PROFIL KESEHATAN

DINAS KESEHATAN KALIMANTAN UTARA

TAHUN 2018

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

DINAS KESEHATAN

PROVINSI KALIMANTAN UTARA

TIM PENYUSUN

Penanggung jawab

Usman, SKM, M.Kes

(Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Utara)

Pengarah

Dr. Andarias Baso, M.Kes

(Sekretaris Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Utara)

Konstributor Internal

Lukas Sarapang, S.Si, Apt; Arief Rachman, SKM. MPH;

Agus Suwandy, SKM, MPH

Anggota

Yuan Erenst Sukawatie, SKM, M.Si; Heryana, SKM, M.Kes; Wiwin Historina, SE; Judianto Limbong, S.Kep, M.Kes; Dadang,S.Kep, M.kes; Adelaide N Sitanggang, S.Kep, M.Kes; Francky F.J Paat; Zakiyah M, SKM,Renchi Ma'tan, SKM

Kontributor Eksternal

Dinas Kesehatan Kabupaten Kota Provinsi Kalimantan Utara; RSUD Kabupaten Kota Provinsi Kalimantan Utara; RSUD Provinsi Kalimantan Utara; Dinas Catatan Sipil Provinsi Kalimantan Utara; Dinas Pendidikan Provinsi Kalimantan Utara; Instansi di Kabupaten Kota se Provinsi Kalimantan Utara (Dinas Pendidikan, Dinas Tenaga Kerja & Transmigrasi, Dinas Catatan Sipil, BPS).

Sinkronisator Internal

Afandy Ari Setyasi, S.Kom; Kornelius Gun; M. Fazriansyah, SE; Marina Elsari, SE; Famos Noverley M, SKM

Pengumpul Data, Design, Penyusun, Analisis, Sinkronisator External, Penggandaan/Cetak, Penjilidan

CV. PANDJI ENGINEERING KONTRAKTOR

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 2018.

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 2019

KEPALA DINAS KESEHATAN

PROVINSI KALIMANTAN UTARA

USMAN, SKM, ,M.Kes

NIP. 196808171993121004

DAFTAR ISI

TIM PENYUSUN ii
KATA PENGANTAR iii
DAFTAR ISI iv
DAFTAR TABEL viii
DAFTAR GRAFIK xv
BAB I 2
A. LATAR BELAKANG 2
B. TUJUAN UMUM 2
C. SISTEMATIKA PENULISAN 3
BAB II 6
A. GAMBARAN UMUM 6
1. Geografi 6
2. Kependudukan 7
3. Demografi 13
4. Sosial Ekonomi 14
5. Kondisi Pendidikan 19
B. PERILAKU PENDUDUK PROVINSI KALTARA 25
BAB III 28
A. FASILITAS KESEHATAN 28
1. Puskesmas Pembantu (Pustu) 29
2. Puskesmas Induk 31
3. Rumah Sakit Pratama 38
4. Rumah Sakit Umum 39
a. Kunjungan Pasien Rawat Jalan 40

b. Kunjungan Pasien Rawat Inap 45
5. Sarana Kefarmasian 53
6. Sarana Penunjang Lainnya 55
a. Sarana Pelayanan Masyarakat 56
b. Sarana Peningkatan SDM 56
B. UPAYA KESEHATAN BERSUMBER MASYARAKAT (UKBM) 56
1. Posyandu 57
2. Unit Transfusi darah 60
BAB IV 64
A. INDEKS PEMBANGUNAN MANUSIA (IPM) 64
B. UMUR HARAPAN HIDUP (UHH) 67
C. ANGKA KEMATIAN IBU (AKI) 69
D. ANGKA KEMATIAN BAYI & BALITA 76
E. STATUS GIZI 81
1. Gizi Bayi Balita 81
2. Berat Badan Lahir Rendah 85
BAB V 92
A. TENAGA BIDAN DAN PERAWAT 92
B. TENAGA DOKTER 97
C. TENAGA TEKNIS LAINNYA 100
D. PEMBIAYAAN 102
BAB VI 112
A. PENYAKIT MENULAR 112
1. Tuberkulosis 112
2. Demam Berdarah Dengue 118
3. Dare 121

4. Kusta 122
5. Penyakit Yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) 126
6. Malaria 129
7. Filariasis 131
8. HIV, AIDS dan Syphilis 132
9. Pneumonia 136
10. Hepatitis 138
11. Kejadian Luar Biasa (KLB) 139
12. Imunisasi 141
13. Universal Child Immunization (UCI) Desa 143
B. PENYAKIT TIDAK MENULAR 144
BAB VII 148
A. KESEHATAN IBU DAN WUS 149
1. Pemeriksaan Bumil, Bulin, WUS 149
2. Tetanus Toksoid 155
3. Pemberian Tablet Fe 157
4. Pemberian PMT BUMIL KEK 159
5. Pelayanan KB 160
6. ASI Eksklusif 161
B. PELAYANAN USILA 163
C. PELAYANAN GIGI DAN MULUT 164
D. KESEHATAN ANAK 164
BAB VIII 172
A. SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT (STBM) 173
B. TATANAN KAWASAN SEHAT 180
1. Rumah Tangga Ber-PHBS 181
2. Rumah Sehat 183

3. Air Minum Sehat 185

BAB IX 196

A. FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN..... 196

B. SITUASI DERAJAT KESEHATAN 197

C. SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN DAN PEMBIAYAAN 197

D. PENGENDALIAN PENYAKIT 197

E. KESEHATAN KELUARGA 198

F. KESEHATAN LINGKUNGAN 199

DAFTAR PUSTAKA 200

DAFTAR TABEL

TABEL 2.2 JUMLAH PENDUDUK DAN RASIO JENIS KELAMIN KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 8

TABEL 2.3 JUMLAH PENDUDUK DAN RASIO JENIS KELAMIN MENURUT UMUR PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 12

TABEL 2.4 PERSENTASE RATA-RATA PENGELUARAN BUKAN MAKANAN PER KAPITA PER BULAN PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 16

TABEL 2.5 JUMLAH SARANA PENDIDIKAN DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 20

TABEL 2.6 JUMLAH MURID SESUAI LEVEL PENDIDIKAN KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 21

TABEL 3.1 JUMLAH PUSKESMAS RAWAT INAP & NON RAWAT INAP KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 32

TABEL 3.3 KUNJUNGAN PASIEN RAWAT JALAN DI PUSKESMAS KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 36

TABEL 3.4 KUNJUNGAN PASIEN RAWAT INAP DI PUSKESMAS KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 36

TABEL 3.5 KUNJUNGAN PASIEN GANGGUAN JIWA DI PUSKESMAS KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 37

TABEL 3.6 KONDISI RUMAH SAKIT PRATAMA DAN SETINGKATNYA KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 38

TABEL 3.7 SEBARAN RUMAH SAKIT UMUM DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 40

TABEL 3.8 KUNJUNGAN PASIEN RAWAT JALAN DI RSUD TYPE B PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 43

TABEL 3.9 10 BESAR DIAGNOSE PASIEN RAWAT JALAN RSU TYPE B PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 44

TABEL 3.10 KUNJUNGAN PASIEN RAWAT INAP RSU TYPE B PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 47

TABEL 3.11 RASIO TEMPAT TIDUR RUMAH SAKIT TERHADAP PENDUDUK KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 48

TABEL 3.12 10 BESAR DIAGNOSE PASIEN RAWAT INAP RSU TYPE B PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 49

TABEL 3.13 10 BESAR DIAGNOSE PENYEBAB KEMATIAN RAWAT INAP RSU TYPE B PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 50

TABEL 3.14 INDIKATOR KINERJA RSU TYPE B PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 52

TABEL 3.15 SEBARAN SARANA KEFARMASIAN DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018..... 54

TABEL 3.17 POSYANDU AKTIF MENURUT STRATA DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018..... 60

TABEL 4.1 INDEKS PEMBANGUNAN MANUSIA KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA 4 TAHUN TERAKHIR..... 65

TABEL 4.2 ANGKA HARAPAN HIDUP KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA 4 TAHUN TERAKHIR 67

TABEL 4.3 ANGKA KEMATIAN IBU KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA 2018 72

TABEL 4.4 JUMLAH KEMATIAN NEONATAL, BAYI DAN BALITA KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 78

TABEL 4.5 ANGKA KEMATIAN NEONATAL, BAYI DAN BALITA KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 79

TABEL 4.6 JUMLAH BAYI BERAT BADAN LAHIR RENDAH TIAP KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 86

TABEL 5.1 JUMLAH BIDAN DAN PERAWAT DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 93

TABEL 5.2 DISTRIBUSI DOKTER DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 98

TABEL 5.3 PEMBIAYAAN URUSAN KESEHATAN KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 104

TABEL 5.4 PEMBIAYAAN URUSAN KESEHATAN KOTA TARAKAN PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 105

TABEL 5.5 PEMBIAYAAN URUSAN KESEHATAN KABUPATEN NUNUKAN PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018.. 106

TABEL 5.6 PEMBIAYAAN URUSAN KESEHATAN KABUPATEN BULUNGAN PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018..... 107

TABEL 5.7 PEMBIAYAAN URUSAN KESEHATAN KABUPATEN MALINAU PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 ... 108

TABEL 5.8 PEMBIAYAAN URUSAN KESEHATAN KABUPATEN TANA TIDUNG PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018..... 109

TABEL 6.1 CAKUPAN PENEMUAN KASUS PENYAKIT TUBERKULOSIS PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018..... 115

TABEL 6.2 SUCCESS RATE TUBERKULOSIS KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 116

TABEL 6.3 KONDISI KASUS DBD DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 119

TABEL 6.4 KONDISI KASUS DIARE DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 121

TABEL 6.5 KONDISI KASUS KUSTA DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 123

TABEL 6.6 PENYAKIT YANG DAPAT DICEGAH DENGAN IMUNISASI (PD3I) KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 127

TABEL 6.7 PD3I NON POLIO DAN AFP NON POLIO KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 128

TABEL 6.8 KONDISI KASUS MALARIA KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 130

TABEL 6.9 KEJADIAN FILARIASIS DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 132

TABEL 6.10 KASUS HIV/AIDS DAN SYPILIS BERDASARKAN UMUR DI SEMUA SARKES KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 134

TABEL 6.11 JUMLAH LAYANAN DAN KUNJUNGAN KONSELING DAN TES HIV PROVINSI KALIMANTAN UTARA 135

TABEL 6.12 JUMLAH PENDERITA PENUMONI DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 137

TABEL 6.13 KASUS HEPATITIS YANG TERDETEKSI DI PUSKESMAS KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 138

TABEL 6.14 JUMLAH KASUS KLB DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 140

TABEL 6.15 JENIS KEJADIAN KLB, ATTACK RATE & CFR DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 141

TABEL 6.16 IMUNISASI DASAR PADA BAYI DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 142

TABEL 6.17 CAPAIAN UCI DESA/KELURAHAN KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 144

TABEL 7.1 PELAYANAN BUMIL DAN BULIN DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 151

TABEL 7.2 PERSENTASE BUMIL ANEMIA DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 154

TABEL 7.3 PERSENTASE NIFAS MENDAPAT VIT A DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018..... 155

TABEL 7.4 PEMBERIAN TETANUS TOKSOID PADA BUMIL DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 156

TABEL 7.5 PEMBERIAN TETANUS TOKSOID PADA WUS DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 157

TABEL 7.6 PEMBERIAN TABLET FE DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 158

TABEL 7.7 PERSENTASE REMAJA PUTRI DIBERI TTD KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018..... 159

TABEL 7.8 PERSENTASE BUMIL KEK DIBERI PMT KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018..... 160

TABEL 7.9 KELUARGA BERENCANA DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 161

TABEL 7.10 ASI EKSKLUSIF PADA BAYI < 6 BLN KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 162

TABEL 7.11 PERSENTASE USILA TERLAYANI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 163

TABEL 7.12 PELAYANAN PASIEN GIGI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 164

TABEL 7.13 KUNJUNGAN NEONATAL DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 166

TABEL 7.14 PERSENTASE BALITA KURUS MENDAPAT PMT DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 167

TABEL 7.15 PERSENTASE BALITA DITIMBANG D/S DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 168

TABEL 7.16 PERSENTASE BALITA NAIK BB DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 168

TABEL 7.17 % BALITA 6-59 BLN DIBERI VIT A DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 169

TABEL 8.1 DESA STBM DAN STOP BABS KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 175

TABEL 8.2 PENDUDUK PENGGUNA KUMONAL KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 176

TABEL 8.3 PENDUDUK PENGGUNA JLA KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 177

TABEL 8.4 PENDUDUK PENGGUNA JP KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 178

TABEL 8.5 PENDUDUK PENGGUNA JC KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 179

TABEL 8.6 PENDUDUK PENGGUNA AKSES JAMBAN SEHAT KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 180

TABEL 8.6 RUMAH TANGGA BER-PHBS DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 182

TABEL 8.7 RUMAH SESUAI SYARAT DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 185

TABEL 8.8 SUMBER AIR SG SESUAI SYARAT DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 187

TABEL 8.9 SUMBER AIR SGP SESUAI SYARAT DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 188

TABEL 8.10 SUMBER AIR SBP SESUAI SYARAT DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 189

TABEL 8.11 SUMBER TERMINAL AIR SYARAT DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 190

TABEL 8.12 SUMBER MATA AIR TERLINDUNGI SESUAI SYARAT DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 191

TABEL 8.13 SUMBER PENAMPUNGAN AIR HUJAN SESUAI SYARAT DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 192

TABEL 8.14 SUMBER AIR PDAM SESUAI SYARAT DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 193

TABEL 8.15 PERSENTASE PENDUDUK MENGGUNAKAN AIR SESUAI SYARAT DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 194

DAFTAR GRAFIK

GRAFIK 2.1 PERTAMBAHAN PENDUDUK PROVENSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2017 – 2018 9

GRAFIK 2.2 PERBANDINGAN PENDUDUK LAKI-LAKI & PEREMPUAN KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 10

GRAFIK 2.3 PERBANDINGAN PENDUDUK LAKI-LAKI DAN PEREMPUAN PROVINSI KALIMANTAN UTARA 2018 11

GRAFIK 2.4 ESTIMASI KEPADATAN PENDUDUK KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 14

GRAFIK 2.5 PERSENTASE KEMISKINAN PERKOTAAN DAN PEDESAAN PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 15

GRAFIK 2.6 PENGELUARAN PERKAPITA KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA 4 TAHUN TERAKHIR..... 17

GRAFIK 2.7 RASIO KETERGANTUNGAN PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 19

GRAFIK 2.8 ANGKA PARTISIPASI SEKOLAH (APS) PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2015 – 2018 22

GRAFIK 2.9 TREND RATA-RATA LAMA SEKOLAH UMUR ≥ 15 TAHUN PROVINSI KALIMANTAN UTARA 4 TAHUN TERAKHIR..... 24

GRAFIK 2.10 ANGKA MELEK HURUF (15 TAHUN KE ATAS) 4 TAHUN TERAKHIR PROVINSI KALIMANTAN UTARA 25

GRAFIK 3.1 PERBANDINGAN PUSTU & DESA/KELURAHAN KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018..... 30

GRAFIK 3.2 PERBANDINGAN PUSKESMAS & KECAMATAN KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 33

GRAFIK 3.3 KONDISI AKREDITASI PUSKESMAS PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 35

GRAFIK 3.4 KUNJUNGAN PASIEN RAWAT JALAN RUMAH SAKIT & PUSKESMAS KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 41

GRAFIK 3.5 PERSENTASE KUNJUNGAN RAWAT JALAN RUMAH SAKIT & PUSKESMAS PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 42

GRAFIK 3.6 PERBANDINGAN PASIEN RAWAT INAP RUMAH SAKIT & PUSKESMAS KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 45

GRAFIK 3.7 PERSENTASE KUNJUNGAN RI RUMAH SAKIT & PUSKESMAS PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 46

GRAFIK 3.8 BOR RSU TYPE B MILIK MENURUT BULAN PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 51

GRAFIK 3.9 PERBANDINGAN JUMLAH POSYANDU DAN DESA/KELURAHAN KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 58

GRAFIK 3.10 GAMBARAN POSYANDU AKTIF DAN TIDAK AKTIF KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 59

GRAFIK 4.1 TREND INDEKS PEMBANGUNAN MANUSIA PROVINSI KALIMANTAN UTARA 4 TAHUN TERAKHIR 66

GRAFIK 4.2 TREND ANGKA HARAPAN HIDUP PROVINSI KALIMANTAN UTARA 4 TAHUN TERAKHIR 68

GRAFIK 4.3 KONDISI ANGKA KEMATIAN IBU KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA 3 TAHUN TERAKHIR..... 70

GRAFIK 4.4 JUMLAH PERSALINAN DITOLONG TENAGA KESEHATAN KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 74

GRAFIK 4.5 PERSENTASE PERSALINAN DITOLONG NAKES KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA 2018 74

GRAFIK 4.6 ANGKA KEMATIAN NEONATAL, BAYI DAN BALITA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 80

GRAFIK 4.7 JUMLAH KELAHIRAN HIDUP DAN LAHIR MATI DI RSUD TYPE B PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 80

GRAFIK 4.8 PERBANDINGAN STATUS GIZI NASIONAL DAN PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 82

GRAFIK 4.9 % BALITA USIA 0-59 BULAN MENURUT STATUS GIZI DENGAN INDEKS BB/U PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2017-2018 83

GRAFIK 4.10 % BALITA USIA 0-59 BULAN MENURUT STATUS GIZI DENGAN INDEKS TB/U PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2017-2018 84

GRAFIK 4.11 % BALITA USIA 0-59 BULAN MENURUT STATUS GIZI DENGAN INDEKS BB/TB PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2017-2018 85

GRAFIK 4.12 PERSENTASE BERAT BADAN LAHIR RENDAH KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 87

GRAFIK 4.13 PERSENTASE BGM KABUPATEN KOTA PROVINSI DAN TARGET NASIONAL 2018 88

GRAFIK 4.14 PERSENTASE GIZI BURUK KABUPATEN KOTA PROVINSI DAN TARGET NASIONAL 2018..... 89

GRAFIK 4.15 PERSENTASE BGM YANG MENGALAMI PERBAIKAN DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 90

GRAFIK 5.1 RASIO BIDAN DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 94

GRAFIK 5.2 RASIO BIDAN DAN DESA DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 95

GRAFIK 5.3 RASIO PERAWAT DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 96

GRAFIK 5.4 RASIO BIDAN DI RS-PUSKESMAS KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 97

GRAFIK 5.5 RASIO DOKTER UMUM DAN SPESIALIS PER 100.000 PENDUDUK KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 99

GRAFIK 5.6 JUMLAH TENAGA TEKNIS LAINNYA DI RS DAN PUSKESMAS KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 101

GRAFIK 5.7 RASIO PUSKESMAS DAN APOTEKER KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 102

GRAFIK 6.1 KASUS TUBERKULOSIS SEMUA TIPE & YANG BTA+MENURUT JENIS KELAMIN DI PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 113

GRAFIK 6.2 KASUS TUBERKULOSIS SEMUA TIPE & TB BARU BTA+ MENURUT UMUR DI PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 114

GRAFIK 6.3 PERBANDINGAN JUMLAH PENDERITA TB BTA POSITIF DOBATI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA 117

GRAFIK 6.4 ANGKA IR DAN CFR DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 120

GRAFIK 6.5 KASUS KUSTA ANAK 0-14 TAHUN KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 125

GRAFIK 6.6 KASUS KUSTA KABUPATEN KOTA DIBANDING TARGET NASIONAL TAHUN 2018..... 126

GRAFIK 6.7 API KASUS MALARIA KABUPATEN KOTA DIBANDING TARGET NASIONAL TAHUN 2018 131

GRAFIK 6.8 KONDISI HIV, AIDS DAN SYPHILIS TIAP KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 133

GRAFIK 6.9 PERSENTASE CAPAIAN IMUNISASI LENGKAP KAB/KOTA, PROVINSI DAN TARGET NASIONAL 2018 143

GRAFIK 7.1 PERBANDINGAN JUMLAH BUMIL DAN K1, K4 KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 152

GRAFIK 7.2 PERSENTASE K1 DAN K4 KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 153

GRAFIK 7.3 PERSENTASE YANKES NIFAS DAN VIT A DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018 154

KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA THN 2018

BAB I

PENDAHULUAN

DAFTAR ISI :

A. LATAR BELAKANG
B. TUJUAN UMUM
C. SISTEMATIKA PENULISAN

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

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 meyebutkan 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 diselengarakannya 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 2016. 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 2018.

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, Hepatitias, 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 Tetanus Toksoid, Pemberian Fe, Pemberian PMT KEK, Pelayanan KB, Pemberian ASI Eksklusif) dan Pelayanan Usila, Pelayanan Gigi serta Kesehatan Anak

Bab-8 : Kesehatan Lingkungan

Bab ini memberi data terkait Sanitasi dan Tatanan Kawasan Sehat (Rumah Tangga Ber-PHBS, Rumah Sehat) dan Air Minum Sehat

BAB II

GAMBARAN UMUM DAN PERILAKU PENDUDUK

DAFTAR ISI :

A. GAMBARAN UMUM
B. PERILAKU PENDUDUK

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

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 dalami 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. BatasTimur : 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 adminsitrati ± 72,594.60 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 Km^2
4. Kabupaten Malinau : + 40.087,70 Km^2
5. Kabupaten Tana Tidung : + 4.828,58 Km^2

TABEL 2.1 PEMBAGIAN WILAYAH ADMINISTRASI PEMERINTAHAN MENURUT KECAMATAN, DESA/KELURAHAN & RT TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	LUAS (Km2)	JML KEC	JML DESA	JML KEL	JML RT
1	Tarakan	252,02	4	0	20	446
2	Bulungan	13.182,00	10	71	10	38.526
3	Nunukan	14.247,00	16	232	8	49.345
4	Malinau	40.087,70	15	109	0	20.210
5	Tanah Tidung	4.828,00	5	32	0	115
	PROVINSI KALIMANTAN UTARA	72.596,72	50	444	38	108.642

Sumber: BPS Provinsi Kaltara 2018

2. Kependudukan

Menurut data Badan Pusat Statistik (BPS), penduduk Provinsi kalimantan Utara pada 2017 sebanyak 691.058 jiwa. Dengan laju pertumbuhan penduduk per tahun di periode 2016 hingga 2017 mencapai 3,71 persen. Atau bila dihitung sejak 2010 hingga 2017, laju pertumbuhan penduduk per tahunnya mencapai 3,90 persen

Penduduk Provinsi Kalimantan Utara berkembang dengan pesatnya seiring perkembangan pembangunan di segala sektor yang didukung oleh kemajuan investasi yang selalu diupayakan oleh Pemerintah Provinsi sehingga para investor banyak datang ke wilayah Kalimantan Utara untuk berinvestasi dan tentu secara otomatis akan menarik para pencari kerja untuk berdatangan, hal ini juga sangat didukung oleh kondisi daerah yang kondusif hingga orang tidak enggan masuk wilayah Provinsi Kalimantan Utara, hingga tahun 2018 komposisi penduduk tiap Kabupaten Kota Provinsi Kalimantan Utara :

1. Kota Tarakan : + 262.025 jiwa
2. Kabupaten Bulungan : + 138.878 jiwa

3. Kabuapaten Nunukan : + 201.580 jiwa
4. Kabupaten Malinau : + 79.201 jiwa
5. Kabupaten Tana Tidung : + 26.892 jiwa

TABEL 2.2 JUMLAH PENDUDUK DAN RASIO JENIS KELAMIN KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

KAB/KOTA	PENDUDUK			RASIO
	LAKI-LAKI	**PEREMPUAN**	**JUMLAH**	
Tarakan	137.101	124.924	262.025	109,75
Bulungan	74.019	64.859	138.878	114,12
Nunukan	107.213	94.367	201.580	113,61
Malinau	41.954	37.247	79.201	112,64
Tanah Tidung	14.775	12.117	26.892	121,94
PROV KALTARA	375.062	333.514	708.576	112,46

Sumber: BPS Provinsi Kaltara 2018

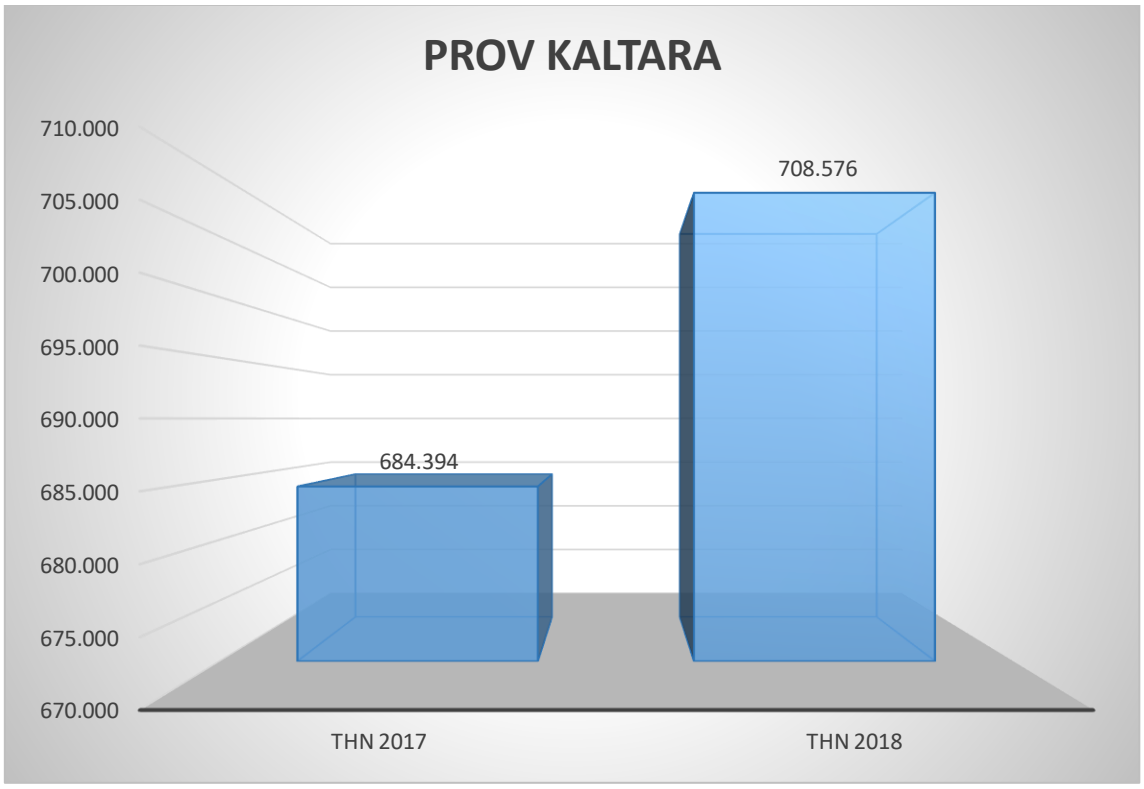
Dari Tabel 2.2. terlihat bahwa rasio jenis kelamin laki-laki dan perempuan tahun 2018 untuk semua Kabupaten tidak menunjukan perbedaan yang signifikan namun rasio laki-laki tertinggi berada di Kabupaten Tana Tidung kemudian menyusul Kabupaten Bulungan, Nunukan dan Malinau. sementara terendah di Kota 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 suasta yang mana istri dan anak-anak mereka tetap tinggal di kota Tarakan dengan berbagai pertimbangan terutama pendidikan untuk anak-anak mereka.

Jumlah penduduk di Provinsi Kalimantan Utara (Kaltara), menurut data Badan Pusat Statistik (BPS), pada 2017 dengan laju pertumbuhan penduduk per tahun di periode 2016 hingga 2017 mencapai 3,71 persen. Atau bila dihitung sejak 2010 hingga 2017, laju pertumbuhan penduduk per tahunnya mencapai 3,90 persen.

