

Dr. Ede Surya Darmawan, SKM, MDM  
dr. Purnawan Junadi, MPH, Ph.D.

# METODOLOGI PENYUSUNAN MASTER PLAN PEMBANGUNAN KESEHATAN TINGKAT KABUPATEN/KOTA





**METODOLOGI PENYUSUNAN  
MASTER PLAN PEMBANGUNAN  
KESEHATAN TINGKAT  
KABUPATEN/KOTA**

**Dr. Ede Surya Darmawan, SKM, MDM  
dr. Purnawan Junadi, MPH, Ph.D.**

**PT. Pustaka Saga Jawadwipa  
2017**

# **METODOLOGI PENYUSUNAN MASTER PLAN PEMBANGUNAN KESEHATAN TINGKAT KABUPATEN/KOTA**

**Penulis:**

Dr. Ede Surya Darmawan, SKM, MDM  
dr. Purnawan Junadi, MPH, Ph.D.

Copyright © Januari 2017  
All rights reserved

**ISBN:** 978-623-8455-54-6 (PDF)

**Layout:** Nimas Brantandari

**Penerbit:**

**PT. Pustaka Saga Jawadwipa**

Jl. Kedinding lor Gang Delima No.4A Surabaya  
Nomor Kontak: 085655396657

**Anggota IKAPI:**

No. 367/JTI/2023

Buku ini dilindungi oleh Pasal 113 UU Nomor 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta.  
Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku tanpa izin tertulis dari penerbit.

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT selalu kami panjatkan, karena hanya dengan segala limpahan rahmat dan karunia-Nya lah maka buku Monograf Metode Penyusunan Master Plan Pembangunan Kesehatan tingkat Kabupaten/Kota dapat kami selesaikan

Buku monograf merupakan pemikiran dan resume dari berbagai sumber untuk menyusun Rencana Induk (Master Plan) tingkat Kabupaten/Kota yang terdiri atas Bab Pendahuluan, Metode, Penyajian Hasil, dan Penutup. Besar harapan kami, buku ini bisa menjadi sumber bacaan bagi para penulis, peneliti, pejabat pada tingkat dinas kesehatan kabupaten/kota serta para dosen dan mahasiswa yang berminat dalam pengembangan perencanaan pembangunan kesehatan.

Terimakasih banyak kami sampaikan kepada para kontributor dan pendukung dalam proses penyusunan buku monograf ini khususnya teman-teman para peneiti muda dari Pusat Kajian Adminisrasi dan Kebijakan Kesehatan (Center for Heath Administration and Policy Studies/CHAMPs) Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Kami telah berupaya agar penulisan buku ini mendekati kelengkapan yang diharapkan, karena itu kami senantiasa mengharapkan berbagai masukan dan kiritik untuk penyempurnaan buku ini pada masa yang akan datang.

Depok, Desember 2017.

Ede Surya Darmawan

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR .....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR GAMBAR .....	viii
DAFTAR GRAFIK.....	ix
BAB I PENDAHULUAN .....	1
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	9
2.1 Pembangunan Kesehatan .....	9
2.2 Peran Masyarakat dalam Pembangunan Kesehatan.....	13
BAB III <i>METODE PENYUNAN MASTER PLAN</i> PEMBANGUNAN KESEHATAN TINGKAT KABUPATEN/KOTA.....	16
3.1 Desain Penelitian .....	16
3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	16
3.3 Sumber Data dan Narasumber/Informan Penelitian.....	16
Sumber Data .....	16
Untuk menyusun rencana induk pembangunan kesehatan memerlukan sumber data yang kredibel dan telah diakui oleh berbagai pihak yaitu: .....	16
1) Peraturan perundang-undangan dan kebijakan terkait pembangunan kesehatan dari Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan Tingkat Provinsi .....	16
2) Peraturan perundang-undangan dan kebijakan terkait pembangunan daerah dari pemerintah pusat, pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota yang bersangkutan .....	16
3) Dokumen Perencanaan Pembangunan Kesehatan periode sebelumnya dan data hasil-hasil pembangunan kesehatan dari	

kabupaten/kota yang bersangkutan .....	16
4) Data umum daerah termasuk dari dari buku Statistik Dalam Angka dari kabupaten/kota yang bersangkutan .....	16
5) Data-data lain yang relevan.....	16
Narasumber dan Informan Penelitian .....	17
• Kepala Daerah: Bupati/Walikota.....	17
• Ketua DPRD, Ketua Komisi membidangi Kesehatan, Kepala dan Kepala Bidang Ssoial Bappeda .....	17
• Kepala Dinas dan para kepala bidang di Dinas Kesehatan .....	17
• Para Kepala Rumah Sakit dan Kepala Puskesmas .....	17
• Anggota Masyarakat yang mewakili berbagai kalangan seperti: Wanita, lansia, rema, dan para kader Kesehatan.....	17
3.4 Teknik Pengumpulan Data .....	17
3.5 Pengolahan dan Analisis Data .....	17
<b>BAB IV PENYAJIAN HASIL MASTER PLAN PEMBANGUNAN KESEHATAN TINGKAT KABUPATEN/KOTA .....</b>	<b>19</b>
Urutan penyajian rencana induk pembangunan kesehatan kabupaten/kota secara sistematis terdiri atas Gambaran Umum Kabupaten/Kota, .....	19
4.1 Gambaran Umum Kabupaten/Kota.....	19
4.1.1 Kondisi Geografis.....	19
<b>4.2 Analisis Sektor Kesehatan dan Identifikasi Pelaku sektor Kesehatan.....</b>	<b>35</b>
<b>4.6 Kecenderungan-kecenderungan Daerah dan Situasi Sektor Kesehatan (Trend) .....</b>	<b>41</b>
4.7 Visi dan Misi Pembangunan Kesehatan Daerah.....	42
<b>Visi Pembangunan Kesehatan Daerah .....</b>	<b>42</b>
<b>4.8 Misi Pembangunan Kesehatan Daerah .....</b>	<b>47</b>

4.9	Strategi Pembangunan Kesehatan.....	47
	<b>4.10.1 Pelaku Lintas Sektoral (Lintas SKPD) .....</b>	<b>48</b>
	<b>4.10.2 Pelaku Dinas Kesehatan.....</b>	<b>48</b>
	<b>4.10.3 Peran Serta Masyarakat: (termasuk LSM dan Forum Kabupaten Sehat) .....</b>	<b>48</b>
	<b>4.10.4 Peran Serta Swasta.....</b>	<b>49</b>
	<b>4.10.5 Strategi untuk Peningkatan Status Kesehatan Dan Gizi Masyarakat:.....</b>	<b>49</b>
	<b>4.10.6 Strategi untuk Menurunkan Angka Kesakitan Akibat Penyakit Menular .....</b>	<b>49</b>
	<b>4.10.7 Strategi untuk Meningkatkan Penyediaan Anggaran Publik untuk Kesehatan Terutama Penduduk Miskin ...</b>	<b>49</b>
	<b>4.10.8 Strategi untuk Meningkatkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Tingkat Rumah Tangga .....</b>	<b>50</b>
	<b>4.10.9 Strategi untuk Meningkatkan Responsif Terhadap Krisis Kesehatan Akibat Bencana dan Kejadian Luar Biasa ...</b>	<b>50</b>
	<b>4.10.10 Strategi untuk Meningkatkan Kepuasan Masyarakat Terhadap Pelayanan Publik Bidang Kesehatan .....</b>	<b>50</b>
	<b>4.10.11 Program Pembangunan Kesehatan Daerah.....</b>	<b>51</b>
4.11	Analisis dan Proyeksi Sumber Anggaran Bidang Kesehatan Daerah.....	58
BAB V PENUTUP.....		64
DAFTAR PUSTAKA.....		65



## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1.	Luas Wilayah Kabupaten/Kota .....	20
Tabel 3.2.	Luas Wilayah dan Kepadatan Penduduk di Kabupaten/Kota Tahun 2015 .....	22
Tabel 3.4.	Jumlah Penduduk dan Rasio Jenis Kelamin di Kabupaten/Kota Tahun 2015 .....	23
Tabel 3.5.	Jumlah Penduduk Menurut Kelompok Umur di Kabupaten/Kota Tahun 2015 .....	24
Tabel 3.6.	Jumlah Sekolah TK, SD, SMP dan SMU/SMK Berdasarkan Kecamatan di Kabupaten/Kota Tahun 2015 .....	27
Tabel 3.7.	Sarana Ibadah di Kabupaten/Kota Tahun 2015 .....	28
Tabel 3.8.	Sarana Kesehatan di Kabupaten/Kota Tahun 2015 .....	29
Tabel 3.9.	Jumlah SDM 3 Rumah Sakit Pemerintah dan Puskesmas di Kabupaten/Kota Tahun 2015 .....	35
Tabel 3.10.	Status Gizi Balita di Kabupaten/Kota Tahun 2013-2015 .....	37
Tabel 3.11.	Pemetaan Program Pembangunan Kesehatan .....	51
Tabel 3.12.	Kegiatan 1 : Peningkatan Status Kesehatan Dan Gizi Masyarakat .....	52
Tabel 3.13.	Kegiatan 2 : Penurunan Angka Kesakitan Akibat Penyakit Menular .....	54
Tabel 3.14.	Kegiatan 3 : Peningkatan Penyediaan Anggaran Publik untuk Kesehatan Terutama Penduduk Miskin .....	56
Tabel 3.15.	Kegiatan 4 : Peningkatan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Tingkat Rumah Tangga .....	57
Tabel 3.16.	Kegiatan 5 : Peningkatan Responsif Terhadap Krisis Kesehatan Akibat Bencana dan Kejadian Luar Biasa .....	57
Tabel 3.17.	Kegiatan 6 : Peningkatan Kepuasan Masyarakat Terhadap Pelayanan Publik Bidang Kesehatan .....	58
Tabel 3.18.	Anggaran Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2012-2015 .....	59
Tabel 3.19.	Realisasi Pengelolaan Anggaran Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2012-2015 .....	60
Tabel 3.20.	Presentase Penyerapan Anggaran Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2012-2015 .....	61
Tabel 3.21.	Estimasi Anggaran Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2016-2020 .....	62
Tabel 3.22.	Retribusi Pelayanan Kesehatan RSUD Majalaya dan RSUD Cicalengka Tahun 2012-2015 .....	62

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1. Peta Kabupaten/Kota .....	19
---------------------------------------	----

## DAFTAR GRAFIK

Grafik 3.1.	Rata-rata Curah Hujan/Hari dalam Bulan di Kabupaten/Kota Tahun 2014 dan 2015 (mm/hari).....	21
Grafik 3.3.	Kepadatan Penduduk menurut Kecamatan di Kabupaten/Kota Tahun 2015.....	23
Grafik 3.4.	Angka Harapan Hidup Kabupaten/Kota Tahun 2011-2015 (dalam tahun).....	25
Grafik 3.5.	Laju Pertumbuhan Ekonomi Kabupaten/Kota Tahun 2012-2015.....	26
Grafik 3.6.	Jumlah Sekolah TK, SD, SMP dan SMU/SMK Negeri dan Swasta di Kabupaten/Kota Tahun 2015.....	27
Grafik 3.7.	Jumlah Kunjungan Pasien di 3 Rumah Sakit Pemerintah Kabupaten/Kota Tahun 2013-2015.....	31
Grafik 3.8.	BOR Rumah Sakit Pemerintah di Kabupaten/Kota Tahun 2011-2015 .....	32
Grafik 3.9.	ALOS Rumah Sakit Pemerintah di Kabupaten/Kota Tahun 2015.....	33
Grafik 3.10.	Tren Anggaran Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2012-2015 .....	60



## **BAB I PENDAHULUAN**

Undang-Undang Dasar (UUD) 1945 mengatur bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan (Pasal 28H). Selanjutnya pada pasal 34 dinyatakan bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Amanat UUD 1945 tersebut diperjelas kembali dalam Undang-Undang (UU) No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang menyatakan bahwa setiap orang berhak atas kesehatan. Oleh karena itu, pemerintah bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat. Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis.

Dalam Undang-Undang Republik Indonesia No. 23 Tahun 2014 tentang pemerintahan daerah, memutuskan dan menetapkan beberapa pasal, salah satunya adalah Otonomi Daerah adalah hak, wewenang, dan kewajiban daerah otonom untuk mengatur dan mengurus sendiri Urusan Pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat dalam sistem Negara Kesatuan Republik Indonesia. Berdasarkan hal tersebut maka pemerintah daerah dituntut lebih kreatif dan inovatif dalam pengelolaan pembangunan, termasuk pembangunan kesehatan.

Arah kebijakan pembangunan nasional 2015-2019 yang terkait dengan kesehatan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019 adalah meningkatkan kualitas sumber daya manusia dan kesejahteraan rakyat yang berkeadilan yang tercermin pada meningkatnya akses dan kualitas pelayanan kesehatan, terutama pada ibu, anak, remaja, dan lansia; meningkatnya pelayanan gizi masyarakat yang berkualitas; meningkatnya efektivitas pencegahan dan

pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan, serta berkembangnya jaminan kesehatan.

Mengacu pada dokumen perencanaan nasional tersebut, Propinsi Jawa Barat menuangkan salah satu sasaran visi Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah (RPJPD) Propinsi Jawa Barat Tahun 2005-2025 yaitu terwujudnya derajat kesehatan masyarakat yang sehat baik di wilayah perkotaan maupun pedesaan dan perbaikan kualitas lingkungan fisik, sosial dan budaya serta pemerataan pelayanan kesehatan terpadu. RPJPD Kabupaten/Kota Tahun 2005-2025 menetapkan tujuan jangka panjangnya yaitu meningkatnya derajat kesehatan masyarakat dengan sasaran berupa meningkatnya pola hidup sehat dan kualitas kesehatan lingkungan dan tersedianya dayadukung sarana dan prasarana kesehatan dan olahraga.

Kabupaten/Kota merupakan salah satu kabupaten yang sebagian wilayahnya ditetapkan sebagai metropolitan Bandung Raya yaitu kesatuan wilayah perkotaan yang terbentuk karena aglomerasi kegiatan ekonomi, aglomerasi aktivitas sosial masyarakat, aglomerasi lahan terbangun dan aglomerasi penduduk mencapai 5,8 juta jiwa.

Dalam upaya mengatasi permasalahan kesehatan di Kabupaten/Kota maka perlu adanya arahan yang jelas, strategi yang tepat, fokus dan terukur yang diselaraskan dengan visi dan misi Kabupaten/Kota. Kabupaten/Kota berusaha membangun dengan Visi:

*“Terwujudnya Kabupaten yang Maju, Mandiri dan Berdaya Saing, melalui Tata Kelola Pemerintahan yang Baik dan Pemantapan Pembangunan Perdesaan, Berlandaskan Religius, Kultural dan Berwawasan Lingkungan.*

Misi Kabupaten/Kotatelah ditetapkan sebagai berikut:

1. Meningkatkan profesionalisme birokrasi;
2. Meningkatkan kualitas SDM (pendidikan dan kesehatan) yang berlandaskan iman dan takwa serta melestarikan budaya Sunda;
3. Memantapkan pembangunan perdesaan;
4. Meningkatkan keamanan dan ketertiban wilayah;
5. Meningkatkan ketersediaan infrastruktur dan keterpaduan tata ruang wilayah;

6. Meningkatkan ekonomi kerakyatan yang berdaya saing;
7. Memulihkan keseimbangan lingkungan dan menerapkan pembangunan yang berkelanjutan.

Dalam mencapai Visi Kabupaten/Kota dan menjalankan misinya, sektor kesehatan merupakan sektor penting, karena Visi tidak akan terwujud apabila kondisi penduduk Kabupaten/Kota tidak sehat. Oleh karena itu sektor kesehatan perlu direncanakan sebaik-baiknya agar berbagai hambatan dan kendala sektor kesehatan dapat diatasi.

Pengembangan kebijakan pembangunan kesehatan sangatlah penting mengingat penyelenggaraan pembangunan kesehatan pada saat ini semakin kompleks sejalan dengan permasalahan, perkembangan demokrasi, desentralisasi dan tuntutan globalisasi yang semakin meningkat.

Selanjutnya, untuk dapat menjalankan peran secara optimal maka sektor kesehatan perlu menggunakan konsep *good governance* secara baik. Dalam konsep *good governance*, pihak pemerintah yang memiliki 3 peran kunci, yakni sebagai: (1) regulator; (2) pemberi dana; dan (3) pelaksana. Sebagai regulator pemerintah harus menjadi wasit yang adil dalam sistem pelayanan kesehatan di wilayahnya, harus menyediakan aturan- aturan dasar yang tujuannya adalah untuk menjamin bahwa sistem bisa berjalan secara adil dan melindungi masyarakat untuk mencapai status kesehatan masyarakat yang optimal. Sebagai pemberi dana, pemerintah harus menjamin bahwa layanan kesehatan yang diperlukan oleh masyarakat dapat diakses oleh seluruh masyarakat, sehingga jika terjadi *barier* ekonomi dari kelompok masyarakat yang miskin, maka pemerintah harus bertanggung jawab untuk menyediakan dana dan atau membuat sistem supaya pelayanan kesehatan dapat diakses oleh penduduk miskin dengan kualitas yang baik. Sebagai pelaksana, maka pemerintah menyediakan layanan kesehatan bagi masyarakat, terutama bagi segmen tertentu yaitu masyarakat miskin dan rentan.

Selain menggunakan konsep *good governance* secara baik, dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan harus sistematis dan berkesinambungan dengan melibatkan partisipasi aktif stakeholders dan seluruh potensi masyarakat. Dengan demikian, seluruh stakeholders yang terkait dengan pembangunan bidang kesehatan perlu bekerja secara bersama-sama, saling membantu, saling berkomunikasi, saling

bersinergidan saling mengisi sesuai dengan tugas dan fungsinya masing-masing.

Sektor kesehatan masih dihadapkan pada berbagai permasalahan yang terkait dengan permasalahan kesehatan masyarakat (*public health problems*), permasalahan pelayanan kesehatan (*health provider problems*), maupun permasalahan pada aspek determinan kesehatan (*health determinant problems*). Oleh karena itu perlu disusun suatu perencanaan induk bidang kesehatan atau *Master Plan* Kesehatan yang akan memuat visi dan misi pembangunan kesehatan, arahan, indikasi program dan kegiatan dalam jangka waktu 5 tahun. Pelaksanaan program dan kegiatan sebagai upaya untuk mengatasi berbagai masalah permasalahan tersebut perlu disusun dengan terencana, sistematis dan terpadu agar pelaksanaan program kesehatan lebih terarah dan terukur.

