meningkatkan kualitas hidupnya. Saat ini GERMAS difokuskan pada: 1) melakukan aktivitas fisik, 2) mengonsumsi sayur dan buah, dan 3) memeriksakan kesehatan secara berkala¹⁴

¹⁴ Website Kementerian Kesehatan RI www.depkes.go.id diakses tanggal 20 Januari 2020 Jam 12.44 WIB

Pola penyakit terbanyak pada usia pra lansia dan lansia penderita rawat jalan di puskesmas di kabupaten Cianjur tahun 2019 yaitu myalgia, tukak lambung, hipertensi terbanyak adalah gastritis tidak spesifik, hipertensi primer, infeksi saluran pernapasan akut dan rematisme tidak spesifik.

Pola penderita penyakit rawat jalan kelompok umur 5 – 44 tahun di rumah sakit di kabupaten Cianjur tahun 2019 terbanyak adalah gastritis tidak spesifik, infeksi saluran pernapasan akut, mypopia, tuberkolosis paru bakteriologi dan histologi negative.

Pada kelompok umur pra lansia dan lansia pola penyakit penderita rawat jalan di rumah sakit di Kabupaten Cianjur tahun 2019 terbanyak adalah gastritis tidak spesifik, hipertensi, anthorosis tidak spesifik dan bronchitis

Pola penyakit penderita rawat inap di rumah sakit di kabupaten Cianjur tahun 2019 kelompok umur 0 -4 tahun terbanyak adalah sepsis bacterial pada bayi baru lahir, asfiksia lahir berat, asfiksia lahir ringan dan sedang, bronchopneumonia tidak spesifik serta diare dan gastroenteristis sedangkan kelompok umur 5 – 44 tahun adalah penyakit typhoid dan paratyphoid, demam dengue (dengue klasik) diare dan gastroenteritis.

Pola penyakit rawat jalan di puskesmas di kabupaten Cianjur secara umum untuk semua kelompok umur masih di dominasi infeksi saluran pernapasan akut, diare, tukak lambung, hipertensi dan myalgia. Masih tingginya kasus infeksi saluran pernafasan

maupun infeksi saluran pencernaan menunjukkan masalah sanitasi lingkungan yang masih rendah.

Beberapa catatan penting dikaitkan dengan kunjungan rawat jalan di Puskesmas adalah munculnya berbagai penyakit tidak menular yang semakin meningkat.

Hipertensi, Myalgia, Nasofaringitis dan diabetes mellitus merupakan penyakit yang memperlihatkan peningkatan signifikan dalam beberapa tahun terakhir, hal ini mempertegas kesimpulan bahwa di Kabupaten Cianjur telah terjadi transisi epidemiologi dengan semakin menonjolnya penyakit-penyakit tidak menular, khususnya penyakit hipertensi.

3.3.2 Penyakit Menular

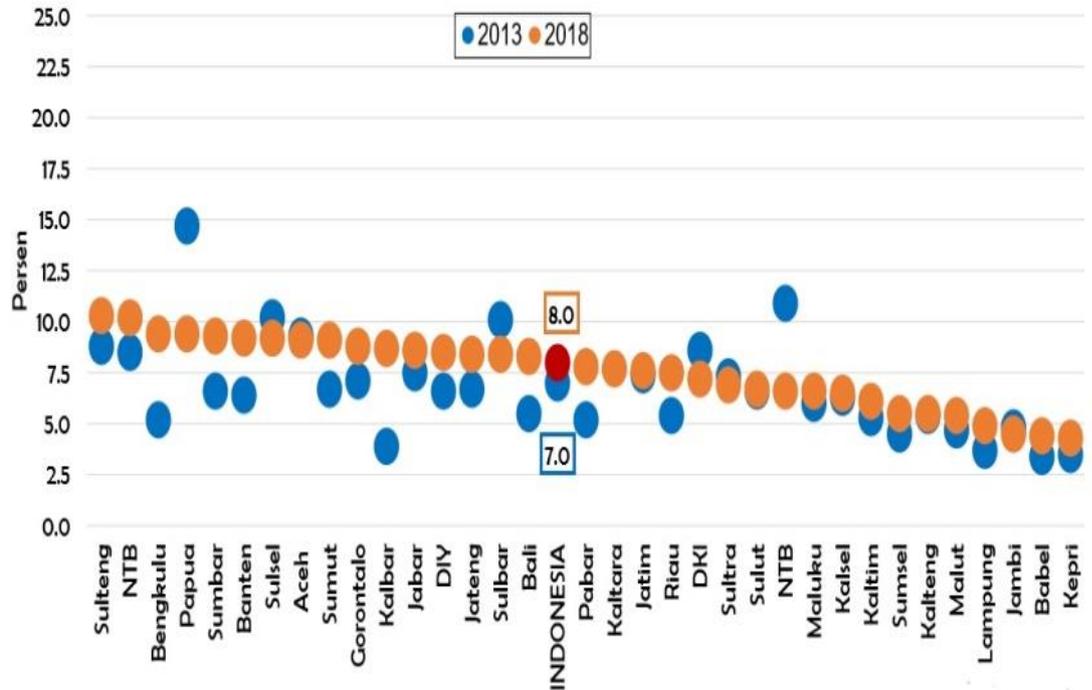
3.3.2.1 Diare

Diare adalah kondisi atau keadaan buang air tiga kali atau lebih per hari disertai dan atau cairan buang air. Diare merupakan penyebab umum kematian di negara berkembang dan penyebab paling umum kematian bayi.

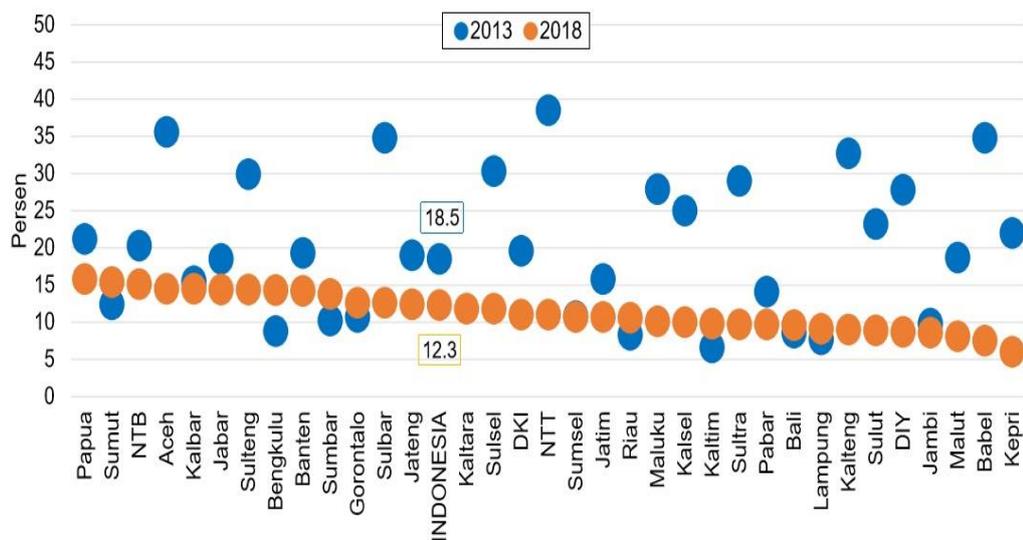
Kementrian kesehatan telah melakukan riset kesehatan dasar (RISKESDAS) yang hasil olah datanya dipublikasikan pada tahun 2019, hasil penelitian RISKESDAS prevalensi diare dan prevalensi diare pada balita berdasarkan diagnosis yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dapat dilihat pada gambar 3.8 dan 3.9 berikut ini¹⁵:

¹⁵ Publikasi Hasil RISKESDAS 2018 Kementerian Kesehatan RI

Gambar 3. 8 Prevalensi Diare Berdasarkan Diagnosis Tenaga Kesehatan



Gambar 3. 9 Prevalensi Diare pada Balita Berdasarkan Diagnosis Tenaga Kesehatan



Prevalensi diare 9 persen dari penduduk jawa barat dan 13 persen prevalensi diare pada balita, termasuk didalamnya kontribusi

dari kabupaten Cianjur jumlah penderita diare sendiri di kabupaten Cianjur tahun 2019, sebanyak 7485 kasus, maka riil ditemukan penderita diare sebanyak 5900 kasus

Meningkatnya persentase penemuan dan penanganan kasus diare tahun 2019 menunjukkan adanya peningkatan peran serta masyarakat untuk memeriksakan secara dini begitu ditemukan gejala ke fasilitas pelayanan kesehatan.

3.3.2.2 Demam Berdarah Dengue (DBD)

Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit infeksi virus akut yang disebabkan oleh virus dengue yang ditandai demam 2-7 disertai dengan manifestasi pendarahaan, penurunan trombosit (trombositopenia), adanya hemokonsentrasi yang ditandai kebocoran plasma (peningkatan hemotokrit, asites, efusi pleura, hypoalbuminemia) dapat disertai gejala-gejala tidak khas seperti nyeri kepala, nyeri otot & tulang, ruam kulit atau nyeri belakang bola mata¹⁶

Penyakit Demam Berdarah (DBD) masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia. Pada tahun 2014 kasus DBD di Indonesia berjangkit di 433 kabupaten /kota dengan angka kesakitan sebesar 39,83 per 100.000 penduduk, meskipun angka kematian dapat ditekan di bawah 1 persen, yaitu 0,90 persen. Kejadian luar biasa (KLB) DBD terjadi hampir setiap tahun di tempat yang berada dan kejadiannya sulit diduga.

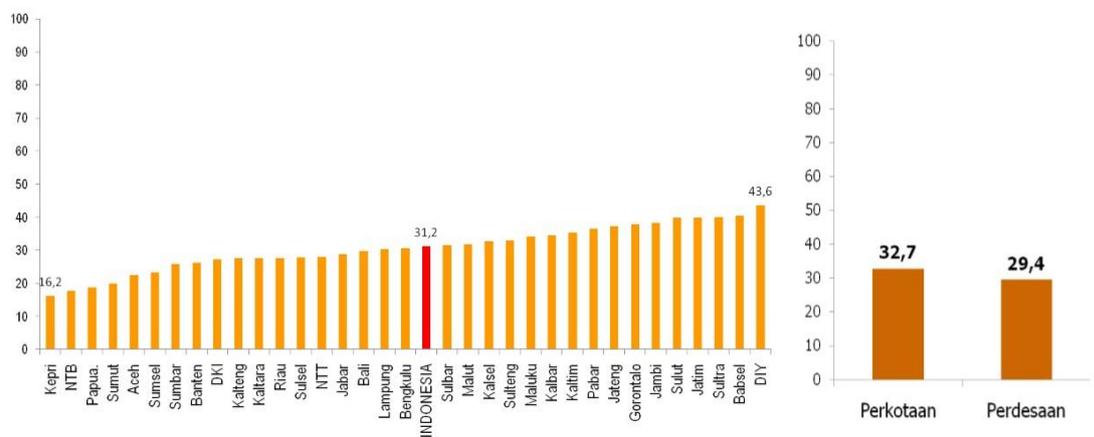
¹⁶ Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Demam Berdarah di Indonesia, 2017

Kasus DBD diperkirakan akan meningkat dan meluas sebarannya, hal ini karna faktor penular DBD tersebar luas baik di tempat pemukiman maupun di tempat umum. selain itu kepadatan penduduk, mobilitas penduduk, urbanisasi yang semakin meningkat terutama sejak 3 dekade yang terakhir¹⁷

Di kabupaten Cianjur kasus demam berdarah dengue (DBD) masih cukup tinggi dengan jumlah kasus sebanyak 643 kasus di tahun 2019, pemberantasan sarang nyamuk merupakan kunci keberhasilan pengendalian demam berdarah dengue.

Hasil RISKESDAS menemukan bahwa pemberantasan sarang nyamuk merupakan upaya pengendalian nyamuk penyebab demam berdarah, pemberantasan sarang nyamuk di provinsi jawa barat sebesar 29% yang dilakukan rumah tangga di jawa barat dan capai PSN berdasarkan RISKESDAS dapat dilihat pada gambar 3.10 berikut ini:

Gambar 3. 10 Proporsi Pemberantasan Sarang Nyamuk yang dilakukan Rumah Tangga



¹⁷ Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2015

3.3.2.3 Tuberculosis (TBC)

Tuberkolosis secara umum dan dalam banyak kasus merupakan penyakit menular mematikan yang disebabkan oleh berbagai strain mikrobakteri biasanya *Mycobacterium tuberculosis*. Tuberkolosis biasanya menyerang paru-paru akan tetapi ditemukan juga kasus menyerang bagian lain dari tubuh.

Penularan penyakit ini menyebar melalui udara ketika orang yang memiliki batuk TB aktif bersin atau menyebarkan air liurnya melalui udara. Sebagian besar infeksi dalam tubuh manusia terjadi gejala infeksi laten dan sekitar satu dari sepuluh infeksi laten berkembang menjadi penyakit aktif.

Gejala klasik adalah batuk kronis dengan warna dahak kebiruaan, demam, berkeringat pada malam hari dan penurunan berat badan. Diagnosis dilakukan melalui pemeriksaan radiologi, tes kulit tuberculin (test mantoux), test darah serta pemeriksaan mikroskopis dan kultur biologis cairan tubuh.

Semua komponen pelayanan kesehatan dibawah naungan tiga direktorat jenderal (Bina Kesehatan Masyarakat, Pelayanan Medik dan Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan) harus terlibat dan meningkatkan koordinasi penanggulangan Tuberkulosis atau TBC di Indonesia dengan menerapkan strategi DOTS (Directly Observed Treatment Shortcourse).

Komponen pelayanan kesehatan itu adalah Puskesmas, rumah sakit(pemerintah dan swasta) dan Balai Pengobatan Penyakit Paru Paru (BP4).

Selain itu diharapkan juga untuk memotivasi pemerintah provinsi dan kabupaten/kota dengan merevitalisasi Gerakan Terpadu Nasional TBC (Gerdunas TBC) Daerah sehingga strategi DOTS mendapat dukungan dari organisasi profesi, pemerintah daerah dan organisasi swasta termasuk dukungannya.

Semua fasilitas pelayanan kesehatan seperti Puskesmas, Klinik TBC, Rumah Sakit Pemerintah dan Pemerintah Daerah, dokter praktek swasta dan rumah sakit swasta akan dilibatkan dalam penanggulangan TBC dengan strategi DOTS.

Dengan keterlibatan semua pihak dalam penanggulangan TBC, angka penemuan kasus dapat ditingkatkan dari 50% pada tahun ini menjadi 70% pada tahun 2005 dengan angka kesembuhan 85%.

Untuk mencapai target global itu, maka Indonesia mulai tahun ini semua fasilitas pelayanan kesehatan seperti Puskesmas, rumah sakit pemerintah dan swasta dan dokter praktek swasta akan dilibatkan dalam penanggulangan TBC melalui strategi DOTS.

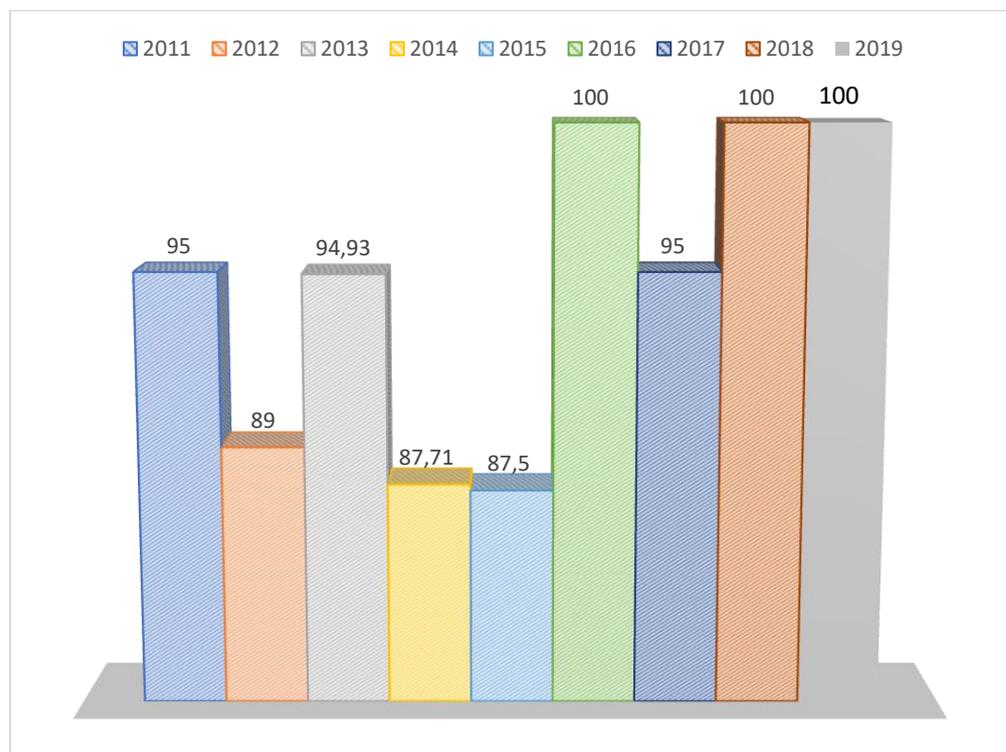
WHO memperkirakan setiap tahun di Indonesia terdapat 583.000 kasus baru TBC. Dari jumlah tersebut 262.000 adalah BTA positif yang dapat menularkan kepada orang lain.

Angka kesembuhan pengobatan TB di Kabupaten Cianjur pada Tahun 2018 naik bila dibandingkan dengan tahun 2017 sebesar

82,19 dan angka kesembuhan ini juga berada di atas target Nasional (85%).