Jika dilihat jumlah pertambahan penduduk 2 tahun terakhir di Provinsi Kalimantan Utara sebesar 24.182 jiwa dan terbesar di Kota Tarakan dan Kabupaten Nunukan

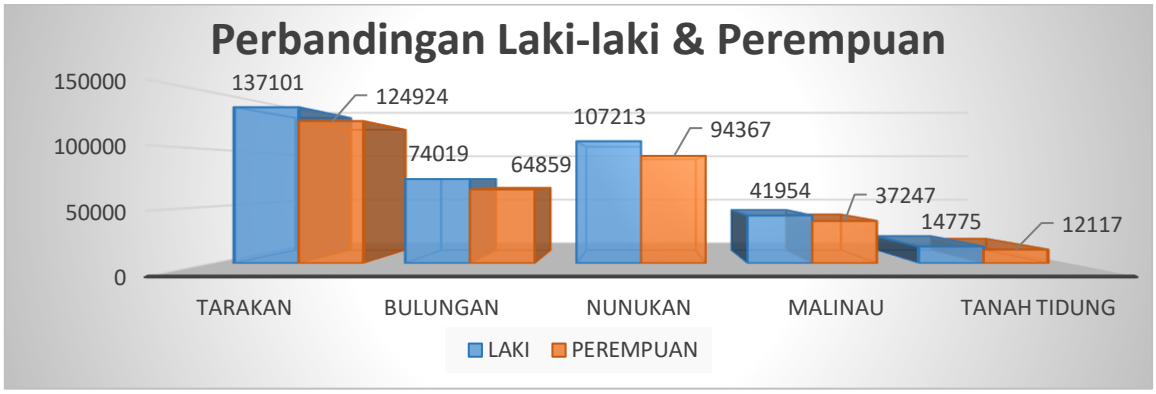
GRAFIK 2.1 PERTAMBAHAN PENDUDUK PROVENSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2017 – 2018



Sumber : Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Kota 2018

Perbedaan signifikan dua wilayah di Kalimantan utara tersebut disebabkan karena merupakan daerah transit dan gerbang utama bagi masyarakat untuk masuk di Provinsi Kalimantan Utara terutama pendatang melalui laut dan udara baik domestic maupun dari negara tetangga Malaysia.

GRAFIK 2.2 PERBANDINGAN PENDUDUK LAKI-LAKI & PEREMPUAN KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018



Sumber Data : Disdukcapil Kabupaten/Kota 2018

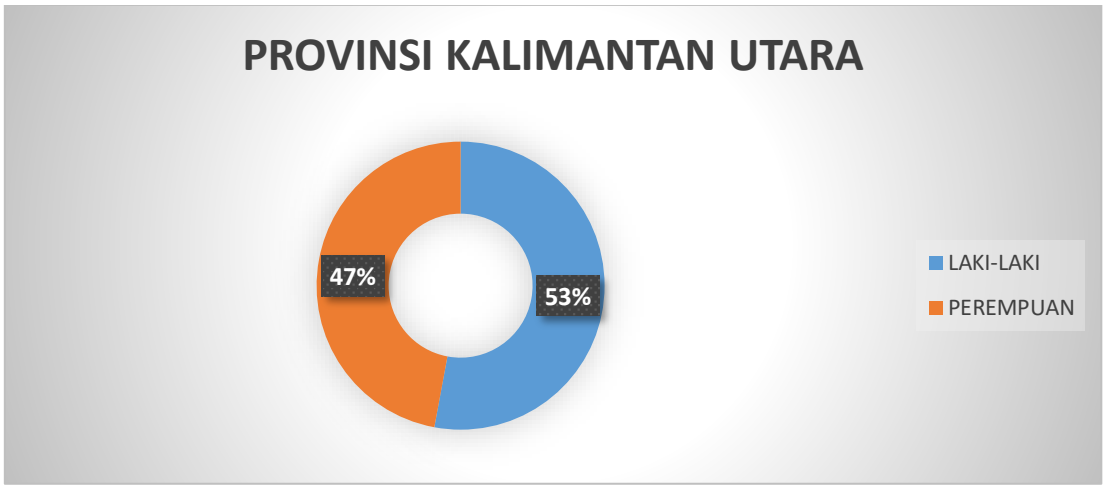
Pada grafik 2.2 di atas tergambar jumlah penduduk yang tertinggi laki-laki dan perempuan berada pada Kota Tarakan kemudian disusul oleh Kabupaten Nunukan, hal ini salah satu yang berpengaruh karena merupakan wilayah dimana terdapat perusahaan yang menjadi daya Tarik masyarakat dan yang kedua adalah karena 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 dibangunnnya sumber tenaga listrik dengan kapasitas sangat besar.

Berikut ini akan disampaikan grafik perbandingan jumlah penduduk Laki-laki dan Perempuan se Provinsi Kalimantan Utara :

GRAFIK 2.3 PERBANDINGAN PENDUDUK LAKI-LAKI DAN PEREMPUAN PROVINSI KALIMANTAN UTARA 2018



Sumber Data :Disdukcapil Kabupaten/Kota 2018

Pada diagram diatas terlihat jumlah penduduk Laki-laki jauh lebih banyk disbanding perempuan dan ini membuktikan bahwa umumnya pencari kerja yang datang ke wilayah Provinsi Kalimantan Uatara adalah kaum laki-laki.

Lebih rinci dapat disampaikan perbandingan jumlah penduduk laki-laki dan perempuan berdasarkan kelompok umur tertentu yang sering digunakan dalam acuan program di bidang kesehatan.

Sebagai acuan kelompok umur yang sering digunakan dalam lingkungan kesehatan baik program dibidang Penanggulangan Penyakit Menular, Bidang Promosi Kesehatan / Kesehatan Masyarakat maupun Bidang Pelayanan Kesehatan termasuk untuk analisis survei dan penelitian tertentu maka berikut ini disampaikan rasio penduduk berdasarkan kelompok umur tertentu.

TABEL 2.3 JUMLAH PENDUDUK DAN RASIO JENIS KELAMIN MENURUT UMUR PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KELOMPOK UMUR (TAHUN)	LAKI-LAKI	PEREMPUAN	LAKI-LAKI+ PEREMPUAN	RASIO JENIS KELAMIN
1	0 - 4	38.232	36.212	74.444	105,33
2	5 - 9	36.601	34.431	71.032	105,44
3	10 - 14	35.056	33.136	68.192	105,17
4	15 - 19	32.460	30.413	62.873	106,96
5	20 - 24	30.678	27.762	58.440	110,50
6	25 - 29	34.337	29.985	64.322	114,51
7	30 - 34	35.182	29.987	65.169	117,62
8	35 - 39	32.287	26.998	59.285	119,59
9	40 - 44	27.986	23.579	51.565	123,04
10	45 - 49	22.034	19.159	41.193	121,67
11	50 - 54	17.813	14.779	32.592	120,53
12	55 - 59	13.361	10.985	24.346	121,63
13	60 - 64	9.612	8.050	17.662	119,40
14	65 - 69	2.087	1.191	3.278	131,75
15	70 - 74	4.815	3.869	8.684	112,89
16	75+	2.719	2.780	5.499	98,51
	JML	375.260	333.316	708.576	112,96
	(DEPENDENCY RATIO)				

Sumber Data :Disdukcapil Kabupaten/Kota 2018

Memperhatikan tabel di atas dimana terbukti bahwa penduduk dengan usia produktif (umur 15 – 64 tahun) jauh lebih besar yakni 477.447 jiwa atau sebesar 67,38 % dari jumlah penduduk tahun 2018 sebanyak 708.576 jiwa.

Seiring kemajuan pembangunan di berbagai sektor di Provinsi Kalimantan utara terutama infrastruktur dan masuknya investor ke Provinsi Kalimantan Utara secara otomatis menjadi daya tarik pencari kerja masuk ke Provinsi Kalimantan Utara yang akhirnya tingkat pertumbuhan penduduk cukup tinggi.

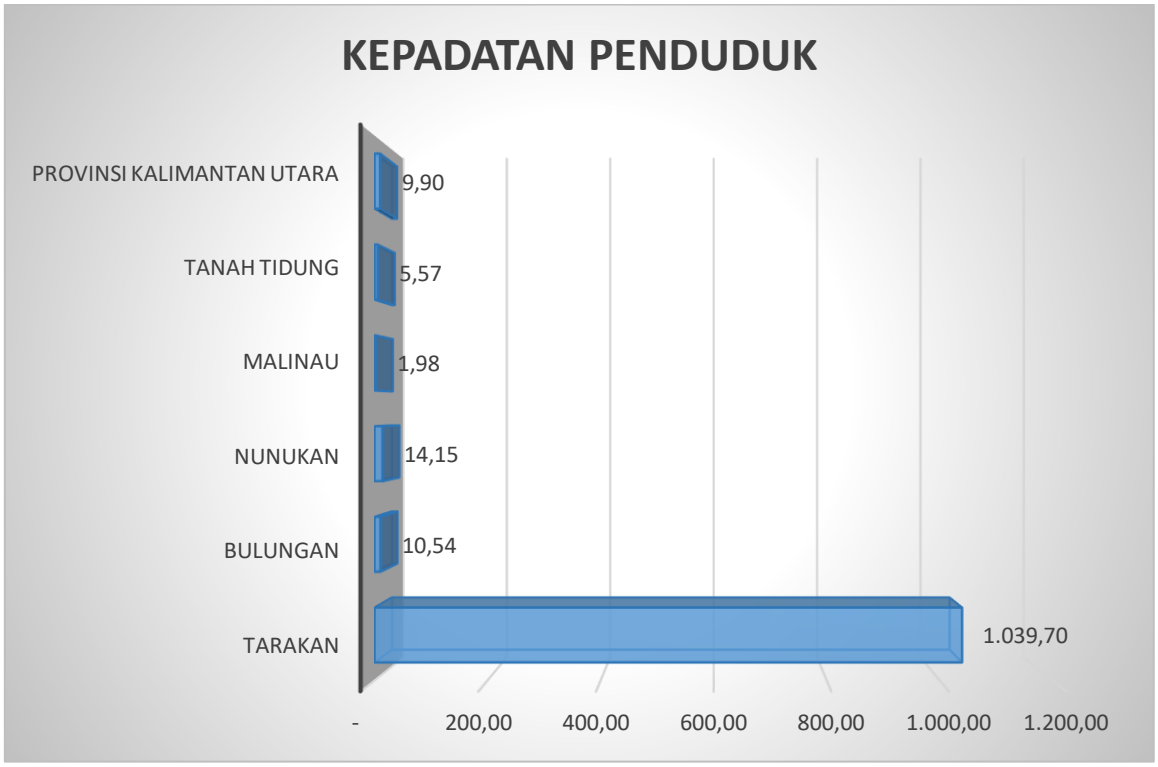
3. Demografi

Penduduk Provinsi Kalimantan Utara adalah heterogen (majemuk) yang terdiri dari berbagai suku. Secara garis besar sekitar 30 % penduduk Kalimantan Utara adalah Suku Jawa yang merupakan kelompok terbesar, disusul penduduk asal Sulawesi Selatan. Selebihnya merupakan penduduk asli Kalimantan yaitu Suku Banjar, Suku Bulungan, Suku Dayak, Suku Tidung, Suku Kutai, Suku Bajao. Terdapat juga beberapa suku yang tergolong berjumlah kecil yakni Nusa Tenggara Timur, Nusa Tenggara Barat, Menado, Boton, Bali, Maluku, Aceh, Batak dan lain-lain.

Sebagian besar penduduk Kalimantan Utara menganut Agama Islam menurut data pada situs kaltaraprov.go.id pada Tahun 2013 Beragama Islam (59.54%), Kristen Protestan (31.38%), Katolik (7.60%). Budha (1.26%) Serta Hindu (0,06%) dan Konghucu (0,001%)

Persebaran penduduk di Kabupaten Kota sangat variatif dimana Provinsi Kalimantan Utara yang memiliki hanya 1 Kota ini yakni Kota Tarakan merupakan tempat konsentrasi penduduk yang paling banyak dan disusul oleh Kabupaten Nunukan namun jika kita melihat Grafik 2.5 maka terlihat kesenjangan kepadatan penduduk sangat tinggi di Kota Tarakan. Jika dibandingkan jumlah penduduk Kabupaten Nunukan dengan kota Tarakan sesungguhnya tidak terlalu jauh selisih namun yang menjadi penyebab perbedaan kepadatan penduduk sangat berbeda karena Kabupaten Nunukan memiliki luas wilayah lebih 5 kali lipat dari Kota Tarakan sementara Jumlah Penduduk Kota Tarakan perbandingan hanya sekitar 5:4 dengan Kabupaten Nunukan

GRAFIK 2.4 ESTIMASI KEPADATAN PENDUDUK KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018



Sumber Data :Disdukcapil Kabupaten/Kota 2018

Pada grafik diatas tergambar perbedaan yang signifikan kepadatan penduduk di Kota Tarakan dengan 1.039,70 Jiwa/Km2. Hal ini disebabkan karena Kota Tarakan merupakan satu pulau Kecil (luas 250,02 Km2) yang menjadi satu-satunya Kota dan sebagai daerah transit dari kabupaten lain sebab adanya Bandara Internasional dan Pelabuhan pelni

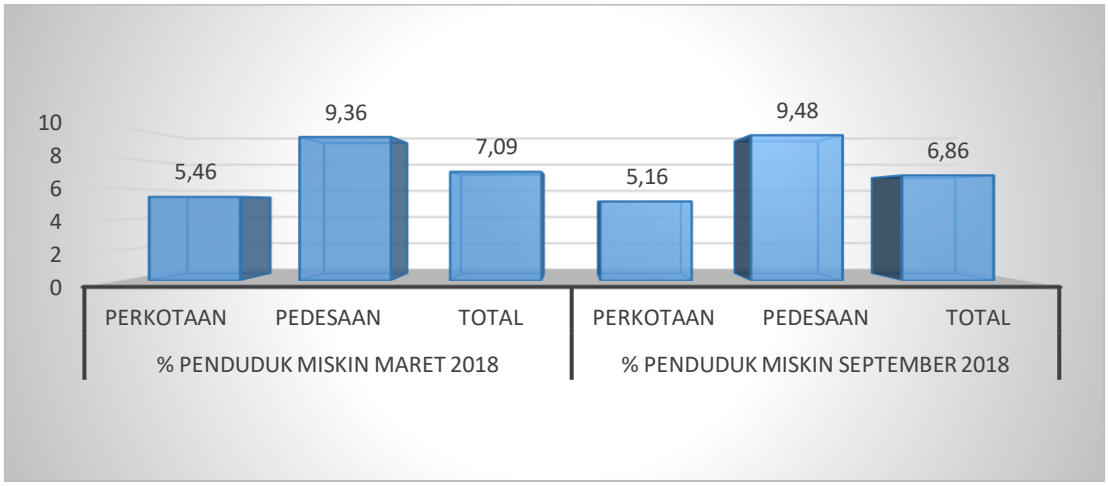
Distribusi penduduk Provinsi Kalimantan Utara terutama di Kabupaten tidak merata, sebagian desa terletak di pelosok dengan jumlah penduduk variatif bahkan ada yang tidak sampai 100 jiwa tetapi ada juga yang ribuan jiwa, tetapi jika dibandingkan dengan penduduk yang tinggal di perkotaan maka populasinya jauh lebih besar.

4. Sosial Ekonomi

Program Prioritas Nasional adalah Percepatan Pengurangan Kemiskinan dan ini sesuai juga dengan komitmen pertama dalam MDG's adalah penanggulangan kemiskinan dan kelaparan. Hal ini menyiratkan bahwa kemiskinan merupakan masalah yang mendesak untuk segera ditanggulangi. Penduduk miskin secara makro dihitung dengan

pendekatan kebutuhan minimum seseorang untuk dapat hidup layak (basic needs approach). Kebutuhan minimum tersebut mencakup kebutuhan makanan dan kebutuhan non makanan. Berdasarkan pengukuran kebutuhan minimum komoditas makanan dan non makanan tersebut diperoleh batas yang disebut sebagai "garis kemiskinan". Garis tersebut merupakan penjumlahan dari garis kemiskinan makanan dan garis kemiskinan non makanan. Orang-orang yang mempunyai pendapatan di bawah garis kemiskinan dikategorikan sebagai penduduk miskin. Sebaliknya, orang-orang yang mempunyai pendapatan di atas garis kemiskinan dikategorikan sebagai penduduk tidak miskin.

GRAFIK 2.5 PERSENTASE KEMISKINAN PERKOTAAN DAN PEDESAAN PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018



Sumber Data :Badan Pusat Statistik 2018

Secara umum tingkat kemiskinan di Provinsi Kalimantan Utara masi lebih rendah dari angka Nasional dan angka kemiskinan ini bersifat fluktuatif. Dari grafik 2.5 di atas terlihat persentase kemiskinan lebih besar di Pedesaan sebesar rata-rata 9,42 % disbanding perkotaan 5,31 %.

Persoalan kemiskinan tidak sekedar mencakup urusan jumlah dan persentase penduduk miskin, tetapi juga menyangkut aspek kedalaman dan keparahan dari kemiskinan. Penurunan kemiskinan menjadi sinyal yang positif bagi pengentasan kemiskinan.

Kebutuhan hidup manusia sebenarnya pada prinsipnya adalah sama namun yang membedakan adalah kemampuan atau daya beli yng berbeda. kebutuhan semakin banyak

dan bertambah mengikuti pergerakan waktu. Kebutuhan pokok manusia yang melipui primer, sekunder dan tersier wajib dipenuhi untuk kelangsungan hidup manusia tersebut.

Berikut ini akan disampaikan gambaran pengeluaran rata-rata yang umumnya dilakukan yang bukan makanan sebab pengeluaran disinilah yang lebih tinggi disbanding pengeluaran makanan

TABEL 2.4PERSENTASE RATA-RATA PENGELUARAN BUKAN MAKANAN PER KAPITA PER BULAN PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	JENIS PENGELUARAN	PERSENTASE
1	Perumahan dan fasilitas rumah tangga	54,64
2	Aneka barang dan jasa	24,86
3	Pakaian, alas kaki dan tutup kepala	4,88
4	Barang-barang tahan lama	7,61
5	Pajak, pungutan dan asuransi	5,77
6	Keperluan pesta dan upacara	2,44
JUMLAH		100

Sumber Data : Badan Pusat Statistik Tahun 2018

Alokasi kebutuhan rumah tangga dapat dilihat berdasarkan pengeluaran rumah tangga yang terdiri dari pengeluaran makanan dan bukan makanan. Walaupun terdapat perbedaan harga antar daerah, namun nilai pengeluaran rumah tangga secara umum menunjukan perbedaan tingkat kesejahteraan penduduk antar propinsi. Pengeluaran konsumsi meliputi pengeluaran untuk pangan, pakaian, perumahan dan aneka barang dan jasa serta kebutuhan lainnya. Konsumsi makanan terdiri dari beras, lauk pauk, buah-buahan, minyak, gula dan lainnya. Konsumsi pakaian terdiri dari pakaian, sepatu, sandal, kaos kaki dan lain-lain. Konsumsi untuk perumahan meliputi sewa rumah, biaya penerangan, biaya pemeliharaan rumah dan bahan bakar (termasuk arang dan kayu bakar) danlain-lain. Konsumsi aneka barang dan jasa terdiri dari biaya pendidikan, transportasi, kesehatan, barang tahan lama dan lain-lain. Sedangkan konsumsi lain-lainnya yaitu untuk pajak televisi, pajak kendaraan, pajak bumi dan bangunan dan sosial serta lainnya yang belum tercantum.

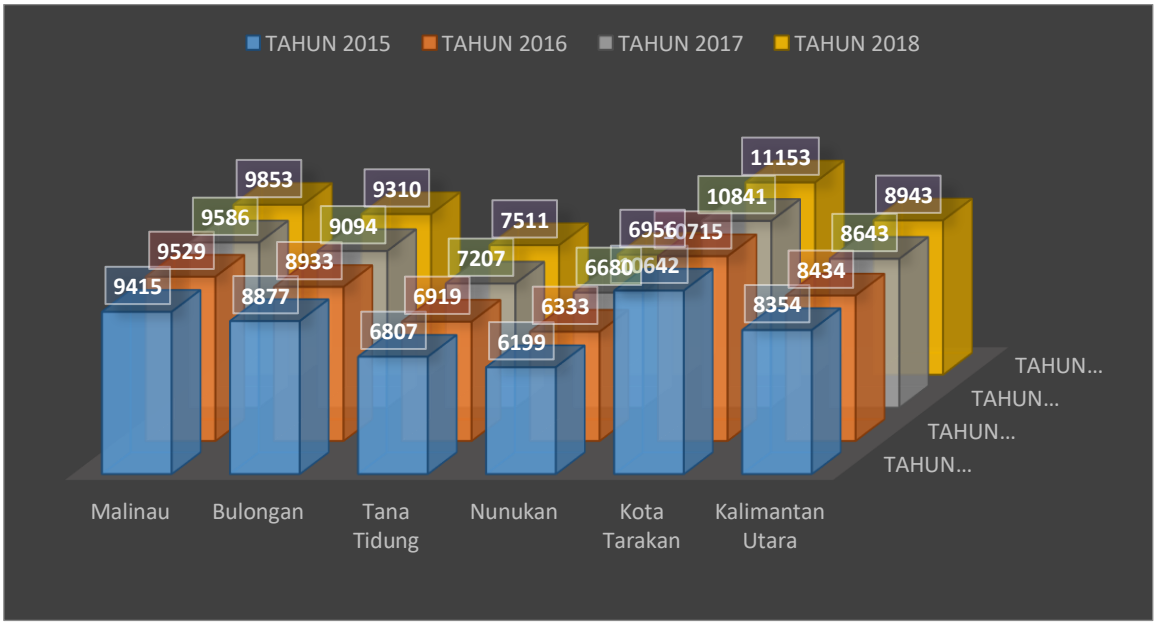
Melihat tabel 2.4 di atas maka pengeluaran perumahan dan fasilitas rumah tangga mendapat porsi yang sangat besar yakni lebih 50 % tetapi hal ini juga tidak mutlak sama untuk setiap rumah tangga sebab tergantung dari alur visi pemikiran dari seseorang dalam mengelolah penghasilannya.

Rumah tangga merupakan konsumen atau pemakai barang dan jasa sekaligus juga pemilik faktor-faktor produksi tenaga kerja, lahan, modal dan kewirausahaan. Rumah tangga menjual atau mengelola faktor-faktor produksi tersebut untuk memperoleh balas jasa. Balas jasa atau imbalan tersebut adalah upah, sewa, bunga dividen, dan laba yang merupakan komponen penerimaan atau pendapatan rumah tangga.

Penerimaan lain yang mungkin diperoleh rumah tangga adalah transfer (pemberian cuma-cuma), perkiraan pendapatan (imputasi) dari rumah milik rumah tangga tersebut yang ditempati sendiri atau ditempati pihak lain dengan bebas sewa, dan hasil produksi barang/jasa dari kegiatan yang tidak digolongkan sebagai kegiatan usaha rumah tangga. Transfer yang diterima berasal dari pemerintah, badan usaha, lembaga nirlaba, rumah tangga lain, maupun dari luar negeri.

Ada dua cara penggunaan pendapatan. Pertama, membelanjakannya untuk barang-barang konsumsi (makanan dan bukan makanan). Kedua, tidak membelanjakannya seperti ditabung.

GRAFIK 2.6 PENGELUARAN PERKAPITA KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA 4 TAHUN TERAKHIR



Sumber Data : Badan Pusat Statistik Tahun 2018

Dari grafik di atas membuktikan terjadinya peningkatan terus menerus mulai tahun 2015 – 2018 untuk semua Kabupaten Kota dan peningkatan ini menandakan bahwa terjadi peningkatan daya beli masyarakat karena peningkatan kebutuhan yang secara otomatis akan berpengaruh pada tingkat sosial ekonomi mulai dari masing-masing keluarga sampai kepada Kabupaten Kota dan Provinsi.

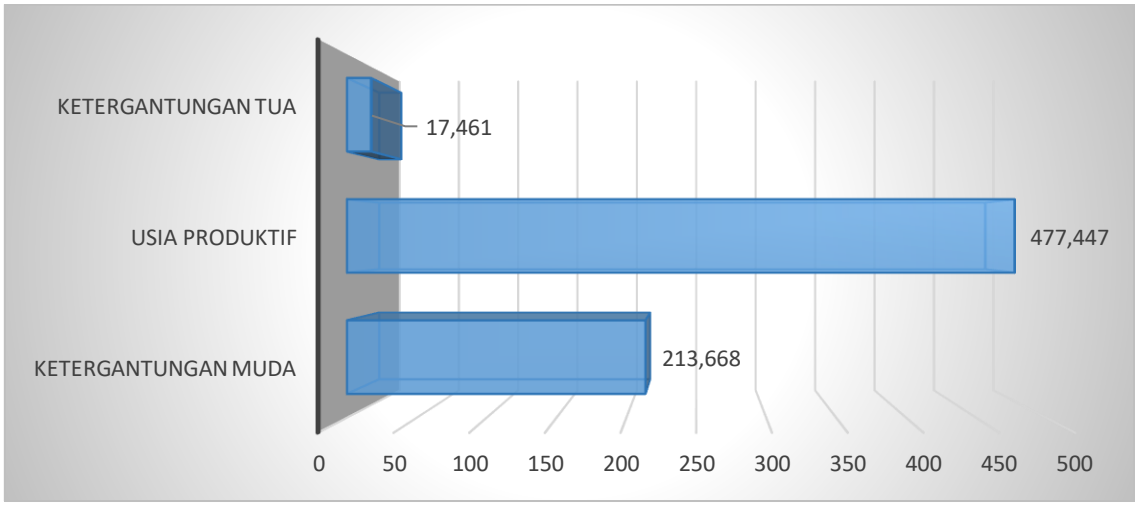
Pengeluaran konsumsi dilakukan untuk mempertahankan taraf hidup. Pada tingkat pendapatan yang rendah, pengeluaran konsumsi umumnya dibelanjakan untuk kebutuhan-kebutuhan pokok guna memenuhi kebutuhan jasmani. Konsumsi makanan merupakan faktor terpenting karena makanan merupakan jenis barang utama untuk mempertahankan kelangsungan hidup. Akan tetapi terdapat berbagai macam barang konsumsi (termasuk sandang, perumahan, bahan bakar, dan sebagainya) yang dapat dianggap sebagai kebutuhan untuk menyelenggarakan rumah tangga. Keanekaragamannya tergantung pada tingkat pendapatan rumah tangga. Tingkat pendapatan yang berbeda-beda mengakibatkan perbedaan taraf konsumsi.

Apabila penerimaan rumah tangga dikurangi dengan pengeluaran untuk konsumsi dan untuk transfer, maka diperoleh nilai tabungan rumah tangga. Kalau perilaku konsumsi memperlihatkan dasar pendapatan yang dibelanjakan, maka tabungan adalah merupakan unsur penting dalam proses pertumbuhan dan pembangunan ekonomi. Tabungan memungkinkan terciptanya modal yang dapat memperbesar kapasitas produksi perekonomian. Untuk dapat melihat apa yang dilakukan rumah tangga responden atas tabungannya dibutuhkan data tabungan seperti yang disimpan di bank atau koperasi, jumlah investasi, serta transaksi keuangan lainnya

Untuk perhitungan pengeluaran rata-rata per kapita adalah biaya yang dikeluarkan untuk konsumsi semua anggota rumah tangga selama sebulan baik yang berasal dari pembelian, pemberian maupun produksi sendiri dibagi dengan banyaknya anggota rumah tangga dalam rumah tangga tersebut.

Salah satu yang juga sedikit mempengaruhi social ekonomi adalah ketergantungan pada setiap keluarga seperti Rasio Ketergantungan (Dependency Ratio). Dan rasio ini juga dapat dilihat dalam satu keluarga berapa personil / jiwa yang produktif dan berapa personil/jiwa yang tidak produktif yang tentu menjadi tanggungan salah satu yang produktif dalam keluarga tersebut.