*Master Plan* Kesehatan Kabupaten/Kota merupakan acuan dalam melaksanakan pembangunan kesehatan daerah. Pembangunan kesehatan sebagai bagian dari pembangunan nasional merupakan upaya yang dilakukan oleh semua komponen dalam rangka mencapai tujuan bernegara (UU No. 23 tahun 2014). Pembangunan kesehatan itu sendiri membutuhkan suatu perencanaan. Perencanaan adalah suatu proses untuk menentukan tindakan masa depan yang tepat, melalui urutan pilihan, dengan memperhitungkan sumber daya yang tersedia. Pembangunan kesehatan itu sendiri tidak dapat dilaksanakan oleh salah satu sektor, atau dalam hal ini dinas teknis yang terkait secara langsung adalah Dinas Kesehatan. Sebagian upaya kesehatan, terutama determinan kesehatan terletak pada sektor lain, sehingga membutuhkan suatu sinergisme perencanaan antar sektor. Oleh karenanya dibutuhkan suatu *Master Plan* Kesehatan Kabupaten/Kota yang sejalan dengan perencanaan kabupaten yang dapat memberikan acuan bagi Satuan Kerja Perangkat Daerah Lain non kesehatan, swasta dan masyarakat di Kabupaten/Kota dalam menyusun perencanaan yang berkaitan dengan kesehatan.

Penyusunan *Master Plan* Kesehatan Kabupaten/Kota tidak terlepas dari UU No. 23 tahun 2014, serta dokumen perencanaan yang terkait lainnya. Diharapkan Dokumen *Master Plan* Kesehatan Kabupaten/Kota dapat berfungsi sebagai pedoman sektor kesehatan di Kabupaten/Kota dan dapat dipergunakan oleh semua lembaga pemerintah dan swasta di sektor kesehatan.



Penyusunan *Master Plan* Kesehatan Kabupaten/Kota ini bertujuan untuk menggambarkan rencana sektor kesehatan untuk mencapai Visi dan melaksanakan Misi Pembangunan Jangka Menengah Kabupaten/Kota.

*Master Plan* Kesehatan Kabupaten/Kota ini dapat dijadikan sebagai pedoman bagi lembaga-lembaga pemerintah, swasta dan masyarakat, serta perorangan yang berperan dalam sektor kesehatan di Kabupaten/Kota.

Penyusunan *Master Plan* Kesehatan Kabupaten/Kota berdasarkan:

1. Undang-Undang No. 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional;
2. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah;
4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak;
5. Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular;
6. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional;
7. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan;
8. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 42 tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Imunisasi;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2014 tentang Panduan Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 45 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan

Surveilans Kesehatan;

14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional;
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratma, Tempat Praktik Dokter Mandiri, Tempat Praktik Dokter Gigi Mandiri;
18. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1479/Menkes/SK/X/2003 tentang Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Penyakit Menular dan Penyakit Tidak Menular Terpadu;
19. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1116/Menkes/SK/VIII/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi;
20. Peraturan Daerah Kabupaten/Kota No. 15 Tahun 2011 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan Milik Pemerintah Daerah Di Luar Rumah Sakit;
21. Peraturan Bupati Bandung Nomor 24 Tahun 2009 tentang Pedoman Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM) Bagi Keluarga Miskin Daerah (Gakinda) Di Lingkungan Pemerintah Kabupaten/Kota;
22. Peraturan Bupati Bandung Nomor 27 Tahun 2009 tentang Penataan Pelayanan Kesehatan pada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota;
23. Peraturan Bupati Bandung Nomor 28 Tahun 2009 tentang Penetapan Sarana Pelayanan Kesehatan Dengan Kesulitan Pemenuhan Kebutuhan Tenaga Medis;
24. Peraturan Bupati Bandung Nomor 30 Tahun 2009 tentang Pelayanan Kesehatan Tertentu Di Kabupaten/Kota;
25. Peraturan Bupati Bandung Nomor 8 Tahun 2010 tentang Pedoman

Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM) Bagi Keluarga Miskin Daerah (Gakinda) Di Lingkungan Pemerintah Kabupaten/Kota;

26. Peraturan Bupati Bandung Nomor 10 Tahun 2010 tentang Petunjuk Pelaksanaan Dan Petunjuk Teknis Peraturan Daerah Kabupaten/Kota Nomor 8 Tahun 2009 Tentang Kesehatan Ibu, Bayi Baru Lahir, Bayi Dan Anak Balita (KIBBLA) di Kabupaten/Kota;
27. Peraturan Bupati Bandung Nomor 36 Tahun 2010 tentang Perubahan Atas Peraturan Bupati Bandung Nomor 2 Tahun 2010 Tentang Petunjuk Pelaksanaan Dan Petunjuk Teknis Peraturan Daerah Kabupaten/Kota No. 23 Tahun 2009 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan Pada Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten/Kota;
28. Peraturan Bupati Bandung Nomor 45 Tahun 2010 tentang Pendayagunaan Website Di Lingkungan Pemerintah Kabupaten/Kota;
29. Peraturan Bupati Bandung Nomor 55 Tahun 2010 tentang Pedoman Pengelolaan Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBHCHT) Kabupaten/Kota;
30. Peraturan Bupati Bandung Nomor 27 Tahun 2011 tentang Implementasi Sistem e- Procurement Di Lingkungan Pemerintah Kabupaten/Kota;
31. Peraturan Bupati Bandung Nomor 32 Tahun 2011 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan Di Lingkungan Pemerintah Kabupaten/Kota;
32. Peraturan Bupati Bandung Nomor 32 Tahun 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Pelayanan Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) Di Lingkungan Pemerintah Kabupaten/Kota.
33. Peraturan Bupati Bandung Nomor 24 Tahun 2014 Tentang Perubahan Atas Peraturan Bupati No. 36 Tahun 2011 Tentang Pedoman Pelaksanaan Pelayanan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) Di Lingkungan Pemerintah Kabupaten/Kota;
34. Peraturan Bupati Bandung Nomor 26 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu Di Luar Penerima;

35. Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Bagi Penerima SKTM Kesehatan di Lingkungan Pemerintah Kabupaten/Kota;
36. Peraturan Bupati Bandung Nomor 65 Tahun 2014 Tentang Pedoman Penerapan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Di Kabupaten/Kota.

Hubungan dan keterkaitan dengan dokumen perencanaan lainnya dalam *Master Plan* pembangunan kesehatan sebagaimana dijabarkan dalam Undang-undang Nomor 25 Tahun 2004 Pasal 5 adalah sebagai berikut :

1. *Master Plan* Pembangunan Kesehatan mengacu pada RPJM Nasional tahun 2015- 2019 dan RPJPD Provinsi Jawa Barat tahun 2005-2025
2. *Master Plan* Pembangunan Kesehatan mengacu kepada RPJMD Kabupaten/Kota tahun 2010-2015
3. *Master Plan* Pembangunan Kesehatan merupakan acuan utama Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD) untuk sektor kesehatan yang merupakan rencana tahunan, memuat rancangan kerangka pembangunan Daerah, prioritas pembangunan Daerah, rencana kerja, dan pendanaan, baik yang dilaksanakan langsung oleh Pemerintah maupun mendorong partisipasi masyarakat.

## **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

Sebagai bekal ilmiah dalam menyusun *master plan* (rencana induk) kami sajikan tinjauan pustaka yang terdiri atas topik pembangunan kesehatan yang berisi ruang lingkup pembangunan kesehatan dan peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan.

### **2.1 Pembangunan Kesehatan**

Pembangunan kesehatan merupakan bagian dari pembangunan suatu daerah yang memiliki tujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pada pelaksanaannya pembangunan kesehatan merupakan upaya seluruh potensi, baik masyarakat, swasta maupun pemerintah.

Selain itu, pembangunan kesehatan harus diimbangi dengan intervensi perilaku yang memungkinkan masyarakat lebih sadar, mau dan mampu melakukan hidup sehat sebagai prasyarat pembangunan yang berkelanjutan (*sustainable development*). Untuk menjadikan masyarakat mampu hidup sehat, masyarakat harus dibekali dengan pengetahuan tentang cara-cara hidup sehat. Oleh sebab itu promosi kesehatan hendaknya dapat berjalan secara integral dengan berbagai aktivitas pencapaian MDGs dan mewujudkan jaminan kesehatan masyarakat semesta.

Arah pembangunan kesehatan adalah: a). Pembangunan kesehatan adalah bagian integral dari pembangunan; b). Pelayanan kesehatan baik oleh pemerintah maupun masyarakat harus diselenggarakan secara bermutu, adil dan merata dengan memberikan pelayanan khusus kepada penduduk miskin, anak-anak, dan para lanjut usia yang terlantar, baik di perkotaan maupun di pedesaan; c). Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan strategi pembangunan profesionalisme, desentralisasi dan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat dengan memperhatikan berbagai tantangan yang ada saat ini; d). Upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan masyarakat dilaksanakan melalui program peningkatan perilaku hidup sehat, pemeliharaan lingkungan sehat, pelayanan kesehatan dan didukung oleh sistem pengamatan, Informasi dan manajemen yang handal; e). Pengadaan dan peningkatan prasarana dan sarana kesehatan terus dilanjutkan; f).

Tenaga yang mempunyai sikap, etis dan profesional, juga memiliki semangat pengabdian yang tinggi kepada bangsa dan negara, berdisiplin, kreatif, berilmu dan terampil, berbudi luhur dan dapat memegang teguh etika profesi; g). Meningkatkan mutu sumber daya manusia dan lingkungan yang saling mendukung dengan pendekatan paradigma sehat, yang memberikan prioritas pada upaya peningkatan kesehatan pencegahan, penyembuhan, pemulihan dan rehabilitasi sejak pembuahan dalam kandungan sampai lanjut usia; h). Meningkatkan dan memelihara mutu lembaga dan pelayanan kesehatan melalui pemberdayaan sumber daya manusia secara berkelanjutan dan sarana prasarana dalam bidang medis, termasuk ketersediaan obat yang dapat dijangkau oleh masyarakat; i). Mengembangkan sistem jaminan sosial tenaga kerja bagi seluruh tenaga kerja untuk mendapatkan perlindungan, keamanan, dan keselamatan kerja yang memadai, yang pengelolaannya melibatkan pemerintah, perusahaan dan pekerja; j). Membangun ketahanan sosial yang mampu memberi bantuan penyelamatan dan pemberdayaan terhadap penyandang masalah kesejahteraan sosial dan korban bencana serta mencegah timbulnya gizi buruk dan turunnya kualitas generasi muda; k). Membangun apresiasi terhadap penduduk lanjut usia dan veteran untuk menjaga harkat martabatnya serta memanfaatkan pengalamannya; l). Meningkatkan kepedulian terhadap penyandang cacat, fakir miskin dan anak-anak terlantar, serta kelompok rentan sosial melalui penyediaan lapangan kerja yang seluas-luasnya dalam rangka meningkatkan kesejahteraan masyarakat; m). Meningkatkan kualitas penduduk melalui pengendalian kelahiran, memperkecil angka kematian, peningkatan kualitas program keluarga berencana; n). Memberantas secara sistematis perdagangan dan penyalahgunaan narkotik dan obat-obatan terlarang dengan memberikan sanksi yang seberat-beratnya kepada produsen, pengedar dan pemakai.

Strategi umum pembangunan kesehatan untuk mencapai tujuan dan upaya pokok pembangunan kesehatan, adalah:

1. Pembangunan berwawasan kesehatan, yaitu merupakan upaya untuk memenuhi salah satu hak dasar rakyat yang sangat fundamental dan juga sekaligus sebagai investasi pembangunan. Dengan demikian pembangunan kesehatan merupakan bagian dari pembangunan daerah. Diharapkan setiap program pembangunan yang terkait dengan pembangunan kesehatan, dapat memberikan kontribusi yang positif terhadap tercapainya nilai-nilai dasar

pembangunan kesehatan.

Pada pembangunan berwawasan kesehatan, perlu dilaksanakan kegiatan advokasi, sosialisasi, orientasi, kampanye dan pelatihan, sehingga semua penyelenggara pembangunan (*stakeholders*) memahami dan mampu melaksanakan pembangunan berwawasan kesehatan. Selain itu perlu pula dilakukan penjabaran lebih lanjut dari pembangunan berwawasan kesehatan, sehingga benar-benar dapat dilaksanakan dan diukur tingkat pencapaian dan dampak yang dihasilkan.

2. Pemberdayaan Masyarakat dan Daerah. Masyarakat memiliki peran penting dalam pembangunan kesehatan. Masalah kesehatan perlu diatasi oleh masyarakat sendiri dan pemerintah. Selain itu, banyak permasalahan kesehatan yang wewenang dan tanggung jawabnya berada di luar sektor kesehatan. Untuk itu perlu adanya kemitraan antar berbagai *stakeholders* pembangunan kesehatan terkait. Pemberdayaan masyarakat pada hakekatnya adalah melibatkan masyarakat untuk aktif dalam pengabdian masyarakat (*to serve*), aktif dalam pelaksanaan advokasi kesehatan (*to advocate*), dan aktif dalam mengkritisi pelaksanaan upaya kesehatan (*to watch*).

Penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan harus berangkat dari masalah dan potensi spesifik daerah. Oleh karenanya dalam pembangunan kesehatan diperlukan adanya pendelegasian wewenang yang lebih besar kepada daerah. Kesiapan daerah dalam menerima dan menjalankan kewenangannya dalam pembangunan kesehatan, sangat dipengaruhi oleh tingkat kapasitas daerah yang meliputi perangkat organisasi serta sumber daya manusianya. Untuk itu harus dilakukan penetapan yang jelas tentang peran pemerintah pusat dan pemerintah daerah di bidang kesehatan, upaya kesehatan yang wajib dilaksanakan oleh daerah, dan pengembangan serta pemberdayaan SDM daerah.

3. Pengembangan Upaya dan Pembiayaan Kesehatan. Pengembangan upaya kesehatan, yang mencakup upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan diselenggarakan sesuai dengan kebutuhan masyarakat (*client*

oriented), dan dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu, berkelanjutan, merata, terjangkau, berjenjang, profesional, dan bermutu. Penyelenggaraan upaya kesehatan diutamakan pada upaya pencegahan dan peningkatan kesehatan, tanpa mengabaikan upaya pengobatan dan pemulihan kesehatan. Penyelenggaraan upaya kesehatan dilakukan dengan prinsip kemitraan antara pemerintah, masyarakat, dan swasta.

Re-orientasi upaya kesehatan perlu dilakukan untuk menghadapi lingkungan strategis pembangunan kesehatan, yaitu yang berorientasi terutama pada desentralisasi, globalisasi, perubahan epidemiologi, dan menghadapi keadaan bencana. Pengembangan upaya kesehatan perlu menggunakan teknologi kesehatan/kedokteran dan informatika yang semakin maju, antara lain: pembuatan berbagai vaksin, pemetaan dan test dari gen, terapi gen, tindakan dengan intervensi bedah yang minimal, transplantasi jaringan, otomatisasi administrasi kesehatan/kedokteran, upaya klinis dan rekammedis dengan dukungan komputerasi, serta telekomunikasi jarak jauh (*tele-health*). Puskesmas harus mampu melaksanakan fungsinya sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat, dan pusat pelayanan kesehatan strata pertama.

Pembiayaan kesehatan yang berasal dari berbagai sumber, baik dari pemerintah, masyarakat, dan swasta harus mencukupi bagi penyelenggaraan upaya kesehatan, dan dikelola secara berhasil-guna dan berdaya-guna. Jaminan kesehatan untuk menjamin terpelihara dan terlindunginya masyarakat dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan, diselenggarakan secara dengan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Peran swasta dalam upaya kesehatan perlu terus dikembangkan secara strategis dalam konteks pembangunan kesehatan secara keseluruhan. Interaksi upaya publik dan sektor swasta penting untuk ditingkatkan secara bertahap.

4. Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan. Pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat tidak akan terwujud apabila tidak didukung oleh sumber daya manusia kesehatan yang mencukupi jumlahnya, dan profesional, yaitu sumber



daya manusia kesehatan yang mengikuti perkembangan IPTEK, menerapkan nilai-nilai moral dan etika profesi yang tinggi. Semua tenaga kesehatan dituntut untuk selalu menjunjung tinggi sumpah dan kode etik profesi.

Dalam pelaksanaan strategi ini dilakukan perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan, penentuan standar kompetensi bagi tenaga kesehatan, pelatihan atau upaya peningkatan kualitas tenaga lainnya yang berdasarkan kompetensi, registrasi, akreditasi, dan legislasi tenaga kesehatan. Di samping itu, perlu pula dilakukan upaya untuk pemenuhan hak-hak tenaga kesehatan termasuk pengembangan karirnya. Upaya pengadaan tenaga kesehatan dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan serta dinamika pasar di era globalisasi.

5. Penanggulangan Keadaan Darurat Kesehatan. Keadaan darurat kesehatan dapat terjadi karena bencana, baik bencana alam maupun bencana karena ulah manusia, termasuk konflik sosial. Keadaan darurat kesehatan akan mengakibatkan dampak yang luas, tidak saja pada kehidupan masyarakat di daerah bencana, namun juga pada kehidupan bangsa dan negara. Oleh karenanya penanggulangan keadaan darurat kesehatan yang mencakup upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan, dilakukan secara komprehensif, mitigasi serta didukung kerjasama lintas sektor dan peran aktif masyarakat.

## **2.2 Peran Masyarakat dalam Pembangunan Kesehatan**

Tujuan pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal melalui terciptanya masyarakat, bangsa dan negara Indonesia yang ditandai penduduk yang hidup dengan perilaku dan dalam lingkungan sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang optimal.

Dalam mencapai tujuan tersebut, ada peran strategis masyarakat dalam pembangunan kesehatan di seluruh daerah. Beberapa peran strategis tersebut

adalah:

1. Peran Serta Masyarakat sebagai suatu Kebijakan. Penganut paham ini berpendapat bahwa peran serta masyarakat merupakan suatu kebijaksanaan yang tepat dan baik untuk dilaksanakan. Paham ini dilandasi oleh suatu pemahaman bahwa masyarakat yang potensial dikorbankan atau terkorbankan oleh suatu proyek pembangunan memiliki hak untuk dikonsultasikan (*right to beconsulted*).
2. Peran Serta Masyarakat sebagai Strategi. Penganut paham ini mendalilkan bahwa peran serta masyarakat merupakan strategi untuk mendapatkan dukungan masyarakat (public support). Pendapat ini didasarkan kepada suatu paham bahwa bila masyarakat merasa memiliki akses terhadap pengambilan keputusan dan kepedulian masyarakat kepada pada tiap tingkatan pengambilan keputusan didokumentasikan dengan baik, maka keputusan tersebut akan memiliki kredibilitas.
3. Peran Serta Masyarakat sebagai Alat Komunikasi. Peran serta masyarakat didayagunakan sebagai alat untuk mendapatkan masukan berupa informasi dalam proses pengambilan keputusan. Persepsi ini dilandasi oleh suatu pemikiran bahwa pemerintah dirancang untuk melayani masyarakat, sehingga pandangan dan preferensi dari masyarakat tersebut adalah masukan yang bernilai guna mewujudkan keputusan yang responsif.
4. Peran Serta Masyarakat sebagai Alat Penyelesaian Sengketa. Dalam konteks ini peran serta masyarakat didayagunakan sebagai suatu cara untuk mengurangi atau meredakan konflik melalui usaha pencapaian konsensus dari pendapat-pendapat yang ada. Asumsi yang melandasi persepsi ini adalah bertukar pikiran dan pandangan dapat meningkatkan pengertian dan toleransi serta mengurangi rasa ketidakpercayaan (misstrust) dan kerancuan (biasess).
5. Peran Serta Masyarakat sebagai Terapi. Menurut persepsi ini, peran serta masyarakat dilakukan sebagai upaya untuk "mengobati" masalah-masalah psikologis masyarakat seperti halnya perasaan ketidak berdayaan (*sense of powerlessness*), tidak percaya diri dan perasaan bahwa diri mereka bukan

komponen penting dalam masyarakat.