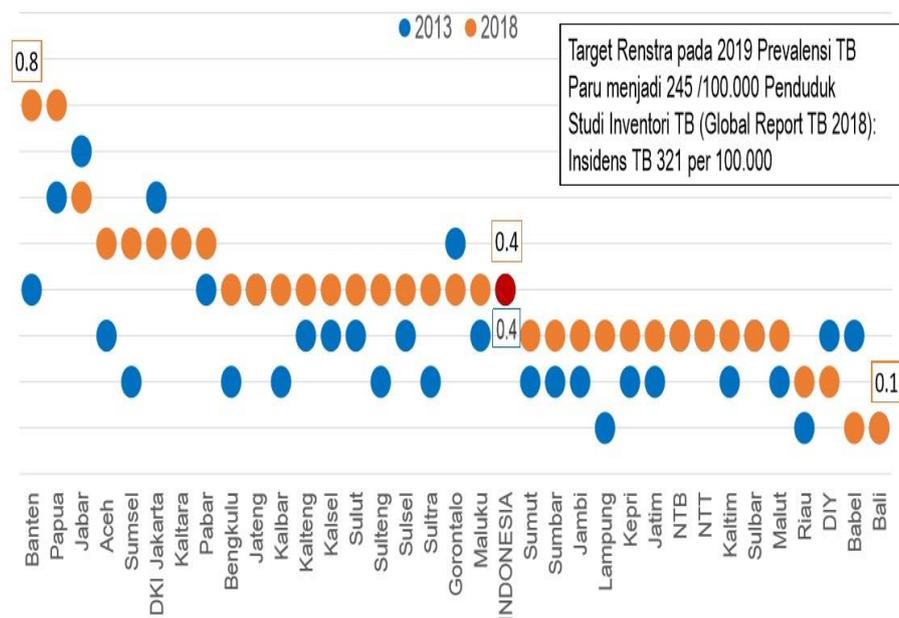
Penurunan angka kesembuhan ini merupakan dampak dari meningkatnya jenis kasus TB MultiDrug Resisten (MDR). Kuantitas dan kualitas tenaga puskesmas pengelola program TB juga masih belum optimal, terlihat dari 45 (empat puluh lima) puskesmas yang ada hanya ada 9 puskesmas yang memiliki tenaga analis kesehatan, di kabupaten Cianjur Angka Keberhasilan Pengobatan (Succes Rate / SR) tahun 2019 sebesar 100 % seperti dapat dilihat pada gambar 3.11 berikut ini:

Gambar 3. 11 Angka Keberhasilan Pengobatan TB di Kabupaten Cianjur Tahun 2019



Kemudian penelitian RISKESDAS Prevalensi TB Paru berdasarkan diagnosis dokter, yang merupakan langkah lanjutan dalam pemberantasan dan pengendalian TB paru dapat dilihat pada gambar 3.12 berikut ini:

Gambar 3. 12 Prevalensi TB Paru Berdasarkan Diagnosis Dokter



3.3.2.4 HIV dan AIDS

Jumlah kasus HIV/AIDS yang meningkat setiap tahun mengantarkan Indonesia menjadi salah satu negara dengan epidemi HIV/AIDS tercepat di Asia Tenggara.

Pada tahun 1987 – 2007, Komisi Penanggulangan AIDS Nasional hanya mencatat 5 dan 44 kasus penderita AIDS, tetapi sejak 2007, jumlah dan penyebaran kasus melonjak menjadi 2.947 kasus. Pada Juni 2009, jumlah tersebut meningkat delapan kali lipat menjadi 17.699 kasus dengan kematian 3.586 kasus.

Sejak tahun 2004, Indonesia berada dalam tahap bahaya karena enam dari 33 provinsi yang meliputi Jakarta, Papua, Bali,

Jawa Barat, Jawa Timur, dan Riau, berada dalam tahapan epidemi HIV/AIDS. Selama tiga tahun terakhir, tiga provinsi yang lain meliputi Kalimantan Barat, Sumatera Utara, dan Sulawesi Utara, memperlihatkan tren epidemi HIV.

Di tingkat daerah, tidak kalah memprihatinkan, pada tahun 2014, diprediksi sekitar 501.400 kasus HIV/AIDS. Meskipun di Papua, prevalansi HIV/AIDS masih yang tertinggi, tetapi jumlah kasus HIV/AIDS tidak lagi yang terbanyak.² Upaya penanggulangan menjadi target MDGs, HIV/AIDS telah menyebar di 33 provinsi dan 300 kabupaten/kota di Indonesia¹⁸

Penanggulangan penyakit menular seksual atau infeksi menular seksual sekarang menjadi prioritas global dengan HIV sebagai salah satunya penyebab utama dari kematian dimana kebanyakan kasus HIV tersebut terjadi karena transmisi seksual.

Dalam usaha menangani masalah kesehatan masyarakat, program penanggulangan AIDS di Indonesia diintegrasikan dengan program infeksi menular seksual.

Meskipun demikian masih banyak kasus infeksi menular seksual yang tidak terdeteksi dan diobati dengan baik yang kemudian menyebabkan penularan yang berkelanjutan.

Pelayanan penyakit menular seksual kompherensif berkala pada kelompok wanita berperilaku risiko tinggi merupakan usaha penanggulangan penyakit menular seksual dilokalisasi yang

¹⁸ Control Policy of HIV/AIDS in Denpasar, Tri Rini Puji Lestari Pusat Pengkajian dan Pengolahan Data Informasi Sekretariat Jenderal DPR RI Artikel Penelitian pada jurnal neliti.com di akses tanggal 20 Januari 2020 Jam 20.30 WIB

bertujuan untuk mendukung dan melengkapi secara terpatu program intervensi dilokalisasi dapat diketahui, maka kegiatan terpadu tersebut perlu diorganisir secara baik dan berkesinambungan sehingga dapat menurunkan penularan penyakit menular seksual termasuk diantaranya HIV/ AIDS.

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus yang menyebabkan *acquired immunodeficiency syndrome* (AIDS), yaitu kondisi dimana kegagalan progresif dari sistem kekebalan tubuh. Infeksi HIV terjadi dengan pengaliran darah, airman, cairan vagina, pra-ejakulasi atau melalui ASI.

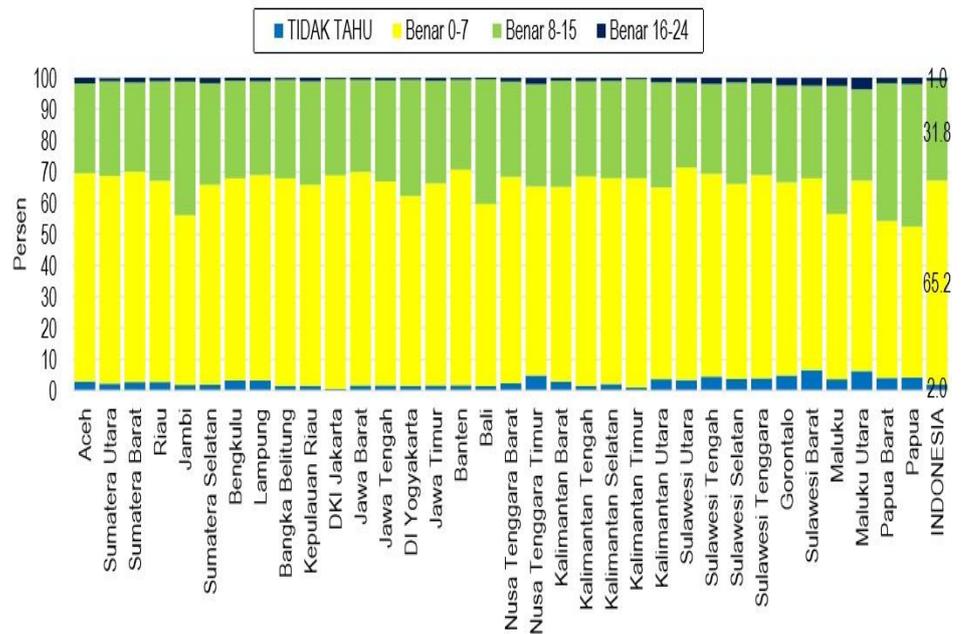
Didalam cairan tubuh HIV berperan sebagai partikel virus bebas dan virus dalam menginfeksi sel-sel kekebalan. Ada empat macam penularan HIV yaitu, sek yang tidak aman, jarum yang terkontaminasi, susu payudara, dan tramisi dari ibu yang terinfeksi kepada bayinya saat lahir (penularan perinatal)

Penyebaran kasus HIV positif baru terjadi hampir pada semua umur. Umur yang paling banyak terkena kasus HIV – AIDS adalah pada umur 20 - 49 tahun. Menilik umur ini, berarti mulai terinfeksi pada umur 15-an tahun.

Di kabupaten Cianjur untuk tahun 2019 ditemukan kasus HIV dan AIDS sejumlah 76 kasus HIV dan 103 AIDS sementara itu hasil penelitian RISKESDAS memperlihatkan tingka pengetahuan mengenai HIV dan AIDS di masyarakat masih kurang, maka

kemudian upaya masif terkait sosialisasi bahaya HIV dan AIDS perlu dilakukan seperti dapat terlihat pada gambat 3.13 dibawah ini¹⁹

Gambar 3. 13 Pengetahuan Tentang HIV dan AIDS



3.3.2.5 Kusta

Penyakit kusta atau juga dikenal sebagai penyakit Hansen, merupakan penyakit yang di sebabkan oleh mycobacterium leprae. Nama penyakit Hansen berasal dari nama orang yang menemukan mycobacterium leprae yaitu G.A.Hansen. penderita penyakit Hansen biasanya dipanggil pesakit kusta atau dalam Bahasa Inggris lepers, walaupun penggunaan istilah lepers semakin ditinggalkan karena jumlah penderita yang berkurang dan untuk menghindari stigma buruk yang dikaitkan dengan pesakit kusta.

¹⁹ Publikasi RISKESDAS KEMENKES RI 2019

Kusta dahulunya tidak dapat diobati dan selalu berakibat cacat, penderita kusta akan disingkirkan dan diasingkan di tempat khusus untuk penderita kusta. Pada saat ini, kusta mudah dirawat dengan menggunakan terapi sebagai anti biotik.

Penyakit ini disebabkan oleh basilus yang berkembang secara perlahan dan kebanyakan menyerang kulit, syaraf, dan membrane mucus. Organisme ini tidak pernah dibiakan dalam media bakteriologi atau kultur sel, tetapi telah dibiakan pada telapa kaki tikus, yang berkaitan dengan *M. tuberculosis*, basilus yang menyebabkan batuk kering. Cara penularan kusta tidak diketahui dengan jelas.

Sebagian peneliti mengatakan bahwa *M.leprae* disebarkan dari seseorang ke orang lain melalui pernafasan. Secara kronik penyakit ini biasanya memberi efek terhadap kulit dan syaraf tepi, tetapi mempunyai manifestasi klinis yang luas.

Secara umum eliminasi suatu penyakit didefinisikan sebagai insidens penyakit tertentu yang berkurang hingga nol pada suatu area geografis dengan intervensi secara berkelanjutan.

Eliminasi penyakit infeksi didefinisikan sebagai insidens infeksi yang berkurang hingga nol, pada suatu area geografis sebagai hasil dari usaha secara aktif serta pengawasan secara berkelanjutan untuk mencegah penularan. Eradikasi didefinisikan sebagai insidens infeksi yang disebabkan oleh agen spesifik di dunia yang mengalami reduksi permanen menjadi nol sebagai hasil dari usaha secara aktif dan

intervensi tidak diperlukan lagi. Eliminasi kusta didefinisikan sebagai prevalensi kusta kurang dari 1 pada 10.000 penduduk.

Prevalensi tersebut dihitung berdasarkan jumlah seluruh pasien yang menerima MDT sesuai waktunya, dibandingkan dengan populasi sebagai penyebut (pada kusta yang digunakan adalah 10.000). Berdasarkan hal tersebut, prevalensi akan dipengaruhi oleh lama tata laksana.

Menurut WHO, durasi tatalaksana MDT berkurang dari 24 bulan menjadi 12 bulan sehingga prevalensi juga berkurang sebanyak 50%. Data statistik kusta menunjukkan berbagai masalah yaitu diagnosis, klasifikasi penyakit, stigma dan kerahasiaan sehingga mempengaruhi pelaporan.

Selain itu terdapat Dalam rangka eradikasi kusta di Indonesia dilakukan upaya untuk menurunkan angka prevalensi kusta menjadi kurang dari 1 per 100.000 penduduk dengan melakukan kegiatan penemuan kasus baru secara intensif, pelaksanaan pengobatan secara ketat dan cermat.

Eliminasi tidak dapat disamakan dengan eradikasi sehingga perlu diingat bahwa kusta tetap akan ditemukan meskipun suatu area telah mencapai target eliminasi. Dengan tercapainya target eliminasi, bukan berarti masalah sudah selesai.

Pengendalian penyakit kusta diperlukan untuk mencapai eradikasi, mencakup pengembangan alat diagnostik untuk mendeteksi pola infeksi di komunitas, kemoprofilaksis, dan vaksinasi.

Eradikasi kemiskinan yang merupakan salah satu target dari MDGs juga ikut berperan dalam pengendalian kusta. Selain itu, pencegahan kecacatan bagi pasien kusta yang mengalami kerusakan saraf juga harus menjadi perhatian.²⁰

Angka penemuan kasus penderita baru kusta (NCDR) di Kabupaten Cianjur pada Tahun 2019 dilaporkan sebesar 32 orang. Jenis kasus kusta yang ditemukan yaitu Kusta Multi Basiler (MB) sebanyak 22 orang dan Pausi Basiler (PB) sebanyak 10 penderita. Semua penderita Kusta dilaporkan 100% telah ditangani.

3.3.3 Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi

3.3.3.1 Tetanus Neotarum

Tetanus berasal dari Bahasa Yunani kuno: tetanus (kencang), dan teinein (untuk meregangkan) adalah suatu kondisi medis yang ditandai oleh kontraksi berkepanjangan otot rangka. Gejala utama adalah disebabkan oleh tetanospasmin, suatu neurotoksin yang dihasilkan oleh gram positif, berbentuk batang, anaerobic bakteri obligat *Clostridium tetani*. Infeksi umumnya terjadi melalui kontaminasi luka dan sering melibatkan luka tusukan, potongan atau berbentuk lubang.

Indonesia sangat mendukung agenda MDGs ke 4 yaitu menurunkan angka kematian anak (reduce child mortality) dan ke 5 yaitu meningkatkan kesehatan ibu (improve maternal health).

²⁰ Widyaningsih Oentari Progam Studi Pendidikan Dokter, FK Universitas Indonesia, pada jurnal neliti.com diakses tanggal 20 Januari 2020 Jam 2020 WIB

Undang-undang Kesehatan No 36 tahun 2009, menegaskan upaya untuk menjaga kesehatan ibu dilakukan melalui pelayanan komprehensif meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Pemerintah mengeluarkan kebijakan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) di mana salah satunya adalah pelayanan imunisasi masa kehamilan, walaupun MTBM sudah dilaksanakan, masih terjadi kematian bayi karena tetanus neonatorum, bahkan tetanus menjadi penyebab utama kematian bayi di Indonesia.

Tetanus ditandai kaku otot yang nyeri, karena infeksi neurotoxin yang dihasilkan oleh *Clostridium tetani* pada luka. Tetanus masih menjadi masalah kesehatan dunia, sehingga pada tahun 1999 Badan Kesehatan Dunia kembali mengajak negara-negara berkembang untuk mencapai target Eliminasi Tetanus Maternal dan Neonatal (ETMN) pada tahun 2005.

Indonesia melaksanakan ETMN sejak tahun 1979 dengan kebijakan Program Pengembangan Imunisasi (PPI) yaitu suatu program untuk mengeliminasi tetanus neonates (TN) dimulai dengan pemberian vaksin Tetanus Toxoid (TT) kepada ibu hamil dan calon pengantin dan bayi disertai pemberian vaksin dipteri, pertusis, tetanus atau DPT, infeksi dapat dicegah dengan imunisasi yang tepat dan profilaksis pasca pajanan untuk kasus tetanus di kabupaten Cianjur tahun 2018 tidak ada kasus.

3.3.3.2 Difteri

Difteri adalah penyakit menular menyebar dari orang ke orang melalui droplet pernafasan dari tenggorokan melalui batuk dan bersin. Penyakit ini biasanya timbul dua sampai lima hari setelah infeksi. Difteri biasanya mempengaruhi amandel, faring, laring, dan kadang-kadang kulit.

Gejala berkisar dari moderat, tenggorokan perih yang mengancam jiwa difteria laring atau saluran pernafasan bawah dan atas. Difteri sering diperparah oleh miokarditis difteri (kerusakan otot beracun untuk jantung) dan neuritis (kerusakan syaraf perifer beracun).

Penyakit ini bisa berakibat fatal (antara 5% sampai dengan 10% dari pasien difteri mati) meski dirawat dengan benar, dan apabila tidak diobati maka akan lebih parah serta menyebabkan kematian. Bagi pasien yang tidak diobati akan menularkan penyakit dalam jangka waktu dua sampai tiga minggu.

Pengobatan dapat dilakukan dengan pemberian langsung anti toksin difteri dan anti biotik. Pengobatan anti biotik biasanya terhadap pasien non infeksi dalam waktu 24 jam. Apabila tidak di imunisasi anak-anak dan orang dewasa dimungkinkan berulang kali dapat terinfeksi penyakit tersebut.

Penyakit difteri merupakan salah satu penyakit menular yang dapat menyebabkan kejadian luar biasa. Penyakit difteri ini juga merupakan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I). Sebelum era vaksinasi, toksin yang dihasilkan oleh kuman ini sering

menyebabkan penyakit yang serius, bahkan dapat menimbulkan kematian. Tapi sejak vaksin difteri ditemukan dan imunisasi terhadap difteri digalakkan, jumlah kasus penyakit dan kematian akibat toksin difteri menurun dengan drastis²¹

Metode pengendalian yang paling efektif adalah imunisasi masal seluruh penduduk, orang-orang yang berada dalam kontak dekat dengan orang terinfeksi difteri harus diidentifikasi dan segera diobati dengan pemberian anti biotik, sementara itu untuk kasus difteri di kabupaten Cianjur pada tahun 2019 tidak ada kasus.

3.3.3.3 Campak

Penyakit campak (rubella, campak 9 hari, measles) adalah suatu infeksi virus yang sangat menular yang ditandai dengan demam, batuk konjungtivitis (peradangan selaput ikat mata atau konjungtiva) dan ruam kulit.

Penyakit ini disebabkan oleh infeksi virus campak golongan paramyxovirus, penularan infeksi terjadi karena menghirup percikan ludah penderita campak. Penderita bisa menularkan infeksi dalam waktu dua sampai empat hari sebelum timbulnya ruam kulit dan empat hari setelah ada ruam kulit.

Sebelum ada vaksinasi campak secara meluas, wabah campak terjadi setiap dua sampai tiga tahun terutama pada anak-anak pra sekolah dan anak-anak usia sekolah dasar. Jika seseorang pernah menderita campak, maka seumur hidupnya akan kebal terhadap penyakit ini.

²¹ Galazkaa A. The changing epidemiology of diphtheria in the vaccine era. *The Journal of Infectious Diseases*. 2000;181(Suppl 1):S2-9

Gejala-gejala klasik campak meliputi demam empat hari dan biasanya disertai batuk, coryza (pilek) dan konjungtivis (mata merah). Demam dapat mencapai hingga 40-0C terdapat bitnik didalam mulut yang patognomoni diagnostic untuk campak tapi jarang terlihat. Bahkan dalam kasus positif campak, karena kondisi tersebut bersifat sementara dan dapat hilang timbul dalam beberapa hari.

