



PROFIL KESEHATAN

DINAS KESEHATAN KALIMANTAN UTARA

2019



**KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA**

DINAS KESEHATAN PROVINSI KALIMANTAN UTARA

TAHUN 2019



**DINAS KESEHATAN
PROVINSI KALIMANTAN UTARA
2019**

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Kuasa yang selalu memberi rahmat dan hidayah Nya sehingga dapat tersusunnya Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Utara Tahun 2019.

Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Utara ini merupakan gambaran salah satu sarana untuk melihat data dan informasi minimal Demografi, Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Tenaga Kesehatan, Pembiayaan Kesehatan, Kesehatan Keluarga, Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Kesehatan Lingkungan sejauh mana keberhasilan promosi kesehatan. Dan tidak kalah pentingnya juga dapat melihat capaian program-program kesehatan yang dilakukan pada semua level sarana kesehatan yang bermuara pada derajat kesehatan masyarakat dan faktor-faktor yang mempengaruhinya di Provinsi Kalimantan Utara.

Sumber data yang digunakan dalam profil ini merupakan gabungan data primer dan sekunder dari berbagai sumber berupa laporan program dan penyajian data atas permintaan baik dari internal lingkup kesehatan se Provinsi Kalimantan Utara maupun dari pihak yang terkait se Provinsi Kalimantan Utara

Kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan dan penerbitan Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Utara ini, kami mengucapkan terima kasih. Kami menyadari sulitnya mendapatkan data yang lengkap yang menyebabkan salah satu faktor utama masih memiliki kekurangan, untuk itu mengharapkan saran dan kritik demi perbaikan yang akan datang

Semoga Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Utara ini berguna dan dapat memberikan sumbangan bagi semua pihak.

Tanjung Selor, Agustus 2020
KEPALA DINAS KESEHATAN
PROVINSI KALIMANTAN UTARA

USMAN, SKM, ,M.Kes
NIP. 196808171993121004

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI.....	iii
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GRAFIK.....	x
BAB I	1
A. LATAR BELAKANG	1
B. TUJUAN UMUM.....	1
C. SISTEMATIKA PENULISAN	2
BAB II	4
A. GAMBARAN UMUM	4
1. Geografi	4
2. Kependudukan.....	5
B. PERILAKU PENDUDUK PROVINSI KALTARA	7
BAB III	9
A. FASILITAS KESEHATAN	9
1. Puskesmas Pembantu (Pustu).....	10
2. Puskesmas Induk	12
3. Rumah Sakit	18
4. Sarana Kefarmasian	19
5. Sarana Penunjang Lainnya.....	20
a. Sarana Pelayanan Masyarakat.....	20
b. Sarana Peningkatan SDM.....	21
B. UPAYA KESEHATAN BERSUMBER MASYARAKAT (UKBM)	21
1. Posyandu	21

BAB IV	26
A. ANGKA KEMATIAN IBU (AKI)	26
B. ANGKA KEMATIAN BAYI & BALITA	30
C. STATUS GIZI	33
1. Gizi Bayi Balita	33
2. Berat Badan Lahir Rendah	34
BAB V	37
A. TENAGA BIDAN DAN PERAWAT	37
B. TENAGA DOKTER	39
C. TENAGA TEKNIS LAINNYA	40
D. PEMBIAYAAN	41
BAB VI	48
A. PENYAKIT MENULAR.....	48
1. Tuberkulosis	48
2. Demam Berdarah Dengue	51
3. Diare.....	53
4. Kusta	54
5. Penyakit Yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I).....	57
6. Malaria	59
7. Filariasis	61
8. HIV, AIDS dan Syphilis	61
9. Pneumonia.....	64
10. Hepatitis	66
11. Kejadian Luar Biasa (KLB)	67
12. Imunisasi	69
13. Universal Child Immunization (UCI) Desa	70
B. PENYAKIT TIDAK MENULAR.....	70

BAB VII	72
A. KESEHATAN IBU DAN WUS	73
1. Pemeriksaan Bumil, Bulin, WUS	74
2. Pemberian Td pada Ibu Hamil dan Wanita Usia Subur (WUS).....	80
3. Pemberian Tablet Fe	81
4. Pelayanan KB	82
5. ASI Eksklusif	83
B. PELAYANAN USILA	84
C. PELAYANAN GIGI DAN MULUT	85
D. KESEHATAN ANAK.....	86
BAB VIII	90
A. SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT (STBM)	91
B. TATANAN KAWASAN SEHAT	97
1. Tempat-Tempat Umum Yang Memenuhi Syarat	98
2. Tempat Pengelolaan Makanan (TPM) Yang Memenuhi Syarat	99
3. Sarana Air Minum	101
BAB IX	105
A. FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN	105
B. SITUASI DERAJAT KESEHATAN	106
C. SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN DAN PEMBIAYAAN	106
D. PENGENDALIAN PENYAKIT	106
E. KESEHATAN KELUARGA.....	107
F. KESEHATAN LINGKUNGAN	108
DAFTAR PUSTAKA.....	109

DAFTAR TABEL

TABEL 2.1 PEMBAGIAN WILAYAH ADMINISTRASI PEMERINTAHAN MENURUT KECAMATAN, DESA/KELURAHAN & RT TAHUN 2019	5
TABEL 2.2 JUMLAH PENDUDUK DAN RASIO JENIS KELAMIN KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	6
TABEL 3.1 JUMLAH PUSKESMAS RAWAT INAP & NON RAWAT INAP KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	13
TABEL 3.2 KUNJUNGAN PASIEN RAWAT JALAN DI PUSKESMAS KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	16
TABEL 3.3 KUNJUNGAN PASIEN RAWAT INAP DI PUSKESMAS KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	16
TABEL 3.4 KUNJUNGAN PASIEN GANGGUAN JIWA DI PUSKESMAS KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	17
TABEL 3.5 JUMLAH RUMAH SAKIT DAN TYPE RUMAH SAKIT KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA 2019	18
TABEL 3.6 POSYANDU AKTIF MENURUT STRATA DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019.....	24
TABEL 4.1 ANGKA KEMATIAN IBU KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	28
TABEL 4.2 JUMLAH KEMATIAN NEONATAL, BAYI DAN BALITA KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019.....	32
TABEL 4.3 JUMLAH BAYI BERAT BADAN LAHIR RENDAH TIAP KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019.....	35
TABEL 5.1 JUMLAH BIDAN DAN PERAWAT DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019.....	38
TABEL 5.2 DISTRIBUSI DOKTER DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	40
TABEL 5.3 PEMBIAYAAN URUSAN KESEHATAN KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019.....	42
TABEL 5.4 PEMBIAYAAN URUSAN KESEHATAN KOTA TARAKAN PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	43
TABEL 5.5 PEMBIAYAAN URUSAN KESEHATAN KABUPATEN NUNUKAN PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019.....	44

TABEL 5.6 PEMBIAYAAN URUSAN KESEHATAN KABUPATEN BULUNGAN PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019.....	45
TABEL 5.7 PEMBIAYAAN URUSAN KESEHATAN KABUPATEN MALINAU PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019.....	46
TABEL 5.8 PEMBIAYAAN URUSAN KESEHATAN KABUPATEN TANA TIDUNG PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019.....	47
TABEL 6.1 SUCCESS RATE TUBERKULOSIS KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	50
TABEL 6.2 KONDISI KASUS DBD DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	52
TABEL 6.3 KONDISI KASUS DIARE DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	53
TABEL 6.4 KONDISI KASUS KUSTA DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	55
TABEL 6.5 PENYAKIT YANG DAPAT DICEGAH DENGAN IMUNISASI (PD3I) KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019.....	58
TABEL 6.6 KONDISI KASUS MALARIA KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	60
TABEL 6.7 KEJADIAN FILARIASIS DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	61
TABEL 6.8 KASUS HIV/AIDS BERDASARKAN UMUR DI SEMUA SARKES KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	63
TABEL 6.9 JUMLAH PENDERITA PENUMONI DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	65
TABEL 6.10 KASUS HEPATITIS YANG TERDETEKSI DI PUSKESMAS KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019.....	66
TABEL 6.11 JUMLAH KASUS KLB DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	67
TABEL 6.12 JENIS KEJADIAN KLB, ATTACK RATE & CFR DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019.....	68
TABEL 6.13 IMUNISASI DASAR PADA BAYI DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	69
TABEL 6.14 CAPAIAN UCI DESA/KELURAHAN KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	70

TABEL 7.1 PELAYANAN BUMIL DAN BULIN DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019.....	75
TABEL 7.2 PERSENTASE NIFAS MENDAPAT VIT A DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019.....	79
TABEL 7.3 PEMBERIAN Td PADA BUMIL DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	80
TABEL 7.4 PEMBERIAN Td PADA WUS DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	81
TABEL 7.5 PEMBERIAN TABLET FE DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	82
TABEL 7.6 KELUARGA BERENCANA DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	83
TABEL 7.7 ASI EKSKLUSIF PADA BAYI < 6 BLN KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	84
TABEL 7.8 PERSENTASE USILA TERLAYANI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	85
TABEL 7.9 PELAYANAN PASIEN GIGI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	86
TABEL 7.10 KUNJUNGAN NEONATAL DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	88
TABEL 7.11 PERSENTASE BALITA DITIMBANG D/S DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	89
TABEL 7.12 PERSENTASE BALITA 6-59 BLN DIBERI VIT A DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019.....	89
TABEL 8.1 DESA STBM DAN STOP BABS KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	93
TABEL 8.2 PENDUDUK PENGGUNA KUMONAL KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019.....	94
TABEL 8.3 PENDUDUK PENGGUNA JAMBA SEHAT SEMI PERMANEN (JSSP) KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA.....	95
TABEL 8.4 PENDUDUK PENGGUNA JAMBA SEHAT PERMANEN (JSP) KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	96
TABEL 8.5 PENDUDUK PENGGUNA AKSES JAMBA SEHAT KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	96

TABEL 8.6 SARANA AIR MINUM YANG DILAKUKAN INSPEKSI KESEHATAN LINGKUNGAN (IKL) KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	103
TABEL 8.7 SARANA AIR MINUM YANG DILAKUKAN PEMERIKSAAN KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	104

DAFTAR GRAFIK

GRAFIK 2.1 PERBANDINGAN PENDUDUK LAKI-LAKI & PEREMPUAN KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	6
GRAFIK 3.1 PERBANDINGAN PUSTU & DESA/KELURAHAN KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	11
GRAFIK 3.2 PERBANDINGAN PUSKESMAS & KECAMATAN KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	14
GRAFIK 3.3 GAMBARAN POSYANDU AKTIF KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019.....	23
GRAFIK 3.4 JUMLAH POSYANDU DAN POSBINDU MENURUT KECAMATAN DAN PUSKESMAS KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019.....	24
GRAFIK 4.1 JUMLAH PERSALINAN DITOLONG TENAGA KESEHATAN KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	29
GRAFIK 4.2 PERSENTASE PERSALINAN DITOLONG NAKES KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	29
GRAFIK 4.3 PERSENTASE BERAT BADAN LAHIR RENDAH KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	36
GRAFIK 5.1 RASIO BIDAN DAN DESA DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019.....	39
GRAFIK 5.2 JUMLAH TENAGA TEKNIS LAINNYA DI RS DAN PUSKESMAS KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	41
GRAFIK 6.1 SEMUA KASUS TUBERKULOSIS & YANG TERKONFIRMASI MENURUT JENIS KELAMIN DI PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019.....	49
GRAFIK 6.2 PERBANDINGAN JUMLAH PENDERITA TB BTA POSITIF DOBATI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA.....	51
GRAFIK 6.3 KASUS KUSTA ANAK 0-14 TAHUN KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	57
GRAFIK 7.1 PERBANDINGAN JUMLAH BUMIL DAN K1, K4 KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	77

GRAFIK 7.2 PERSENTASE K1 DAN K4 KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019.....	78
GRAFIK 7.3 PERSENTASE YANKES NIFAS DAN VIT A DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	79
GRAFIK 8.1 TEMPAT-TEMPAT UMUM DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019.....	98
GRAFIK 8.2 PERSENTASE TEMPAT-TEMPAT UMUM YANG MEMENUHI SYARAT DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019	99
GRAFIK 8.3 TEMPAT PENGELOLAAN MAKANAN (TPM) YANG MEMENUHI SYARAT DI KABUPATEN KOTA.....	100
GRAFIK 8.4 PERSENTASE TEMPAT PENGELOLAAN MAKANAN YANG MEMENUHI SYARAT DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019.....	101

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Kesehatan adalah permasalahan terpenting dalam perjalanan kehidupan manusia oleh sebab itu pemerintah secara terus menerus memberi perhatian serius sebagaimana yang telah dituangkan dalam Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, pada pasal 17 ayat 1 menyebutkan bahwa pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan akses terhadap informasi, edukasi dan fasilitas pelayanan kesehatan untuk meningkatkan dan memelihara derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Sesuai Amanat program Nawacita Presiden RI dan tujuan Bangsa Indonesia yang tertuang dalam pembukaan Undang-undang Dasar 1945 yaitu melindungi segenap Bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial.

Upaya untuk mencapai tujuan tersebut adalah dengan diselenggarakannya pembangunan kesehatan yang bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Untuk tercapainya cita-cita tersebut harus dilakukan oleh seluruh lapisan masyarakat Indonesia baik swasta maupun pemerintah.

Pembangunan Kesehatan yang berkesinambungan membutuhkan tersedianya data dan informasi yang akurat dan disajikan secara cepat dan tepat waktu. Sehingga diharapkan setiap pengambilan keputusan dalam rangka pembangunan kesehatan ditetapkan berdasarkan *evidence based*.

Profil Kesehatan merupakan salah satu output Sistem Informasi Kesehatan, Profil Kesehatan disusun dan disajikan sesederhana mungkin tetapi informatif sesuai dengan Juknis Penyusunan Profil yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan Tahun 2019. Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Utara memberikan gambaran situasi dan hasil pembangunan kesehatan yang memuat data derajat kesehatan, sumber daya kesehatan dan capaian indikator hasil pembangunan kesehatan.

B. TUJUAN UMUM

Maksud dan tujuan diterbitkannya buku profil ini adalah untuk menampilkan berbagai data dan informasi kesehatan serta data pendukung lainnya yang dideskripsikan

dengan analisis dan ditampilkan dalam bentuk tabel dan grafik. Selain itu juga untuk menyampaikan pencapaian pembangunan kesehatan di seluruh wilayah Provinsi Kalimantan Utara pada Tahun 2019.

C. SISTEMATIKA PENULISAN

Sistematika penulisan Profil Kesehatan adalah sebagai berikut;

Bab-1 : Pendahuluan

Bab ini berisi penjelasan tentang latar belakang, tujuan umum pembuatan Profil Kesehatan ini serta sistematika dari penulisannya.

Bab-2 : Gambaran Umum dan Perilaku Penduduk

Bab ini menyajikan tentang gambaran umum geografis, kependudukan, demografi, social ekonomi, pendidikan dan perilaku penduduk Kabupaten Kota Provinsi Kalimantan Utara

Bab-3 : Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dan UKBM

Bab ini memberi gambaran sarana dan prasarana kesehatan yang dimiliki oleh Kabupaten Kota serta Provinsi Kalimantan Utara antara lain dari Puskesmas Pembantu, Puskesmas, Rumah Sakit Pratama, Rumah Sakit, sarana Kefarmasian, sarana penunjang lainnya (sarana pelayanan masyarakat dan sarana peningkatan SDM) serta upaya kesehatan bersumber masyarakat (posyandu dan pelayanan transfusi)

Bab-4 : Situasi Derajat Kesehatan

Bab ini berisi uraian tentang Indeks Pembangunan Manusia, Umur Harapan Hidup, Angka Kematian Ibu, Angka Kematian Bayi & Balita, Status Gizi (Bayi, Balita dan Berat Badan Lahir Rendah)

Bab-5 : Situasi Sumber Daya Kesehatan Dan Pembiayaan

Bab ini menguraikan tentang tenaga kesehatan antara lain tenaga bidan, perawat, dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, tenaga teknis lainnya dan sumber pembiayaan yang ditujukan untuk kesehatan

Bab-6 : Pengendalian Penyakit

Bab ini menguraikan tentang Penyakit menular seperti Tuberkulosis, Demam Berdarah Dengue, Diare, Kusta, Penyakit Yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi, Malaria, Filariasis, Sifilis, pneumoni, Hepatitis, KLB, Imunisasi, bidan, perawat, dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, tenaga, Universal Child Immunization (UCI) Desa dan Penyakit Tidak Menular

Bab-7 : Kesehatan Keluarga

Bab ini diisi memberi gambaran terkait Kesehatan Ibu dan Wanita Usia Subur (pemeriksaan ibu hamil dan ibu menyusui, Pemberian Td, Pemberian Fe, Pelayanan KB, Pemberian ASI Eksklusif) dan Pelayanan Usila, Pelayanan Gigi serta Kesehatan Anak

Bab-8 : Kesehatan Lingkungan

Bab ini memberi data terkait Sanitasi, Tatanan Kawasan Sehat dan Air Minum Sehat

BAB II

GAMBARAN UMUM DAN PERILAKU PENDUDUK

A. GAMBARAN UMUM

1. Geografi

Provinsi Kalimantan Utara sampai saat ini adalah Provinsi ke-34 di Indonesia dan merupakan provinsi termuda dari seluruh Provinsi yang ada di Indonesia yang terbentuk berdasarkan UU No, 20 Tahun 2012 tentang Pembentukan Provinsi Kalimantan Utara.

Provinsi Kalimantan Utara yang memiliki 165 pulau termasuk dalam 4 Kabupaten dan 1 Kota yaitu :

1. Kota Tarakan
2. Kabupaten Bulungan
3. Kabupaten Nunukan
4. Kabupaten Malinau
5. Kabupaten Tana Tidung

Letak geostrategis Provinsi Kalimantan Utara berbatasan dengan :

1. Batas Utara : Negara Malaysia Bagian Sabah
2. Batas Selatan : Kabupaten Kutai Barat, Kutai Timur, Kutai Kertanegara dan Kab. Berau Prov Kaltim
3. Batas Timur : Laut Sulawesi
4. Batas Barat : Negara Malaysia Bagian Serawak

Letak Geografis Provinsi Kalimantan Utara memiliki lokasi yang sangat strategis dan menguntungkan, karena daerahnya di lewati oleh alur pelayaran yang termasuk dalam kategori Alur Laut Kawasan Indonesia II (ALKI II) yang sering dilewati oleh kapal kapal yang berlayar dari perairan Indonesia ke alur pelayaran internasional meliputi Kawasan Malaysia, Filipina, Brunei, Singapore dan negara-negara ASEAN, serta negara-negara Asia Pasifik seperti Hongkong, China, Korea Selatan dan Jepang.

Provinsi Kalimantan Utara merupakan provinsi yang berbatasan langsung dengan negara tetangga Malaysia, tepatnya dengan Bagian Sabah dan Serawak, Malaysia. Untuk daerah daratan terdapat + 1.038 km garis perbatasan antara Provinsi Kalimantan Utara dengan Negara Malaysia.

Luas wilayah administrasi $\pm 72,594.60 \text{ Km}^2$, terdiri dari :

1. Kota Tarakan : + 252,02 Km^2
2. Kabupaten Bulungan : + 13.182,00 Km^2

3. Kabupaten Nunukan : + 14.247,00 Km²
4. Kabupaten Malinau : + 40.087,70 Km²
5. Kabupaten Tana Tidung : + 4.828,58 Km²

**TABEL 2.1 PEMBAGIAN WILAYAH ADMINISTRASI PEMERINTAHAN
MENURUT KECAMATAN, DESA/KELURAHAN & RT TAHUN 2019**

NO	KAB/KOTA	LUAS (Km2)	JML KEC	JML DESA	JML KEL
1	Tarakan	252,02	4	0	20
2	Bulungan	13.182,00	10	71	10
3	Nunukan	14.247,00	16	232	8
4	Malinau	40.087,70	15	109	0
5	Tanah Tidung	4.828,00	5	32	0
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		72.596,72	50	444	38

Sumber: BPS Provinsi Kaltara 2019

2. Kependudukan

Menurut data Badan Pusat Statistik (BPS), penduduk Provinsi Kalimantan Utara pada 2018 sebanyak 708.576 jiwa. Dengan laju pertumbuhan penduduk per tahun di periode 2018 hingga 2019 mencapai 0,012 persen:

1. Kota Tarakan : + 259.001 jiwa
2. Kabupaten Bulungan : + 142.121 jiwa
3. Kabupaten Nunukan : + 209.922 jiwa
4. Kabupaten Malinau : + 79.903 jiwa
5. Kabupaten Tana Tidung : + 28.926 jiwa

**TABEL 2.2 JUMLAH PENDUDUK DAN RASIO JENIS KELAMIN
KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

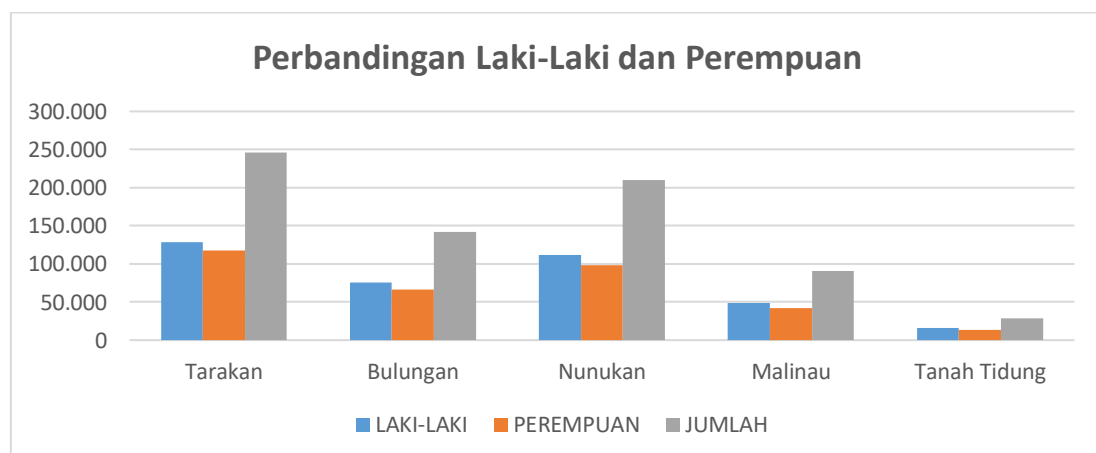
KAB/KOTA	PENDUDUK			RASIO
	LAKI-LAKI	PEREMPUAN	JUMLAH	
Tarakan	128.113	117.671	245.784	108,87
Bulungan	75.677	66.444	142.121	113,90
Nunukan	111.578	98.344	209.922	113,46
Malinau	48.727	41.655	90.382	116,98
Tanah Tidung	15.800	13.126	28.926	120,37
PROVINSI KALIMANTAN UTARA	379.895	337.240	717.135	112,65

Sumber: BPS Provinsi Kaltara 2019

Dari Tabel 2.2. terlihat bahwa rasio jenis kelamin laki-laki dan perempuan tahun 2019 untuk semua Kabupaten tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan namun rasio tertinggi berada di Kabupaten Tana Tidung kemudian menyusul Kabupaten Malinau, Bulungan dan Nunukan. sementara terendah di Kota Tarakan.

Rendahnya rasio laki-laki dan perempuan di kota Tarakan salah satu disebabkan karena banyak pekerja di Kabupaten dalam lingkup Provinsi Kalimantan Utara baik pegawai negeri maupun swasta yang mana istri dan anak-anak mereka tetap tinggal di kota Tarakan dengan berbagai pertimbangan terutama pendidikan untuk anak-anak mereka.

**GRAFIK 2.1 PERBANDINGAN PENDUDUK LAKI-LAKI & PEREMPUAN
KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**



Sumber Data: Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Kota 2019

Pada grafik 2.1 di atas tergambar jumlah penduduk yang tertinggi laki-laki dan perempuan berada pada Kota Tarakan kemudian disusul oleh Kabupaten Nunukan, hal ini salah satu yang berpengaruh karena merupakan wilayah dimana terdapat perusahaan yang menjadi daya Tarik masyarakat dan yang kedua adalah karena merupakan kota transit baik baik antara daerah maupun dari dan ke Malaysia. Factor yang mempercepat juga adalah lancarnya transportasi Laut baik kapal kapasitas besar (Pelni) maupun kapal kapasitas kecil dan khusus di tarakan dengan lancarnya transportasi udara dengan berbagai jenis penerbangan.

Namun setelah adanya Pemerintahan Defenitip Provinsi Kalimantan Utara maka mulailah Kabupaten Lainnya terbenahi baik transportasi jalur darat, transportasi jalur air maupun transportasi udara / penerbangan.

Kepadatan penduduk juga akan semakin cepat setelah pemerintah Provinsi berhasil mengupayakan investasi asing masuk ke Provinsi Kalimantan Utara untuk membangun berbagai sarana / fasilitas umum demi kepentingan masyarakat Provinsi Kalimantan Utara bahkan juga demi kepentingan masyarakat diluar Provinsi Kalimantan Utara dengan dibangunnya sumber tenaga listrik dengan kapasitas sangat besar.

B. PERILAKU PENDUDUK PROVINSI KALTARA

Menurut Hendrick L. Blumm derajat Kesehatan dipengaruhi oleh 4 faktor yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan Kesehatan dan keturunan. Perilaku tergambar dalam kebiasaan sehari-hari seperti pola makan, kebersihan perorangan, gaya hidup dan perilaku terhadap upaya Kesehatan.

Perilaku masyarakat Kalimantan Utara terutama di daerah pelosok desa sangat ditentukan oleh budaya, kondisi lingkungan dan tingkat pendidikan sehingga untuk melakukan intervensi perlu pendekatan yang baik karena budaya dan membutuhkan waktu yang cukup karena faktor tingkat pendidikan serta membutuhkan biaya ekstra sebab factor geografis.

Kondisi heterogenitas penduduk Kalimantan Utara membuat para pegiat kesehatan harus lebih kreatif dalam menjalankan program untuk dapat berhasil sebab dengan heterogenitas tersebut tentu memiliki budaya yang berbeda-beda pula dan pada akhirnya berperilaku/karakter berbeda sehingga otomatis respon dan tanggapan terhadap intervensi yang dilakukan oleh petugas kesehatan pasti berbeda.

Kualitas pelayanan kesehatan pun harus selalu di tingkatkan dengan update pengetahuan petugas kesehatan dan tentu dibarengi dengan ketersediaan alat bantu yang sesuai dengan perkembangan ilmu teknologi dan komunikasi dibidang kedokteran.

Memang disadari bahwa untuk mengubah perilaku masyarakat merupakan hal yang mudah diucapkan namun sulit inplementasinya, tetapi dengan dukungan Bapak Gubernur dan arahan yang tidak henti-hentinya disampaikan agar setiap pelayan masyarakat harus memiliki rasa tanggungjawab dan integritas tinggi dalam melaksanakan tugas terutama bagi petugas kesehatan pada semua level pelayanan kesehatan, oleh sebab itu tidak ada alasan bagi kita untuk tidak memberikan pengabdian kita yang setinggi-tingginya dan seadil-adilnya pada masyarakat Provinsi Kalimantan Utara sampai pada pelosok desa atau sampai daerah perbatasan sekalipun.

BAB III

FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN DAN UKBM

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menjelaskan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.

Fasilitas yang seharusnya dipaparkan disini seperti Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Puskesmas Pembantu, Puskesmas Induk, Rumah Sakit Umum Pratama, Klinik Pratama, Praktek Dokter) dan Fasilitas Rujukan Lanjut (Rumah Sakit Umum milik Kabupaten Kota dan Rumah sakit Umum Type B milik Provinsi, Rumah Sakit lainnya), Fasilitas Kefarmasian dan Penunjang Kesehatan lainnya

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 65 Tahun 2013 dijelaskan bahwa Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) adalah wahana pemberdayaan masyarakat, yang dibentuk atas dasar kebutuhan masyarakat, dikelola oleh, dari, untuk dan bersama masyarakat, dengan bimbingan dari petugas Puskesmas, lintas sektor dan lembaga terkait lainnya. Proses dalam mewujudkan upaya pemberdayaan masyarakat terkait erat dengan faktor internal dan eksternal yang saling berkontribusi dan mempengaruhi secara sinergis dan dinamis. Salah satu faktor eksternal dalam proses pemberdayaan masyarakat adalah pendampingan oleh fasilitator pemberdayaan masyarakat. Peran fasilitator pada awal proses sangat aktif tetapi akan berkurang secara bertahap selama proses berjalan sampai masyarakat sudah mampu menyelenggarakan UKBM secara mandiri dan menerapkan Perilaku Hidup Sehat dan Bersih (PHBS). Salah satu UKBM yang paling aktif dan dikenal masyarakat adalah Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu), selain itu terdapat beberapa jenis UKBM diantaranya Posyandu lansia, Pos UKK (Unit Kesehatan Kerja), Polindes (Pondok Bersalin Desa), Poskestren (Pos Kesehatan Pesantren), dan Posbindu PTM (Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular)

A. FASILITAS KESEHATAN

Dalam implementasi sistem kesehatan nasional prinsip *managed care* diberlakukan, dimana terdapat 4 (empat) pilar yaitu Promotif, Preventif, Kuratif dan Rehabilitatif. Prinsip ini akan memberlakukan pelayanan kesehatan akan difokuskan di Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)/Faskes Primer seperti di Puskesmas,

linik atau dokter praktek perseorangan yang akan menjadi gerbang utama masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan.

Untuk itu kualitas faskes primer ini harus kita jaga, mengingat efek dari implementasi Jaminan Kesehatan nasional ke depan, akan mengakibatkan naiknya permintaan (demand) masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan karena kepastian jaminan sudah didapatkan. Kalau faskes primer tidak diperkuat, sehingga tingkat kepercayaan masyarakat menurun maka pasien akan berbondong-bondong ke Rumah Sakit yang seharusnya sebagai pintu kedua atau masyarakat mencari alternative lain non medis dalam wilayahnya atau faskes diluar wilayahnya.

Salah satu upaya terhadap penguatan fasilitas kesehatan primer ini, diharapkan tenaga-tenaga medis yang berada di jenjang FKTP/Faskes Primer ini, harus memiliki pengetahuan dan keterampilan dalam menangani pasien dan yang tidak kalah penting adalah human relation petugas kesehatan terhadap pasien dan keluarga pasien.

1. Puskesmas Pembantu (Pustu)

Pustu merupakan jaringan pelayanan Puskesmas yang memberikan pelayanan kesehatan secara permanen di suatu lokasi dalam wilayah kerja Puskesmas. Puskesmas Pembantu merupakan bagian integral Puskesmas, yang harus dibina secara berkala oleh Puskesmas. Tujuan Puskesmas Pembantu adalah untuk meningkatkan jangkauan dan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat di wilayah kerjanya.

Puskesmas Pembantu didirikan sesuai dengan kondisi kebutuhan masyarakat dan umumnya 1 Desa/Kelurahan dibuat 1 Puskesmas Pembantu namun kondisi setiap wilayah berbeda terutama kelompok pemukiman masyarakat sehingga umumnya 1 Desa/Kelurahan 1 Pustu tetapi ada juga 1 Pustu untuk lebih dari 1 Desa atau sebaliknya 1 Desa/Kelurahan dibuat lebih dari 1 Pustu.

Penanggungjawab Puskesmas Pembantu adalah seorang perawat atau Bidan, yang ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan atas usulan Kepala Puskesmas. Tenaga minimal di Puskesmas Pembantu terdiri dari 1 (satu) orang perawat dan 1 (satu) orang bidan. Pendirian Puskesmas Pembantu harus memenuhi persyaratan lokasi, bangunan, prasarana, peralatan kesehatan dan ketenagaan. Bangunan, prasarana dan peralatan kesehatan di Puskesmas Pembantu harus dilakukan pemeliharaan, perawatan, dan pemeriksaan secara berkala agar tetap laik fungsi.