GRAFIK 2.7 RASIO KETERGANTUNGAN PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018



Sumber Data :Disdukcapil Kabupaten/Kota 2018

Dependency Ratio adalah angka yang menunjukkan besarnya penduduk golongan umur produktif yang dapat menghasilkan barang dan jasa ekonomi bagi golongan umur muda dan umur tua (golongan umur tidak produktif) atau dengan rinci perbandingan antara jumlah penduduk berumur 0-14 tahun, ditambah dengan jumlah penduduk 65 tahun keatas dibandingkan dengan jumlah penduduk usia 15-64 tahun. Rasio ketergantungan dapat dilihat menurut usia yakni Rasio Ketergantungan Muda dan Rasio Ketergantungan Tua. Dari data diatas maka dapat dihitung Dependency Ratio di Provinsi Kalimantan Utara tahun 2018 sebesar 48,41. Hasil hitungan ini dapat disimpulkan bahwa di Provinsi Kalimantan Utara setiap 48,14 orang non produktif ditanggung oleh 100 orang produktif.

Rasio Ketergantungan Muda adalah perbandingan jumlah penduduk umur 0-14 tahun dengan jumlah penduduk umur 15–64 tahun dengan nilai 44,75. Sedang rasio Ketergantungan Tua adalah perbandingan jumlah penduduk umur 65 tahun ke atas dengan jumlah penduduk di usia 15-64 tahun sebesar 3,66.

5. Kondisi Pendidikan

Perkembangan pembangunan bidang pendidikan di Provinsi Kalimantan Utara sejak terbentuknya mengalami peningkatan yang cukup menggembirakan. Hal ini bisa dilihat dari beberapa capaian indikator bidang pendidikan seperti ketersediaan sarana dan

infrastruktur pendidikan, angka partisipasi sekolah, rata-rata lama sekolah dan angka melek huruf yang semakin meningkat kualitasnya.

Ketersediaan sarana pendidikan pada level SD sampai SMA atau sederajat sudah dianggap cukup dan kondisi geografis mengharuskan Kabupaten Kota dan Provinsi Kalimantan Utara membangun sekolah sampai di pelosok kampong dan perbatasan walaupun jumlah murid tidak banyak. Slah satu alasan dibangunya sampai pelosok terutama SD adalah agar semua anak bangsa mendapatkan akses lebih dekan dan mau bersekolah tanpa ada alasan sekolah jauh.

TABEL 2.5 JUMLAH SARANA PENDIDIKAN DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

KABUPATEN KOTA	JML SEKOLAH NEGERI DAN SUASTA			
	SD & SEDERAJAT	**SMP & SEDERAJAT**	**SMA & SEDERAJAT**	**SMK**
Tarakan	71	31	15	8
Nunukan	148	53	20	8
Bulungan	145	68	19	8
Malinau	106	38	19	4
Tana Tidung	30	10	3	
PROVINSI KALIMANTAN UTARA	500	200	76	28

Sumber Data : Dinas Pendidikan Kab/Kota Tahun 2018

Jumlah sarana pendidikan di Provinsi Kalimantan utara tidak selalu berbanding lurus dengan jumlah penduduk sebab banyak penduduk Kalimantan Utara di pedalaman yang tinggal di suatu tempat secara berkelompok dan terpisah jauh dengan desa lain sehingga untuk dapat mengakomodir anak-anak mereka agar bersekolah maka pemerintah mendekatkan sarana ke lokasi pemukiman mereka.

Berbeda dengan jumlah murid seperti pada tabel 2.5 dimana jumlah murid di Kabupaten Kota selalu berbanding lurus dengan jumlah penduduk

TABEL 2.6 JUMLAH MURID SESUAI LEVEL PENDIDIKAN KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

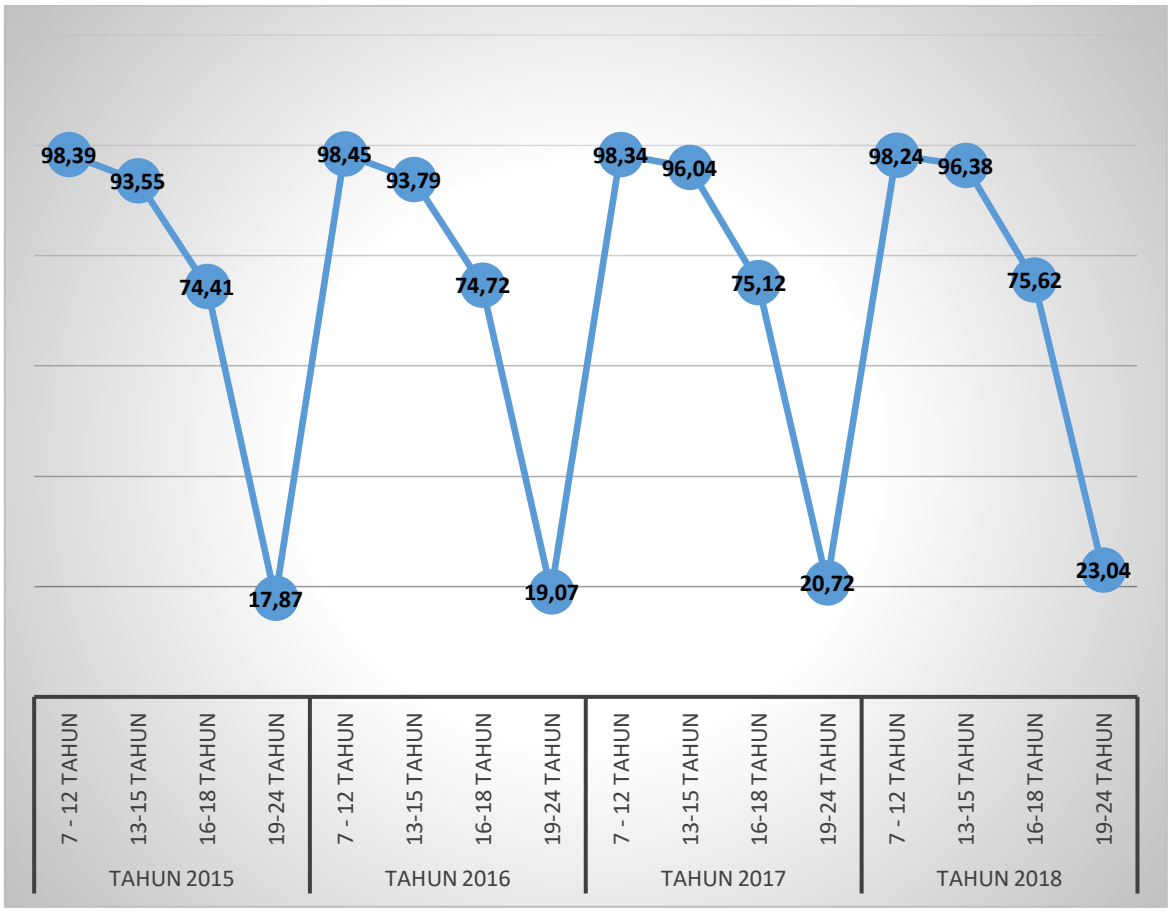
KABUPATEN KOTA	JML MURID SEKOLAH NEGERI DAN SUASTA			
	SD & SEDERAJAT	**SMP & SEDERAJAT**	**SMA & SEDERAJAT**	**SMK**
Tarakan	25,755	10,151	4,849	3,369
Nunukan	22,026	8,377	4,889	2,296
Bulungan	17,738	7,359	3,264	2,523
Malinau	10,237	4,318	2,875	739
Tana Tidung	2,894	1,156	851	
PROVINSI KALIMANTAN UTARA	78,650	31,361	16,728	8,927

Sumber Data : Dinas Pendidikan Kab/Kota Tahun 2018

Perlu dipahami bahwa jumlah sekolah tidak dapat di sejajarkan dengan jumlah murid untuk dilakukan analisa ideal baik pada level Sekolah Dasar, Sekolah Menengah Pertama, Sekolah Menengah Atas dan Sekolah Menengah Kejuruan, hali ini dikarenakan setiap sekolah memiliki kapasitas/daya tamping murid yang berbeda.

Demikian juga tidak jarang ditemukan adanya sekolah yang kelihatan jumlah kelas sedikit disbanding sekolah lain tetapi justru jumlah muridnya lebih 2 kali lipat banyaknya dengan sekolah tersebut sebab guru memiliki strategi lain seperti adanya murid masuk pagi sampai siang kemudian siang sampai sore, hal inilah yang mungkin slaha satu alasan kenapa semakin tingginya APS di Provinsi Kalimantan Utara

GRAFIK 2.8 ANGKA PARTISIPASI SEKOLAH (APS) PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2015 – 2018



Sumber Data : Dinas Pendidikan Kab/Kota tahun 2018, Pusdatin 2018

Berdasarkan data grafik 2.8 terjadi peningkatan yang sangat menggembirakan pada level umur 13 – 15 tahun, 16 – 18 Tahun dan 19 – 24 tahun, misalkan umur 19 – 24 tahun pada tahun 2015 sebesar 17.87 meningkat di tahun 2016 jadi 19.07 kemudian tahun 2017 jadi 20.72 dan tahun 2018 menjadi 23.04. pada grafik juga terjadi fluktuasi pada umur 7-12 tahun dimana terjadi penurunan pada tahun 2017 dari 98.45 menjadi 98.34 kemudian turun lagi di tahun 2018 menjadi 98.24.

Permasalahan yang dianggap sangat penting diperhatikan di garfik 2.8 diatas adalah penurunan APS dari setiap kelompok umur namun yang signifikan APS dari kelompok umur 13 – 15 tahun ke 16 – 18 tahun dan ke 19 – 24 tahun. Asumsi yang dapat muncul adalah sedikit murit setelah selesai SD tidak melanjutkan ke tingkat SMP, demikian juga yang suda lulus SMP mulai banyak yang tidak melanjutkan ke tingkat SMA/sederata dan lulusan SMA sebagian besar tidak dapat melanjutkan pendidikan ke

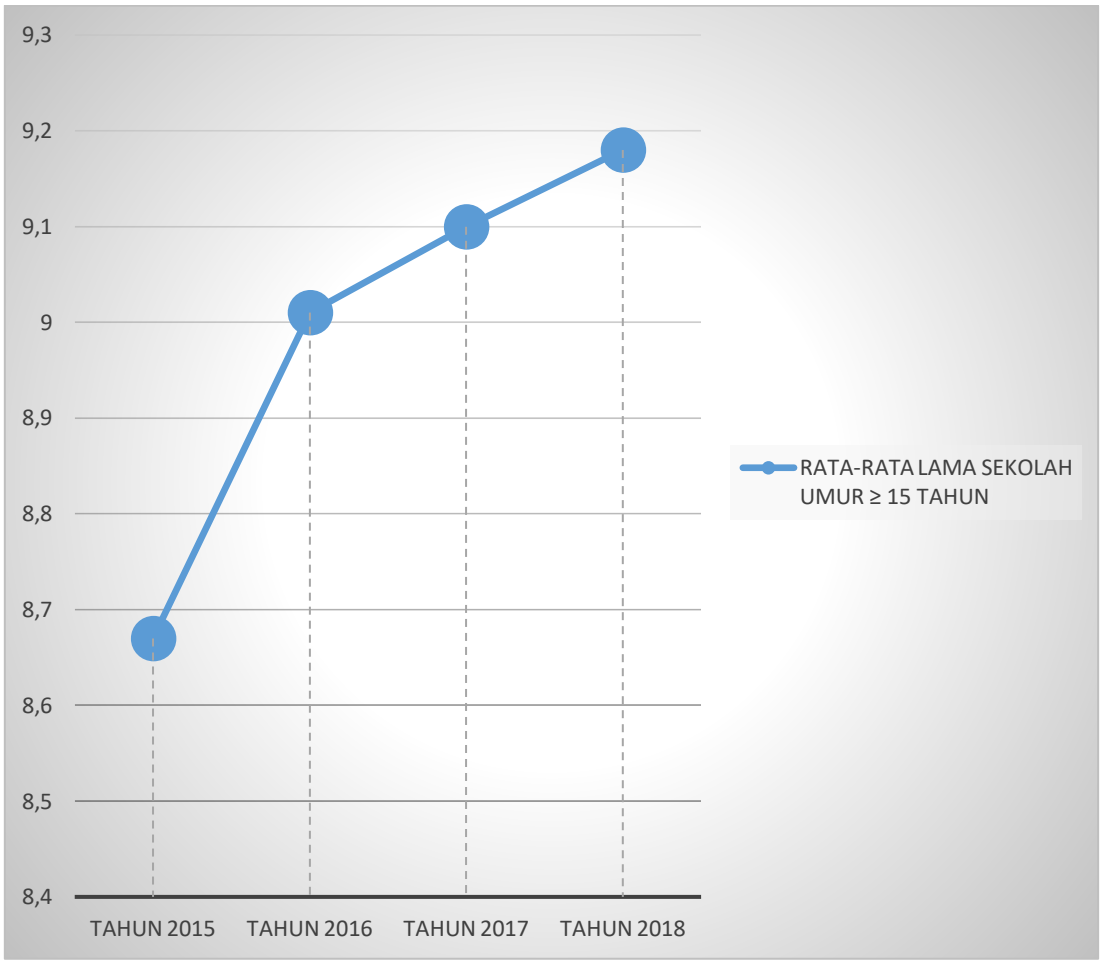
perguruan tinggi. Permasalahan ini tentu multi factor terutama biaya sebab walaupun Pemerintah Provinsi dan Pusat telah menyiapkan program pembiayaan tetapi yang mereka pikirkan adalah biaya pemondokan dan biaya hidup.

Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Indonesia kian tahun kian meningkat hal ini terjadi karena rata-rata harapan lama sekolah semakin meningkat. Indikator lainnya yang memengaruhi IPM naik antara lain rata-rata lama sekolah penduduk berusia 25 tahun ke atas naik demikian juga jika dihitung seluruh penduduk usia dewasa (15 tahun ke atas), rata-rata lama sekolah meningkat setiap tahunnya.

Peningkatan lama sekolah di Provinsi Kalimantan Utara selain karena kualitas sarana dan prasarana menunjukan perbaikan juga sangat dipengaruhi oleh program bantuan beasiswa pendidikan terutama bagi yang kurang mampu sehingga tidak sedikit siswa dan mahasiswa yang berencana putus sekolah karena faktor biaya namun akhirnya lanjut sekolah atau kuliah dengan program beasiswa dari pemerintah.

Demikian yang terjadi di bidang kesehatan dimana petugas kesehatan baik Bidan maupun Perawat yang masi tingkat pendidikan D1 suda 5 Tahun terakhir ini di minta untuk melanjutkan sekolah bahkan dengan berbagai kemudahan yakni pembiayaan dari Pemerintah dan terpenting lagi mekanisme pendidikannya dirancang agar yang bersangkutan tetap dapat melaksanakan pekerjaan. Hinga sampai sekarang petugas kesehatan Bidan sudah 100 % minimal D 3 (tingkat akademi) sementara Perawat masi ada 3 orang yang belum sebab memang yang bersangkutan tidak bersedia dengan alasan suda mau pension.

GRAFIK 2.9 TREND RATA-RATA LAMA SEKOLAH UMUR ≥ 15 TAHUN PROVINSI KALIMANTAN UTARA 4 TAHUN TERAKHIR



Sumber Data : Dinas pendidikan dan Pusdatin Tahun 2018

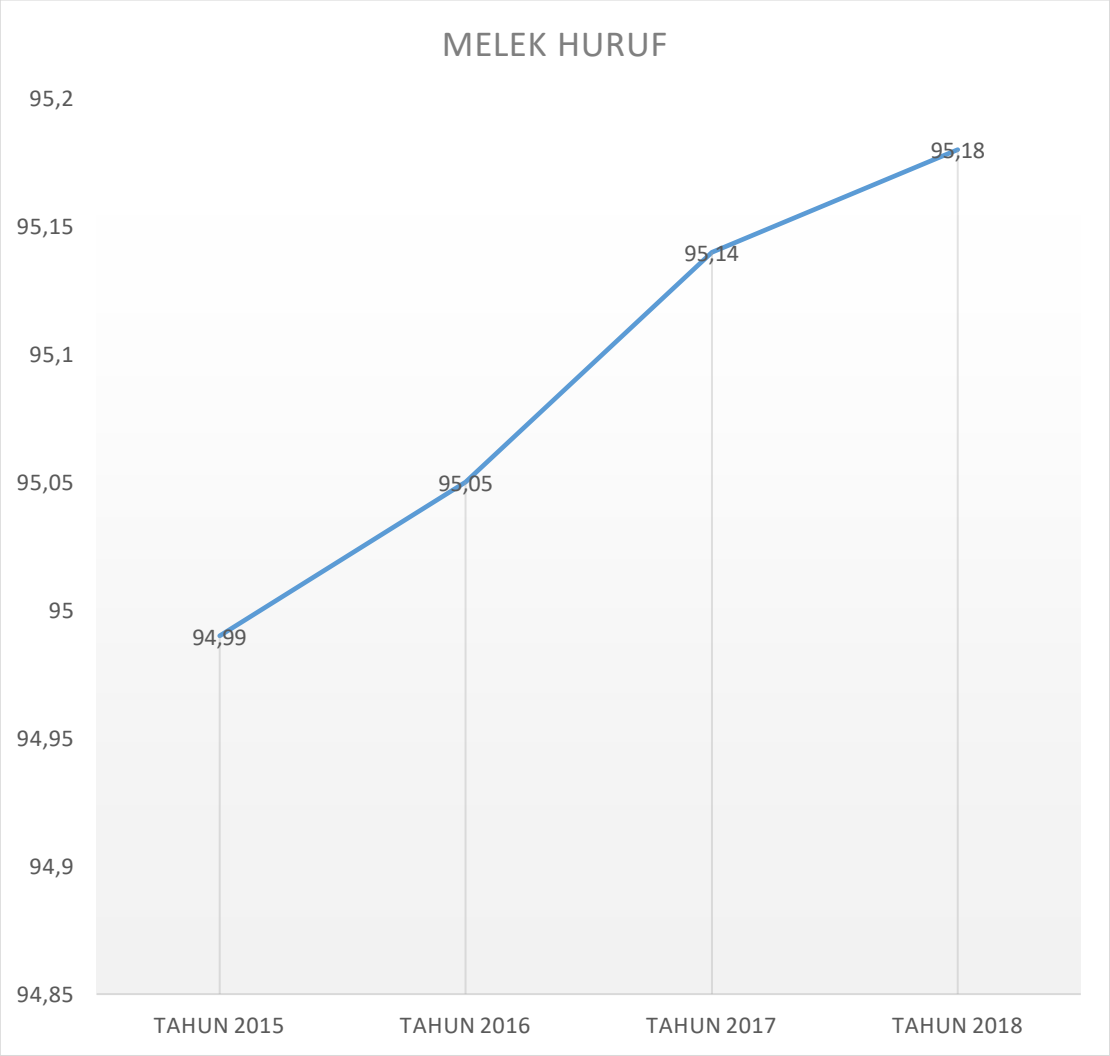
Pad grafik 2.9 diatas membuktikan bahwa 4 tahun terakhir yakni dari tahun 2015 – 2018 terjadi peningkatan terus menerus rata-rata lama sekolah anak umur 15 tahun ke atas.

Sejalan dengan rata-rata lama sekolah umur 15 tahun keatas, maka perkembangan Angka Melek Huruf (AMH) penduduk Provinsi kalimantan Utara selama kurun waktu 2015 –2018 menunjukkan pola yang semakin meningkat. Pada tahun 2015 AMH Provinsi Kalimantan Utara baru 94,99 % dan meningkat menjadi 95,05 % pada tahun 2016 dan sampai 2018 sebesar 95,18 %.

Secara eksplisit angka tersebut menggambarkan bahwa masih ada penduduk Provinsi Kalimantan Utara yang buta huruf atau tidak/belum memiliki kemampuan membaca dan menulis. Penyebab belum optimalnya AMH di Provinsi Kalimantan Utara

adalah karena masih rendahnya AMH pada kelompok usia > 45 tahun sementara AMH pada usia 15 –44 tahun sudah cukup tinggi. Secara alamiah rendahnya AMH pada usia tua ini akan semakin berkurang akibat proses kematian penduduk.

GRAFIK 2.10 ANGKA MELEK HURUF (15 TAHUN KE ATAS) 4 TAHUN TERAKHIR PROVINSI KALIMANTAN UTARA



Sumber Data : Dinas pendidikan dan Pusdatin Tahun 2018

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 Kalimanatan 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 otomastis 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

DAFTAR ISI :

A. FASILITAS KESEHATAN
B. UPAYA KESEHATAN BERSUMBER MASYARAKAT

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

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,

klinik atau dokter prakter 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.

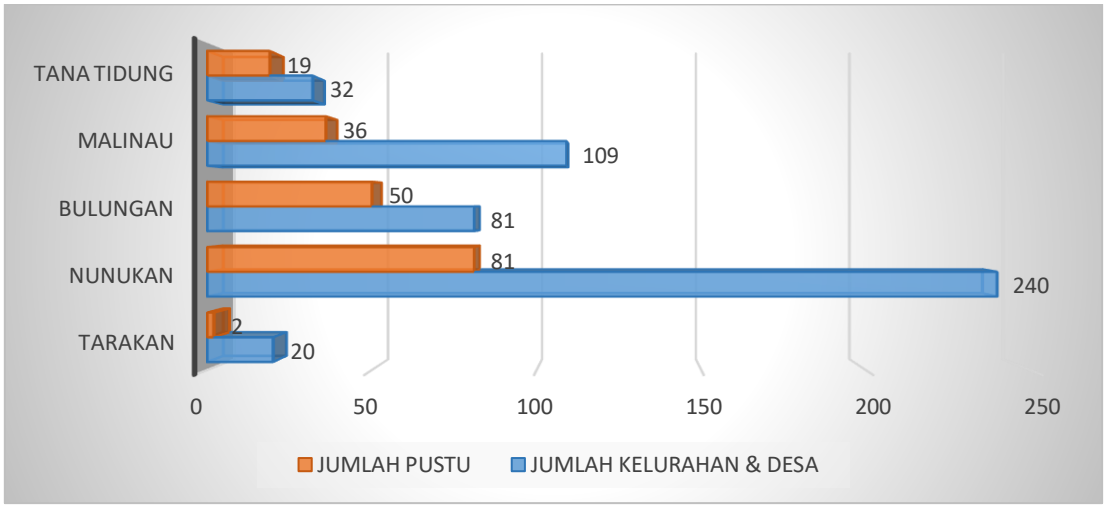
Penanggungjawab Puskesmas Pembantu adalah seorang perawat atau Bidan, yang ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan atas usulan Kepala Puskesmas. Tenaga minimal di Puskesmas Pembantu terdiri dari 1 (satu) orang perawat dan 1 (satu) orang bidan. Pendirian Puskesmas Pembantu harus memenuhi persyaratan lokasi, 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 suasta 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 suasta 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 dana tau 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 2018



Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten Kota 2018
BPS Kabupaten Kota tahun 2018

Perbedaan cukup tinggi terdapat di Kabupaten Nunukan dimana jumlah Desa 240 sementara Pustu hanya 81, di Kabupaten Malinau jumlah Desa 109 sedang Pustu hanya 35. Kedua Kabupaten tersebut merupakan kabupaten dengan tipikal yang mirip yakni memiliki wilayah pedalaman yang cukup luas.

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 suatau 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 dalarn suatu wilayah tertentu.

Untuk mencapai tujuan pembagunan 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 Puskemas, diperlukan

adanya penilaian oleh fihak 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 2018

NO	KAB/KOTA	PUSKESMAS			JUMLAH KECAMATAN
		R.INAP	**NON R. INAP**	**JUMLAH**	
1	Kota Tarakan	0	7	7	4
2	Kab. Nunukan	7	9	16	16
3	Kab. Bulungan	10	2	12	10
4	Kab. Malinau	6	11	17	15
5	Kab. T.Tidung	0	5	5	5
	PROVINSI KALIMANTAN UTARA	**24**	**32**	**56**	**50**

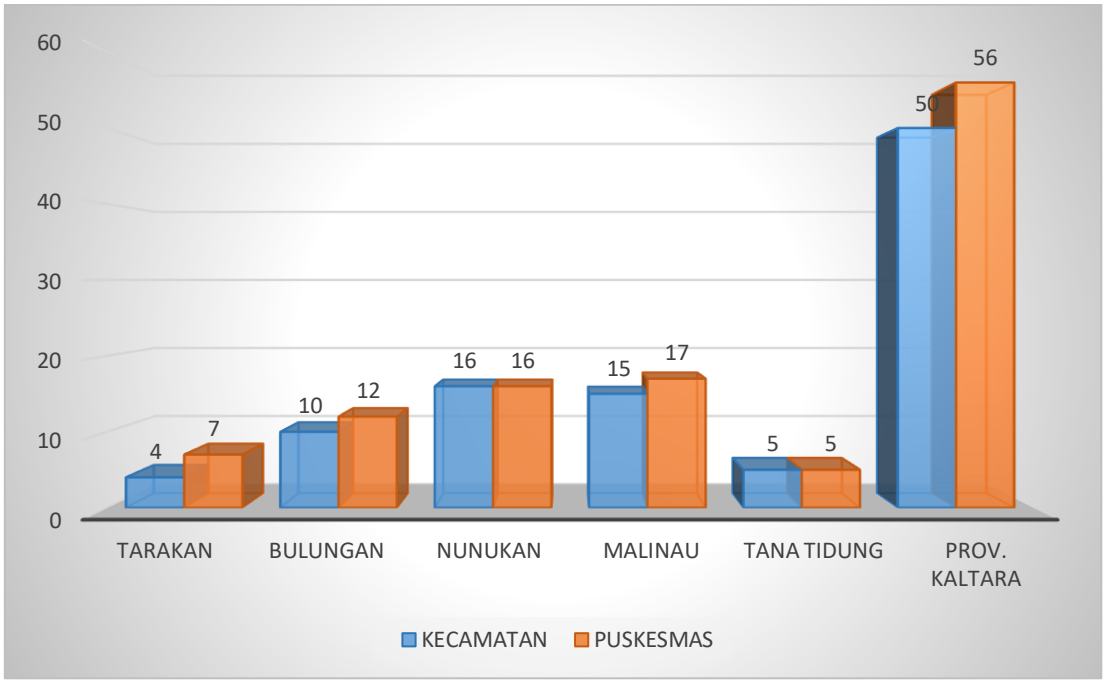
Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

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 2018



Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Pada grafik 3.2 di atas terlihat rata-rata Jumlah Puskesmas lebih banyak disbanding Kecamatan, artinya ada Kecamatan dimana terdapat lebih dari 1 Puskesmas

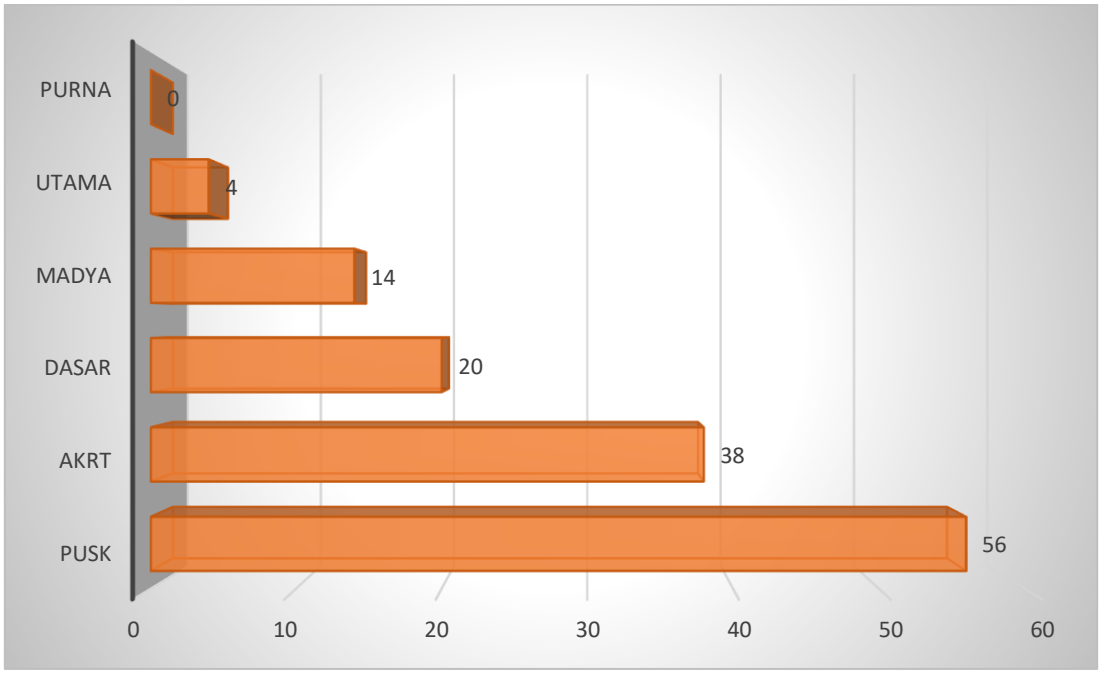
yang tentunya dengan mempertimbangkan berbagai hal namun di Provinsi Kalimantan Utara pertimbangan utama adalah Geografis.