Ruam campak adalah karakteriastik klasik untuk khas ditunjukkan secara umu maculopapular, eritematosa ruam yang dimulai beberapa hari setelah demam. Keadaan ini dimulai dari kepala sebelum menyebar ke sebagian tubuh, dan sering menyebabkan gatal.

Ruam ini berubah warna dari merah ke coklat gelap, sebelum menghilang. Ruma campak muncul dua sampai empat hari setelah gejala awal dan berlangsung selama delapan hari.

Campak masih menjadi penyebab utama kematian anak-anak secara global, meskipun vaksin yang aman dan hemat biaya sudah tersedia²². Indonesia membuat kemajuan substansial dalam upaya pengendalian campak, dimana dilaporkan terjadi penurunan kasus campak sebesar 76,6%.

Kementerian Kesehatan melaporkan 55.348 kasus campak tahun 2006 dan hanya 12.943 kasus yang dilaporkan pada tahun 2014. Selain itu, jumlah kematian yang disebabkan oleh Campak

²² WHO. Chapter 7: Measles. VPD Surveillance Manual 6th Edition 2013, 1-21. 2013.

mengalami penurunan sebesar 36,36% dari Total 44 kematian pada 2006 menjadi 28 kematian pada tahun 2014²³

Terdapat pencapaian signifikan pengendalian campak di Indonesia, namun campak masih menjadi masalah yang serius dan berpotensi menimbulkan kejadian luar biasa (KLB). Berdasarkan data Kementerian Kesehatan, sejak tahun 2006 tren KLB campak cenderung mengalami peningkatan. Secara keseluruhan jumlah KLB yang dilaporkan meningkat hingga 50,28%, dari 86 KLB tahun 2006, menjadi 173 KLB tahun 2014, sementara itu di kabupaten Cianjur tahun 2019 tidak terdapat kasus campak.

3.3.3.4 Acute Flacid Paralysis(AFP)

Polio adalah penyakit yang sangat menular yang disebabkan oleh virus .penyakit ini menyerang sistem saraf dan dapat menyebabkan kelumpuhan total dalam hitungan jam. Virus memasuki tubuh melalui mulut dan berkembang biak dalam usus. Gejala awal adalah demam,kelelahan,sakit kepala,muntah, kekakuan pada leher dan nyeri pada tungkai.satu dari 200 infeksi menyebabkan kelumpuhan ireversibel (biasanya di kaki) diantara kasus lumpuh, 5 % sampai 10 % meninggal ketika otot pernafasan terganggu.

Polio terutama menyerang pada anak dibawah usia 5 tahun. Tidak ada obat untuk polio namun hanya dapat dicegah dengan vaksin polio dengan frekuensi pemberian beberapa kali pada saat usia bayi dapat melindungi seorang anak seumur hidup, untuk

²³ Kemenkes, P. D. dan I. Infodatin-imunisasi.pdf . Jakarta: Kemenkes RI. 2013.

kasus polio sendiri di kabupaten Cianjur tahun 2018 tidak ditemukan kasus polio.

3.4 Status Gizi

Status gizi masyarakat selain sebagai indikator kesejateraan rakyat juga merupakan salah satu indikator penting untuk mengukur derajat kesehatan masyarakat. Status gizi masyarakat dapat digambarkan terutama pada status gizi anak balita dan wanita hamil.

Suatu wilayah yang mempunyai anak balita dan wanita hamilnya banyak menderita gizi kurang atau gizi buruk maka wilayah tersebut akan menghadapi berbagai masalah sumber daya manusia.

Kewajiban masyarakat Bersama pemerintah untuk melakukan pengamatan secara terus menerus disertai tindakan pencegahan dan penanggulangan, agar berbagai akibat negative pangan dan gizi dapat dicegah, sehingga dapat terbentuk sumber daya manusia yang berkualitas untuk melaksanakan pembangunan di negara atau wilayahnya.

Program perbaikan gizi bertujuan untuk meningkatkan status gizi masyarakat sehingga berdampak pada kualitas sumber daya manusia. masalah yang dihadapi saat ini adalah masalah gizi buruk akibat kurang energi protein dan stunting. Pada kelompok umur balita gangguan akibat kekurangan yodium (GAKY) anemia gizi besi (AGB) dan kurang vitamin A.

Kurang energi protein adalah penyakit gizi akibat defisiensi energi dalam jangka waktu yang cukup lama. Prevalensi tinggi terjadi

pada balita, ibu hamil dan ibu menyusui. Pada derajat ringan pertumbuhan kurang, tetapi kelainan biokimiawi dan gejala klinis (marginal malnutrition) derajat berat adalah kwashiorkor dan tipe marasmus atau marasmik-kwashiorkor. Terdapat gangguan pertumbuhan, muncul gejala klinis dan kelainan bio kimiawi yang khas.

Stunting merupakan salah satu bentuk permasalahan kurang gizi yang menyebabkan keterlambatan pertumbuhan secara linear (Oktaviana, 2016). Stunting atau balita pendek meningkatkan risiko kematian anak, berdampak buruk pada perkembangan kognitif dan motorik, menurunkan kinerja di sekolah, meningkatkan risiko kelebihan gizi dan penyakit tidak menular, dan mengurangi produktivitas di masa depan, anak yang mengalami stunting juga berisiko mengalami penurunan Intelligence Quotient (IQ) sebesar 10-15 poin.

Stunting adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita (bayi di bawah lima tahun), akibat dari kekurangan gizi kronis sehingga anak tersebut mengalami ukuran yang terlalu pendek dari anak seusianya secara umum ²⁴

Pada 1000 hari pertama, dari konsepsi sampai usia 2 tahun menjadi jendela peluang kritis, di mana intervensi tepat waktu dapat memiliki dampak yang terukur untuk pencegahan stunting pada anak. Masalah stunting menggambarkan adanya masalah gizi kronis, dipengaruhi oleh kondisi ibu, kondisi masa janin, dan masa

²⁴ TIM Nasional Percepatan penanggulangan Kemiskinan, 2017

bayi/balita, termasuk penyakit yang diderita selama masa tersebut²⁵.

Menurut WHO, prevalensi balita pendek (stunting) menjadi masalah kesehatan yang serius di masyarakat. Jika dibandingkan dengan negara tetangga lainnya, Indonesia memiliki prevalensi stunting tertinggi dibandingkan Myanmar (35%), Vietnam (23%), Malaysia (17%), Thailand (16%) dan Singapura (4%). Global Nutrition Report tahun 2014 menunjukkan Indonesia termasuk dalam 17 dari 117 negara, yang mempunyai tiga masalah gizi yaitu stunting, wasting dan overweight pada balita²⁶

Prevalensi balita pendek (stunting) secara nasional tahun 2013 yaitu (37,2%), terjadi peningkatan dibandingkan tahun 2010 (35,6%) dan 2007 (36,8%). Prevalensi pendek sebesar (37,2%) yang terdiri dari (18,0%) sangat pendek dan (19,2%) pendek.

Pada tahun 2013 prevalensi sangat pendek menunjukkan penurunan, dari (18,8%) tahun 2007 dan (18,5%) tahun 2010. Prevalensi pendek meningkat dari (18,0%) pada tahun 2007 menjadi (19,2%) pada tahun 2013 (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

²⁵ Kementerian Kesehatan RI 2016

²⁶

BAB IV

UPAYA KESEHATAN

Upaya kesehatan secara umum terdiri dari dua unsur utama yaitu upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya perorangan (UKP). Upaya kesehatan masyarakat adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah maupun masyarakat serta swasta bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan di masyarakat.

Upaya kesehatan masyarakat meliputi upaya-upaya promosi kesehatan, pencegahan dan pemberantasan penyakit menular, pengendalian penyakit tidak menular, penyehatan lingkungan, perbaikan gizi masyarakat, penyediaan farmasi dan alat kesehatan, pengamanan penggunaan zat adiktif dalam makanan dan minuman, pengamanan penggunaan narkotika, psikotropika, serta bahan beerbahaya.

Upaya kesehatan perorangan merupakan kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah maupun masyarakat serta swasta untuk meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan secara perorangan.

Upaya kesehatan perorangan mencakup upaya-upaya promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan rawat jalan dan rawat inap, rehabilitasi kecacatan terhadap perorangan.

4.1 Pelayanan Kesehatan Dasar

Upaya pelayanan kesehatan dasar merupakan langkah awal yang sangat penting dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat maupun perorangan.

Kualitas pelayanan ditentukan oleh berbagai faktor antara lain sarana, tenaga kesehatan, alat penunjang pelayanan kesehatan, obat-obatan dan standar pelayanan kesehatan.

Perubahan paradigma kesehatan yang lebih menekankan kepada usaha promotif dan preparentif diharapkan berdampak kepada penurunan angka kesakitan dan kematian.

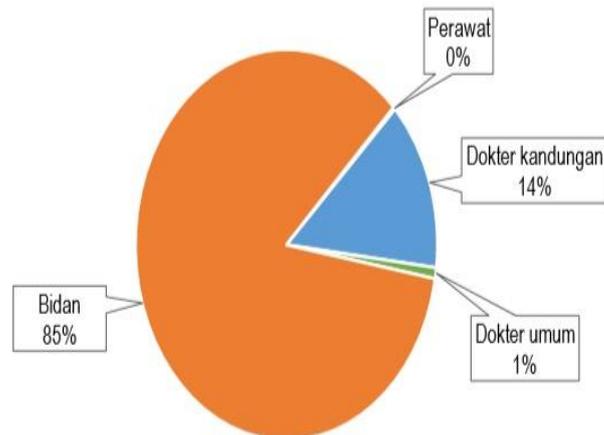
Upaya kesehatan tersebut dapat berjalan baik atas dukungan seluruh sumber daya yang ada antara lain dukungan fisik sarana kesehatan baik puskesmas dan jaringannya maupun rumah sakit serta sarana yang melibatkan peran serta masyarakat yaitu posyandu, polindes, poskestren, institusi kesehatan swasta serta sarana lainnya. Pendayagunaan segala sumberdaya kesehatan merupakan salah satu upaya untuk menurunkan AKI dan AKB dengan mencukupi kebutuhan pelayanan kesehatan ibu dan anak di Kabupaten Cianjur

4.1.1 Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

Hasil penelitian litbang kemeteriaan kesehatan, Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) yang di publikasikasikan pada tahun 2019 menemukan proporsi tenaga pemeriksa kehamilan ANC pada perempuan umur 10 sampai dengan perempuan umur 54 tahun yang ANC dapat dilihat pada gambar berikut ini:

Gambar 4. 1 Proporsi Pemeriksa Kehamilan Perempuan Umur 10-54 Tahun yang ANC

PROPORSI TENAGA PEMERIKSA KEHAMILAN (ANC) PADA PEREMPUAN UMUR 10-54 TAHUN YANG ANC, INDONESIA 2018



4.1.2 Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil

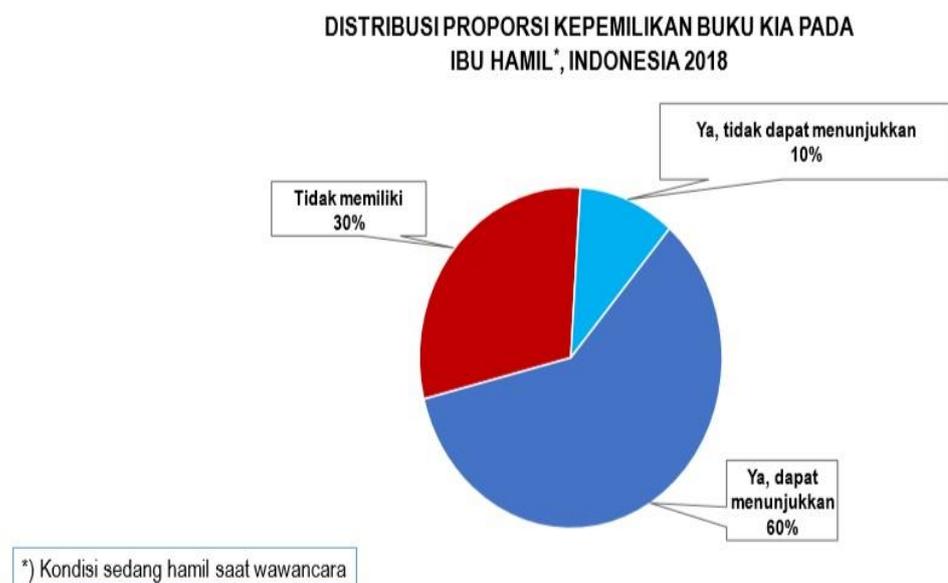
Pelayanan antenatal, merupakan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan profesional kepada ibu hamil selama masa kehamilan sesuai standar kebidanan.

Tenaga profesional dan memenuhi kriteria mempunyai kompetensi di kebidanan yaitu dokter spesialis kebidanan dan kandungan, dokter umum dan bidan.

Pelayanan antenatal yang memenuhi standar adalah meliputi timbang berat badan, pengukuran tinggi badan, tekanan darah, nilai status gizi (pengukuran lingkaran lengan atas) tinggi fundus uteri, menentukan persentasi janin, dan denyut jantung janin, skrining status imunisasi, tetanus, dan memberikan imunisasi tetanus toxoid bila diperlukan, pemberian tablet zat besi, test laboratorium, konseling termasuk perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi serta KB pasca persalinan.

Indikator pelayanan standar kesehatan ibu di saat hamil adalah cakupan K1 dan cakupan k4. Cakupan K1 adalah untuk melihat sejauh mana akses pelayanan ibu hamil memberikan grafik besaran ibu hamil yang melakukan kunjungan pertama ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan antenatal sementara cakupan K4 merupakan indikator untuk melihat jangkauan pelayanan antenatal dan kemampuan program dalam menggerakkan masyarakat.

Gambar 4. 2 Distribusi Proporsi Kepemilikan Buku KIA Pada Ibu Hamil



4.1.3 Pertolongan Persalinan

Saat persalinan merupakan salah satu periode kritis yang memberikan kontribusi besar terhadap angka kematian ibu, salah satu indikator MDGs dalam rangka meningkatkan kesehatan ibu adalah menurunkan angka kematian ibu.

Upaya untuk menurunkan angka kematian ibu adalah dengan meningkatkan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan (Pn). Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah persalinan aman yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dengan kompetensi kebidanan.

Pemberian pelayanan khususnya oleh tenaga bidan di desa dan di puskesmas, ibu hamil yang memiliki risiko tinggi dan memerlukan pelayanan maka kasus tersebut perlu dilakukan upaya rujukan ke unit pelayanan kesehatan yang lebih memadai.

Risiko tinggi atau komplikasi kebidanan adalah keadaan penyimpangan dari normal yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi.

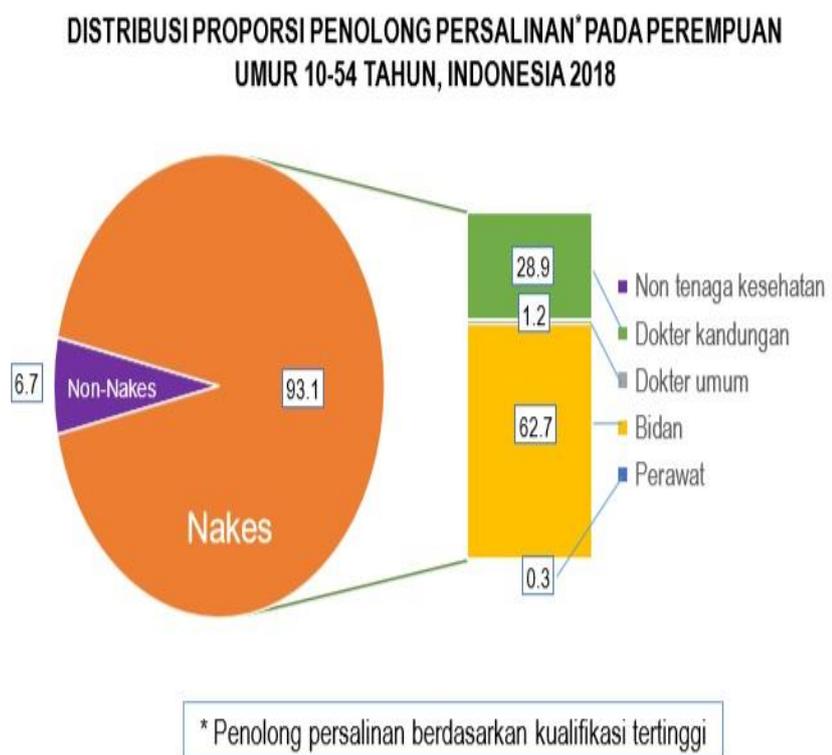
Risiko tinggi atau komplikasi kebidanan meliputi Hb < 8 g%, tekanan darah tinggi (sistolik < 140 mmHg dan diastolik > 90 mmHg), oedema nyata, eklampsia, pendarahan per vaginam, ketuban pecah dini, letak lintang pada usia kehamilan > 32 minggu, letak sungsang pada primigravida, infeksi berat dan persalinan prematur.

Neonatus risiko tinggi atau komplikasi neonatal meliputi asfiksia, tetanus, neonatorum, sepsis, trauma lahir, berat badan lahir < 2.500 gram (BBLR), sindroma gangguan pernafasan dan kelainan neonatal.