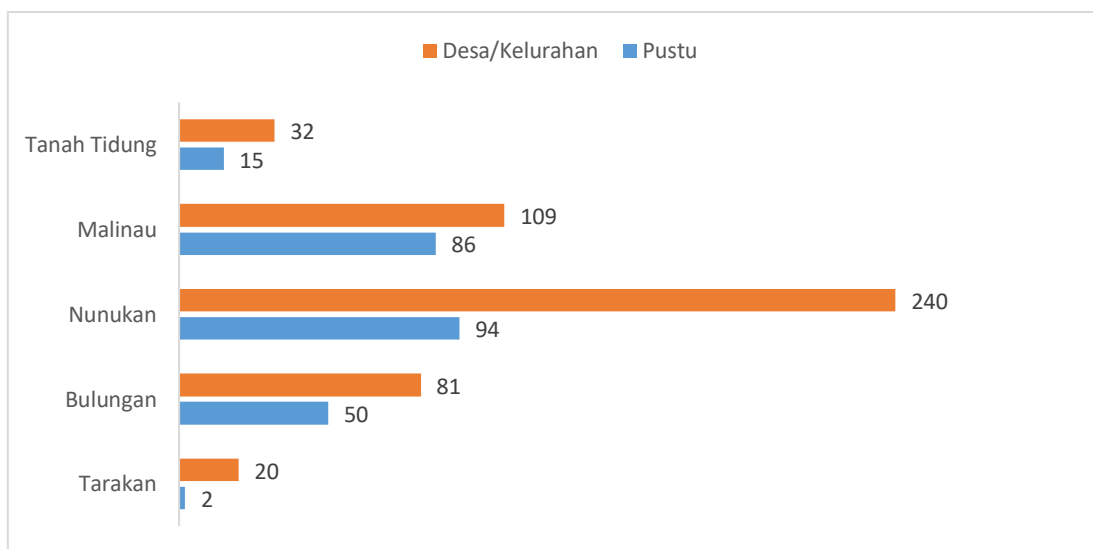
Petugas pustu cukup berat sebab merupakan ujung tombak pertama dalam pelayanan kesehatan sehingga harus memiliki kemampuan mengukur diri sendiri agar

pasien yang ditangani tidak menjadi terlambat dilakukan rujukan ke Puskesmas Induk terdekat bila diluar kapasitas mereka.

Sesungguhnya selain fasilitas pelayanan kesehatan yang disiapkan Pemerintah terdapat pula fasilitas pelayanan kesehatan non Pemerintah misalkan klinik swasta yang ada di lokasi-lokasi perusahaan, klinik perorangan yang berada ditengah-tengah pemukiman masyarakat yang didirikan secara mandiri, praktek non medis yang dilaksanakan secara mandiri dan praktek dokter perorangan atau praktek dokter berkelompok Keberadaan.

Keberadaan klinik swasta dan praktek non medis sering tidak terdaftar di Puskesmas setempat karena tidak sedikit yang beroperasi tanpa ijin resmi. Permasalahan yang mungkin terjadi di lapangan bahwa laporan kunjungan pasien, data penyakit, keberadaan obat dan lain sebagainya tidak dilaporkan secara rutin ke Puskesmas Induk dan atau Puskesmas Pembantu dalam wilayah kerjanya. Atau bisa juga terjadi ketidak perdulian dari Puskesmas Induk wilayahnya untuk melakukan pembinaan terhadap tenaga kesehatan yang bekerja termasuk sarana dan prasarana yang digunakan.

GRAFIK 3.1 PERBANDINGAN PUSTU & DESA/KELURAHAN KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019



Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten Kota 2019

2. Puskesmas Induk

Pembangunan kesehatan merupakan aspek penting dalam kerangka pembangunan nasional. Tujuan diselenggarakannya pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Keberhasilan pembangunan kesehatan akan sangat mendukung peningkatan mutu dan daya saing sumberdaya manusia Indonesia.

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah salah satu sarana pelayanan kesehatan masyarakat yang amat penting di Indonesia. Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Jadi suatu unit pelaksana fungsional yang berfungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan, pusat pembinaan peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan serta pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan kegiatannya secara menyeluruh, terpadu yang pada suatu masyarakat yang bertempat tinggal dalam suatu wilayah tertentu.

Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan nasional, diselenggarakan berbagai upaya kesehatan secara menyeluruh, berjenjang dan terpadu. Puskesmas merupakan garda depan dalam menyelenggarakan upaya kesehatan dasar. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 menjadi landasan hukum dalam penyelenggaraan Puskesmas, yang merupakan unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten /Kota sebagai penanggung jawab penyelenggaraan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.

Agar Puskesmas dapat menjalankan fungsinya secara optimal diperlukan adanya pengelolaan organisasi puskesmas secara baik yang meliputi kinerja pelayanan, proses pelayanan, serta sumber daya yang digunakan. Hal ini perlu dilakukan dalam rangka upaya peningkatan mutu, manajemen risiko dan keselamatan pasien di puskesmas serta menjawab kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu.

Untuk menjamin bahwa perbaikan mutu, peningkatan kinerja dan penerapan manajemen risiko dilaksanakan secara berkesinambungan di Puskesmas, diperlukan adanya penilaian oleh pihak eksternal dengan menggunakan standar yang ditetapkan, yaitu melalui mekanisme akreditasi. Tujuan utama akreditasi puskesmas adalah untuk pembinaan peningkatan mutu kinerja melalui perbaikan yang berkesinambungan terhadap sistem manajemen, sistem manajemen mutu, sistem penyelenggaraan pelayanan serta program dan penerapan manajemen risiko. Tentu saja akreditasi ini bukan sekedar penilaian untuk mendapatkan sertifikat akreditasi.

Puskesmas diharapkan ada minimal 1 pada setiap kecamatan agar dapat melayani wilayah kecamatan tersebut sebelum berlanjut ditangani di rumah sakit sebab puskesmas merupakan sarana pelayanan pemerintah yang menjadi rujukan utama dari Puskesmas Pembantu / Polindes / poskesdes sebab di Puskesmas terdapat Dokter Umum dan Dokter Gigi serta peralatan penunjang lainnya untuk kepentingan kesembuhan pasien seperti penegakan diagnose dengan laboratorium.

Kondisi penetapan suatu Puskesmas untuk ditingkatkan menjadi Puskesmas Rawat Inap sangat tergantung oleh kebutuhan masyarakat setempat dan kemampuan Pemerintah Kabupaten dalam menyiapkan pembiayaan baik penambahan ruang rawat inap, alat kesehatan, tenaga kesehatan yang dibutuhkan dan biaya operasional.

**TABEL 3.1 JUMLAH PUSKESMAS RAWAT INAP & NON RAWAT INAP
KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

NO	KAB/KOTA	PUSKESMAS			JUMLAH KECAMATAN
		R.INAP	NON R. INAP	JUMLAH	
1	Kota Tarakan	0	6	6	4
2	Kab. Nunukan	9	8	17	16
3	Kab. Bulungan	10	2	12	10
4	Kab. Malinau	5	12	17	15
5	Kab. T.Tidung	0	5	5	5
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		24	33	57	50

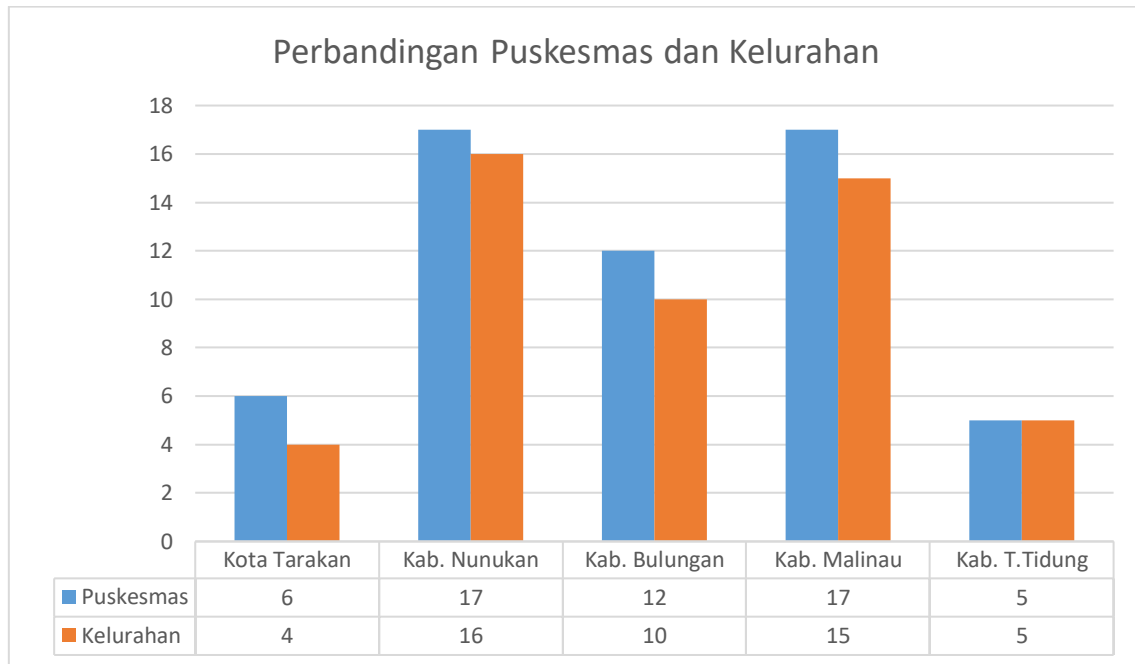
Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Pada tabel 3.1 di atas dapat dilihat adanya Puskesmas Rawat Inap dan Non Rawat Inap yang terlihat tidak merata sebab tergantung kebutuhan misalkan di Tarakan dimana tidak perlu Puskesmas Rawat Inap sebab dengan luas wilayah hanya 252,02 km² tetapi terdapat 4 Rumah sakit sehingga jarak dari satu kecamatan ke Rumah Sakit cukup dekat.

Lain halnya di Kabupaten lainnya dibutuhkan Puskesmas Rawat Inap sebab jarak yang cukup jauh dengan Ibu kota Kabupaten dimana terdapat Rumah Sakit bahkan ada beberapa puskesmas yang harus ditempuh dengan pesawat terbang dan atau dengan perjalanan darat/air yang lebih dari 4 jam. .

Lebih jauh dan yang terpenting adalah kemampuan dalam hal pencegahan penyakit yang kini menjadi produk lokal harus dipahami oleh setiap dokter yang bekerja di tengah masyarakat agar pasien ke depan memperoleh pelayanan. Inilah yang disebut dengan penguatan FKTP/Faskes Primer melalui fungsi promotif dan preventif.

GRAFIK 3.2 PERBANDINGAN PUSKESMAS & KECAMATAN KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019



Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Pada grafik 3.2 di atas terlihat rata-rata Jumlah Puskesmas lebih banyak dibanding Kecamatan, artinya ada Kecamatan dimana terdapat lebih dari 1 Puskesmas yang tentunya dengan mempertimbangkan berbagai hal namun di Provinsi Kalimantan Utara pertimbangan utama adalah Geografis.

Keberadaan Puskesmas ditiap wilayah tentu sesuai dengan kebutuhan dan mempertimbangkan kualitas dan kuantitas tenaga maupun ketersediaan fasilitas atau sarana dan prasarana dengan prinsip mendekatkan pelayanan kesehatan pada masyarakat dan memberi pelayanan berkualitas secara merata. Pertimbangan inilah sehingga ada yang dikatakan Puskesmas Rawat Inap, Puskesmas Biasa, Puskesmas UGD 24 Jam dan lain sebagainya, Namun demikian kegiatan pokok Puskesmas yang seharusnya dilaksanakan adalah sebagai berikut :

- Kesehatan Ibu dan Anak

- Keluarga Berencana
- Usaha Perbaikan Gizi
- Kesehatan Lingkungan
- Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular
- Pengobatan termasuk pelayanan darurat karena kecelakaan
- Penyuluhan Kesehatan Masyarakat
- Kesehatan Sekolah
- Kesehatan Olah Raga
- Perawatan Kesehatan Masyarakat
- Kesehatan dan keselamatan Kerja
- Kesehatan Gigi dan Mulut
- Kesehatan Jiwa
- Kesehatan Mata
- Laboratorium Sederhana
- Pencatatan Laporan dalam rangka Sistem Informasi Kesehatan
- Kesehatan Usia Lanjut
- Pembinaan Pengobatan Tradisional.

Dari 57 Puskesmas di Kalimantan utara semua sudah teregistrasi dan terdaftar di Kementerian Kesehatan sehingga tidak menjadi hambatan lagi dalam usulan kebutuhan pembiayaan dari Kementerian Kesehatan, namun belum semua terakreditasi. Proses akreditasi Puskesmas memang tidak mudah sebab berbagai sektor harus dibenahi dan umumnya yang menjadi permasalahan ketika sudah masuk ranah yang terkait sumber daya manusia dan mengharuskan adanya pembenahan fisik ruangan yang membutuhkan pembiayaan.

Berikut ini dipaparkan jumlah kunjungan pasien rawat jalan, kunjungan pasien rawat inap dan kunjungan pasien gangguan jiwa di semua puskesmas pada Kabupaten Kota.

**TABEL 3.2 KUNJUNGAN PASIEN RAWAT JALAN DI PUSKESMAS
KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

KABUPATEN KOTA	JENIS SARANA	JUMLAH PUSKESMAS	JUMLAH KUNJUNGAN		
			RAWAT JALAN		
			L	P	L+P
Tarakan	PUSK	6	13.479	4.526	18.005
Nunukan	PUSK	17	73.158	105.591	159.326
Bulungan	PUSK	12	124.500	157.033	281.533
Malinau	PUSK	17	45.099	58.781	103.880
Tana Tidung	PUSK	5	6.681	7.609	14.290
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		57	262.917	333.540	577.034

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Jika kita lihat tabel 3.2 dimana pasien terbanyak di Kabupaten Bulungan 281.533 kunjungan dengan perbedaan yang sangat signifikan dengan Kota Tarakan dan Kabupaten Nunukan dan ini menggambarkan bahwa jumlah penduduk tidak selalu berbanding lurus dengan jumlah pasien rawat jalan di suatu tempat.

**TABEL 3.3 KUNJUNGAN PASIEN RAWAT INAP DI PUSKESMAS
KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

KABUPATEN KOTA	JENIS SARANA	JUMLAH PUSKESMAS	JUMLAH KUNJUNGAN		
			RAWAT INAP		
			L	P	L+P
Tarakan	PUSK	6	21	15	36
Nunukan	PUSK	17	1.134	1.588	2.722
Bulungan	PUSK	12	1.385	2.288	3.673
Malinau	PUSK	17	372	346	718
Tana Tidung	PUSK	5	0	0	0
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		57	2.912	4.237	7.149

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Pada tabel 3.3 menunjukkan kunjungan pasien rawat inap di Puskesmas terbanyak di Kabupaten Nunukan dan Kabupaten Bulungan sementara di Kabupaten Tana Tidung tidak ada karena semua Puskesmasnya tidak melayani rawat inap.

Kondisi lain terjadi di Kabupaten Malinau dimana karena terdapat 3 RS sehingga pasien lebih terarah ke RS terutama karena posisi RS tidak terkonsentrasi di Kota sehingga memudahkan akses masyarakat ke RS.

Khusus pasien gangguan jiwa yang berkunjung di Puskesmas sebagaimana kita lihat dalam tabel 3.4 terbanyak di Kabupaten Nunukan dan Bulungan sementara di tarakan tidak ada laporan sehingga bisa muncul 2 kemungkinan yakni ada pasien tetapi tidak dilaporkan atau tidak ada pasien.

**TABEL 3.4 KUNJUNGAN PASIEN GANGGUAN JIWA DI PUSKESMAS
KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

KABUPATEN KOTA	JENIS SARANA	JUMLAH PUSKESMAS	JUMLAH KUNJUNGAN		
			GANGGUAN JIWA		
			L	P	L+P
Tarakan	PUSK	6	242	10	252
Nunukan	PUSK	17	315	110	425
Bulungan	PUSK	12	464	298	762
Malinau	PUSK	17	125	43	168
Tana Tidung	PUSK	5	16	7	23
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		57	1.162	468	1.630

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Pada tabel diatas dapat disimpulkan bahwa jumlah kunjungan pasien gangguan jiwa lebih banyak pada jenis kelamin laki-laki bahkan di Kabupaten Nunukan dan Tana Tidung pasien gangguan jiwa laki-laki 2 kali lipat lebih banyak dari perempuan.

Khusus Puskesmas Kota Tarakan tidak ada pasien tercatat/terlaporkan sehingga dapat dilakukan analisa dan penilaian sebab laporan dan profil Dinas Kesehatan Kota Tarakan tidak lengkap. Dugaan yang muncul adalah apakah Puskesmas tidak melayani gangguan jiwa atau Puskesmas melayani tidak mencatat atau Puskesmas melayani, mencatat dan melaporkan ke Dinas Kesehatan Kota tetapi Dinas yang tidak tertip administrasi.

3. Rumah Sakit

Rumah sakit di Provinsi Kalimantan Utara sudah cukup memadai dimana semua Kabupaten Kota telah memiliki minimal 1 rumah Sakit dan Provinsi juga telah memiliki 1 Rumah Sakit Type B dan sedang dalam pembangunan Rumah Sakit Type B untuk ditempatkan di Ibu Kota Provinsi yakni di Kabupaten Bulungan. Disamping Rumah sakit type C yang dimiliki Kabupaten Kota juga terdapat Rumah Sakit Swasta dan Rumah Sakit Angkatan Laut serta Rumah Sakit Pratama (Type D).

Berikut ini akan dipaparkan sarana kesehatan setingkat rumah sakit baik swasta maupun milik pemerintah beserta tipe rumah sakit sebagaimana mana dapat dilihat di tabel 3.5. Provinsi Kalimantan Utara merupakan salah satu Provinsi yang memiliki Rumah Sakit Pratama terbanyak di Indonesia karena alasan Geografis dimana daerah perbatasan dengan Negara lain (Malaysia) yang sebagian kecamatan harus ditempuh dengan Pesawat dan itupun tidak semua wilayah ada penerbangan reguler rutin.

**TABEL 3.5 JUMLAH RUMAH SAKIT DAN TYPE RUMAH SAKIT
KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA 2019**

NO	WILAYAH	NAMA RS	JML	KELAS
1	Kota Tarakan	RSUD Tarakan	1	B
		RSU Mantri Raga Tarakan	1	C
		RSU Pertamedika	1	D
		RSAL ILYAS	1	D
2	Kabupaten Nunukan	RSUD Nunukan	1	C
		RS Pratama Sebatik	1	D
		RS Pratama Krayan	1	D
		RS Pratama Long Ampung	1	D
3	Kabupaten Bulungan	BLUD RSU dr. H Soemarno Sosroatmodjo	1	C
4	Kabupaten Malinau	RSUD Malinau	1	C
		RS Pratama Sebuk	1	D
		RS Bergerak	1	D
5	Kabupaten Tanah Tidung	RS Ahmad Barahim	1	D

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kab/Kota tahun 2019

Syarat dibangunnya Rumah Sakit di suatu wilayah haruslah fleksibel sebab secara geografis wilayah / Kabupaten di Indonesia tidak sama sementara semua Rakyat Indonesia berhak mendapatkan pelayanan Kesehatan yang berkualitas. Dengan dasar inilah sehingga dibangun 4 Rumah Sakit di daerah Perbatasan.

Di Kaltara ada 3 Rumah Sakit yang telah terakreditasi yaitu, Unit Pelaksana Teknis (UPT) Rumah Sakit Daerah (RSD) dr. H. Soemarno Sosroatmodjo, Tanjung Selor, Bulungan. Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) milik Provinsi Kaltara di Kota Tarakan. Serta, Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) RSUD Kabupaten Malinau. Sedangkan rumah sakit yang belum terakreditasi adalah RSUD Mantri Raga milik Pemkot Tarakan, RSUD Kabupaten Nunukan, dan RSUD Kabupaten Tana Tidung (KTT).

4. Sarana Kefarmasian

Sarana kefarmasian yang dimaksudkan disini adalah sarana dimana dilakukan pembuatan termasuk pengendalian mutu Sediaan Farmasi, pengamanan, pengadaan, penyimpanan dan pendistribusi atau penyaluranan obat, pengelolaan obat, pelayanan obat atas resep dokter/non resep, pelayanan informasi obat, serta pengembangan obat, bahan obat dan obat tradisional.

Sarana yang telah ada di Provinsi Kalimantan Utara yang merupakan aset Provinsi Kalimantan Utara seperti Gudang Farmasi, Mobil Farmasi. Gudang Farmasi yang ada telah dimaksimalkan fungsinya dengan telah ditetapkannya Kepala UPTD Instalasi Farmasi oleh seorang Apoteker. Gudang Farmasi ini sebagai wadah manajemen buffer stock obat, vaksin dan perbekalan kesehatan kemudian untuk didistribusi ke Kabupaten Kota sesuai kebutuhan.

Untuk tingkat kabupaten/Kota diharapkan semua Kabupaten Kota memiliki Gudang Farmasi yang seragam sesuai standar yang telah ditentukan tentu untuk menjamin pengelolaan obat dan perbekalan kesehatan di Kabupaten /Kota sebelum distribusi ke Puskesmas/Pustu khususnya dipelayanan dasar dan sesuai kebutuhan pasien di wilayah masing-masing

Sarana dimana terdapat pengelolaan sediaan farmasi terutama obat seharusnya memiliki tenaga Apoteker sebagai pengelolah atau minimal Asisten Apoteker namun disadari karena keterbatasan tenaga maka semua Pustu (Puskesmas Pembantu) dapat dipastikan belum memiliki Apoteker atau Asisten Apoteker bahkan masi banyak Puskesmas belum memiliki Apoteker.

Distribusi obat dan perbekalan kesehatan secara berjenjang dilaksanakan yakni Instalasi farmasi Provinsi mendistribusi ke Gudang farmasi / Instalasi Farmasi Kabupaten Kota, kemudian dari kabupaten Kota akan mendistribusikan ke tingkat Puskesmas dan selanjutnya dari Puskesmas akan mendistribusikan ke Puskesmas Pembantu dan Poskesdes atau di beberapa wilayah yang memiliki kebijakan lain yakni petugas Puskesmas Pembantu yang akan mengambil ke Puskesmas Induk dalam wilayahnya.

Sarana Kefarmasian milik Provinsi yang dirasakan sangat membantu saat ini yakni Gudang farmasi karena diharapkan dapat menjamin ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan dengan kualitas terjamin. Fungsi Instalasi Farmasi Provinsi Kalimantan Utara:

- i. Melakukan kompilasi perencanaan kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan Kabupaten /Kota sesuai dengan skala prioritas
- ii. Menyediakan dan mengelolah obat buffer stok Provinsi
- iii. Membimbing dan memberi pelatihan pengelola obat dan perbekalan kesehatan Kabupaten / Kota
- iv. Melakukan monitoring dan evaluasi ketersediaan obat public dan perbekalan kesehatan ke Kabupaten/Kota
- v. Melakukan advokasi penyediaan anggaran
- vi. Menjamin ketersediaan dan penyimpanan obat tetap berkualitas sampai kepada masyarakat.
- vii. Melakukan distribusi obat dan perbekalan kesehatan dengan tingkat keamanan dan kualitas yang terjaga.

5. Sarana Penunjang Lainnya

Pemerintah Provinsi Kalimantan utara selalu berupaya untuk memberi pelayanan berkualitas dan merata pada semua masyarakat Kalimantan Utara. Salah satu program yang jarang dilakukan daerah lain yakni program “dokter terbang” yakni tim dokter terbang yang terdiri dari Dokter Spesialis, Apoteker, Bidan dan Perawat ditunjang oleh obat-obat paten dan peralatan penegakan diagnose berkunjung ke pelosok desa dengan menggunakan Pesawat atau gabungan pesawat – darat atau Speed dan darat memberi pelayanan pengobatan gratis.

a. Sarana Pelayanan Masyarakat

Provinsi Kalimantan Utara telah menyediakan sarana lainnya untuk kebutuhan pelayanan kepada masyarakat secara maksimal seperti :

- Pelayanan Dokter Terbang di daerah tertinggal, perbatasan dan kepulauan bahkan bukan hanya itu tetapi memberi pelayanan dengan membawa Dokter Spesialis ke daerah-daerah yang sangat membutuhkan sentuhan spesialis karena factor jarak dan biaya. Dalam pelayanan tersebut juga dengan membawa segala kebutuhan obat yang akan diberikan kepada masyarakat secara gratis yang semuanya dibiayai APBD Provinsi.
- Speed Ambulan, dengan tujuan untuk membantu masyarakat dalam rujukan pasien ke Rumah Sakit Provinsi (Type B) di Tarakan
- Mobil Ambulance, dengan tujuan untuk melayani masyarakat jia ada yang membutuhkan rujukan ke Rumah Sakit Kabupaten Kota dan juga digunakan untuk keperluan pelayanan kesehatan tertentu yang bersifat insidentil
- Mobil ambulan, dibagikan kepada Kabupaten/Kota untuk kebutuhan rujukan ke Rumah Sakit Kabupaten/Kota
- Mobil Jenazah, yang diberikan kepada RS/Kabupaten Kota untuk menunjang kebutuhan masyarakat.

b. Sarana Peningkatan SDM

Salah satu sarana yang akan digunakan untuk peningkatan Sumber Daya Manusia Kesehatan maka sedang dalam tahap pembangunan Gedung Balai Pelatihan Kesehatan (BAPELKES) yang akan digunakan untuk tempat Diklat/Pelatihan/Seminar/Pertemuan dalam rangka peningkatan pengetahuan dan keterampilan petugas kesehatan dan non kesehatan

B. UPAYA KESEHATAN BERSUMBER MASYARAKAT (UKBM)

Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) merupakan bentuk partisipasi/peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan. Bentuk peran serta masyarakat dapat diwujudkan dalam berbagai bentuk yaitu manusianya, pendanaannya, aktivitasnya dan kelembagaannya seperti posyandu, pos lansia, polindes, PKD, pos UKK, poskestren, KP-KIA, Toga, BKB, posbindu, Pos malaria desa, Pos Tb desa dan masih banyak lainnya.

1. Posyandu

Posyandu merupakan salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumber daya Masyarakat yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat

dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar, utamanya lima program prioritas yang meliputi KIA (penimbangan, pemeriksaan kehamilan, pemberian vaksin dll); KB (pemberian alat kontrasepsi); Gizi (pemeriksaan untuk deteksi kondisi gizi anak, pemberian Vitamin A, pemberian Fe); Imunisasi (pemberian vaksin tetapi harus oleh petugas kesehatan); penanggulangan diare dan ISPA (memberi penyuluhan terutama perilaku hidup bersih dan sehat).

Posyandu memiliki tingkatan dengan kriteria masing-masing dan yang sering dijadikan acuan penilaian dengan rincian variabel sebagai berikut : 1) Variabel Input (kepengurusan, kader, sarana, prasarana dan dana); 2) Variabel Proses (pelaksanaan program pokok, program pengembangan dan administrasi); 3) Variable Output (D/S, N/S, K/S, cakupan K4, pertolongan persalinan oleh nakes, Cakupan peserta KB, Imunisasi, dana sehat, Cak Fe, Cak. Vit A, Cak. pemberian ASI eksklusif dan frekuensi penimbangan).

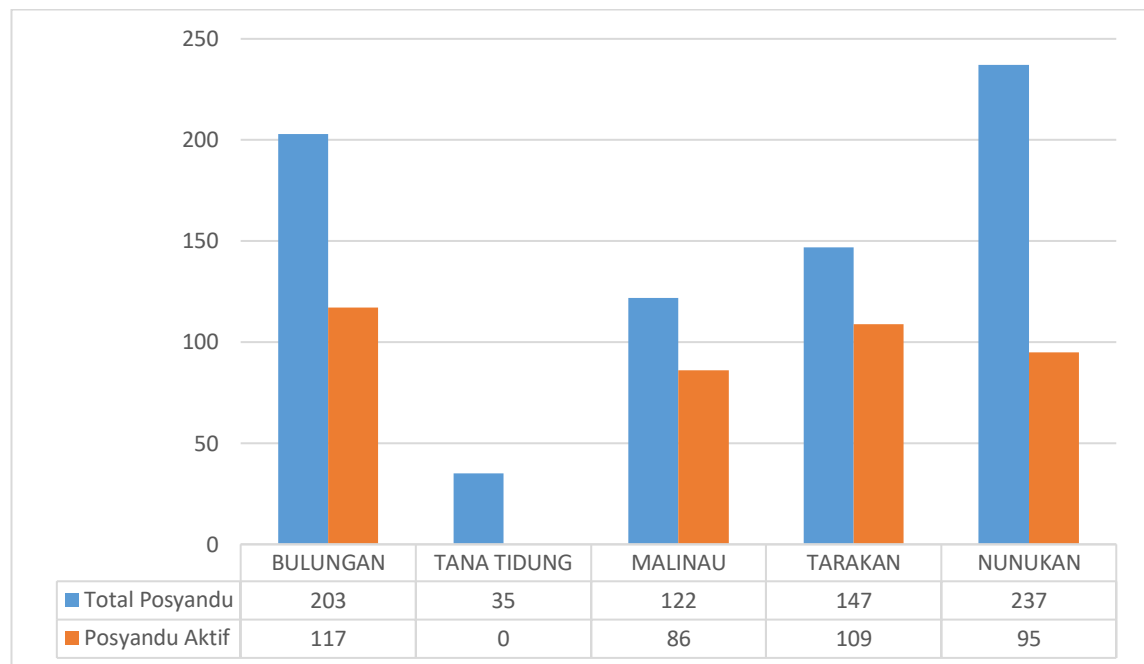
Tempat pelaksanaan pelayanan program terpadu di balai dusun, balai kelurahan, RW, dan sebagainya disebut dengan Pos pelayanan terpadu (Posyandu)”. Konsep Posyandu berkaitan erat dengan keterpaduan. Keterpaduan yang dimaksud meliputi keterpaduan dalam aspek sasaran, aspek lokasi kegiatan, aspek petugas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

Menurut penilaian insan kesehatan tujuan diselenggarakan Posyandu adalah untuk:

- Mempercepat penurunan angka kematian bayi, anak balita dan angka kelahiran.
- Mempercepat penerimaan NKKBS.
- Meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mengembangkan kegiatan-kegiatan kesehatan dan lainnya yang menunjang, sesuai dengan kebutuhan.

Prinsip yang penting dari keberadaan posyandu bukan jumlah posyandu yang terbentuk tetapi yang lebih penting adalah tingkat keaktifan posyandu tersebut, karena usaha masyarakat untuk memadukan pelayanan professional dan non professional, terjadi kerja sama lintas sector dan lintas program, menggerakkan kelembagaan masyarakat, menggunakan pendekatan pembangunan kesehatan masyarakat desa atau primary health care

**GRAFIK 3.3 GAMBARAN POSYANDU AKTIF KABUPATEN KOTA PROVINSI
KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**



Sumber Data: Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Jika kita mau melihat lebih jauh terkait manfaat atau bahkan tingkat Keberhasilan posyandu tentu akan muncul hasil yang berbeda dengan harapan yang kita ingin dapatkan dengan keberadaan Posyandu tersebut. Misalkan kita menelusuri tingkat keberhasilan dari posyandu akan tergambar melalui cakupan SKDN :

S : Semua balita di wilayah kerja posyandu.

K : Semua balita yang memiliki KMS.

D : Balita yang ditimbang.