Secara teoritis, terdapat dua paham teori yang terkait dengan peran masyarakat dalam pembangunan kesehatan. Teori *Participatory Democracy*, yang menggugat paham teori *Elite Democracy* (Gibson, 1981). Paham *Elite Democracy* melihat hakekat manusia sebagai makhluk yang mementingkan diri sendiri, pemburu kepuasan diri pribadi dan menjadi tidak rasional terutama jika mereka dalam kelompok. Oleh karena itu, dalam hal terjadi konflik kepentingan antara kelompok-kelompok dalam masyarakat, maka pembuatan keputusan sepenuhnya merupakan kewenangan dari kelompok elite yang menjalankan pemerintahan. Kalaupun peran serta masyarakat itu ada, pelaksanaannya hanya terjadi pada saat pemilihan mereka-mereka yang duduk dalam pemerintahan.

Paham *Participatory Democracy* sebaliknya berpendapat bahwa manusia pada hakekatnya mampu menyelaraskan kepentingan pribadi dengan kepentingan sosial. Penyelarasan kedua macam kepentingan tersebut dapat terwujud jika proses pengambilan keputusan menyediakan kesempatan seluas- luasnya kepada mereka untuk mengungkapkan kepentingan dan pandangan mereka. Proses pengambilan keputusan, yang menyediakan kelompok kepentingan untuk berperan serta didalamnya, dapat mengantarkan kelompok- kelompok yang berbeda kepentingan mereka satu sama lain. Dengan demikian, perbedaan kepentingan dapat dijabatani.

## **BAB III**

### ***METODE PENYUSUNAN MASTER PLAN PEMBANGUNAN KESEHATAN TINGKAT KABUPATEN/KOTA***

#### **3.1 Desain Penelitian**

Desain penelitian yang dipergunakan dalam penyusunan rencana induk merupakan penelitian operasional dengan pendekatan kualitatif. Desain ini dipilih karena proses penyusunan rencana induk merupakan proses berkesinambungan, membutuhkan masukan banyak pihak, dan bertujuan menyusun dokumen yang disepakati pihak-pihak yang terlibat untuk diajukan kepada pihak yang berwenang. Metode kualitatif yang dipergunakan adalah metode fenomenologi atas dasar pertimbangan memahami dan mereview berbagai fenomena pembangunan kesehatan serta berbagai determinan yang mempengaruhinya.

#### **3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Lokasi penelitian dalam penyusunan rencana induk pembangunan kesehatan tingkat kabupaten/kota disesuaikan dengan lokasi yang dimaksudkan dan ditulis lengkap nama kabupaten/kota serta provinsinya.

#### **3.3 Sumber Data dan Narasumber/Informan Penelitian**

##### **Sumber Data**

Untuk menyusun rencana induk pembangunan kesehatan memerlukan sumber data yang kredibel dan telah diakui oleh berbagai pihak yaitu:

- 1) Peraturan perundang-undangan dan kebijakan terkait pembangunan kesehatan dari Kementrian Kesehatan dan Dinas Kesehatan Tingkat Provinsi
- 2) Peraturan perundang-undangan dan kebijakan terkait pembangunan daerah dari pemerintah pusat, pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota yang bersangkutan
- 3) Dokumen Perencanaan Pembangunan Kesehatan periode sebelumnya dan data hasil-hasil pembangunan kesehatan dari kabupaten/kota yang bersangkutan
- 4) Data umum daerah termasuk dari buku Statistik Dalam Angka dari kabupaten/kota yang bersangkutan
- 5) Data-data lain yang relevan

### Narasumber dan Informan Penelitian

Untuk mendapat informasi yang valid dan reliabel, peneliti harus mendapatkan narasumber dan informan penelitian yang sesuai yaitu pihak-pihak yang selama ini terlibat dalam pembuatan kebijakan pembangun Kesehatan di Kabupaten/kota yang bersangkutan. Jika memungkinkan penelitian diharapkan dapat mewancarai para pembuat kebijakan tertinggi hingga pelaksana operasional di lapangan dan masyarakat secara umum. Jadi narasumber dan informan penelitian yang diharapkan adalah:

- Kepala Daerah: Bupati/Walikota
- Ketua DPRD, Ketua Komisi membidangi Kesehatan, Kepala dan Kepala Bidang Sosial Bappeda
- Kepala Dinas dan para kepala bidang di Dinas Kesehatan
- Para Kepala Rumah Sakit dan Kepala Puskesmas
- Anggota Masyarakat yang mewakili berbagai kalangan seperti: Wanita, lansia, rema, dan para kader Kesehatan

### 3.4 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data disesuaikan dengan jenis data yang dikumpulkan. Data-data kebijakan bisa dikumpulkan secara online atau meminta kepada instansi yang bersangkutan.

Untuk mendapatkan masukan dan aspirasi dari para narasumber dan informan, peneliti dapat mengumpulkan dengan menggunakan teknik wawancara mendalam dan diskusi kelompok terpusat atau *focused group discussion* (FGD). Hal yang sama bisa dilakukan juga anggota masyarakat dengan tidak menutup kemungkinan melakukan survey pengumpulan pendapat dan jaring aspirasi.

### 3.5 Pengolahan dan Analisis Data

Untuk dokumen kebijakan peneliti perlu melakukan review dokumen dan membuat matriks yang sesuai untuk mendapatkan hal-hal penting yang berhubungan dengan penyusunan rencana induk pembangunan kesehatan. Data hasil wawancara dan FGD dapat diolah dengan software pengolahan data kualitatif dan dibuatkan matriks yang sesuai. Data-data kuantitatif berupa angka-angka kondisi Kesehatan dan pencapaian hasil-hasil Pembangunan Kesehatan dapat diolah dengan tabulasi,

penyajian data trend serta proyeksi ke masa depan 5-10 tahun yang akan datang sesuai periode rencana induk pembangunan kesehatan yang disusun.

hubungan antara variable independent dengan dependen. Analisis data ini akan dilakukan secara univariat, bivariat maupun multivariat.



Kabupaten/Kota merupakan salah satu Kabupaten di Provinsi Jawa Barat, dengan luas 1.762,40 Km<sup>2</sup>, yang terdiri dari 31 Kecamatan. Luas wilayah (Km<sup>2</sup>) Kabupaten/Kota dapat dilihat pada tabel 3.1. sebagai berikut :

**Tabel 3.1. Luas Wilayah Kabupaten/Kota**

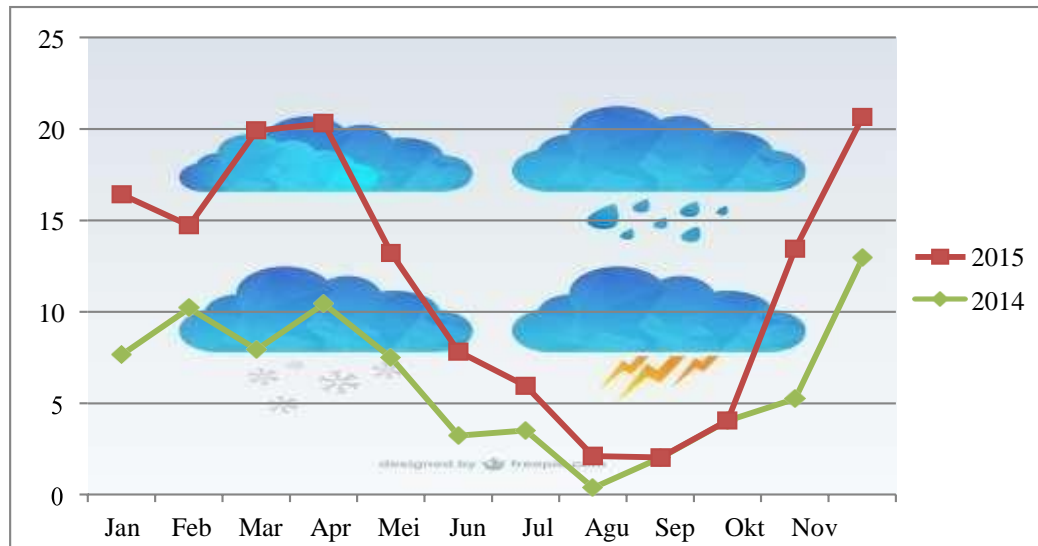
No	Contoh Kecamatan	Luas Wilayah(Km <sup>2</sup> )	Persentase (%)
1.	Ciwidey	48,47	2,75
2.	Rancabali	148,37	8,42
3.	Pasirjambu	239,58	13,59
4.	Cimaung	55,00	3,12
5.	Pangalengan	195,41	11,09
6.	Kertasari	152,07	8,63
7.	Pacet	91,94	5,22
8.	Ibun	54,57	3,10
9.	Paseh	51,03	2,90
10.	Cikancung	40,14	2,28
11.	Cicalengka	35,99	2,04
12.	Nagreg	49,30	2,80
13.	Rancaekek	45,25	2,57
14.	Majalaya	25,36	1,44
15.	Solokanjeruk	24,01	1,36
16.	Ciparay	46,18	2,62
17.	Baleendah	41,56	2,36
18.	Arjasari	64,98	3,69
19.	Banjaran	42,92	2,44
20.	Cangkuang	24,61	1,40
21.	Pameungpeuk	14,62	0,83
22.	Katapang	15,72	0,89
23.	Soreang	25,51	1,45
24.	Kutawaringin	47,30	2,68
25.	Margaasih	18,35	1,04
26.	Margahayu	10,54	0,60
27.	Dayeuhkolot	11,03	0,63
28.	Bojongsoang	27,81	1,58
29.	Cileunyi	31,58	1,79
30.	Cilengkrang	30,12	1,71
31.	Cimencyan	53,08	3,01
<b>Kabupaten/Kota</b>		<b>1.762,40</b>	<b>100</b>

Sumber: BPS-Kabupaten/Kota Dalam Angka, 2016

Sebagian besar wilayah Kabupaten/Kota merupakan wilayah pegunungan, dengan iklim tropis dan curah hujan rata-rata pada tahun 2015 adalah 6,55 mm/hari. Data mengenai rata-rata curah hujan/hari dalam bulan di Kabupaten/Kota pada tahun 2014 dan 2015 dapat terlihat pada grafik 2.1.



**Grafik 3.1. Rata-rata Curah Hujan/Hari dalam Bulan di Kabupaten/Kota Tahun 2014 dan 2015 (mm/hari)**



*Catatan: Data rata-rata curah hujan/hari pada bulan September dan Oktober tahun 2015 tidak tersedia*

Sumber: BPS-Kabupaten/Kota Dalam Angka, 2016

#### 4.1.2 Demografis

##### ***Kepadatan Penduduk***

Berdasarkan data BPS-Kabupaten/Kota dalam Angka 2016, jumlah penduduk Kabupaten/Kota pada tahun 2015 mencapai 3.534.111 jiwa. Dengan luas wilayah sebesar 1.762,40 km<sup>2</sup> maka rata-rata kepadatan penduduk Kabupaten/Kota sebanyak 2.005 jiwa per km<sup>2</sup>, dimana Kecamatan Margahayu memiliki kepadatan yang paling tinggi yaitu sebesar 12.172 jiwa/km<sup>2</sup>, disusul oleh Kecamatan Dayeuhkolot sebesar 10.811 jiwa/km<sup>2</sup> sedangkan Kecamatan Rancabali merupakan kepadatan yang terendah yaitu sebesar 342 jiwa/km<sup>2</sup>, seperti yang terlihat pada tabel 3.2.

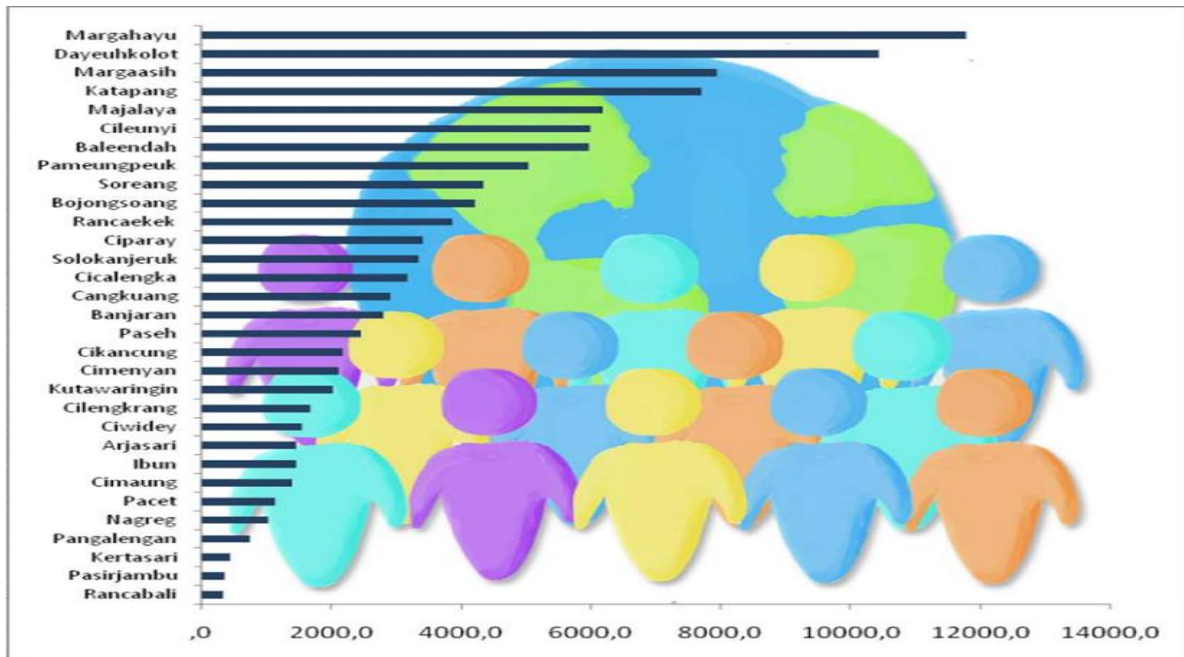
**Tabel 3.2. Luas Wilayah dan Kepadatan Penduduk  
di Kabupaten/Kota Tahun 2015**

No	Kecamatan	Luas Wilayah (km <sup>2</sup> )	Jumlah Penduduk	Kepadatan Penduduk per km <sup>2</sup>
1.	Ciwidey	48,47	77.675	1.603
2.	Rancabali	148,37	50.671	342
3.	Pasirjambu	239,58	85.294	356
4.	Cimaung	55,00	78.708	1.431
5.	Pangalengan	195,41	148.353	759
6.	Kertasari	152,07	69.793	459
7.	Pacet	91,94	109.084	1.186
8.	Ibun	54,57	81.900	1.501
9.	Paseh	51,03	129.987	2.547
10.	Cikancung	40,14	91.150	2.271
11.	Cicalengka	35,99	118.160	3.283
12.	Nagreg	49,30	52.265	1.060
13.	Rancaekek	45,25	180.884	3.997
14.	Majalaya	25,36	162.531	6.409
15.	Solokanjeruk	24,01	83.291	3.469
16.	Ciparay	46,18	163.197	3.534
17.	Baleendah	41,56	256.570	6.173
18.	Arjasari	64,98	98.363	1.514
19.	Banjaran	42,92	124.233	2.895
20.	Cangkuang	24,61	73.949	3.005
21.	Pameungpeuk	14,62	76.138	5.208
22.	Katapang	15,72	125.263	7.968
23.	Soreang	25,51	114.873	4.503
24.	Kutawaringin	47,30	98.767	2.088
25.	Margaasih	18,35	150.971	8.227
26.	Margahayu	10,54	128.293	12.172
27.	Dayeuhkolot	11,03	119.245	10.811
28.	Bojongsoang	27,81	121.285	4.361
29.	Cileunyi	31,58	195.384	6.187
30.	Cilengkrang	30,12	52.359	1.738
31.	Cimendan	53,08	115.475	2.175
<b>Kabupaten/Kota</b>		<b>1.762,40</b>	<b>3.534.111</b>	<b>2.005</b>

Sumber: BPS-Kabupaten/Kota Dalam Angka, 2016

Grafik 3.2 menggambarkan mengenai kepadatan penduduk Kabupaten/Kota menurut kecamatan dari yang tertinggi kepadatan penduduknya sampai kecamatan yang terendah kepadatan penduduknya.

**Grafik 3.2. Kepadatan Penduduk menurut Kecamatan di Kabupaten/Kota Tahun 2015**



Sumber: BPS-Kabupaten/Kota Dalam Angka, 2016

### **Rasio Jenis Kelamin**

Komposisi penduduk Kabupaten/Kota terdiri dari laki-laki berjumlah 1.792.864 jiwa (50,73%) dan perempuan berjumlah 1.741.247 jiwa (49,27%). Sehingga didapat rasio jenis kelamin penduduk Kabupaten/Kota sebesar 102,96%, artinya jumlah penduduk laki-laki 2,96% lebih banyak dibandingkan jumlah penduduk perempuan. Untuk lebih jelasnya mengenai rasio jenis kelamin di Kabupaten/Kota pada tahun 2015 dapat dilihat pada tabel 3.3.

**Tabel 3.3. Jumlah Penduduk dan Rasio Jenis Kelamin di Kabupaten/Kota Tahun 2015**

No.	Kecamatan	Penduduk		Jumlah	Rasio Jenis Kelamin
		Laki-laki	Perempuan		
1.	Ciwidey	39.328	38.347	77.675	102,56
2.	Rancabali	25.338	25.333	50.671	100,02
3.	Pasirjambu	43.557	41.737	85.294	104,36
4.	Cimaung	39.889	38.818	78.708	102,76
5.	Pangalengan	74.517	73.836	148.353	100,92
6.	Kertasari	35.156	34.637	69.793	101,50
7.	Pacet	55.786	53.298	109.084	104,67
8.	Ibun	41.566	40.333	81.900	103,06
9.	Paseh	66.280	63.707	129.987	104,04
10.	Cikancung	46.413	44.737	91.150	103,75
11.	Cicalengka	59.768	58.391	118.160	102,36
12.	Nagreg	26.676	25.589	52.265	104,25
13.	Rancaekek	89.874	91.010	180.884	98,75
14.	Majalaya	83.101	79.429	162.531	104,62

No.	Kecamatan	Penduduk		Jumlah	Rasio Jenis Kelamin
		Laki-laki	Perempuan		
15.	Solokanjeruk	42.005	41.286	83.291	101,74
16.	Ciparay	82.950	80.247	163.197	103,37
17.	Baleendah	130.587	125.984	256.570	103,65
18.	Arjasari	49.678	48.685	98.363	102,04
19.	Banjaran	63.363	60.870	124.233	104,09
20.	Cangkuang	37.585	36.364	73.949	103,36
21.	Pameungpeuk	38.827	37.311	76.138	104,06
22.	Katapang	63.472	61.791	125.263	102,72
23.	Soreang	58.621	56.253	114.873	104,21
24.	Kutawaringin	50.576	48.191	98.767	104,95
25.	Margaasih	76.706	74.265	150.971	103,29
26.	Margahayu	64.554	63.739	128.293	101,28
27.	Dayeuhkolot	60.753	58.492	119.245	103,87
28.	Bojongsoang	61.952	59.333	121.285	104,41
29.	Cileunyi	98.690	96.694	195.384	102,06
30.	Cilengkrang	26.534	25.825	52.359	102,75
31.	Cimendan	58.761	56.715	115.475	103,61
<b>Kabupaten/Kota</b>		<b>1.792.864</b>	<b>1.741.247</b>	<b>3.534.111</b>	<b>102,96</b>

Sumber: BPS-Kabupaten/Kota Dalam Angka, 2016

### ***Jumlah Penduduk Menurut Kelompok Umur***

Jumlah penduduk Kabupaten/Kota dirinci menurut kelompok umur dapat dilihat pada tabel 3.4. Pada tabel tersebut menunjukkan bahwa penduduk di Kabupaten/Kota dengan proporsi terbesar terdapat pada kelompok umur 15-64 tahun dengan proporsi 66,17%. Dengan memperhatikan proporsi jumlah penduduk menurut kelompok umur akan mempengaruhi program yang akan direncanakan dan diimplementasikan oleh sektor kesehatan, sehingga tujuan kesehatan yang berkesinambungan dan merata dapat tercapai.