Neonatus risiko tinggi atau komplikasi neonatal yang ditangani adalah neonatus risiko tinggi yang mendapat pelayanan oleh tenaga kesehatannya yang terlatih yaitu dokter dan bidan di polindes, puskesmas rumah bersalin dan rumah sakit

Hasil penelitian RISKESDAS menemukan bahwa penolong persalinan sudah di tolong oleh tenaga kesehatan seperti dapat dilihat pada gambar berikut ini²⁷

Gambar 4. 3 Distribusi Proporsi Penolong Persalinan Pada Perempuan Umur 10-54 Tahun

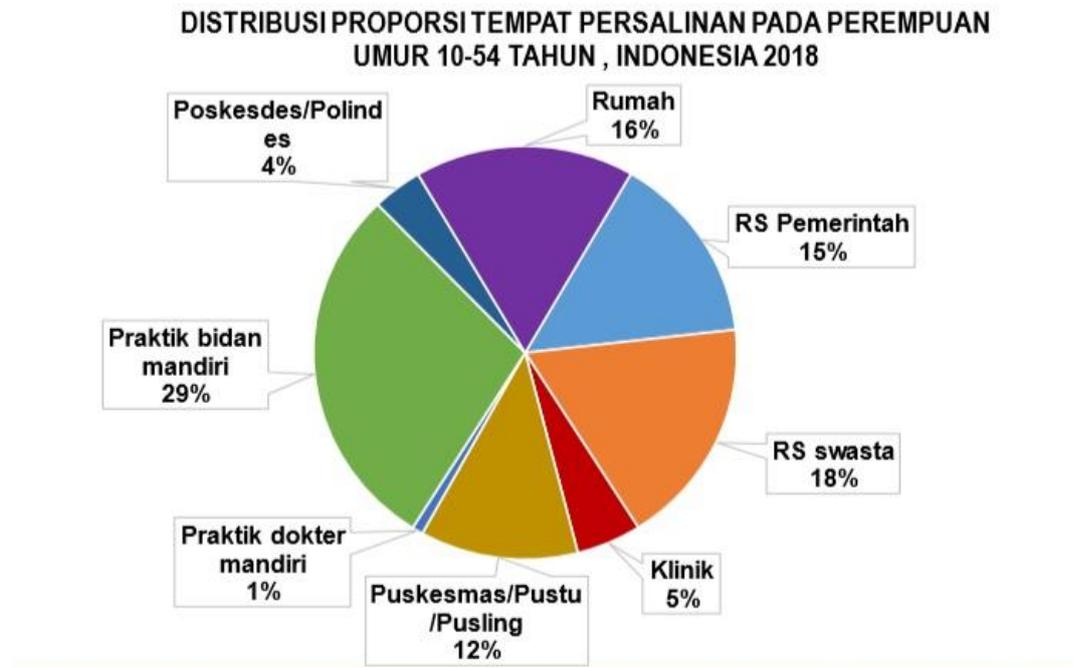


Kemudian untuk tempat persalinan pada penelitian RISKESDAS juga menemukan bahwa tempat persalinan beragam seperti dapat dilihat pada gambar berikut ini²⁸

²⁷ Publikasi RISKESDAS Kementerian Kesehatan 2019

²⁸ Publikasi RISKESDAS Kementerian Kesehatan 2019

Gambar 4. 4 Distribusi Proporsi Tempat Persalinan Pada Perempuan Umur 10-54 Tahun



4.1.4 Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas

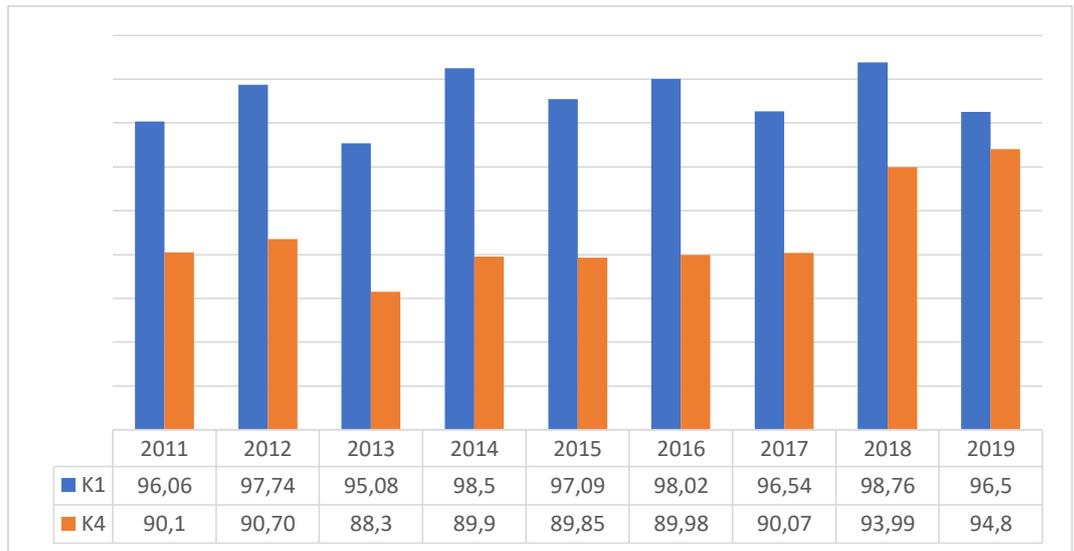
Pelayanan kesehatan ibu nifas (KF3) adalah pelayanan kesehatan sesuai standar pada ibu mulai 6 jam sampai dengan 42 hari pasca persalinan yang dilakukan tenaga kesehatan.

Untuk deteksi dini komplikasi pada ibu nifas diperlukan pemantauan pemeriksaan terhadap ibu nifas minimal tiga kali, dengan distribusi waktu: 1) kunjungan ifas pertama (KF1) pada 6 jam – 3 hari pasca persalinan; 2) kunjungan nifas ke-2 (KF2) dilakukan pada minggu ke-2 pasca persalinan; dan 3) kunjungan nifas ke-3 (KF3) dilakukan pada minggu ke-6 pasca persalinan.

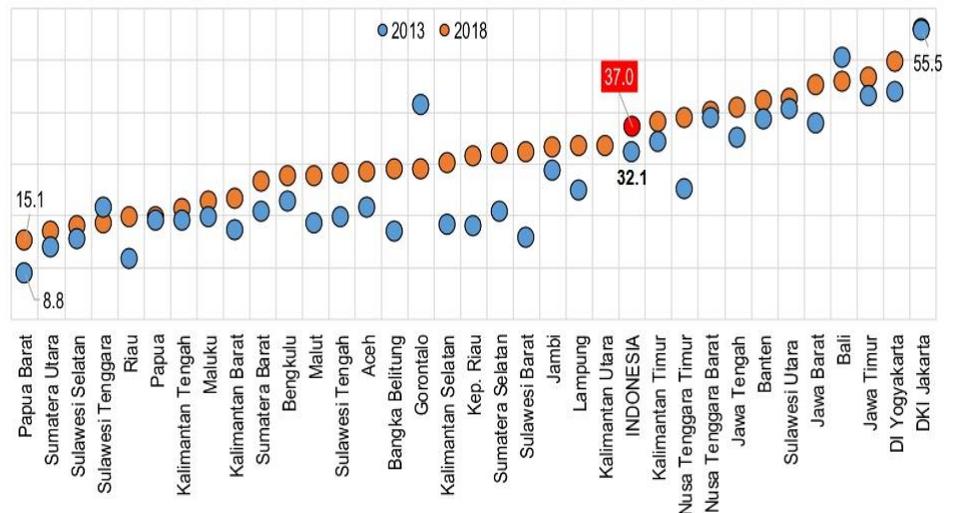
Pelayanan kesehatan ibu nifas yang diberikan meliputi: 1) pemeriksaan tekanan darah, respirasi, suhu; 2) pemeriksaan lochia dan pervaginam lainnya; 3) pemeriksaan payudara dan anjuran ASI

eksklusif 6 bulan; 4) pemberian vitamin A dosis tinggi (200.000 IU) sebanyak dua kali (2 x 24 jam) dan 5) pelayanan KB pasca persalinan.

Gambar 4. 5 Kunjungan K1 dan K4 di Kabupaten Cianjur 2011 – 2019

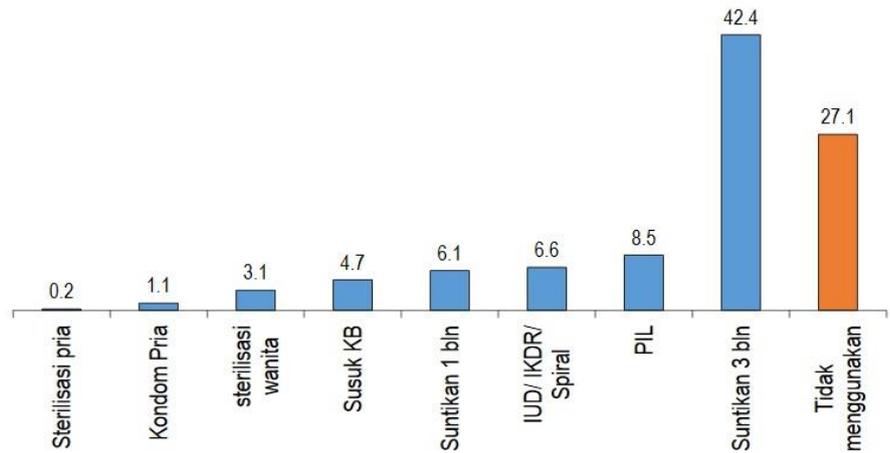


Gambar 4. 6 Proporsi Pelayanan KF Lengkap pada Perempuan Umur 10-54 Tahun Menurut Provinsi



4.1.5 Pelayanan Keluarga Berencana

Gambar 4. 7 Proporsi Penggunaan Alat Kontrasepsi Setelah Persalinan Pada Perempuan Umur 10-54 Menurut Jenis Kontrasepsi



Gambar 4. 8 Proporsi Penggunaan Kontrasepsi Setelah Persalinan Pada Perempuan Umur 10-54 Menurut Waktu Layanan KB



4.2 Perbaikan Gizi Masyarakat

Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan bayi dan balita terkait dengan status gizi balita dilakukan dengan penimbangan bayi dan balita di posyandu, kegiatan ini juga diintegrasikan dengan pelayanan kesehatan dasar lain seperti KIA, imunisasi, dan pemberantasan penyakit.

Kegiatan pemantauan untuk perbaikan gizi masyarakat dilaksanakan berdasarkan hasil pencatatan dan pelaporan dari program perbaikan gizi masyarakat yang tercemin dari hasil penimbangan bayi dan balita setiap bulan yang dilakukan di posyandu.

Upaya perbaikan gizi masyarakat pada hakekatnya dimaksudkan untuk menangani permasalahan gizi yang dihadapi masyarakat. Beberapa permasalahan gizi yang sering dijumpai pada kelompok masyarakat seperti: kekurangan kalori protein, kekurangan vitamin A, gangguan akibat kekurangan yodium, dan anemia zat besi.

program perbaikan gizi bertujuan meningkatkan status gizi masyarakat sehingga berdampak pada kualitas sumber daya manusia masalah yang dihadapi saat ini adalah gizi buruk akibat kurang energi protein pada kelompok umur balita, gangguan akibat kekurangan yodium, anemia gizi besi, dan kurang vitamin A

4.4.1 Pemberian Fe

Asupan tambahan zat gizi besi merupakan upaya menambah asupan zat besi selain dari makanan yang dimakan sehari-hari oleh ibu hamil yang pada umumnya berupa tablet tambah darah (TTD). Pemberian TTD ini sebanyak satu tablet setiap hari berturut-turut selama 90 hari selama kehamilan. TTD mengandung 200 mg ferrosulfat, setara dengan 60 miligram besi elemental dan 0.25 mg asam folat.

Anemia yang paling sering dijumpai dalam kehamilan adalah anemia akibat kekurangan zat besi karena kurangnya asupan unsur besi dalam makanan. Gangguan penyerapan, peningkatan kebutuhan zat besi atau karena terlampaui banyaknya zat besi yang keluar dari tubuh, misalnya pada perdarahan, wanita hamil butuh zat besi sekitar 40 mg perhari atau 2 x lipat kebutuhan kondisi tidak hamil.

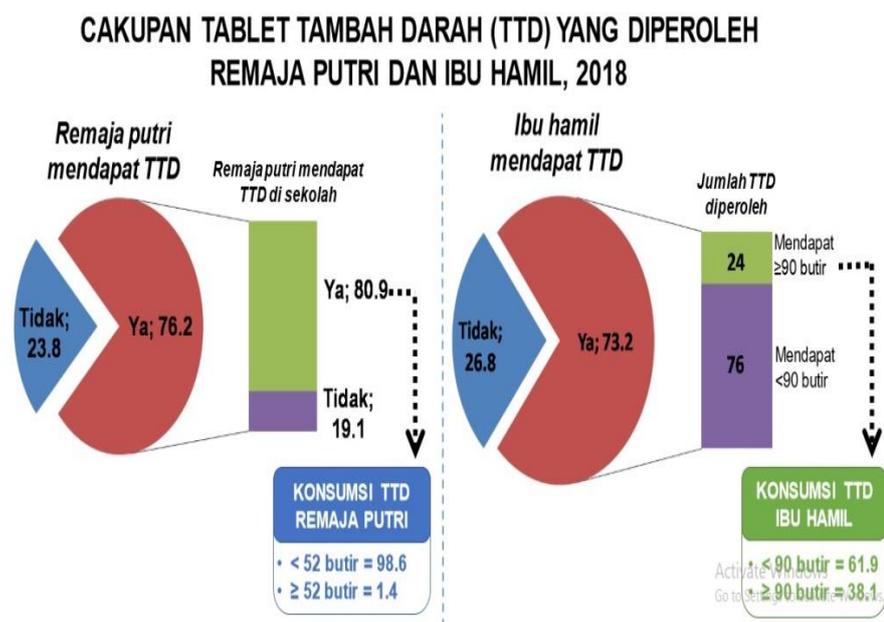
Zat besi (Fe) merupakan mineral mikro yang paling banyak terdapat di dalam tubuh manusia, yaitu sebanyak 3–5 gram. Zat besi merupakan bagian dari Haemoglobin yg berfungsi sebagai alat angkut oksigen dari paru-paru ke jaringan tubuh. Dengan berkurangnya Fe, sintesis Haemoglobin berkurang dan akhirnya kadar haemoglobin akan menurun, hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, prevalensi anemia pada ibu hamil di Indonesia sebesar 37,1 %.

Pemberian tablet Fe di Indonesia pada tahun 2012 sebesar 85 %. Presentase ini mengalami peningkatan dibandingkan pada tahun 2011 yang sebesar 83,3 %.

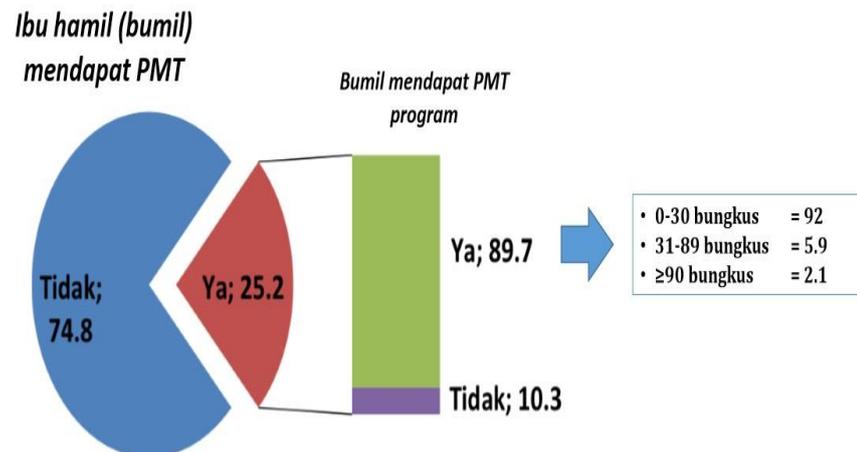
Meskipun pemerintah sudah melakukan program penanggulangan anemia pada ibu hamil yaitu dengan memberikan 90 tablet Fe kepada ibu hamil selama periode kehamilan dengan tujuan menurunkan angka anemia ibu hamil, tetapi kejadian anemia masih tinggi.

Sementara hasil Riskesdas yang dilakukan kementerian kesehatan yang dipublikasikan pada tahun 2019 didapatkan hasil cakupan tablet tambah darah pada remaja putri dan ibu hamil serta proporsi ibu hamil yang mendapatkan pemberian makanan tambahan (PMT) seperti dapat dilihat pada gambar 4.8 dan 4.9 berikut ini:

Gambar 4. 9 Cakupan Tablet Tambah Darah yang di peroleh Remaja Putri dan Ibu Hamil



Gambar 4. 10 Proporsi Ibu Hamil Mendapatkan PMT



Di kabupaten Cianjur Pada tahun 2019 jumlah ibu hamil yang ada 46.972 orang dan yang mendapatkan pemberian tablet besi atau Fe 1 (30 tablet) sejumlah 48.092 orang (102,38%) dan Fe 3 (90 tablet) sejumlah 42.541 orang (90,57%).

Bila dikaitkan dengan cakupan K 1 maka ibu hamil yang tidak mendapat tablet Fe1 sebanyak (5,59%) dan ibu hamil dengan K4 yang tidak mendapat tablet Fe 3 sebanyak (90,09%) Cakupan pemberian tablet Fe ini cenderung naik bila dibandingkan dengan capaian tahun 2018 dimana cakupan pemberian tablet Fe 1 sebesar 97.52% dan Fe 3 sebesar 85.2%.

Sekalipun telah melampaui target petugas kesehatan harus tetap memberikan motivasi agar tablet besi tersebut benar-benar diminum oleh ibu hamil untuk mencegah terjadinya anemia pada ibu hamil.

4.4.2 Pemberian Vitamin A

Masalah kurang vitamin A (KVA) di Indonesia masih merupakan masalah gizi utama. Meskipun KVA tingkat berat (Xerophthalmia) sudah jarang ditemui, akan tetapi KVA tingkat subklinis, yaitu tingkat yang belum menampakkan gejala nyata, masih menimpa masyarakat luas terutama kelompok balita.

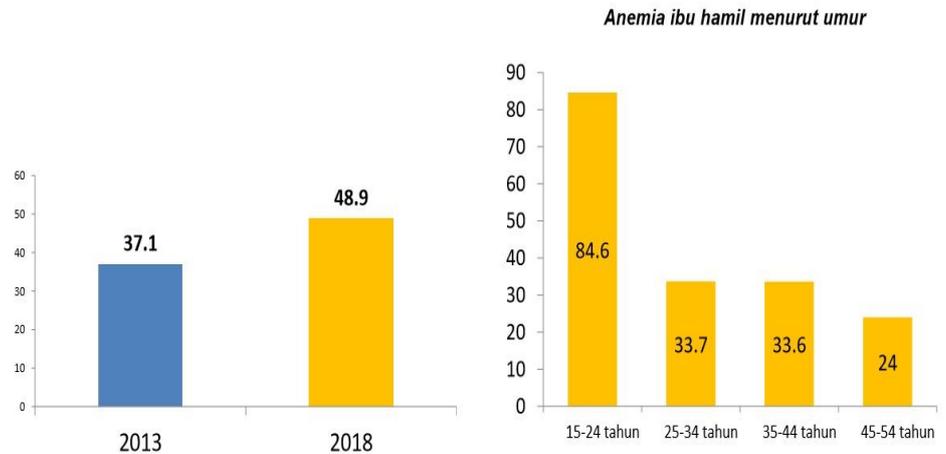
Masalah penanggulangan kurang vitamin A (KVA) saat ini bukan hanya untuk mencegah kebutaan, tetapi dikaitkan dengan upaya mendorong pertumbuhan dan kesehatan anak guna menunjang upaya penurunan angka kesakitan dan angka kematian pada anak.

Upaya pemanfaatan sumber sumber vitamin A alami dan fortifikasi masih belum dapat dilaksanakan secara luas dan intensif, maka pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi sangat penting dan tetap dilaksanakan.