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 Pengohatan Tradisional.

Dari 56 Puskesmas di Kalimantan utara semua suda 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 suda masuk rana yang terkait sumber daya manusia dan mengharuskan adanya pembenahan fisik ruangan yang membutuhkan pembiayaan.

GRAFIK 3.3 KONDISI AKREDITASI PUSKESMAS PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018



Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018
Pusdatin Kemenkes tahun 2018

Jika dilihat dari segi akreditasi berdasarkan laporan tahun 2018 ternyata baru 67,84 % dari 56 Puskesmas telah terakreditasi, namun sebagian besar pada level/status dasar, sehingga perlu mengupayakan peningkatan agar 18 Puskesmas yang belum terakreditasi menjadi terakreditasi dan yang lainnya dapat ditingkatkan.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktek Mandiri Dokter, dan Tempat Praktek mandiri Dokter Gigi. Ada 3 kelompok utama dalam penilaian akreditasi yakni kelompok administrasi dan manajemen, kelompok upaya kesehatan masyarakat dan kelompok upaya kesehatan perorangan.

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

TABEL 3.3 KUNJUNGAN PASIEN RAWAT JALAN DI PUSKESMAS KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

KABUPATEN KOTA	JENIS SARANA	JUMLAH PUSKESMAS	JUMLAH KUNJUNGAN		
			RAWAT JALAN		
			L	**P**	**L+P**
Tarakan	PUSK	7	77.863	118.981	19.844
Nunukan	PUSK	16			185.922
Bulungan	PUSK	12	123.523	158.625	282.148
Malinau	PUSK	16	42.362	58.608	100.970
Tana Tidung	PUSK	5	15.775	23.127	38.902
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		**56**			**804.786**

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Jika kita lihat tabel 3.3 dimana pasien terbanyak di Kabupaten Bulungan 282.148 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 3.4 KUNJUNGAN PASIEN RAWAT INAP DI PUSKESMAS KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

KABUPATEN KOTA	JENIS SARANA	JUMLAH PUSKESMAS	JUMLAH KUNJUNGAN		
			RAWAT INAP		
			L	**P**	**L+P**
Tarakan	PUSK	7	0	0	0
Nunukan	PUSK	16			3.148
Bulungan	PUSK	12	1.249	1.887	3.136
Malinau	PUSK	16	7	1	64
Tana Tidung	PUSK	5	0	0	0
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		**56**			**6.348**

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Pada tabel 3.4 menunjukan kunjungan pasien rawat inap di Puskesmas terbanyak di Kabupaten Nunukan dan Kabupaten Bulungan sementara di Kota Tarakan dan 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 3.5 terbanyak di Kabupaten Nunukan dan Bulungan sementara di tarakan tidak ada laporan sehingga bisa muncul 2 kemungkinan yakni ada pasien tetapi tidak terlaporkan atau tidak ada pasien.

TABEL 3.5 KUNJUNGAN PASIEN GANGGUAN JIWA DI PUSKESMAS KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

KABUPATEN KOTA	JENIS SARANA	JUMLAH PUSKESMAS	JUMLAH KUNJUNGAN GANGGUAN JIWA		
			L	**P**	**L+P**
Tarakan	PUSK	7			
Nunukan	PUSK	16	1,586	779	2,365
Bulungan	PUSK	12	832	760	1,592
Malinau	PUSK	16	83	48	131
T. Tidung	PUSK	5	61	22	83
PROVINSI KALTARA		**56**	**2,562**	**1,609**	**4,171**

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Pada tabel diatas dapat disimpulkan bahwa jumlah kunjungan pasien gangguan jiwa lebih banyak pada jenis kelamin laki-laki dengan perbandingan 2.562 : 1.609 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 Pratama

Salah satu provinsi yang sebenarnya secara geografis mengharuskan diadakannya Rumah Sakit Pratama di beberapa wilayah, misalkan yang suda ada sekarang terdapat 4 Rumah Sakit Pratama namun yang suda lebih 3 Tahun dibangun tetapi sampai saat ini baru 1 yang berfungsi yakni Rumah Sakit Pratama Long Ampung yang berada di wilayah Kabupaten Malinau. Sementara 3 Rumah Sakit Pratama lainnya di wilayah Nunukan belum berfungsi.

Mungkin Provinsi Kalimantan Utara merupakan salah satu Provinsi yang memiliki Rumah Sakit Pratama cukup banyak karena alasan Geografis dimana daerah perbatasan dengan Negara lain (Malaysia) yang sebagian kecamatan harus ditempuh dengan Pesawat dan itupun tidak semua wilayah ada penerbangan regular rutin, selain itu terdapat pula wilayah dimana harus ditempuh dengan perpaduan transportasi air / pedrahu dan darat, transportasi udara dan darat bahkan transportasi udara – air dan darat jalan kaki.

TABEL 3.6 KONDISI RUMAH SAKIT PRATAMA DAN SETINGKATNYA KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	WILAYAH	NAMA RS	JML	KELAS
1	Tarakan	RSAL ILYAS	1	D
2	Nunukan	RS Pratama Sebatik	1	D
		RS Pratama Krayan	1	D
		RS Pratama Sebuku	1	D
3	Malinau	RS Pratama Long Ampung	1	D
		RS Bergerak	1	D
4	T.Tidung	RS Ahmad Barahim	1	D

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kab/Kota tahun 2018

Keberadaan Rumah Sakit Pratama sebenarnya sangat didambahkan dan dibutuhkan oleh masyarakat sekitar lokasi yang telah dibangun namun sampai Tahun

2018 berakhir ada 3 Rumah Sakit Pratama yang belum beroperasi yakni Rumah Sakit Pratama di Krayan, Rumah Sakit Pratama di Sebuku dan Rumah Sakit Pratama di Sebatik dan ketiganya di wilayah Kabupaten Nunukan. Untuk Rumah Sakit Pratama di Krayan, Rumah Sakit Pratama di Sebuku dengan alasan belum memiliki alat kesehatan dan untuk Rumah Sakit Pratama di Sebatik dimana telah lengkap alat kesehatan namun belum berfungsi. Rumah Sakit Pratama dan Rumah Sakit Bergerak di wilayah Kabupaten Malinau suda sejak awal berfungsi dengan baik. Rumah Sakit Angkatan Laut dan Rumah Sakit Umum Daerah Milik Kabupaten Tana Tidung telah berfungsi. Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Tana Tidung sebaiknya ditibgkatkan dan diisi fasilitas dengan SDM terutama Dokter Spesialis sebab tidak ada Puskesmas di Kabupaten Tana Tidung yang memiliki rawat inap.

Jika melihat kondisi geografis di wilayah Provinsi Kalimantan Utara maka sewajarnya di beberapa tempat perlu dibangun lagi RS Pratama dengan harapan bisa diisi oleh dokter spesialis sehingga masyarakat yang ada sekitarnya tidak harus menunggu waktu yang lama untuk dirujuk ke Rumah Sakit Type B milik Provinsi Kalimantan Utara di Tarakan atau tidak harus menunggu waktu lama untuk dirujuk ke Rumah Sakit Umum Daerah di Kabupaten Kota dalam wilayahnya. Salah satu contoh wilayah yang membutuhkan Rumah Sakit Pratama adalah di Pulau Bunyu.

4. Rumah Sakit Umum

Rumah sakit di Provinsi Kalimantan Utara suda cukup memadai dimana semua Kabupaten Kota telah memiliki minimal 1 rumah Sakit dan Provinsi juga telah memiliki 1 Rumah Sakit Type B di Kota tarakan dan sedang dalam pembangunan Rumah Sakit Type B untuk ditempatkan di Ibu Kota Provinsi yakni di Kabupaten bulungan.

Berikut ini akan dipaparkan sarana kesehatan sebagai rujukan setingkat rumah sakit baik swasta maupun milik pemerintah beserta tipe rumah sakit sebagaimana mana dapat dilihat tabel 3.7

TABEL 3.7 SEBARAN RUMAH SAKIT UMUM DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

No	Kab./Kota	Nama Rumah Sakit	JML RS	TYPE RS
1	Kota Tarakan	RSUD Prov Type B	1	B
		RSU Kota Tarakan	1	C
		RSU Pertamedika	1	C
2	Kabupaten Nunukan	RSUD Nunukan	1	C
3	Kabupaten Bulungan	RSUD Bulunagan	1	C
4	Kabupaten Malinau	RSUD Malinau	1	C
5	Kabupaten T Tidung	RS Ahmad Barahim	1	D

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

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 Mentri Raga milik Pemerintah Kota Tarakan, RSUD Kabupaten Nunukan, dan RSUD Kabupaten Tana Tidung (KTT)

a. Kunjungan Pasien Rawat Jalan

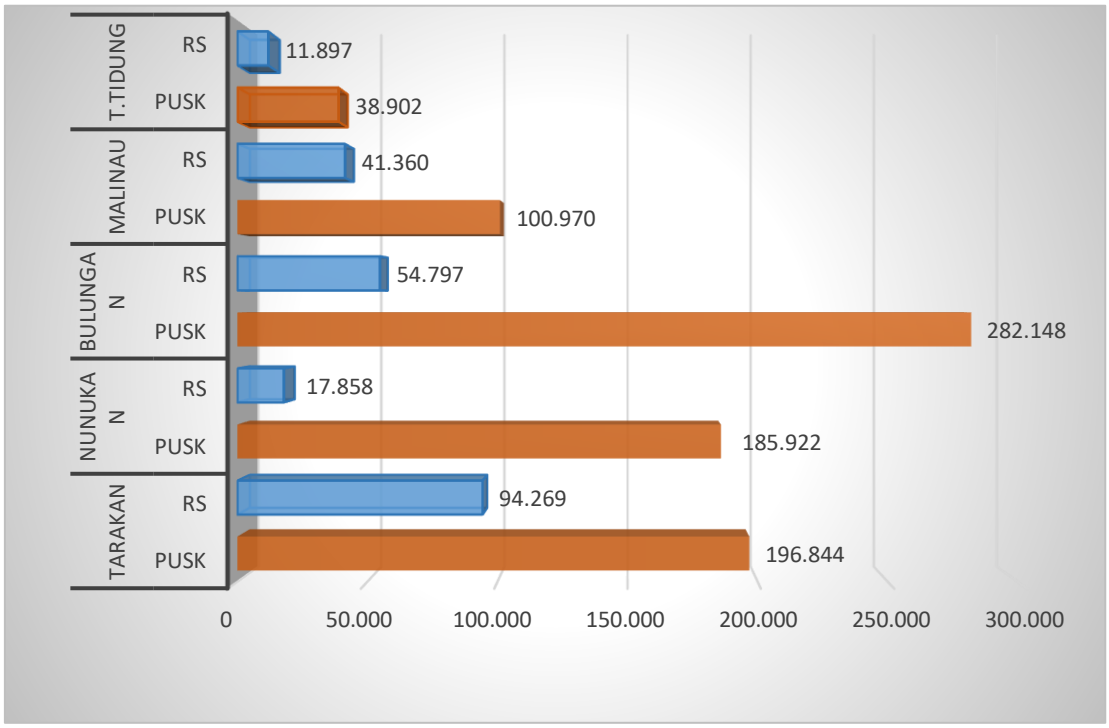
Dalam rangka mendukung program pemerintah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia, RSU salah satu unit pelayanan kesehatan terus berupaya meningkatkan layanan dan pengembangan fasilitas kesehatannya. Salah satu layanan yang disiapkan adalah fasilitas rawat jalan.

Layanan rawat jalan adalah pelayanan medis kepada seorang pasien untuk tujuan pengamatan, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi, dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa mengharuskan pasien tersebut dirawat inap. Pasien tidak perlu mengeluarkan biaya untuk menginap atau opname.

"Unit rawat jalan merupakan suatu institusi pelayanan kesehatan yang melakukan upaya kesehatan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif),".

Indikator utama untuk mengetahui mutu pelayanan rumah sakit adalah kepuasan pasien. Sehingga selain penyediaan sarana dan prasarana bermutu, sumber daya manusia berkualitas juga pelayanan yang baik dari suatu rumah sakit akan membuktikan bahwa rumah sakit tersebut bermutu baik. Kepuasan pasien merupakan penilaian pasien setelah merasakan pelayanan rawat jalan yang diberikan oleh petugas kesehatan dibandingkan dengan harapan pasien. Itulah pentingnya selalu dilakukan survei dan evaluasi demi perbaikan secrata terus menerus.

GRAFIK 3.4 KUNJUNGAN PASIEN RAWAT JALAN RUMAH SAKIT & PUSKESMAS KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018



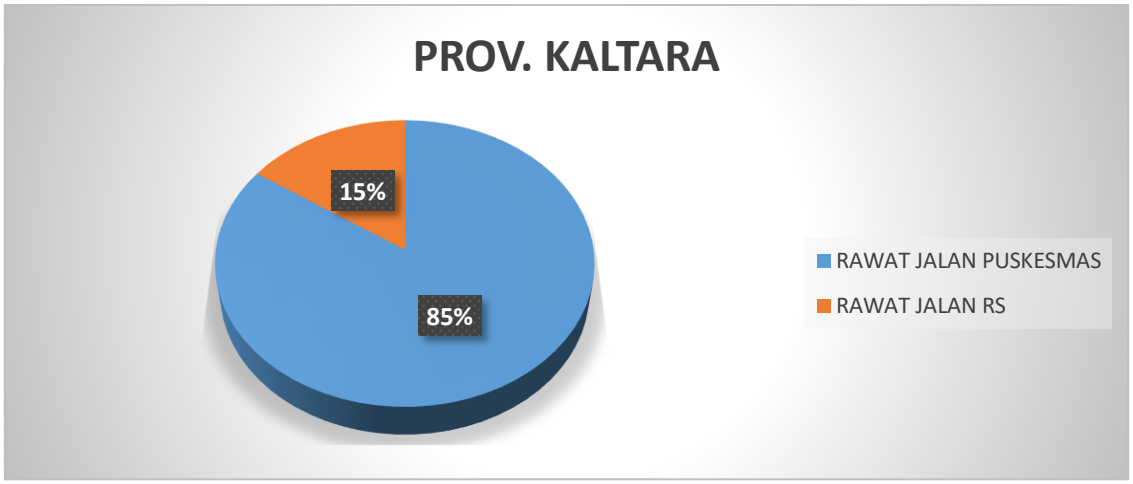
Sumber Data : Profil Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018
Profil RSU Provinsi Tahun 2018

Kunjungan pasein rawat jalan tertinggi Puskesmas di Kabupaten Bulungan sebanyak kemudian berturut-turut Puskesmas di Kota Tarakan, Puskesmas di Kabupaten Nunukan, Puskesmas di kabupaten Malinau dan Puskesmas di Kabupaten Tana Tidung. Kunjungan pasien rawat jalan Rumah Sakit terbanyak di Kota Tarakan menyusul RS di Kabupaten Bulungan, RS di kabupaten Malinau, RS di kabupaten Nunukan dan RS di Kabupaten T Tidung

Dengan merangkum beberapa data maka dapat dibuat ringkasan seperti grafik 3.5 dimana terlihat perbedaan yang signifikan antara kunjungan pasien rawat jalan di Rumah Sakit dan Puskesmas.

Kunjungan pasien rawat jalan di Rumah Sakit Kabupaten malinau lebih tinggi dibanding kunjungan rawat jalan di Rumah Sakit Kabupaten Nunukan dapat disebabkan karena di kabupaten malinau termasuk suda 3 Rumah Sakit yang berfungsi sementara di Kabupaten Nunukan pada tahun 2018 baru 1 Rumah Sakit yang berfungsi yakni RSUD milik Pemerintah Kabupaten.

GRAFIK 3.5 PERSENTASE KUNJUNGAN RAWAT JALAN RUMAH SAKIT & PUSKESMAS PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018



Pada grafik di atas terlihat kinjungan rawat jalan terbanyak di Puskesmas 85 % sementara di Rumah Sakit hanya 15 %, tetapi persentase tersebut belum termasuk kunjungan rawat jalan di Rumah Sakit Type B milik Provinsi Kalimantan Utara di Kota Tarakan.

Persentase kunjungan pasien rawat jalan yang sangat tinggi di Puskesmas disebabkan faktor geografis sehingga pasien lebih cenderung mencari dan mendatangi

sarana kesehatan yang terdekat terutama karena tersebarnya Puskesmas dan Puskesmas Pembantu yang tersebar di semua pelosok wilayah Provinsi Kalimantan Utara.

TABEL 3.8 KUNJUNGAN PASIEN RAWAT JALAN DI RSUD TYPE B PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	RUANGAN	JUMLAH PASIEN			
		BARU	**ULANGAN**	**TOTAL**	**RATA2/ HARI**
1	Penyakit Dalam	2.161	11.742	13.903	56.52
2	Saraf	1.527	10.134	11.661	47.4
3	kardiologi	1.189	9.539	10.728	43.61
4	Mata	2.592	7.131	9.723	39.52
5	Bedah	1.550	5.344	6.894	28.02
6	Orthopedi	965	4.274	5.239	21,31
7	Bedah Urologi	663	3.385	4.048	16,46
8	Gigi & Mulut	733	3.061	3.794	15,42
9	MCU	2.072	1.634	3.706	15,07
10	Kebidana	1.535	1.982	3.517	14,3
11	THT	1.014	1.994	3.008	12,23
12	Anak	1.043	1.941	2.984	12,13
13	Kesehatan Jiwa	306	2.395	2.701	10,98
14	Kulit dan Kelamin	587	1.870	2.457	9,99
15	Paru	500	1.871	2.371	9,64
16	Bedah Anak	511	1.498	2.009	8,17
17	TB Paru	328	1.558	1.888	7,67
18	PKBRS	1.377	0	1.377	5,6
19	Tumbuh Kembang	875	220	1.095	4,45
20	Bedah Syaraf	251	475	726	2,95
21	PDP	15	398	413	1,68
22	IPWL (Napza)	29	0	29	0,12
Jumlah		**21.823**	**72.446**	**94.271**	**383,24**

Sumber Data : Profil RSU Provinsi Tahun 2018

Tingginya kunjungan rawat jalan pada RSU Type B tersebut disebabkan bebagai faktor seperti belum berfungsinya RSU Type C milik Kota Tarakan dan banyak Desa yang masuk wilayah Kabupaten Bulungan dan kabupaten Tana Tidung langsung ke RSU Provinsi tersebut sebab jarak yang sangat jauh jika harus ke Puskesmas Induk atau ke RSU Kabupaten masing-masing.

Kunjungan pasien rawat jalan tertinggi pada poli penyakit dalam yakni 13.903 orang atau rata-rata 56,52 /hari. Perhitungan ini adalah di sesuaikan dengan jumlah hari buka poli tersebut dalam kurun 1 tahun (tahun 2018), kemudian menyusul terbanyak kedua Penyakit Saraf.

TABEL 3.9 10 BESAR DIAGNOSE PASIEN RAWAT JALAN RSU TYPE B PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	DIAGNOSA	JUMLAH	%
1	Diabete Militus Tipe II	2.163	2,71
2	Dorsolgia	1.985	2,49
3	Hypertensi Esensial (Primer)	1.524	1,91
4	Gangguan Refraksi dan Akomodasi	999	1,25
5	SkiZofrenia	861	1,08
6	Gagal Jatung	783	0,98
7	TB Paru	528	0,66
8	Stroke	382	0,48
9	Penyakit Pulva Dan Periapikal	246	0,31
10	Katarak Senil	151	0,19

Sumber Data : Profil RSU Provinsi Tahun 2018

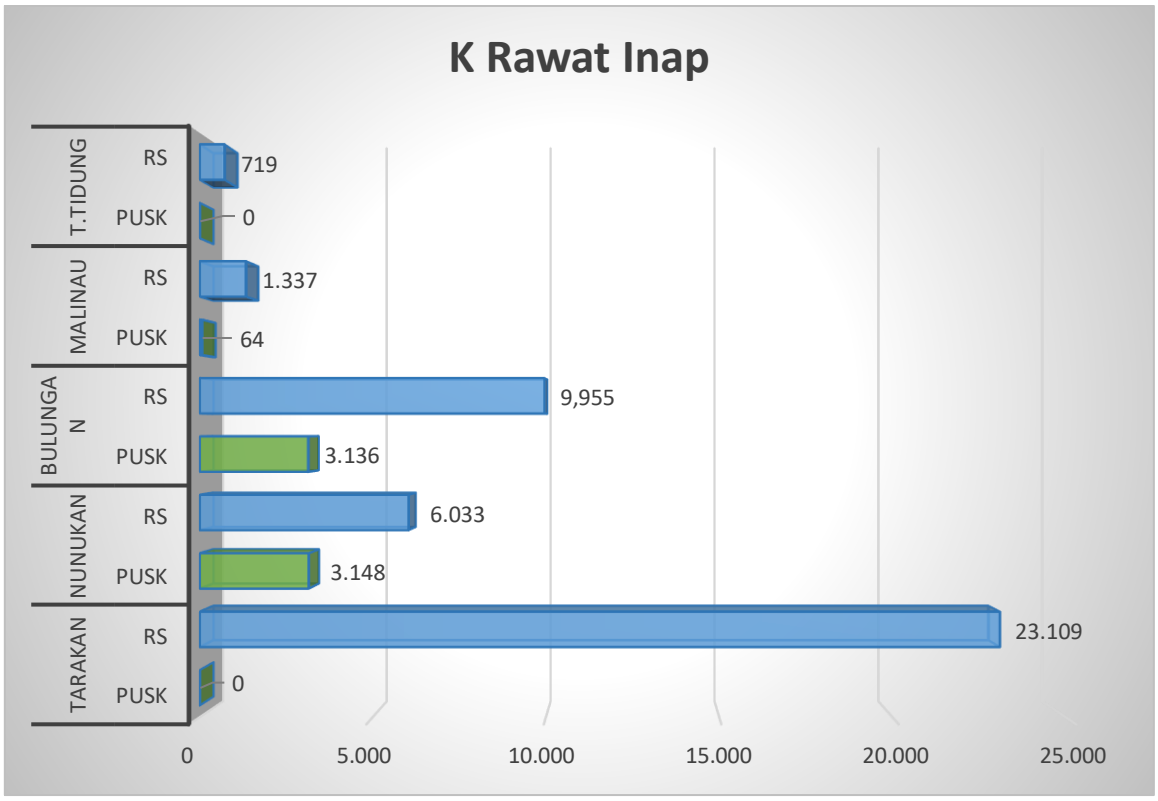
Tingginya penyakit Diabetes mellitus disebabkan karena pasien secara rutin berulang kali datang berkunjung ke Poli Penyakit Dalam untuk control atau berkunjung ke Poli Bedah untuk penanganan luka yang susa sembuh

b. Kunjungan Pasien Rawat Inap

Kondisi berbeda jika kita mengamati proporsi kunjungan pasien rawat inap di Puskesmas dan RS pada setiap Kabupaten Kota dimana umumnya akan lebih banyak kunjungan pasien rawat inap di RS sebab keberadaan Dokter Spesialis di RS sehingga jika petugas Puskesmas melihat kondisi pasien membutuhkan penanganan spesialis maka langsung dirujuk ke Rumah Sakit Kabupaten.

Kondisi lain pula yang dapat meningkatkan kunjungan pasien rawat inap di Rumah Sakit Kabupaten karena posisi lokasi Puskesmas Pembantu yang jarak antara Puskesmas Induk wilayah lebih jauh dari jarak antara beberapa Puskesmas Pembantu dalam wilayah Puskemas tersebut dengan Rumah Sakit Umum Daerah sebagai tumpuan utama rujukan. Hal ini untuk mengantisipasi kejadian yang sering dimana dari Pustu merujuk ke Puskesmas namun setelah tiba di Puskesmas dirujuk lagi ke Rumah Sakit Umum Daerah dan jika demikian terjadi maka waktu rujukan akan lama dan biaya transportasi akan meningkat.

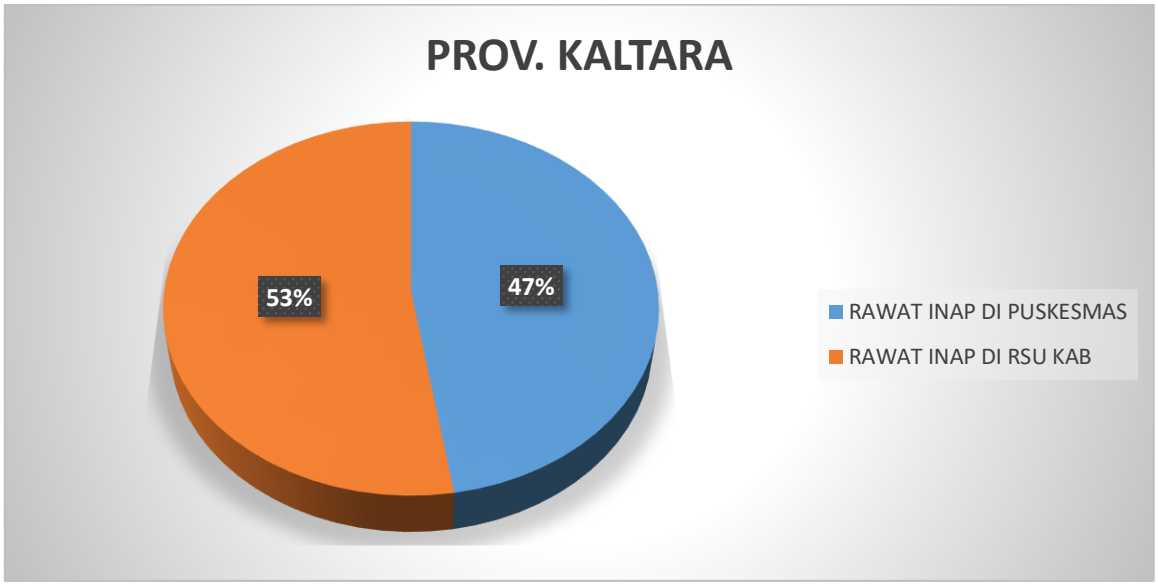
GRAFIK 3.6 PERBANDINGAN PASIEN RAWAT INAP RUMAH SAKIT & PUSKESMAS KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018



Sumber Data : RSU dan Dinkes Kabupaten Kota Tahun 2018

Mencermati grafik 3.6 secara khusus perlu diketahui bahwa sangat tingginya pasien rawat inap di RS Kota Tarakan disebabkan berbagai karena semua Puskesmas tidak memiliki tempat perawatan, RSU milik Kota Tarakan tidak berfungsi sebagaimana mestinya, RS Pertamedika dan Angkatan Laut tidak menjadi pilihan utama pasien dan RSU milik Provinsi menjadi tumpuan utama rujukan di Provinsi Kalimantan Utara baik dari RSU Kabupaten (type C dan D) maupun dari Puskesmas bahkan dari Puskesmas Pembantu di Desa karena kondisi geografis.