N : Balita yang Berat Badannya naik

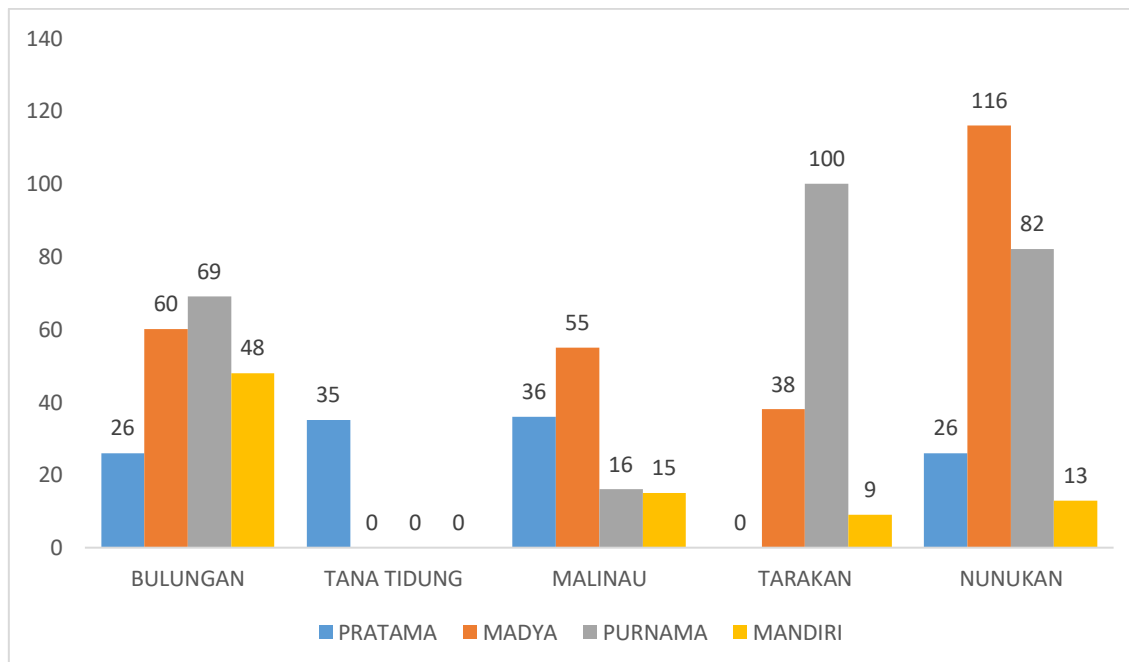
Melihat 3 wilayah tingkat keaktifan Posyandu terendah maka perlu upaya dan sinergitas lintas sektor dan lintas program karena berbagai hal yang dapat membuat Posyandu tidak aktif misalkan kurangnya penjelasan kepada masyarakat apa fungsi posyandu, berikan motivasi pada ibu-ibu, siapkan sarana dan prasarana yang diperlukan, letakkan Posyandu tidak jauh dari pemukiman terbanyak warga dengan akses yang mudah dan tidak kalah pentingnya adalah bagaimana menggerakkan tokoh masyarakat dan tokoh agama untuk dapat membantu memotivasi ibu-ibu.

**TABEL 3.6 POSYANDU AKTIF MENURUT STRATA DI KABUPATEN
KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

NO	KAB/KOTA	PRATAMA	MADYA	PURNAMA	MANDIRI
1	TARAKAN	0	38	100	9
2	NUNUKAN	26	116	82	13
3	BULUNGAN	26	60	69	48
4	MALINAU	36	55	16	15
5	TANA TIDUNG	35	0	0	0
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		123	269	267	85

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

**GRAFIK 3.4 JUMLAH POSYANDU DAN POSBINDU MENURUT
KECAMATAN DAN PUSKESMAS KABUPATEN KOTA PROVINSI
KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**



Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Pengaktifan posyandu tentu kolaborasi kerja sama masyarakat, kader dan petugas pemerintahan lintas sector dan lintas program. Mengamati tabel 3.6 di atas terlihat bahwa posyandu strata mandiri tertinggi di Kabupaten Bulungan sebanyak 48 dan ini menandakan tingkat kesadaran masyarakat terutama para kader termasuk para Pembina dari pihak pemerintah patut diacungi jempol.

BAB IV

SITUASI DERAJAT KESEHATAN

Faktor yang menentukan derajat kesehatan masyarakat selama ini lebih kepada pelayanan kesehatan. Padahal, dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat sangat dipengaruhi oleh faktor lingkungan bukan pelayanan kesehatan, berdasarkan pada Teori H.L. Blum yang menyebutkan bahwa derajat kesehatan ditentukan oleh 40% faktor lingkungan, 30% faktor perilaku, 20% faktor pelayanan kesehatan, dan 10% faktor genetika (keturunan).

Namun yang terjadi di masyarakat saat ini, dalam meningkatkan derajat kesehatan justru lebih tinggi pada pelayanan kesehatan. Artinya banyak masyarakat yang dilakukan pengobatan atau kuratif di fasilitas kesehatan tapi kebersihan lingkungan kurang diperhatikan sehingga tidak heran jika ada orang-orang yang sering bolak balik ke RS atau Puskesmas tidak memiliki kepedulian terhadap penyebab utamanya.

Kalau betul-betul memperhatikan lingkungan, faktor pelayanan kesehatan hanya 20%, hal tersebut dimaksudkan bahwa peningkatan derajat kesehatan masyarakat dapat dilakukan melalui faktor lingkungan untuk mencegah terjadinya masalah kesehatan, lingkungan ini tidak hanya soal sampah, tapi banyak lagi seperti unsur kimia, biologi, dan sosio budaya.

Indikator kesehatan yang dinilai peka dan telah disepakati secara nasional sebagai ukuran derajat kesehatan suatu wilayah meliputi : (1) Umur Harapan Hidup (UHH), (2) Angka Kematian Ibu (AKI), (3) Angka Kematian Bayi (AKB), (4) Angka Kematian Balita (AKABA), dan (5) Status Gizi Bayi/Balita.

A. ANGKA KEMATIAN IBU (AKI)

Kematian ibu atau maternal death menurut batasan dari Tenth Revision of The International Classification of Disease(ICD-10) adalah kematian wanita yang terjadi pada saat kehamilan, atau dalam 42 hari setelah berakhirnya kehamilan. Kematian ibu disebabkan oleh kejadian yang berhubungan dengan kehamilan, atau yang diperberat oleh kehamilan tersebut atau penanganannya.

Angka Kematian Ibu (AKI) adalah banyaknya kematian perempuan pada saat hamil atau selama 42 hari sejak terminasi kehamilan tanpa memandang lama dan tempat

persalinan, yang disebabkan karena kehamilannya atau pengelolaannya, dan bukan karena sebab-sebab lain, per 100.000 kelahiran hidup.

Angka kematian ibu merupakan indikator kesehatan yang cukup penting. Angka kematian ibu diketahui dari jumlah kematian karena kehamilan, persalinan dan ibu nifas per jumlah kelahiran hidup di wilayah tertentu dalam waktu tertentu.

Angka Kematian Ibu mencerminkan resiko yang dihadapi ibu-ibu selama kehamilan dan melahirkan yang dipengaruhi oleh : keadaan sosial ekonomi dan kesehatan menjelang kehamilan, kejadian berbagai komplikasi pada kehamilan dan kelahiran, serta tersedianya dan penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan termasuk pelayanan prenatal dan obstetric.

Untuk menghitung Angka Kematia Ibu (AKI) :

$$\frac{\text{Jumlah kematian karena kehamilan, persalinan, masa nifas atau komplikasi-komplikasinya selama satu periode}}{\text{Jumlah kelahiran hidup selama periode yang sama}} \times 100.000$$

Hasilnya itulah nilai AKI per 100.000 kelahiran hidup.

Menurut laporan dari WHO, kematian ibu umumnya terjadi akibat komplikasi saat, dan pasca kehamilan. Adapun jenis-jenis komplikasi yang menyebabkan mayoritas kasus kematian ibu – sekitar 75% dari total kasus kematian ibu – adalah pendarahan, infeksi, tekanan darah tinggi saat kehamilan, komplikasi persalinan, dan aborsi yang tidak aman. Untuk kasus Indonesia sendiri, berdasarkan data dari Pusat Kesehatan dan Informasi Kemenkes penyebab utama kematian ibu umumnya adalah pendarahan dan hipertensi. Hal ini sangat ironis, mengingat berbagai penyebab kematian ibu di atas sebenarnya dapat dicegah, jika sang ibu mendapatkan perawatan medis yang tepat.

Kematian ibu/ *maternal mortality*, merupakan salah satu indikator dari kesejahteraan suatu bangsa. Hal ini karena apabila ditinjau dari penyebabnya, kematian ibu merupakan suatu permasalahan yang kompleks. Penyebab kematian ibu telah dirinci menjadi dua, yaitu penyebab langsung dan penyebab tidak langsung.

Berikut akan disampaikan data lebih rinci jumlah kematian ibu setiap Kabupaten kota se Provinsi Kalimantan Utara tahun 2019 dengan jumlah Kelahiran Hidup masing-masing Kabupaten kota yang akan dijadikan acuan dalam perhitungan AKI.

**TABEL 4.1 ANGKA KEMATIAN IBU KABUPATEN KOTA PROVINSI
KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

NO	KAB/KOTA	JUMLAH LAHIR HIDUP	JUMLAH IBU MATI
1	Tarakan	4.699	5
2	Bulungan	2.616	6
3	Nunukan	3.997	8
4	Malinau	1.389	2
5	Tana Tidung	434	0
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		12546	10

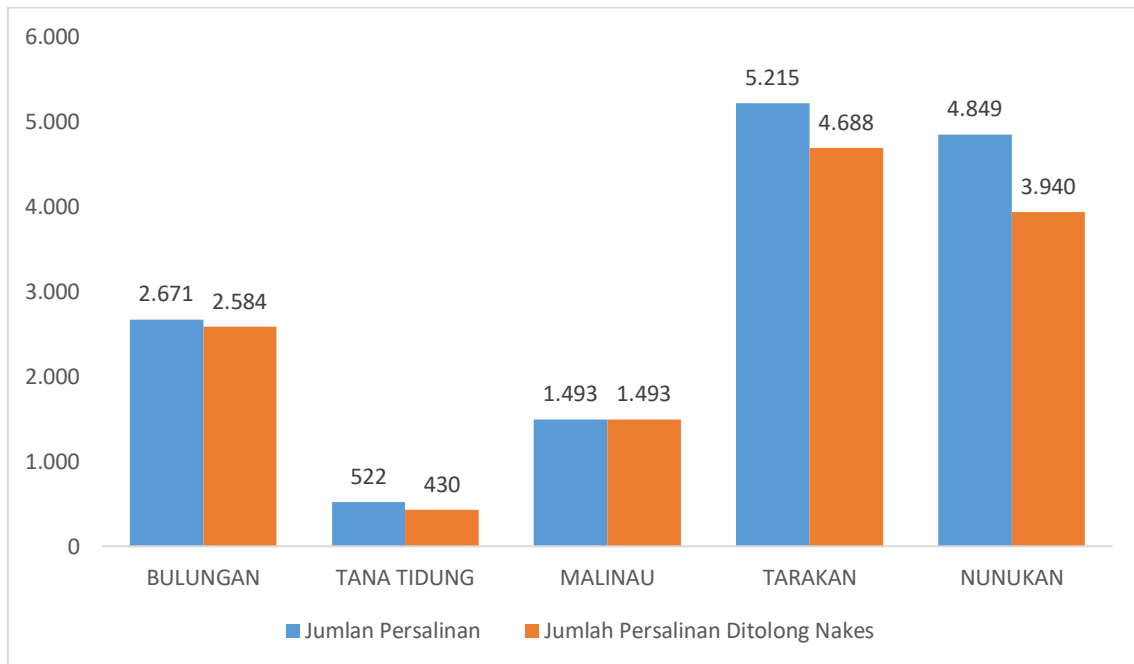
Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Jika mengamati tabel 4.1 di atas Angka Kematian Ibu tertinggi tahun 2019 terjadi di Kabupaten Nunukan kemudian Kabupaten Bulungan dan Kota Tarakan. AKI di 2 wilayah tertinggi ini perlu dilakukan analisis lebih mendalam untuk dapat dilakukan intervensi yang tepat sebab seharusnya di Kota Tarakan adalah wilayah yang sangat memungkinkan untuk menekan AKI.

Kalimantan Utara merupakan salah satu Provinsi di Indonesia yang memiliki kondisi geografis yang lebih rumit kalau dilihat dari segi akses komunikasi, akses transportasi regular/umum, sarana dan prasarana, tetapi ini bukan alasan untuk tidak maksimal dan dari kekurangan inilah harusnya para penentu kebijakan di dinas kesehatan kabupaten Kota harusnya memiliki inovasi yang kreatif untuk memikirkan langkah-langkah prioritas dan tepat agar permasalahan AKI secara kontinuas menurun.

Terkadang ketika berbicara angka kematian ibu, sebagian berkata persalinan ditolong oleh dukun sebab ibu hamil lebih senang memeriksakan diri bahkan melahirkan pada dukun di kampung-kampung. Namun pendapat tersebut bisa dijelaskan dengan menampilkan data jumlah persalinan yang ditolong oleh Tenaga Kesehatan baik di Puskesmas, Klinik Swasta, Bidan, Rumah Sakit Swasta maupun di Rumah Sakit Daerah dengan jumlah persalinan yang ditolong oleh Dukun.

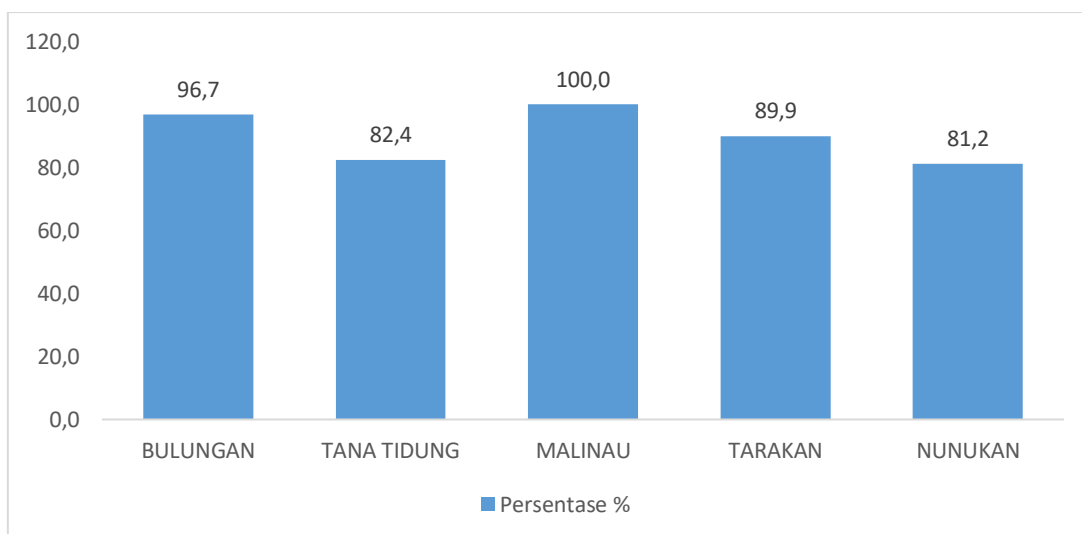
**GRAFIK 4.1 JUMLAH PERSALINAN DITOLONG TENAGA KESEHATAN
KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**



Sumber Data: Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Lebih rinci dapat kita lihat persentase persalinan yang ditolong oleh Tenaga Kesehatan di setiap Kabupaten Kota se Provinsi Kalimantan Utara pada grafik 4.2.

**GRAFIK 4.2 PERSENTASE PERSALINAN DITOLONG NAKES KAB/KOTA
PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**



Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Tingginya persalinan yang ditolong non tenaga kesehatan maka para Bidan harus introspeksi diri kenapa tingkat kepercayaan kepada dukun masi tinggi, demikian juga Dinas Kesehatan dan Puskesmas harus menempuh langkah-langkah yang baik merubah perilaku/kepercayaan tersebut tentu tanpa harus memusuhi atau mendiskreditkan para dukun.

Dari data yang tidak saling menopang ini membuktikan bahwa banyak permasalahan yang harus dilakukan perbaikan dalam hal bagaimana menurunkan angka kematian Ibu, termasuk angka kematian Bayi dan Balita. Dari data ini pula semakin memperkuat keyakinan bahwa persalinan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan belum dapat menjamin zero MMR. Dan ini juga membuktikan bahwa multi faktor harus dibenahi misalkan kompetensi dan keterampilan petugas kesehatan, system rujukan yang tepat dan cepat, penanganan Bumil harus secara comprehensip dan petugas kesehatan harus memiliki rasa tanggungjawab yang tinggi atas keselamatan pasien.

Informasi mengenai tingginya MMR akan bermanfaat untuk pengembangan program peningkatan kesehatan reproduksi, terutama pelayanan kehamilan dan membuat kehamilan yang aman bebas risiko tinggi (*making pregnancy safer*), program peningkatan jumlah kelahiran yang dibantu oleh tenaga kesehatan, penyiapan sistim rujukan dalam penanganan komplikasi kehamilan, penyiapan keluarga dan suami siaga dalam menyongsong kelahiran, yang semuanya bertujuan untuk mengurangi Angka Kematian Ibu dan meningkatkan derajat kesehatan reproduksi.

B. ANGKA KEMATIAN BAYI & BALITA

Angka Kematian Bayi (Infant Mortality Rate) Angka kematian bayi merupakan indikator yang penting untuk mencerminkan keadaan derajat kesehatan di suatu masyarakat, karena bayi yang baru lahir sangat sensitif terhadap keadaan lingkungan tempat orang tua si bayi tinggal dan sangat erat kaitannya dengan status sosial orang tua si bayi. Oleh karena itu banyak upaya kesehatan yang dilakukan untuk menekan dan menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB). Angka kematian bayi di Provinsi Kalimantan Utara jika dilihat 3 Tahun terakhir tergolong fluktuatif sehingga perlu kajian dan upaya maksimal secara berkesinambungan dan lintas program serta lintas sektor demi perbaikan secara kontinyu.

Kematian neonatal tidak dapat diturunkan secara bermakna tanpa adanya dukungan terhadap upaya penurunan kematian ibu dan peningkatan kesehatan ibu. Perawatan antenatal dan penolong persalinan sesuai standar harus disertai dengan

perawatan neonatal yang cukup dan upaya menurunkan kematian bayi akibat berat lahir rendah, infeksi paska lahir (seperti tetanus neonatorum, sepsis), hipotermia dan asfiksia. Sebagian besar kematian neonatal paska lahir disebabkan oleh penyakit yang dapat dicegah dan diobati dengan biaya yang tidak mahal, mudah dilakukan, dan bisa dikerjakan efektif. Intervensi imunisasi Tetanus Toxoid pada ibu hamil dapat menurunkan kematian neonatal hingga 33-58 persen (Kemenkes, 2010)

Angka kematian bayi menunjukkan jumlah bayi yang meninggal dunia dari setiap seribu bayi yang lahir hidup pada periode tahun tertentu. Perhitungan angka kematian bayi dapat ditentukan dengan menggunakan persamaan berikut.

$$IMR = \frac{Do}{B} \times k$$

IMR = angka kematian bayi

Do = jumlah kematian bayi

B = jumlah kelahiran hidup

Angka yang menunjukkan banyaknya kematian bayi usia < 1 tahun dari setiap 1000 kelahiran hidup pada tahun tertentu atau dapat dikatakan juga sebagai probabilitas bayi meninggal sebelum mencapai usia satu tahun (dinyatakan dengan per seribu kelahiran hidup).

Kemajuan yang dicapai dalam bidang pencegahan dan pemberantasan berbagai penyakit penyebab kematian akan tercermin secara jelas dengan menurunnya tingkat AKB. Dengan demikian angka kematian bayi merupakan tolok ukur yang sensitif dari semua upaya intervensi yang dilakukan oleh pemerintah khususnya di bidang kesehatan.

Angka Kematian Bayi (AKB) terutama masa neonatal selain dipengaruhi oleh factor diatas, juga tidak kalah penting adalah penyuluhan dan penanganan pra kehamilan dan pra persalinan termasuk pemberian imunisasi pada ibu sebelum kehamilan dan saat kehamilan termasuk status gizi ibu hamil selama kehamilan.

Pemerintah telah mengeluarkan kebijakan dalam upaya menurunkan AKB ini melalui program Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga melalui Permenkes No.39 Tahun 2016. Namun kebijakan publik tersebut belum menjangkau seluruh stakeholder, terutama Puskesmas sebagai ujung tombak pelaksanaan program Indonesia Sehat, sehingga implementasi dari kebijakan belum optimal, sehingga sangat diharapkan kepada

pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Kota untuk dapat melakukan Bimbingan Teknis dan sosialisasi terutama diharapkan adanya model-model atau inovasi yang tentunya melalui analisis dari berbagai permasalahan di daerah masing-masing untuk dilakukan sesuai dengan kondisi yang ada agar tepat sasaran, dapat diterima dan terimplementasi dengan baik yang akhirnya akan menekan AKN.

**TABEL 4.2 JUMLAH KEMATIAN NEONATAL, BAYI DAN BALITA
KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

NO	KAB/KOTA	JUMLAH LAHIR HIDUP	KASUS KEMATIAN		
			NEONATAL	BAYI	BALITA
			0 - 28 HARI	29 HR - 11 BLN	12 - 59 BLN
1	BULUNGAN	2.616	30	37	9
2	TANA TIDUNG	497	8	1	1
3	MALINAU	1.451	8	12	4
4	TARAKAN	4.700	26	4	3
5	NUNUKAN	3.997	23	6	57
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		13.261	95	60	74

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Jumlah Kematian anak 0 – 5 tahun di wilayah Provinsi Kalimantan Utara menurut data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kota tahun 2019 seperti tabel 4.2 ternyata kematian Neonatal, Bayi dan Balita terbanyak di Kabupaten Nunukan sejumlah 86 jiwa dan tertinggi pada Neonatal 23. Jumlah kematian Neonatal kedua di Kota tarakan sebanyak 26 menyusul Kabupaten Bulungan 30 jiwa, Kabupaten malinau 8 jiwa dan Kabupaten Tana Tidung 8 jiwa. Umur bayi yang tergolong Neonatal adalah umur yang masi sangat rentan atau sensitivitas tinggi sehingga perlu pengawasan yang sangat ketat tetapi tanpa mengabaikan faktor sebelum terjadi kelahiran misalkan kondisi kesehatan ibu selama kehamilan termasuk gizi ibu dan rutinitas melakukan pemeriksaan di sarana / petugas kesehatan. Dengan rutin periksa tentu akan mendapatkan pelayanan sesuai kondisinya dan akan mendapatkan nasehat/masukan yang berharga untuk ibu dan calon bayinya.

C. STATUS GIZI

1. Gizi Bayi Balita

Status gizi bayi/balita merupakan salah satu indikator yang menggambarkan tingkat kesejahteraan masyarakat. Penilaian status gizi bayi/balita dapat dilakukan dengan pengukuran antropometri. Indikator yang diukur ada 3 macam, yaitu berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U) dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB). Indikator yang sering digunakan adalah berat badan menurut umur (BB/U).

Sesungguhnya telah diatur sesuai Undang-undang No.36 tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 141, sehingga sejak dulu telah dilakukan upaya perbaikan gizi masyarakat ditujukan untuk meningkatkan mutu gizi perseorangan dan masyarakat yang dapat ditempuh melalui perbaikan pola konsumsi makanan, sesuai dengan 13 Pesan Umum Gizi Seimbang (PUGS) dan perbaikan perilaku Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi).

Masalah gizi utama di Indonesia terdiri dari masalah gizi pokok yaitu Kekurangan Energi Protein (KEP), Kekurangan Vitamin A (KVA), Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY), dan Anemia Gizi Besi (AGB), selain gizi lebih (obesitas). Indonesia sekarang mengalami 2 masalah gizi sekaligus atau lebih dikenal dengan masalah gizi ganda.

Penanganan masalah gizi sangat terkait dengan strategi sebuah bangsa dalam menciptakan SDM yang sehat, cerdas, dan produktif. Upaya peningkatan SDM yang berkualitas dimulai dengan cara penanganan pertumbuhan anak sebagai bagian dari keluarga dengan asupan gizi dan perawatan yang baik.

Dengan lingkungan keluarga yang sehat, maka hadirnya infeksi menular ataupun penyakit masyarakat lainnya dapat dihindari. Di tingkat masyarakat seperti faktor lingkungan yang higienis, asupan makanan, pola asuh terhadap anak, dan pelayanan kesehatan seperti imunisasi sangat menentukan dalam membentuk anak yang tahan gizi buruk.

Keadaan gizi yang baik merupakan salah satu faktor penting dalam upaya mencapai derajat kesehatan yang optimal. Namun, berbagai penyakit gangguan gizi dan gizi buruk akibat tidak baiknya mutu makanan maupun jumlah makanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan tubuh masing-masing orang masih sering ditemukan diberbagai tempat di Indonesia. Rendahnya status gizi jelas berdampak pada kualitas sumber daya manusia.

Oleh karena status gizi memengaruhi kecerdasan, daya tahan tubuh terhadap penyakit, kematian bayi, kematian ibu dan produktivitas kerja. Masalah gizi di Indonesia yang terbanyak adalah gizi kurang. Anak balita (0-5 tahun) merupakan kelompok umur

yang paling sering menderita akibat kekurangan gizi atau termasuk salah satu kelompok masyarakat yang rentan gizi. Di negara berkembang anak-anak umur 0–5 tahun merupakan golongan yang paling rawan terhadap gizi. Anak-anak biasanya menderita bermacam-macam infeksi serta berada dalam status gizi rendah. Anak usia 12-23 bulan merupakan anak yang masuk dalam kategori usia 6–24 bulan dimana kelompok umur tersebut merupakan saat periode pertumbuhan kritis dan kegagalan tumbuh

2. Berat Badan Lahir Rendah

Upaya kesehatan anak antara lain diharapkan mampu menurunkan angka kematian anak. Indikator angka kematian yang berhubungan anak adalah Angka Kematian Neonatal (AKN), Angka Kematian Bayi (AKB), dan Angka Kematian Balita (AKABA). Bayi dengan berat badan lahir rendah merupakan salah satu faktor risiko kematian bayi. Oleh karena itu sebagai salah satu upaya untuk mencegah terjadinya kematian bayi adalah penanganan BBLR. BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram.

Menurut WHO bahwa 54 % kematian bayi dilatarbelakangi gizi buruk dan diprediksi akan lebih tinggi di negara-negara berkembang. Pernyataan ini terbukti setelah tahun 2011 WHO mengadakan penelitian di Indonesia hasilnya menunjukkan bahwa gizi buruk menyebabkan 80% kematian anak (WHO, 2011)

Penyebab terjadinya BBLR antara lain karena ibu hamil mengalami anemia, kurang asupan gizi waktu dalam kandungan, ataupun lahir kurang bulan. Bayi yang lahir dengan berat badan rendah perlu penanganan yang serius, karena pada kondisi tersebut bayi mudah sekali mengalami hipotermi dan belum sempurnanya pembentukan organ-organ tubuhnya yang biasanya akan menjadi penyebab utama kematian bayi.

**TABEL 4.3 JUMLAH BAYI BERAT BADAN LAHIR RENDAH TIAP
KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

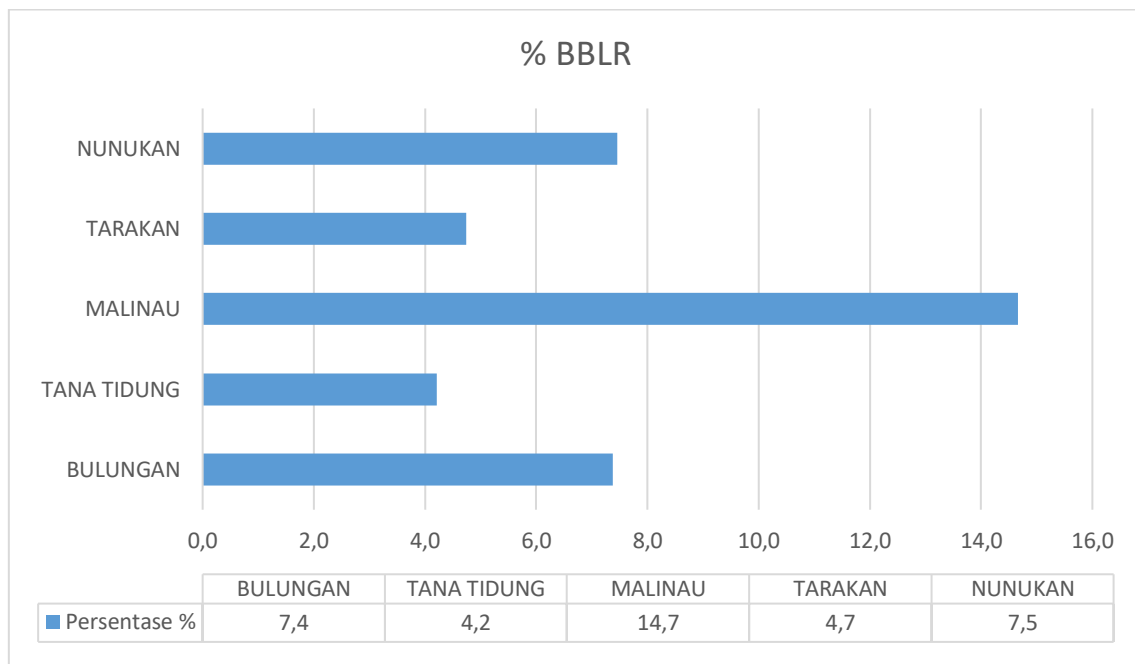
NO	KAB/KOTA	JML LAHIR HIDUP	BBL DITIMBANG	BBLR
1	BULUNGAN	2.616	2.616	193
2	TANA TIDUNG	497	427	18
3	MALINAU	1.451	641	94
4	TARAKAN	4.700	4.700	223
5	NUNUKAN	4.023	3.833	300
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		13.287	12.217	828

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Persentase berat badan lahir rendah di Indonesia dari tahun ke tahun semakin menunjukkan angka menggembirakan sebab kian menurun termasuk di Provinsi Kalimantan Utara.

Berdasarkan hasil penelitian yang dimuat dalam Jurnal Ilmiah Kohesi Vol. 2 No. 1 Februari 2018, disimpulkan bahwa variabel umur, paritas, jarak kehamilan, pengetahuan, riwayat antenatal care, dan riwayat obstetri berhubungan dengan kejadian BBLR. di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padang Sidempuan. Berikut akan dipaparkan persentase capaian di Kabupaten Kota sebagaimana pada grafik berikut.

**GRAFIK 4.3 PERSENTASE BERAT BADAN LAHIR RENDAH KAB/KOTA
PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**



Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Dari data di atas nampak persentase tertinggi BBLR di Kabupaten Malinau dengan 14,7 % kemudian menyusul Kabupaten Nunukan 7,5 % dan Kabupaten Bulungan 7,4 %. Dengan dasar ini maka disarankan Kepada tenaga kesehatan agar dapat meningkatkan kualitas pelayanan antenatal care sesuai dengan standar minimal asuhan antenatal care, serta pengawasan terhadap ibu hamil yang mempunyai faktor risiko terhadap kehamilannya.

BAB V

SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN DAN PEMBIAYAAN

Tenaga kesehatan yang ada di setiap Provinsi dan setiap Kabupaten Kota di Indonesia masing-masing memiliki tipikal berbeda-beda sehingga tidaklah logis jika rumusan ratio tiap-tiap jenis tenaga kesehatan disamakan di setiap wilayah di Indonesia, bahkan disetiap kabupaten kota dalam satu provinsi belum tentu dapat disamakan. Hal ini sangat dipengaruhi oleh factor geografis, persebaran penduduk, kondisi keuangan daerah dan komitmen penentu kebijakan di Dinas Kesehatan dalam memperhatikan kepentingan masyarakat secara keseluruhan dan merata dengan mengedepankan kualitas dan kuantitas tenaga kesehatan.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 9 tahun 2014 tentang Klinik, disebutkan bahwa, "Pemerintah daerah kabupaten/kota mengatur persebaran klinik yang diselenggarakan masyarakat di wilayahnya dengan memperhatikan kebutuhan pelayanan berdasarkan rasio jumlah penduduk."