**Tabel 3.4. Jumlah Penduduk Menurut Kelompok Umur di Kabupaten/Kota Tahun 2015**

Kelompok Umur (tahun)	Jumlah Penduduk	Persentase (%)
0-14	1.046.391	29,61
15-64	2.338.427	66,17
65+	149.292	4,22

Sumber: BPS-Kabupaten/Kota dalam Angka, 2016

### ***Angka Harapan Hidup***

Berdasarkan dokumen BPS-Kabupaten/Kota dalam Angka tahun 2016, Angka Harapan Hidup Kabupaten/Kota mengalami peningkatan setiap tahunnya, sejak tahun 2011 sampai dengan tahun 2015. Trend peningkatan Angka Harapan Hidup di Kabupaten/Kota selama kurun waktu tahun 2011 hingga 2015 dapat dilihat pada grafik 3.3.

**Grafik 3.3. Angka Harapan Hidup Kabupaten/Kota Tahun 2011-2015  
(dalam tahun)**



Sumber: BPS-Kabupaten/Kota Dalam Angka, 2016

Pada tahun 2011, Angka Harapan Hidup di Kabupaten/Kota adalah 70,06 tahun dan tahun 2015 meningkat menjadi 71,03 tahun. Peningkatan Angka Harapan Hidup di Kabupaten/Kota merefleksikan bahwa terjadi peningkatan derajat kesehatan masyarakat Kabupaten/Kota.

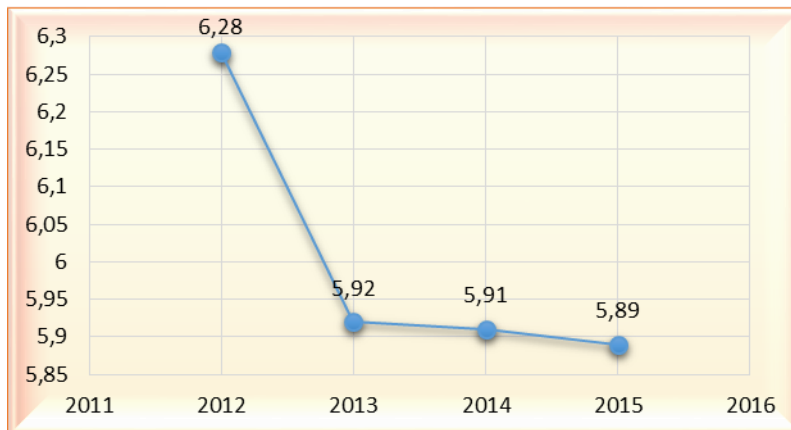
#### **4.2 Perekonomian dan Finansial kewilayahan**

##### ***Produk Domestik Regional Bruto (PDRB)***

Salah satu indikator penting untuk mengetahui kondisi ekonomi di suatu daerah dalam suatu periode tertentu adalah PDRB, baik atas dasar harga berlaku maupun atas dasar harga konstan. PDRB menurut harga berlaku digunakan untuk mengetahui kemampuan sumber daya ekonomi, distribusi, dan struktur ekonomi suatu daerah. Sementara PDRB konstan digunakan untuk mengetahui pertumbuhan ekonomi yang tidak dipengaruhi oleh faktor harga.

Pada tahun 2015, PDRB Kabupaten/Kota atas dasar harga berlaku mencapai 85.793.090,4 juta rupiah, sementara itu di sisi konstan yang tidak dipengaruhi oleh faktor inflasi mencapai 64.696.966,1 juta rupiah. Berdasarkan perhitungan PDRB atas dasar harga konstan, laju pertumbuhan ekonomi Kabupaten/Kota mengalami perlambatan sejak tahun 2013. Pada tahun 2015 sedikit melambat jika dibandingkan dengan tahun 2014, yaitu 5,89 persen pada tahun 2015 dan 5,91 persen pada tahun 2014. Trend laju pertumbuhan ekonomi Kabupaten/Kota sejak tahun 2012 sampai dengan tahun 2015, dapat dilihat pada grafik 3.4 berikut ini.

**Grafik 3.4. Laju Pertumbuhan Ekonomi Kabupaten/Kota Tahun 2012-2015**



Sumber: BPS-Kabupaten/Kota Dalam Angka, 2015, 2016

#### **Angka Beban Tanggungan**

Berdasarkan jumlah penduduk menurut kelompok umur, maka untuk Angka Beban Tanggungan (*Dependency Ratio*) penduduk Kabupaten/Kota pada tahun 2015 sebesar 51,13 yang berarti untuk setiap 100 penduduk Kabupaten/Kota usia produktif (usia 15–64 tahun) menanggung sekitar 51 sampai 52 penduduk usia belum produktif (0–14 tahun) dan usia tidak produktif (65 tahun ke atas).

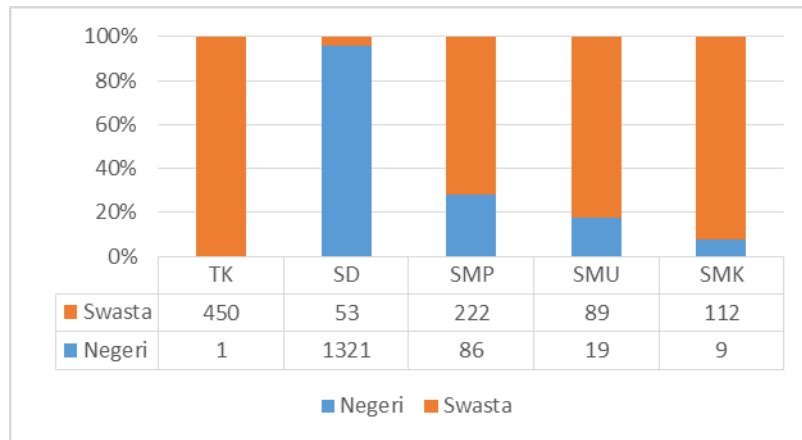
#### **4.4 Tingkat Pendidikan**

Pendidikan merupakan kebutuhan dasar manusia dan merupakan bagian dari suatu proses sosial. Tujuan pendidikan bukan hanya untuk pembangunan dan kesejahteraan individu namun juga untuk kesejahteraan sosial.

Berdasarkan dokumen BPS-Kabupaten/Kota dalam Angka tahun 2016, keadaan pendidikan di Kabupaten/Kota pada tahun 2015 menunjukkan bahwa terdapat 603.477 siswa yang sedang mengikuti pendidikan di beberapa tingkat pendidikan yang tersebar di tingkat pendidikan milik pemerintah dan juga milik swasta. Pada tingkat pendidikan taman kanak-kanan (TK), terdapat 18.077 siswa, sebanyak 356.504 siswa mengikuti pendidikan sekolah dasar (SD). Sedangkan pada tingkat SMP dan tingkat SMU/SMK terdapat 138.811 siswa dan 90.085 siswa.

Sedangkan sarana pendidikan yang ada di Kabupaten/Kota berdasarkan dokumen BPS-Kabupaten/Kota dalam Angka tahun 2016, terdapat 451 TK, 1.374 SD, 308 SMP, 108 SMU dan 121 SMK.

**Grafik 3.5. Jumlah Sekolah TK, SD, SMP dan SMU/SMK Negeri dan Swasta di Kabupaten/Kota Tahun 2015**



Sumber: BPS-Kabupaten/Kota Dalam Angka, 2016

#### 4.5 Kondisi Sosial

Usaha peningkatan kesejahteraan sosial selain dilaksanakan untuk memperbaiki tata kehidupan masyarakat, baik material maupun spiritual juga diarahkan untuk mengatasi masalah pokok dalam kesejahteraan sosial yaitu anak terlantar, anak nakal, korban penyalahgunaan narkotik (narkoba), penyandang cacat, gelandangan, tuna susila, wanita rawan sosial dan lain-lain.

Gambaran sosial dapat dilihat diantaranya dari sarana Pendidikan dan sarana tempat ibadah yang ada di Kabupaten/Kota. Untuk dapat lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 3.5 sebagai berikut:

**Tabel 3.5. Jumlah Sekolah TK, SD, SMP dan SMU/SMK Berdasarkan Kecamatan di Kabupaten/Kota Tahun 2015**

Kecamatan	TK	SD	SMP	SMU
Ciwidey	9	33	5	3
Rancabali	11	33	7	2
Pasirjambu	9	43	8	1
Cimaung	11	33	8	2
Pangalengan	11	53	9	3
Kertasari	8	49	7	2
Pacet	13	54	14	2
Ibun	6	50	10	3
Paseh	13	65	12	6
Cikancung	5	42	8	2

Kecamatan	TK	SD	SMP	SMU
Cicalengka	12	47	10	5
Nagreg	9	31	6	1
Rancaekek	42	53	20	5
Majalaya	17	72	13	7
Solokanjeruk	6	45	8	2
Ciparay	9	69	22	11
Baleendah	19	45	18	8
Arjasari	12	48	9	6
Banjaran	16	45	14	5
Cangkuang	13	20	5	2
Pameungpeuk	6	30	7	3
Katapang	30	34	6	1
Soreang	18	38	7	4
Kutawaringin	1	45	5	1
Margaasih	17	50	8	3
Margahayu	28	45	10	6
Dayeuhkolot	10	52	11	3
Bojongsoang	21	31	8	2
Cileunyi	37	52	16	3
Cilengkrang	14	18	4	2
Cimemyan	18	49	13	2
<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>451</b>	<b>1374</b>	<b>308</b>	<b>108</b>

Sumber: BPS-Kabupaten/Kota Dalam Angka, 2016

Selain sarana pendidikan, tersedia pula sarana tempat ibadah, tempat ibadah di Kabupaten/Kota pada tahun 2015 mencapai 9.585 buah terdiri dari 98,81% merupakan tempat ibadah umat Islam, 0,09% sarana ibadah umat Katholik, 0,07% sarana ibadah umat Protestan, 0,01% sarana ibadah Hindu dan 0,01% sarana ibadah umat Budha.

**Tabel 3.6. Sarana Ibadah di Kabupaten/Kota Tahun 2015**

Kecamatan	Mesjid	Langgar	Musholla	Gereja		Pura/ Klenteng	Vihara
				Katholik	Protestan		
Ciwidey	130	21	97	1	0	0	0
Rancabali	102	38	49	0	0	0	0
Pasirjambu	196	37	105	0	0	0	0
Cimaung	187	18	51	0	0	0	0
Pangalengan	273	39	104	0	1	0	0
Kertasari	169	13	37	0	0	0	0
Pacet	202	158	201	0	0	0	0
Ibun	119	19	37	0	0	0	0
Paseh	107	76	173	0	0	0	0
Cikancung	90	358	226	0	0	0	0
Cicalengka	131	82	58	0	0	0	0
Nagreg	98	45	75	0	0	0	0
Rancaekek	186	130	87	0	0	0	0
Majalaya	231	80	81	1	1	0	0
Solokanjeruk	91	19	165	0	0	0	0



Kecamatan	Mesjid	Langgar	Musholla	Gereja		Pura/ Klenteng	Vihara
				Katholik	Protestan		
Ciparay	258	251	279	0	0	0	0
Baleendah	231	51	98	1	1	0	0
Arjasari	180	17	36	0	0	0	0
Banjaran	169	34	39	0	0	0	0
Cangkuang	102	9	18	0	0	0	0
Pameungpeuk	106	15	31	0	0	0	0
Katapang	151	28	37	0	0	0	0
Soreang	158	25	58	0	0	0	0
Kutawaringin	236	27	98	0	0	0	0
Margaasih	114	143	138	0	0	0	0
Margahayu	167	21	40	2	1	1	0
Dayeuhkolot	149	18	128	4	3	0	0
Bojongsoang	82	11	28	0	0	0	0
Cileunyi	162	71	156	0	0	0	0
Cilengkrang	79	25	56	0	0	0	0
Cimendan	182	32	32	0	0	0	1
<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>4.858</b>	<b>1.911</b>	<b>2.818</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

Sumber: BPS-Kabupaten/Kota Dalam Angka, 2016

#### 4.6 Kesehatan

##### **Sarana Kesehatan**

Berbagai usaha dilakukan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota untuk meningkatkan kesehatan masyarakat, salah satunya dengan penyediaan sarana dan prasarana yang memadai serta dapat dijangkau oleh masyarakat. Semakin banyak jumlah ketersediaannya maka semakin memudahkan masyarakat dalam menjangkau pelayanan kesehatan. Sarana prasarana tersebut meliputi rumah sakit, puskesmas, puskesmas pembantu (pustu), pos kesehatan desa (poskesdes) maupun mitra pelayanan kesehatan di tingkat desa terus ditingkatkan keberadaan dan kualitasnya agar tetap dapat berfungsi dengan baik sebagai penunjang kesehatan masyarakat. Adapun sarana kesehatan yang ada di Kabupaten/Kota pada tahun 2015 dapat dilihat pada tabel 3.7.

**Tabel 3.7. Sarana Kesehatan di Kabupaten/Kota Tahun 2015**

No.	Jenis Sarana Kesehatan	Jumlah
1.	RS Pemerintah ( RSUD )	3 unit
2.	RS Provinsi (Al-Ihsan)	1 unit
3.	RS Swasta (AMC dan Bina Sehat )	2 unit
4.	Puskesmas Tanpa Perawatan	57 unit
5.	Puskesmas Dengan Perawatan	5 unit
6.	Puskesmas Mampu PONEK	15 unit
7.	RSUD PONEK	3 unit
8.	Rumah Bersalin	14 unit
9.	Puskesmas Keliling	270 unit
10.	Puskesmas Pembantu	78 unit
11.	Laboratorium Kesehatan	1 unit
12.	Laboratorium Swasta	15 unit

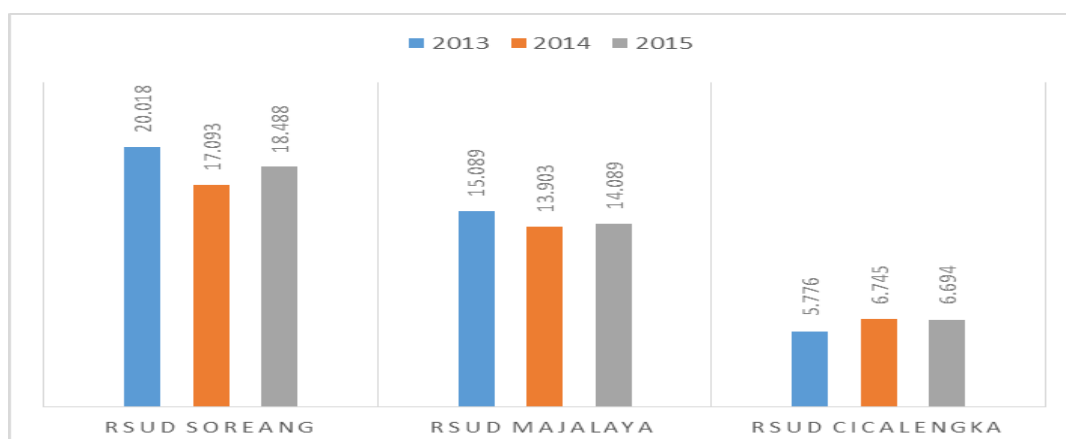
No.	Jenis Sarana Kesehatan	Jumlah
13.	Balai Pengobatan	131 unit
14.	Praktek dokter/spesialis	265/55
15.	Praktek dokter gigi/spesialis	51/5
16.	Praktek bidan Mandiri	235
17.	Praktek Pengobatan Tradisional	36 unit
18.	Klinik Pratama	56
19.	Klinik Utama	6
20.	Apotek	370
21.	Pedagang Eceran Obat/ Toko Obat	189
22.	Klinik kecantikan	13

Sumber: Dinkes Kabupaten/Kota-Laporan Tahunan, 2016

### ***Rumah Sakit***

Rumah Sakit merupakan pelayanan kesehatan pada masyarakat yang bergerak dalam kegiatan kuratif dan rehabilitatif, juga berfungsi sebagai sarana pelayanan rujukan. Jumlah rumah sakit Pemerintah di Kabupaten/Kota tahun 2015 sebanyak 3 RSUD. Salah satu capaian pelayanan di rumah sakit adalah kunjungan pasien. Adapun jumlah kunjungan pasien di tiga rumah sakit Pemerintah di Kabupaten pada tahun 2013-2015 berfluktuasi. Pada dua rumah sakit Pemerintah yaitu RSUD Soreang dan RSUD Majalaya cenderung mengalami penurunan pada tahun 2014. Walau kemudian pada tahun 2015 di dua rumah sakit Pemerintah tersebut, jumlah kunjungan pasiennya meningkat, namun jumlahnya masih dibawah ketika pada tahun 2013. Sedangkan di RSUD Cicalengka terjadi peningkatan jumlah kunjungan pasiennya dari tahun ke tahun sejak tahun 2013. Gambaran data jumlah pasien di ketiga rumah sakit Pemerintah di Kabupaten/Kota dapat dilihat pada grafik 3.6.