GRAFIK 3.7 PERSENTASE KUNJUNGAN RI RUMAH SAKIT & PUSKESMAS PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018



Sumber Data : RSU dan Dinkes Kabupaten Kota Tahun 2018

Persentase pasien kunjungan rawat inap yang tergambar dalam grafik 3.7 di atas terjadi keseimbangan yakni kunjungan rawat inap di Puskesmas sebesar 47 % sedang pasien kunjungan rawat inap di Rumah Sakit Umum 53 %. Tidak jauhnya perbedaan ini sebab kinjungan pasien rawat inap yang datang di Rumah Sakit Type B milik Provinsi Kalimantan Utara telah di masukan sehingg dapat dikatakan jumlah tersebut sudah masuk semua Rumah Sakit yang ada di provinsi Kalimantan Utara baik Rumah Sakit Type D, Rumah Sakit Type C dan Rumah Sakit Type B termasuk Rumah Sakit Suasta dan Rumah Sakit Angkatan laut.

Provinsi Kalimantan Utara memiliki satu-satunya RSU Type B milik Pemerintah Provinsi yakni yang berada di Kota Tarakan sehingga menjadi satu-satunya rujukan dari 5 Kabupaten Kota dalam wilayah Provinsi Kalimantan Utara, bahkan tidak sedikit pasien dari Provinsi Kalimantan Timur yakni Kabupaten Berau baik yang melalui rujukan dari RSUD Dr. Abdul Rivai milik Kabupaten Berau maupun tanpa rujukan atau datang dengan inisiatif sendiri dari pasien atau keluarga pasien dengan alasan tertentu.

TABEL 3.10 KUNJUNGAN PASIEN RAWAT INAP RSU TYPE B PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	SMF	JUMLAH PASIEN
1	Kebidanan dan Kandungan	3951
2	Kesehatan Anak	3430
3	Penyakit Dalam	2687
4	Perinatologi	2589
5	Bedah	2333
6	Mata	1186
7	Saraf	1047
8	Orthopedi	726
9	Paru	590
10	Kardiologi	584
11	Bedah Anak	553
12	Bedah Urologi	466
13	Jiwa	323
14	Bedah Saraf	222
15	THT	221
16	ICU /ICCU	171
17	Kulit dan Kelamin	48
18	Gigi dan Mulut	2
Jumlah		**21129**

Sumber Data : Profil RSU Provinsi Tahun 2018

Mengikuti perkembangan semakin tingginya rujukan atau non rujukan yang masuk ke RSU Type B membuat Pemerintah Provinsi Kalimantan Utara terus membenahi RSU tersebut baik kuantitas ruangan, alat penunjang diagnose, sarana dan prasarana, sumber daya manusia baik medis (Dokter Spesialis), paramedic maupun tenaga non medis. Selain peningkatan kuantitas tentu terpenting juga kualitas pelayanan yang secara terus menerus ditingkatkan demi kepentingan pasien.

Pada tabel diatas menunjukan pasien rawat inap tertinggi adalah pasien Kebidanan dan Kandungan sebesar 3.951 orang menyusul pasien Anak 3.430 orang, dan terkecil pasien Gigi Mulut 2 orang dan Kulit Kelamin 48 orang.

TABEL 3.11 RASIO TEMPAT TIDUR RUMAH SAKIT TERHADAP PENDUDUK KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

KAB/KOTA	JML PENDUDUK	JML TEMPAT TIDUR	RASIO
Tarakan	262.025	405	1.55
Nunukan	201.58	129	0.64
Bulungan	138.878	162	1.17
Malinau	79.201	171	2.16
Tana Tidung	26.893	18	0.67
PROVINSI KALIMANTAN UTARA	**708577**	**885**	**1.25**

Sumber Data : Profil RSU Provinsi Tahun 2018

Pada tabel diatas tidak dapat dihitung BOR Puskesmas Perawatan sebab tidak lengkap data diberikan oleh semua Dinas Kesehatan Kabupaten Kota seperti tidak adanya jumlah hari perawatan. Yang dapat dihitung adalah rasio tempat tidur terhadap jumlah penduduk dimana tertinggi di Kabupaten Malinau 2.16 per 1.000 penduduk kemudian Kota Tarakan 1.55 per 1.000 Penduduk. Rasio terkecil di Kabupaten Nunukan 0.64 per 1.000 penduduk dan Kabupaten Tana Tidung sebesar 0.67 per 1.000 penduduk.

Untuk menilai kunjungan rawat inap di Rumah Sakit Type B Provinsi Kalimantan Utara maka sesuai profil RS dapat disampaikan 10 besar diagnose pasien yang dilakukan

rawat inap selama tahun 2018 yang tentunya sangat dipengaruhi oleh keberadaan Dokter Spesialis, sarana prasarana yang ada dan kualitas palayanan secara menyeluruh.

TABEL 3.12 10 BESAR DIAGNOSE PASIEN RAWAT INAP RSU TYPE B PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	DIAGNOSE	JUMLAH	%
1	Dehidrasi Sedang	528	2,50
2	Katarak Seniler Imatur	352	1,67
3	Gastro Enteritis	316	1,50
4	Pneunomia	255	1,21
5	CKD	279	1,32
6	Appendicitis	177	0,84
7	Celulitis	139	0,66
8	CHF	174	0,82
9	Cerebal Infraction	169	0,80
10	Hemiparese	88	0,42

Sumber Data : Profil RSU Provinsi Tahun 2018

Dari tabel 3.12 di atas terlihat kasus penyakit di bagian Penyakit Dalam menduduki jumlah tertinggi seperti Dehidrasi 2,50 % (528) termasuk Gastro Enteritis 1.50 % (316) kemudian menyusul penyakit di bagian Penyakit Mata sebesar 1.67 % (352). Sesungguhnya andai RSU milik Kota Tarakan beroperasi sebagaimana mestinya tentu kunjungan pasien Dehidrasi dan Gastro Enteritis sebagian akan ditangani / rawat inap di Rumah Sakit Umum Kota Tarakan jadi tidak semua menumpuk di Rumah Sakit Type B. Memang ada Rumah Sakit lain sekelas Rumah Sakit Type C seperti Rumah Sakit Angkatan Laut dan Rumah Sakit Pertamedika tetapi bukan menjadi pilihan utama pasien .

Pasien rawat inap yang masuk ke RS Type B di tarakan jika dilihat laporan Rumah Sakit maka dapat dijelaskan bahwa walaupun Rumah Sakit Type B tetapi masi banyak pasien yang datang sendiri dan banyak juga pasien yang datang dengan modal rujukan dari Puskesmas atau Pustu terutama yang dekat ke arah Kota Tarakan demi menghindari waktu dan biaya transport rujukan yang tinggi.

Menurut Organisasi kesehatan Dunia, rasio ideal daya tampung RS adalah 1.000 penduduk : 1 tempat tidur, namun hal ini berlaku untuk persebaran penduduk yang merata dengan kepadatan diatas rata-rata sehingga tidak dapat diterapkan untuk wilayah tertentu dengan kondisi geografis yang spesifik. Seperti misalkan di Provinsi Kalimantan Utara jika menerapkan rasio ideal tersebut maka dapat terjadi peningkatan angka kematian akibat keterlambatan mendapatkan pertolongan di RS sebab keterbatasan tempat tidur sehingga pasien tidak dapat diopname akhirnya kembali ke rumah yang sangat jauh dari tempat rumah sakit, demikian juga jika terjadi wabah karena keterbatasan tempat tidur sehingga pasien ditolak padahal perlu rawat inap.

TABEL 3.13 10 BESAR DIAGNOSE PENYEBAB KEMATIAN RAWAT INAP RSU TYPE B PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	DIAGNOSE	JUMLAH
1	Sepsis Shock	67
2	Asidosis Metabolik	20
3	CKD	10
4	ICH	7
5	Gagal Nafas	7
6	Pneunomia	5
7	HS	5
8	Cerebral Infraction	3
9	NHS	2
10	NSTEMI	2

Sumber Data : Profil RSU Provinsi Tahun 2018

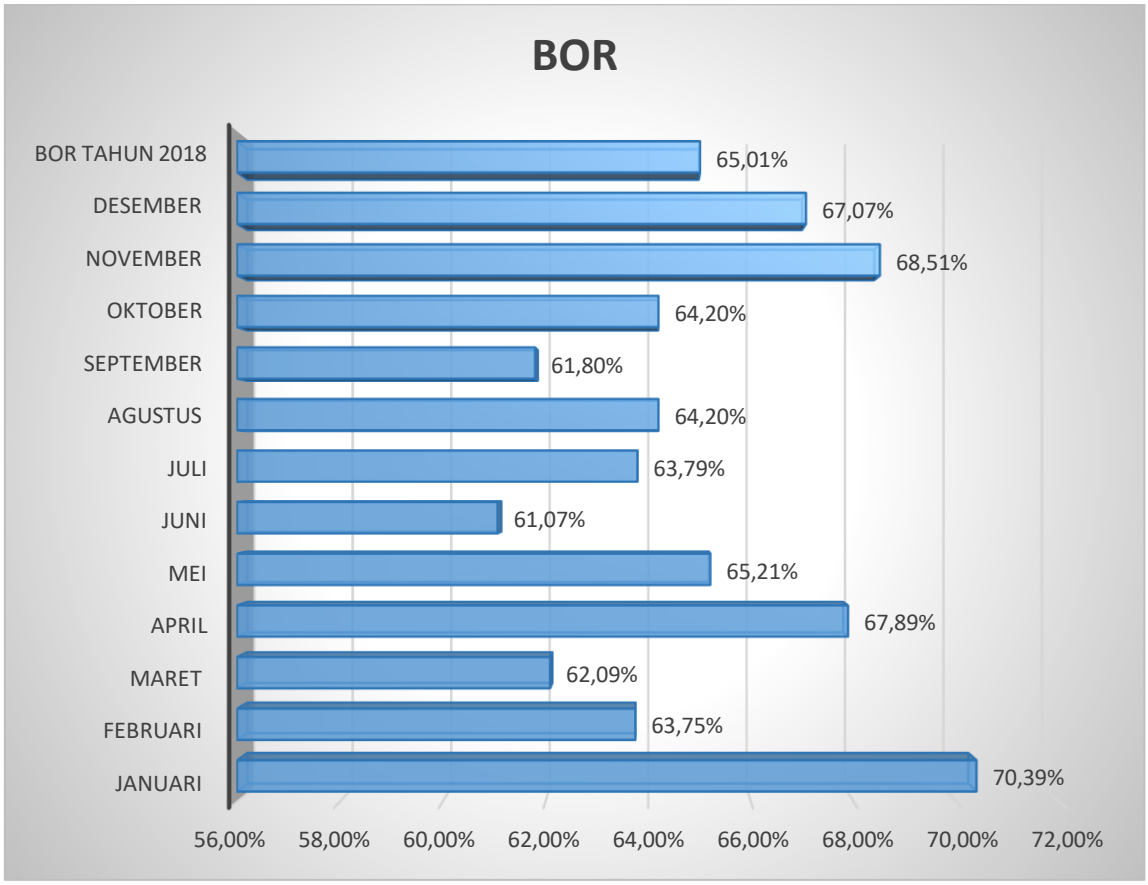
Secara umum penyebab kematian terbanyak di Rumah Sakit Type B milik Provinsi Kalimantan Utara adalah Sepsis Shock 67 jiwa kemudian Asidosis metabolic 20 jiwa dan CDK 10 jiwa.

Penyebab kematian di setiap Rumah Sakit tentu tidak memiliki persamaan diagnose secara tepat karena sangat banyak faktor yang dapat mempengaruhi.

Berbagai data dibutuhkan dalam melakukan analisis dalam penilaian suatu Rumah Sakit namun dalam profil ini tidak semua Rumah Sakit dapat ditampilkan dan dibahas

sebab tidak adanya data yang lengkap dari Kabupaten Kota. Sehingga yang ditampilkan berikut hanya laporan yang ada dari RS Type B milik Provinsi Kalimantan Utara.

GRAFIK 3.8 BOR RSU TYPE B MILIK MENURUT BULAN PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018



Sumber Data : Profil RSU Provinsi Tahun 2018

Pada grafik diatas menunjukkan penggunaan tempat tidur di RSU Type B tertinggi di bulan Januari tahun 2018 yakni 70.39 % dan terekdah pada bulan Juni tahun 2018 hanya 61.07 %. Jadi penggunaan tempat tidur di RS tersebut selama tahun 2018 sebesar 65.01 %.

Indikator-indikator pelayanan rumah sakit dapat dipakai untuk mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu, dan efisiensi pelayanan rumah sakit. Indikator-indikator berikut bersumber dari sensus harian rawat inap

- BOR (Bed Occupancy Ratio) = angka penggunaan tempat tidur karena menggambarkan prosentase pemakaian tempat tidur pada suatu waktu tertentu

dengan nilai ideal 60 – 85 % dengan rumus BOR = (Jumlah hari perawatan rumah sakit / (Jumlah tempat tidur X Jumlah hari dalam satu periode)) X 100%.

TABEL 3.14 INDIKATOR KINERJA RSU TYPE B PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

INDIKATOR KINERJA TAHUN 2018		REALISASI
URAIAN	SATUAN	
BOR	%	65,01
LOS	Hari	3,73
TOI	Hari	2,21
BTO	Kali	57,89
NDR	Per Mill	28,9
GDR	Per Mill	18,69

Sumber Data : Profil RSU Provinsi Tahun 2018

- AVLOS (*Average Length of Stay* = Rata-rata lamanya pasien dirawat) adalah rata-rata lama rawat seorang pasien. Indikator ini disamping memberikan gambaran tingkat efisiensi, juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan, apabila diterapkan pada diagnosis tertentu dapat dijadikan hal yang perlu pengamatan yang lebih lanjut. Secara umum nilai AVLOS yang ideal antara 6-9 hari:

  AVLOS = Jumlah lama dirawat / Jumlah pasien keluar (hidup + mati)
- TOI (*Turn Over Interval* = Tenggang perputaran) adalah rata-rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati dari telah diisi ke saat terisi berikutnya. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur. Idealnya tempat tidur kosong tidak terisi pada kisaran 1-3 hari.

  Dengan rumus : TOI = ((Jumlah tempat tidur X Periode) – Hari perawatan) / Jumlah pasien keluar (hidup +mati)
- BTO (*Bed Turn Over* = Angka perputaran tempat tidur) adalah frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode, berapa kali tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu tertentu. Idealnya dalam satu tahun, satu tempat tidur rata-rata dipakai 40-50 kali.

  Rumus :

  BTO = Jumlah pasien keluar (hidup + mati) / Jumlah tempat tidur

- NDR (*Net Death Rate*) adalah angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar. Indikator ini memberikan gambaran mutu pelayanan di rumah sakit dengan rumus : NDR = (Jumlah pasien mati > 48 jam / Jumlah pasien keluar (hidup + mati)) X 1000 ‰ NDR pada suatu Rumah Sakit dapat ditolerir apabila nilai kurang dari 25 per 1.000 penderita keluar.
- GDR (*Gross Death Rate*) adalah angka kematian umum untuk setiap 1000 penderita keluar dengan rumus :GDR = (Jumlah pasien mati seluruhnya / Jumlah pasien keluar (hidup + mati)) X 1000 ‰. Semakin rendah GDR, berarti mutu pelayanan rumah sakit semakin baik. nilai GDR seyogyanya tidak lebih dari 45 per 1.000 penderita keluar Rumah Sakit.
- Rata-rata Kunjungan Poliklinik per hari

  Indikator ini dipakai untuk menilai tingkat pemanfaatan poliklinik rumah sakit. Angka rata-rata ini apabila dibandingkan dengan jumlah penduduk diwilayahnya akan memberikan gambaran cakupan pelayanan dari suatu rumah sakit.

Dari data di atas GDR tertinggi di RSU Provinsi Kalimantan Utara Type B dengan nilai 24 menyusul RSUD milik Kabupaten Bulungan namun demikian nilai ini masi dalam batas kewajaran demikian juga NDR masi dalam batas toleransi.

Sarana Kefarmasian

Sarana kefarmasian yang dimaksutkan 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.

Pada tabel berikut disampaikan sarana pelayanan yang mengelolah sediaan farmasi walaupun sebagian data belum dapat ditampilkan sebab data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kota yang tidak lengkap.

TABEL 3.15 SEBARAN SARANA KEFARMASIAN DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	SARANA	JUMLAH SARANA				
		TARAKAN	**NUNUKAN**	**BULUNGAN**	**MALINAU**	**T. TIDUNG**
1	Apotik		14	27	29	2
2	Toko Obat		4			
3	RSU Pemerintah	3	4	1	3	1
4	RS Khusus	1	0	0	0	
5	RS Suasta	1	0	0	0	
6	Puskes Non RI	7	9	2	10	5
7	Pustu	2	81	50	86	16
8	Pusk RI	0	7	10	6	
9	Balai Peng/Klinik	5	4			
10	Praktek Dokter	96	55			
11	Peng Tradisional	13				
12	Gudang Farmasi	1	1	2	1	1

Sumber Data : Profil Kabupaten Kota Tahun 2018

Pada tabel 3.15 dapat dilihat beberapa sarana yang terkesan tidak ada tetapi di suatu Kabupaten Kota tetapi menurut analisa kami nahwa bukan berarti tidak ada sarana tersebut tetapi tidak baiknya sistim pencatatan dan pengolahan data di Dinas Kesehatan Kabupaten Kota termasu kurangnya perhatian dari Kepala Seksi dalam memberi pembinaan dan evaluasi termasuk pencatatan sehingga terabaikan informasi-informasi yang seharusnya ada. Kecuali beberapa sarana yang memang dapat dipastikan tidak ada di semua Kabupaten Kota seperti Rumah Sakit Khusus, Rumah Sakit Suasta dan Puskesmas Rawat Inap.

Sarana Kefarmasian milik Provinsi yang dirasakan sangat membatu 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 diberkan 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 tahappembangunan 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

Melihat tabel 3.4 di atas maka sangat menggembirakan jumlah Posyandu yang tergolong cukup jika dikonversikan dengan Jumlah Penduduk, Jumlah Desa dan Jumlah kelurahan namun yang perlu dilakukan penelitian lebih lanjut adalah seberapa jauh pemanfaatan posyandu tersebut oleh masyarakat.

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).

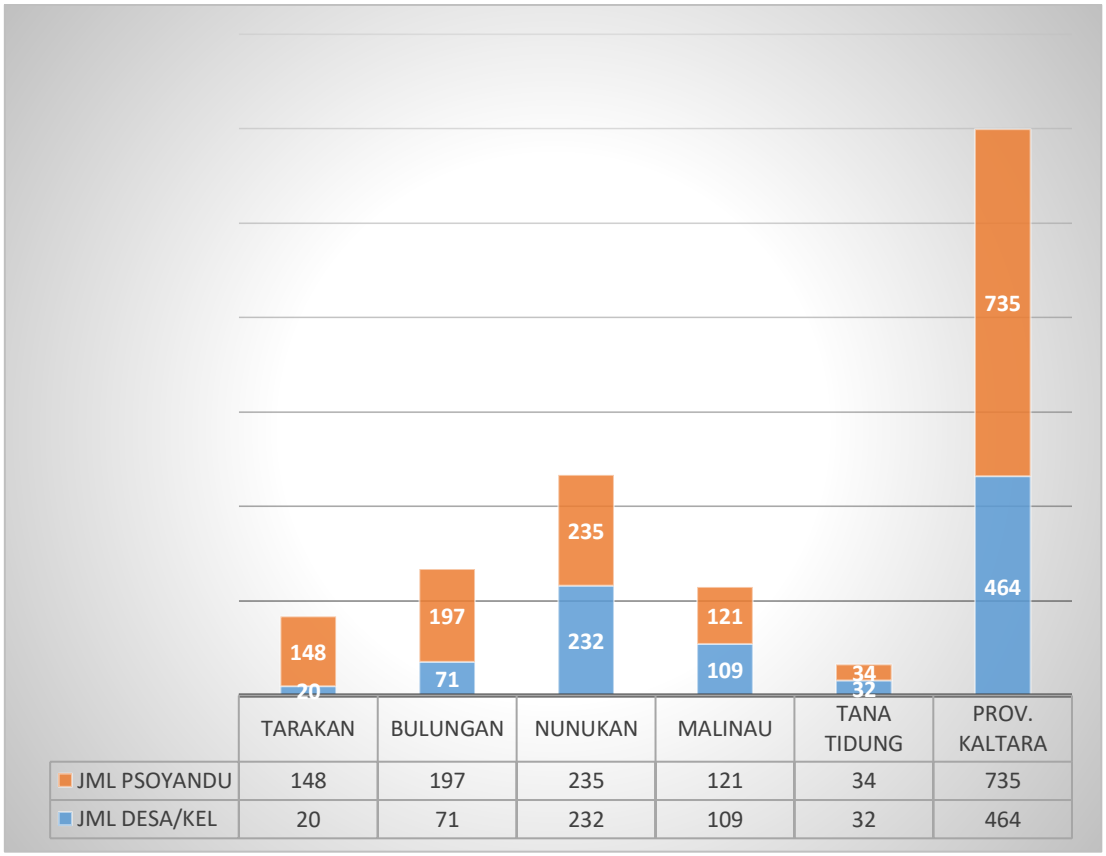
Posyandu memiliki tingkatan dengan kriteria masing-masing dan yang sering dijadikan acuan penilaian dengan rincian variabel sebagai berikut : 1) Variabel Input (kepengurusan, kader, sarana, prasarana dan dana); 2) Variabel Proses (pelaksanaan program pokok, program pengembangan dan administrasi); 3) 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.

GRAFIK 3.9 PERBANDINGAN JUMLAH POSYANDU DAN DESA/KELURAHAN KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018



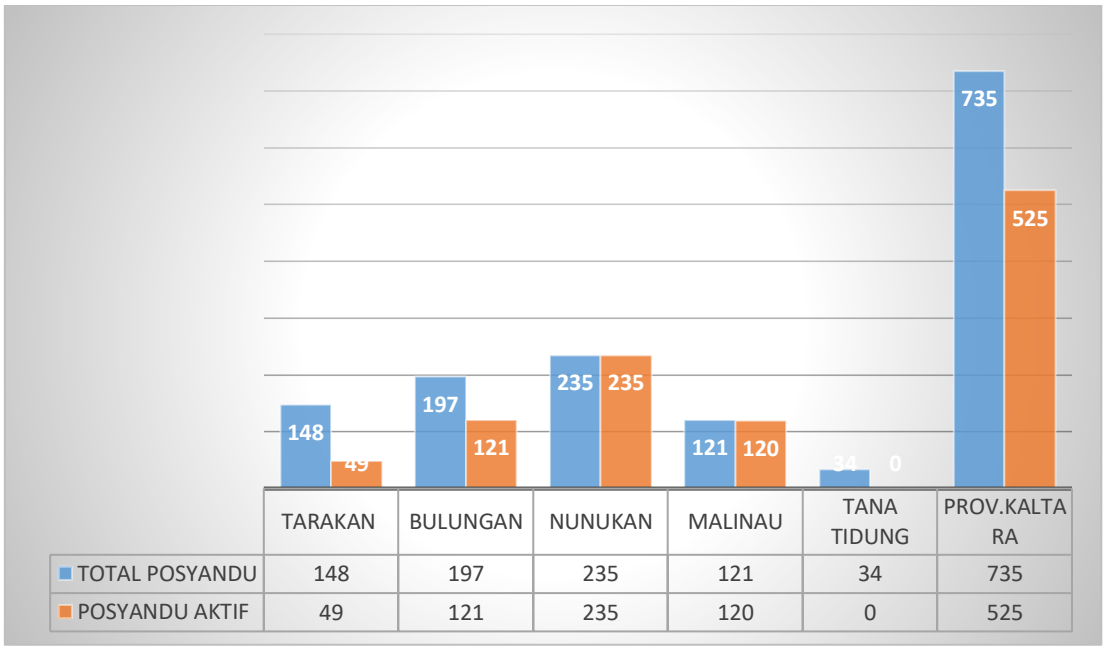
	TARAKAN	BULUNGAN	NUNUKAN	MALINAU	TANA TIDUNG	PROV. KALTARA
JML PSOYANDU	148	197	235	121	34	735
JML DESA/KEL	20	71	232	109	32	464

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Nampak dalam grafik 3.9 Kabupaten Nunukan memiliki jumlah posyandu terbanyak 235 kemudian menyusul Kabupaten bulungan 197 dan Kota tarakan 148. Tetapi jika melihat perbandingan antara Posyandu dan Desa/Kelurahan maka tertinggi di kota Tarakan kemudian Kabupaten bulungan.

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 3.10 GAMBARAN POSYANDU AKTIF DAN TIDAK AKTIF KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018



	TARAKAN	BULUNGAN	NUNUKAN	MALINAU	TANA TIDUNG	PROV.KALTARA
TOTAL POSYANDU	148	197	235	121	34	735
POSYANDU AKTIF	49	121	235	120	0	525

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Yang dapat dinilai dari grafil 3.10 adalah Kabupaten Nunukan dimana 100 % Posyandu masi terdaftar aktip kemudian Kabupaten Malinau hampir 100 %, sementara persentase Posyandu aktip terendah di Kabupaten Tana Tidung 0 % kemudian Kota tarakan 33.11 % dan Kabupaten Bulungan 61.42 %. Yang menjadi pertanyaan di Kabupaten Tana Tidung dengan jumlah Posyandu terkecil yakni 34 tetapi tidak ada yang aktif

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 keaktipan Posyandu terendah maka perlu upaya dan sinergitas lintas sektor dan lintas program karena berbagai hal yang dapat membuat Posyandu tidak aktip 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 3.17 POSYANDU AKTIF MENURUT STRATA DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	PRATAMA	MADYA	PURNAMA	MANDIRI
1	TARAKAN	0	31	12	6
2	NUNUKAN	30	136	64	3
3	BULUNGAN	11	37	38	35
4	MALINAU	45	50	16	10
5	TANA TIDUNG	0	0	0	0
	PROVINSI KALIMANTAN UTARA	86	254	130	54

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Pengaktifan posyandu tentu kolaborasi kerja sama masyarakat, kader dan petugas pemerintahan lintas sector dan lintas program. Mengamati tabel 3.17 di atas terlihat bahwa posyandu strata mandiri tertinggi di Kabupaten Bulungan sebanyak 35 dan ini menandakan tingkat kesadaran masyarakat terutama para kader termasuk para Pembina dari pihak pemerintah patut diacungi jempol

2. Unit Transfusi darah

Unit Transfusi Darah adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pendonor darah, penyediaan darah, dan pendistribusian darah (Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 83 Tahun 2014). Pada tahun 2018, terdapat

sebanyak 5 UTD di Provinsi Kalimantan Utara yakni masing2 kabupaten kota memiliki 1 unit, yang diselenggarakan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan Palang Merah Indonesia (PMI).

Untuk menjaga keamanan darah terhadap resiko penularan infeksi dari donor kepada pasien penerima darah, setiap kantong darah harus diuji saring terhadap infeksi, antara lain terhadap Sifilis, Hepatitis B, Hepatitis C dan HIV dan penyakit menular lainnya yang dapat ditularkan melalui darah. Uji tersebutdimaksutkan agar penerima darah tidak tertular penyakit dari pendonor.

BAB IV

SITUASI DERAJAT KESEHATAN

DAFTAR ISI :

A. INDEKS PEMBANGUNAN MANUSIA
B. UMUR HARAPAN HIDUP
C. ANGKA KEMATIAN IBU
D. ANGKA KEMATIAN BAYI & BALITA
E. STATUS GIZI

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

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. INDEKS PEMBANGUNAN MANUSIA (IPM)

Salah satu metode yang digunakan untuk mengukur keberhasilan pembangunan kualitas hidup manusia adalah Indeks Pembangunan Manusia (IPM) karena menjelaskan bagaimana penduduk dapat mengakses hasil pembangunan dalam memperoleh pendapatan, kesehatan, pendidikan, dan sebagainya.