Cakupan pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi (200.000 SI) dapat tercapai apabila seluruh jajaran kesehatan dan sektor-sektor terkait dapat menjalankan peranannya masing-masing dengan baik.

Pemberian kapsul vitamin A pada ibu nifas dilakukan oleh petugas Puskesmas, bidan desa dan dukun bayi. Pemberian ini dapat dilakukan pada waktu pertolongan persalinan atau kunjungan rumah

Gambar 4. 11 Proporsi Ibu Hamil Anemia



4.4.3 Stunting

Kurang gizi, khususnya stunting merupakan agenda yang tak kunjung selesai dan menjadi perhatian serius Pemerintah Indonesia.

Prevalensi stunting pada anak usia di bawah lima (5) tahun relatif tinggi dan tidak menunjukkan penurunan berarti selama 10 tahun belakangan ini. Prevalensi stunting nasional di kalangan anak usia di bawah lima tahun sebesar 36,2%, 35,6% and 37,2% berturut-turut pada tahun 2007, 2010 and 2013 ²⁹

Permasalahan stunting dipengaruhi berbagai faktor yang saling terkait. Secara langsung, stunting dipengaruhi oleh kualitas dan kuantitas gizi yang tidak memadai dan kronis khususnya sejak masih janin sampai usia 2 tahun, dan/atau anak yang sakit-sakitan.

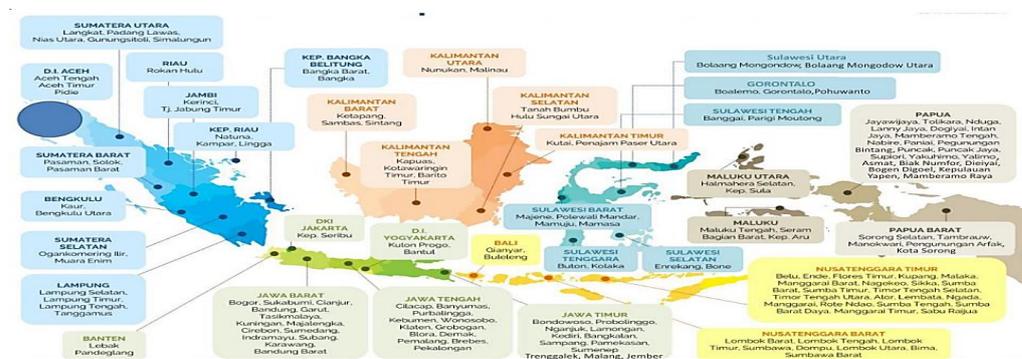
²⁹ Publikasi Riskesdas 2013 Kementerian Kesehatan RI

Sedangkan secara tidak langsung dipengaruhi oleh keamanan pangan di rumah, penanganan kesehatan dan gizi serta perilaku sanitasi dan higiene, serta akses kualitas pelayanan kesehatan dan gizi. Keadaan sanitasi dan higiene, khususnya kebiasaan buang air besar dan cuci tangan pakai sabun, telah terbukti secara meyakinkan berpengaruh terhadap stunting.

Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 menunjukkan prevalensi stunting keluarga dengan kondisi sanitasi memadai (menggunakan jamban sehat) sebesar 23,9%, sedangkan untuk keluarga dengan kondisi sanitasi buruk (tidak menggunakan jamban atau menggunakan jamban tidak sehat) sebesar 35,5%.

Dari sisi perilaku pengolahan air di rumah tangga, prevalensi stunting keluarga yang menggunakan air minum diolah sebesar 27,3% sedangkan keluarga yang menggunakan air minum tidak diolah sebesar 38,0%.

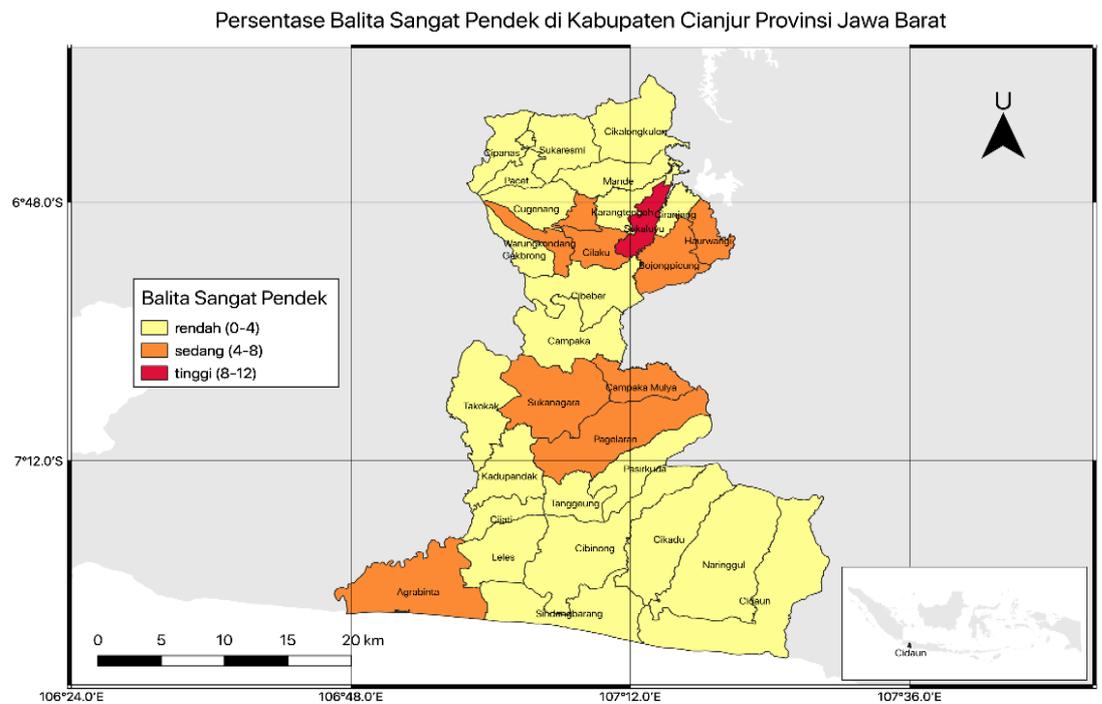
Gambar 4. 12 **Peta Lokasi Fokus Intervensi Pencegahan Stunting Terintegrasi³⁰**



³⁰ Bapenas 2018

Pada Gambar 4.12 diatas Kabupaten Cianjur menjadi salah satu lokasi fokus intervensi pencegahan stunting terintegrasi, sementara itu hasil olah data³¹gizi masyarakat di kabupaten Cianjur dapat dilihat pada gambar 4.13 dan 4.14 berikut ini:

Gambar 4. 13 Persentase Balita Sangat Pendek di Kabupaten Cianjur



Variabel balita sangat pendek (severe stunting) dalam hal ini adalah persentase balita sangat pendek dengan 3 kategori yaitu rendah, sedang, dan tinggi.

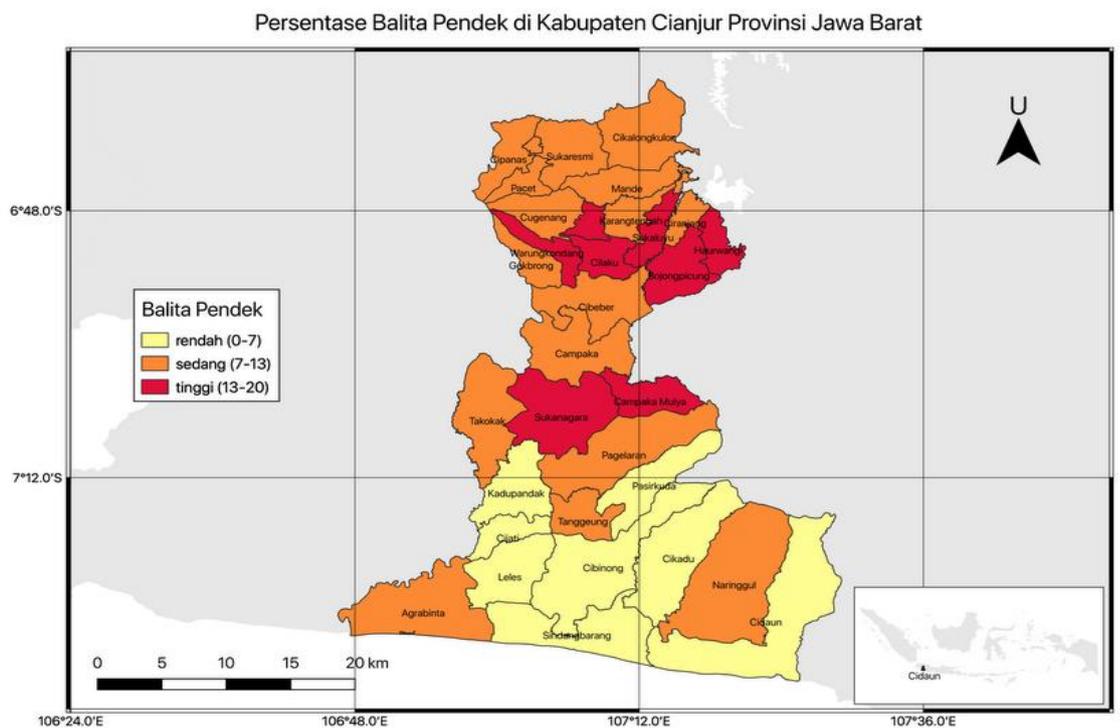
³¹ ANALISIS SPASIAL KEJADIAN STUNTING BERDASARKAN KELUARGA MISKIN DAN SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT DI KABUPATEN CIANJUR TAHUN 2017 ADHY PRASETYO WIDODO,ASEP NURUL RIDWAN,BERLY NISA SRIMAYARTI dkk. Universitas Indonesia

Dapat dilihat pada peta bahwa daerah dengan kasus balita sangat pendek terjadi di wilayah Sukaluyu dengan persentase (11.95%).

Klasifikasi status gizi berdasarkan indikator TB/U

- Sangat pendek : Zscore < -3,0.
- Pendek : Zscore \geq - 3,0 s/d Zscore < -2,0.
- Normal : Zscore \leq -2,0

Gambar 4. 14 Persentase Balita Pendek di Kabupaten Cianjur



Variabel balita pendek (*stunting*) dalam hal ini adalah persentase balita sangat pendek dengan 3 kategori yaitu rendah, sedang, dan tinggi.

Dapat dilihat bahwa persentase balita pendek tertinggi terdapat Warungkondang (17,24%), Cilaku (14.01%),

Sukaluyu (17.77%), Haurwangi (20.08%), Bojongpicung (14.62%), Sukanagara (15.4%), dan Campaka (8.85%), Cianjur (15.89%)

4.4.4 Jaminan Kesehatan Nasional

Seiring dengan program nasional Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), jumlah penduduk yang tercakup oleh program Jaminan Kesehatan Nasional perlu diklarifikasi lebih lanjut apakah mereka menggunakan jaminan kesehatan swasta (asuransi swasta) ataukah mereka belum mempunyai jaminan kesehatan sama sekali untuk memastikan mereka tercakup dalam program Universal Health Coverage, karena sesuai dengan program BPJS Kesehatan diharapkan pada akhir 2019 seluruh penduduk Indonesia sudah tercover BPJS Kesehatan.

4.4.5 Promosi Kesehatan

Promosi Kesehatan merupakan upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui proses pembelajaran dari-oleh-untuk dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong dirinya sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat, sesuai dengan kondisi sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.

Promosi kesehatan bukan hanya proses penyadaran masyarakat atau pemberian dan peningkatan pengetahuan

masyarakat tentang kesehatan saja, tetapi juga disertai upaya-upaya memfasilitasi perubahan perilaku.

Salah satu upaya melakukan promosi kesehatan, kementerian kesehatan melakukan kegiatan promosi kesehatan dengan jargon *GERMAS* (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat) berupa sosialisasi kegiatan terdiri dari tujuh pilar kegiatan *GERMAS* yaitu ³²:

1. Melakukan aktivitas fisik

Aktivitas fisik merupakan segala sesuatu aktifitas yang menggerakkan fisik atau tubuh kita. Masih banyak orang merasa malas untuk melakukan olahraga. Padahal aktivitas fisik merupakan salah satu penyehat tubuh. Banyak orang melakukan aktivitas fisik atau olahraga, dibandingkan membatasi makanan yang masuk dalam tubuh agar berat badan selalu dalam batas normal atau sehat yaitu IMT 18,5-25.

2. Mengonsumsi sayur dan buah

Sayur dan buah merupakan dua hal yang tidak bisa terpisahkan. Keduanya mengandung vitamin dan mineral, serta serat yang dibutuhkan tubuh setiap hari. Beberapa vitamin dan mineral penting yang terkandung dalam sayur dan buah adalah vitamin A, vitamin C, vitamin E, magnesium, seng, kalium, forfor, dan asam folat. Kandungan-kandungan ini tentu dapat memenuhi

³² Website RSUD Raden Matter, Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) RSUD Raden Mattaheer Jambi diakses tanggal 27 Januari 2020 jam 15.58 WIB

kebutuhan nutrisi Anda, yang juga berguna untuk mencegah berbagai macam penyakit.

3. Tidak merokok

Efek buruk dari merokok adalah meningkatkan resiko kematian karena penyakit jantung, meningkatkan resiko terkena kanker paru, penyumbatan pembuluh darah otak (stroke), kencing manis dan menyebabkan masalah pada ibu hamil.

4. Tidak mengkonsumsi alkohol

Alkohol memberikan efek negatif bagi kehidupan sosial, merusak tubuh dan bisa menyebabkan berbagai macam penyakit. Manfaat jika berhenti/tidak mengkonsumsi alkohol : mengurangi kebiasaan makan berlebih, menurunkan berat badan, membuat tidur lebih nyenyak, menyehatkan kulit dan menurunkan resiko kanker

5. Memeriksa kesehatan secara rutin

Bertujuan untuk membandingkan status kesehatan kita sebelumnya, apakah terjadi peningkatan atau penurunan kondisi kesehatan. Manfaat yang didapatkan dari pemeriksaan kesehatan secara rutin adalah untuk mengetahui sedini mungkin kondisi kesehatan kita secara terperinci dan langsung melakukan pengobatan segera. Memeriksa kesehatan setiap 6 bulan sekali :

a. Cek tekanan darah

b. Cek kadar gula darah

- c. Cek kolesterol
- d. Cek darah lengkap
- e. Cek lingkaran perut
- f. Deteksi dini kanker leher rahim (untuk perempuan)

6. Membersihkan lingkungan

Manfaat pentingnya menjaga lingkungan bersih dan sehat adalah :

- a. Tertunda dari penyakit yang disebabkan lingkungan yang tidak sehat seperti demam, diare, disentri, penyakit pernafasan dll
- b. Lingkungan menjadi lebih sejuk
- c. Bebas dari polusi udara
- d. Air menjadi lebih bersih dan aman diminum
- e. lebih tenang dalam menjalankan aktifitas sehari-hari

7. Menggunakan jamban

Jamban merupakan media penularan bakteri dan virus penyebab penyakit. Manfaat jamban atau WC sehat adalah :

- a. Menjaga lingkungan bersih, sehat dan tidak berbau
- b. Tidak mencemari sumber air yang ada di sekitarnya
- c. Tidak mengundang lalat atau serangga yang dapat menjadi penular penyakit diare, kolera, thypus, cacangan, penyakit kulit dan keracunan
- d. Memutus siklus penyebaran penyakit yang terkait dengan sanitasi atau kebersihan

Desa siaga merupakan strategi baru pembangunan kesehatan. Desa siaga lahir sebagai respon pemerintah terhadap masalah kesehatan di Indonesia yang tak kunjung selesai. Tingginya angka kematian ibu dan bayi, munculnya kembali berbagai penyakit lama seperti tuberkulosis paru, merebaknya berbagai penyakit baru yang bersifat pandemik seperti SARS, HIV/AIDS dan flu burung serta belum hilangnya penyakit endemis seperti diare dan demam berdarah merupakan masalah utama kesehatan di Indonesia.

Bencana alam yang sering menimpa bangsa Indonesia seperti gunung meletus, tsunami, gempa bumi, banjir, tanah longsor dan kecelakaan massal menambah kompleksitas masalah kesehatan di Indonesia.

Desa siaga merupakan salah satu bentuk reorientasi pelayanan kesehatan dari sebelumnya bersifat sentralistik dan top down menjadi lebih partisipatif dan bottom up. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 564/MENKES/SK/VI II/2006, tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa siaga, desa siaga merupakan desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri.

Desa siaga adalah suatu konsep peran serta dan pemberdayaan masyarakat di tingkat desa, disertai dengan

pengembangan kesiagaan dan kesiapan masyarakat untuk memelihara kesehatannya secara mandiri.

Suatu desa dikatakan menjadi desa siaga apabila memenuhi kriteria berikut ³³ :

1. Memiliki 1 orang tenaga bidan yang menetap di desa tersebut dan sekurang-kurangnya 2 orang kader desa.
2. Memiliki minimal 1 bangunan pos kesehatan desa (poskesdes) beserta peralatan dan perlengkapannya. Poskesdes tersebut dikembangkan oleh masyarakat yang dikenal dengan istilah upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) yang melaksanakan kegiatan-kegiatan minimal :

- Pengamatan epidemiologis penyakit menular dan yang berpotensi menjadi kejadian luar biasa serta faktor-faktor risikonya. Penanggulangan penyakit menular dan yang berpotensi menjadi KLB serta kekurangan gizi.
- Kesiapsiagaan penanggulangan bencana dan kegawatdaruratan kesehatan. Pelayanan kesehatan dasar, sesuai dengan kompetensinya.
- Kegiatan pengembangan seperti promosi kesehatan, kaderzi, PHBS, penyehatan lingkungan dan lain-lain.

Prinsip pengembangan desa siaga yaitu ³⁴ :

³³ Website.promkes.kemkes.go.id diakses tanggal 27 Januari 2020 Jam 16.14 WIB

³⁴ Website.promkes.kemkes.go.id diakses tanggal 27 Januari 2020 Jam 16.14 WIB

1. Desa siaga adalah titik temu antara pelayanan kesehatan dan program kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah dengan upaya masyarakat yang terorganisir.
2. Desa siaga mengandung makna “kesiapan” dan “kesiagaan” Kesiagaan masyarakat dapat didorong dengan memberi informasi yang akurat dan cepat tentang situasi dan masalah-masalah yang mereka hadapi.
3. Prinsip respons segera. Begitu masyarakat mengetahui adanya suatu masalah, mereka melalui desa siaga, akan melakukan langkah-langkah yang perlu dan apabila langkah tersebut tidak cukup, sistem kesehatan akan memberikan bantuan (termasuk puskesmas, Dinkes, dan RSUD).
4. Desa siaga adalah “wadah” bagi masyarakat dan sistem pelayanan kesehatan untuk menyelenggarakan berbagai program kesehatan.