**Grafik 3.6. Jumlah Kunjungan Pasien di 3 Rumah Sakit Pemerintah Kabupaten/Kota Tahun 2013-2015**



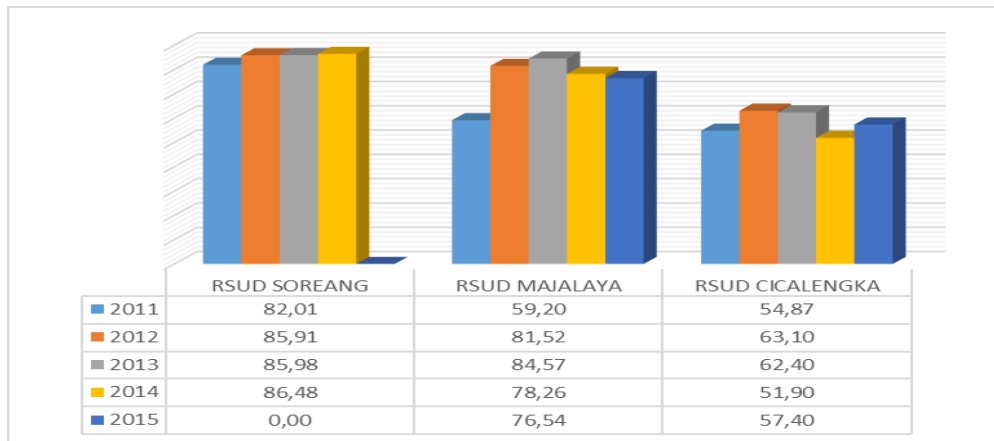
Sumber: BPS-Kabupaten/Kota dalam Angka, 2016

Selain itu, indikator yang digunakan untuk menilai perkembangan sarana dan pelayanan rumah sakit antara lain dengan melihat perkembangan fasilitas perawatan yang biasanya diukur dengan jumlah rumah sakit dengan tempat tidurnya serta rasionya terhadap jumlah penduduk. Berikut adalah indikator pelayanan rumah sakit yang terdapat di Kabupaten/Kota:

***Pemakaian Tempat Tidur/Bed Occupancy Rate (BOR)***

*Bed Occupancy Rate (BOR)* adalah persentase pemakaian tempat tidur pada satu-satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit oleh masyarakat. Nilai parameter BOR yang ideal adalah antara 60-85%. Persentase rata-rata pemakaian tempat tidur di rumah sakit pemerintah tahun 2011-2015 di Kabupaten/Kota adalah sebagai berikut:

**Grafik 3.7. BOR Rumah Sakit Pemerintah di Kabupaten/Kota Tahun 2011-2015**



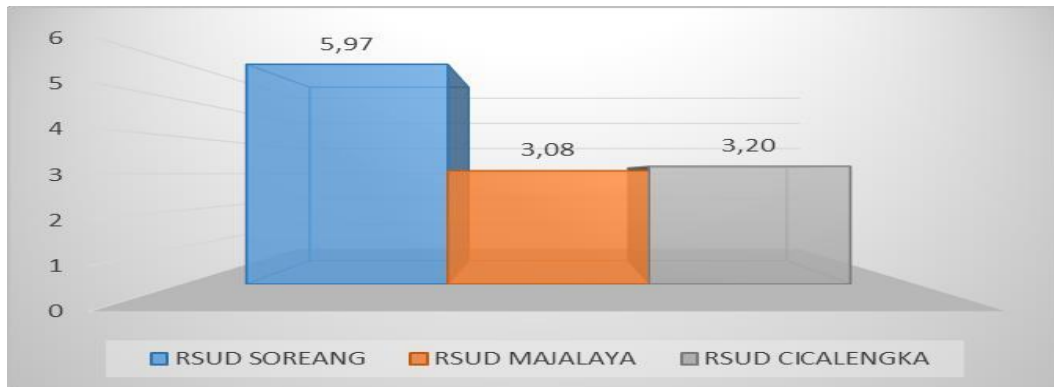
Sumber : LAKIP-RSUD Soreang Tahun Anggaran 2014, Laporan tahunan RSUD Kelas B Majalaya tahun 2015, dan Laporan tahunan RSUD Cicalengka tahun 2015

Pada grafik 3.7 terlihat bahwa BOR di 3 RSUD Kabupaten/Kota sejak tahun 2011 sampai 2015 sudah ideal yaitu dengan nilai rata-rata BOR untuk ketiga RSUD tersebut berkisar antara 65,36% - 66,97% (walau data tahun 2015 pada RSUD Soreang belum ada). Namun, jika dilihat pada masing-masing RSUD, masih ada satu RSUD yang belum ideal nilai BOR nya yaitu RSUD Cicalengka. RSUD Cicalengka memiliki nilai BOR yang mengalami penurunan dari ideal pada tahun 2012-2013 menjadi tidak ideal pada tahun 2014 dan terulang di tahun 2015. Tidak idealnya nilai BOR di RSUD Cicalengka menunjukkan masih rendah tingkat pemanfaatan tempat tidur.

### ***Average Length of Stay (ALOS)***

Rata-rata Lama Rawat Seorang Pasien *Average Length of Stay (ALOS)* merupakan rata-rata rawatan seorang pasien. Indikator ini digunakan untuk mengukur tingkat efisiensi dan memberikan gambaran mutu pelayanan rumah sakit. Secara umum nilai ALOS yang ideal antara 6-9 hari. Rata-rata lama rawat seorang pasien di tiga rumah sakit Pemerintah di Kabupaten/Kota tahun 2015 sebesar 4,1 hari, angka tersebut masih berada dibawah nilai ALOS yang ideal. Adapun nilai ALOS untuk masing-masing rumah sakit Pemerintah di Kabupaten/Kota dapat dilihat pada grafik 3.8.

**Grafik 3.8. ALOS Rumah Sakit Pemerintah di Kabupaten/Kota Tahun 2015**



Catatan : Data ALOS RSUD Soreang menggunakan data tahun 2014  
Sumber : LAKIP-RSUD Soreang Tahun Anggaran 2014, Laporan tahunan RSUD Kelas B Majalaya tahun 2015 dan Laporan tahunan RSUD Cicalengka tahun 2015

Nilai ALOS RSUD Soreang pada tahun 2014 hampir mendekati nilai ideal, sedangkan dua rumah sakit Pemerintah yang lainnya masih jauh dibawah nilai ALOS yang ideal.

#### ***Rata – rata hari Tempat Tidur Tidak Ditempati/Turn of Interval (TOI)***

*Turn of Interval (TOI)* merupakan rata-rata hari tempat tidur tidak ditempati dari saat terisi ke saat terisi berikutnya. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi dari penggunaan tempat tidur. Idealnya tempat tidur kosong tidak terisi pada kisaran 1-3 hari, semakin besar TOI maka efisiensi penggunaan tempat tidur semakin jelek. Rata-rata TOI untuk ketiga rumah sakit Pemerintah di Kabupaten/Kota tahun 2015 sebesar 1,38 yang berarti nilai TOI di Kabupaten/Kota sudah baik dan mencapai nilai ideal.

#### ***Puskesmas***

Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) merupakan sarana pelayanan masyarakat ditingkat dasar dan terdepan dalam sistem pelayanan kesehatan yang harus melakukan upaya kesehatan wajib, dan beberapa upaya kesehatan pilihan yang disesuaikan dengan kondisi, kebutuhan, tuntutan, kemampuan, dan inovasi serta kebijakan pemerintah daerah setempat. Jumlah Puskesmas di Kabupaten/Kota tahun 2015 sebanyak 77 unit diantaranya 57 Puskesmas Tanpa Perawatan, 5 Puskesmas Dengan Perawatan dan 15 Puskesmas Mampu PONE.

Untuk meningkatkan jangkauan pelayanan puskesmas terhadap masyarakat di wilayah kerjanya, puskesmas didukung oleh sarana pelayanan kesehatan berupa Puskesmas Pembantu (Pustu) dan Puskesmas Keliling (Pusling). Jumlah Pustu dan Pusling di Kabupaten/Kota pada tahun 2015 sebanyak 78 unit dan 270 unit.

### ***Posyandu***

Pemeliharaan kesehatan ibu dan anak-anak sejak usia dini merupakan suatu strategi dalam upaya pemenuhan pelayanan kesehatan dasar yang meliputi : peningkatan status kesehatan dan gizi yang baik, lingkungan yang sehat dan aman, pengembangan psikososial/emosi, kemampuan berbahasa dan pengembangan kemampuan kognitif (daya pikir dan daya cipta) serta perlindungan anak. Pengalaman empirik di beberapa tempat menunjukkan, bahwa strategi pelayanan kesehatan dasar masyarakat dengan fokus pada ibu dan anak seperti itu, dapat dilakukan pada Posyandu.

Posyandu merupakan salah satu bentuk upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat, 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.

Jumlah Posyandu di Kabupaten/Kota pada tahun 2015 sebanyak 4.198 buah dan jumlah Balita sebanyak 463.820 jiwa. Dengan demikian rasio Posyandu terhadap Balita mencapai 1 : 110. Hal ini berarti bahwa dari 1 posyandu di Kabupaten/Kota melayani 110 balita.

### **Tenaga Kesehatan**

Sumber daya manusia yang ada di Kabupaten/Kota pada tahun 2015 adalah sebanyak 2.848 orang, yaitu sebanyak 139 orang di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan 2.709 orang di rumah sakit Pemerintah dan puskesmas. Khusus di rumah sakit Pemerintah dan puskesmas ada tiga jenis tenaga kesehatan yaitu tenaga medis sebanyak 316 orang, tenaga keperawatan sebanyak 665 orang, dan tenaga kebidanan 596 orang.

**Tabel 3.8. Jumlah SDM 3 Rumah Sakit Pemerintah dan Puskesmas di Kabupaten/Kota Tahun 2015**

NO.	JENIS SDM	RSUD			PUSKESMAS
		SOREANG	MAJALAYA	CICALENGKA	
1	Dokter Spesialis	20	28	9	-
2	Dokter Umum	7	21	15	140
3	Dokter Gigi Spesialis	-	1	-	-
4	Dokter Gigi	3	2	2	68
5	Perawat	171	192	58	244
6	Bidan	25	37	14	520
7	SDM lainnya	183	345	171	433
	<b>JUMLAH :</b>	<b>409</b>	<b>626</b>	<b>269</b>	<b>1.405</b>

Sumber : LAKIP-RSUD Soreang Tahun Anggaran 2014, Laporan tahunan RSUD Kelas B Majalaya tahun 2015, Laporan tahunan RSUD Cicalengka tahun 2015, dan Laporan tahunan Dinkes Kab Bandung tahun 2015

Jumlah tenaga medis di Kabupaten/Kota tahun 2015 sebanyak 316 orang dengan rasio terhadap 100.000 penduduk sebesar 9 per 100.000 penduduk. Tenaga medis terdiri dari dokter spesialis sebanyak 57 orang dengan rasio 2 per 100.000 penduduk, dokter umum sebanyak 183 orang dengan rasio 5 per 100.000 penduduk, dan dokter gigi sebanyak 76 orang dengan rasio 2 per 100.000 penduduk.

Selain itu, jumlah tenaga keperawatan di Kabupaten/Kota pada tahun 2015 sebanyak 665 orang dengan rasio terhadap 100.000 penduduk sebesar 19 per 100.000 penduduk. Sedangkan jumlah tenaga kebidanan sebanyak 596 orang di Kabupaten/Kota pada tahun 2015 dengan rasio 17 per 100.000 penduduk.

## **4.2 Analisis Sektor Kesehatan dan Identifikasi Pelaku sektor Kesehatan**

### **Analisis Status Kesehatan**

Pembangunan kesehatan yang baik akan menghasilkan derajat kesehatan yang optimal dengan melihat unsur kualitas hidup serta unsur-unsur mortalitas dan yang mempengaruhinya seperti morbiditas dan status gizi. Untuk kualitas hidup yang digunakan sebagai indikator adalah angka kelahiran hidup, sedangkan untuk mortalitas telah disepakati yakni angka kematian bayi per 1000 kelahiran hidup dan angka kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup.

Angka kematian bayi menjadi Indikator yang sangat sensitif terhadap ketersediaan, kualitas dan pemanfaatan pelayanan kesehatan terutama yang berhubungan dengan

perinatal disamping itu angka kematian bayi dipengaruhi pula oleh pendapatan keluarga, jumlah anggota keluarga, pendidikan ibu dan gizi keluarga. Sehingga angka kematian bayi juga dapat dipakai sebagai tolak ukur pembangunan sosial ekonomi masyarakat secara menyeluruh.

Angka kematian bayi (AKB) di Kabupaten/Kota menunjukkan kecenderungan yang makin menurun dari tahun ke tahun walaupun memang nilai penurunannya tidak terlalu besar. Sejak tahun 2013 angka kematian bayi per 1000 kelahiran hidup adalah 34,01 maka pada tahun 2014 turun menjadi 33,9 per 1000 kelahiran hidup. Kemudian turun lagi pada tahun 2015 menjadi 33,64 per 1000 kelahiran hidup.

Angka kematian ibu merupakan jumlah ibu hamil yang meninggal karena hamil, bersalin dan nifas di suatu wilayah tertentu per 100.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Berdasarkan dokumen laporan tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota tahun 2015, angka kematian ibu belum bisa didapatkan. Namun berdasarkan hasil laporan puskesmas didapatkan jumlah kematian ibu. Pada tahun 2013, jumlah kematian ibu di Kabupaten/Kota sebanyak 47 orang dan kemudian naik menjadi 48 orang pada tahun 2014, selanjutnya menurun menjadi 38 orang pada tahun 2015.

Angka kesakitan yang terjadi di Kabupaten/Kota pada tahun 2015 yaitu ditemukannya 1013 kasus Penyakit DBD dengan 4 kasus meninggal dunia. Penyakit Filariasis ditemukan sebanyak 78 orang sejak tahun 2011 sampai dengan tahun 2015. Sedangkan pada penyakit yang berhubungan dengan pernapasan sebanyak 14.733 kasus cakupan penemuan ISPA dan sebanyak 3.967 kasus cakupan penemuan BTA positif baru. Tiga penyakit lainnya yaitu diare, HIV/AIDS dan Kusta masing-masing sebanyak 93.507 orang, 4.505 kasus dan 13 kasus.

Status gizi balita di Kabupaten/Kota dari tahun ke tahun cenderung mengalami peningkatan. Peningkatan status gizi tersebut di semua standard yang digunakan berdasarkan WHO (*World Health Organization*) yaitu standard panjang badan/tinggi badan menurut umur, berat badan menurut panjang badan/tinggi badan dan berat badan menurut umur.



**Tabel 3.9. Status Gizi Balita di Kabupaten/Kota Tahun 2013-2015**

TAHUN	STATUS GIZI (%) KLASIFIKASI NORMAL DENGAN STANDARD:		
	BB/U	PB/TB/U	BB/TB
2013	85,82	78,62	89,64
2014	87,98	81,49	90,53
2015	93,63	88,12	94,08

PHBS merupakan tatanan rumah tangga yang dinilai berdasarkan beberapa indikator yang meliputi (1) persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan 100%; (2) memberi bayi asi eksklusif 92,6% dari responden yang memiliki bayi; (3) menimbang balita setiap bulan 79,8%; (4) menggunakan air bersih; (5) mencuci tangan dengan air bersih dan pakai sabun 0%; (6) menggunakan jamban sehat 82,3%; (7) memberantas jentik di rumah sekali seminggu 48,3%; (8) makan sayur dan buah setiap hari 55,2%; (9) melakukan aktivitas fisik setiap hari 93,3%; dan (10) tidak merokok di dalam rumah 61,7%. Persentase rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat yang baik tahun 2015 di Kabupaten/Kota sebesar 37,7% yang berarti sedikit lebih tinggi dibandingkan dengan angka nasional berdasarkan data Riskesdas 2013 yaitu sebesar 32,3%.

#### **4.4 Analisis Faktor Determinan (Perorangan, Sosial dan Struktural) Faktor Determinan Perorangan**

Penduduk Kabupaten/Kota dari tahun ke tahun terus mengalami peningkatan. Jumlah penduduk pada tahun 2013 sebesar 3.415.700 jiwa, meningkat menjadi 3.470.393 jiwa pada tahun 2014 dan 2015 sudah mencapai 3.534.111 jiwa. Untuk angka pertumbuhan penduduk pada periode 2013-2014 1,58% dan pada periode 2014-2015 sebesar 1,80%. Sedangkan distribusi penduduk menurut jenis kelamin, terlihat bahwa dari tahun 2013 sampai tahun 2015 jumlah penduduk laki-laki di Kabupaten/Kota masih lebih banyak dibandingkan jumlah penduduk perempuan. Rasio jenis kelamin penduduk Kabupaten/Kota sebesar 102,96%, artinya jumlah penduduk laki-laki 2,96% lebih banyak dibandingkan jumlah penduduk perempuan.

Persebaran penduduk di Kabupaten/Kota tidak merata sehingga menyebabkan terjadinya perbedaan tingkat kepadatan penduduk antar daerah yang cukup besar. Untuk tahun 2015 ada kenaikan tingkat kepadatan penduduk dari 1.938/km<sup>2</sup> pada tahun 2014 menjadi 2.005/km<sup>2</sup>.

Pada tahun 2015, jumlah penduduk usia 15-64 tahun memiliki persentase tertinggi yaitu 2.338.427 jiwa atau sekitar 66,17% sedangkan yang terendah pada golongan umur 65+ tahun (4,22%) atau sekitar 149.292 jiwa, dengan melihat struktur penduduk kelompok umur 15-64 tahun begitu tinggi maka intervensi program dan kegiatan diarahkan pada kesehatan anak, remaja dan kesehatan kerja.

Tingkat pendidikan masyarakat Kabupaten/Kota terbanyak dalam tahun 2015 adalah di jenjang pendidikan Sekolah Dasar yaitu 36,90%. Sedangkan penduduk yang telah tamat Sekolah Menengah Umum atau Kejuruan persentasenya yaitu 26,44%. Penduduk usia 10 tahun ke atas yang tidak/belum pernah sekolah atau tidak/belum tamat SD sebanyak 13,91%.

Perilaku masyarakat Kabupaten/Kota berdasarkan hasil survei PHBS yang masih jauh dari nilai nasional adalah perilaku mencuci tangan pakai sabun, perilaku mengkonsumsi sayuran setiap hari dengan frekuensi dua kali dalam sehari dan perilaku tidak merokok dalam ruangan.

### **Faktor Determinan Sosial**

Faktor ini mencakup Gizi dan Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Status Gizi di Kabupaten/Kota pada tahun 2015 ditandai dengan masih adanya kasus gizi buruk pada balita dengan range persentase sebesar 0,045-0,81%. Masih adanya kasus gizi buruk di Kabupaten/Kota tidak hanya disebabkan oleh faktor ekonomi, tetapi faktor lainnya yang sangat berpengaruh adalah penyakit infeksi yang diderita oleh balita seperti radang paru, TBC, meningitis, kelainan bawaan lahir seperti kelainan pencernaan, penyakit jantung bawaan, dll. Faktor pengetahuan ibu tentang gizi dan pola asuh juga sangat besar pengaruhnya. Oleh karena itu perbaikan gizi masyarakat terus dilakukan dan secara terus menerus berupaya untuk menanggulangi masalah gizi yang ada di Kabupaten/Kota, Kegiatan yang dilakukan meliputi kegiatan; Penyusunan Peta Informasi Masyarakat Kurang Gizi, Pemberian Tambahan Makanan dan Vitamin, Penanggulangan KEP, AGB, GAKI, KVA dan Kekurangan Zat Gizi Mikro Lainnya.