Berdasarkan Undang-undang kesehatan no. 36 tahun 2009 Pemerintah daerah dapat menentukan jumlah dan jenis fasilitas pelayanan kesehatan serta pemberian izin beroperasi di daerahnya. Penentuan jumlah dan jenis fasilitas pelayanan kesehatan dilakukan oleh pemerintah daerah dengan mempertimbangkan :

- a. luas wilayah;
- b. kebutuhan kesehatan;
- c. jumlah dan persebaran penduduk;
- d. pola penyakit;
- e. pemanfaatannya;
- f. fungsi sosial;
- g. kemampuan dalam memanfaatkan teknologi.

A. TENAGA BIDAN DAN PERAWAT

Tenaga bidan dan perawat merupakan tenaga mutlak sebagai perintis di Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Induk karena merekalah yang harus terlebih dahulu terpenuhi keberadaannya kemudian menyusul tenaga lainnya. Untuk tingkat Puskesmas Induk jumlah tenaga kesehatan Bidan dan Perawat untuk setiap Puskesmas telah ada ketentuan (Standar Minimal Perawat dan Bidan tiap Puskesmas) tetapi tentu disesuaikan

dengan beban kerja yang sangat dipengaruhi oleh jumlah kunjungan pada sarana pelayanan kesehatan.

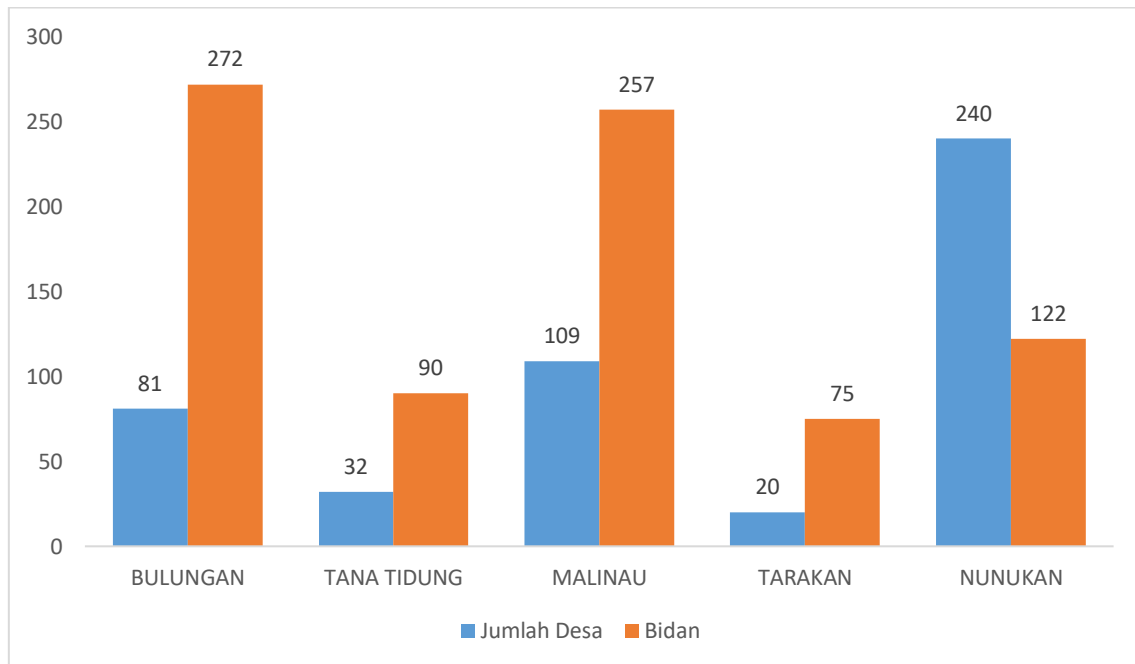
**TABEL 5.1 JUMLAH BIDAN DAN PERAWAT DI KABUPATEN KOTA
PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

NO	UNIT KERJA	BIDAN	PERAWAT
1	BULUNGAN	272	494
2	TANA TIDUNG	90	145
3	MALINAU	257	268
4	TARAKAN	75	133
5	NUNUKAN	122	188
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		816	1.228

Sumber data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Melihat tabel 5.1 di atas tergambar secara global jumlah Bidan dan Perawat selalu seiring untuk Puskesmas Kabupaten kota terbanyak di Kabupaten Bulungan sebanyak menyusul Kabupaten Malinau dan Nunukan. Signifikannya jumlah Bidan dan Perawat tersebut untuk tingkat Puskesmas disebabkan Jumlah Desa terbanyak di Kabupaten Bulungan kemudian menyusul Kabupaten Malinau dan Kabupaten Nunukan dan secara otomatis hamper semua Desa terdapat Puskesmas Pembantu dan dihuni oleh Bidan dan Perawat.

**GRAFIK 5.1 RASIO BIDAN DAN DESA DI KABUPATEN KOTA PROVINSI
KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**



Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Dari grafik diatas terlihat di Kabupaten Nunukan masi ada Desa yang tidak ditempatkan Bidan sehingga diharapkan komitmen Dinas Kesehatan Kabupaten untuk dapat menjelaskan pada Bupati agar dapat mengalokasikan pembiayaan untuk rekrutmen Bidan dalam memenuhi kebutuhan karena factor Geografis. Jika di wilayah lain selain Kabupaten Nunukan masi ada Desa / Pustu tidak terdapat Bidan maka dapat dipastikan distribusi yang tidak baik.

B. TENAGA DOKTER

Kondisi keberadaan Dokter Umum dan Dokter Spesialis untuk Provinsi Kalimantan Utara tidaklah tepat jika kita kaku melaksanakan ratio yang ditetapkan oleh kementerian Kesehatan secara nasional misalkan pada Tahun 2017 Ratio Dokter Spesialis 10.4 per 100.000 penduduk dan ratio dokter Umum 42 per 100.000 penduduk. Karena factor geografis sehingga jika kaku menerapkan standar ratio Nasional maka sebagian penduduk Kalimantan Utara jika sakit dan membutuhkan dokter umum atau bahkan Dokter Spesialis tentu sangat sulit ketemu akibat kondisi geografis sebab jarak dan akses tidak semua ada regular.

**TABEL 5.2 DISTRIBUSI DOKTER DI KABUPATEN KOTA PROVINSI
KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

NO	WILAYAH/UNIT KERJA	DOKTER SPESIALIS	DOKTER UMUM	DOKTER GIGI
1	BULUNGAN	15	46	12
2	TANA TIDUNG	0	14	5
3	MALINAU	17	52	10
4	TARAKAN	6	23	52
5	NUNUKAN	24	38	16
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		62	173	95

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

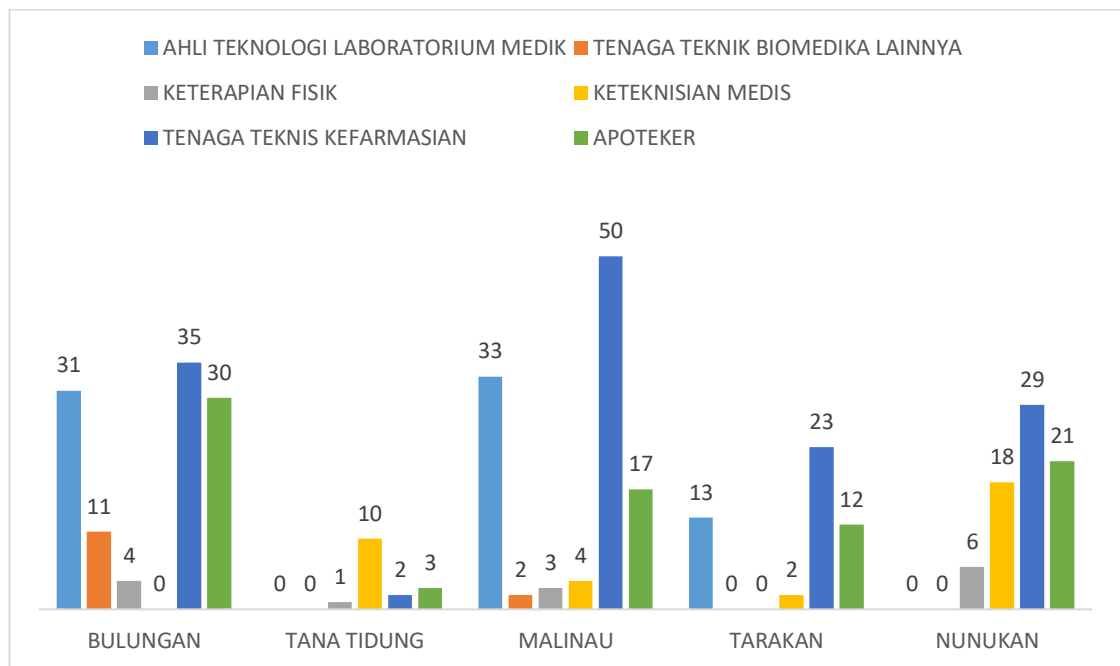
Salah satu yang menjadi permasalahan di Provinsi Kalimantan Utara jika dilihat jumlah Dokter Gigi masih sangat sedikit sehingga tidak semua Puskesmas telah memiliki Dokter Gigi. Sementara Dokter Umum walau jumlahnya lebih besar dari jumlah Puskesmas namun harus dipahami bahwa sebagian Puskesmas harusnya memiliki Dokter Umum minimal 3 terutama di Puskesmas Perawatan agar dapat dilakukan pembagian shif/jam kerja. Hal yang sering juga terjadi di daerah adalah distribusi petugas kesehatan yang tidak normal.

C. TENAGA TEKNIK LAINNYA

Sarana pelayanan kesehatan baik di Puskesmas Induk, Rumah Sakit Pratama, Rumah Sakit type D, C dan B juga membutuhkan tenaga Non Medis dan Non Paramedis seperti tenaga teknis lainnya. Tenaga tersebut dibutuhkan dalam rangka menopang atau mendukung pelayanan yang dilakukan oleh para Dokter dan Paramedis.

Kebutuhan tenaga di setiap sarana kesehatan tentu sangat ditentukan oleh kelas / tingkatan sarana pelayanan tersebut yang secara otomatis muaranya semua kepada sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan kemampuan pemilik sarana dalam menyediakan tenaga yang dibutuhkan termasuk mengadakan peralatan yang dibutuhkan.

**GRAFIK 5.2 JUMLAH TENAGA TEKNIS LAINNYA DI RS DAN
PUSKESMAS KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**



Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Sama halnya jika kita lihat ketersediaan Radiografer, Fisiotherapis tentu ketersediaan tenaganya sangat ditentukan oleh ketersediaan alat yang akan digunakan. Tetapi ada tenaga teknis lainnya yang harus dimiliki oleh setiap Puskesmas dan setiap Rumah Sakit yakni Apoteker karena semuanya ada pengelolaan sediaan farmasi.

D. PEMBIAYAAN

Sumber pembiayaan untuk Kesehatan di Kabupaten Kota termasuk Provinsi Kalimantan Utara pada Tahun 2019 bersumber dari :

- APBD kabupaten/kota yang terdiri dari belanja langsung dan belanja tidak langsung
- APBD provinsi yang terdiri dari belanja langsung dan belanja tidak langsung
- APBN yang terdiri dari dana alokasi khusus rujukan, dana alokasi khusus pelayanan dasar, dana alokasi khusus farmasi, dana alokasi khusus SARPRAS, dana alokasi khusus BOK, dana alokasi khusus akreditasi, dana alokasi khusus Jampersal, dana alokasi khusus tambahan kesehatan dan APBN provinsi
- Pinjaman/hibah luar negeri (PHLN) yang terdiri dari Global Fund komponen AIDS, Global Fund komponen TB, dan NLR
- Sumber Pemerintah lain yang terdiri dari cukai rokok

**TABEL 5.3 PEMBIAYAAN URUSAN KESEHATAN KABUPATEN KOTA
PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

NO	SUMBER BIAYA	ALOKASI ANGGARAN KESEHATAN
		Rupiah
	ANGGARAN KESEHATAN BERSUMBER:	
1	APBD KAB/KOTA	639.384.987.656
	a. Belanja Langsung	347.541.052.380
	b. Belanja Tidak Langsung	218.326.245.651
2	APBD PROVINSI	
	- Dana Tugas Pembantuan (TP) Provinsi	
3	APBN :	
	- Dana Alokasi Umum (DAU)	
	- Dana Alokasi Khusus (DAK)	166.011.312.562
	- Dana Dekonsentrasi	
	- Dana Tugas Pembantuan Kabupaten/Kota	
	- Lain-lain (sebutkan)	
4	PINJAMAN/HIBAH LUAR NEGERI (PHLN)	
	GF (Global Fund) HIV/AIDS	
5	SUMBER PEMERINTAH LAIN	
	TOTAL ANGGARAN KESEHATAN	694.787.874.540
	TOTAL APBD KAB/KOTA	4.923.402.111.600,92

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

**TABEL 5.4 PEMBIAYAAN URUSAN KESEHATAN KOTA TARAKAN
PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

KOTA TARAKAN		
NO	SUMBER BIAYA	ALOKASI ANGGARAN KESEHATAN
		Rupiah
	ANGGARAN KESEHATAN BERSUMBER:	
1	APBD KAB/KOTA	67.621.731.815
	a. Belanja Langsung	26.564.908.363
	b. Belanja Tidak Langsung	30.272.044.083
2	APBD PROVINSI	
	Bantuan Keuangan Propinsi	
3	APBN :	
	- Dana Alokasi Umum (DAU)	
	- Dana Alokasi Khusus (DAK)	10.784.779.369
	- Dana Dekonsentrasi	
	- Dana Dak Non Fisik (BOK) Kabupaten/Kota	
	- Dana Dak Non Fisik (BOK) IFK	
	- Dana Dak Non Fisik (BOK) Puskesmas	
	- Dana Dak Non Fisik (Jampersal)	
4	PINJAMAN/HIBAH LUAR NEGERI (PHLN)	
5	SUMBER PEMERINTAH LAIN	
TOTAL ANGGARAN KESEHATAN		67.621.731.815
TOTAL APBD KAB/KOTA		
ANGGARAN KESEHATAN PERKAPITA		275.126,67

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kota Tarakan 2019

**TABEL 5.5 PEMBIAYAAN URUSAN KESEHATAN KABUPATEN NUNUKAN
PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

KAB NUNUKAN		
NO	SUMBER BIAYA	ALOKASI ANGGARAN KESEHATAN
		Rupiah
	ANGGARAN KESEHATAN BERSUMBER:	
1	APBD KAB/KOTA	173.026.682.047,00
	a. Belanja Langsung	108.573.872.033,00
	b. Belanja Tidak Langsung	64.452.810.014,00
2	APBD PROVINSI	-
	- Dana Tugas Pembantuan (TP) Provinsi	
3	APBN :	51.996.685.000,00
	- Dana Alokasi Umum (DAU)	-
	- Dana Alokasi Khusus (DAK)	51.996.685.000,00
	a. DAK Fisik	28.490.757.000,00
	b. DAK Non Fisik (BOK, Akreditasi Puskesmas, Jampersal)	23.505.928.000,00
	- Dana Dekonsentrasi	
	- Dana Tugas Pembantuan Kabupaten/Kota	
4	PINJAMAN/HIBAH LUAR NEGERI (PHLN)	
5	SUMBER PEMERINTAH LAIN	
TOTAL ANGGARAN KESEHATAN		225.023.367.047,00
TOTAL APBD KAB/KOTA		1.384.690.269.397,33
ANGGARAN KESEHATAN PERKAPITA		1.116.298,08

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kab Nunukan 2019

**TABEL 5.6 PEMBIAYAAN URUSAN KESEHATAN KABUPATEN
BULUNGAN PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

KAB BULUNGAN		
NO	SUMBER BIAYA	ALOKASI ANGGARAN KESEHATAN
		Rupiah
	ANGGARAN KESEHATAN BERSUMBER:	
1	APBD KAB/KOTA	173.892.845.555
	a. Belanja Langsung (Dinkes)	48.567.789.126
	b. Belanja Tidak Langsung (Dinkes)	76.348.202.173
	c. Belanja Langsung (RSD)	10.375.880.261
	d. Belanja Tidak Langusng (RSD)	24.396.824.633
2	APBD PROVINSI	
	- Belanja Langsung (Bankeu)	
3	APBN :	
	- Dana Alokasi Umum (DAU)	
	- Dana Alokasi Khusus (DAK)	48.976.854.256
	- Dana Dekonsentrasi	
4	PINJAMAN/HIBAH LUAR NEGERI (PHLN)	
5	SUMBER PEMERINTAH LAIN	
	TOTAL ANGGARAN KESEHATAN	173.892.845.555
	TOTAL APBD KAB/KOTA	1.313.889.198.399
	ANGGARAN KESEHATAN PERKAPITA	1.223.554,897

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kab Bulungan 2019

**TABEL 5.7 PEMBIAYAAN URUSAN KESEHATAN KABUPATEN MALINAU
PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

KAB MALINAU		
NO	SUMBER BIAYA	ALOKASI ANGGARAN KESEHATAN
		Rupiah
	ANGGARAN KESEHATAN BERSUMBER:	
1	APBD KAB/KOTA	154.807.482.638,50
	a. Belanja Langsung	107.554.293.258,00
	b. Belanja Tidak Langsung	47.253.189.380,50
2	APBD PROVINSI	
3	APBN :	
	- Dana Alokasi Khusus (DAK) Dasar	40.496.937.937,00
	- Dana Alokasi Khusus (DAK) Farmasi	
	- Dana Alokasi Khusus (DAK) Non Fisik	
	- Dana Alokasi Khusus (DAK) Pelayanan Kesehatan Dasar	
	- Dana Alokasi Khusus (DAK) Afirmasi	
	- Dana Tugas Pembantuan (BUK)	
4	PINJAMAN/HIBAH LUAR NEGERI (PHLN)	
5	SUMBER PEMERINTAH LAIN	
TOTAL ANGGARAN KESEHATAN		154.807.482.638,50
TOTAL APBD KAB/KOTA		1.475.333.250.213,59
ANGGARAN KESEHATAN PERKAPITA		1.712.813,20

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kab. Malinau 2019

**TABEL 5.8 PEMBIAYAAN URUSAN KESEHATAN KABUPATEN TANA
TIDUNG PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

	SUMBER BIAYA	ALOKASI ANGGARAN KESEHATAN
		Rupiah
	ANGGARAN KESEHATAN BERSUMBER:	
1	APBD KAB/KOTA	70.036.245.600
	a. Belanja Langsung (Dinkes)	56.280.189.600
	b. Belanja Tidak Langsung (Dinkes)	
2	APBD PROVINSI	
	- Belanja Langsung (Bankeu)	
3	APBN :	
	- Dana Alokasi Umum (DAU)	
	- Dana Alokasi Khusus (DAK)	13.756.056.000
	- Dana Dekonsentrasi	3.406.201.884
	- Dana Tugas Pembantuan Kabupaten/Kota	
	- Lain-lain (sebutkan)	
4	PINJAMAN/HIBAH LUAR NEGERI (PHLN)	
5	SUMBER PEMERINTAH LAIN	
	TOTAL ANGGARAN KESEHATAN	73.442.447.484
	TOTAL APBD KAB/KOTA	749.489.393.591
	ANGGARAN KESEHATAN PERKAPITA	2.538.976,958

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kab. Tana Tidung 2019

BAB VI

PENGENDALIAN PENYAKIT

Pengendalian penyakit adalah upaya penurunan insidens, prevalens, morbiditas atau mortalitas dari suatu penyakit hingga level yang dapat diterima secara lokal. Angka kesakitan dan kematian penyakit merupakan indikator dalam menilai derajat kesehatan suatu masyarakat.

Pengendalian penyakit yang akan dibahas pada bab ini yaitu pengendalian penyakit menular dan tidak menular. Penyakit menular meliputi penyakit menular langsung, penyakit yang dapat dikendalikan dengan imunisasi dan penyakit yang ditularkan melalui binatang. Sedangkan penyakit tidak menular meliputi upaya pencegahan dan deteksi dini penyakit tidak menular tertentu

A. PENYAKIT MENULAR

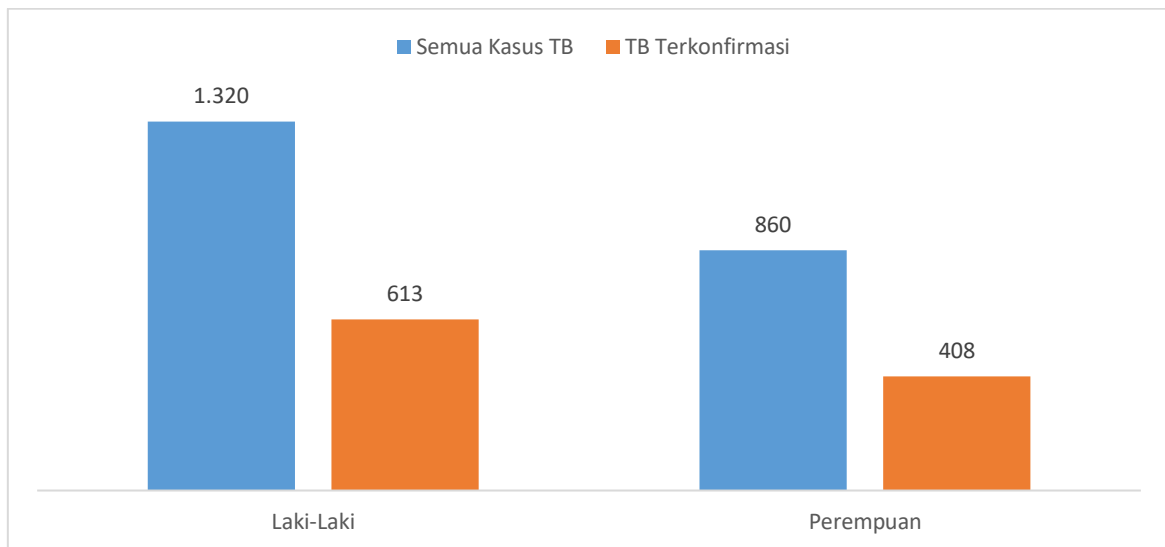
1. Tuberkulosis

Penyakit tuberkulosis (TBC) merupakan penyakit infeksi kronis yang terutama menyerang paru-paru namun bisa juga menyerang organ-organ lain. Penyakit ini disebabkan bakteri *Mycobacterium tuberculosis* kompleks antara lain *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium bovis*, *Mycobacterium africanum*. Bakteri tersebut merupakan bakteri tahan asam berbentuk batang dan bersifat aerobik.

Penyakit TBC menular melalui droplet yang dikeluarkan oleh orang yang terinfeksi TBC. Selain itu penularan TBC bersifat kontak lama dan terus menerus. TBC adalah penyakit yang dapat mengancam derajat kesehatan masyarakat. TBC dapat menimbulkan angka kematian yang tinggi. Selain itu, TBC mampu menjadi comorbid berbagai penyakit fatal lainnya seperti HIV/AIDS, penyakit paru obstruksi, dan lain sebagainya. TBC memegang peranan penting dalam kasus kematian dan kesakitan akibat penyakit infeksi saluran pernafasan.

Berdasarkan Global Tuberculosis Report WHO (2017), angka insiden tuberkulosis Indonesia 391 per 100.000 penduduk dan angka kematian 42 per 100.000 penduduk. Dan sebagai acuan / indikator yang digunakan adalah berbasis mikroskopis

**GRAFIK 6.1 SEMUA KASUS TUBERKULOSIS & YANG TERKONFIRMASI
MENURUT JENIS KELAMIN DI PROVINSI KALIMANTAN UTARA
TAHUN 2019**



Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Dua hal yang dapat dipahami pada grafik diatas yakni kasus TB di Provinsi Kalimantan Utara lebih banyak pada laki-laki dari pada perempuan dengan perbandingan yang cukup tinggi yakni 1320 pada laki-laki dan 860 pada perempuan.

Mycobacterium tuberculosis dapat menular dan menyerang siapa saja tanpa memandang umur orang. Lain halnya dengan penularan umumnya anak-anak tidak mengawatirkan menularkan penyakit TB ke orang lain sebab saat batuk droplet yang dikeluarkan penderita anak tidak mengandung basil. Tetapi pada penderita dewasa setiap batuk akan mengancam penularan pada orang sekitar.

Salah satu upaya penanggulangan penyakit TB adalah dengan berupaya menemukan kasus TB dengan aktif melakukan pelacakan kasus terutama bagi yang berpotensi tertular atau yang memiliki keluhan/gejala klinis mengarah kespesifik. Oleh sebab itu semua suspect harus diperiksa secara teliti.

Untuk menilai kemajuan atau keberhasilan penanggulangan TB digunakan beberapa indikator namun yang paling utama adala Angka Penemuan Pasien Baru TB BTA positif (Case Detection Rate /CDR) dan Angka Keberhasilan Pengobatan (Success Rate / SR). tetapi tanpa mengabaikan adanya indikator proses seperti angka penjarangan suspek, proporsi pasien TB Paru BTA positif diantara suspek yang diperiksa dahak, proporsi pasien TB Paru BTA positif diantara seluruh pasien TB Paru, proporsi pasien

TB Paru BTA anak diantara seluruh pasien, angka CNR, angka konversi, angka kesembuhan dan angka kesalahan laboratorium.

Berikut ini akan ditampilkan laporan / profil Dinas Kesehatan Kabupaten Kota dimana dapat dinilai persentase keberhasilan pengobatan di setiap wilayah kecuali di Kota tarakan dimana tidak dapat memberi laporan dan tidak ada data TB yang ditampilkan dalam Profil Dinas Kesehatan Tahun 2019.

**TABEL 6.1 SUCCESS RATE TUBERKULOSIS KABUPATEN KOTA
PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

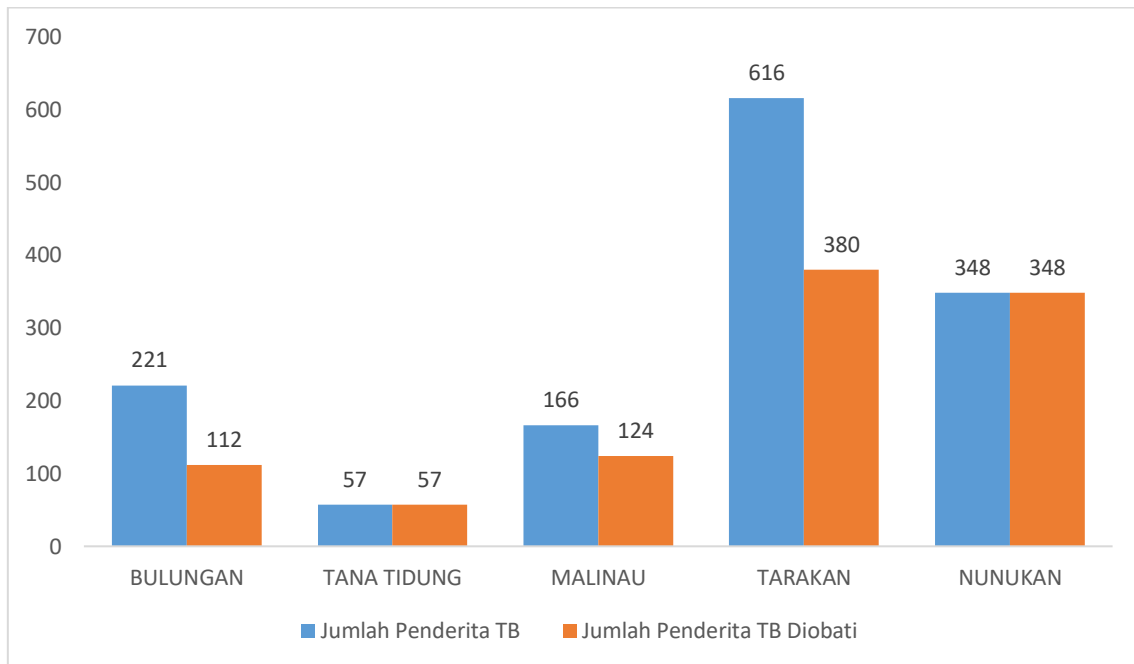
NO	KAB/KOTA	JML TB BTA +	JML TB BTA + DIOBATI	JML TB BTA + SEMBUH	JML TB BTA + DIOBATI TUNTAS	KEBER HASILAN PENGOBATAN	SR (%)
1	BULUNGAN	221	112	37	124	161	72,9
2	TANA TIDUNG	57	57	48	48	96	168,4
3	MALINAU	166	124	98	106	204	122,9
4	TARAKAN	616	380	258	265	523	84,9
5	NUNUKAN	348	348	87	217	304	87,4
	PROVINSI KALIMANTAN UTARA	1.408	1.021	528	760	1.288	91,5

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Dalam penanggulangan TB, indikator yang digunakan adalah angka penemuan pasien baru TB BTA + Case Detection Rate / CDR) dan Angka Keberhasilan Pengobatan (Success Rate / SR). Untuk mencapai indicator tersebut perlu proses sebagaimana telah dijelaskan diatas.

Tingkat ketelitian analis laboratorium harus tinggi agar tidak terjadi kesalahan diagnose akibat laboratorium terutama dalam program dimana yang diutamakan adalah BTA +, oleh sebab itu perlu hasil laboratorium akurasi tinggi sebab sekali salah maka sama halnya membiarkan pasien menularkan ke orang lain atau membiarkan pasien makin parah.

**GRAFIK 6.2 PERBANDINGAN JUMLAH PENDERITA TB BTA POSITIF
DOBATI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA**



Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Dari grafik 6.2 di atas terlihat 3 Kabupaten yang tidak memberikan pengobatan secara keseluruhan pada penderita TB BTA positif yakni Kabupaten Bulungan, Malinau dan Kota Tarakan.

Adanya penderita BTA + yang tidak terobati tentu sangat besar dampaknya pada upaya penanggulangan TB sebab penderita tersebut akan menjadi sumber penularan pada orang-orang lain disekitarnya dan jika kejadian seperti ini selalu ada maka pemberantasan Penyakit TB tidak akan pernah selesai, bahkan besar kemungkinan akan lebih banyak penderita TB BTA + baru.

2. Demam Berdarah Dengue

Kasus DBD setiap tahunnya di hampir semua daerah di Indonesia memiliki grafik yang mirip yakni fluktuatif jika dilihat 3-4 tahun terakhir dan hal demikian juga terjadi di Provinsi Kalimantan Utara dimana tidak ada trend naik terus atau turun terus.

Kasus DBD di Indonesia masih terjadi setiap tahun, sejak ditemukan 1968 dimana jumlah kasus DBD selalu fluktuatif setiap tahun. Untuk menekan jumlah penderita dan kematian akibat DBD, Kementerian Kesehatan terus menggalakkan Pemberantasan

Sarang Nyamuk (PSN). Hingga saat ini PSN masih merupakan upaya paling efektif dalam menekan kasus DBD.

Prinsip pencegahan/penanganan kasus DBD adalah mencegah dan memberantas. Pencegahan dengan sanitasi/kebersihan lingkungan yang baik dengan tidak membiarkan adanya tempat perkembangbiakan nyamuk dan dapat juga pembagian Abate dan memberantas sumber perkembang biakan nyamuk. Memberantas disini yakni pemberantasan nyamuk melalui fogging. Ketika suda ada kejadian DBD maka gerak cepat harus dilakukan yakni saat terdiagnose DBD pada seseorang maka saat itu juga dilakukan surveilen oleh petugas surveilen Puskesmas kemudian diikuti fogging focus.

Surveilen dilakukan demi memastikan focus dan area yang akan dilakukan fogging dan sekaligus memberi informasi kepada masyarakat sekitar agar menutup makanan dan minuman kemudian membuka rumah serta kamar-kamar untuk dilakukan fogging secara mengeluruh dalam radius 100 meter dari tempat pasien, tentu dengan metode fogging yang benar agar nyamuk mati, bukan mengusir nyamuk ke tempat lain. Demikian juga campuran obat harus tepat takaran dan perbandingannya dengan Solar agar nyamuk benar-benar mati, dan agar tidak memberi dampak yang lebih besar pada masyarakat sekitar yang terpapar asap fogging dan terpenting lagi bagi petugas fogging.