Secara organisasi, koordinasi dan kontrol proses pengembangan desa siaga dilakukan oleh sebuah organisasi desa siaga.

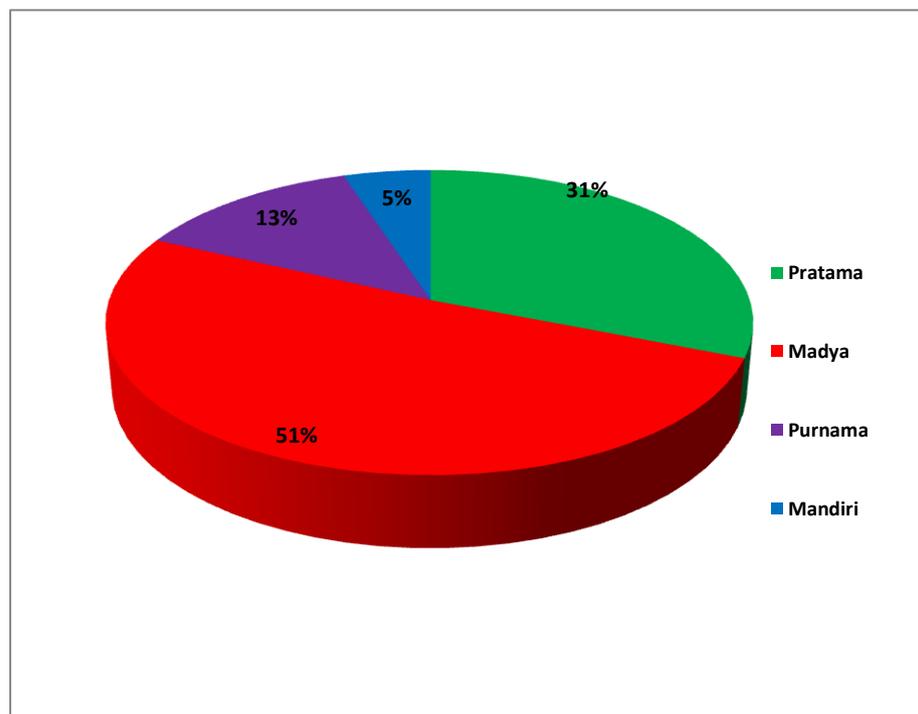
Organisasi desa siaga ini berada di tingkat desa/kelurahan dengan penanggung jawab umum kepala desa atau lurah. Sedangkan pengelola kegiatan harian desa siaga, bertugas melaksanakan kegiatan lapangan seperti pemetaan balita untuk penimbangan dan imunisasi,

pemetaan ibu hamil, membantu tugas administrasi di poskesdes dan lain-lain.

Di Kabupaten Cianjur persentase Starta Desa Siaga atau Kelurahan Aktif tahun 2019 Berdasarkan sebaran strata Desa/Kelurahan Siaga Aktif, strata Madya yang paling banyak, yaitu sebesar 51%.

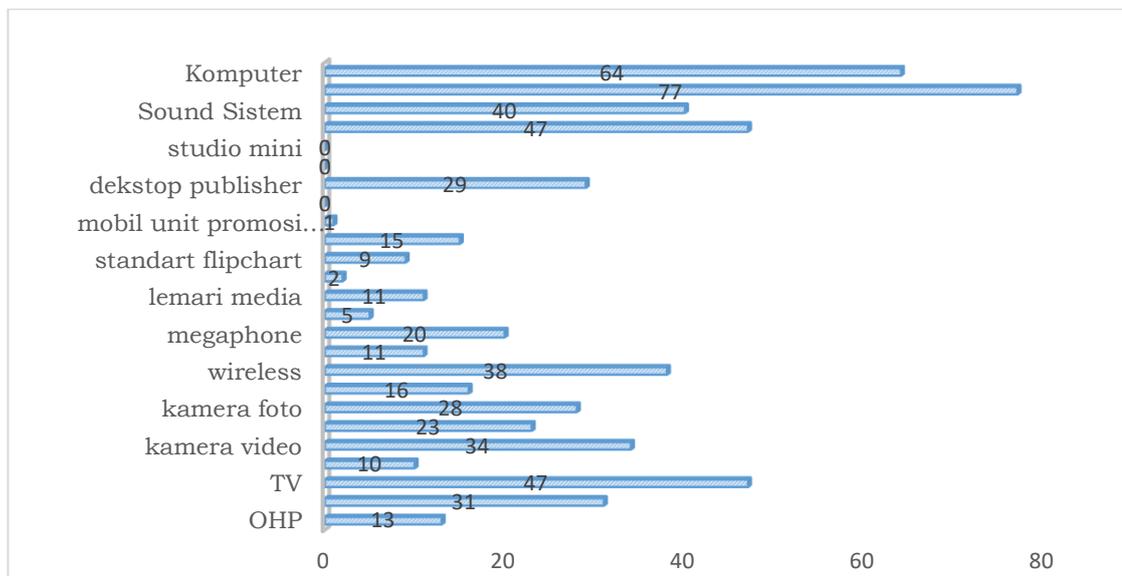
Sedangkan strata Mandiri yang paling sedikit yaitu 5% dan untuk strata Pratama sebanyak 31% dan strata Purnama 13 %, presentase desa atau kelurahan siaga aktif di kabupaten Cianjur strata Pratama, Madya, Purnama dan Mandiri.dapat dilihat pada gambar 4.15 berikut ini:

Gambar 4. 15 Presentase Strata Desa/Kelurahan Siaga Aktif di Kabupaten Cianjur Tahun 2019³⁵



³⁵ Profil Promkes dan Pemberdayaan Kesehatan Tahun 2019

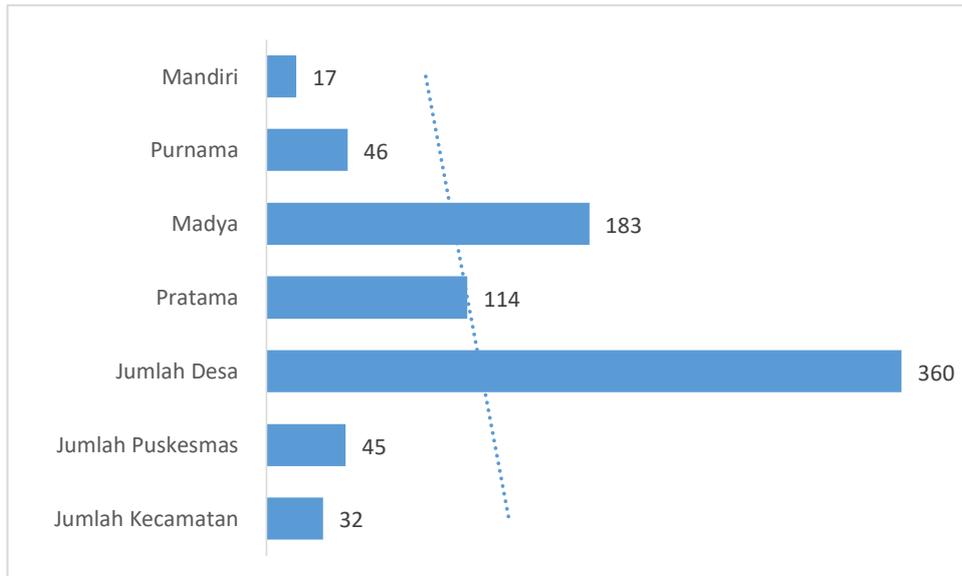
Gambar 4. 16 Sarana Promosi Kesehatan di Kabupaten Cianjur Tahun 2019³⁶



Media promosi kesehatan adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator, baik itu melalui media cetak maupun media elektronik, sehingga sasaran dapat meningkatkan pengetahuannya yang akhirnya diharapkan dapat berubah perilakunya kearah positif terhadap kesehatannya untuk di kabupaten Cianjur khususnya dinas kesehatan melalui seksi promosi kesehatan berupaya meningkatkan upaya promosi kesehatan melalui sarana promosi kesehatan seperti ditampilkan pada gambar 4.16

³⁶ Olah Profil Promkes dan Pemberdayaan Kesehatan Tahun 2019

Gambar 4. 17 Desa/Kelurahan Siaga Aktif berdasarkan Kepmenkes 1529 tahun 2010 Kerja di Kabupaten Cianjur Tahun 2019 ³⁷



Gambar 4.17 menggambarkan kondisi Desa/Kelurahan Siaga Aktif di Kabupaten Cianjur tahun 2019 dari jumlah desa sebanyak 360 desa , 17 diantaranya bersatus desa siaga mandiri, purnama sebanyak 48 dan madya sebanyak 183 serta pratama sebanyak 114 desa.

4.4.6 Kesehatan Lingkungan

4.4.6.1 Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)

Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) adalah pendekatan untuk mengubah perilaku higienis dan saniter melalui pemberdayaan masyarakat dengan cara melakukan

³⁷ Olah Profil Promkes dan Pemberdayaan Kesehatan Tahun 2019

pemicuan, pemicuan merupakan cara untuk mendorong perubahan perilaku hygiene dan sanitasi individu atau masyarakat atas kesadaran sendiri dengan menyentuh perasaan, pola pikir, perilaku, dan kebiasaan individu atau masyarakat. Pemicuan dikaitkan dengan kegiatan masyarakat yang berbeda, dilakukan oleh fasilitator yang terampil dengan cara memancing emosi masyarakat terhadap kebiasaan buang air besar sembarangan.

Dampak dari hasil reaksi perilaku buang air besar sembarangan adalah tumbuhnya kebutuhan penyelesaian masalah sanitasi dan mobilisasi gerakan masyarakat³⁸

Penyelenggaraan STBM bertujuan untuk mewujudkan perilaku masyarakat yang higienis dan saniter secara mandiri dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Terdapat 5 tujuan khusus pelaksanaan STBM yaitu sebagai berikut:

1. Meningkatkan ketrampilan petugas provinsi/kabupaten melaksanakan pelatihan pemicuan dan pemantauan STBM, dan meningkatkan kemampuan petugas puskesmas dan kader desa melakukan pemicuan dan pasca pemicuan.
2. Melakukan pemicuan dan kelanjutan pasca pemicuan masyarakat dusun/RW sampai terjadi desa SBS.

³⁸ MCA-Indonesia & Kementerian Republik Indonesia. (2015b). Pedoman Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat. Millennium Challenge A Ccount - Indonesia, (21), 16.

3. Untuk mendapatkan dukungan dan komitmen pemerintah daerah serta SKPD di provinsi, kabupaten dan kecamatan serta pemerintah desa untuk melaksanakan pemicuan dan pasca pemicuan STBM, serta kegiatan pemasaran sanitasi.
4. Memperbaiki akses masyarakat terhadap pelayanan, peralatan dan material sanitasi serta pembiayaan.
5. Memperbaiki sistem dan penyelenggaraan pemantauan dan evaluasi program STBM

Masyarakat menyelenggarakan STBM secara mandiri dengan berpedoman pada Pilar STBM. 5 Pilar STBM terdiri atas perilaku:

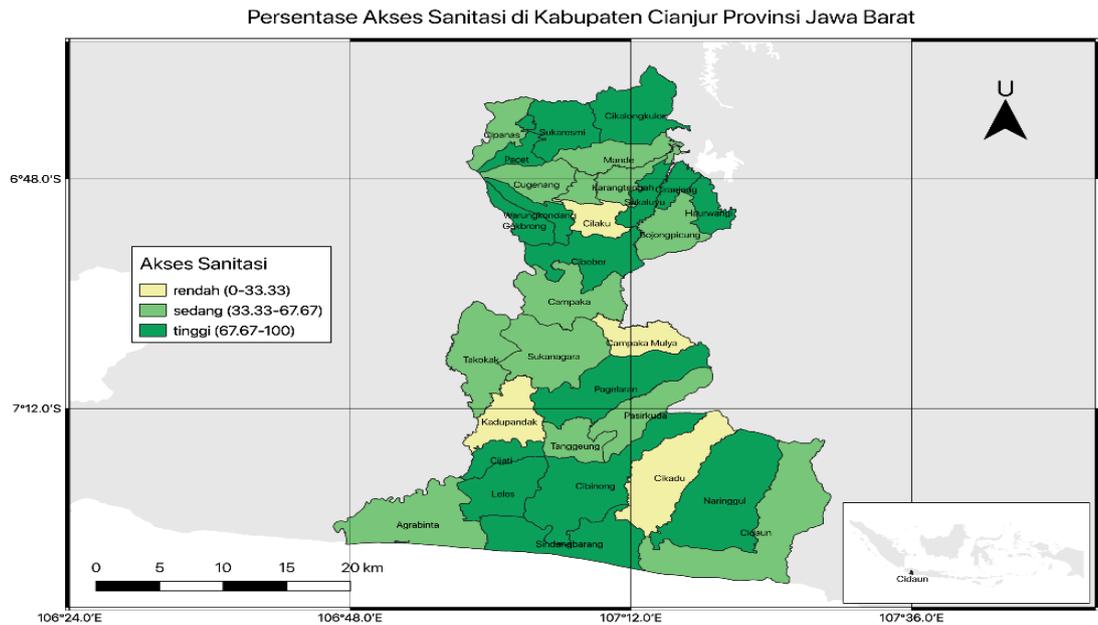
- 1) Stop Buang Air Besar Sembarangan
- 2) Cuci Tangan Pakai Sabun
- 3) Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga
- 4) Pengamanan Sampah Rumah Tangga
- 5) Pengamanan Limbah Cair Rumah Tangga.

Strategi pelaksanaan STBM terdiri dari 3 komponen yang saling mendukung satu sama lain, sebagai berikut penciptaan lingkungan yang kondusif, peningkatan kebutuhan sanitasi, dan peningkatan penyediaan akses sanitasi. Apabila salah satu dari komponen STBM tersebut tidak ada maka proses pencapaian 5 (lima) Pilar STBM tidak maksimal.

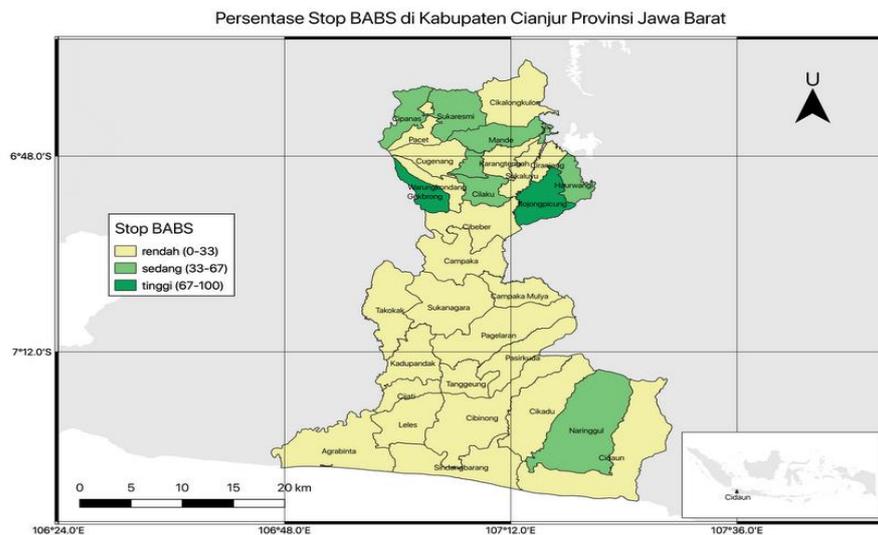
Persentase akses sanitasi serta stop BABS di kabupaten Cianjur, beberapa kecamatan di kabupaten Cianjur masih rendah sehingga perlu dilakukan upaya yang lebih aktif,

seperti dapat dilihat pada gambar 4.18 dan gambar 4.19 berikut ini:

Gambar 4. 18 Persentase Akses Sanitasi di Kabupaten Cianjur 39



Gambar 4. 19 Persentase Stop BABS di Kabupaten Cianjur



39 ANALISIS SPASIAL KEJADIAN STUNTING BERDASARKAN KELUARGA MISKIN DAN SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT DI KABUPATEN CIANJUR TAHUN 2017 ADHY PRASETYO WIDODO,ASEP NURUL RIDWAN,BERLY NISA SRIMAYARTI dkk. Universitas Indonesia

4.4.6.2 Akses Rumah Rehat

Menurut UU RI No. 4 Tahun 1992, rumah adalah struktur fisik terdiri dari ruangan, halaman dan area yang dipakai sebagai tempat tinggal dan sarana pembinaan keluarga. Komisi WHO (World Health Organization)

Mengenai Kesehatan dan Lingkungan Tahun 2001 mengatakan bahwa rumah adalah struktur fisik atau bangunan untuk tempat berlindung, dimana lingkungan berguna untuk kesehatan jasmani dan rohani serta keadaan sosialnya baik untuk kesehatan keluarga dan individu.

Sandang, pangan termasuk didalamnya papan (rumah) merupakan kebutuhan primer seorang manusia. Perumahan merupakan kebutuhan dasar manusia dan juga merupakan faktor yang berpengaruh pada kesehatan masyarakat. Perumahan yang layak untuk tempat tinggal harus memenuhi syarat kesehatan sehingga penghuninya tetap sehat.

Perumahan yang sehat tidak lepas dari ketersediaan prasarana dan sarana yang terkait, seperti penyediaan air bersih, sanitasi pembuangan sampah, transportasi, dan tersedianya pelayanan sosial.

Konstruksi rumah dan lingkungan yang tidak memenuhi syarat kesehatan merupakan faktor resiko penularan berbagai jenis penyakit, khususnya penyakit berbasis lingkungan. Penyakit ISPA (Infeksi Saluran Pernafasan Akut) dan tuberculosis erat kaitannya dengan kondisi sanitasi

perumahan yang merupakan penyebab kematian nomor 2 dan 3 di Indonesia.

Penyediaan air bersih yang tidak memenuhi syarat kesehatan dapat menjadi faktor resiko penyakit diare dan kecacingan dimana diare memiliki peringkat nomor 4 sebagai penyebab kematian di Indonesia, sedangkan kecacingan dapat mengakibatkan menurunnya produktivitas kerja dan kecerdasan anak sekolah⁴⁰

Rumah yang sehat sangat penting bagi kehidupan manusia. Keuntungannya dapat menghindarkan dari berbagai penyakit berbasis lingkungan seperti penyakit ISPA yang banyak diderita oleh balita, tubercolusis, diare dan menghindarkan dari penyakit yang dibawa oleh vektor seperti demam berdarah, malaria, PES dan Filariasis.