Salah satu indikator derajat kesehatan yang digunakan secara luas adalah Umur Harapan Hidup Waktu Lahir (Eo) (UHH). Indikator ini telah ditentukan sebagai salah satu tolak ukur terpenting dalam menghitung dan menentukan IPM. Sebagaimana

yang telah ditetapkan oleh Pemerintah Kabupaten/Kota. Saat ini IPM Kabupaten/Kota mengalami peningkatan dari 70,54 pada tahun 2014 menjadi 71,03 pada tahun 2015.

### **Faktor Determinan Struktural**

Faktor struktural yang berpengaruh pada status kesehatan adalah jaminan pembiayaan, aturan Hukum, Kebijakan Kesehatan, Sistem Informasi Kesehatan, dan Sistem Surveilans.

Untuk pembiayaan kesehatan di Kabupaten/Kota, berdasarkan Peraturan Bupati Bandung Nomor 36 Tahun 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Pelayanan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) Di Lingkungan Pemerintah Kabupaten/Kota, bagi masyarakat Kabupaten/Kota yang miskin dan diluar kouta Jamkesmas mendapat jaminan pelayanan kesehatan yang bernama program Jamkesda. Selain itu, juga sudah ada peraturan bupati mengenai retribusi pelayanan kesehatan.

Kebijakan dan regulasi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota selama ini sudah berjalan optimal, karena didasarkan pada Peraturan Bupati No.60 tahun 2016 tentang Kedudukan dan Susunan Organisasi Dinas Daerah yang mendukung regulasi sektor kesehatan sebagai payung hukum sudah ada. Dinas Kesehatan bertindak sebagai regulator dan yang melaksanakan pihak puskesmas. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam mengembangkan peran regulasi termasuk perijinan berperan sebagai pengarah atau penetap kebijakan regulasi sekaligus sebagai pelaksananya.

Dalam regulasi sarana pelayanan kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat mengusulkan/memprioritaskan dokter yang telah selesai atau sedang melaksanakan tugas sebagai pegawai tidak tetap atau sebagai tenaga honorer pada sarana pelayanan kesehatan milik pemerintah untuk diangkat menjadi Calon Pegawai Negeri Sipil sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku setelah melalui pemeriksaan kelengkapan administrasi tanpa memperhatikan masa bakti sebagai pegawai tidak tetap atau masa kerja sebagai tenaga honorer, seperti yang tercantum dalam Peraturan Bupati Nomor 28 Tahun 2009 tentang Penetapan Sarana Pelayanan Kesehatan dengan Kesulitan

Pemenuhan Kebutuhan Tenaga Medis.

Sistem informasi kesehatan masih belum berjalan optimal. Sistem Informasi Kesehatan (SIK) dan surveilans berjalan sendiri-sendiri. Pengumpulan data surveilans masih menggunakan metode jemput bola karena masih banyak laporan yang tidak lengkap dan tidak teratur yang masuk ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dari Puskesmas-puskesmas yang ada. Sistem online yang diharapkan akan terealisasi belum didukung oleh kemampuan sumber daya manusia yang ada sehingga masih membutuhkan pelatihan-pelatihan khusus untuk tenaga programmer yang pada akhirnya akan menjadi tenaga programmer yang berkompeten di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan masing-masing puskesmas.

Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota aktif bekerjasama dengan instansi terkait seperti: Balai POM, Dinas Pertanian, Peternakan dan Perikanan dalam surveilans pelayanan kesehatan, Departemen Agama dalam surveilans haji, dan bekerjasama dengan instansi lain terkait seperti Bapeda, bagian Kesra Pemkab, Dinas Pertanian, Deperindagkop dalam surveilans kesehatan keluarga serta Bapedalda dan DKPP dalam surveilans penyehatan lingkungan.

#### **4.5 Identifikasi Pelaku Sektor Kesehatan Komponen Pelaku Sistem Kesehatan**

##### **Pelaku dalam penetapan kebijakan kesehatan dan pelaksanaan aturan perundangan.**

- Dinas kesehatan merupakan lembaga Penetap Kebijakan dan regulator Pelayanan Kesehatan
- Lembaga dan Unit Pemerintah non Dinkes yang terkait dengan Sektor Kesehatan (Pemangku Kepentingan atau SKPD Lain yang terkait sektor kesehatan) adalah: Dinas Perhubungan, Dinas Pekerjaan Umum, Dinas Pasar, Dinas Kebersihan, pertamanan dan Pemukiman, Dinas Penataan Kabupaten dan Pemakaman, Dinas Pendidikan, Dinas Perindustrian, Perdagangan dan Koperasi, Polresta, dan Dewan Kesehatan Kabupaten.

##### **Pelaku dalam *Financing***

- Sumber Pendanaan Kesehatan
  - a. Anggaran Pemerintah Pusat: melalui Dana Alokasi Umum, Dana Alokasi Khusus, Dana Dekonsentrasi, dan Tugas Pembantuan.

b. Anggaran Pemerintah Propinsi dan Kabupaten : Jamkesda

c. Anggaran Masyarakat dan Swasta

#### **Pelaku dalam *Healthcare Delivery***

- RS Pemerintah : RSUD Soreang, RSUD Majalaya, RSUD Cicalengka, RS RS Provinsi (Al-Ihsan) dan 2 RS Swasta (RS AMC dan RS Bina Sehat).
- Lembaga Pelayanan Kesehatan Pemerintah : 57 Puskesmas tanpa perawatan, 5 Puskesmas dengan perawatan, 15 Puskesmas mampu PONEB, 270 Puskesmas Pembantu dan 78 Puskesmas Keliling
- Lembaga Pelayanan Kesehatan Swasta
- Lembaga Pelayanan kesehatan penunjang lainnya : 370 Apotik, 189 Toko Obat, 206 Balai pengobatan dan Klinik, 55 praktek dokter spesialis, 265 Praktek dokter, 60 praktek dokter gigi, 14 Rumah Bersalin, 16 laboratorium, 235 praktek bidan
- LSM Kesehatan dan Forum-forum yang berhubungan dengan Kebersihan, Keindahan dan Ketertiban menuju Kabupaten Sehat
- Organisasi Profesi

#### **Pelaku dalam *Resource Generation***

- Lembaga Pendidikan Tenaga Kesehatan Pemerintah dan Swasta

### **4.6 Kecenderungan-kecenderungan Daerah dan Situasi Sektor Kesehatan (Trend)**

Kebijakan desentralisasi telah membawa dampak positif terhadap kemajuan pembangunan Kabupaten/Kota. Pertumbuhan ekonomi meningkat. Mobilisasi penduduk semakin sibuk dengan ditandai semakin mudahnya sarana transportasi ke Kabupaten/Kota. Kegiatan sosial budaya semakin marak, termasuk kegiatan pariwisata dan olahraga yang digalakkan dengan kesehatan sebagai penggerak.

Berbagai kecenderungan positif tersebut diikuti dengan kecenderungan yang mengkhawatirkan dimana terjadi berbagai hal sebagai ekses pembangunan. Berbagai gejala yang sudah dirasakan semakin buruk antara lain: semakin padatnya lalu-lintas darat. Tekanan hidup yang semakin meningkat. Sebagian masyarakat masih mempunyai status ekonomi yang buruk sehingga ada kesenjangan sosial; dampak

topografi wilayah yang berbukit-bukit dan pengembangan wilayah kota yang kurang baik sehingga sering menimbulkan bencana banjir dan longsor; adanya sektor informal yang kurang terkendali menyebabkan sanitasi makanan sulit dikendalikan.

Berbagai kecenderungan pembangunan ini terkait dengan sektor kesehatan. Berbagai kecenderungan mengkhawatirkan di sektor kesehatan antara lain: Ancaman penyakit menular semakin tinggi, misalnya DBD dan HIV/AIDS. Semakin meningkatnya penyakit tidak menular yang dapat menyebabkan stroke; Perilaku merokok dan penggunaan narkoba menunjukkan kenaikan; Kesehatan lingkungan, khususnya pencemaran udara dan air sungai semakin memburuk.

Namun disamping itu ada kecenderungan yang positif di sektor kesehatan, antara lain: Semakin meningkatnya anggaran kesehatan pemerintah terutama untuk masyarakat miskin dan penanggulangan masalah *Milennium Development Goal*; Semakin meningkatnya peran masyarakat dan swasta. Lembaga-lembaga pelayanan kesehatan swasta semakin berkembang; Semakin meningkatnya gerakan mutu pelayanan kesehatan yang dikembangkan di seluruh Provinsi Jawa Barat termasuk Kabupaten/Kota; Semakin meningkatnya sarana pelayanan kesehatan; Semakin meningkatnya kegiatan pendidikan, penelitian, dan studi banding sektor kesehatan; dandikembangkannya program Jaminan Kesehatan Kabupaten/Kota.

#### **4.7 Visi dan Misi Pembangunan Kesehatan Daerah**

Situasi di sektor kesehatan dapat mempengaruhi terwujudnya Visi Kabupaten/Kota dan misi jangka panjangnya. Oleh karena itu diperlukan pernyataan Visi Pembangunan Kesehatan Daerah dan Misinya.

##### **Visi Pembangunan Kesehatan Daerah**

Dalam mempertimbangkan potensi, kondisi permasalahan, tantangan dan peluang yang ada di Kabupaten/Kota serta mempertimbangkan budaya yang hidup di masyarakat, maka Visi Pembangunan Kesehatan Daerah yang akan dicapai yaitu:

*“Terwujudnya Masyarakat Kabupaten/Kota Yang Sehat Mandiri”*

Penjabaran dari Visi Pembangunan Kesehatan Daerah adalah sebagai berikut:

*Masyarakat Kabupaten/Kota* : penduduk/masyarakat yang bermukim dan tinggal di wilayah Kabupaten/Kota dan memiliki Kartu Tanda Penduduk (KTP) Kabupaten/Kota.

*Sehat* : suatu keadaan sehat jasmani, rohani dan sosial yang merupakan aspek positif

dan tidak hanya bebas dari penyakit serta kecacatan.

*Mandiri : sikap dan kondisi masyarakat Kabupaten/Kota yang mampu memenuhi kebutuhannya untuk lebih maju dengan mengandalkan kemampuan dan kekuatan sendiri dalam bidang kesehatan.*

### **Indikator terwujudnya Visi**

Terwujudnya visi tersebut dapat diukur dari berbagai indikator sebagai berikut:

#### 1. Indikator Status Kesehatan Dan Gizi Masyarakat

- Cakupan kunjungan ibu hamil K4
- Cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani
- Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan
- Cakupan pelayanan nifas
- Ibu hamil KEK (kurang energy kronis) mendapat PMT (pemberian makanan tambahan)
- Cakupan ibu hamil mengkonsumsi tablet Fe
- Cakupan Ibu nifas mengkonsumsi vitamin A
- Cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani
- Cakupan kunjungan bayi
- Cakupan desa/kelurahan UCI (universal child immunisation)
- Prevalensi anak gizi buruk
- Cakupan pelayanan anak balita
- Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6-24 bulan keluarga miskin
- Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan
- Cakupan distribusi vitamin A
- Cakupan penjangkaran kesehatan siswa SD dan setingkat
- Cakupan peserta KB aktif
- Cakupan desa/kelurahan dengan konsumsi garam beryodium baik
- Meningkatnya cakupan kunjungan neonatal lengkap
- Tersedianya puskesmas dan petugas santun lansia
- Terlaksananya kegiatan sanitasi di lingkungan pemukiman dan institusi
- Jumlah puskesmas yang mampu PONED

- Jumlah poskesdes yang dibangun
- Jumlah puskesmas yang dibangun/direh ab sesuai standar tata ruang
- Jumlah puskesmas pembantu yang dibangun/direh ab sesuai standar tata ruang
- Terpeliharanya puskesmas
- Terpeliharanya puskesmas keliling
- Jumlah dokter umum
- Jumlah dokter gigi
- Jumlah perawat umum
- Jumlah perawat gigi
- Jumlah bidan
- Jumlah Sanitarian
- Jumlah nutrisionis
- Jumlah asisten apoteker
- Jumlah Analisis kesehatan
- Jumlah dokter yang terampil dalam kegawatdaruratan
- Jumlah Perawat yang terampil dalam kegawatdaruratan
- Jumlah Bidan yang terampil dalam kegawatdaruratan obstetric neonatal
- Jumlah Bidan yang terampil dalam menangani persalinan normal (APN)
- Jumlah perawat PHN terlatih
- Kebutuhan obat perkapita penduduk dengan nilai Rp 11.000,-
- Distribusi obat dan perbekalan kesehatan
- Terselenggaranya pengelolaan obat yang baik dan benar di Puskesmas
- Terselenggaranya pengelolaan obat yang baik dan benar di Toko Obat
- Terselenggaranya pengelolaan obat yang baik dan benar di Apotek
- Pengawasan peredaran obat berbahaya di sarana kesehatan
- Tersosialisasikannya obat teurapetik, obat tradisional, kosmetik, dan makanan minuman yang memenuhi syarat
- Terwujudnya sarana (Apotek, pedagang eceran obat, dan klinik kecantikan) yang berizin
- Terbinanya industri rumah tangga pangan yang berizin
- Pengawasan peredaran makanan minuman yang beredar di masyarakat
- Terwujudnya industri rumah tangga pangan yang berizin



- Terwujudnya tenaga kesehatan yang berkompetensi dalam melakukan pengawasan obat teurapetik, obat tradisional, kosmetik, dan makanan minuman

## 2. Indikator Angka Kesakitan Akibat Penyakit Menular

- Cakupan desa/kelurahan mengalami wabah dan KLB penyakit menular yang dilakukan penyelidikan epidemiologi <24 jam
- AFP Rate per 100.000 penduduk <15 tahun
- Penemuan penderita pneumonia balita
- Penemuan pasien TB BTA positif
- Penemuan kasus Kusta
- Penderita DBD yang ditangani
- Tersedianya bahan dan alat fogging
- Penemuan penderita diare
- Penjangkauan penderita HIV / AIDS
- Cakupan desa/ Kelurahan UCI (universal child imunisasi)
- Pelayanan pengendalian vector : Rumah/bangunan bebas jentik nyamuk Aedes
- Persentase Tempat – Tempat Umum Sehat
- Pelayanan Kesehatan Lingkungan : Institusi yang dibina
- Persentase air minum yang memenuhi syarat
- Jumlah DAMIU yang diawasi
- Jumlah titik sample yang diawasi kualitas air minum
- Cakupan pengobatan masal Filariasis

## 3. Indikator Penyediaan Anggaran Publik untuk Kesehatan Terutama Penduduk Miskin

- Cakupan pelayanan kesehatan dasar pasien masyarakat miskin
- Pelayanan kunjungan rumah bagi penderita penyakit kronis dan risiko tinggi
- Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin
- Tersusunnya dokumen Sistem Kesehatan Daerah (SKD)
- Terlaksananya klaim jamkesmas dan jamkesda bagi penduduk miskin
- Pembangunan/rehabilitasi puskesmas

- Pembangunan/rehabilitasi pukesmas pembantu
  - Pembangunan/rehabilitasi poskesdes
  - Tersedianya biaya operasional UPTD dan puskesmas
4. Indikator Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Tingkat Rumah Tangga
- Cakupan Rumah Tangga Ber- PHBS
  - Terbinanya UKBM, Saka Bakti Husada dalam promosi kesehatan berbasis pemberdayaan masyarakat
  - Persentase keluarga yang menggunakan Sarana Air Bersih
  - Persentase keluarga yang menggunakan jamban keluarga sehat
  - Persentase keluarga yang menggunakan Sarana Pembuangan Air Limbah Memenuhi Syarat
  - Persentase Rumah Sehat
  - Jumlah Desa yang menyelenggarakan CLTS
  - Jumlah Desa yang mendeklarasikan STOP BABS
  - Jumlah desa yang melaksanakan Sanitasi Total Bebas Masyarakat (STBM)
  - Cakupan Desa Siaga Aktif
  - Terbinanya desa siaga
  - Terbinanya desa pratama
  - Terbinanya desa mandiri/paripurna
5. Indikator Responsif Terhadap Krisis Kesehatan Akibat Bencana dan Kejadian Luar Biasa
- Cakupan desa/kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi <24 jam
  - Jumlah Poskes yang ditangani kader bencana
  - Terlaksananya posko rawan bencana dan terlayannya pasien pasien korban bencana dan terlaksananya posko hari-hari besar
6. Indikator Kepuasan Masyarakat Terhadap Pelayanan Publik Bidang Kesehatan
- Terlayannya kesehatan calon jemaah haji
  - Terpeliharanya vaksin dan cold chain
  - Tersedianya dokumen Perda tentang Sistem kesehatan Daerah
  - Tersusunnya Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan Kesehatan

- Jumlah Puskesmas yang memiliki Water test kit
- Termonitor dan terevaluasinya kegiatan promosi dan pemberdayaan masyarakat
- Terlaksananya evaluasi kinerja puskesmas
- Terlaksananya pengumpulan, pengolahan, analisa data profil kesehatan dan pemutakhiran data

#### **4.8 Misi Pembangunan Kesehatan Daerah**

Dalam mengantisipasi kondisi dan permasalahan yang ada serta memperhatikan tantangan ke depan dengan memperhitungkan peluang yang dimiliki, untuk mencapai masyarakat Kabupaten/Kota yang mandiri, dinamis dan sehat.

Misi Pembangunan Kesehatan Daerah dalam rangka pencapaian Visi Kabupaten/Kota ditetapkan dalam 5 (lima) Misi, yaitu :

1. Memberikan pelayanan kesehatan berkualitas kepada masyarakat
2. Menyehatkan lingkungan tempat tinggal dan lingkungan tempat beraktivitas
3. Menanggulangi penyakit menular dan tidak menular
4. Menyehatkan keluarga dan memberdayakan masyarakat dalam bidang kesehatan
5. Melaksanakan Pengawasan sediaan Farmasi dan Makanan

Dalam rangka mewujudkan 5 (lima) misi tersebut, didasarkan pada nilai-nilai agama dan budaya daerah, dengan prinsip-prinsip penyelenggaraan dalam pelayanan publik sebagai berikut :

1. Melayani : Berkomitmen untuk melayani masyarakat dalam bidang kesehatan
2. Integritas : Menjunjung tinggi kejujuran dan keadilan
3. Kebersamaan, Keterbukaan, Saling Menghormati, dan Saling Menghargai : Kebersamaan, keterbukaan, saling menghormati, dan saling menghargai adalah kunci untuk menciptakan suasana kerja yang kondusif.
4. Kualitas yang Tinggi : Berupaya mencapai visi dengan memberikan pelayanan terbaik yang mencerminkan komitmen kami pada kualitas yang tinggi.
5. Inovasi : Berupaya mencari cara baru untuk mencapai hasil yang memuaskan masyarakat dalam menyelesaikan mimpi kami.