TABEL 4.1 INDEKS PEMBANGUNAN MANUSIA KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA 4 TAHUN TERAKHIR

WILAYAH	TAHUN 2015	TAHUN 2016	TAHUN 2017	TAHUN 2018
Malinau	70,15	70,71	71,23	71,74
Bulongan	69,37	69,88	70,74	71,23
Tana Tidung	64,92	65,64	66,26	67,05
Nunukan	63,35	64,35	65,1	65,67
Kota Tarakan	74,7	74,88	75,27	75,69
PROVINSI KALIMANTAN UTARA	**68,76**	**69,2**	**69,84**	**70,28**

Sumber Data : BPS Kab/Kota dan Pusat tahun 2018

Wilayah tertinggi indeks pembangunan manusianya selama 4 tahun terakhir adalah Kota Tarakan yakni 75.69 pada tahun 2018 melebihi IPM Provinsi Kalimantan Utara 70.28 dan terendah di Kabupaten Nunukan tahun 2018 sebesar 65.67. namun jika melihat peningkatan dari tahun 2017 ke 2018 tertinggi di Kabupaten Tana Tidung yakni meningkat 0.79 dan terendah di Kota Tarakan hanya 0.42

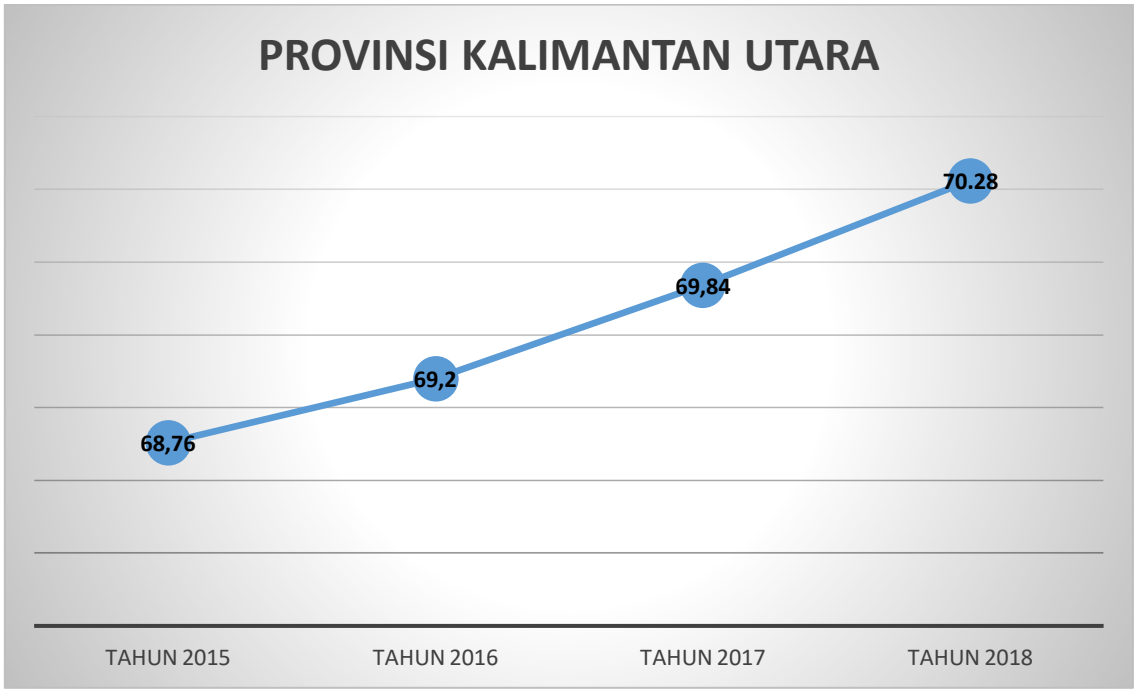
IPM dibentuk oleh tiga dimensi dasar, yaitu umur panjang dan hidup sehat (a long and healthy life), pengetahuan (knowledge), dan standard hidup layak (decent standard of living). Mengacu ketiga dimensi ini maka sangat beralasan jika Kota Tarakan tertinggi IPM di Provinsi Kalimantan Utara terutama jika ditinjau dari dimensi Knowledge and Decent Standard of Living.

Umur panjang dan hidup sehat digambarkan oleh Umur Harapan Hidup saat lahir (UHH) yaitu jumlah tahun yang diharapkan dapat dicapai oleh bayi yang baru lahir untuk hidup, dengan asumsi bahwa pola angka kematian menurut umur pada saat kelahiran sama sepanjang usia bayi.

Pengetahuan diukur melalui indikator Rata-rata Lama Sekolah dan Harapan Lama Sekolah. Rata-rata Lama Sekolah (RLS) adalah rata-rata lamanya (tahun) penduduk usia 25 tahun ke atas dalam menjalani pendidikan formal. Harapan Lama Sekolah (HLS) didefinisikan sebagai lamanya (tahun) sekolah formal yang diharapkan akan dirasakan oleh anak pada umur tertentu di masa mendatang.

Standar hidup yang layak digambarkan oleh pengeluaran perkapita disesuaikan, yang ditentukan dari nilai pengeluaran per kapita dan paritas daya beli (purchasing power parity)

GRAFIK 4.1 TREND INDEKS PEMBANGUNAN MANUSIA PROVINSI KALIMANTAN UTARA 4 TAHUN TERAKHIR



Sumber Data : BPS Kab/Kota tahun 2018
Pusat tahun 2018

Suatu kemajuan sangat menggembirakan seperti grafik 4.1 di atas dimana Indeks Pembangunan Manusia Provinsi Kalimantan Utara meningkat terus dari tahun ke tahun selama 4 tahun terakhir yakni saat tahun 2015 baru 68.76, kemudian 69.20 ditahun 2016, 69.84 pada tahun 2017 dan menjadi 70.28 pada tahun 2018, sehingga secara logis pilar yang menopang atau yang mempengaruhi peningkatan IPM juga terjadi peningkatan seperti harapan Lama Sekolah, Rata-rata Lama Sekolah,dan Standar Hidup Layak

B. UMUR HARAPAN HIDUP (UHH)

Derajat kesehatan masyarakat yang tinggi dapat digunakan sebagai acuan keberhasilan program kesehatan dan program pembangunan ekonomi yang secara tidak langsung dapat meningkatkan umur harapan hidup (UHH). Menurut Statistik Indonesia, umur harapan hidup pada saat lahir (life expectancy at birth) ialah rata-rata tahun hidup yang akan dijalani oleh bayi yang baru lahir pada suatu tahun tertentu.

TABEL 4.2 ANGKA HARAPAN HIDUP KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA 4 TAHUN TERAKHIR

WILAYAH	TAHUN 2015	TAHUN 2016	TAHUN 2017	TAHUN 2018
Kota Tarakan	73.52	73.69	73.85	73.88
Nunukan	70.83	71.23	71.25	71.27
Bulungan	72.21	72.36	72.51	72.55
Malinau	71.03	71.24	71.39	71.40
Tana Tidung	70.81	71.31	71.33	71.35
PROVINSI KALIMANTAN UTARA	**72.16**	**72.43**	**72.47**	**72.50**

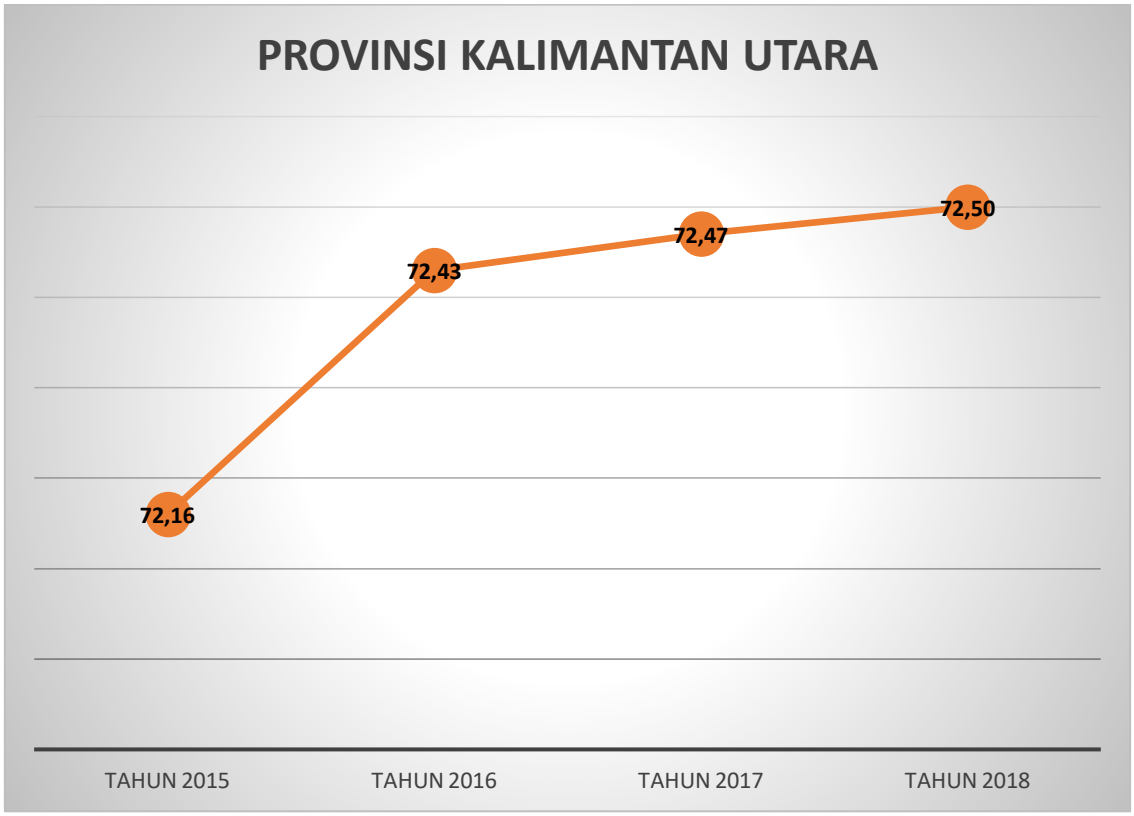
Sumber Data : BPS Kab/Kota tahun 2018
BPS Pusat tahun 2018

Semua wilayah Kabupaten Kota di Provinsi Kalimantan Utara mengalami peningkatan Angka Harapan Hidup secara terus menerus dalam kurun 4 tahun terakhir dan tertinggi di Kota Tarakan 73.88 melebihi AHH Provinsi Kalimantan Utara sebesar 72.50. Wilayah lain yang melebihi AHH Provinsi Kalimantan Utara adalah Kabupaten Bulungan sebesar 72.55. Sumbangsih yang positif dari semua Kabupaten Kota inilah yang menyebabkan AHH Provinsi Kalimantan Utara mengalami peningkatan terus selama 4 tahun terakhir seperti pada Grafik di bawah.

Umur harapan hidup di suatu wilayah berbeda dengan wilayah lainnya tergantung dari kualitas hidup yang mampu dicapai oleh penduduk. World Health Organization menyebutkan bahwa angka harapan hidup saat lahir mencerminkan tingkat kematian

keseluruhan populasi. Angka harapan hidup saat lahir merangkum pola mortalitas yang berlaku di semua kelompok umur pada tahun tertentu (anak dan remaja, dewasa, dan orang tua).

GRAFIK 4.2 TREND ANGKA HARAPAN HIDUP PROVINSI KALIMANTAN UTARA 4 TAHUN TERAKHIR



Sumber Data : BPS Kab/Kota tahun 2018
BPS Pusat tahun 2018

Peningkatan umur harapan hidup Provinsi Kalimantan Utara dipengaruhi oleh banyak hal. Kesehatan menjadi salah satu hal yang memiliki peran penting dalam peningkatan tersebut. Peran pengaruh kesehatan dalam meningkatkan usia harapan hidup ditunjukkan dari semakin menurunnya angka kematian, perbaikan pelayanan kesehatan, dan perbaikan gizi di masyarakat.Umur Harapan Hidup saat lahir (UHH) yang merepresentasikan dimensi umur panjang dan hidup sehat terus meningkat dari tahun ke tahun.

C. 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.

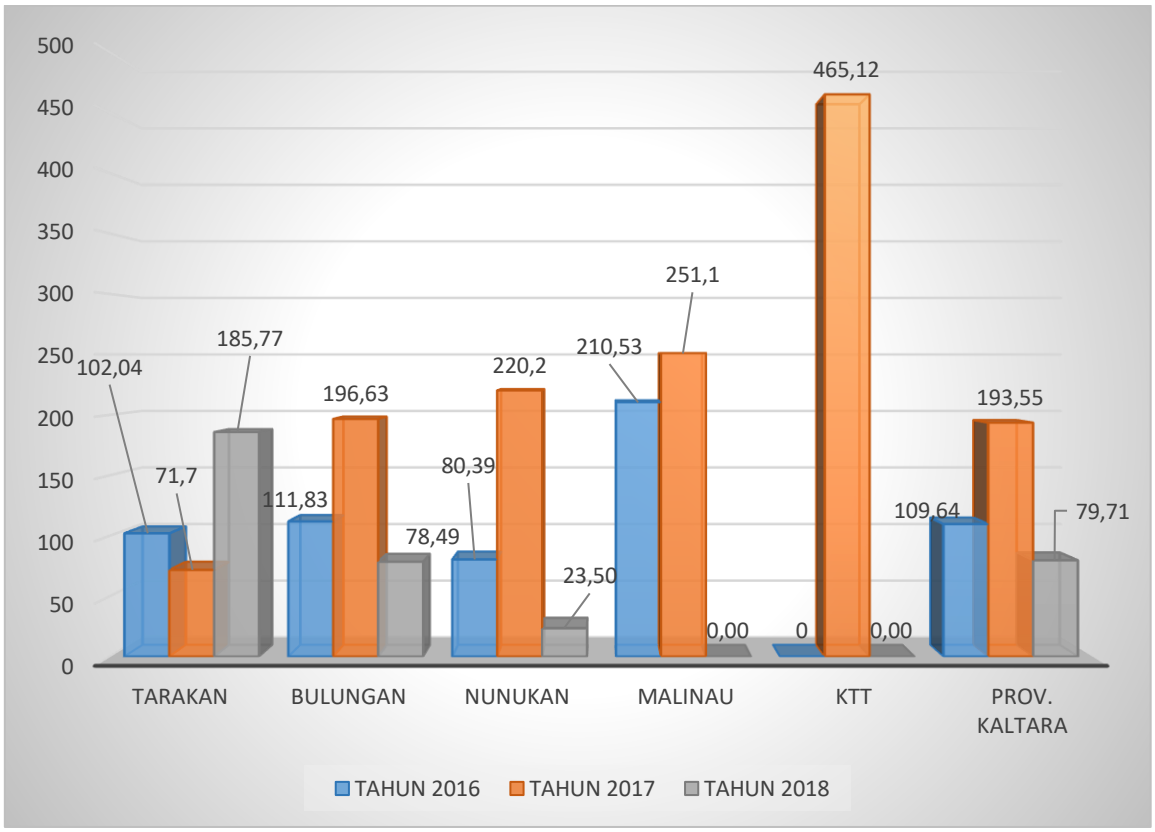
Angka Kematian Ibu mencerminkan resiko yang dihadapi ibu-ibu selama kehamilan dan melahirkan yang dipengaruhi oleh : keadaan sosial ekonomi dan kesehatan menjelang kehamilan, kejadian berbagai komplikasi pada kehamilan dan kelahiran, serta tersedianya dan penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan termasuk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

GRAFIK 4.3 KONDISI ANGKA KEMATIAN IBU KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA 3 TAHUN TERAKHIR



Sumber Data : Dinas Kesehatan Kab/Kota tahun 2018

Jika mengamati grafik 4.2 di atas terlihat fluktuatif Angka Kematian Ibu untuk 3 tahun terakhir misalkan di tahun 2016 AKI tertinggi di Kabupaten Malinau 210.53 per 100.000 kelahiran hidup menyusul Kabupaten Bulungan dan Kota Tarakan tetapi di Tahun 2017 justru AKI tertinggi di Kabupaten Tana Tidung kemudian Kabupaten Malinau dan Kabupaten Nunukan. Pada tahun 2018 justru tertinggi di Kota tarakan yakni 185.77 per 100.000 kelahiran hidup.

Melihat angka kematian ibu untuk Provinsi Kalimantan Utara walaupun masi di bawah target Nasional tetapi kita harus selalu berupaya semaksimal mungkin untuk menekan angka kematian ibu, walaupun kita sadari bahwa kematian ibu akibat persalinan merupakan masalah yang bersifat multidimensional. Kematian ibu akibat persalinan tidak hanya disebabkan oleh faktor kesehatan sang ibu semata seperti kekurangan gizi, anemia dan hipertensi, melainkan juga turut dipengaruhi oleh faktor eksternal seperti

ketersediaan infrastruktur kesehatan yang memadai, serta kesadaran keluarga untuk meminta bantuan tenaga kesehatan dalam proses persalinan. intervensi yang dilakukan oleh pemerintah harus menyasar lebih dari satu insititusi, dan turut melibatkan masyarakat sipil dalam prosesnya

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 2018 dengan jumlah Kelahiran Hidup masing-masing Kabupaten kota yang akan dijadikan acuan dalam perhitungan AKI.

TABEL 4.3 ANGKA KEMATIAN IBU KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA 2018

NO	KAB/KOTA	JUMLAH LAHIR HIDUP	JUMLAH IBU MATI	% (AKI)
1	Tarakan	3768	7	185.77
2	Bulungan	2548	2	78.49
3	Nunukan	4256	1	23.50
4	Malinau	1564	0	0.00
5	T.Tidung	410	0	0.00
	PROVINSI KALIMANTAN UTARA	**12546**	**10**	79.71

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Jika mengamati tabel 4.3 di atas Angka Kematian Ibu tertinggi tahun 2018 terjadi di kota tarakan kemudian Kabupaten Bulungan dan Kabupaten Nunukan. 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.

Penyebab langsung antara lain Perdarahan (42%), Eklampsi/ Preeklampsi (13%), Abortus (11%), Infeksi (10%), Partus lama/ persalinan macet (9%) dan Penyebab lain (15%)

Penyebab tidak langsung

a. Pendidikan –> pendidikan ibu berpengaruh pada sikap dan perilaku dalam pencapaian akses informasi yang terkait dalam pemeliharaan dan peningkatan kesehatan ibu. Masih banyak ibu dengan pendidikan rendah terutama yang tinggal di pedesaan yang menganggap bahwa kehamilan dan persalinan adalah kodrat wanita yang harus dijalani sewajarnya tanpa memerlukan perlakuan khusus (pemeriksaan dan perawatan).
b. Sosial ekonomi dan social budaya yang masih rendah –> pengaruh budaya setempat masih sangat berkaitan dengan pengambilan keputusan ibu dalam

upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan ibu. Contoh : budaya Indonesia mengutamakan kepala keluarga untuk mendapat makanan bergizi, dan ibu hamil hanya sisanya.

c. Empat (4) terlalu dalam melahirkan : Terlalu muda (batasan reproduksi sehat 20 – 35 tahun); Terlalu tua (kehamilan berisiko pada usia di atas 30 tahun); Terlalu sering (jarak ideal untuk melahirkan : 2 tahun); Terlalu banyak (jumlah persalinan di atas 4).

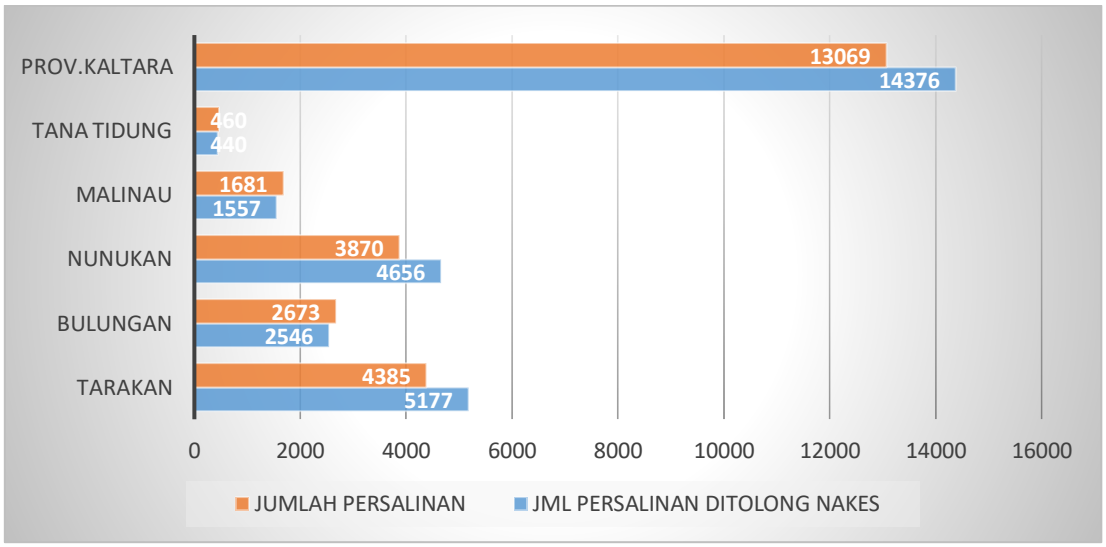
d. Tiga (3) terlambat

- Terlambat mengambil keputusan à sering dijumpai pada masyarakat kita, bahwa pengambil keputusan bukan di tangan ibu, tetapi pada suami atau orang tua, bahkan pada orang yang dianggap penting bagi keluarga. Hal ini menyebabkan keterlambatan dalam penentuan tindakan yang akan dilakukan dalam kasus kebidanan yang membutuhkan penanganan segera. Keputusan yang diambil tidak jarang didasari atas pertimbangan factor social budaya dan factor ekonomi.
- Terlambat dalam pengiriman ke tempat rujukan à keterlambatan ini paling sering terjadi akibat factor penolong (pemberi layanan di tingkat dasar).
- Terlambat mendapatkan pelayanan kesehatan à keterlambatan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan merupakan masalah di tingkat layanan rujukan. Kurangnya sumber daya yang memadai, sarana dan prasarana yang tidak mendukung dan kualitas layanan di tingkat rujukan, merupakan factor penyebab terlambatnya upaya penyelamatan kesehatan ibu.

Kalimantan Utara merupakan salah satu Provinsi di Indonesia yang memiliki kondisi geografis yag 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 continuitas 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 Suasta, Bidan, Rumah Sakit Suasta maupun di Rumah Sakit Daerah dengan jumlah persalinan yang ditolong oleh Dukun.

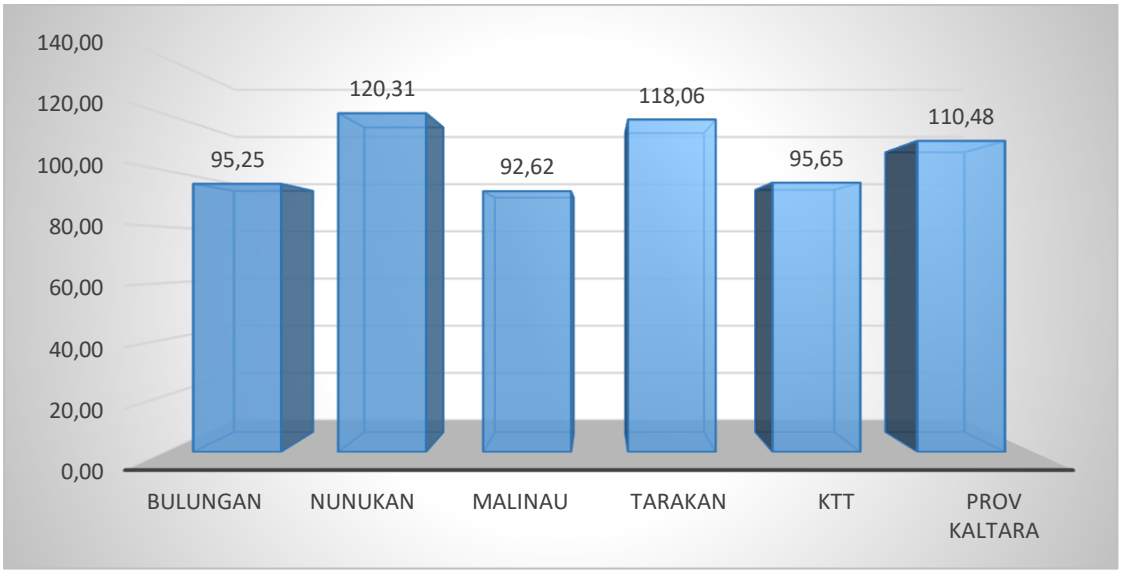
GRAFIK 4.4 JUMLAH PERSALINAN DITOLONG TENAGA KESEHATAN KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018



Sumber Data: Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Lebih rinci dapat kita lihat persentase persalinan yang ditolong oleh Tenaga Kesehatan di setiap Kabupaten Kota se Provinsi Kalimantan Utara pada grafik 4.4

GRAFIK 4.5 PERSENTASE PERSALINAN DITOLONG NAKES KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA 2018



Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Melihat grafik 4.5 di atas ada 2 wilayah dimana jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan tertinggi di Kota Tarakan dan Kabupaten Nunukan demikian jika melihat persentase persalinan yang ditolong tenaga kesehatan tertinggi di Kabupaten Nunukan 120.31 % kemudian kota Tarakan 118.06 %. Disini ada kontra persepsi dengan tabel 4.3 dimana AKI tertinggi di Kota Tarakan padahal jumlah persalinan di Kota Tarakan lebih 100 % ditolong oleh Tenaga kesehatan.

Adanya nilai lebih 100 % dapat disebabkan oleh sasaran yang rendah dari pada realitas lapangan atau terjadi kesalahan dalam pencatatan pelaporan

Pemegang program seperti misalnya Promosi Kesehatan sebaiknya lebih mencari strategi memberi pemahaman baik langsung maupun tidak langsung melalui berbagai media untuk menyadarkan masyarakat betapa pentingnya pemeriksaan kehamilan secara rutin ke Petugas/Sarana Kesehatan dan partus di Sarana Kesehatan/Petugas Kesehatan.

Tingginya persalinan yang ditolong non tenaga kesehatan maka para Bidan harus instrospeksi 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 kayakinan 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

D. 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 4.4 JUMLAH KEMATIAN NEONATAL, BAYI DAN BALITA KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	JUMLAH LAHIR HIDUP	KASUS KEMATIAN		
			NEONATAL	**BAYI**	**BALITA**
			0 - 28 HARI	**29 HR - 11 BLN**	**12 - 59 BLN**
1	Bulungan	2,548	18	7	3
2	Nunukan	4,256	41	19	10
3	Malinau	1,564	10	0	1
4	Tarakan	3,768	19	3	2
5	KTT	410	2	2	1
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		**12,546**	**90**	**31**	**17**

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Jumlah Kematian anak 0 – 5 tahun di wilayah Provinsi Kalimantan Utara menurut data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kota tahun 2018 seperti tabel 4.4 ternyata kematian Neonatal, Bayi dan Balita terbanyak di Kabupaten Nunukan sejumlah 70 jiwa dan tertinggi pada Neonatal 41.Jumlah kematian Neonatal kedua di Kota tarakan sebanyak 19 menyusul Kabupaten Bulungan 18 jiwa, Kabupaten malinau 10 jiwa dan Kabupaten Tana Tidung 2 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.