Selain terhindar dari berbagai penyakit rumah yang sehat dapat mempengaruhi perilaku sehat pada manusia yang berpengaruh terhadap kualitas sumber daya manusia.

Bangunan yang memiliki jamban yang sehat, sarana air bersih, tempat pembuangan sampah, sarana pembuangan air limbah, ventilasi rumah, rumah hunian yang sesuai dan lantai rumah tidak terbuat dari tanah, persentase target dan cakupan rumah sehat di kabupaten cianjur dapat dilihat pada gambar 4.20 berikut ini:

⁴⁰ PERANCANGAN SISTEM PENDUKUNG KEPUTUSAN PENENTUAN RUMAH SEHAT, Tri Aprilianti dan Sri Winarti jurnal sarjana teknik informatika vol 1 nomor 2 tahun 2013

Gambar 4. 20 Persentase Target dan Cakupan Rumah Rehat di Kabupaten Cianjur



4.4.6.3 Akses Air Minum

Sumber air minum keluarga yang digunakan rumah tangga meliputi: sumur gali terlindung, sumur gali dengan pipa, sumur bor dengan pompa, terminal air, penampungan air hujan, PDAM dan BPSMAM.

Salah satu akses mendapatkan air minum yaitu pengelolaan air minum yang dikelola PDAM dengan mengacu pada⁴¹:

1. UU no. 22/1999 tentang Otonomi Daerah mengalihkan kendali atas investasi daerah kepada pemda dan PDAM.
2. Peraturan Menteri Dalam Negeri no. 43/2000 menetapkan pedoman bagi perusahaan daerah seperti PDAM untuk bekerja sama dengan pihak ketiga. Untuk mengatasi keterbatasan keuangan dan kebutuhan untuk mempercepat pembangunan infrastruktur, Pemerintah

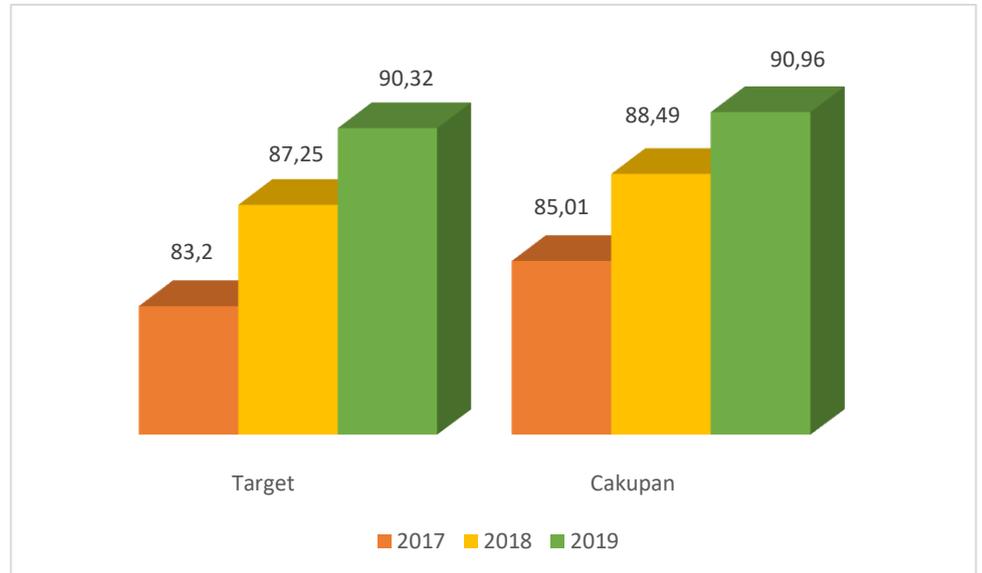
⁴¹ Jurna PRAKARSA infrasuktur Indonesia diakses tanggal 26 Januari jam 22.07 WIB

membentuk sebuah komite nasional yang bertugas untuk mengkoordinasikan reformasi dan meminimalkan hambatan.

3. UU no. 7/2004 tentang Sumber Daya Air dibuat untuk menggantikan UU no. 11/1974 tentang Pengairan.
4. PP no. 16/2005 tentang Pengembangan Sistem Penyediaan Air Minum, dan Perpres no. 67/2005 tentang Kerjasama Pemerintah dan Badan Usaha Swasta dalam Penyediaan Infrastruktur, termasuk pengembangan Sistem Penyediaan Air Minum (SPAM
5. Peraturan Menteri PU no. 294/PRT/M/2005, tentang pedoman pengembangan dan penyediaan SPAM
6. Peraturan Menteri Perdagangan no. 23/2006 tentang Pedoman Teknis dan Prosedur Penyesuaian/Pengaturan Tarif Air Minum.
7. Peraturan Menteri PU (18/PRT/M/2007 dan 10/PRT/M/2008.)

Berdasarkan hasil pemeriksaan terhadap sumber air minum maka kemudian akses terhadap air minum di kabupaten Cianjur dapat dilihat pada gambar 4.21 berikut ini:

Gambar 4. 21 Persentase Target dan Cakupan Air Minum di Kabupaten Cianjur



4.4.6.4 Akses Jamban Sehat

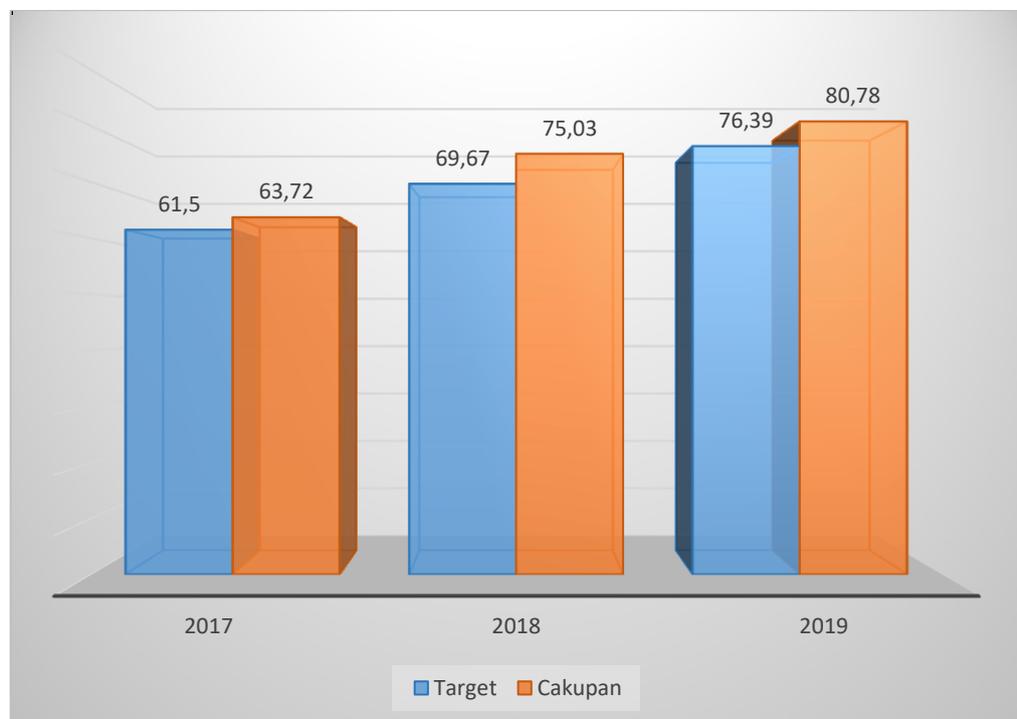
Berdasarkan konsep dan definisi Milenium Development Goals (MDGs) yang pada tahun 2016 dilanjutkan dengan Sustainable Development Goals (SDGs), rumah tangga dikatakan memiliki akses sanitasi layak apabila fasilitas sanitasi yang digunakan memenuhi syarat kesehatan antara lain dilengkapi dengan leher angsa, tanki septik (septic tank)/Sistem Pengolahan Air Limbah (SPAL) yang digunakan sendiri atau bersama.

Persentase rumah tangga di Indonesia yang memiliki akses terhadap sanitasi layak tahun 2013 yaitu 60, 05% dan

meningkat pada tahun 2014 menjadi 61,08% dan pada tahun 2015 meningkat menjadi 62,14%⁴²

Sementara itu persentase Target dan Cakupan jamban sehat di Kabupaten Cianjur dapat dilihat pada gambar 4.22 berikut ini.

Gambar 4. 22 Persentase Target dan Cakupan Jamban Sehat di Kabupaten Cianjur



4.4.6.5 Tempat-Tempat Umum Sehat

Tempat-tempat Umum dan Pengelolaan Makanan (TTUPM) merupakan suatu sarana yang berpotensi menjadi tempat persebaran penyakit. Jenis TTUPM meliputi: hotel, rumah makan / restoran, pasar, dan lain – lain.

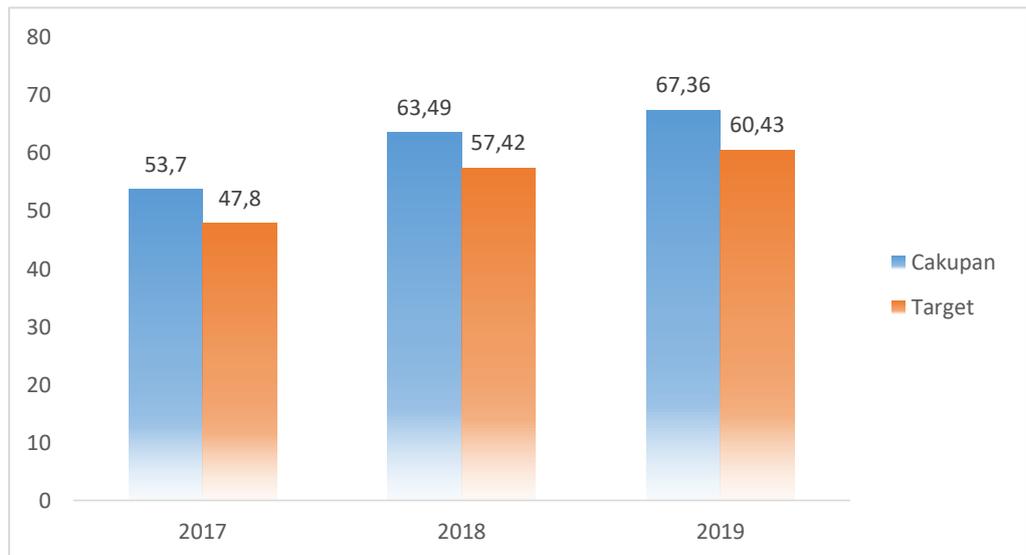
TTUPM yang sehat adalah yang memenuhi syarat kesehatan yaitu memiliki sarana air bersih, tempat

⁴² Profil Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Tahun 2016

pembuangan sampah, sarana pembuangan air limbah (SPAL), ventilasi yang baik, luar lantai /ruangan sesuai dengan banyaknya pengunjung dan memiliki pencahayaan ruangan yang memadai.

Data TTU yang ada di Kabupaten Cianjur tahun 2017 sejumlah 1160 buah, tahun 2017 sejumlah 1426 buah dan tahun 2019 sejumlah 1513 buah, persentase target dan cakupan tempat-tempat umum sehat di kabupaten Cianjur seperti dapat dilihat pada gambar 4.23

Gambar 4. 23 Persentase Target dan Cakupan Tempat-Tempat Umum (TTU) Sehat di Kabupaten Cianjur



4.4.6.6 Sarana Pembuangan Air Limbah

Dalam Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2008 tentang pengelolaan sampah, pada pasal 2 ayat (1) menyebutkan bahwa sampah yang dikelola merupakan sampah sejenis sampah rumah tangga yang berasal dari kawasan komersial, kawasan industri, kawasan khusus dan fasilitas umum.

Pasal 2 ayat (1) tersebut diatas, dalam Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2009 telah dinyatakan bahwa bandar udara termasuk dalam kawasan dengan fungsi khusus, sehingga perlu melakukan upaya pengelolaan sesuai ketentuan yang berlaku.

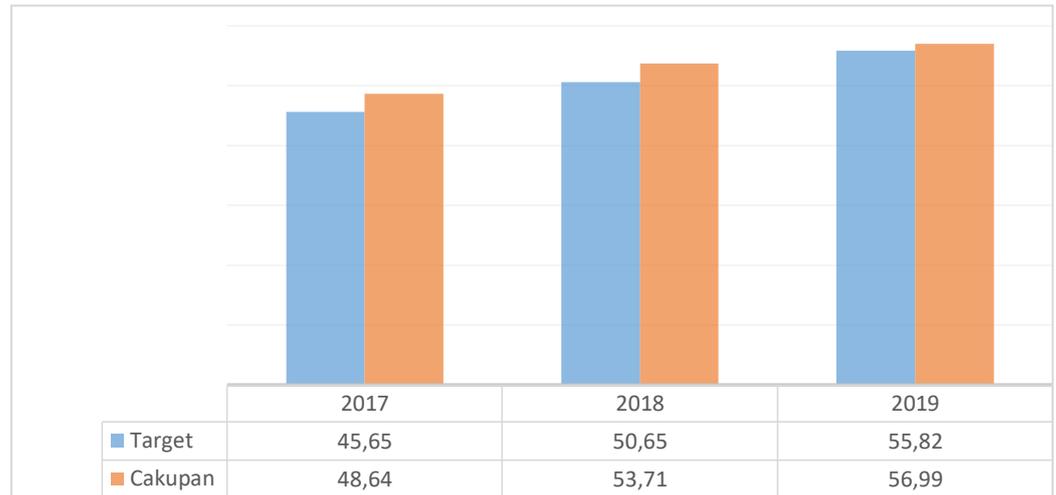
Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2001 tentang Pengelolaan kualitas air dan pengendalian pencemaran air, menyatakan bahwa dalam rangka melestarikan lingkungan hidup agar tetap bermanfaat bagi manusia serta makhluk hidup lainnya, perlu dilakukan upaya pengendalian terhadap pembuangan limbah cair ke media lingkungan.

Selanjutnya disebutkan pula bahwa setiap penanggung jawab usaha dan/atau kegiatan yang membuang air limbah ke air atau sumber air, wajib mencegah dan menanggulangi terjadinya pencemaran air.

Dalam hal ini Pemerintah Propinsi atau Kabupaten/Kota berkewajiban melakukan pengelolaan dan pembinaan pengelolaan air limbah.

Persentase target dan cakupan sarana pembuangan air limbah di kabupaten Cianjur dapat dilihat pada gambar 4.24 berikut ini:

Gambar 4. 24 Persentase Target dan Cakupan Sarana Pembuangan Air Limbah (SPAL)di Kabupaten Cianjur



BAB V

SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN

Sumber daya kesehatan merupakan salah satu factor pendukung dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang berkualitas, yang diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Untuk mencapai status kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya diperlukan sumber daya kesehatan meliputi tenaga kesehatan, pembiayaan kesehatan dan sarana kesehatan berikut disajikan situasi sumber daya kesehatan di Kabupaten Cianjur

5.1 Sarana Kesehatan

Sarana kesehatan meliputi sarana pelayanan kesehatan dasar, sarana pelayanan kesehatan rujukan dan sarana upaya kesehatan yang bersumber daya masyarakat (UKBM).

Sarana pelayanan kesehatan dasar salah satunya pusat kesehatan masyarakat (puskesmas). Puskesmas merupakan unit pelayanan kesehatan tingkat pertama dan terdepan dalam sistem pelayanan kesehatan.

Puskesmas harus melaksanakan enam upaya wajib dan beberapa upaya pelayanan kesehatan pilihan yang disesuaikan dengan kondisi, kemampuan, tuntutan, inovasi dan kebijakan pemerintah daerah. Puskesmas mempunyai fungsi sebagai: 1) pusat pembangunan berwawasan kesehatan; 2) pusat

pemberdayaan masyarakat; 3) pusat pelayanan kesehatan primer (masyarakat dan perorangan)

Jumlah puskesmas di kabupaten Cianjur sampai dengan 2019 sebanyak 45 puskesmas, 3 puskesmas baru dalam proses ijin operasional, dalam Peraturan Menteri Kesehatan nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat dinyatakan bahwa Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat.

Puskesmas harus dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya, pedoman tersebut terdapat 3 jenis prototype bangunan Puskesmas yakni pertama, Puskesmas dua lantai dengan sepuluh tempat tidur. Kedua, Puskesmas dua lantai dengan enam tempat tidur, dan ketiga, Puskesmas satu lantai⁴³

Gambar 5. 1 Pembangunan Puskesmas Cibuluh Kecamatan Cidaun Tahun 2019



⁴³ Website Kementrian Kesehatan www.depkes.go.id di akses tanggal 20 Januari 2020 Jam 15.26 WIB

Di kabupaten Cianjur pada tahun 2019 telah dibangun 2 (dua) puskesmas baru yaitu puskesmas Cibuluh yang berada di kecamatan Cidaun serta Puskesmas Kalapanunggal yang berada di Kecamatan Cikadu, serta 1 (satu) puskesmas baru dalam tahap pertama yaitu puskesmas baru Kadupandak (puskesmas Sukasari) belum sempurna 2 lantai sesuai PMK no 75 dan dilanjutkan dalam rencana pembangunan lanjutan puskesmas kadupandak baru (puskesmas Sukasari) tahun anggaran 2020 seperti dapat terlihat pada gambar 5.1 dan 5.2.

Gambar 5. 2 Pembangunan Puskesmas Kalapa Nunggal Kecamatan Cikadu Tahun 2019



Selain pembangunan puskesmas baru, dilingkungan kabupaten Cianjur juga dilakukan relokasi puskesmas yaitu puskesmas Campaka mulya, serta rehabilitasi total puskesmas sukanagalih lihat gambar 5.3

Gambar 5. 3 Rehabilitasi Puskesmas Sukanagalih Kecamatan Pacet Tahun 2019



Pemanggaran puskesmas merupakan upaya dinas kesehatan untuk menyempurnakan tatagraha yang baik, pemagaran sendiri dilakukan di puskesmas, Sukamahi, Cijagang, Gunungbitung dan puskesmas Kadupandak, seperti terlihat pada gambar 5.3 dan 5.4 selain itu juga melakukan rehabilitasi pustu Sukajembar kecamatan sukanagara

Gambar 5. 4 Pemagaran Puskesmas Kadupandak Kecamatan Kadupandak Tahun 2019



Gambar 5. 5 Pemagaran Puskesmas Gunungbitung Kecamatan Cibinong Tahun 2019



Ruang lingkup pembangunan kesehatan selain upaya promotive dan preventif didalamnya juga terdapat pembangunan kesehatan yang bersifat kuratif dan rehabilitatif. Rumah sakit merupakan pelayanan kesehatan pada masyarakat yang bergerak dalam kegiatan kuratif dan rehabilitatif, rumah sakit juga berfungsi sebagai sarana pelayanan kesehatan rujukan.