#### **4.9 Strategi Pembangunan Kesehatan**

Pembangunan kesehatan di Kabupaten/Kota merupakan tanggung jawab bersama

antara pemerintah, kelompok masyarakat, dan lembaga swasta. Indikator tercapainya visi pembangunan kesehatan hanya dapat tercapai apabila ada kerjasama antar sektor di pemerintah. Oleh karena itu strategi pembangunan sektor kesehatan adalah melibatkan berbagai pihak dimana Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menjadi koordinator pembangunan. Adapun pelaku yang terlibat dalam *Master Plan* Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat dikelompokkan menjadi:

#### **4.10.1 Pelaku Lintas Sektoral (Lintas SKPD)**

Keterlibatan lintas sektor dalam perencanaan pembangunan sektor kesehatan tidak dapat diabaikan. Berikut ini adalah berbagai lembaga sektor lain (Lintas Sektor di luar sektor kesehatan) yang berperan dalam perencanaan pembangunan kesehatan antara lain: Pemerintah Kabupaten/Kota, Bappeda, Badan Lingkungan Hidup, Polresta, Dinas Sosial, Dinas Pendidikan, Dinas Pariwisata, Dinas Peternakan, Dinas Pertanian, Dinas Perindustrian Pertambangan dan Koperasi, Dinas PU, Dinas Pasar, DKKP, Dinas Perhubungan, Kantor Pemberdayaan Masyarakat (KPM), KKP, Biro Organisasi dan Tata Laksana, Biro Hukum dan Biro Kepegawaian Pemkab Bandung. Koordinasi berbagai lembaga terkait sektor kesehatan ini belum dilakukan dengan maksimal. Namun disadari bahwa peranan berbagai lembaga ini sangat penting terutama untuk mengurangi faktor risiko di sektor kesehatan.

#### **4.10.2 Pelaku Dinas Kesehatan**

Peran Dinas Kesehatan sebagai pelaku utama atau leading unit dalam perencanaan pembangunan sektor kesehatan di Kabupaten/Kota adalah sebagai Penetapan Kebijakan dan *Enforcement agency*; Sebagai pemberi dana pelayanan kesehatan; Sebagai koordinator dalam disaster preparedness; Dalam Pelayanan kesehatan: Pelayanan Kesehatan Perorangan, Pelayanan Kesehatan Masyarakat, Upaya Pengembangan Lingkungan Sehat, Upaya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit, Upaya Perbaikan Gizi Masyarakat; Dalam melakukan surveilliance dan pengukuran status kesehatan masyarakat; Pengelolaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.

#### **4.10.3 Peran Serta Masyarakat: (termasuk LSM dan Forum Kabupaten Sehat)**

Masyarakat merupakan aktor utama dalam mewujudkan status kesehatan di wilayah Kabupaten/Kota. Lembaga-lembaga masyarakat dan organisasi profesi berupaya mewujudkan status derajat kesehatan Kabupaten dalam upaya preventif, promotif,

kuratif, maupun rehabilitatif. Dalam perencanaan pembangunan kesehatan di Kabupaten/Kota ini masyarakat diharapkan sebagai penggerak utama semua program dengan mekanisme pemberdayaan mulai dari perorangan, keluarga hingga kelompok masyarakat (PKK, Karang Taruna, LSM dll).

#### **4.10.4 Peran Serta Swasta**

Peran aktif lembaga pelayanan swasta lebih diproyeksikan sebagai pemberi pelayanan dan pendukung dana. Lembaga Pelayanan kesehatan swasta mengembangkan kegiatan sesuai dengan misi pelayanan yang dimiliki masing-masing institusi. Akan tetapi lembaga swasta juga harus memberi pelayanan kepada masyarakat miskin dengan menggunakan jaminan pemerintah dan dana-dana kemanusiaan.

#### **4.10.5 Strategi untuk Peningkatan Status Kesehatan Dan Gizi Masyarakat:**

- Meningkatkan upaya-upaya penurunan tingkat kematian ibu dan bayi melalui peningkatan kualitas KIA
- Meningkatkan pembangunan puskesmas sesuai standar tata ruang serta pengembangan puskesmas menjadi puskesmas mampu PONED serta meningkatkan polindes menjadi poskesdes
- Meningkatkan pengembangan dan pemberdayaan SDM kesehatan yang merata dan bermutu
- Meningkatkan ketersediaan, pemerataan, serta kualitas obat dan alat kesehatan

#### **4.10.6 Strategi untuk Menurunkan Angka Kesakitan Akibat Penyakit Menular**

- Meningkatkan kemandirian masyarakat dan mengembangkan system kewaspadaan dini untuk penyebaran informasi terjadinya wabah dan KLB penyakit menular dan cara menghindari terjadinya kasus lebih banyak
- Meningkatkan kegiatan surveilans dan monitoring penyakit menular
- Meningkatkan kerjasama dengan institusi pendidikan kesehatan dan organisasi profesi serta sarana pelayanan kesehatan swasta sebagai mitra pelayanan

#### **4.10.7 Strategi untuk Meningkatkan Penyediaan Anggaran Publik untuk Kesehatan Terutama Penduduk Miskin**

- Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan bagi penduduk tidak mampu/miskin
- Meningkatkan advokasi dalam rangka meningkatkan pembiayaan APBD untuk

kesehatan menjadi 10% (pembiayaan dari APBD yang mencukupi untuk pembangunan kesehatan di daerah)

- Meningkatkan pelaksanaan JAMKESMAS dan JAMKESDA melalui prinsip-prinsip Asuransi
- Meningkatkan advokasi ke sector swasta melalui CSR untuk kegiatan pembangunan kesehatan
- Meningkatkan pembiayaan kesehatan untuk kegiatan preventif dan promotif, pencapaian Indeks Kesehatan, Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan dan komitmen MDG's

#### **4.10.8 Strategi untuk Meningkatkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Tingkat Rumah Tangga**

- Meningkatkan upaya promosi kesehatan dalam mencapai PHBS melalui kerjasama lintas sector dan lintas program diantaranya revitalisasi peran dan fungsi sebagai upaya kesehatan yang bersumber daya masyarakat
- Mengembangkan seluruh desa menjadi desa siaga

#### **4.10.9 Strategi untuk Meningkatkan Responsif Terhadap Krisis Kesehatan Akibat Bencana dan Kejadian Luar Biasa**

- Meningkatkan kemandirian masyarakat dan mengembangkan system kewaspadaan dini untuk penyebaran informasi terjadinya bencana, KLB dan cara menghindari terjadinya kepanikan serta jatuhnya korban lebih banyak
- Meningkatkan kualitas SDM melalui pelatihan tanggap darurat dan pengembangan desa siaga penanggulangan bencana (Dasipena)

#### **4.10.10 Strategi untuk Meningkatkan Kepuasan Masyarakat Terhadap Pelayanan Publik Bidang Kesehatan**

- Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dasar melalui Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) di Puskesmas, Pustu, Poskesdes serta Puskel di seluruh wilayah
- Meningkatkan kualitas perencanaan, pelaksanaan kegiatan serta pengawasan, pengendalian dan penilaian terhadap program pembangunan kesehatan di semua tingkatan

**4.10.11 Program Pembangunan Kesehatan Daerah**  
**Pemetaan Program Pembangunan Kesehatan Daerah**

**Tabel 3.10. Pemetaan Program Pembangunan Kesehatan**

Pelaku Kegiatan Pembangunan Kesehatan Kabupaten/Kota	Indikator terwujudnya Visi dan terlaksananya Pembangunan Kesehatan Daerah					
	Status Kesehatan dan Gizi Masyarakat	Angka Kesakitan Akibat Penyakit Menular	Penyediaan Anggaran Publik untuk Kesehatan Terutama Penduduk Miskin	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Tingkat Rumah Tangga	Responsif Terhadap Krisis Kesehatan Akibat Bencana dan Kejadian Luar Biasa	Kepuasan Masyarakat Terhadap Pelayanan Publik Bidang Kesehatan
Pemerintah Kabupaten/Kota	√	√	√	√	√	√
Dinas Kesehatan	√	√	√	√	√	√
Dinas Pasar	√		√	√	√	
Dinas Pertanian	√		√	√	√	
Dinas Perindustrian, Perdagangan dan Koperasi	√		√	√	√	
Polresta	√			√	√	
Badan Pemberdayaan Masyarakat, Perempuan dan Keluarga Berencana	√	√	√	√	√	
Tim Penggerak PKK	√	√	√	√	√	√
Dinas Pekerjaan Umum			√	√	√	
Dinas Kebersihan, pertamanan dan Pemukiman (DKPP)			√	√	√	√
Dinas Penataan Kabupaten dan Pemukiman			√	√	√	
Badan Lingkungan Hidup		√	√	√	√	
PDAM			√	√	√	
Dinas Pendidikan		√	√	√	√	√
Dinas Perhubungan			√	√	√	√
Bagian Sosial Pemda	√	√	√	√	√	√
Kantor Kesehatan Pelabuhan	√	√	√	√	√	√
Masyarakat : kader-kader PKK dan posyandu	√	√	√	√	√	
Kecamatan dan kelurahan	√	√	√	√	√	√
RS,puskesmas,posyandu,klinik dan praktek dokter	√	√	√	√	√	√
Asosiasi RS	√	√	√	√	√	√
Ikatan Profesi	√	√	√	√	√	√
Perusahaan asuransi Kesehatan		√	√	√	√	√
Perusahaan asuransi Kesehatan		√	√	√	√	√
Institusi pendidikan kesehatan	√	√	√	√	√	√
LSM kesehatan	√	√	√	√	√	√
Pengusaha Obat dan Perbekalan kesehatan		√	√	√	√	
PLN			√	√	√	
PDAM			√	√	√	

**Perencanaan program untuk mencapai sasaran berdasar indikator terwujudnya visi Pembangunan Kesehatan Daerah**

**Tabel 3.11. Kegiatan 1 : Peningkatan Status Kesehatan Dan Gizi Masyarakat**

INDIKATOR	PENCAPAIAN					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Cakupan kunjungan ibu hamil K4	88.4%	100%	100%	100%	100%	100%
Cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani	52.7%	95%	95%	95%	95%	95%
Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan	82.10%	90%	90%	90%	90%	90%
Cakupan pelayanan nifas Ibu hamil KEK (kurang energy kronis) mendapat PMT (pemberian makanan tambahan)	67.5%	90%	90%	90%	90%	90%
Cakupan ibu hamil mengkonsumsi tablet Fe	Belum ada	50%	50%	50%	50%	50%
Cakupan Ibu nifas mengkonsumsi vit. A	74.70%	90%	90%	90%	90%	90%
Cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani	60%	90%	90%	90%	90%	90%
Cakupan kunjungan bayi	13.3%	95%	95%	95%	95%	95%
Cakupan desa/kelurahan UCI (universal child imunisation)	92.44%	95%	95%	95%	95%	95%
Prevalensi anak gizi buruk	73.91%	90%	90%	90%	90%	90%
Cakupan pelayanan anak balita	0.06	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04
Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6-24 bln keluarga miskin	48.7%	90%	90%	90%	90%	90%
Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Cakupan distribusi vitamin A	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Cakupan penjangkaran kesehatan siswa SD dan setingkat	94.5%	98%	98%	98%	98%	98%
Cakupan peserta KB aktif	19.21%	100%	100%	100%	100%	100%
Cakupan desa/kelurahan dengan konsumsi garam beryodium baik	81%	85%	85%	85%	85%	85%
Meningkatnya cakupan kunjungan neonatal lengkap	83.3%	90%	90%	90%	90%	90%
Tersedianya puskesmas dan petugas santun lansia	70%	90%	90%	90%	90%	90%
Terlaksananya kegiatan sanitasi di lingkungan pemukiman dan institusi	8	12	12	12	12	12
Jumlah puskesmas yang mampu PONE	puskesmas	puskesmas	puskesmas	puskesmas	puskesmas	puskesmas
Jumlah poskesdes yang dibangun	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	4	12	12	12	12	12
	102	112	112	112	112	112



INDIKATOR	PENCAPAIAN					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Jumlah puskesmas yang dibangun/direhab sesuai standar tata ruang	26	36	36	36	36	36
Jumlah puskesmas pembantu yang dibangun/direhab sesuai standar tata ruang	78	83	83	83	83	83
Terpeliharanya puskesmas	80%	100%	100%	100%	100%	100%
Terpeliharanya puskesmas keliling	60%	80%	80%	80%	80%	80%
Jumlah dokter umum	88	139	139	139	139	139
Jumlah dokter gigi	29	62	62	62	62	62
Jumlah perawat umum	276	459	459	459	459	459
Jumlah perawat gigi	31	62	62	62	62	62
Jumlah bidan	338	472	472	472	472	472
Jumlah Sanitarian	47	62	62	62	62	62
Jumlah nutrisionis	42	62	62	62	62	62
Jumlah asisten apoteker	39	62	62	62	62	62
Jumlah Analisis kesehatan	22	62	62	62	62	62
Jumlah dokter yang terampil dalam kegawatdaruratan	22	50	50	50	50	50
Jumlah Perawt yang terampil dalam kegawatdaruratan	28	70	70	70	70	70
Jumlah Bidan yang terampil dalam kegawatdaruratan obstetric neonatal	30	90	90	90	90	90
Jumlah Bidan yang terampil dalam menangani persalinan normal (APN)	236	286	286	286	286	286
Jumlah perawat PHN terlatih	81	124	124	124	124	124
Kebutuhan obat perkapita penduduk dengan nilai Rp 11.000,-	4761	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000
Distribusi obat dan perbekalan kesehatan	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Terselenggaranya pengelolaan obat yang baik dan benar di Puskesmas	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Terselenggaranya pengelolaan obat yang baik dan benar di Toko Obat	70%	100%	100%	100%	100%	100%
Terselenggaranya pengelolaan obat yang baik dan benar di Apotek	50%	100%	100%	100%	100%	100%
Pengawasan peredaran obat berbahaya di sarana kesehatan	23,35%	100%	100%	100%	100%	100%
Tersosialisasikannya obat teurapetik, obat tradisional, kosmetik, dan makanan minuman yang memenuhi syarat	48,39%	100%	100%	100%	100%	100%

Kebijakan umum yang ditetapkan yaitu perluasan kesempatan bagi masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas untuk peningkatan status kesehatan dan gizi masyarakat, antara lain:

- Pembiayaan: meningkatkan pendanaan dari pemerintah daerah, dan masyarakat untuk pelayanan kesehatan. Kebijakannya adalah memberikan perlindungan bagi masyarakat miskin dan yang tidak mampu. Disamping itu bagi masyarakat yang mampu disediakan kesempatan untuk membiayai kebutuhan kesehatan.
- Regulasi: Pemerintah Kabupaten/Kota diharapkan lebih tegas dalam menerapkan berbagai Peraturan Daerah untuk: kebersihan lingkungan pemukiman, sanitasi makanan, larangan merokok di tempat umum dan iklan tembakau, pembatasan pencemaran udara.
- Meningkatkan insentif bagi petugas kesehatan
- Promosi : Pemerintah Kabupaten/Kota diharapkan meningkatkan kegiatan promosi terutama kegiatan yang terkait dengan peningkatan status kesehatan dan gizi masyarakat dengan melibatkan peranan ibu rumah tangga.
- Memperbaiki sistem rujukan; Mengembangkan BLUD untuk Puskesmas.
- Membangun System Kesehatan Jaminan

Program :

- Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak
- Program Perbaikan Gizi Masyarakat
- Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular
- Program Upaya Kesehatan Masyarakat
- Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Lansia
- Program Pengembangan Lingkungan Sehat
- Program Pengadaan, Peningkatan dan Perbaikan Sarana dan Prasarana Puskesmas/Puskesmas Pembantu dan Jaringannya
- Program Kemitraan Peningkatan Pelayanan Kesehatan
- Program Obat dan Perbekalan Kesehatan
- Program Pengawasan Obat dan Makanan

**Tabel 3.12. Kegiatan 2 : Penurunan Angka Kesakitan Akibat Penyakit Menular**

INDIKATOR	PENCAPAIAN					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Terwujudnya sarana (Apotek, pedagang eceran obat, dan klinik kecantikan) yang berizin	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Terbinanya industri rumah tangga pangan yang berizin	11,32%	80%	80%	80%	80%	80%
Pengawasan peredaran	100%	100%	100%	100%	100%	100%

INDIKATOR	PENCAPAIAN					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
makanan minuman yang beredar di masyarakat						
Terwujudnya industri rumah tangga pangan yang berizin	1148 IRTP	1748 IRTP	1748 IRTP	1748 IRTP	1748 IRTP	1748 IRTP
Terwujudnya tenaga kesehatan yang berkompentensi dalam melakukan pengawasan obat teurapetik, obat tradisional, kosmetik, dan makanan minuman	25,41%	100%	100%	100%	100%	100%
Cakupan desa/kelurahan mengalami wabah dan KLB penyakit menular yang dilakukan penyelidikan epidemiologi <24 jam	100%	100%	100%	100%	100%	100%
AFP Rate per 100.000 penduduk <15 tahun	7	3	3	3	3	3
Penemuan penderita pneumonia balita	79.3%	90%	90%	90%	90%	90%
Penemuan pasien TB BTA positif	73.9%	90%	90%	90%	90%	90%
Penemuan kasus Kusta (/10.000 penduduk)	< 1	< 1	< 1	< 1	< 1	< 1
Penderita DBD yang ditangani	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Tersedianya bahan dan alat fogging	68,00%	100%	100%	100%	100%	100%
Penemuan penderita diare	8.9%	100%	100%	100%	100%	100%
Penjangkauan penderita HIV / AIDS	80,00%	85%	85%	85%	85%	85%
Cakupan desa/ Kelurahan UCI (universal child imunisasi)	73.91%	90%	90%	90%	90%	90%
Pelayanan pengendalian vector : Rumah / bangunan bebas jentik nyamuk Aedes	93,87%	95%	95%	95%	95%	95%
Persentase Tempat-Tempat Umum Sehat	70.05%	82%	82%	82%	82%	82%
Pelayanan Kesehatan Lingkungan Institusi yang dibina	-	100%	100%	100%	100%	100%
Persentase air minum yang memenuhi syarat	-	100%	100%	100%	100%	100%
Jumah DAMIU yang diawasi	175	220	220	220	220	220
Jumlah titik sample yang diawasi kualitas air minum	-	50	50	50	50	50
Cakupan pengobatan masal Filariasis	85%	100%	100%	100%	100%	100%

Kebijakan umum yang ditetapkan yaitu Perluasan kesempatan bagi masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas untuk Menurunkan Angka Kesakitan Akibat Penyakit Menular, antara lain:

- Pembiayaan: meningkatkan pendanaan dari pemerintah daerah, dan masyarakat untuk sarana pelayanan kesehatan yang lebih baik.
- Regulasi: Pemerintah Kabupaten/Kota diharapkan lebih tegas dalam menerapkan berbagai Peraturan Daerah mengenai penjualan obat.
- Meningkatkan insentif bagi petugas kesehatan dan petugas jentik
- Promosi : Pemerintah Kabupaten/Kota diharapkan meningkatkan kegiatan promosi terutama kegiatan yang terkait dengan penurunan angka kesakitan akibat penyakit menular terutama DBD dan Filariasis dengan melibatkan peranan ibu rumah tanggadan pemerintahan desa.