Perlu juga diperhitungkan frekuensi pelaksanaan fogging di setiap wilayah karena yang perlu diantisipasi jika dilakukan terlalu sering maka dapat saja terjadi resistensi apalagi jika campuran obat dan metode tidak tepat, sehingga bila resistensi maka upaya andalan selama ini untuk pemberantasan nyamuk yang telah terinfeksi Demam Berdarah Dengue suda tidak efektif lagi dilakukan akhirnya penyebaran makin cepat dan dapat menimbulkan wabah atau Kejadian Luar Biasa (KLB).

TABEL 6.2 KONDISI KASUS DBD DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019

NO	WILAYAH	JML PENDUDUK	JML KASUS	JML MATI	CFR (%)
1	BULUNGAN	142.121	219	1	0,5
2	TANA TIDUNG	28.926	77	1	1,3
3	MALINAU	79.903	259	3	1,2
4	TARAKAN	259.001	741	5	0,7
5	NUNUKAN	209.922	456	13	2,9

PROVINSI KALIMANTAN UTARA	719.873	1.752	23	1,3
--------------------------------------	----------------	--------------	-----------	------------

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Penanganan kasus Demam Berdarah Dengue tidak bisa hanya dilakukan oleh petugas kesehatan tetapi harus seluruh lapisan masyarakat menyadari dan masing-masing bias memperhatikan lingkungan sekitar agar tidak ada ruang untuk berkembang biak nyamuk sebagai penyebab penularan DBD.

Untuk melakukan penilaian dan membandingkan antar satu daerah dengan daerah lainnya terkait angka kematian akibat penyakit demam berdarah dengue tentu tidak relevan jika hanya melihat jumlah jiwa yang mengalami kematian tetapi harus jumlah kasus sehingga untuk melakukan perhitungan tentu saja dibutuhkan suatu rumus yang dapat menentukan persentase yang ada. Adapun rumus tersebut dinyatakan meliputi sebagai berikut:

$$CFR = \frac{\text{Jumlah kematian Akibat penyakit dalam periode waktu tertentu}}{\text{Jumlah penyakit yang terdiagnosa dalam periode waktu yang sama}} \times 100 \%$$

3. Diare

Permasalahan Diare pada tahun-tahun sebelumnya di berbagai tempat sering menjadi KLB karena jumlah kasus yang meningkat signifikan dalam waktu singkat dan atau jumlah kematian akibat diare. Suatu penelitian yang mengemukakan bahwa kasus terjadinya diare sangat erat kaitannya dengan tingkat pendidikan ibu dan sosial ekonomi keluarga, tetapi tanpa mengabaikan faktor lingkungan / sanitasi dan ini seperti penyakit menular lainnya peran serta masyarakat sangat dibutuhkan dalam pencegahan diare

TABEL 6.3 KONDISI KASUS DIARE DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019

KAB/KOTA	JML PENDUDUK	JML KASUS DIARE	JML KASUS DITANGANI	% KASUS DITANGANI	%KASUS DARI JML PENDUDUK
BULUNGAN	142.121	6.199	7.607	122,71	4,36
TANA TIDUNG	28.926	1.270	979	77,07	4,39
MALINAU	79.903	3.824	2.189	57,24	4,79

TARAKAN	259.001	11.355	10.382	91,43	4,38
NUNUKAN	209.922	9.573	2.976	31,09	4,56
PROVINSI KALIMANTAN UTARA	719.873	32.222	24.133	74,90	4,48

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kab/Kota Tahun 2019

Mengacu tabel 6.3 di atas, persentase kasus diare terhadap jumlah penduduk hampir sama untuk semua daerah berkisar 4,50%. Persoalan yang mendasar adalah 2 kabupaten yang sangat rendah persentase kasus Diare yang ditangani yakni Kabupaten Nunukan 31,09 %, kemudian menyusul Kabupaten Malinau 57,24%. Rendahnya penanganan pasien Diare tersebut harus menjadi stimulus bagi Dinas Kesehatan kabupaten dan Puskesmas untuk lebih memperhatikan persoalan diare. Belum lagi jika kita menelusuri bagaimana pola penanganan misalkan pemberian RL, pemberian Zink dan Oralit yang harus menjadi perhatian pemegang program.

Pada table diatas juga terjadi ketidak selarasan data seperti Kabupaten Bulungan dimana jumlah kasus diare yang ditangani lebih tinggi dari pada jumlah kasus diare yang tercatat. Hal ini mungkin data kasus diare di Rumah sakit yang belum dimasukan dan hanya dimasukan yang ditangani atau adanya kesalahan pencatatan.

Tujuan penanganan kasus Diare antara lain cakupan pelayanan Diare 100 %, proporsi penderita Diare Balita yang diberi tablet Zink 100 %, Penggunaan Oralit 100 %, penggunaan RL kurang dari 1 % dan Case Fatality Rate KLB Diare Toleransi kurang dari 1 %, tetapi semua muaranya ke mencegah terjadinya kasus Diare dan jika terjadi kasus diare mencegah terjadinya kematian.

4. Kusta

Penyakit kusta atau lepra atau Hansen merupakan penyakit infeksi kronis yang disebabkan bvakteri *Mycobacterium Leprae* yang mempengaruhi kulit, saraf tepi, mukosa saluran pernapasan atas dan mata. Penanganan yang buruk dapat menyebabkankusta menjadi progresif sehingga dapat terjadi kerusakan permanen kulit, saraf, anggota gerak dan mata.

Kementerian kesehatan menargetkan eliminasi kusta untuk Provinsi Kalimantan Utara pada Tahun 2019 termasuk Provinsi Maluku Utara, Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat.

Strategi percepatan eliminasi kusta di Indonesia, melalui: 1) Peningkatan penemuan kasus secara dini di masyarakat; 2) Pelayanan kusta berkualitas, termasuk layanan rehabilitasi yang diintegrasikan dengan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan; 3) Penyebarluasan informasi tentang kusta di masyarakat; 4) Eliminasi stigma terhadap Orang Yang Pernah Mengalami Kusta (OPYMK) dan keluarganya; 5) Pemberdayaan orang yang pernah mengalami kusta dalam berbagai aspek kehidupan dan penguatan partisipasi mereka dalam upaya pengendalian kusta; 6) Kemitraan dengan berbagai pemangku kepentingan; 7) Peningkatan dukungan kepada program kusta melalui penguatan advokasi kepada pengambil kebijakan dan penyedia layanan lain; serta 8) Penerapan pendekatan berbeda berdasarkan endemisitas kusta.

TABEL 6.4 KONDISI KASUS KUSTA DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019

NO	KAB/KOTA	JML PENDUDUK	KUSTA KERING	KUSTA BASAH	JUMLAH KUSTA
1	BULUNGAN	142.121	1	8	9
2	TANA TIDUNG	28.926	0	0	0
3	MALINAU	79.903	0	0	1
4	TARAKAN	259.001	2	7	9
5	NUNUKAN	209.922	0	20	20
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		719.873	3	35	39

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Sebagaimana data di atas kasus kusta terbanyak Kabupaten Nunukan 20 kasus kemudian Kabupaten Bulungan. Khusus Kota Tarakan tidak memberi data yang lengkap sehingga kosong. Sama halnya dengan penyakit lain jika mengarah ke eliminasi maka harus dilakukan penyelidikan epidemiologi terhadap setiap kasus kemudian ditangani secepat mungkin dengan tuntas.

Dalam sebuah negara atau daerah endemik, seorang anak harus dicurigai kusta jika menunjukkan satu dari tanda utama atau kardinal sebagai berikut:

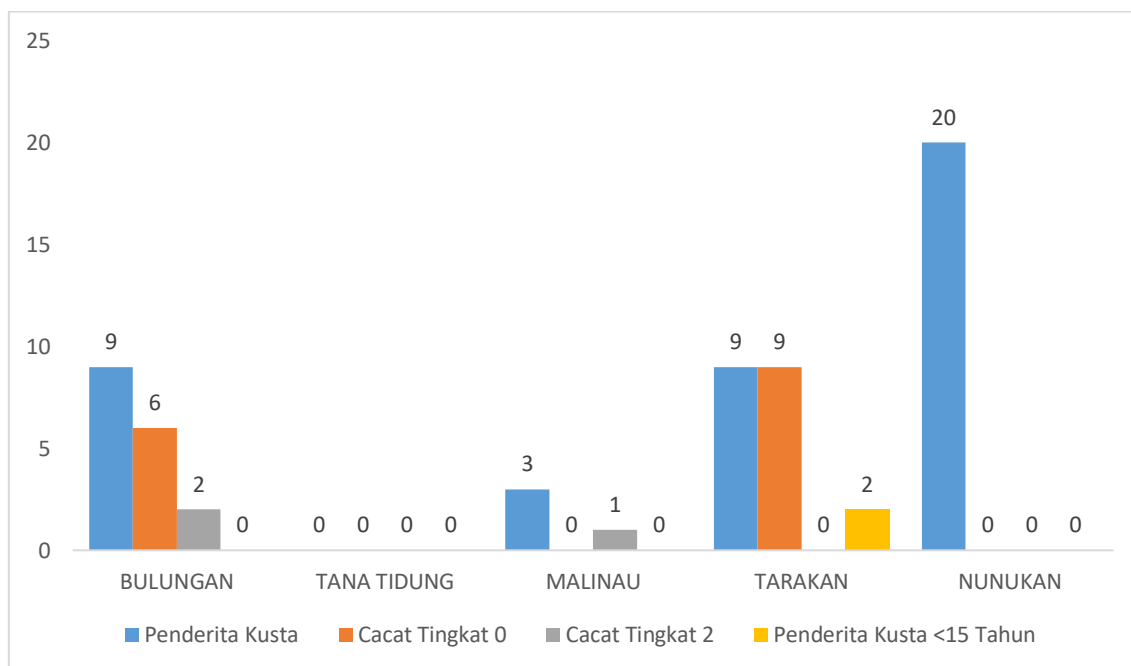
- a. Lesi kulit berwarna putih atau leukoderma yang disertai dengan kehilangan sensorik atau anestesi yang pasti, dengan atau tanpa penebalan saraf dan
- b. Pemeriksaan apusan kulit positif bakteri kusta. Lesi kulit dapat bersifat tunggal atau ganda, biasanya kurang berpigmen dari kulit normal di sekitarnya, sehingga terlihat lebih putih. Gangguan sensorik atau anestesi adalah gambaran khas kusta, berupa hilangnya sensasi untuk sentuhan ringan.
- c. Saraf yang menebal, terutama batang saraf perifer, merupakan gambaran khas kusta yang lain. Penebalan saraf sering disertai dengan tanda hilangnya sensasi di kulit dan kelemahan otot yang diatur oleh saraf yang terkena. Apusan kulit positif berarti ditemukan bakteri berbentuk batang, bernoda merah dapat dilihat pada sediaan yang diambil dari kulit yang terkena, ketika diperiksa di bawah mikroskop dengan pewarnaan yang sesuai.

Berdasarkan bebannya, kusta dibedakan menjadi dua kelompok yakni beban kusta tinggi dan beban kusta rendah. Beban kusta tinggi yaitu apabila angka penemuan kasus baru melebihi 10 per 100.000 penduduk dan atau jumlah kasus baru lebih dari 1.000. Sedangkan, beban kusta rendah yaitu apabila penemuan kasus baru kurang dari 10 per 100.000 penduduk dan atau jumlah kasus baru kurang dari 1.000 kasus.

Divisi Dermatologi Infeksi Tropik Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Sri Linuwih Menaldi mengatakan bahwa kusta merupakan penyakit menular, namun tidak mudah menular.

Kelainan juga dapat terjadi pada mata, biasanya ditandai dengan refleks kedip berkurang, dan kelopak mata tidak menutup dengan baik. Masalah kusta yang lebih serius dapat terjadi cacat menetap seperti jari bengkok, memendek, atau terputus, kelumpuhan tangan dan kaki, kelopak mata tidak menutup, dan kebutaan. "Yang perlu kita waspadai adalah Indonesia penyumbang kusta ke-3 di dunia.

**GRAFIK 6.3 KASUS KUSTA ANAK 0-14 TAHUN KABUPATEN KOTA
PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**



Sumber Data: Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Kusta pada anak di Provinsi Kalimantan Utara hanya terdapat 2 kasus yakni di Kota Tarakan sehingga persentase kasus kusta pada anak umum 0 – 14 Tahun di Provinsi Kalimantan Utara sebesar 4.88 % dari jumlah kasus Kusta.

5. Penyakit Yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I)

Yang disebut dengan PD3I adalah penyakit-penyakit yang sudah tersedia vaksinnya untuk upaya pencegahannya. Vaksin tersebut apabila diberikan kepada sasaran akan memberikan perlindungan baik sebagian maupun secara keseluruhan kepada sasaran tersebut. Penyakit-penyakit tersebut merupakan target Program Pengembangan Imunisasi (PPI). Tujuan awal PPI adalah untuk memberikan vaksinasi seluruh bayi yang lahir secara lengkap sebelum mereka mencapai usia satu tahun

Berbagai penyakit yang masuk dalam kelompok PD3I, namun tabel yang akan ditampilkan tidak mencakup semua tetapi ada yang disampaikan di bagian terpisah dalam profil ini.

Perlu dipahami bahwa pemberian vaksinasi kepada seseorang tidak menjamin 100 % orang tersebut terhindar dari penularan penyakit yang telah diimunisasikan sebab berbagai factor yang berpengaruh misalkan kondisi fisik penerima vaksinasi, dosis vaksin

yang diberikan, cara pemberian dan kualitas vaksin sebab setiap vaksin memiliki ketahanan suhu penyimpanan.

Menurut analisa dengan memperhatikan pola penyakit di Rumah Sakit di setiap Kabupaten Kota maka ada beberapa penyakit yang tergolong PD3I dimana sesungguhnya banyak di ada di Masyarakat namun tidak terdeteksi di sarana kesehatan tingkat pertama sehingga laporan tidak ada atau ada namun sangat sedikit. Seperti misalkan penyakit Hepatitis jika dilakukan survei maka akan didapatkan jumlah yang lebih dari yang dilaporkan dalam data Puskesmas. Namun disadari bahwa umumnya Puskesmas Induk dan Puskesmas Pembantu hanya memeriksa lewat RDT bagi pasien datang berkunjung yang dicurigai atau saat melakukan pemeriksaan Hepatitis pada ibu hamil tetapi itupun tidak semuanya, tentu dengan keterbatasan alat dan tenaga.

**TABEL 6.5 PENYAKIT YANG DAPAT DICEGAH DENGAN IMUNISASI
(PD3I) KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

NO	KAB/KOTA	CAM PAK	HEPA TITIS B	DIFT ERI	TETA NUS	PER TUSIS
1	BULUNGAN	13	0	0	0	0
2	TANA TIDUNG	0	0	0	0	0
3	MALINAU	3	0	0	0	0
4	TARAKAN	62	89	1	0	0
5	NUNUKAN	7	0	0	0	0
KALIMANTAN UTARA		85	89	1	0	0

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Dari tabel diatas masih banyak terjadi Campak seperti tertinggi di Kota Tarakan 62 kasus, menyusul Kabupaten Bulungan 13 Kasus dan Kabupaten Nunukan 7 Kasus. Kasus Hepatitis yang terlaporkan juga terdapat di Kota Tarakan sebanyak 89 kasus.

Berbagai jenis vaksin direkomendasikan WHO untuk dimasukkan ke dalam program imunisasi rutin tiap negara anggota WHO :

1. Vaksin hepatitis B untuk mencegah Hepatitis B Virus
2. Vaksin Rotavirus untuk mencegah diare
3. Vaksin Pneumokok dan vaksin-vaksin yang digunakan untuk mencegah *Streptococcus Pneumoniae* ISPA yang disebabkan oleh Hib dan pneumokokus

4. Vaksin Yellow Fever (demam kuning) dianjurkan bagi negara endemis yellow fever
5. Vaksin BCG (Bacillus Calmette Guirine) untuk mencegah Tuberculosis
6. Vaksin polio oral (diteteskan)/OPV, Vaksin polio in aktif (disuntikkan)/IPV untuk mencegah Poliovirus
7. Vaksin TT (Tetanus toksoid), DT (kombinasi dengan tetanus), DPT (difteri, pertusis dan tetanus) untuk mencegah *Clostridium tetani* (Tetanus) Pertusis dan *Corynebacterium diphtheria*
8. Vaksin campak untuk mencegah Campak (measles virus)
9. Vaksin Hib Conjugate untuk mencegah *Haemophilus Influenzae* type B (Hib)

Dari tabel 6.5 diatas terlihat masi munculnya kejadian kasus campak di 4 Kabupaten bahkan tertinggi di kota Tarakan kemudian Kabupaten Nunukan dan Kabupaten Bulungan. Permasalahan tersendiri di Kota Tarakan dimana kasus hepatitis juga tinggi dan satu-satunya wilayah di Kaltara yang terjadi kasus.

Walaupun diketahui bahwa Kota Tarakan merupakan pintu gerbang mobilitas orang terutama melalui Udara dan Laut tetapi tidak boleh dijadikan alasan untuk tidak mengkaji, menelusuri dan berupaya mencegah terjadinya penyakit.

Pencegahan penyakit menular terutama kelompok PD3I tidak hanya dengan vaksinasi tetapi harus melibatkan berbagai sector untuk bekerja sama menyamakan persepsi pencegahan seperti tokoh Agama, Tokoh Masyarakat, Aparat sampai tingkat RT, Rumah Sakit dan Pihak Kesehatan Pelabuhan / Bandara.

Kabupaten yang tidak ada data kasus PD3I tidak berarti terbebas namun tetap harus meningkatkan kewaspadaan dan melaksanakan program pencegahan. Tidak dapat dipungkiri pula kemungkinan zero karena pencatatan pelaporan inadekuat atau justru permasalahan penegakan diagnose.

6. Malaria

Kementerian Kesehatan menargetkan Indonesia bebas malaria pada tahun 2030. Pembebasan ini akan dilakukan bertahap dengan meluncurkan berbagai kebijakan yang memperkuat kebijakan lama

Kalimantan utara mendapatkan giliran ditarget bebas malaria pada tahun 2020, bersamaan dengan Pulau Sumatera, Nusa Tenggara Barat (NTB), Kalimantan lainnya dan Sulawesi yang ditargetkan bebas malaria. Target akhir, Papua Barat, Maluku, Maluku Utara dan Nusa Tenggara Timur (NTT) harus bersih dari malaria.

**TABEL 6.6 KONDISI KASUS MALARIA KABUPATEN KOTA PROVINSI
KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

NO	KAB/KOTA	SUSPEC MALARIA	POSITIP MALARIA	MENINGGAL
1	BULUNGAN	354	24	0
2	TANA TIDUNG	0	5	0
3	MALINAU	17	17	0
4	TARAKAN	1.976	12	0
5	NUNUKAN	50	5	0
KALIMANTAN UTARA		2.397	63	0

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Melihat tabel 6.6 di atas kasus malaria dengan hasil pemeriksaan darah positif tertinggi terdapat Kabupaten Bulungan sebanyak 24 kasus diikuti Kabupaten Malinau sebanyak 17 kasus dan Kota Tarakan 12 kasus, sedangkan Kabupaten Nunukan dan Tana Tidung hanya terdapat 5 kasus. Akan tetapi perlu dilakukan survei epidemiologi untuk mengetahui apakah kasus malaria impor dan tepatnya di lokasi mana tertular.

Survei Epidemiologi ini penting dilakukan untuk mengidentifikasi demi pemberantasan menyeluruh menuju eliminasi malaria 2020. Kepentingan dilakukan Penyelidikan Epidemiologi ini agar dapat menentukan siapa melakukan, dimana dilakukan dan jenis intervensi yang harus dilakukan.

Untuk mengukur kejadian Malaria disuatu daerah biasa digunakan Annual Malaria Incidence (AMI) yang menggambarkan angka kesakitan malaria berdasarkan klinis per 1000 penduduk dalam 1 tahun, namun yang lebih akurat adalah dengan Annual Parasite Incidence (API) yang menggambarkan angka kesakitan positif malaria berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium (Hapusan Darah atau RDT) dalam 1 tahun per 1000 penduduk.

Patut disyukuri bahwa walaupun Kalimantan Utara yang dulunya terkenal sebagai salah satu penyumbang kasus malaria di Indonesia tetapi semakin ada penurunan mengarah ke Eliminasi sampai tahun 2019 API Provinsi Kalimantan Utara.

7. Filariasis

Filariasis merupakan penyakit yang disebabkan oleh cacing filarial dan ditularkan berbagai jenis nyamuk sehingga sebagian berpendapat penyakit ini lebih muda ditularkan dari pada Demam Berdarah Dengue. Pemberian obat pada masyarakat jika terbukti ada satu kasus saja di suatu tempat maka dilakukan survei pengambilan sampel darah banyak orang dan jika ditemukan maka langsung dilakukan upaya pembasmian nyamuk dan pemberian obat massal pada masyarakat sekitar wilayah tersebut.

Penyakit kaki gajah atau Filariasis dapat mengakibatkan cacat permanen bagi penderitanya dan penyakit ini masi ada ditemukan di Indonesia termasuk di Provinsi Kalimantan Utara tetapi sudah menurun drastic disbanding beberapa tahun lalu dan dasar itulah kementerian kesehatan mencanangkan Kampanye Nasional Bulan Eliminasi Penyakit Kaki Gajah demi mewujudkan Indonesia bebas penyakit kaki gajah tahun 2019.

TABEL 6.7 KEJADIAN FILARIASIS DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019

NO	KAB/KOTA	KASUS FILARIASIS
1	BULUNGAN	0
2	TANA TIDUNG	15
3	MALINAU	0
4	TARAKAN	0
5	NUNUKAN	0
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		15

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Dari data di atas ironisnya terdapat 15 kasus di Kabupaten Tanah Tidung yang merupakan Kabupaten Tersedikit jumlah penduduknya dan kasus ini perlu dilakukan penyelidikan epidemiologi untuk menelusuri sumber penularan. Selain itu perlu dilakukan pemeriksaan darah untuk melihat ada tidaknya penularan.

8. HIV, AIDS dan Syphilis

HIV/AIDS merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV) yang menyerang sistem kekebalan tubuh. Infeksi tersebut

menyebabkan penderita mengalami penurunan ketahanan tubuh sehingga sangat mudah untuk terinfeksi berbagai macam penyakit lain.

Sebelum memasuki fase AIDS, penderita terlebih dulu dinyatakan sebagai HIV positif. Jumlah HIV positif yang ada di masyarakat dapat diketahui melalui Layanan Konseling dan Tes HIV baik secara sukarela (Konseling dan Tes Sukarela/KTS) maupun atas dasar Tes atas Inisiatif Pemberi layanan kesehatan dan Konseling (TIPK). Sedangkan prevalensi HIV pada suatu populasi tertentu dapat diketahui melalui metode sero survey, dan Survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP)

Berbagai upaya telah dilakukan oleh pemerintah dalam rangka mencegah penularan HIV/AIDS termasuk Syphilis. Telah diterbitkan banyak regulasi baik di tingkat Nasional maupun tingkat Provinsi atau Kabupaten Kota demikian juga upaya menggalakkan peran serta masyarakat dengan membentuk lembaga-lembaga peduli HIV/AIDS.

Seperti kita ketahui, tujuan pencegahan dan pengendalian HIV-AIDS.. adalah untuk mewujudkan target *Three Zero* pada 2030, yaitu : Tidak ada lagi penularan HIV, Tidak ada lagi kematian akibat AIDS, dan Tidak ada lagi stigma dan diskriminasi pada orang dengan HIV AIDS (ODHA).

Salah satu permasalahan dalam upaya pemberantasan HIV adalah metode palacakan kasus yang seharusnya tidak hanya dilakukan pada Wanita Tuna Susila di lokalisasi atau tempat hiburan berisiko dan sejenisnya tetapi seharusnya juga dilakukan pemeriksaan pada pelanggan namun lebih 85 % dari pelanggan akan menolak dilakukan pengambilan sampel darah karena mungkin ada perasaan ketakutan malu jika ternyata positif.

Permasalahan utama didapatkan di lapangan terkait penemuan kasus HIV/AID karena faktor etika sehingga petugas memiliki keterbatasan dalam melacak kasus sehingga yang dapat dilakukan survei / pemeriksaan darah adalah di kelompok masyarakat berisiko tinggi seperti tempat hiburan malam.

**TABEL 6.8 KASUS HIV/AIDS BERDASARKAN UMUR DI SEMUA SARKES
KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

NO	UMUR	HIV	AIDS	KEMATIAN
1	< 1 TAHUN	2	13	3
2	1 - 4 TAHUN	1	7	0
3	5 - 14 TAHUN	2	4	0
4	15 - 19 TAHUN	1	5	0
5	20 - 29 TAHUN	16	93	0
6	30 - 39 TAHUN	33	42	13
7	40 - 49 TAHUN	12	30	6
8	50 - 59 TAHUN	2	7	0
9	≥ 60 TAHUN	2	2	3
10	TIDAK DIKETAHUI	0	0	1
JUMLAH		71	203	26

Sumber Data : Dinas Kesehatan dan RS Kabupaten/Kota 2019

Dari data tabel 6.8 Penyakit HIV/AIDS terbanyak ditemukan pada kelompok umur 20-29 Tahun sebanyak 109 penderita karena kelompok umur tersebut yang mobilitas tinggi. Kasus kematian terbanyak pada kelompok umur 30 - 39 Tahun yakni 13 orang sekaligus menjadi Kelompok umur terbanyak ke dua yaitu 76 kasus kemudian menyusul kelompok umur 40 - 49 Tahun.

Hal lain terjadi jika sudah ditemukan kasus dimana masi adanya penderita positif HIV yang melarikan diri alias tidak bersedia dikonseling di klinik VCT, pasien demikian berpeluang besar menyebarkan lagi kepada pihak lain.

Organisasi dunia telah lama turut prihatin dan membantu penanggulangan HIV.AID demikian juga Pemerintah suda melakukan berbagai upaya kerja sama misalkan adanya organisasi yang di bentuk seperti Komisi Pemberantasan AIDS, Forum Peduli HIV, Lembaga Swadaya Masyarakat Peduli HIV/AIDS dan organisasi lainnya yang bertujuan untuk memberantas HIV/AIDS. Khusus yang dibiayai Pemerintah baik APBD maupun APBN seperti KPA menurut pengamatan selama ini kurang maksimal dalam

upaya pencegahan dan pemberantasan HIV/AIDS. Sering terjadi hanya melakukan pertemuan-pertemuan seremonial yang berulang-ulang dengan orang yang sama.

9. Pneumonia

Pneumonia adalah penyakit infeksi yang bisa disebabkan oleh bakteri, jamur, dan virus. Jadi, penyakit pneumonia sangat mudah ditularkan melalui udara. Penyakit Pneumonia memiliki karakteristik berbeda sehingga pengelompokannyapun ada berdasarkan penyebab, berdasarkan lokasi terjangkit dan berdasarkan cara penularan.

Untuk menurunkan insiden pneumonia Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) menjalankan 3 langkah yaitu Protect, Prevent dan Treat. Perlindungan dilakukan dengan menyediakan lingkungan sehat untuk bayi, pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan, gizi seimbang, mencegah bayi dengan berat badan rendah dan menurunkan polusi udara.

Pneumonia merupakan salah satu penyebab kematian tertinggi pada anak di dunia. Badan Kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan bahwa penyakit ini menjadi pemicu 16% kematian anak-anak berusia di bawah 5 tahun. Pada tahun 2015, terdapat lebih dari 900.000 anak-anak yang meninggal akibat pneumonia. Di Indonesia sendiri, lebih dari 500.000 balita menderita pneumonia dan telah merenggut hampir 2.000 jiwa balita pada tahun 2017.

Kasus pneumoni terkadang kurang menjadi perhatian di Puskesmas apalagi di Puskesmas Pembantu mungkin karena permasalahan penegakan diagnose padahal telah banyak buku panduan diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan. Peran Dinas Kesehatan Kabupaten Kota dan Provinsi diharapkan dapat melakukan bimbingan teknis agar memiliki acuan dalam menemukan, menangani dan merujuk kasus pneumoni.

Organisasi dunia telah lama turut prihatin dan membantu penanggulangan HIV.AID demikian juga Pemerintah suda melakukan berbagai upaya kerja sama misalkan adanya organisasi yang di bentuk seperti KPA dan Forum Peduli HIV tetapi menurut pengamatan selama ini kurang maksimal dalam bekerja sesuai dengan tupoksinya.

**TABEL 6.9 JUMLAH PENDERITA PENUMONI DI KAB/KOTA PROVINSI
KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

NO	KAB/KOTA	JUMLAH BALITA	PERKIRAAN PENDERITA	REALISASI PENEMUAN PENDERITA PNEUMONIA
1	BULUNGAN	14.009	40	164
2	TANA TIDUNG	3.315	76	10
3	MALINAU	9.983	80	77
4	TARAKAN	25.900	741	899
5	NUNUKAN	23.074	2.307	227
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		76.281	3.244	1.377

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Jumlah perkiraan penderita terbanyak di Kabupaten Nunukan 2.307 orang menyusul Kota Tarakan 741. Kota Tarakan jumlah penderita Pneumonia yang diperkirakan jauh lebih sedikit dengan jumlah penderita yang ditemukan dan ditangani, hal ini karena perkiraan dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Tarakan sementara penderita yang ditemukan dan ditangani lebih banyak terjadi di Rumah Sakit Type B milik Provinsi Kalimantan Utara dan tercatat di pencatatan Dinas Kesehatan Kota Tarakan.

Selain alat bantu diagnostic petugas kesehatan di Puskesmas dan Pustu dapat mengenali Pneumonia pada balita ditandai dengan batuk dan atau tanda kesulitan bernapas yaitu adanya nafas cepat, kadang disertai tarikan dinding dada bagian bawah kedalam (TDDK), dengan frekuensi nafas berdasarkan usia penderita :

- < 2 bulan : ≤ 60 /menit,
- 2 - < 12 bulan : ≤ 50 /menit,
- 1 - < 5 tahun : ≤ 40 /menit.

Berdasarkan data laporan rutin Subdit ISPA Tahun 2019, didapatkan insiden (per 1000 balita) di Indonesia sebesar 20,06% hampir sama dengan data tahun sebelumnya 20,56%. Salah satu upaya yang dilakukan untuk mengendalikan penyakit ini yaitu dengan meningkatkan penemuan pneumonia pada balita. Perkiraan kasus pneumonia secara nasional sebesar 3,55% namun angka perkiraan kasus pneumonia di masing-masing provinsi menggunakan angka yang berbeda-beda sesuai angka yang telah ditetapkan.

10. Hepatitis

Hepatitis yang merupakan peradangan hati yang dapat berkembang menjadi fibrosis, sirosis atau kanker hati, disebabkan oleh berbagai faktor seperti infeksi virus, zat beracun, dan penyakit autoimun. Penyebab paling umum Hepatitis adalah yang disebabkan oleh Virus Hepatitis A, B, C, D dan E. Untuk Hepatitis A dan Hepatitis E, besaran masalah tidak diketahui dengan pasti. Namun mengingat kondisi sanitasi lingkungan, higiene dan sanitasi pangan, serta perilaku hidup bersih dan sehat yang belum optimal, maka masyarakat Kalimantan Utara merupakan kelompok berisiko untuk tertular Hepatitis A dan Hepatitis E.

**TABEL 6.10 KASUS HEPATITIS YANG TERDETEKSI DI PUSKESMAS
KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

NO	WILAYAH	LAKI	PEREMPUAN	JUMLAH
1	BULUNGAN	0	0	0
2	TANA TIDUNG	0	0	0
3	MALINAU	0	0	0
4	TARAKAN	0	89	89
5	NUNUKAN	0	0	0
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		0	89	89

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kab/Kota Tahun 2019

Dari tabel diatas Kasus hepatitis yang terdeteksi hanya terdapat di Kota Tarakan sebanyak 89 orang.