Kematian Bayi dan Balita hampir berbanding lurus dengan jumlah kematian Neonatal walaupun tidak ada kolerasi sebab akibat. Tetapi jika mengacu pada Angka Kematian per 1.000 Kelahiran Hidup maka akan menunjukkan angka yang sedikit berbeda seperti tabel berikut

TABEL 4.5 ANGKA KEMATIAN NEONATAL, BAYI DAN BALITA KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	ANGKA KEMATIAN / 1.000 KELAHIRAN HIDUP		
		NEONATAL (0 - 28 HR)	BAYI (29 HR - 11 BLN)	BALITA (12 - 59 BLN
1	Tarakan	5.04	0.80	0.53
2	Nunukan	9.63	4.46	2.35
3	Bulungan	7.06	2.75	1.18
4	Malinau	6.39	0.00	0.64
5	KTT	4.88	4.88	2.44

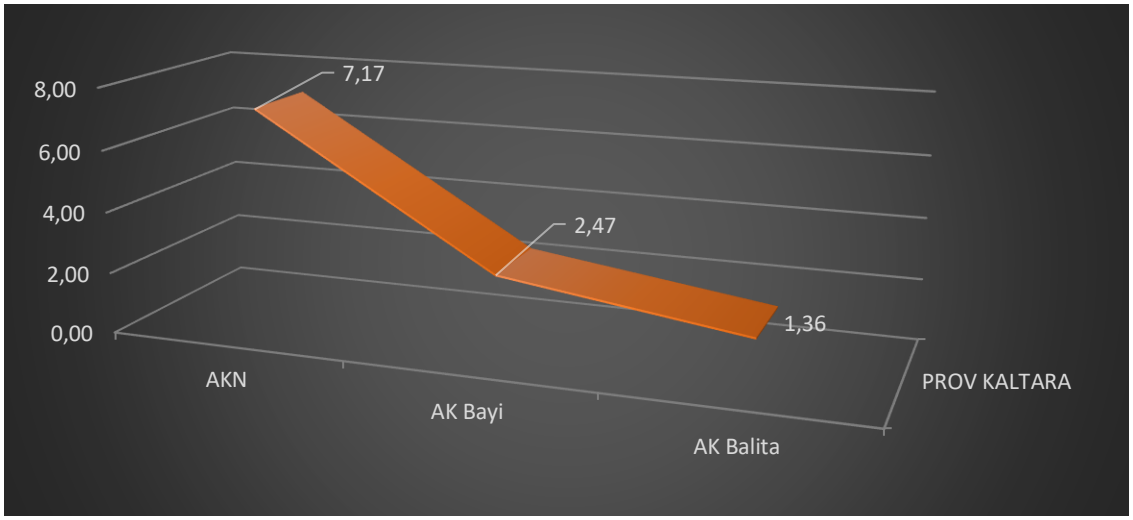
Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Angka kematian yang terlihat pada tabel 4.5 yakni AKN tertinggi di Kabupaten Nunukan 9.63 per 1.000 kelahiran hidup menyusul Kabupaten Bulungan 7.06 / 1.000 kelahiran hidup dan Kabupaten Malinau 6.39 per 1.000 kelahiran hidup. Permasalahan berbeda dengan Angka Kematian Bayi (29 hr – 11 Bln) dimana tertinggi di Kabupaten Tana Tidung 4.88 per 1.000 kelahiran hidup menyusul Kabupaten Nunukan.

Untuk Angka Kematian Balita tertinggi di Kabupaten Tana Tidung 2.44 per 1.000 kelahiran hidup menyusul Nunukan yakni 2,35 per 1.000 kelahiran hidup dan terkecil di Kota tarakan.

Dengan capaian Angka Kematian Bayi di Provinsi Kalimantan Utara dari tahun 2017 ke tahun 2018 dimana penurunannya signifikan yakni 152 ke 121, hal ini semakin menggembirakan. Penurunan ini menunjukkan bahwa kuantitas dan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat telah mengalami kemajuan yang cukup berarti diiringi dengan meningkatnya kesejahteraan masyarakat Provinsi Kalimantan Utara serta kesadaran dan kepercayaan ibu hamil untuk melaksanakan proses persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan. Angka yang dicapai ini tidak boleh menjadi acuan untuk berpuas kemudian tidak meningkatkan kualitas pelayanan secara terus menerus.

GRAFIK 4.6 ANGKA KEMATIAN NEONATAL, BAYI DAN BALITA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

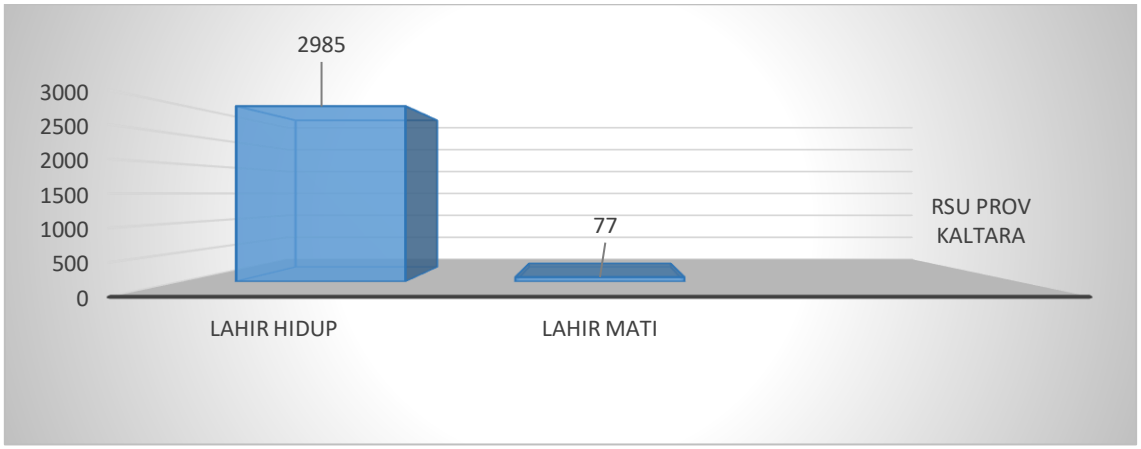


Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Mencermati grafik di atas jelas kematian terbanyak pada masa neonatal sehingga perhatian utama untuk menurunkan angka kematian bayi tentu pada umur yang sangat rentan tersebut, namun perlu dilakukan penelitian lebih jauh sebab-sebab kematian.

Secara khusus dilaporkan berikut angka kematian bayi yang terjadi di RSU type B di kota Tarakan dan ini belum termasuk dalam laporan Dinas Kesehatan Kota Tarakan.

GRAFIK 4.7 JUMLAH KELAHIRAN HIDUP DAN LAHIR MATI DI RSUD TYPE B PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018



Sumber Data : Profil RSU Type B Prov. Kaltara Tahun 2018

Menganalisa jumlah mati sebagaimana grafik di atas maka perlu penelitian lebih rinci terkait penyebab kematian dan bukan hanya terfokus pada kondisi pasien saat di RS

tetapi bisa saja harus menilai riwayat sebelumnya bahkan sebelum terjadi kehamilan agar analisis dan intervensi tepat. Angka kematian pada grafik 4.7 di RSU Type B milik Provinsi Kalimantan Utara sebesar 25.80 per 1.000 kelahiran hidup. Data dari RS suasta dan RS Angkatan Laut tidak didapatkan.

E. 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 Umun 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.

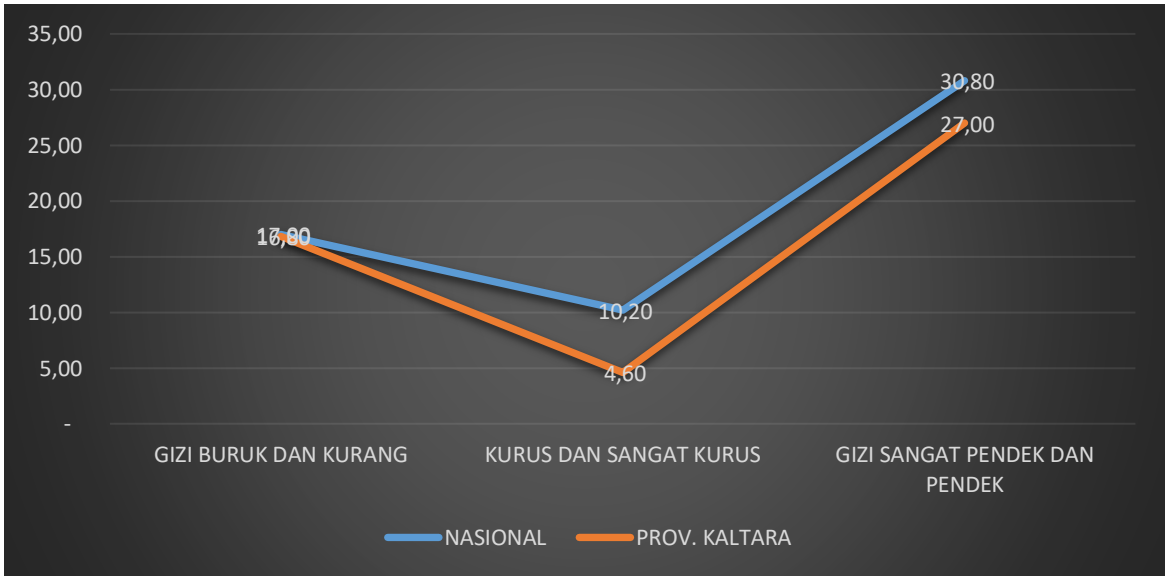
Dengan lingkungan keluarga yang sehat, maka hadirnya infeksi menular ataupun penyakit masyarakat lainnya dapat dihindari. Di tingkat masyarakat seperti faktor lingkungan yang higenis, asupan makanan, pola asuh terhadap anak, dan pelayanan kesehatan seperti imunisasi sangat menentukan dalam membentuk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

GRAFIK 4.8 PERBANDINGAN STATUS GIZI NASIONAL DAN PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

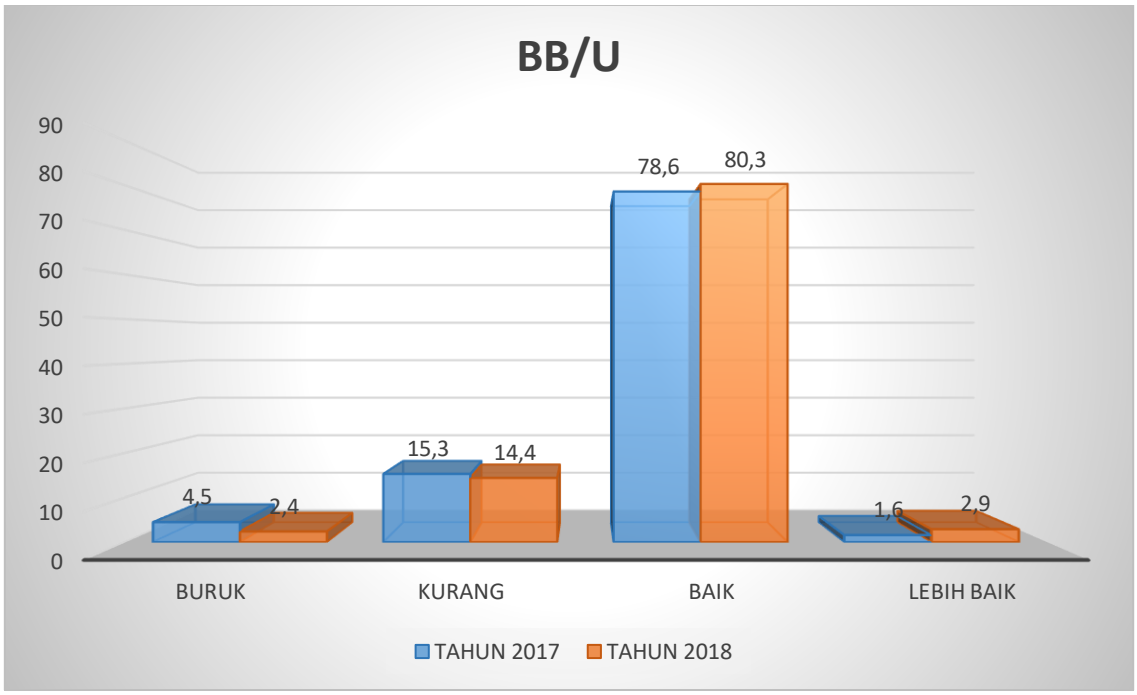


Sumber Data : Laporan Kesmas Dinas Kesehatan Prov Kaltara tahun 2018

Melihat grafik di atas untuk tahun 2018 pada 3 kelompok status gizi yang terdata memperlihatkan posisi Provinsi Kalimantan Utara di bawah rata-rata Nasional artinya Provinsi Kalimantan Utara masi pada posisi lebih baik jika mengacu pada rata-rata Nasional namun tetap perlu keaktifan para petugas kesehatan dan kader di desa-desa untuk lebih teliti mendeteksi adanya kasus gizi untuk selanjutnya dilakukan pemeriksaan

di Puskesmas atau RS demi mendapatkan etiologi kasus gizi tersebut dan akhirnya dapat dilakukan intervensi yang tepat untuk meningkatkan perbaikan gizi.

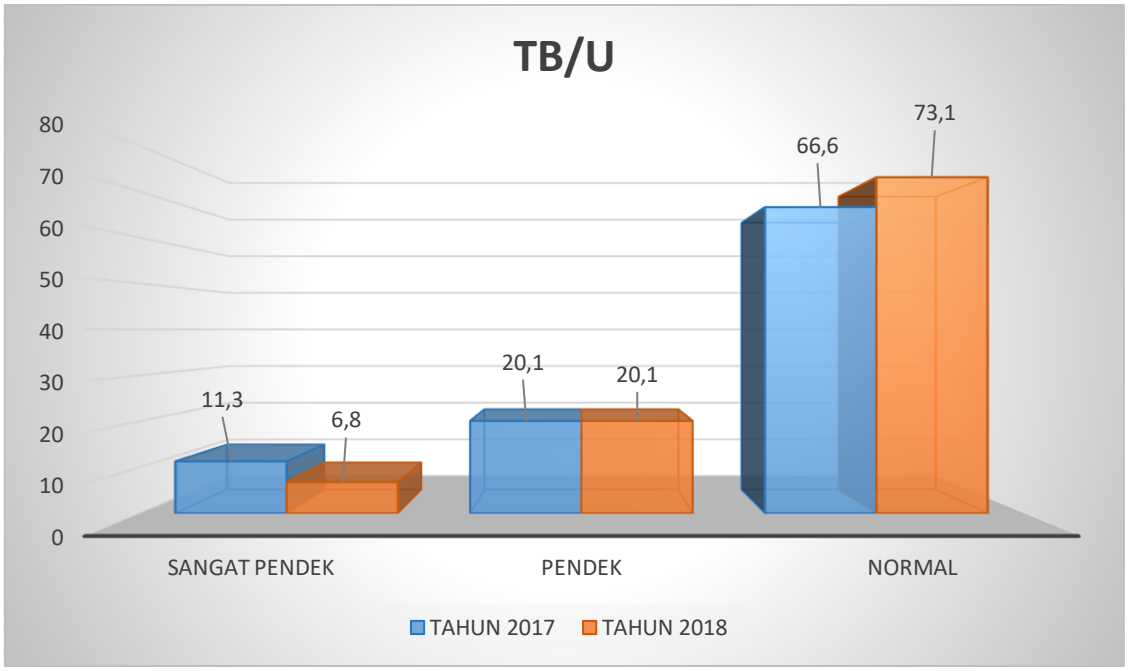
GRAFIK 4.9 % BALITA USIA 0-59 BULAN MENURUT STATUS GIZI DENGAN INDEKS BB/U PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2017-2018



Sumber Data : Dinas Kesehatan Kab/Kota tahun 2018
Dinas Kesehatan Provinsi dan Pusdatin tahun 2018

Menganalisa data pada grafik di atas jika membandingkan tahun 2017 dan 2018 maka pada status gizi buruk terjadi penurunan dari 4,5 % menjadi 2,4 % demikian juga pada status gizi kurang dari 15.3 % menjadi 14.4 % sementara pada status gizi baik terjadi peningkatan dari 78.6 % menjadi 80.3 % sama halnya pada status gizi lebih baik naik 1.3 poin. Dari data ini dapat dikatakan bahwa gizi buruk di tahun 2017 sebagian naik menjadi gizi kurang di tahun 2018 demikian juga gizi kurang sebagian naik menjadi gizi baik di tahun 2018 dan gizi baik di tahun 2017 sebagian menjadi gizi lebih baik di tahun 2018. Perubahan yang semacam ini menggambarkan terjadi perbaikan status gizi balita secara umum di Provinsi Kalimantan Utara tahun 2018.

GRAFIK 4.10 % BALITA USIA 0-59 BULAN MENURUT STATUS GIZI DENGAN INDEKS TB/U PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2017-2018

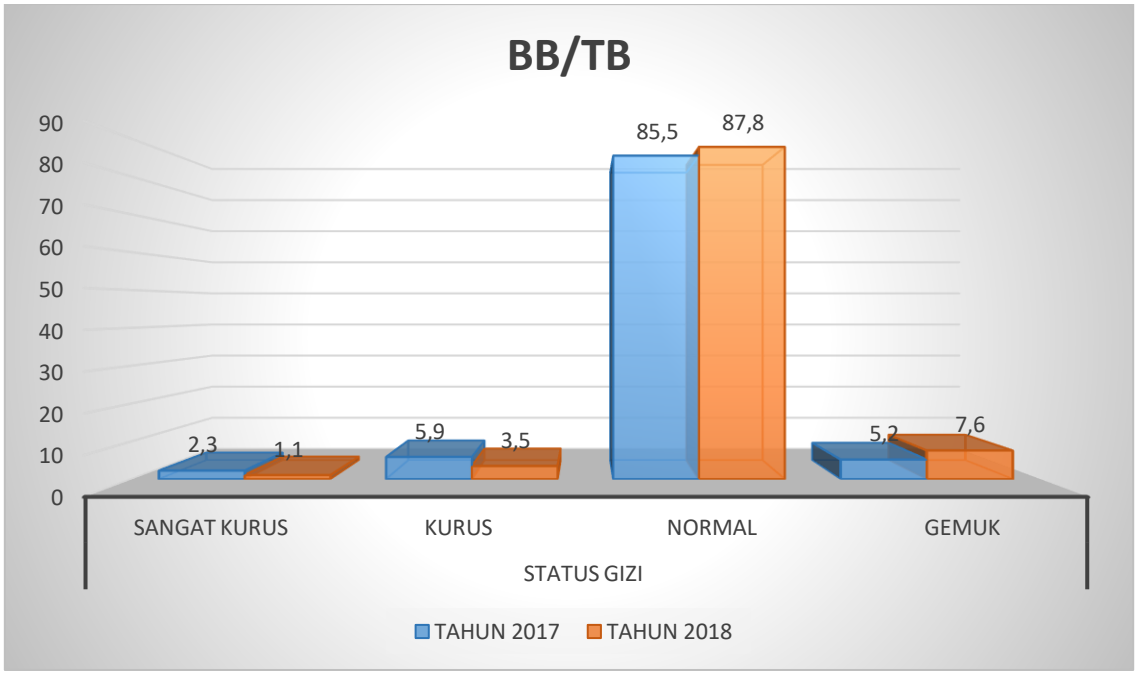


Sumber Data : Dinas Kesehatan Kab/Kota tahun 2018
Dinas Kesehatan Provinsi dan Pusdatin tahun 2018

Berdasarkan penilaian tinggi badan terhadap umur sebagaimana grafik di atas dimana terjadi penurunan dari tahun 2017 ke 2018 pada status sangat pendek namun pada status pendek yang seharusnya meningkat di tahun 2018 ternyata tetap dan justru meningkat di tahun 2018 pada status normal yakni 66.6 % menjadi 73.1 % sehingga menjadi pertanyaan adalah apakah mungkin dalam tempo hanya 1 tahun status sangat pendek lompat menjadi normal, atau bisa juga terjadi peningkatan di semua status yakni sangat pendek 4.5 meningkat ke pendek kemudian jumlah yang sama di status pendek meningkat menjadi normal.

Kondisi berbeda jika status gizi dinilai dari berat badan terhadap tinggi badan seperti pada grafik berikut. Metode ini sering digunakan untuk orang dewasa dalam mengukur berat badan ideal dimana tinggi badan di kurang berat badan kemudian dikurang lagi dengan 10 % dari berat badan dan kisaran nilai itulah yang dianggap berat badan ideal seorang dewasa.

GRAFIK 4.11 % BALITA USIA 0-59 BULAN MENURUT STATUS GIZI DENGAN INDEKS BB/TB PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2017-2018



Sumber Data : Dinas Kesehatan Kab/Kota tahun 2018
Dinas Kesehatan Provinsi dan Pusdatin tahun 2018

Menganalisa grafik di atas terlihat seiring dengan perubahan status gizi pada grafik penilaian indeks berat badan terhadap umur (BB/U), namun pada penilaian indeks berat badan terhadap tinggi badan (BB/TB) seharusnya pada tahun 2018 status gemuk tidak meningkat tetapi minimal bertahan sama dengan tahun 2017 sehingga status normal bisa lebih besar lagi dari 87.8 %.

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 4.6 JUMLAH BAYI BERAT BADAN LAHIR RENDAH TIAP KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	**JML LAHIR HIDUP**	**BBL DITIMBANG**	**BBLR**
1	TARAKAN	4.390	4.423	199
2	NUNUKAN	4.088	4.088	255
3	BULUNGAN	2.617	2.636	170
4	MALINAU	1.593	1.318	58
5	TANA TIDUNG	440	440	15
	PROVINSI KALIMANTAN UTARA	13.128	12.905	706

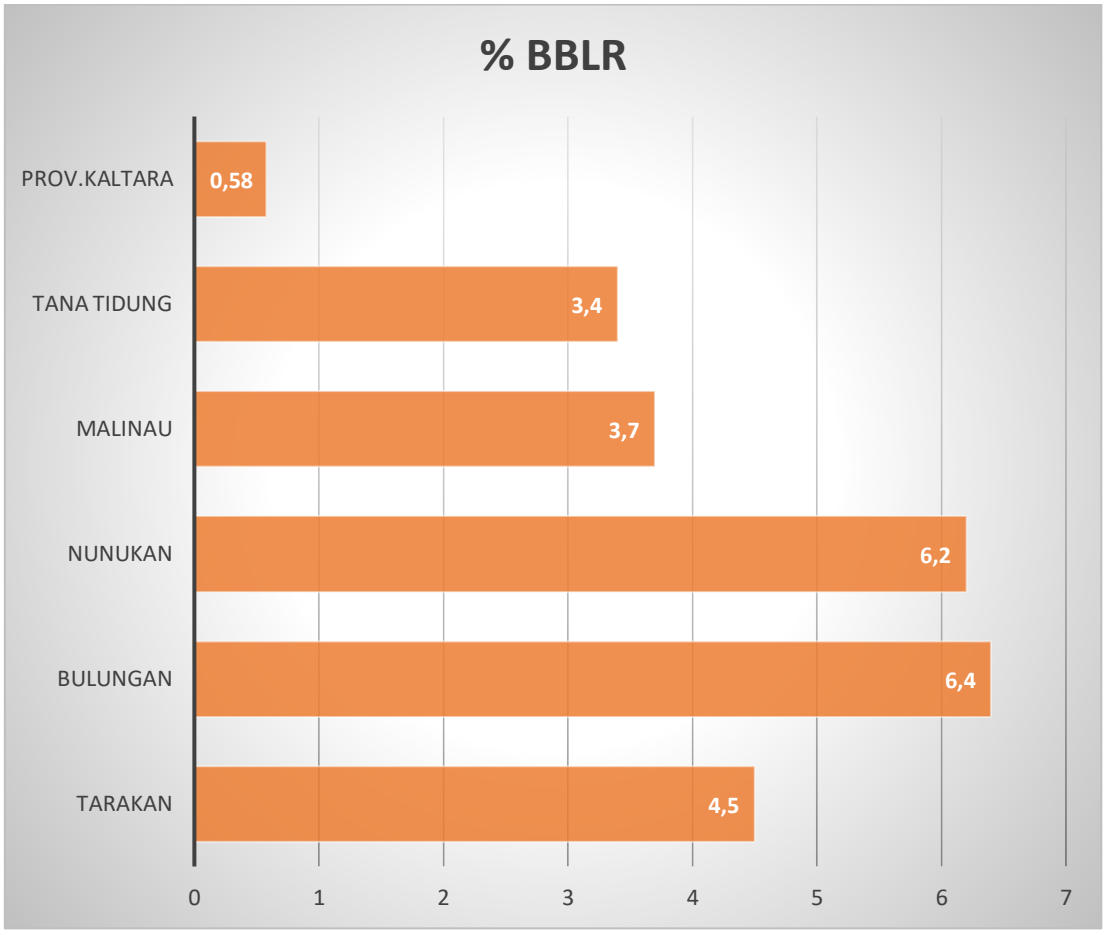
Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Persentase berat badan lahir rendah di Indonesia dari tahun ke tahun semakin menunjukan 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, disimpulakan bahwa variabel umur, paritas, jarak kehamilan, pengetahuan, riwayat antenatal care, dan riwayat obstetri berhubungan dengan kejadian

BBLR. di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padang Sidimpuan. Berikut akan dipaparkan persentase capaian di Kabupaten Kota sebagaimana pada grafik berikut.

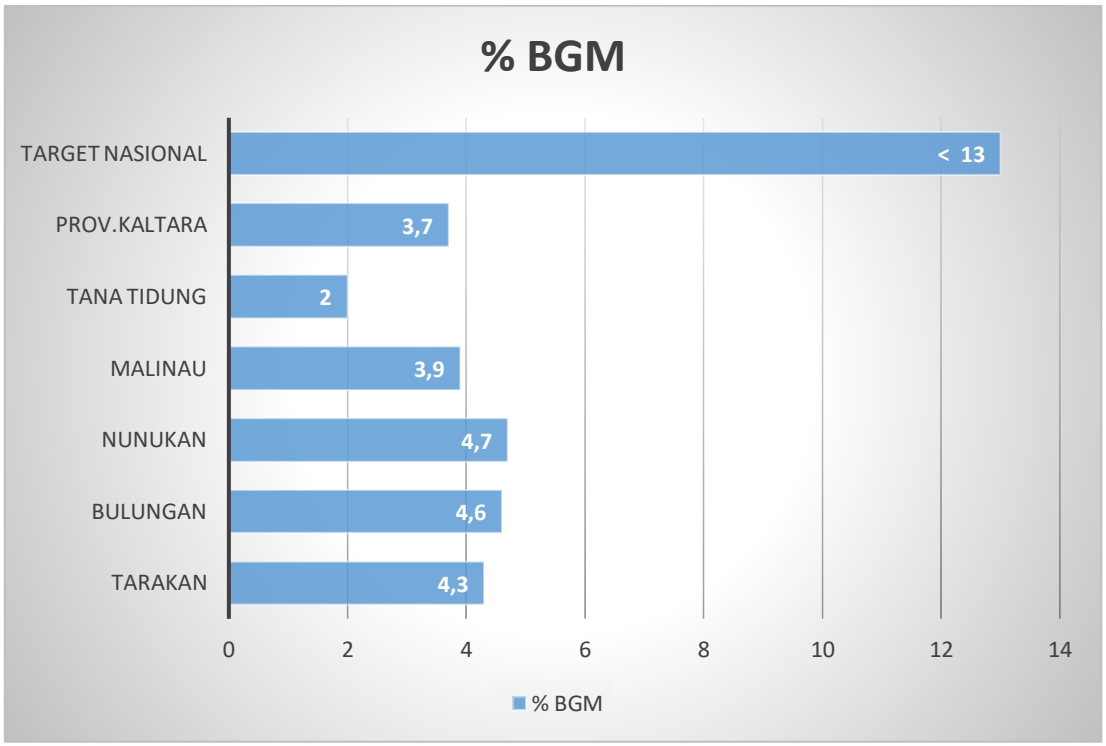
GRAFIK 4.12 PERSENTASE BERAT BADAN LAHIR RENDAH KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018



Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Dari data di atas Nampak persentase tertinggi BBLR di Kabupaten Bulungan dengan 6,4 % kemudian menyusul Kabupaten Nunukan 6,2 % dan Kota Tarakan 4,5 %. 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.