Tahun 2019 di kabupaten Cianjur terdapat 3 rumah sakit umum yaitu rumah sakit umum kelas B Cianjur, Rumah sakit umum Cimacan, Rumah sakit umum Pagelaran satu rumah sakit

swasta yakni rumah sakit dr. Hafidz dan proses pembangunan baru rumah sakit Sindangbarang.

5.2 Sarana Pelayanan Kesehatan Bersumber Masyarakat

Upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat dilakukan dengan menerapkan berbagai pendekatan, termasuk didalamnya dengan melibatkan potensi masyarakat dan merupakan upaya yang menyelaraskan dengan konsep pemberdayaan dan pengembangan masyarakat. Langkah pemberdayaan masyarakat tercermin dalam pengembangan sarana upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM)

Sarana dan prasarana UKBM diantaranya adalah pos pelayanan terpadu (Posyandu), pos kesehatan desa (Poskesdes) di desa siaga, tanaman obat keluarga (Toga) dan pos obat desa (POD)

Posyandu merupakan jenis UKBM yang telah sejak lama dikembangkan dan telah mengakar dimasyarakat diantara jenis UKBM yang ada.

Posyandu dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan Bersama masyarakat. Posyandu dilaksanakan dalam rangka penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi. Posyandu diharapkan dapat melaksanakan 5 (lima) program prioritas yaitu

kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, perbaikan gizi, imunisasi dan penanggulangan diare.

Pemberdayaan masyarakat terus diupayakan melalui pengembangan Usaha Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang ada di desa. Kegiatan difokuskan kepada upaya surveilans berbasis masyarakat, kedaruratan kesehatan dan penanggulangan bencana serta penyehatan lingkungan.

Surveilans berbasis masyarakat adalah pengamatan dan pencatatan penyakit yang diselenggarakan oleh masyarakat (kader) dibantu oleh tenaga kesehatan, dengan berpedoman kepada petunjuk teknis dari Kementerian Kesehatan. Kegiatan-kegiatannya berupa:

1. Pengamatan dan pemantauan penyakit serta keadaan kesehatan ibu dan anak, gizi, lingkungan, dan perilaku yang dapat menimbulkan masalah kesehatan masyarakat,
2. Pelaporan cepat (kurang dari 24 jam) kepada petugas kesehatan untuk respon cepat,
3. Pencegahan dan penanggulangan sederhana penyakit dan masalah kesehatan, serta
4. Pelaporan kematian.

Kedaruratan kesehatan dan penanggulangan bencana adalah upaya yang dilakukan oleh masyarakat dalam mencegah dan mengatasi bencana dan kedaruratan kesehatan, dengan

berpedoman kepada petunjuk teknis dari Kementerian Kesehatan.

Kegiatan-kegiatannya berupa:

1. Bimbingan dalam pencarian tempat yang aman untuk mengungsi,
2. Promosi kesehatan dan bimbingan mengatasi masalah kesehatan akibat bencana dan mencegah faktor-faktor penyebab masalah,
3. Bantuan/fasilitasi pemenuhan kebutuhan sarana sanitasi dasar (air bersih, jamban, pembuangan sampah/limbah, dan lain-lain) di tempat pengungsian,
4. Penyediaan relawan yang bersedia menjadi donor darah, dan
5. Pelayanan kesehatan bagi pengungsi.

Sementara penyehatan lingkungan adalah upaya-upaya yang dilakukan oleh masyarakat untuk menciptakan dan memelihara lingkungan desa/kelurahan dan permukiman agar terhindar dari penyakit dan masalah kesehatan, dengan berpedoman kepada petunjuk teknis dari Kementerian Kesehatan.

Kegiatan-kegiatannya berupa: (1) Promosi tentang pentingnya sanitasi dasar, (2) Bantuan/fasilitasi pemenuhan kebutuhan sarana sanitasi dasar (air bersih, jamban, pembuangan sampah dan limbah, dan lain-lain), dan (3) Bantuan/fasilitasi upaya pencegahan pencemaran lingkungan ⁴⁴

⁴⁴ <http://promkes.kemkes.go.id> diakses tanggal 20 Januari 2020 Jam 16.39 WIB

Penilaian kinerja dan perkembangan posyandu diklasifikasikan menjadi empat strata yaitu posyandu pratama, posyandu madya, posyandu purnama dan posyandu mandiri.

5.3 Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan yang bertugas disarana pelayanan kesehatan dimasyarakat merupakan salah satu unsur yang berperan dalam percepatan pembangunan kesehatan.

Berdasarkan peraturan Pemerintah RI Nomor 32 tahun 1996 tentang tenaga Kesehatan, pola tenaga kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Tenaga medis meliputi dokter dan dokter gigi;
2. Tenaga keperawatan dan bidan meliputi perawat dan bidan
3. Tenaga ke farmasian meliputi apoteker, analis farmasi dan asisten apoteker
4. Tenaga kesehatan masyarakat meliputi penyuluh kesehatan, epidemiolog kesehatan, mikrobiologi kesehatan, administratyor kesehatan
5. Tenaga sanitasi atau Sanitarian
6. Tenaga gizi atau nutrisisionis
7. Tenaga keteknisan fisik meliputi fisioterapis, okuterapis, dan terapis wicara
8. Tenaga keteknisan medis mrliputi radiografer, radiotrapis, teknisi gigi, teknisi elektromedik, analis kesehatan, refraksionis

optisien, otorik prosterik, teknisi tranfusi dan perekam medis dan

9. Tenaga non kesehatan.

Penyusunan perencanaan tenaga kesehatan atau sumber daya manusia kesehatan di tingkat provinsi, kabupaten atau kota serta rumah sakit didasarkan pada keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 81/Menkes/SK/I/2004 tentang Pedoman penyusunan perencanaan sumber daya manusia kesehatan ditingkat Propinsi, Kabupaten atau Kota serta Rumah Sakit

Untuk mencukupi kebutuhan tenaga kesehatan telah dilakukan pemenuhan kebutuhan dengan menempatkan pegawai yang diangkat oleh Pemerintah Pusat dan Kabupaten baik sebagai PNS, Pegawai Tidak Tetap dan Tenaga Honor Daerah.

Tenaga kesehatan yang dimaksud seperti yang diuraikan dalam Undang-Undang Republik Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan yaitu⁴⁵:

1. Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan dibidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan

⁴⁵ Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014

2. Asisten tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan bidang kesehatan dibawah jenjang diploma tiga

Jumlah tenaga dokter spesialis di Kabupaten Cianjur pada tahun 2018 sejumlah 44 orang dengan Rasio perbandingan dokter Spesialis sebesar 7,60 per 100.000 penduduk. Artinya setiap 100.000 penduduk dilayani oleh 7 orang dokter spesialis. Rasio tersebut sudah memenuhi target Indonesia Sehat sebesar 6 per 100.000 penduduk.

Jumlah tenaga dokter umum yang bekerja di sarana pelayanan kesehatan di Kabupaten Cianjur pada tahun 2018 sejumlah 119 orang dengan rasio perbandingan tenaga dokter umum sebesar 15,43 per 100.000 penduduk. Artinya setiap 100.000 penduduk dilayani oleh 15 orang dokter umum. Rasio tersebut masih jauh di bawah target Indonesia Sehat sebesar 40 per 100.000

Penduduk. Seluruh puskesmas di kabupaten Cianjur telah memiliki dokter umum dengan cara mengangkat tenaga kontrak yang dibiayai dengan dana pendapatan puskesmas baik JKN maupun retribusi.

Jumlah tenaga dokter gigi yang bekerja di sarana pelayanan kesehatan di Kabupaten Cianjur pada tahun 2018 sejumlah 64

orang. Rasio perbandingan tenaga dokter gigi sebesar 2,64 per 100.000 penduduk. Artinya setiap 100.000 penduduk dilayani oleh 3 orang dokter gigi. Rasio tersebut masih jauh di bawah target Indonesia Sehat sebesar 11 per 100.000 penduduk.

Jumlah tenaga bidan yang bekerja di sarana pelayanan kesehatan di Kabupaten Cianjur pada tahun 2018 sejumlah 1365 orang. Rasio perbandingan tenaga bidan sebesar 64,13 per 100.000 penduduk. Artinya setiap 100.000 penduduk dilayani oleh 64 orang bidan.

Tenaga Keperawatan meliputi Ners, sarjana keperawatan, D-III perawat, dan lulusan SPK. Jumlah tenaga perawat yang bekerja di sarana pelayanan kesehatan di Kabupaten Cianjur pada tahun 2018 sejumlah 1292 orang. Rasio perbandingan tenaga perawat sebesar 119,89 per 100.000 penduduk. Artinya setiap 100.000 penduduk dilayani oleh 119 orang tenaga perawat. Angka tersebut sudah sesuai target Indonesia Sehat 2010 sebesar 118 per 100.000 penduduk.

Farmasi. D-III Farmasi, Asisten Apoteker dan Apoteker. Jumlah tenaga kefarmasian yang bekerja di sarana pelayanan kesehatan di Kabupaten Cianjur pada tahun 2018 sejumlah 91 orang.

Jumlah tenaga gizi yang bekerja di sarana pelayanan kesehatan di Kabupaten Cianjur pada tahun 2018 sejumlah 33

orang. Rasio perbandingan tenaga gizi sebesar 5,95 per 100.000 penduduk. Artinya setiap 100.000 penduduk dilayani oleh 6 orang tenaga gizi. Angka tersebut masih jauh di bawah target Indonesia Sehat sebesar 22 per 100.000 penduduk.

Tenaga Kesehatan Masyarakat terdiri atas sarjana Kesehatan Masyarakat dan D- III Kesehatan Masyarakat. Jumlah tenaga kesehatan masyarakat yang bekerja di sarana pelayanan kesehatan di Kabupaten Cianjur pada tahun 2018 sejumlah 35 orang.

Rasio perbandingan tenaga kesehatan masyarakat sebesar 5.40 per 100.000 penduduk. Artinya setiap 100.000 penduduk dilayani oleh 5 orang tenaga Kesehatan Masyarakat.

Tenaga sanitasi terdiri atas DIV Sanitasi dan D-III sanitasi. Jumlah tenaga sanitasi yang bekerja di sarana pelayanan kesehatan di Kabupaten Cianjur pada tahun 2018 sejumlah 37 orang.

Rasio perbandingan tenaga sanitasi sebesar 11,35 per 100.000 penduduk. Artinya setiap 100.000 penduduk dilayani oleh 11 orang tenaga kesehatan lingkungan.

Di kabupaten Cianjur sebaran tenaga kesehatan yang berada di wilayah kerja puskesmas bervariasi mulai dari tenaga dokter, dokter gigi, bidan, perawat gigi, perawat serta tenaga kesehatan lainnya.

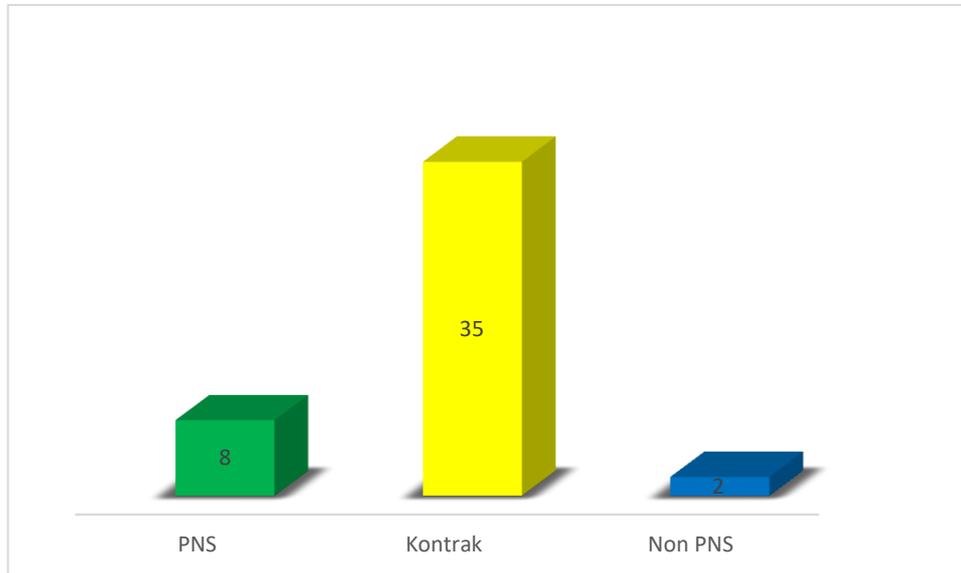
Data sebaran tenaga kesehatan, untuk tenaga bidan dan perawat ada kelebihan tenaga kesehatan ini dimungkinkan karena penambahan tenaga kesehatan dari tenaga kontrak daerah serta tenaga non PNS dinas kesehatan seperti yang dapat dilihat pada Tabel 5.1 ⁴⁶ berikut ini:

Tabel 5. 1 SDM Puskesmas Se-Kabupaten Cianjur Berdasarkan Standar Tenaga Puskesmas Permenkes No 75 Tahun 2014

No	Tenaga Kesehatan	Kebutuhan	Keberadaan	Standar
1	Dokter	23	63	86
2	Dokter Gigi	24	21	45
3	Analisis Laboratorium	36	9	45
4	Penyuluh Kesehatan	26	28	55
5	Apoteker	41	4	46
6	Asisten Apoteker	24	19	46
7	Sanitarian	21	25	45
8	Nutrisionis	21	25	45
9	Perawat Gigi	15	30	45
10	Perawat		343	343
11	Bidan		747	204

⁴⁶ Sumber data Seksi SDM Dinas Kesehatan Tahun 2019

Gambar 5. 6 Proporsi Tenaga Promosi Kesehatan Puskesmas Se-Kabupaten Cianjur Tahun 2019



5.4 Alokasi Anggaran Kesehatan Pemerintah Per kapita

Anggaran kesehatan per kapita per tahun di Kabupaten Cianjur pada tahun 2019 sebesar Rp 291.574.820.349.08. Dapat dilihat bahwa anggaran belanja kesehatan pada tahun 2019 ini mengalami peningkatan.

Dengan meningkatnya anggaran kesehatan per kapita ini diharapkan kualitas kesehatan penduduk Kabupaten Cianjur juga dapat meningkat, sehingga nantinya dapat meningkatkan produktivitas dan kesejahteraannya.

5.5 Persentase Anggaran Kesehatan dalam APBD Kabupaten

Total anggaran kesehatan di Dinas Kesehatan dan 2 (dua) rumah sakit pemerintah baik yang bersumber dari APBD, APBD

Provinsi, APBN (Dekonsentrasi, DAK dan BOK), BPJS dan sumber pemerintah lainnya.

Anggaran belanja Kabupaten Cianjur tahun 2019 sebesar Rp 291.574.820.349.08,- . Persentase Anggaran Belanja Kesehatan terhadap APBD Kabupaten sebesar 6.81 %.

5.6 Capaian Prestasi Dinas Kesehatan Pada Tahun 2019

Pada tahun 2019 dinas kesehatan kabupaten Cianjur memperoleh raihan prestasi terkait upaya kinerja dinas kesehatan yaitu ⁴⁷:

7. Puskesmas karang tegah sebagai pengelola penyakit TB terbaik tingkat nasional
8. Puskesmas Cugenang sebagai puskesmas ramah anak Tingkat Nasional Juara
9. Puskesmas Cidaun sebagai puskesmas FKTP berprestasi kategori terampil tingkat jawa barat dan maju ke tingkat Nasional
10. Juara 1 kategori Dokter gigi tingkat jawa barat dan maju sebagai tenaga kesehatan teladan mewakili jawa barat atas nama drg. Annisa Pristiani Puskesmas Cugenang
11. Juara 1 kategori tenaga gizi atas nama Ani Nuraeni Puskesmas Ciranjang
12. Juara 2 kategori tenaga Sanitarian atas nama Lili Mulyati puskesmas Sukaresmi

⁴⁷ Foto penghargaan dapat di lihat pada lampiran

BAB VI

KESIMPULAN

Kasus kematian ibu dan bayi di kabupaten Cianjur tahun 2019 mengalami penurunan di bandingkan dengan tahun 2018, dengan penyebab kematian terbanyak pada ibu yang mengalami pendarah. Kasus kesakitan di kabupaten Ciajur masih tinggi di tandai dengan kasus demam berdarah dengue (DBD), Diare penemuan kasus Infeksi saluran Pernafasan Akut (ISPA).

Sumber daya kesehatan di kabupaten Cianjur pada tahun 2019 mengalami peningkatan ini dikarenakan penambahan tenaga kesehatan dari kementerian kesehatan melalui nusantara sehat serta dibolehkannya rekrutment tenaga kesehatan menggunakan dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK). Besarnya anggaran kesehatan atau pembiayaan kesehatan pada tahun 2019 sebesar 6 % dari total APBD

Data dan informasi merupakan sumber daya yang strategis bagi pimpinan dan organisasi dalam pengembangan manajemen. Oleh karena itu penyediaan data dan informasi yang akurat sangat dibutuhkan sebagai masukan dalam proses pengambilan keputusan.

Perlu disadari bahwa sistem informasi kesehatan yang ada di Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur pada saat ini masih belum memenuhi kebutuhan data dan informasi secara optimal.

Hal tersebut dikarenakan dukungan dana untuk operasional dan pengembangan sistem informasi kesehatan yang belum memadai sehingga berimplikasi pada penyediaan data dan informasi yang disajikan atau diterbitkan belum bersifat realtime dan update dan masih banyak terjadi kurang efektifnya pengumpulan data karena data yang dihimpun dari puskesmas masih bersifat manual atau belum berbasis komputer.

Dukungan dana dari pemerintah daerah dan pusat sangat diperlukan dalam upaya peningkatan infrastruktur jaringan komputer dan pelatihan Sumber Daya Manusia pengelola informasi di masing-masing puskesmas, Rumah Sakit dan pihak swasta.

Profil Kesehatan Kabupaten Cianjur tahun 2019 merupakan salah satu bentuk output dari sistem informasi kesehatan. Profil kesehatan Kabupaten Cianjur dapat memberikan gambaran secara garis besar.

LAMPIRAN

Tenaga Pengelola TB terbaik ke-2 tingkat Nasional untuk Dinas Kesehatan serta Puskesmas Karangtengah



Penghargaan Puskesmas Cihérang sebagai Puskesmas Ramah Anak Terbaik Tingkat Nasional.



Juara 1 kategori Dokter gigi tingkat jawa barat atas nama drg.
Annisa Pristiani Puskesmas Cugenang



Puskesmas Cidaun sebagai puskesmas FKTP berprestasi
kategori terampil tingkat jawa barat dan maju ke tingkat
Nasional