Program Nasional dalam Pencegahan dan Pengendalian Virus Hepatitis B saat ini fokus pada pencegahan Penularan Ibu ke Anak (PPIA) karena 95% penularan Hepatitis B adalah secara vertikal yaitu dari Ibu yang Positif Hepatitis B ke bayi yang dilahirkannya. Sejak tahun 2015 telah dilakukan Kegiatan Deteksi Dini Hepatitis B (DDHB) pada ibu hamil dilayanan Kesehatan dasar (Puskesmas) dan Jaringannya.

Pemeriksaan Hepatitis B pada ibu hamil dilakukan melalui pemeriksaan darah dengan menggunakan tes cepat/*Rapid Diagnostic Test* (RDT) HBsAg. HBsAg (Hepatitis B Surface Antigen) merupakan antigen permukaan yang ditemukan pada virus hepatitis B yang memberikan arti adanya infeksi hepatitis B. Bayi yang lahir dari ibu yang terdeteksi Hepatitis B (HBsAg Reaktif) diberi vaksin pasif yaitu HBIG (Hepatitis B

Imunoglobulin) sebelum 24 jam kelahiran disamping imunisasi aktif sesuai program Nasional (HB0, HB1, HB2 dan HB3). HBIG merupakan serum antibodi spesifik Hepatitis B yang memberikan perlindungan langsung kepada bayi.

11. Kejadian Luar Biasa (KLB)

Kejadian luar biasa merupakan suatu kejadian yang dianggap memiliki tingkat kesakitan atau kematian yang relatif tinggi pada suatu wilayah atau daerah tertentu. Yang menjadi perhatian khusus pada KLB adalah penyakit yang memiliki potensi menular relatif cepat. Selain itu keracunan juga memiliki potensi masuk dalam kategori kejadian luar biasa. Keadaan tersebut menjadi rentan akan kejadian luar biasa.

Kasus kejadian luar biasa bukan hanya disebabkan oleh penyakit menular tetapi penyebab lainpun dapat dianggap KLB namun dengan standar dan batasan berbeda-beda tiap kasus.

Terpenting terkait kejadian luar biasa ini adalah upaya mendeteksi secara dini trend yang mengarah ke KLB agar cepat dilakukan penanganan (<24 Jam) secara serius agar tidak masuk dalam kategori kejadian luar biasa dan jika suda menjadi KLB maka upaya yang harus dilakukan adalah mencegah terjadinya korban kematian dan sekaligus melakukan penyelidikan untuk jadi bahan pencegahan kasus-kasus yang mungkin dapat terjadi diwaktu dan tempat lain.

Tidak jarang ditemukan adanya kasus kLB terutama keracunan yang terjadi di lokasi camp suatu perusahaan yang kejadiannya berupaya ditutup-tutui oleh pihak perusahaan sehingga petugas survei dari Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten Kota kesulitan mendapatkan sampel untuk dibawa ke laboratorium dilakukan penelitian untuk mengetahui penyebab keracunan.

TABEL 6.11 JUMLAH KASUS KLB DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019

NO	KAB/KOTA	KLB DI DESA/KELURAHAN		
		JUMLAH	DITANGANI <24 JAM	%
1	BULUNGAN	1	1	100
2	TANA TIDUNG	0	0	0
3	MALINAU	35	35	100

4	TARAKAN	6	6	100
5	NUNUKAN	74	74	100
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		116	116	100

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Setelah mendapatkan data kasus KLB seperti tabel 6.11 di atas maka yang penting selain penanganan kasus KLB <24 Jam harus 100 % seperti yang dilakukan di Kabupaten Nunukan sebagai wilayah tertinggi KLB yakni 74 kasus kemudian Kabupaten Malinau 35 kasus, Kota Tarakan 6 kasus dan Kabupaten Bulungan 1 kasus dan semua ditangani < 24 jam yang artinya petugas kesehatan cepat mendapat informasi dan cepat bertindak. Juga lebih penting lagi adalah mendapatkan informasi / data penyebab KLB, data lokasi, sumber penularan/pencemaran dan penyebab keterlambatan pencegahan.

Factor-faktor lingkungan yang berpengaruh terhadap timbulnya kejadian luar biasa perlu diidentifikasi agar dapat dilakukan intervensi dengan melibatkan lintas program dan lintas sector dengan harapan semua merasa bertanggungjawab dalam menciptakan lingkungan bersih dan sesuai syarat kesehatan.

**TABEL 6.12 JENIS KEJADIAN KLB, ATTACK RATE & CFR DI KAB/KOTA
PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

NO	JENIS KEJADIAN LUAR BIASA	YANG TERSERANG		JML PENDE- RITA	JML KEMA- -TIAN	PENDUDUK TERANCAM	ATTACK RATE (%)	CFR (%)
		JML KEC	JML DESA /KEL					
1	DBD Bulungan	1	1	1	1	1513	0.1	100
2	DBD Nunukan	2	9	74	1	0	0	100

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Pada tabel 6.12 Jenis kejadian luar biasa yaitu berupa kasus DBD dan hanya terjadi di dua daerah yaitu Kabupaten Bulungan dan Kabupaten Nunukan dengan jumlah penderita tertinggi di Kabupaten Nunukan sebanyak 74 Penderita.

12. Imunisasi

Upaya untuk menurunkan angka kesakitan, kecacatan, dan kematian bayi serta anak balita dilaksanakan program imunisasi baik program rutin maupun program tambahan/suplemen untuk penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) seperti TBC, Difteri, Pertusis, Tetanus, Polio, Hepatitis B, dan Campak. Bayi seharusnya mendapat imunisasi dasar lengkap yang terdiri dari HB 0-7 hari 1 kali, BCG 1 kali, DPT-HB-Hib 3 kali, Polio 4 kali, dan campak 1 kali. Mulai tahun 2014 untuk imunisasi rutin selain pada bayi juga pemberian pada anak balita yaitu umur 18 bulan diberikan imunisasi DPTHB-Hib dan imunisasi campak.

Selain pemberian imunisasi rutin, program imunisasi juga melaksanakan program imunisasi tambahan/suplemen yaitu Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) DT, BIAS Campak yang diberikan pada semua usia kelas I SD/MI/SDLB/SLB, sedangkan BIAS TT diberikan pada semua anak usia kelas II dan III SD/MI/SDLB/SLB, Backlog Fighting (melengkapi status imunisasi).

**TABEL 6.13 IMUNISASI DASAR PADA BAYI DI KAB/KOTA PROVINSI
KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

NO	KAB/KOTA	JML BAYI	DPT-HB3/DPT- HB-Hib3	POLIO 4	CAM PAK	IMUNISASI DASAR LENGKAP	
						JML	%
1	BULUNGAN	2.755	2.717	2.717	2.615	2.551	92,6
2	TANA TIDUNG	497	419	421	426	425	85,5
3	MALINAU	1.493	1.494	1.425	1.376	1.376	92,2
4	TARAKAN	4.984	4.059	4.022	3.703	3.377	67,8
5	NUNUKAN	4.060	3.207	3.173	3.334	3.325	81,9
PROV KALTARA		13.789	11.896	11.758	11.454	11.054	80,2

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Menteri Kesehatan menargetkan cakupan imunisasi dasar lengkap pada 2019 yakni sebesar 92,04%. Menteri Kesehatan (Menkes) Nila F. Moelek menyampaikan capaian pada 2019 sudah melebihi target. Selain itu untuk imunisasi DPT-HB-Hib Baduta tahun ini ditargetkan mencapai 70%. Sedangkan tahun lalu capaian imunisasi DPT-HB-Hib Baduta sebesar 63,7%, juga melebihi target tahun itu yakni 45%. "Sementara tahun ini terhitung Januari hingga Maret imunisasi dasar lengkap mencapai 13,9%, dan imunisasi DPT-HB-Hib Baduta mencapai 10,8%.

13. Universal Child Immunization (UCI) Desa

Dalam penentuan keberhasilan program imunisasi dapat diukur dengan tercapainya UCI desa. Indikator yang menentukan capaian UCI desa adalah cakupan imunisasi dasar lengkap dimana bayi dapat dikatakan lengkap imunisasinya apabila sudah mendapatkan HB 0-7 hr sebanyak 1 kali, BCG 1 kali, DPT-HB-Hib 3 kali, Polio 4 kali dan Campak 1 kali pada usia dibawah 1 tahun.

Target pemerintah dalam pencapaian uci (Universal Child Immunization) desa minimal 88 % desa pada tahun 2019 di dalam suatu wilayah dengan indicator minimal 95 % bayi yang ada di desa tersebut sudah mendapat imunisasi dasar lengkap

TABEL 6.14 CAPAIAN UCI DESA/KELURAHAN KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019

NO	KAB/KOTA	JUMLAH DESA/KEL	DESA/KEL UCI	% DESA/KEL UCI
1	BULUNGAN	81	69	85.2
2	TANA TIDUNG	29	21	72.4
3	MALINAU	109	82	75.2
4	TARAKAN	20	1	5.0
5	NUNUKAN	240	128	53.3
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		479	301	62.8

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Berdasarkan data tabel 6.14, wilayah dengan UCI Desa tertinggi di Kabupaten Bulungan 85.2%, kemudian disusul wilayah lainnya KTT 72.4%, Malinau 75.2% dan Nunukan 53.3%, semntara Kota tarakan hanya 5% dari total 20 Kelurahan.

B. PENYAKIT TIDAK MENULAR

Penyakit Tidak Menular (PTM) adalah penyakit yang tidak dapat ditularkan kepada orang lain. Penyakit tidak menular biasanya terjadi karena faktor keturunan dan gaya hidup yang tidak sehat. Meskipun bersentuhan dengan si penderita kita tidak akan tertular penyakit tersebut

Penyakit Tidak Menular penyebab kematian terbanyak di Indonesia. Keadaan dimana penyakit menular masih merupakan masalah kesehatan penting dan dalam waktu bersamaan morbiditas dan mortalitas PTM makin meningkat merupakan beban ganda dalam pelayanan kesehatan, tantangan yang harus dihadapi dalam pembangunan bidang kesehatan di Indonesia.

Menkes menambahkan, peningkatan PTM berdampak negatif pada ekonomi dan produktivitas bangsa. Pengobatan PTM seringkali memakan waktu lama dan memerlukan biaya besar. Beberapa jenis PTM adalah penyakit kronik dan/atau katastropik yang dapat mengganggu ekonomi penderita dan keluarganya. Selain itu, salah satu dampak PTM adalah terjadinya kecacatan termasuk kecacatan permanen.

Salah satu upaya PTM beberapa Pemerintah Daerah telah menerbitkan peraturan terkait Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dan membentuk Aliansi Walikota/Bupati dalam Pengendalian Tembakau dan Penyakit Tidak Menular.

Upaya pengendalian PTM tidak akan berhasil jika hanya dilakukan oleh Kementerian Kesehatan tanpa dukungan seluruh jajaran lintas sektor Pemerintah, Swasta, Organisasi Profesi, Organisasi Kemasyarakatan dan seluruh lapisan masyarakat, tegas Menkes.

Indonesia juga menghadapi tantangan meningkatnya berbagai penyakit tidak menular, antara lain penyakit jantung, diabetes, stroke, kanker, dan lainnya. Hal ini diperkuat dengan studi terbaru yang dilakukan The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) dari University of Washington dan peneliti dari Indonesia yang dipimpin dr Nafsiah Mboi, Sp.A.

Permasalahan yang sedang dihadapi sekarang ini di satu sisi kita harus melakukan berbagai upaya untuk menurunkan infeksi penyakit menular seperti TB, diare dan berbagai gangguan kesehatan ibu dan bayi. Pada saat bersamaan, kita juga perlu mencegah dan mengatasi penyakit-penyakit tidak menular, yang pengobatannya membutuhkan biaya yang sangat besar.

Sesungguhnya sangat banyak penyakit tidak menular namun yang sering menjadi perhatian adalah yang sering ditemukan atau bahkan yang menjadi penyebab kematian utama di Indonesia misalkan :

1. Penyakit Jantung Iskemik
2. Stroke
3. Diabetes
5. Hipertensi

Selain yang disebutkan di atas berbagai penyakit lainnya yang tergolong penyakit tidak menular seperti Reumatoid Arthritis, Low Back Pain, Obesitas, Malnutrisi dan lain sebagainya.

Data-data terkait penyakit tidak menular tidak dapat kami tampilkan dalam profil ini disebabkan data yang ada di kabupaten kota sangat minimal bahkan ada wilayah yang tidak dapat memberi data sehingga tidak memungkinkan dicantumkan.

BAB VII

KESEHATAN KELUARGA

Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga mendefinisikan keluarga sebagai unit terkecil dalam

masyarakat yang terdiri dari suami istri, atau suami, istri, dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya.

Lebih jauh lagi, Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, Keluarga Berencana, dan Sistem Informasi Keluarga, menyebutkan bahwa pembangunan keluarga dilakukan dalam upaya untuk mewujudkan keluarga berkualitas yang hidup dalam lingkungan yang sehat. Selain lingkungan yang sehat, masih menurut peraturan pemerintah tersebut, kondisi kesehatan dari tiap anggota keluarga sendiri juga merupakan salah satu syarat dari keluarga yang berkualitas.

Sebagai komponen yang tidak terpisahkan dari masyarakat, keluarga memiliki peran signifikan dalam status kesehatan. Keluarga berperan terhadap optimalisasi pertumbuhan, perkembangan, dan produktivitas seluruh anggotanya melalui pemenuhan kebutuhan gizi dan menjamin kesehatan anggota keluarga. Di dalam komponen keluarga, ibu dan anak merupakan kelompok rentan. Hal ini terkait dengan fase kehamilan, persalinan dan nifas pada ibu dan fase tumbuh kembang pada anak. Hal ini yang menjadi alasan pentingnya upaya kesehatan ibu dan anak menjadi salah satu prioritas pembangunan kesehatan di Indonesia.

Ibu dan anak merupakan anggota keluarga yang perlu mendapatkan prioritas dalam penyelenggaraan upaya kesehatan, karena ibu dan anak merupakan kelompok rentan terhadap keadaan keluarga dan sekitarnya secara umum. Sehingga penilaian terhadap status kesehatan dan kinerja upaya kesehatan ibu dan anak penting untuk dilakukan, yang tentu dimulai dari yang terkecil artinya dimulai dari dalam keluarga masing-masing kemudian ke masyarakat sekitar dan masyarakat luas tentu dengan berbagai metode dan pendekatan sesuai dengan kapasitas masing-masing.

A. KESEHATAN IBU DAN WUS

Keberhasilan upaya kesehatan ibu, di antaranya dapat dilihat dari indikator Angka Kematian Ibu (AKI). Indikator ini tidak hanya mampu menilai program kesehatan ibu, terlebih lagi mampu menilai derajat kesehatan masyarakat, karena sensitifitasnya terhadap perbaikan pelayanan kesehatan, baik dari sisi aksesibilitas maupun kualitas.

1. Pemeriksaan Bumil, Bulin, WUS

Pelayanan kesehatan ibu hamil diberikan kepada ibu hamil yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Proses ini dilakukan selama rentang usia kehamilan ibu yang dikelompokkan sesuai usia kehamilan menjadi trimester pertama, trimester kedua, dan trimester ketiga. Pelayanan kesehatan ibu hamil yang diberikan harus memenuhi elemen pelayanan sebagai berikut :

- a. Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan.
- b. Pengukuran tekanan darah.
- c. Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA).
- d. Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri).
- e. Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus toksoid sesuai status imunisasi.
- f. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan.
- g. Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ).
- h. Pelaksanaan temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling, termasuk keluarga berencana).
- i. Pelayanan tes laboratorium sederhana, minimal tes hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan protein urin dan pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya).
- j. Tatalaksana kasus.

Selain elemen tindakan yang harus dipenuhi, pelayanan kesehatan ibu hamil juga harus memenuhi frekuensi minimal di tiap trimester, yaitu satu kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), satu kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan dua kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 24 minggu sampai persalinan). Standar waktu pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan atau janin berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan.

Indikator tersebut memperlihatkan akses pelayanan kesehatan terhadap ibu hamil dan tingkat kepatuhan ibu hamil dalam memeriksakan kehamilannya ke tenaga kesehatan.

Capaian pelayanan kesehatan ibu hamil dapat dinilai dengan menggunakan indikator cakupan K1 dan K4. Cakupan K1 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal pertama kali oleh tenaga kesehatan, dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di suatu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Indikator ini digunakan untuk mengetahui jangkauan pelayanan antenatal serta kemampuan

program dalam menggerakkan masyarakat. Sedangkan cakupan K4 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai standar paling sedikit 4 kali sesuai jadwal yang telah dianjurkan, dibandingkan dengan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun.

Upaya lain yang dilakukan untuk menurunkan kematian ibu dan kematian bayi yaitu dengan mendorong agar setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih yaitu dokter spesialis kebidanan dan kandungan (SpOG), dokter umum, dan bidan, serta diupayakan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Pertolongan persalinan adalah proses pelayanan persalinan yang dimulai pada kala I sampai dengan kala IV persalinan. Keberhasilan program ini diukur melalui indikator persentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan (cakupan PF).

Secara khusus di Provinsi Kalimantan Utara dimana kondisi geografis yang sedemikian sulit sehingga tidak ada tawar menawar lagi tetapi semua tegugas kesehatan yang memberi pelayanan / pertolongan pada ibu bersalin terutama bidan desa yang kuantitasnya sangat banyak harus memiliki keterampilan dan pengetahuan yang memadai dalam mendeteksi / menilai faktor-faktor risiko dari kehamilan dan persalinan kelak agar dapat mempersiapkan dengan baik

**TABEL 7.1 PELAYANAN BUMIL DAN BULIN DI KABUPATEN KOTA
PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

NO	KAB/KOTA	IBU HAMIL			IBU BERSALIN	
		JUMLAH BUMIL	K1	K4	YANKES NIFAS	DAPAT VIT A
1	BULUNGAN	2,798	2,956	2,588	2,584	2,556
2	TANA TIDUNG	547	531	508	430	430
3	MALINAU	1,768	1,715	1,436	1,493	1,463
4	TARAKAN	5,466	5,018	4,550	4,688	4,702

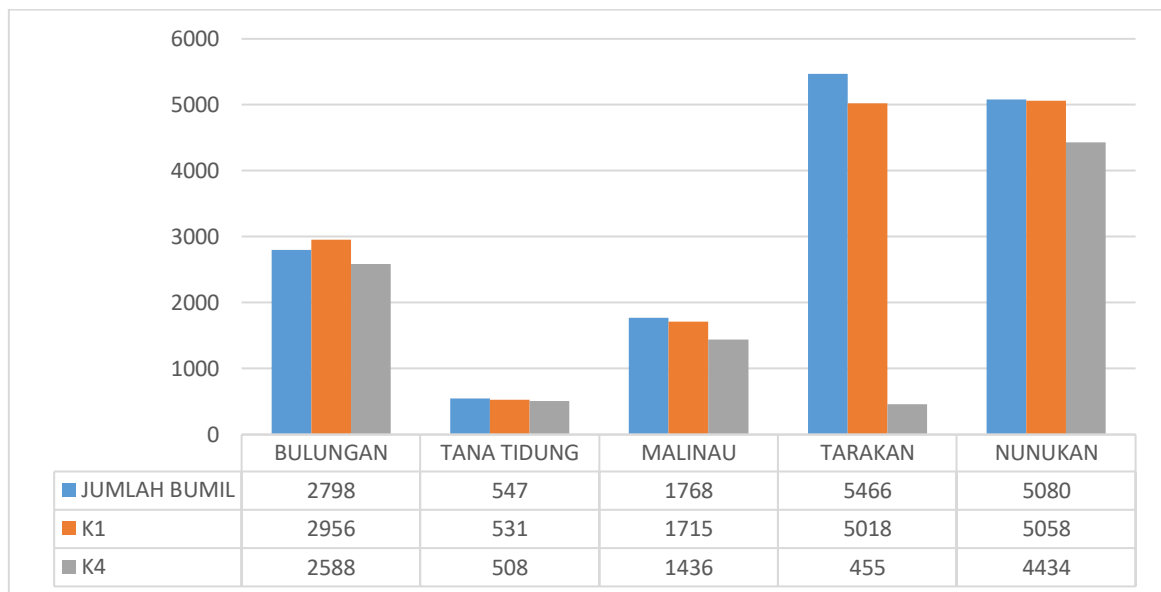
5	NUNUKAN	5,080	5,058	4,434	3,940	3,983
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		15,659	15,278	13,516	13,135	13,134

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Pada tabel 7.1 diatas menunjukan semua Kabupaten Kota jumlah Bumil, K1 dan K4 berbanding lurus dengan jumlah penduduk. Terlihat pula tidak ada Kabupaten Kota dimana K4 sama K1 artinya masi adanya Bumil tidak sampai K4 demikian juga tidak semua Ibu Bersalin mendapatkan pelayanan Nifas dan pemberian Vitamin A.

Suplementasi vitamin A dosis tinggi sesaat setelah melahirkan selama ini telah dilakukan di beberapa negara guna mengatasi masalah kekurangan vitamin A khususnya pada masa nifas, termasuk di Indonesia yang telah dilaksanakan sejak tahun 1996. Akan tetapi, pada tahun 2011 badan kesehatan dunia (WHO) telah mengeluarkan rekomendasi terbaru yang menyarankan untuk menghentikan program suplementasi vitamin A pada ibu nifas karena pengaruhnya terhadap morbiditas dan mortalitas yang masih tergolong rendah, sehingga perlu ada penelitian untuk melihat efek suplementasi 1 kapsul vitamin A dengan dosis 1 x 200.000 SI pada minggu ke 6 setelah ibu melahirkan.

**GRAFIK 7.1 PERBANDINGAN JUMLAH BUMIL DAN K1, K4 KAB/KOTA
PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

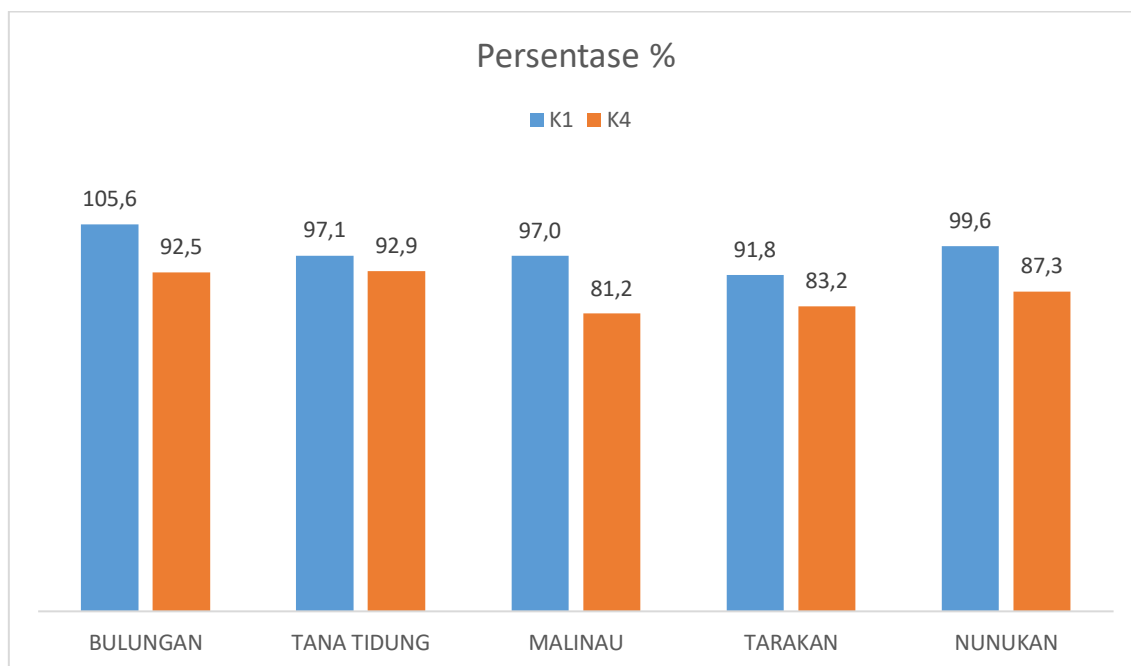


Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Jika mengamati grafik di atas maka mungkin bisa berkata bahwa tidak semua Ibu Hamil memeriksakan diri atau dengan kata lain bahwa ada ibu hamil yang tidak pernah memeriksakan diri di sarana kesehatan tetapi sesungguhnya tidak sesederhana itu disimpulkan tetapi harus dipikirkan adanya kemungkinan lain misalkan jumlah Bumil tidak salam dengan K1 bisa disebabkan tidak tercatat di Puskesmas sebab mereka memeriksakan diri di Praktek Dokter atau Praktek Bidan atau klinik swasta sedangkan tidak ada laporan ke Puskesmas. Permasalahan yang bisa terjadi adalah mobilitas Bumil yang pindah daerah atau selalu mencari tempat pemeriksaan yang dipercaya walaupun bukan dalam wilayah sarana pelayanan sesuai tempat tinggal sehingga cakupan K1 sampai K4 sangat variatif.

Pada grafik di bawah terlihat cakupan K1 tertinggi di Kabupaten Bulungan 105,6% kemudian Kabupaten nunukan 99,6%, Kabupaten Tana Tidung 97,1% dan Kabupaten Malinau 97% dan terendah di Kota Tarakan 97%.

**GRAFIK 7.2 PERSENTASE K1 DAN K4 KABUPATEN KOTA PROVINSI
KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**



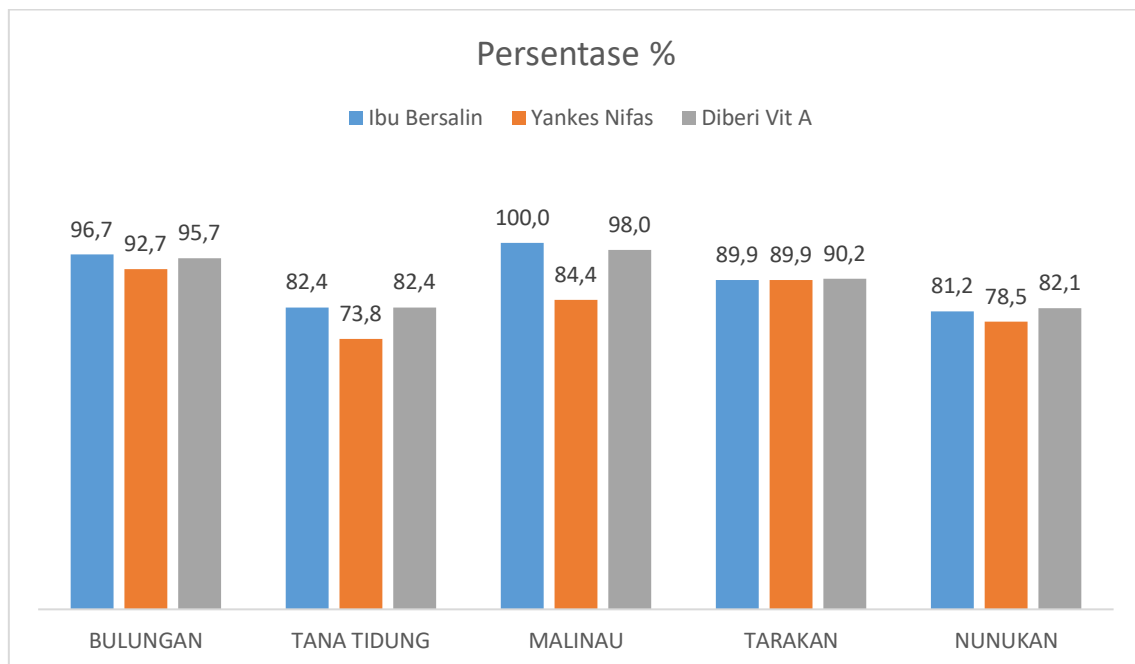
Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Rendahnya capaian pemeriksaan ibu hamil di Kota Tarakan bukan berarti banyak ibu hamil yang tidak memeriksakan diri tetapi karena jumlah sarana kesehatan non pemerintah yang banyak seperti Dokter Praktek, Klinik swasta dan Rumah Sakit sehingga sangat besar kemungkinan tidak tercatat dan tidak dilaporkan sehingga tidak masuk laporan Puskesmas sebagaimana disampaikan profil Dinas Kesehatan Kota Tarakan.

Pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan sesuai standar pada ibu mulai 6 jam sampai 42 hari paska persalinan oleh tenaga kesehatan. Untuk deteksi dini komplikasi pada ibu nifas diperlukan pemantauan pemeriksaan terhadap ibu nifas dengan melakukan kunjungan nifas minimal 3 kali dengan ketentuan waktu : Kunjungan nifas pertama pada masa 6 jam sampai dengan 3 hari setelah persalinan. Kunjungan nifas ke dua dalam waktu 2 minggu setelah persalinan (8-14 hari) dan Kunjungan nifas ke tiga dalam waktu 6 minggu setelah persalinan (36-42 hari)

Pelayanan kesehatan ibu nifas haruslah diberikan pada semua ibu postpartum tanpa harus membedakan antara ibu yang melahirkan normal dengan ibu yang operasi. Yang membedakan hanyalah untuk ibu melahirkan dengan operasi harus dilakukan pemeriksaan pada luka bekas operasi untuk memastikan tidak adanya abnormal.

**GRAFIK 7.3 PERSENTASE YANKES NIFAS DAN VIT A DI KAB/KOTA
PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**



Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Diantara 5 wilayah di Kalimantan Utara ternyata Kabupaten Bulungan tertinggi persentase Pelayanan Kesehatan Nifasnya 92.7 % menyusul Kota Tarakan 89,9% dan terendah di Kabupaten Tana Tidung 73.8 %. Pemberian Vitamin A Kabupaten Malinau dan Kabupaten Bulungan tertinggi sehingga masing – masing 98% dan 95,7%. Dapat disimpulkan dengan melihat grafik 7.3 bahwa terbaik pelayanan nifas dan pemberian vitamin A adalah Kabupaten Bulungan.

**TABEL 7.2 PERSENTASE NIFAS MENDAPAT VIT A DI KABUPATEN
KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

NO	KAB/KOTA	PERSENTASE NIFAS DAPAT VIT A		
		SASARAN	ABSOLUT	PERSENTASE
1	BULUNGAN	2,671	2,556	95.7
2	TANA TIDUNG	522	430	82.4
3	MALINAU	1,493	1,463	98.0
4	TARAKAN	5,215	4,702	90.2
5	NUNUKAN	4,849	3,983	82.1
PROV KALIMANTAN UTARA		14,750	13,134	89.0

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kab/kota tahun 2019

2. Pemberian Td pada Ibu Hamil dan Wanita Usia Subur (WUS)

Maternal and Neonatal Tetanus Elimination (MNTE) merupakan program eliminasi tetanus pada neonatal dan wanita usia subur termasuk ibu hamil. Menurut WHO, tetanus maternal dan neonatal dikatakan tereliminasi apabila hanya terdapat kurang dari satu kasus tetanus neonatal per 1.000 kelahiran hidup di setiap kabupaten. Strategi yang dilakukan untuk mengeliminasi tetanus neonatorum dan maternal adalah 1) pertolongan persalinan yang aman dan bersih; 2) cakupan imunisasi rutin Td yang tinggi dan merata; 3) penyelenggaraan surveilans Tetanus Neonatorum.

**TABEL 7.3 PEMBERIAN Td PADA BUMIL DI KAB/KOTA PROVINSI
KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

NO	KAB/KOTA	JML BUMIL	Td-1	Td-2	Td-3	Td-4	Td-5	Td2+
1	BULUNGAN	2,798	118	176	201	231	290	898
2	TANA TIDUNG	547	61	48	14	9	5	76
3	MALINAU	0	138	170	182	238	265	855
4	TARAKAN	5,465	62	150	176	201	263	790
5	NUNUKAN	5,080	679	886	1,075	946	1,451	4,358
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		13,890	1,058	1,430	1,648	1,625	2,274	6,977

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Melihat pemberian Td pada ibu hamil pada tabel di atas masi sangat rendah capaian namun ada 2 penyebab, sebagian masyarakat belum memahami pentingnya vaksin Td pada ibu hamil dan permasalahan lain bisa terjadi adalah jumlah ibu hamil yang tercatat tidak sesuai realitas sebab yang tercatat dilaporkan Dinas Kesehatan Kabupaten Kota hanyalah pemberian yang dilakukan di sarana kesehatan pemerintah sementara lebih banyak ibu hamil vaksinasi di bidan atau Dokter Spesialis Kandungan atau Klinik/RS swasta. Data dari Dinas kesehatan Kota tarakan tidak ada diberikan namun bukan berarti tidak ada pemberian Td di Puskesmas dan sarana lain namun tidak terekap oleh Dinas Kesehatan kota Tarakan.