Program :

- Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular
- Program Pengembangan Lingkungan Sehat

**Tabel 3.13. Kegiatan 3 : Peningkatan Penyediaan Anggaran Publik untuk Kesehatan Terutama Penduduk Miskin**

INDIKATOR	PENCAPAIAN					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Cakupan pelayanan kesehatan dasar pasien masyarakat miskin	48.7%	100%	100%	100%	100%	100%
Pelayanan kunjungan rumah bagi penderita penyakit kronis dan risiko tinggi	2196 KK	2196 KK	2196 KK	2196 KK	2196 KK	2196 KK
Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin	7.8%	100%	100%	100%	100%	100%
Tersusunnya dokumen Sistem Kesehatan Daerah (SKD)	0%	100%	100%	100%	100%	100%
Terlaksananya klaim jamkesmas dan jamkesda bagi penduduk miskin	80%	100%	100%	100%	100%	100%
Pembangunan/rehabilitasi puskesmas	3	7	7	7	7	7
Pembangunan/rehabilitasi poskesdes	1%	25%	25%	25%	25%	25%
Tersedianya biaya operasional UPTD dan puskesmas (Puskesmas)	61	62	62	62	62	62

Program :

- Program Upaya Kesehatan Masyarakat
- Program Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin
- Program Standarisasi Pelayanan Kesehatan

- Program Pengadaan, Peningkatan dan Perbaikan Sarana dan Prasarana Puskesmas/ Puskesmas Pembantu dan Jaringannya

**Tabel 3.14. Kegiatan 4 : Peningkatan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Tingkat Rumah Tangga**

INDIKATOR	PENCAPAIAN					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Cakupan Rumah Tangga Ber-PHBS	40%	70%	70%	70%	70%	70%
Terbinanya UKBM, Saka Bakti Husada dalam promosi kesehatan berbasis pemberdayaan masyarakat	25.8%	100%	100%	100%	100%	100%
Persentase keluarga yang menggunakan Sarana Air Bersih	71,67%	85%	85%	85%	85%	85%
Persentase keluarga yang menggunakan jamban keluarga sehat	63,74%	78%	78%	78%	78%	78%
Persentase keluarga yang menggunakan Sarana Pembuangan Air Limbah Memenuhi Syarat	36,26%	50%	50%	50%	50%	50%
Persentase Rumah Sehat	50%	80%	80%	80%	80%	80%
Jumlah Desa yang menyelenggarakan CLTS	3	7	7	7	7	7
Jumlah Desa yang mendeklarasikan STOP BABS	0	12	12	12	12	12
Jumlah desa yang melaksanakan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)	3	25	25	25	25	25
Cakupan Desa Siaga Aktif	38%	70%	70%	70%	70%	70%
Terbinanya desa siaga	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Terbinanya desa pratama	169 desa	0 desa	1 desa	2 desa	3 desa	4 desa
Terbinanya desa mandiri/paripurna	0	155	156	157	158	159

Program :

- Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat
- Program Pengembangan Lingkungan Sehat

**Tabel 3.15. Kegiatan 5 : Peningkatan Responsif Terhadap Krisis Kesehatan Akibat Bencana dan Kejadian Luar Biasa**

INDIKATOR	PENCAPAIAN					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Cakupan desa/kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi <24jam	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Jumlah Poskes yang ditangani kader bencana	20	30	30	30	30	30
Terlaksananya posko rawan	100%	100%	100%	100%	100%	100%

INDIKATOR	PENCAPAIAN					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
bencana dan terlayannya pasien pasien korban bencana dan terlaksananya posko hari-hari besar						

Program :

- Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular
- Program Upaya Kesehatan Masyarakat

**Tabel 3.16. Kegiatan 6 : Peningkatan Kepuasan Masyarakat Terhadap Pelayanan Publik Bidang Kesehatan**

INDIKATOR	PENCAPAIAN					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Terlayannya kesehatan calon jemaah haji	90.33%	100%	100%	100%	100%	100%
Terpeliharanya vaksin dan cold chain	70%	95%	95%	95%	95%	95%
Tersedianya dokumen Perda tentang Sistem kesehatan Daerah	0%	100%	100%	100%	100%	100%
Tersusunnya Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan Kesehatan	0%	100%	100%	100%	100%	100%
Jumlah Puskesmas yang memiliki Water test kit	0%	500%	500%	500%	500%	500%
Termoniitor dan terevaluasinya kegiatan promosi dan pemberdayaan masyarakat	20%	100%	100%	100%	100%	100%
Terlaksananya evaluasi kinerja puskesmas	70%	100%	100%	100%	100%	100%
Terlaksananya pengumpulan, pengolahan, analisa data profil kesehatan dan pemutakhiran data	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Program :

- Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat
- Program Standarisasi Pelayanan Kesehatan

#### **4.11 Analisis dan Proyeksi Sumber Anggaran Bidang Kesehatan Daerah**

**Sumber anggaran pemerintah:**

1. Anggaran kesehatan yang direncanakan

**Tabel 3.17. Anggaran Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2012-2015**

Tahun		APBD Kabupaten	APBD Provinsi	APBN	BLN	Total
2012	Rp	174.808.144.926	1.906.600.000	39.448.365.000	758.935.000	216.922.044.926
	%	80,59	0,88	18,19	0,35	100,00
2013	Rp	175.157.082.175	1.853.400.000	30.440.231.500	1.298.266.535	208.748.980.210
	%	83,91	0,89	14,58	0,62	100,00
2014	Rp	299.066.076.393	2.440.366.765	8.519.402.000	931.303.235	310.957.148.393
	%	96,18	0,78	2,74	0,30	100,00
2015	Rp	459.075.785.652	3.226.260.000	12.216.781.000	923.010.853	475.441.837.505
	%	96,56	0,68	2,57	0,19	100,00

Sumber : Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2012-2015

Pada tabel 3.17 terlihat bahwa anggaran kesehatan berdasarkan laporan tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan sumber APBD Kabupaten dari sejak tahun 2013 terjadi peningkatan. Berbanding terbalik dengan sumber dana yang berasal dari provinsi dan pusat yang kecenderungannya semakin menurun. Sebaran besaran anggaran kesehatan yang terjadi di Kabupaten/Kota memang sesuai dengan pemberlakuannya sistem desentralisasi, yaitu dimana anggaran dari pusat diperkecil sedangkan anggaran dari daerah diperbesar. Walaupun demikian, apabila ada program yang memang dicanangkan sebagai program nasional, maka pusat memberikan anggaran yang sesuai dengan cakupan wilayah tersebut. Seperti halnya yang terjadi pada tahun 2012 dan 2013, anggaran kesehatan yang bersumber dari pusat terbilang besar, karena pada 2 tahun tersebut, dilaksanakan program nasional dalam rangka menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian bayi, yaitu program Jampersal. Setelah program Jampersal berakhir, anggaran yang diberikan oleh pusat menurun sebesar 72%, yaitu hanya menjadi 78%. Pada tahun 2014. Namun kemudian pada tahun 2015, anggaran dari pusat meningkat menjadi sebesar 143,40% dari anggaran tahun 2014.

Sedangkan anggaran yang berasal dari APBD Provinsi dalam rentang waktu 2012 sampai dengan 2015 mengalami kecenderungan penurunan, yaitu pada tahun 2013 hanya sebesar 0,89% anggaran yang bersumber dari APBD Provinsi, dan kemudian menurun menjadi 0,78% pada tahun 2014, selanjutnya kembali menurun menjadi 0,68% pada tahun 2015. Selain itu, anggaran kesehatan Kabupaten/Kota yang bersumber dari bantuan luar negeri juga mengalami kecenderungan menurun sejak tahun 2013 sampai tahun 2015.

Tren kecenderungan penurunan dan peningkatan anggaran kesehatan Kabupaten/Kota dari tahun 2012 sampai 2015 dapat dilihat pada grafik 5.1 berikut ini:

**Grafik 3.9. Tren Anggaran Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2012-2015**



Sumber : Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2012-2015

## 2. Realisasi Penggunaan Anggaran Kesehatan

**Tabel 3.18. Realisasi Pengelolaan Anggaran Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2012-2015**

Tahun		APBD Kabupaten	APBD Provinsi	APBN	BLN	Total
2012	Rp	164.858.238.130	1.906.600.000	21.395.306.810	757.315.000	188.917.459.940
	%	87,26	1,01	11,33	0,40	100,00
2013	Rp	163.354.031.177	1.833.750.000	29.635.833.800	812.888.745	195.636.503.722
	%	83,50	0,94	15,15	0,42	100,00
2014	Rp	206.619.483.499	2.434.154.765	8.451.724.320	501.744.692	218.007.107.276
	%	94,78	1,12	3,88	0,23	100,00
2015	Rp	379.033.173.975	3.226.260.000	11.888.178.600	516.477.275	394.664.089.850
	%	96,04	0,82	3,01	0,13	100,00

Sumber : Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2012-2015



Apabila dilihat berdasarkan realisasi penggunaan anggaran kesehatan Kabupaten/Kota pada tahun 2012 sampai dengan 2015 yang dikelola oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, maka persentase terbesar bersumber dari APBD Kabupaten, yaitu mencapai 80% sampai 96%. Sedangkan sumber dana lainnya tidak lebih dari 16%.

Untuk melihat optimalisasi dari penyerapan anggaran kesehatan Kabupaten/Kota tahun 2012-2015 yang sudah direncanakan, dapat dilihat pada tabel berikut ini:

**Tabel 3.19. Presentase Penyerapan Anggaran Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2012-2015**

Sumber Dana	2012	2013	2014	2015	Rata-rata
APBD Kabupaten	94,31	93,26	69,09	82,56	84,81
APBD Provinsi	100,00	98,94	99,75	100,00	99,67
APBN	54,24	97,36	99,21	97,31	87,03
BLN	99,79	62,61	53,88	55,96	68,06

Berdasarkan table 3.19 yang memperlihatkan tentang penyerapan anggaran kesehatan di Kabupaten/Kota tahun 2012-2015, terlihat bahwa anggaran yang terserap secara optimal adalah anggaran kesehatan yang bersumber dari APBD Provinsi, yaitu hampir 100% dengan rata-rata penyerapan selama 4 tahun yaitu sejak tahun 2012-2015 sebesar 99,67%. Selanjutnya penyerapan optimal kedua adalah penyerapan anggaran kesehatan yang bersumber dari APBN yaitu dengan rata-rata penyerapan sebesar 87,03%. Penyerapan yang juga cukup optimal adalah anggaran kesehatan yang bersumber dari APBD Kabupaten dengan rata-rata sebesar 84,81%. Sedangkan penyerapan yang masih kurang optimal adalah anggaran kesehatan yang bersumber dari bantuan luar negeri, yaitu sebesar 68,06%.

### 3. Estimasi anggaran kesehatan tahun 2016-2020

Estimasi anggaran kesehatan lima tahunan dengan menggunakan estimasi *future value* berbasis pada tingkat inflasi tahun dasar yaitu 2015. Nilai estimasi yang dihasilkan dengan asumsi bahwa nilai atau kinerja yang dihasilkan sama dengan tahun dasar (tahun 2015) tetapi dinilai dengan nilai uang sehingga menghasilkan estimasi nilai uang di masa datang.

Tabel 3.20 menggambarkan mengenai estimasi anggaran kesehatan selama lima tahun ke depan berdasarkan tingkat inflasi dasar tahun 2015.

**Tabel 3.20. Estimasi Anggaran Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2016-2020**

Sumber Dana	2016	2017	2018	2019	2020
APBD Kabupaten	403.215.490.475	428.940.638.767	456.307.051.520	485.419.441.407	516.389.201.769
APBD Provinsi	3.432.095.388	3.651.063.074	3.884.000.898	4.131.800.155	4.395.409.005
APBN	12.646.644.395	13.453.500.307	14.311.833.627	15.224.928.612	16.196.279.057
BLN	549.428.525	584.482.065	621.772.021	661.441.076	703.641.016

**Untuk pelayanan kesehatan kuratif dan preventif:**

Pembayaran oleh Masyarakat. Dilakukan oleh masyarakat di rumah sakit daerah, rumah sakit swasta, praktek dokter swasta, apotik, klinik dan berbagai pelayanan kesehatan swasta. Jumlah keseluruhan masih belum diketahui. Berdasarkan dokumen laporan dari 2 rumah sakit daerah (RSUD Majalaya dan RSUD Cicalengka), didapatkan data ada kecenderungan peningkatan pencapaian retribusi pelayanan kesehatan dibandingkan dengan target, seperti yang terlihat pada tabel berikut ini:

**Tabel 3.21. Retribusi Pelayanan Kesehatan RSUD Majalaya dan RSUD Cicalengka Tahun 2012-2015**

Deskripsi	2012	2013	2014	2015
<b>RSUD MAJALAYA</b>				
Target	30.000.000.000	40.000.000.000	66.359.987.763	74.000.000.000
Realisasi	32.975.225.864	49.341.205.244	75.488.330.828	83.704.911.859
Persentase Pencapaian	109,92	123,35	113,75	113,11
<b>RSUD CICALENGA</b>				
Target	10.700.000.000	13.500.000.000	20.581.110.947	23.000.000.000
Realisasi	11.050.230.873	17.012.499.264	22.288.378.254	23.618.441.965
Persentase Pencapaian	103,27	126,02	108,30	102,69
<b>TOTAL 2 RSUD</b>				
Target	40.700.000.000	50.700.000.000	77.059.987.763	84.700.000.000
Realisasi	44.025.456.737	60.391.436.117	86.538.561.701	94.755.142.732
Persentase Pencapaian	108,17	119,12	112,30	111,87

Sumber : Renstra RSUD Majalaya Tahun 2016-2020, Laporan Tahunan RSUD Cicalengka Tahun 2013, 2014 dan 2015

Selain pendapatan yang bersumber dari retribusi pelayanan kesehatan berbagai pelayanan kesehatan, anggaran kesehatan untuk pelayanan kesehatan kuratif dan preventif dapat juga bersumber dari dana kemanusiaan dari masyarakat atau dari dana hibah dari masyarakat.

**Sumber anggaran swasta:**

Anggaran pelayanan kesehatan dapat pula bersumber dari anggaran swasta, yaitu

*Corporate Social Responsibility*, yaitu anggaran yang didapatkan oleh perusahaan yang ditujukan sebagai dana kemanusiaan yang merupakan perwujudan dari tanggung jawab social perusahaan tersebut. Penggunaan dana kemanusiaan itu dapat digunakan salah satunya sebagai dana kesehatan masyarakat.

## **BAB V PENUTUP**

Penyusunan perencanaan pembangunan sektor kesehatan di Kabupaten/Kota (Master Plan Kesehatan) untuk periode 5 tahun ini menggunakan RPJP Daerah dan RPJM Daerah sebagai bahan acuan. Pada Pasal 5 ayat 1 disebutkan bahwa RPJP Daerah memuat visi, misi, dan arah pembangunan Daerah yang mengacu pada RPJP Nasional. Ayat 2 menyebutkan bahwa RPJM Daerah merupakan penjabaran dari visi, misi, dan program Kepala Daerah yang penyusunannya berpedoman pada RPJP Daerah dan memperhatikan RPJM Nasional, memuat arah kebijakan keuangan Daerah, strategi pembangunan Daerah, kebijakan umum, dan program Satuan Kerja Perangkat Daerah, lintas Satuan Kerja Perangkat Daerah, dan program kewilayahan disertai dengan rencana-rencana kerja dalam kerangka regulasi dan kerangka pendanaan yang bersifat indikatif.

Beberapa rekomendasi terkait dengan Penyusunan Master Plan Pembangunan Kesehatan Kabupaten/Kota adalah sebagai berikut:

1. Percepatan penyediaan dan atau perbaikan sarana dan prasarana kesehatan
2. Penambahan dan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan, serta insentif bagi tenaga kesehatan dan juga tenaga jentik dalam rangka perluasan akses dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan
3. Pemberdayaan masyarakat untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam kesehatan lingkungan, khususnya fasilitasi dan motivasi untuk PHBS sesuai kemenkes
4. Meningkatkan kegiatan promosi kegiatan upaya kesehatan masyarakat
5. Percepatan pembangunan sistem kesehatan jaminan
6. Implementasi masterplan secara terstruktur, terpadu lintas sektor, dan ada evaluasi berkelanjutan

## DAFTAR PUSTAKA

- Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (BAPPEDA) Kabupaten/Kota, Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah (RPJPD) Kabupaten/Kota Tahun 2005- 2025, Kabupaten/Kota
- Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (BAPPEDA) Kabupaten/Kota, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten/Kota Tahun 2010-2015, Kabupaten/Kota
- Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Barat, Provinsi Jawa Barat Dalam Angka 2016, Kabupaten/Kota
- Badan Pusat Statistik Kabupaten/Kota, Kabupaten/Kota Dalam Angka 2016, Kabupaten/Kota
- Badan Pusat Statistik Kabupaten/Kota, Kabupaten/Kota Dalam Angka 2015, Kabupaten/Kota
- Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Laporan Tahunan Tahun 2013, Kabupaten/Kota Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Laporan Tahunan Tahun 2014, Kabupaten/Kota Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Laporan Tahunan Tahun 2015, Kabupaten/Kota
- Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Rencana Strategis Dinas Kesehatan Tahun 2016- 2020, Kabupaten/Kota
- Rumah Sakit Umum Daerah Majalaya, Laporan Tahunan Tahun 2013, Kabupaten/Kota
- Rumah Sakit Umum Daerah Majalaya, Laporan Tahunan Tahun 2013, Kabupaten/Kota Rumah Sakit Umum Daerah Majalaya, Rencana Strategis RSUD Majalaya Tahun 2016-2020, Kabupaten/Kota
- Rumah Sakit Umum Daerah Cicalengka, Laporan Tahunan Tahun 2013, Kabupaten/Kota Rumah Sakit Umum Daerah Cicalengka, Laporan Tahunan Tahun 2014, Kabupaten/Kota
- Rumah Sakit Umum Daerah Cicalengka, Laporan Tahunan Tahun 2015, Kabupaten/Kota
- Rumah Sakit Umum Daerah Soreang, LAKIP RSUD Soreang Tahun Anggaran 2014, Kabupaten/Kota
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2003, Ilmu Kesehatan Masyarakat, Jakarta: Rineka Cipta
- Kementerian Kesehatan RI. (2011). Pedoman Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. (2011). Pedoman Pembinaan dan Penilaian Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di Rumah Tangga melalui Tim Penggerak PKK. Jakarta: Pusat Promosi Kesehatan.
- Kementrian Kesehatan RI (2014). Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM). Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.

Kementrian Kesehatan RI (2013). Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013.  
Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.

Kementrian Kesehatan RI (2007). Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2007.  
Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

**D**alam upaya mengatasi permasalahan kesehatan di Kabupaten/Kota, maka perlu adanya arahan yang jelas, strategi yang tepat, fokus dan terukur yang diselaraskan dengan visi dan misi Kabupaten/Kota. Buku ini disusun untuk memahami metodologi untuk menyusun Rencana Induk (Master Plan) tingkat Kabupaten/Kota. Besar harapan kami, buku ini bisa menjadi sumber bacaan bagi para penulis, peneliti, pejabat pada tingkat dinas kesehatan kabupaten/kota serta para dosen dan mahasiswa yang berminat dalam pengembangan perencanaan pembangunan kesehatan.



Jl. Kedinding Lor, Gg. Delima no 4A  
Surabaya 60129  
saga.penerbit@gmail.com  
www.pustakasaga.id

ISBN 978-623-8455-54-6 (PDF)



9 786238 455546