Permasalahan mirip terjadi juga untuk Wanita Usia Subur dimana sebagian besar vaksinasi tidak tercatat sebab jarang dilaksanakan di sarana kesehatan tetapi lebih banyak langsung pada praktek swasta

TABEL 7.4 PEMBERIAN Td PADA WUS DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019

NO	KAB/KOTA	JUMLAH WUS	Td-1	Td-2	Td-3	Td-4	Td-5
1	BULUNGAN	23,129	205	243	661	670	2,780
2	TANA TIDUNG	5,347	23	5	15	0	0
3	MALINAU	15,600	1,396	1,761	1,448	2,040	5,110
4	TARAKAN	51,251	175	274	175	179	151
5	NUNUKAN	5,181	349	432	965	526	422
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		100,508	2,148	2,715	3,264	3,415	8,463

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kab/kota tahun 2019

Mengamati tabel di atas dapat disimpulkan bahwa sangat rendah capaian pemberian Td kepada wanita usia subur, hal ini mungkin disebabkan karena mereka menganggap pemberian tetanus toksoid tersebut hanyalah kegiatan yang kurang berfungsi dari Puskesmas sehingga mereka tidak memiliki kepedulian, bahkan ketika petugas kesehatan memberi advokasi untuk dilakukan penyuntikan maka sebagian besar dari wanita usia subur tersebut justru menolak dengan berbagai alasan misalkan, takut disuntik, sudah dilakukan di sarana kesehatan lain atau alasan lainnya yang intinya menolak secara halus.

3. Pemberian Tablet Fe

Program penanggulangan anemia yang dilakukan adalah memberikan tablet tambah darah yaitu preparat Fe yang bertujuan untuk menurunkan angka anemia pada balita, ibu hamil, ibu nifas, remaja putri, dan WUS (Wanita Usia Subur). Penanggulangan anemi pada ibu hamil dilaksanakan dengan memberikan 90 tablet Fe kepada ibu hamil selama periode kehamilannya.

Zat besi merupakan mikroelemen yang esensial bagi tubuh. Zat ini terutama diperlukan dalam hemopoiesis (pembentukan darah) yaitu sintesis hemoglobin (Hb).

Hemoglobin (Hb) yaitu suatu oksigen yang mengantarkan eritrosit berfungsi penting bagi tubuh. Hemoglobin terdiri dari Fe (zat besi), protoporfirin, dan globin(1/3 berat Hb terdiri dari Fe)

TABEL 7.5 PEMBERIAN TABLET FE DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019

NO	KAB/KOTA	JUMLAH IBU HAMIL	FE3 (90 TABLET)	
			JUMLAH	%
1	BULUNGAN	2,798	2,588	92.5
2	TANA TIDUNG	547	498	91.0
3	MALINAU	1,768	1,399	79.1
4	TARAKAN	5,466	5,118	93.6
5	NUNUKAN	5,080	4,401	86.6
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		15,659	14,004	89.4

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Pemberian tablet Fe pada ibu hamil di semua Kabupaten Kota Provinsi Kalimantan Utara sangat baik dimana capaian tertinggi Di Kota Tarakan untuk 93,6%, menyusul Kabupaten Bulungan untuk 92,5%. Sementara pemberian tablet Fe terendah berada di Kabupaten malinau tercatat sebanyak 79.1%.

4. Pelayanan KB

Keluarga Berencana yaitu suatu upaya yang berguna untuk perencanaan jumlah keluarga dengan pembatasan yang bisa dilakukan dengan penggunaan alat-alat kontrasepsi atau penanggulangan kelahiran seperti kondom, spiral, IUD, dan sebagainya. Peningkatan dan perluasan pelayanan keluarga berencana merupakan salah satu usaha untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu yang sedemikian tinggi akibat kehamilan yang dialami oleh wanita. Pentingnya KB demi menekan AKI terutama bagi ibu kondisi 4T yaitu terlalu muda melahirkan (di bawah usia 20 tahun), terlalu sering melahirkan, terlalu dekat jarak melahirkan, dan terlalu tua melahirkan (diatas usia 35 tahun)

**TABEL 7.6 KELUARGA BERENCANA DI KABUPATEN KOTA PROVINSI
KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

NO	KAB/ KOTA	KB`					
		JML BULIN	KB PASCA SALIN		WUS	KB Aktif	
			JML	%		JML	%
1	BULUNGAN	2,671	824	30.8	23,129	18,722	77.5
2	TANA TIDUNG	522	217	41.6	5,347	2,386	59.7
3	MALINAU	1,497	367	24.5	15,600	2,616	20.3
4	TARAKAN	4,709	1,804	38.3	51,251	34,274	79.7
5	NUNUKAN	37,786	3,633	9.6	5,181	22,571	59.7
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		47185	6845	14.5	100508	80569	80.2

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Persentase Peserta KB Pasca Salin tertinggi di Kabupaten Tana Tidung 41,7% dan capaian tertinggi KB Aktif di Kota Tarakan 79,7 % kemudian menyusul Kabupaten Bulungan 77,5%, dan terendah capaian KB aktif di Kabupaten Malinau.

Capaian pasangan usia subur menggunakan alat kontrasepsi keluarga berencana sebagaimana ditampilkan data di atas sesungguhnya realitas di masyarakat tidak demikian tetapi jauh lebih tinggi karena sebagian besar PUS tidak tercatat akibat KB mandiri (membeli sendiri pil KB di Apotik atau petugas kesehatan) atau ber KB di praktek swasta terutama pada bidan-bidan.

5. ASI Eksklusif

Cara pemberian makanan pada bayi yang baik dan benar adalah menyusui bayi secara eksklusif sejak lahir sampai dengan umur 6 bulan dan meneruskan menyusui anak sampai umur 24 bulan. Mulai umur 6 bulan, bayi mendapat makanan pendamping ASI yang bergizi sesuai dengan kebutuhan tumbuh kembangnya. ASI merupakan makanan terbaik untuk bayi yang mengandung sel darah putih, protein dan zat kekebalan yang cocok untuk bayi. ASI membantu pertumbuhan dan perkembangan anak secara optimal serta melindungi terhadap penyakit

**TABEL 7.7 ASI EKSKLUSIF PADA BAYI < 6 BLN KAB/KOTA PROVINSI
KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

NO	KAB/KOTA	JML BAYI 0-6 BLN	ASI EKSKLUSIF	
			JUMLAH	%
1	BULUNGAN	1,858	1,090	58.7
2	TANA TIDUNG	366	238	65.0
3	MALINAU	530	333	62.8
4	TARAKAN	3,014	1,849	61.3
5	NUNUKAN	4,161	1,619	38.9
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		9,929	5,129	51.7

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Capaian pemberian ASI Eksklusif tertinggi di Kabupaten Tana Tidung 65% dan terendah di Kabupaten Nunukan 38,09 %. Namun demikian Provinsi Kalimantan Utara masih melampaui banyak Provinsi lainnya di Indonesia bahkan jika membandingkan perolehan rata-rata di Indonesia.

Melihat capaian di atas maka masi perlu kerja keras untuk memberi pemahaman/advokasi dan promosi kepada masyarakat terutama pada ibu-bu untuk memahami betapa pentingnya ASI eksklusif tersebut. Upaya perlu dilakukan terutama menghilangkan adanya anggapan sekelompok masyarakat yang berfikir negative terhadap pemberian ASI eksklusif sedini mungkin.

B. PELAYANAN USILA

Fakta menunjukkan bahwa Umur Harapan Hidup di Indonesia semakin tinggi sehingga otomatis populasi lansia di Indonesia meningkat. Untuk itu diperlukan upaya agar proses menjadi tua pada lansia tetap berjalan namun menjadi tua yang tetap sehat, berguna, produktif, dan tidak menjadi beban di masyarakat. Pelayanan kesehatan usia lanjut merupakan salah satu upaya tersebut. Pelayanan kesehatan usia lanjut yaitu pelayanan penduduk usia 60 tahun ke atas yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan, baik di puskesmas maupun di posyandu/ kelompok usia lanjut.

**TABEL 7.8 PERSENTASE USILA TERLAYANI KAB/KOTA PROVINSI
KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

NO	KAB/KOTA	USILA (>60 THN)		
		JUMLAH	TERLAYANI	% TERLAYANI
1	BULUNGAN	11,301	2,187	19.4
2	TANA TIDUNG	1,951	1,893	97.0
3	MALINAU	4,596	4,678	101.8
4	TARAKAN	16,699	7,085	42.4
5	NUNUKAN	4,510	4,510	100.0
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		39,057	20,353	52.1

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

USILA yang mendapatkan pelayanan kesehatan terbaik di Kabupaten Malinau 101,8 % menyusul Kabupaten Nunukan 100 %, dan pelayanan terendah terjadi di Kabupaten Bulungan 19,4%. Dari data tabel diatas bisa menjadi acuan agar pelayanan lebih ditingkatkan lagi.

C. PELAYANAN GIGI DAN MULUT

Pelayanan penyakit gigi dan mulut di Puskesmas umumnya tidak maksimal sebab 2 faktor yang menyebabkan yakni keterbatasan tenaga (Dokter Gigi / Perawat Gigi Terlatih) dimana masi banyak Puskesmas belum memiliki Dokter Gigi dan tau Perawat Gigi Terlatih. Permasalahan kedua adalah keterbatasan peralatan dan yang ketiga keterbatasan bahan yang akan digunakan.

Tidak jarang terjadi ada Dokter Gigi dan alat tetapi bahan yang akan digunakan oleh Dokter Gigi tersebut yang habis akibat tidak terpantau dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kota atau tidak terencana dengan baik jumlah kebutuhan dalam 1 tahun.

**TABEL 7.9 PELAYANAN PASIEN GIGI KAB/KOTA PROVINSI
KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

NO	KAB/KOTA	TUMPATAN GIGI TETAP	PENCABUTAN GIGI
1	BULUNGAN	1,109	1,315
2	TANA TIDUNG	181	263
3	MALINAU	5,613	0
4	TARAKAN	0	0
5	NUNUKAN	707	837
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		7,610	2,415

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Dari tabel di atas terlihat tumpatan gigi terbanyak di Kabupaten Malinau sebanyak 5,613 dan untuk pencabutan gigi terbanyak di Kabupaten Bulungan 1,315. Kota Tarakan tidak ada laporan terkait tumpatan gigi dan pencabutan gigi.

D. KESEHATAN ANAK

Upaya pemeliharaan kesehatan anak ditujukan untuk mempersiapkan generasi akan datang yang sehat, cerdas, dan berkualitas serta untuk menurunkan angka kematian anak. Upaya pemeliharaan kesehatan anak dilakukan sejak janin masih dalam kandungan, dilahirkan, setelah dilahirkan, dan sampai berusia 18 tahun.

Dengan upaya kesehatan anak antara lain diharapkan mampu menurunkan angka kematian anak. Indikator angka kematian yang berhubungan dengan anak yakni Angka Kematian Neonatal (AKN), Angka Kematian Bayi (AKB), dan Angka Kematian Balita (AKABA). Perhatian terhadap upaya penurunan angka kematian neonatal (0-28 hari) menjadi penting karena kematian neonatal memberi kontribusi terhadap 59% kematian bayi.

Upaya pemeliharaan kesehatan anak ditujukan untuk mempersiapkan generasi akan datang yang sehat, cerdas, dan berkualitas serta untuk menurunkan angka kematian anak. Upaya pemeliharaan kesehatan anak dilakukan sejak janin masih dalam kandungan, dilahirkan, setelah dilahirkan, dan sampai berusia 18 tahun.

Dengan upaya kesehatan anak antara lain diharapkan mampu menurunkan angka kematian anak. Indikator angka kematian yang berhubungan dengan anak yakni Angka Kematian Neonatal (AKN), Angka Kematian Bayi (AKB), dan Angka Kematian Balita (AKABA). Perhatian terhadap upaya penurunan angka kematian neonatal (0-28 hari) menjadi penting karena kematian neonatal memberi kontribusi terhadap 59% kematian bayi. Berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, angka Kematian Neonatus (AKN) pada tahun 2012 sebesar 19 per 1.000 kelahiran hidup. Angka ini sama dengan AKN berdasarkan SDKI tahun 2007 dan hanya menurun 1 poin dibanding SDKI tahun 2002-2003 yaitu 20 per 1.000 kelahiran hidup.

Data dan informasi yang dibutuhkan untuk menerangkan berbagai indikator kesehatan anak yang meliputi : penanganan komplikasi neonatal, pelayanan kesehatan neonatal, imunisasi dasar, pelayanan kesehatan pada siswa SD/setingkat, dan pelayanan kesehatan peduli remaja. Namun demikian tidak semua pelayanan yang harus dilakukan tersebut dapat dilaksanakan secara seragam di semua pelayanan kesehatan di Puskesmas Induk terutama di puskesmas Pembantu karena sangat tergantung sumber daya manusia yang ada.

Neonatus adalah bayi baru lahir sampai dengan usia 28 hari. Pada masa tersebut terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim dan terjadi pematangan organ hampir pada semua sistem. Bayi hingga usia kurang satu bulan merupakan golongan umur yang memiliki risiko gangguan kesehatan paling tinggi dan berbagai masalah kesehatan bisa muncul. Sehingga tanpa penanganan yang tepat, bisa berakibat fatal. Beberapa upaya kesehatan dilakukan untuk mengendalikan risiko pada kelompok ini di antaranya dengan mengupayakan agar persalinan dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan serta menjamin tersedianya pelayanan kesehatan sesuai standar pada kunjungan bayi baru lahir.

**TABEL 7.10 KUNJUNGAN NEONATAL DI KAB/KOTA PROVINSI
KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

NO	KAB/KOTA	JML LAHIR HIDUP	KUNJUNGAN NEONATAL			
			KN1	%	KN LENGKAP	%
1	BULUNGAN	2,616	2,596	99.2	2,522	96.4
2	TANA TIDUNG	497	434	87.3	395	79.5
3	MALINAU	1,451	1,132	78.0	1,340	92.4
4	TARAKAN	4,700	4,703	100.1	4,531	96.4
5	NUNUKAN	3,997	3,833	95.9	3,471	86.8
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		13,261	12,698	12,259	92.4	13,261

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kab/Kota tahun 2019

Dari tabel diatas terlihat kunjungan neonatal pertama dan lengkap tertinggi di kota tarakan yakni masing-masing 100,1 % dan 96,4 % untuk kunjungan pertama tertinggi kedua Kabupaten Bulungan 99,2% dan 96,4%.

Cakupan Kunjungan Neonatal Pertama atau KN1 merupakan indikator yang menggambarkan upaya kesehatan yang dilakukan untuk mengurangi risiko kematian pada periode neonatal yaitu 6-48 jam setelah lahir yang meliputi antara lain kunjungan menggunakan pendekatan Manajemen Terpadu Balita Muda (MTBM) termasuk konseling perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, pemberian vitamin K1 injeksi dan Hepatitis B0 injeksi bila belum diberikan.

**TABEL 7.11 PERSENTASE BALITA DITIMBANG D/S DI KAB/KOTA
PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

NO	KAB/KOTA	BALITA GIZI BURUK	% BALITA DITIMBANG D/S	
			D	%(D/S)
1	BULUNGAN	14,009	6,531	46.6
2	TANA TIDUNG	3,315	1,879	56.7
3	MALINAU	9,805	5,623	57.3
4	TARAKAN	28,221	14,113	50.0
5	NUNUKAN	27,499	10,217	37.2
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		82,849	38,363	46.3

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kab/Kota tahun 2019

Anak bisa dikatakan sehat jika seiring bertambahnya umur maka akan bertambah pula berat badannya. Selain itu, persentase balita yang naik timbangannya dapat menggambarkan tingkat kesehatan balita di wilayah tersebut. Beberapa hal bisa berpengaruh, misalnya pengetahuan keluarga tentang kebutuhan gizi balita, penyuluhan gizi masyarakat dan ketersediaan pangan di tingkat keluarga

**TABEL 7.12 PERSENTASE BALITA 6-59 BLN DIBERI VIT A DI KAB/KOTA
PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

NO	KAB/KOTA	% BALITA 6-59 BLN DIBERI VIT A		
		SASARAN	ABSOLUT	PERSENTASE
1	BULUNGAN	12,907	11,466	88.8
2	TANA TIDUNG	3,419	2,552	74.6
3	MALINAU	9,414	7,627	81.0
4	TARAKAN	25,713	21,790	84.7
5	NUNUKAN	25,566	18,583	72.7
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		77,019	62,018	80.5

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kab/Kota tahun 2019

Pada tabel 7.11 di atas terlihat balita umur 6 – 59 Bulan yang diberi Vitamin A dimana jumlah dan persentase tertinggi di Kabupaten Bulungan 88% menyusul Kota Tarakan 84,7 % dan terkecil di Kabupaten Nunukan 72,7%.

BAB VIII

KESEHATAN LINGKUNGAN

Kebijakan dalam pembangunan kesehatan lingkungan telah mendapat perhatian khusus dan tertuang dalam dokumen resmi RPJMN tahun 2015-2019, dimana Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional harus berwawasan lingkungan, sesuai dengan tujuan pembangunan berkelanjutan dunia atau Sustainable Development Goals (SDGs). Beberapa target/tujuan SDGs yang terkait dengan lingkungan diantaranya tujuan 6 yaitu menjamin ketersediaan dan manajemen air dan sanitasi secara berkelanjutan dan tujuan 13 yaitu mengambil tindakan segera untuk memerangi perubahan iklim dan dampaknya.

Di dalam RPJMN ditekankan strategi peningkatan mutu kesehatan lingkungan dan strategi peningkatan kesehatan lingkungan serta akses terhadap air minum dan sanitasi yang layak dan perilaku hidup bersih dan sehat (higiene) untuk mewujudkan kebijakan meningkatkan pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan. Program Lingkungan Sehat bertujuan untuk mewujudkan mutu lingkungan hidup yang lebih sehat melalui pengembangan sistem kesehatan kewilayahan untuk menggerakkan pembangunan lintas sektor berwawasan kesehatan.

Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan menyatakan bahwa kesehatan lingkungan adalah upaya pencegahan penyakit dan/atau gangguan kesehatan dari faktor risiko lingkungan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat baik dari aspek fisik, kimia, biologi, maupun sosial.

Sedangkan menurut WHO, kesehatan lingkungan meliputi seluruh faktor fisik, kimia, dan biologi dari luar tubuh manusia dan segala faktor yang dapat mempengaruhi perilaku manusia. Kondisi dan kontrol dari kesehatan lingkungan berpotensi untuk mempengaruhi kesehatan.

Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menegaskan bahwa upaya kesehatan lingkungan ditujukan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat, baik fisik, kimia, biologi, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Lingkungan sehat mencakup lingkungan permukiman, tempat kerja, tempat rekreasi, serta tempat dan fasilitas umum, harus bebas dari unsur-unsur yang menimbulkan gangguan, di antaranya limbah (cair, padat, dan gas), sampah yang tidak diproses sesuai dengan persyaratan, vektor penyakit,

zat kimia berbahaya, kebisingan yang melebihi ambang batas, radiasi, air yang tercemar, udara yang tercemar, dan makanan yang terkontaminasi.

Lingkungan menjadi salah satu faktor yang berperan dalam menentukan derajat kesehatan masyarakat yang optimal di samping faktor kualitas pelayanan kesehatan, dan perilaku hidup bersih dan sehat masyarakat. Program Lingkungan Sehat bertujuan untuk mewujudkan mutu lingkungan hidup yang lebih sehat melalui pengembangan sistem kesehatan kewilayahan dalam menggerakkan pembangunan lintas sektor berwawasan kesehatan.

Standar Baku Mutu Kesehatan Lingkungan dan Persyaratan Kesehatan ditetapkan pada media lingkungan yang meliputi: air, udara, tanah, pangan, sarana dan bangunan, serta vektor dan binatang pembawa penyakit.

Pencapaian tujuan penyehatan lingkungan merupakan akumulasi berbagai pelaksanaan kegiatan dari berbagai lintas sektor, peran swasta dan masyarakat dimana pengelolaan kesehatan lingkungan merupakan penanganan yang paling kompleks, kegiatan tersebut sangat berkaitan antara satu dengan yang lainnya yaitu dari hulu berbagai lintas sektor ikut serta berperan (Perindustrian, Lingkungan Hidup, Pertanian, Pekerjaan Umum- Perumahan Rakyat, dll) baik kebijakan dan pembangunan fisik. Kementerian Kesehatan sendiri terfokus kepada hilirnya yaitu pengelolaan dampak kesehatan.

A. SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT (STBM)

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2014 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM), yang dimaksud dengan sanitasi total berbasis masyarakat adalah pendekatan untuk mengubah perilaku higienis dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat dengan cara pemecuan. Penyelenggaraan STBM bertujuan untuk mewujudkan perilaku yang higienis dan saniter secara mandiri dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Terdapat 3 (tiga) komponen yang saling mendukung satu dengan yang lain yang disebut dengan 3 Komponen Sanitasi Total yaitu :

1. Penciptaan lingkungan yang kondusif (enabling environment)
2. Peningkatan kebutuhan sanitasi (demand creation)
3. Peningkatan penyediaan akses sanitasi (supply improvement);

Upaya Kesehatan yang sedang dilakukan adalah perubahan arah kebijakan pendekatan sanitasi dari yang sebelumnya memberikan subsidi (project driven) menjadi

pemberdayaan masyarakat dengan fokus pada perubahan perilaku Stop Buang Air Besar Sembarangan menggunakan metode CLTS (Community Led Total Sanitation). Belajar dari pengalaman implementasi CLTS melalui berbagai program yang dilakukan oleh pemerintah bersama NGO (Non-Governmental Organization), maka pendekatan CLTS selanjutnya dikembangkan dengan menambahkan 4 (empat) pilar perubahan perilaku lainnya yang dinamakan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM).

Dalam pelaksanaan Sanitasi total berbasis masyarakat berpedoman pada lima pilar sebagai berikut:

1. Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBABS).
2. Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS).
3. Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga (PAMMRT).
4. Pengamanan Sampah Rumah Tangga (PSRT).
5. Pengamanan Limbah Cair Rumah Tangga (PLCRT).

Pelaku utama S Sanitasi total berbasis masyarakat adalah masyarakat yang didukung oleh pemerintah dan berbagai pihak seperti Lembaga Swadaya Masyarakat, swasta, perguruan tinggi, media dan organisasi sosial lainnya. Dukungan yang diberikan meliputi pengembangan kapasitas, pengembangan pilihan teknologi, memfasilitasi pengembangan mekanisme jejaring pemasaran, pengembangan media, fasilitasi pemukiman, dan pertemuan-pertemuan pembelajaran antar pihak. Berbagai dukungan tersebut telah terbukti mampu meningkatkan kemandirian masyarakat dalam membangun sarana sanitasi sesuai kemampuan. Sanitasi total berbasis masyarakat digunakan sebagai sarana pemerintah dalam pencapaian akses sanitasi menuju universal access pada akhir tahun 2019.

**TABEL 8.1 DESA STBM DAN STOP BABS KABUPATEN KOTA PROVINSI
KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

NO	KAB/KOTA	DESA MELAKSANAKAN STBM	DESA STOP BABS (SBS)	DESA STBM
1	BULUNGAN	74	36	0
2	TANA TIDUNG	17	0	0
3	MALINAU	102	26	104
4	TARAKAN	0	0	0
5	NUNUKAN	115	53	53
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		308	115	157

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Berdasarkan data dalam tabel 8.1 di atas, Kabupaten Nunukan memiliki desa terbanyak dengan Stop BABS selain itu Kabupaten Nunukan juga terbanyak desa melaksanakan STBM. Kabupaten yang dianggap sukses dalam program Stop BABS adalah Kabupaten Nunukan.

Indikator bahwa suatu desa/kelurahan dikatakan telah melaksanakan STBM adalah : (1) Minimal telah ada intervensi melalui Pemicuan di salah satu Dusun/RT dalam desa/kelurahan tersebut; (2) Ada masyarakat yang bertanggung jawab untuk melanjutkan aksi intervensi STBM seperti disebutkan pada poin pertama, baik individu (natural leader) ataupun bentuk kelompok masyarakat; (3) Sebagai respon dari aksi intervensi STBM, kelompok masyarakat menyusun suatu rencana aksi kegiatan dalam rangka mencapai komitmen perubahan perilaku pilar STBM, yang telah disepakati bersama

Masalah penyehatan lingkungan pemukiman khususnya pada pembuangan tinja merupakan salah satu dari berbagai masalah kesehatan yang perlu mendapatkan prioritas. Penyediaan sarana pembuangan tinja masyarakat terutama dalam pelaksanaannya tidaklah mudah, karena menyangkut peran serta masyarakat yang biasanya sangat erat kaitannya dengan perilaku, tingkat ekonomi, kebudayaan dan pendidikan.

Pembuangan tinja perlu mendapat perhatian khusus karena merupakan satu bahan buangan yang banyak mendatangkan masalah dalam bidang kesehatan dan

sebagai media bibit penyakit, seperti diare, typhus, muntaber, disentri, cacingan dan gatal-gatal. Selain itu dapat menimbulkan pencemaran lingkungan pada sumber air dan bau busuk serta mengganggu estetika.

Sanitasi sesuai nomenklatur MDGs adalah pembuangan tinja. Termasuk dalam pengertian ini meliputi jenis pemakaian atau penggunaan tempat buang air besar, jenis kloset yang digunakan dan jenis tempat pembuangan akhir tinja. Sedangkan kriteria akses terhadap sanitasi layak jika penggunaan fasilitas tempat BAB milik sendiri atau bersama, jenis kloset yang digunakan jenis 'latrine' dan tempat pembuangan akhir tinjanya menggunakan tangki septik atau sarana pembuangan air limbah (SPAL).

Jamban yang ada di masyarakat terdiri dari beberapa jenis dan yang selama ini ditemukan di wilayah Provinsi Kalimantan Utara berdasarkan data dari Kabupaten Kota sebagaimana dala tabel-tabel berikut.

**TABEL 8.2 PENDUDUK PENGGUNA KUMONAL KABUPATEN KOTA
PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

NO	KAB/KOTA	KOMUNAL			
		JUMLAH KK	MEMENUHI SYARAT		
			JUMLAH SARANA	JUMLAH KK PENGGUNA	PENDUDUK PENGGUNA %
1	BULUNGAN	142,121	0	0	0,0
2	TANA TIDUNG	6,636	601	0	0,0
3	MALINAU	82,566	297	1.113	1,3
4	TARAKAN	259,001	449	449	0,2
5	NUNUKAN	209,731	1.665	8.905	4,2
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		700,055	3,012	10,467	1,5

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Persentase penduduk yang menggunakan kumonal relatif sedikit namun pengguna terbanyak tedapat di Kabupaten Nunukan 4,2%. Kloset leher angsa umumnya diketahui semua pihak tetapi tidak semua dapat mengenal atau mengetahuinya. Kloset/jamban plengsengan adalah jamban/kakus yang di bawah dudukannya terdapat saluran rata yang dimiringkan ke pembuangan kotoran. Jika menelusuri pemukiman masyarakat di wilayah Provinsi Kalimantan Utara mulai dari daerah pantai, daerah perkotaan, daerah

pinggiran sungai sampai pedalaman dan daerah pegunungan/hutan maka kita akan menemukan berbagai macam jenis jamban yang digunakan oleh masyarakat. Tetapi pemerintah secara terus menerus melakukan perbaikan dengan memberi bantuan pembuatan jamban.

**TABEL 8.3 PENDUDUK PENGGUNA JAMBA SEHAT SEMI PERMANEN
(JSSP) KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA
TAHUN 2019**

NO	KAB/KOTA	JSSP			
		JUMLAH KK	MEMENUHI SYARAT		
			JUMLAH SARANA	JUMLAH KK PENGGUNA	PENDUDUK PENGGUNA %
1	BULUNGAN	142,121	1.377	5.861	4,1
2	TANA TIDUNG	6,636	617	0	0,0
3	MALINAU	82,566	9.994	35.025	42,4
4	TARAKAN	259,001	186	186	0,1
5	NUNUKAN	209,731	1.828	6.239	3,0
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		700,055	14002	47311	6,8

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Dari tabel di atas persentase penduduk yang menggunakan jamban sehat semi permanen tertinggi di Kabupaten Malinau dengan nilai 42,4%.

Akses pada sanitasi khususnya pada penggunaan jamban sehat, saat ini memang masih menjadi masalah serius di banyak negara berkembang, seperti Indonesia. Masih tingginya angka buang air besar pada sembarang tempat atau open defecation, menjadi salah satu indikator rendahnya akses ini. Terkadang masyarakat tidak menyadari sebagai akibat dari sanitasi yang buruk ini, akan menyebabkan angka kejadian diare meningkat dan akhirnya mengakibatkan kematian.

**TABEL 8.4 PENDUDUK PENGGUNA JAMBAN SEHAT PERMANEN (JSP)
KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

NO	KAB/KOTA	JSP			
		JUMLAH KK	MEMENUHI SYARAT		
			JUMLAH SARANA	JUMLAH KK PENGGUNA	PENDUDUK PENGGUNA %
1	BULUNGAN	142,121	29,523	116,806	82.2
2	TANA TIDUNG	6,636	4,349	0	0.0
3	MALINAU	82,566	7,129	24,782	30.0
4	TARAKAN	259,001	3,600	3,600	1.4
5	NUNUKAN	209,731	31,091	116,764	55.7
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		700.055	75.692	261.952	37.4

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Berdasarkan data diatas persentase penduduk yang menggunakan Jamban Sehat Permanen (JSP) tertinggi di wilayah Kabupaten Bulungan 82.2%, sedangkan Kota Tarakan dengan persentase 1,6% namun jumlah sarana yang ada sama dengan jumlah KK pengguna, adapun Kabupaten Tana Tidung Jumlah KK pengguna tidak diketahui sehingga tidak dapat diketahui nilai persentase penggunaanya..

**TABEL 8.5 PENDUDUK PENGGUNA AKSES JAMBAN SEHAT
KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

NO	KAB/KOTA	JUMLAH KK	PENDUDUK DENGAN AKSES TERHADAP FASILITAS SANITASI YANG LAYAK (JAMBAN SEHAT)	
			JML PENDUDUK	%
1	BULUNGAN	142.121	116.556	82,01
2	TANA TIDUNG	6.636	5.567	83,89
3	MALINAU	82.566	61.128	74,03
4	TARAKAN	259.001	4.235	1,63
5	NUNUKAN	209.731	127.011	60,55
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		700.055	314.497	44,92

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kab/Kota 2019

Data tabel 8.5 menunjukkan Kabupaten Tana Tidung sebagai wilayah dengan jumlah penduduk menggunakan akses jamban sehat tertinggi persentasenya yakni 83,9 % menyusul Kabupaten Bulungan 82 %. Sementara Kota Tarakan yang memiliki persentase terkecil hanya 1.6 %.

B. TATANAN KAWASAN SEHAT

Kawasan Sehat adalah suatu kondisi wilayah yang bersih, nyaman, aman dan sehat bagi pekerja dan masyarakat, melalui peningkatan suatu kawasan potensial dengan kegiatan yang terintegrasi dan disepakati masyarakat, kelompok usaha dan pemerintah daerah. Tatanan Kawasan Sehat (TKS) merupakan salah satu indikator pelaksanaan kegiatan penyehatan lingkungan dalam Renstra 2015-2019.

Dalam Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2005 dan Nomor 1138/Menkes/PB/VIII/2005 tentang Penyelenggaraan Kabupaten/Kota Sehat. Kabupaten/Kota Sehat (KKS) adalah suatu kondisi kabupaten/kota yang bersih, nyaman, aman dan sehat untuk dihuni penduduk, yang dicapai melalui terselenggaranya penerapan beberapa tatanan dengan kegiatan yang terintegrasi yang disepakati masyarakat dan pemerintah daerah.

Tatanan Kabupaten/kota sehat dikelompokkan berdasarkan kawasan dan permasalahan khusus, terdiri dari: 1. kawasan permukiman, sarana, dan prasarana umum, 2. kawasan sarana lalu lintas tertib dan pelayanan transportasi, 3. kawasan pertambangan sehat, 4. kawasan hutan sehat, 5. kawasan industri dan perkantoran sehat, 6. kawasan pariwisata sehat, 7. ketahanan pangan dan gizi, 8. kehidupan masyarakat yang mandiri, 9. kehidupan sosial yang sehat.

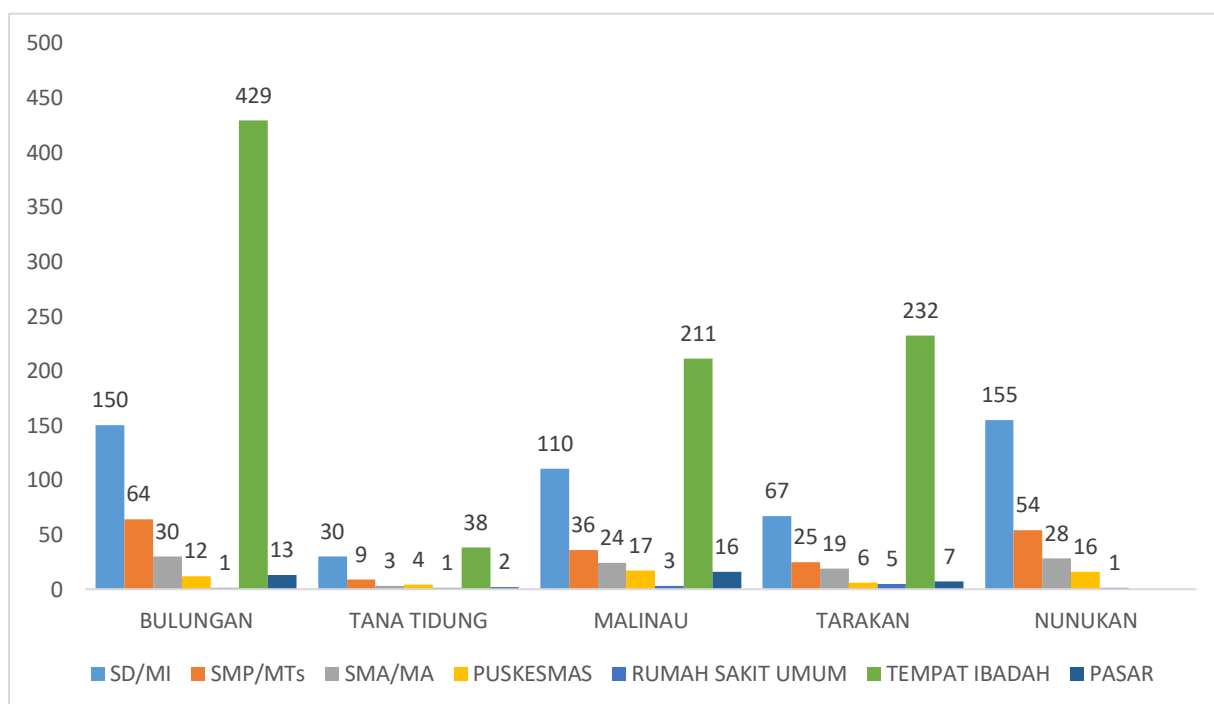
Penyelenggaraan Kabupaten/Kota Sehat adalah juga merupakan pelaksanaan berbagai kegiatan dalam mewujudkan kabupaten/kota sehat berbasis masyarakat yang berkesinambungan, melalui forum yang difasilitasi oleh pemerintah kabupaten/kota. Kabupaten/kota yang menyelenggarakan kawasan sehat adalah kabupaten/kota yang menyelenggarakan pendekatan Kabupaten/Kota Sehat dengan membentuk Tim Pembina dan Forum Kabupaten/Kota Sehat yang menerapkan minimal 2 Tatanan dari 9 Pengelompokan Tatanan Kawasan Sehat.

1. Tempat-Tempat Umum Yang Memenuhi Syarat

Menurut beberapa literatur yang disebut tempat umum adalah suatu tempat dimana orang banyak atau masyarakat umum berkumpul untuk melakukan kegiatan baik secara sementara (insidentil) maupun secara terus menerus (permanent), baik membayar maupun tidak membayar.

Tempat-tempat umum (TTU) : Tempat atau sarana yang diselenggarakan pemerintah/swasta atau perorangan yang digunakan untuk kegiatan bagi masyarakat yang meliputi: sarana kesehatan (rumah sakit, puskesmas), sarana sekolah (SD/MI, SMP/MTs, SMA/MA), tempat ibadah, dan pasar. TTU sehat : TTU yang memenuhi standar berdasarkan peraturan perundangan yang berlaku

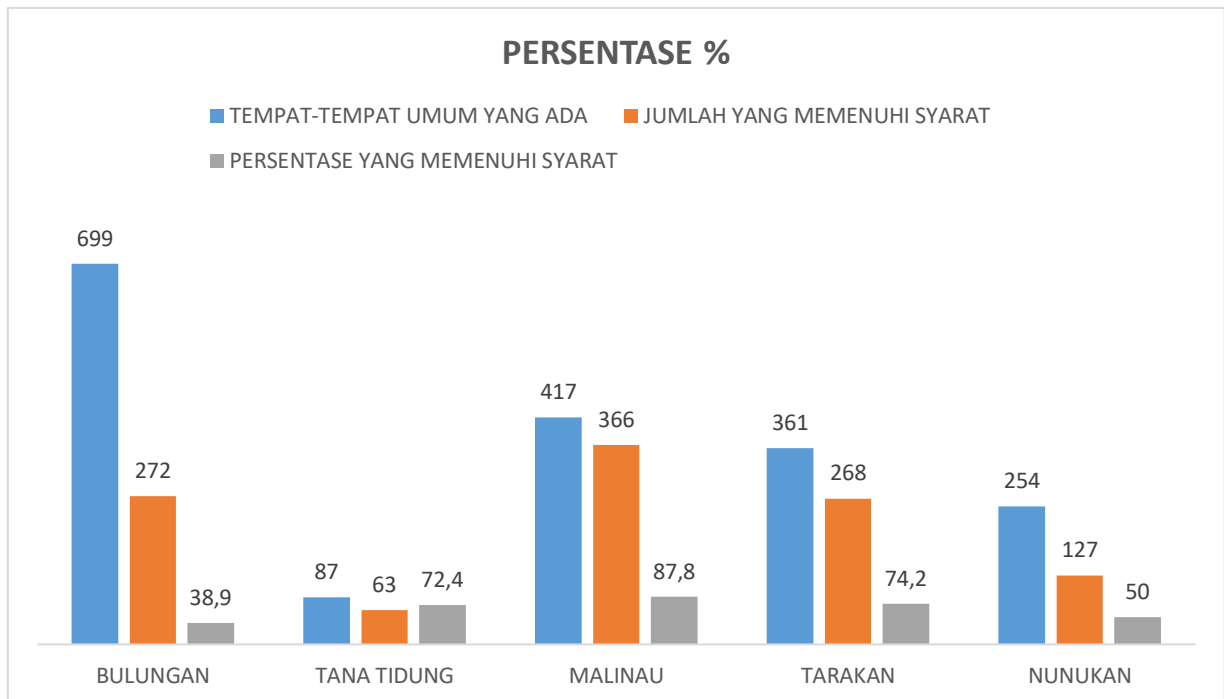
GRAFIK 8.1 TEMPAT-TEMPAT UMUM DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019



Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Berdasarkan data Grafik 8.1 di atas tempat umum didominasi oleh tempat ibadah dan terbanyak berada di Kabupaten Bulungan 429 tempat, adapun tempat umum tertinggi kedua didominasi oleh sarana pendidikan mulai dari SD , SMP dan SMA.

GRAFIK 8.2 PERSENTASE TEMPAT-TEMPAT UMUM YANG MEMENUHI SYARAT DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019



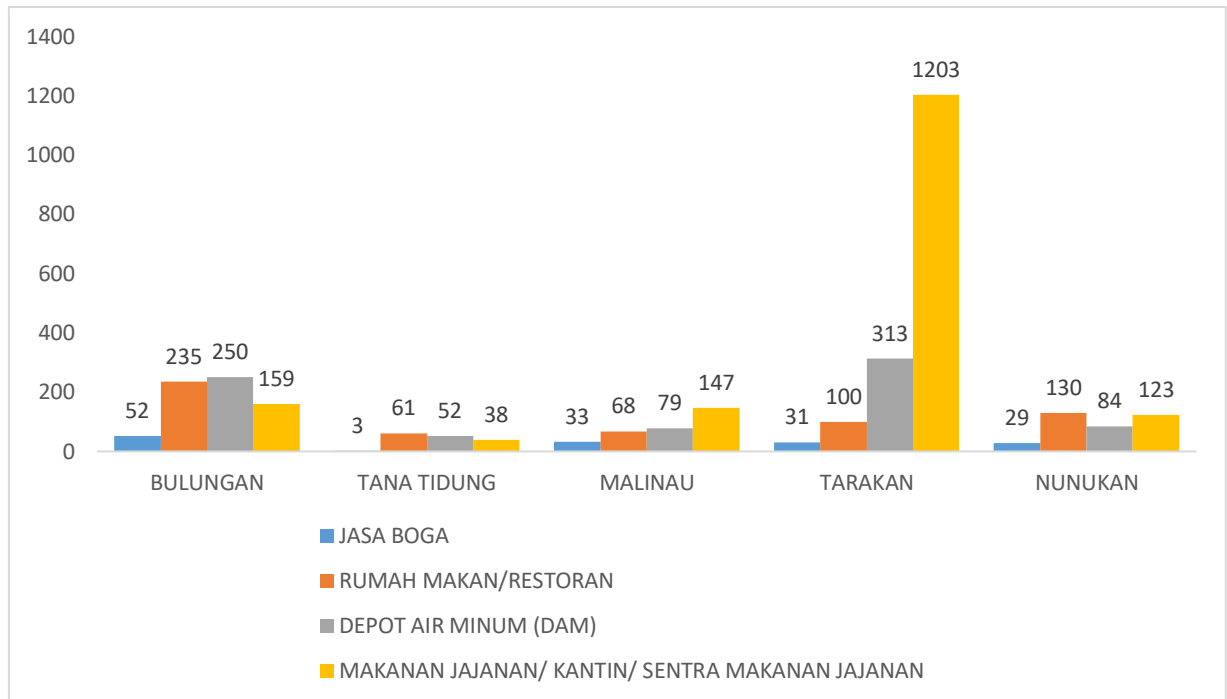
Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Dari grafik di atas dapat dilihat bahwa persentase tempat-tempat umum yang memenuhi syarat tertinggi terdapat di Kabupaten Malinau 87,8% dan tertinggi kedua di Kota Tarakan 74,2%.

2. Tempat Pengelolaan Makanan (TPM) Yang Memenuhi Syarat

Tempat Pengelolaan Makanan (TPM) terdiri dari rumah makan / restoran, jasa boga / catering, penjaja makanan, depot air minum dan kantin. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 1096/MENKES/PER/VI/2011 tentang Hygiene Sanitasi Jasa Boga, maka perlu dilakukan pembinaan dan pengawasan terhadap Tempat Pengelolaan Makanan tersebut. Permasalahan yang sering dihadapi oleh pengelola TPM antara lain : air yang tidak memenuhi syarat sewaktu pengambilan sampel, usap tangan koki masih ditemukan bakteri, makanan yang disajikan masih ditemukan bakteri, tempat sampah yang tidak tertutup serta masih menggunakan plastik hitam dalam membungkus makanan. Permasalahan tersebut dapat diatasi dengan penerapan hygiene sanitasi dalam pengelolaan makanan.

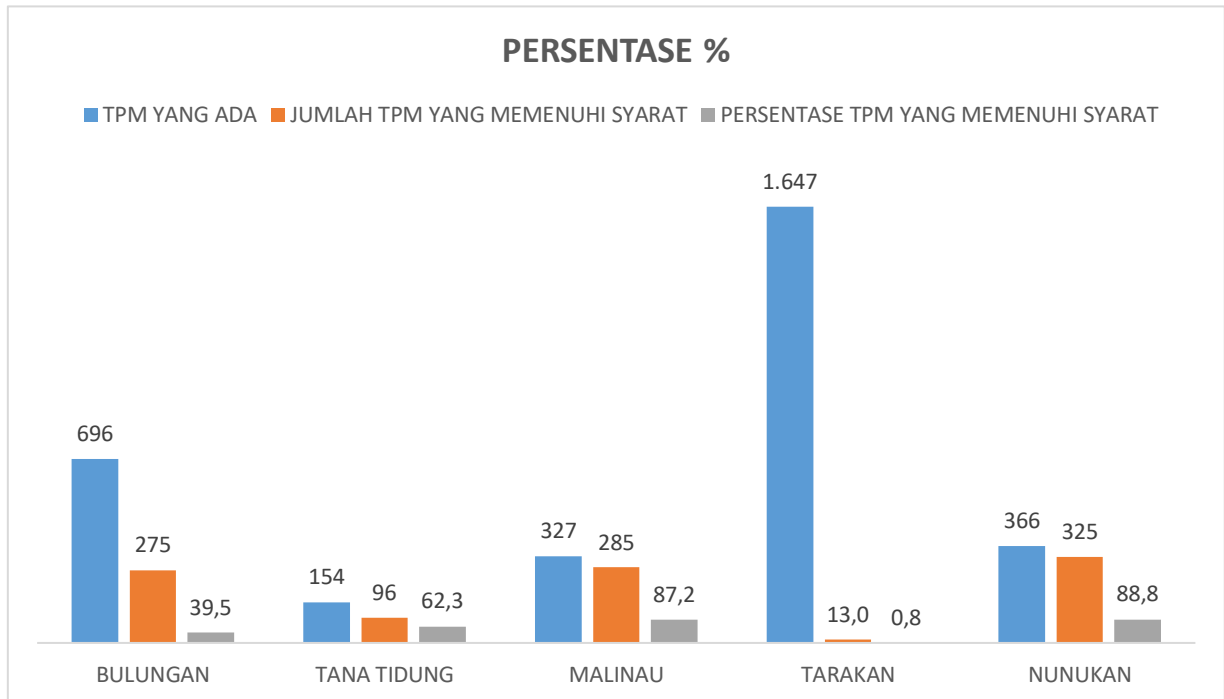
GRAFIK 8.3 TEMPAT PENGELOLAAN MAKANAN (TPM) YANG MEMENUHI SYARAT DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019



Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Dari grafik di atas dapat dilihat tempat pengelolaan makanan (TPM) tertinggi terdapat di Kota Tarakan sebanyak 1203 disektor Makanan Jajanan/Kantin/dan Sentra Makanan Jalanan. Sedangkan daerah lainnya hanya dibawah setengah dari total TPM yang ada di Tarakan. Hal ini dapat dijadikan referensi bahwa Kota Tarakan merupakan pusat kuliner terbaik di Kalimantan Utara.

GRAFIK 8.4 PERSENTASE TEMPAT PENGELOLAAN MAKANAN YANG MEMENUHI SYARAT DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019



Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Dari grafik di atas persentase tertinggi terdapat di Kabupaten Nunukan 88,8% sedangkan terkecil berada di Kota Tarakan 0,8%, hal ini dikarenakan kurangnya data TPM yang memenuhi syarat sehingga nilai persentase benbanding terbalik dari jumlah TPM yang ada.

3. Sarana Air Minum

Berdasarkan Permenkes Nomor 492/MENKES/PER/IV/2010 tentang persyaratan kualitas air minum, setiap penyelenggara air minum wajib menjamin air minum yang diproduksinya aman bagi kesehatan. Air minum aman bagi kesehatan apabila memenuhi persyaratan mikrobiologis, kimiawi, dan radioaktif.

Salah satu target dalam tujuan pembangunan berkelanjutan (Sustainable Development Goals/SDGs) pada sektor lingkungan hidup adalah memastikan masyarakat mencapai akses universal air bersih dan sanitasi yang layak. Universal akses dalam sektor air minum dan sanitasi diharapkan dapat tercapai pada tahun 2030. Air

bersih adalah salah satu jenis sumber daya berbasis air yang bermutu baik dan biasa dimanfaatkan oleh manusia untuk dikonsumsi atau dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

Air minum merupakan air yang dikonsumsi manusia dalam memenuhi kebutuhan cairan tubuh. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 492/MENKES/PER/IV/2010 tentang Persyaratan Kualitas Air Minum, air minum adalah air yang melalui proses pengolahan atau tanpa proses pengolahan yang memenuhi syarat kesehatan dan dapat langsung diminum. Pada Permenkes tersebut juga disebutkan bahwa penyelenggara air minum wajib menjamin air minum yang diproduksinya aman bagi kesehatan. Dalam hal ini penyelenggara air minum diantaranya adalah Badan Usaha Milik Negara (BUMN)/Badan Usaha Milik Daerah (BUMD), koperasi, badan usaha swasta, usaha perorangan, kelompok masyarakat, dan/atau individual yang menyelenggarakan penyediaan air minum.

Air minum yang aman (layak) bagi kesehatan adalah air minum yang memenuhi persyaratan secara fisik, mikrobiologis, kimia, dan radioaktif. Secara fisik, air minum yang sehat adalah tidak berbau, tidak berasa, tidak berwarna serta memiliki total zat padat terlarut, kekeruhan, dan suhu sesuai ambang batas yang ditetapkan. Secara mikrobiologis, air minum yang sehat harus bebas dari bakteri E.Coli dan total bakteri koliform. Secara kimiawi, zat kimia yang terkandung dalam air minum seperti besi, aluminium, klor, arsen, dan lainnya harus di bawah ambang batas yang ditentukan. Secara radioaktif, kadar gross alpha activity tidak boleh melebihi 0,1 becquerel per liter (Bq/l) dan kadar gross beta activity tidak boleh melebihi 1 Bq/l.

Untuk menjaga kualitas air minum yang dikonsumsi masyarakat dilakukan pengawasan kualitas air minum secara eksternal dan secara internal. Pengawasan kualitas air minum secara eksternal merupakan pengawasan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau oleh KKP khusus untuk wilayah kerja KKP. Pengawasan kualitas air minum secara internal merupakan pengawasan yang dilaksanakan oleh penyelenggara air minum untuk menjamin kualitas air minum yang diproduksi memenuhi syarat. Kegiatan pengawasan kualitas air minum meliputi inspeksi sanitasi, pengambilan sampel air, pengujian kualitas air, analisis hasil pemeriksaan laboratorium, rekomendasi dan tindak lanjut.

Sumber air minum di Kabupaten Kota Provinsi Kalimantan Utara tentu tidaklah sederhana daerah lain yang hampir semua masyarakat menggunakan air PDAM,

tetapi prinsipnya sumber air adalah problem no 2 sebab yang utama adalah memenuhi kualitas sesuai syarat kesehatan.

**TABEL 8.6 SARANA AIR MINUM YANG DILAKUKAN INSPEKSI
KESEHATAN LINGKUNGAN (IKL) KABUPATEN KOTA PROVINSI
KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

NO	KAB/KOTA	JUMLAH SARANA AIR MINUM	INSPEKSI KESEHATAN LINGKUNGAN (IKL)			
			JUMLAH SARANA AIR MINUM DI IKL	%	JUMLAH SARANA AIR MINUM DGN RESIKO RENDAH+ SEDANG	%
1	BULUNGAN	228	228	100	152	66,7
2	TANA TIDUNG	0	0	0	0	0
3	MALINAU	114	114	100	103	90,4
4	TARAKAN	320	250	3,5	247	98,8
5	NUNUKAN	167	0	0	0	0
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		829	592	71,4	502	84,8

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Dari tabel 8.6 persentase jumlah sarana air minum resiko rendah-sedang tertinggi terdapat di Kota Tarakan 84,8%, disamping itu terdapat 2 wilayah yg tidak memiliki data yaitu Kabupaten Tana Tidung dan Kabupaten Nunukan, sehingga tidak dapat dilihat nilai persentasenya.

**TABEL 8.7 SARANA AIR MINUM YANG DILAKUKAN PEMERIKSAAN
KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2019**

NO	KAB/KOTA	JUMLAH SARANA AIR MINUM	PEMERIKSAAN			
			JUMLAH SARANA AIR MINUM DIAMBIL SAMPEL	%	JUMLAH SARANA AIR MINUM MEMENUHI SYARAT	%
1	BULUNGAN	228	228	100	152	66,7
2	TANA TIDUNG	0	0	0	0	0
3	MALINAU	114	103	90,4	93	90,3
4	TARAKAN	320	250	78,1	250	100
5	NUNUKAN	167	132	79,0	110	83,3
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		713	86,0	605	84,9	713

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2019

Dari tabel 8.7 jumlah sarana air minum yang memenuhi syarat tertinggi di Kota Tarakan 100% diikuti Kabupaten Malinau 90,3%, Kabupaten Nunukan 83,3% dan Kabupaten Bulungan 66,7%. Adapun Kabupaten Malinau tidak memiliki data sama sekali.

BAB IX

KESIMPULAN

A. FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN

Provinsi Kalimantan Utara memiliki memiliki Puskesmas Pembantu disesuaikan dengan kondisi geografis sehingga walaupun sebagian besar Desa memiliki Puskesmas Pembantu tetapi ada kondisi khusus dimana ada beberapa Desa tetapi hanya satu Puskesmas Pembantu (Pustu) dan ada pula yang 1 Desa tetapi lebih dari 1 Pustu.

Demikian halnya dengan keberadaan Puskesmas Induk yang tentu disesuaikan dengan kondisi geografis dan keberadaan Masyarakat sebab dari 50 Kecamatan tetapi terdapat 57 puskesmas Induk dan dari 57 Puskesmas Induk tersebut terdapat 24 Puskesmas Induk yang melayani rawat inap sisanya non rawat inap 33 Puskesmas.

Provinsi Kalimantan Utara memiliki 4 Rumah Sakit Pratama di 2 Kabupaten yakni 3 di kabupaten Nunukan dan 1 di Kabupaten Malinau namun sampai akhir tahun 2019 RS Pratama di Kabupaten Nunukan belum beroperasi dengan alasan 2 RS Pratama belum memiliki Alat Kesehatan dan yang 1 permasalahan Listrik. Sementara di Kabupaten Malinau telah beroperasi bahkan satu prestasi lagi di Kabupaten malinau yakni memiliki Rumah Sakit Bergerak.

Rumah Sakit Umum milik Kabupaten Kota di masing-masing wilayah telah ada masing-masing 1 Rumah Sakit Umum Daerah dan khusus di kota Tarakan selain terdapat Rumah Sakit Type B milik Pemerintah Provinsi juga memiliki 1 Rumah Sakit Angkatan Laut dan 1 Rumah Sakit Pertamedika.

Sarana lain seperti terdapat Speed Ambulance dan memiliki fungsi melaksanakan rujukan pasien yang urgent dan digratiskan bagi yang tidak mampu kemudian speed ambulance tersebut sering juga digunakan untuk melaksanakan pengobatan massal ke Desa-Desa di pinggir sungai dan pinggir laut.

Posyandu di Kalimantan Utara sejumlah 744 yang terdiri dari 4 strata yaitu Pratama, Madya, Purnama dan Mandiri.

B. SITUASI DERAJAT KESEHATAN

Indeks Pembangunan Manusia di Provinsi Kalimantan Utara setiap tahunnya meningkat terus dan di tahun 2019 sebesar 70,28, demikian juga Umur Harapan Hidup setiap tahun meningkat dan tahun 2019 sampai 72,50 tahun, Angka Kematian Ibu sebanyak 10 kejadian dari 21.546 jumlah kelahiran hidup di Provinsi Kalimantan Utara, Angka Kematian Neonatal (0 – 28 Hari) Provinsi Kalimantan Utara 95 kejadian, Angka Kematian Bayi (29 Hari – 11 Bulan) 60 kejadian dan Angka Kematian Balita 74 kejadian kelahiran hidup dari total 13.261 jumlah lahir hidup.

Kondisi status gizi di Provinsi Kalimantan utara tetap selalu diupayakan untuk ditangani walaupun masih lebih rendah dari rata-rata Nasional, jumlah bayi berat badan lahir kurang sebanyak 828 dari 12.217 berat bayi lahir yang ditimbang di Provinsi Kalimantan Utara.

C. SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN DAN PEMBIAYAAN

Kuantitas sumber daya manusia terutama Medis dan Paramedis di Provinsi Kalimantan Utara tentu tidak dapat mengikuti ketentuan nasional sebab faktor geografis. Adapun tenaga Bidan yang tersebar di Provinsi Kalimantan Utara sebanyak 816 dan tenaga Perawat sebanyak 1.228. untuk Dokter Spesialis sebanyak 62, Dokter Umum 173 dan Dokter Gigi sebanyak 95. Sedangkan tenaga teknis mengalami peningkatan dari tahun sebelumnya menyesuaikan kebutuhan tiap-tiap daerah.

Pembiayaan di Kabupaten Kota sangat sesuai dengan kondisi keuangan Pemerintah Daerah dan sehingga ada wilayah yang lebih dari 10 % dari total APBD dan ada juga yang kurang.

D. PENGENDALIAN PENYAKIT

1. Tuberkulosis di Provinsi Kalimantan Utara tahun 2019 terbanyak pada Laki-laki dan Umur produktif, Jumlah TB BTA+ yang tercatat 1.408 kasus dengan keberhasilan pengobatan 1.288 dan (Success Rate) sebesar 91,5%.
2. Kasus DBD di Provinsi Kalimantan Utara tahun 2019 sebesar 456 dan jumlah mati 23 jiwa adapun CFR 1,3 %.

3. Jumlah kasus Diare yang ditangani di Provinsi Kalimantan Utara Tahun 2019 sebesar 74% dari semua kasus dan kejadian Diare masi tinggi yakni 4,48 % dari Jumlah Penduduk Provinsi kalimantan Utara Tahun 2019.
4. Kasus Kusta di Provinsi Kalimantan Utara tahun 2019 sebanyak 39 kasus dan 2 kasus pada anak 0-14 tahun.
5. PD3I yang menonjol di Provinsi Kalimantan Utara tahun 2019 adalah Hepatitis B tercatat sebesar 89 penderita dan Campak tercatat 85 kasus.
6. Kasus Malaria di Provinsi Kalimantan Utara tahun 2019 sebanyak 2.397 dan positif Malaria 63 kasus.
7. Kasus Filariasis di Provinsi Kalimantan Utara tahun 2019 terdapat 15 penderita dan sekarang dalam proses pemberian obat Filariasis secara keseluruhan di Provinsi Kalimantan Utara
8. Di Provinsi Kalimantan Utara tahun 2019 terdapat 71 kasus Penderita HIV, AIDS 203 penderita dan yang meninggal 26 orang.
9. Penderita Pneumonia di Kalimantan Utara tahun 2019 sebesar 1.377 pasien
10. Kejadian Luar Biasa yang terjadi di Kalimantan Utara tahun 2019 100 % ditangani kurang dari 24 Jam dari 116 kasus.
11. Capaian Imunisasi di Kalimantan Utara tahun 2019 perlu ditingkatkan secara keseluruhan dan Capaian Imunisasi lengkap hanya 80,2 % sedang target Nasional 92.04 %. Hal ini juga tergambar dari UCI Desa/Kelurahan hanya 62,8 %.
12. Penanganan penyakit tidak menular masih perlu digalakkan dan dilakukan pencatatan pelaporan yang baik agar dapat dilakukan intervensi yang tepat.

E. KESEHATAN KELUARGA

1. Pelayanan Ibu Hamil di Provinsi Kalimantan Utara tahun 2019 K1 pada Bumil 15,278 dan K4 sebanyak 13,516 pemberian Vitamin A sebanyak 13,134 %.
2. Pemberian vaksin Td pada ibu hamil dan wanita usia subur di Provinsi Kalimantan Utara perlu ditingkatkan.
3. Pemberian Fe di Provinsi Kalimantan Utara tahun 2019 dirasa sudah cukup baik namun perlu ditingkatkan sementara Fe 3 hanya 89,4 %.
4. Pelayanan KB di Provinsi Kalimantan Utara tahun 2019 KB aktif 80,2 % dan yang KB baru hanya 14,5 %

5. Pemberian ASI Eksklusif perlu ditingkatkan di Provinsi Kalimantan Utara tahun 2019 karena tahun 2019 hanya 51,7 %
6. Pelayanan USILA di semua sarana di Provinsi Kalimantan Utara tahun 2019 tercatat 72,1 % sehingga perlu ditingkatkan lagi.
7. Peran sarana kesehatan melalui kader seperti kader posyandu perlu ditingkatkan sebab capaian balita yang ditimbang sangat rendah termasuk pemberian vitamin A pada Balita 6 – 59 bulan 80,5 %

F. KESEHATAN LINGKUNGAN

Sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) bertujuan mewujudkan perilaku higienis dan saniter secara mandiri. Data terbaru desa yang melaksanakan STBM sebanyak 308 dan STOP BABS sebanyak 115. Adapun penduduk dengan akses terhadap fasilitas sanitasi yang layak (Jamban Sehat) 44,92%.

Tempat umum juga merupakan salah satu fokus peningkatan mutu kesehatan dimana banyak terdapat penduduk atau warga beraktifitas dan perlu dilakukan pengawasan yang ketat.

Sarana air merupakan sarana vital karena berhubungan langsung dengan kesehatan tubuh manusia, sehingga wajib dilakukan pendataan dan pemeriksaan sampel air agar memenuhi standar air minum yang layak.

DAFTAR PUSTAKA

- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, Jakarta, Biro Hukum dan Organisasi Setjen Depkes RI, 2008
- Petunjuk Teknis Penyusunan Profil Kesehatan Di Kabupaten/kotamadya, Jakarta, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019
- Republik Indonesia. 2012. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012, Nomor 193. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Republik Indonesia. 2014. Undang Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014, Nomor 298. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Republik Indonesia. 2014. Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014, Nomor 184. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Republik Indonesia. 2015. Peraturan Presiden Nomor 131 Tahun 2015 tentang Penetapan Daerah Tertinggal Tahun 2015 – 2019. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015, Nomor 259. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Republik Indonesia. 2015. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2015 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2015-2019. Jakarta: Sekretariat Negara.
- World Health Organization. 2016. Global Tuberculosis Report 2016. Jenewa: WHO.
- Profil Kesehatan Kabupaten Nunukan Tahun 2019, Nunukan, Dinas Kesehatan Kabupaten Nunukan, 2019
- Profil Kesehatan Kabupaten Bulungan Tahun 2019, Bulungan, Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan, 2019
- Profil Kesehatan Kabupaten Malinau Tahun 2019, Malinau, Dinas Kesehatan Kabupaten Malinau, 2019
- Profil Kesehatan Kabupaten Tana Tidung Tahun 2019, Tana Tidung, Dinas Kesehatan Kabupaten Tana Tidung, 2019
- Profil Kesehatan Kota Tarakan Tahun 2019, Tarakan, Dinas Kesehatan Kota Tarakan, 2019
- Berita Resmi Statistik, Badan Pusat Statistik Provinsi Kalimantan Utara, April 2019

Laporan Bidang, Bidang Penanggulangan Penyakit Menular Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Utara, Tahun 2019

Laporan Bidang, Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Utara, Tahun 2019

Laporan Bidang, Bidang Pelayanan dan Sumber Daya Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Utara, Tahun 2019

Laporan Subag, Bagian Umum dan Kepegawaian Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Utara, Tahun 2019

Laporan Subag, Bagian Perencanaan dan Keuangan Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Utara, Tahun 2019