GRAFIK 4.13 PERSENTASE BGM KABUPATEN KOTA PROVINSI DAN TARGET NASIONAL 2018

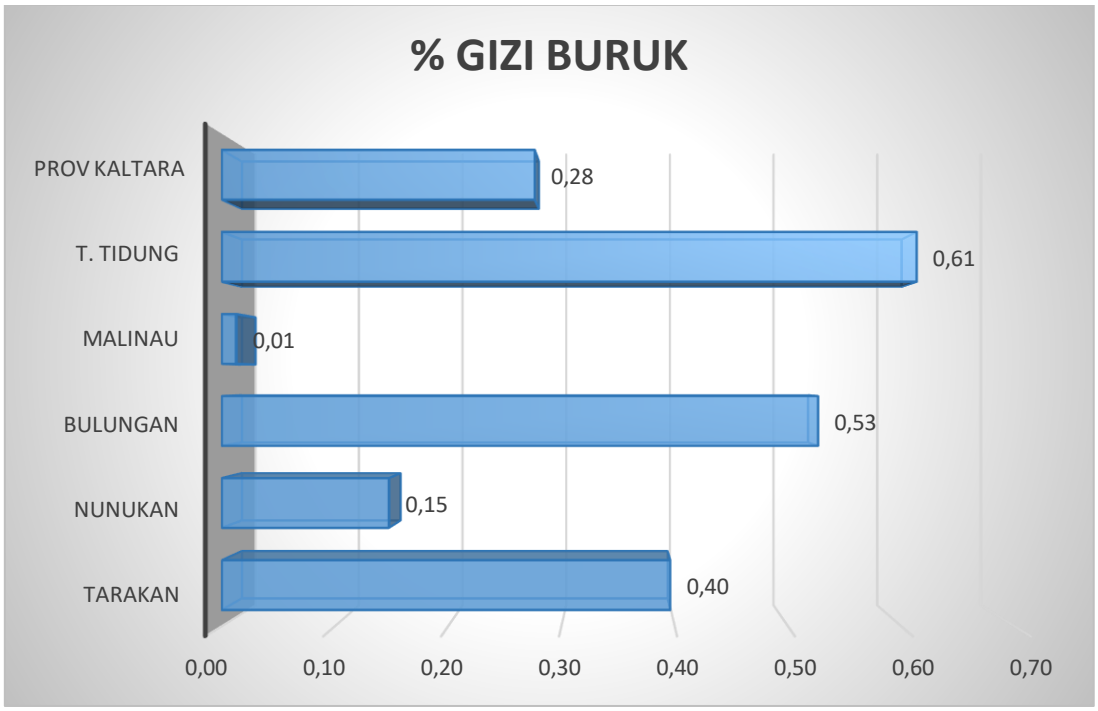


Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Gizi di bawah garis merah adalah kondisi kurang gizi tingkat berat yang dapat disebabkan konsumsi makanan setiap hari (kurang energy dan protein / kurang bergizi) dana atau disebabkan oleh balita menderita penyakit dalam waktu lama tanpa ada penanganan yang tepat.

Pada grafik di atas secara keseluruhan Provinsi Kalimantan Utara atau tiap Kabupaten/Kota semuanya masih dibawah target Nasional Tahun 2018 yakni BGM kurang dari 13 %, namun demikian semakin rendah % BGM atau bahkan jika tidak ada maka itu prestasi yang luar biasa dan salah satu mengindikasikan kegiatan penimbangan sangat baik. Tingkat persentase balita yang BGM dari tertinggi berturut-turut mulai dari Kabupaten Nunukan 4,7 %, Kabupaten Bulungan 4,6 %, Kota Tarakan 4,3 % dan Kabupaten Malinau 3,9 % menyusul Kabupaten Tana Tidung 2 %. Sehingga dapat disimpulkan bahwa Kabupaten Tana Tidung terbaik kemudian Kabupaten malinau.

GRAFIK 4.14 PERSENTASE GIZI BURUK KABUPATEN KOTA PROVINSI DAN TARGET NASIONAL 2018

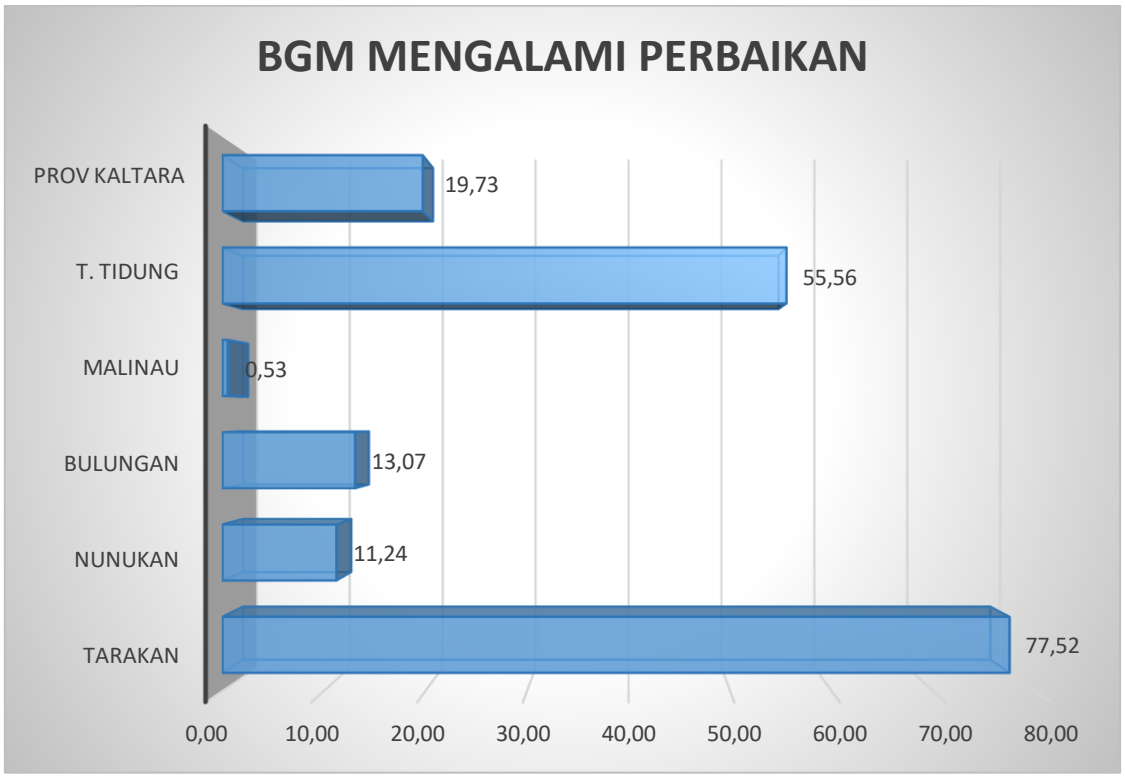


Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Persentase gizi buruk di Kalimantan Utara masi jauh dibawah target Nasional tetapi petugas kesehatan tidak boleh berhenti mengatasi permasalahan gizi buruk. Dua wilayah tertinggi gizi buruk di Provinsi Kalimantan Utara adalah Kabupaten Tana Tidung 0,61 % dan Kabupaten Bulungan 0,53 %.

Secara klinis gizi buruk sering dibagi menjadi 3 yakni Marasmus, Kwashiorkor dan Marasmus-Kwashiorkor. Penanganan gizi buruk sebaiknya tidak serta merta hanya langsung diberi asupan gizi tetapi haruslah ditelusuri penyebab sebab jika penyebabnya adalah satu atau beberapa penyakit maka asupan gizi tidak membuahkan hasil maksimal. Oleh sebab itu kalau petugas kesehatan di Puskesmas Pembantu menemukan kasus gizi buruk maka sebaiknya segera konsultasikan dengan dokter Puskesmas untuk selanjutnya akan diperiksa apakah kurang gizi karena asupan atau asupan cukup tetapi ada penyakit tertentu yang membuat pasien kurang gizi seperti misalkan adanya penyakit spesifik yang kronis, adanya kecacingan dan lain sebagainya..

GRAFIK 4.15 PERSENTASE BGM YANG MENGALAMI PERBAIKAN DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018



Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2017

Gizi bawa garis merah yang mengalami perbaikan terjelek berada di Kabupaten Malinau dimana hanya tercatat 0,53 %, demikian juga Kabupaten Nunukan 11,24 % dan Kabupaten Bulungan 13,07 %. Sementara yang menunjukkan perbaikan yang baik di Kota Tarakan 77,52 %

BAB V

SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN DAN PEMBIAYAAN

DAFTAR ISI :

A. TENAGA BIDAN DAN PERAWAT
B. TENAGA DOKTER
C. TENAGA TEKNIS LAINNYA
D. PEMBIAYAAN

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

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 diwilayahnya 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 2018

NO	UNIT KERJA	BIDAN	PERAWAT	PERAWAT GIGI
1	MALINAU	172	183	17
2	NUNUKAN	93	117	6
3	TARAKAN	80	48	0
4	BULUNGAN	192	279	12
5	TANA TIDUNG	34	55	0
SUB JUMLAH I (PUSKESMAS)		571	682	35
1	RSUD Kab.Malinau	25	128	1
2	RSB Langap	19	14	0
3	RSP Long Ampung	16	16	1
4	RSUD Kab.Nunukan	24	73	0
5	RSUD Kota Tarakan RSU Tingkat I tarakan	3 48	15 152	0 0
6	RS Pertamedika	6	0	0
7	RS Ilyas (AL)	3	0	0
8	RSUD Akhmad Berahim	15	33	0
8	RSD. Dr.H.Soemarno Sostroatmodjo	55	185	3
SUB JUMLAH II (RUMAH SAKIT)		214	616	5
JUMLAH (KAB/KOTA)		785	1.298	40

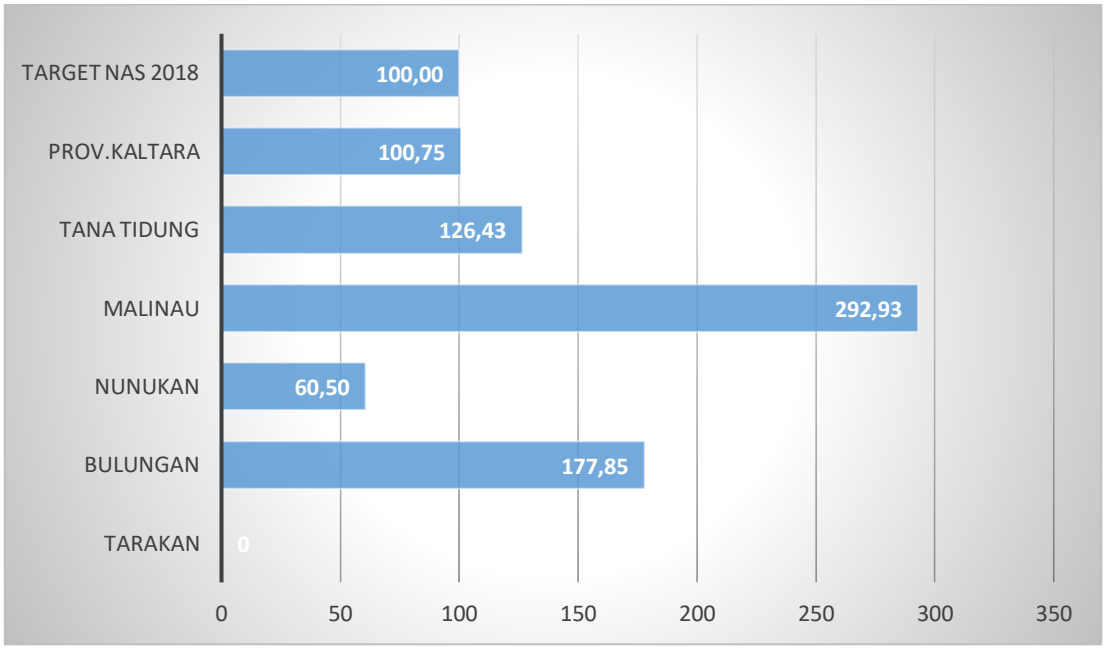
Sumber data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Melihat tabel 5.1 di atas tergambar secara global jumlah Bidan dan Perawat selalu 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.

Situasi jumlah Bidan dan Perawat di Kabupaten kota jika dibandingkan dengan target Nasional maka sedikit akan menunjukan persepsi berbeda karena sangat dipengaruhi oleh jumlah penduduk setiap Kabupaten kota, lebih rinci sebagaimana grafik 5.1 dan grafik 5.2

GRAFIK 5.1 RASIO BIDAN DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018



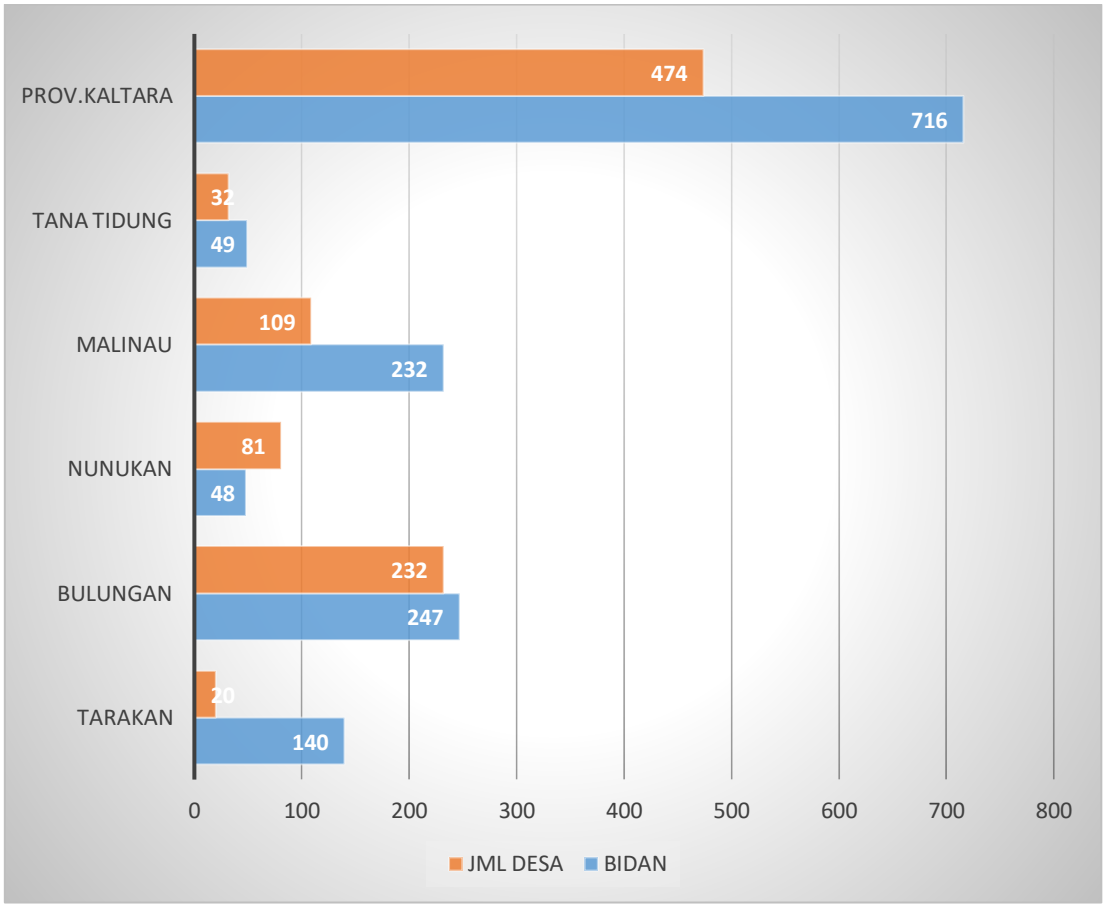
Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Memperhatikan grafik 5.1 nampak secara keseluruhan Provinsi Kalimantan Utara telah memenuhi target ketersediaan Tenaga Bidan bahkan melebihi target Nasional. Kelebihan target Bidan ini dipengaruhi oleh tingginya rasio Bidan di Kabupaten Malinau 292.93, Kabupaten Bulungan 177.85 dan Kabupaten Tana Tidung 126.43. ketiga wilayah ini jauh melampaui target Nasional..

Adanya Kabupaten yang melampaui target Nasional sangat ditentukan oleh factor geografi, persebaran penduduk dan kemampuan Daerah dalam memenuhi kebutuhan Bidan. Beberapa desa di Kabupaten tersebut dimana jumlah penduduknya mungkin tidak

sampai 100 jiwa tetapi karena tinggal berkelompok di desa dan berjauhan dengan desa lain sehingga ditempatkanlah Puskesmas Pembantu /Polindes dan dijaga seorang bidan.

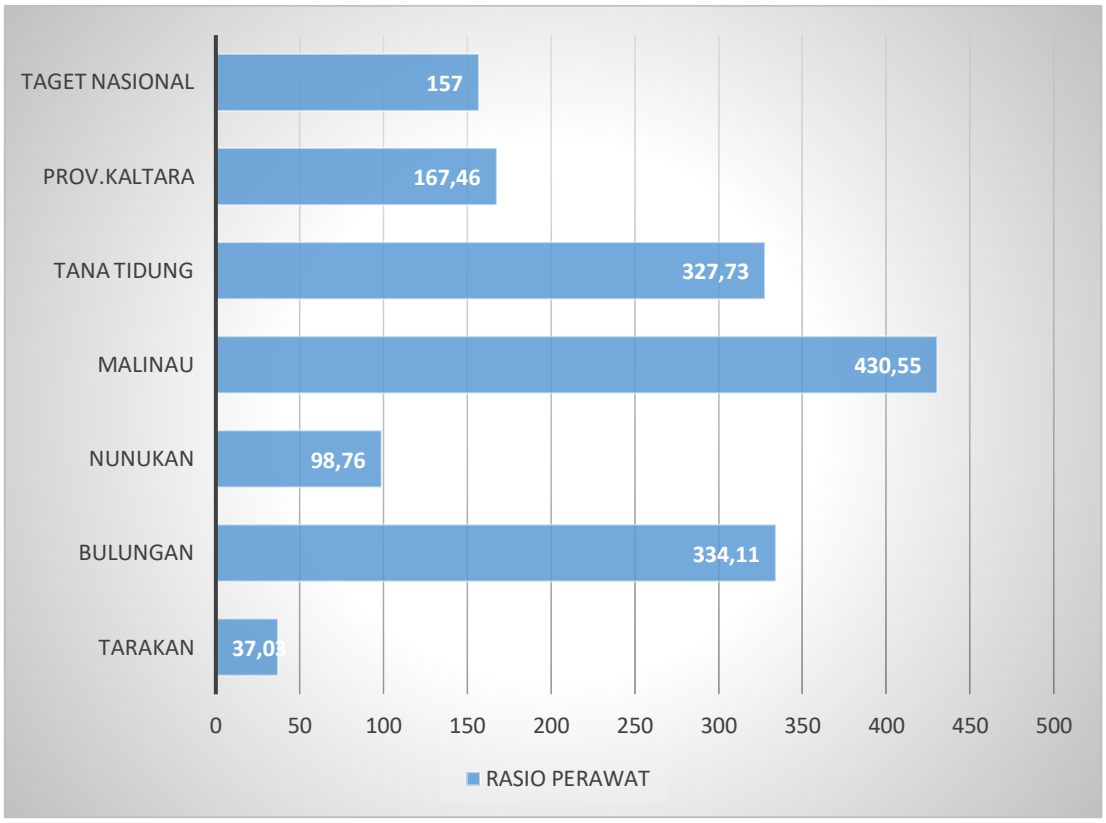
GRAFIK 5.2 RASIO BIDAN DAN DESA DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018



Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

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.

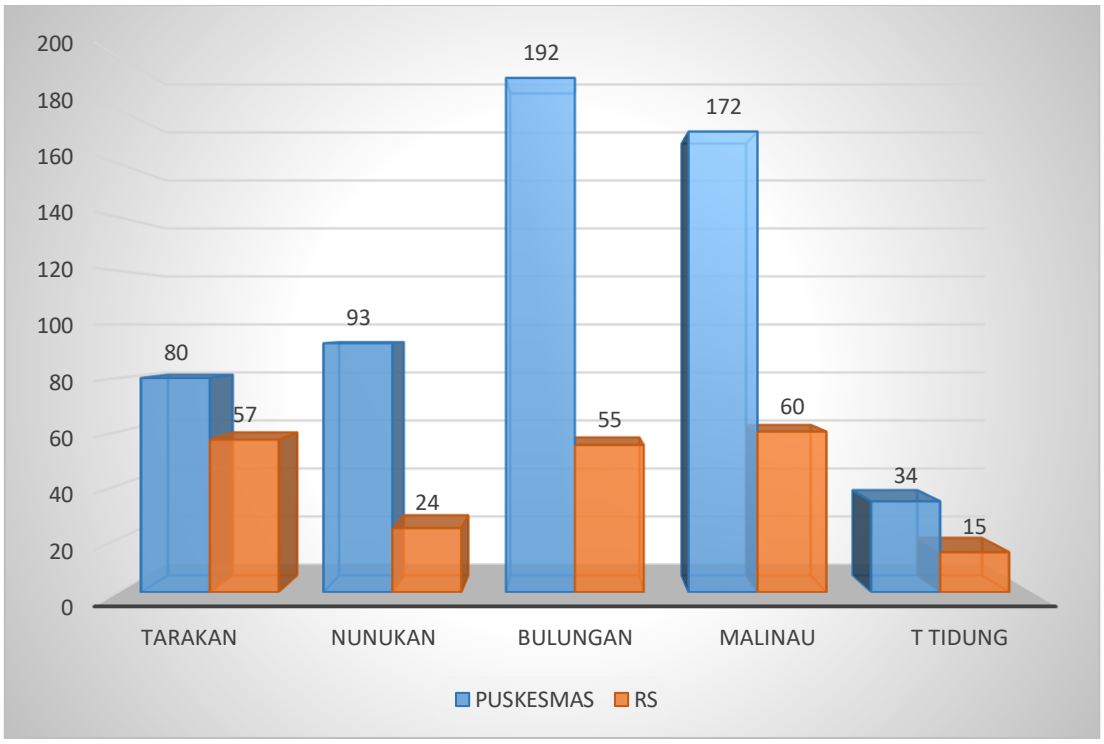
GRAFIK 5.3 RASIO PERAWAT DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018



Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Pada grafik 5.3 terlihat sangat menonjol jauh melebihi target Nasional jumlah Perawat per 100.000 penduduk di Kabupaten Malinau 430,55, , Kabupaten Bulungan 334,11 dan Kabupaten Tana Tidung 327,73. kemudian Kota Tarakan terlihat kecil sebab belum termasuk yang ada di RS sementara penduduk terbanyak di Kota Tarakan dan di Kabupaten Malinau jumlah penduduk terkecil kedua setelah Kabupaten Tana Tidung.

GRAFIK 5.4 RASIO BIDAN DI RS-PUSKESMAS KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018



Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Grafik 5.4 di atas di Kabupaten Bulungan Bidan Puskesmas/Pustu jauh lebih banyak dari Bidan di Rumah Sakit karena jumlah Puskesmas /Pustu terbanyak di kaltara sementara Rumah Sakit hanya RSUD sementara di Kota Tarakan walaupun ada 4 Rumah Sakit tetapi memiliki Puskesmas/Pustu tersedikit di kaltara karena luas wilayah terkecil walaupun penduduk terbanyak. Hal serupa di Kabupaten Malinau dimana jumlah Bidan 172 sedang jumlah Perawat 60 walaupun tergolong Jumlah Rumah Sakit ada 3 namun tempat tidur 2 RS tidak seberapa dan Kabupaten Malinau merupakan Kabupaten dengan jumlah desa terbanyak no 2 di Provinsi Kalimantan Utara.

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 2018

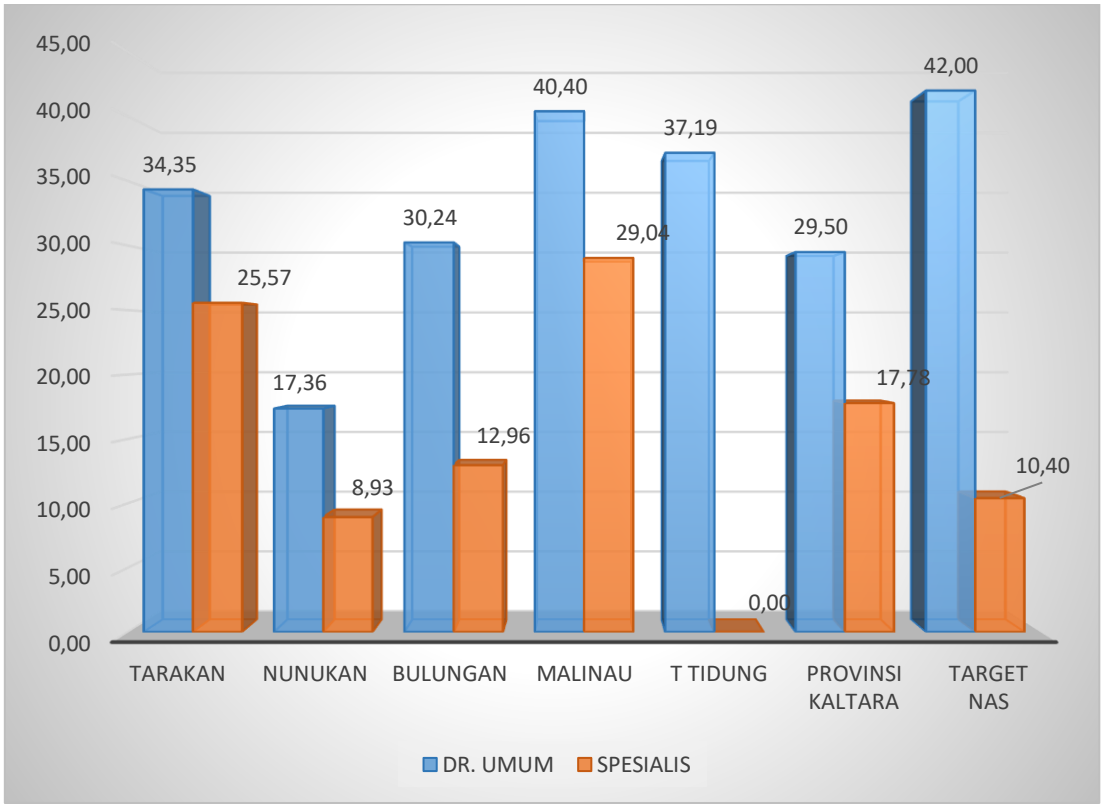
NO	WILAYAH/UNIT KERJA	DOKTER SPESIALIS	DOKTER UMUM	DOKTER GIGI
1	Tarakan	0	16	7
2	Bulungan	0	24	10
3	Nunukan	0	35	15
4	Malinau	5	26	5
5	Tanah Tidung	0	7	3
JUMLAH DI PUSKESMAS		5	108	40
1	RSUD Kab.Malinau	18	9	1
2	RSB Langap	0	4	0
3	RSP Long Ampung	0	2	0
4	RSUD Kab Nunukan	18	2	1
5	RSU Tingkat I tarakan	39	52	2
6	RS Pertamedika	19	12	1
7	RS Kota Tarakan	0	7	0
8	RS Ilyas (AL)	9	3	1
9	RSUD Akhmad Berahim	0	7	1
10	RSD. Dr.H.Soemarno Sostroatmodjo	17	18	2
JUMLAH DI RUMAH SAKIT		120	116	9
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		**125**	**224**	**49**
TARGET NAS 2017 UNTUK KALTARA		**71.18**	**287.45**	

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

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.

Persepsi lain akan muncul jika kita menilai jumlah Dokter Spesialis dan Dokter Umum per 100.000 penduduk yang menjadi acuan perhitungan kebutuhan Dokter Spesialis dan Dokter Umum di Indonesia. Lebih rinci dapat dilihat pada grafik 5.6

GRAFIK 5.5 RASIO DOKTER UMUM DAN SPESIALIS PER 100.000 PENDUDUK KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018



Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Terlihat dalam grafik 5.5 bahwa secara keseluruhan Kabupaten Kota di Provinsi Kalimantan Utara belum ada yang mencapai target Nasional terkait ketersediaan Dokter

Umum padahal secara logika 4 Kabupaten harusnya melebihi target Nasional karena kondisi geografis. Kenyataan terlihat dalam data grafik 5.5 di atas dimana jika dikonversikan kedalam per 100.000 penduduk maka wilayah tertinggi di Kabupaten Malinau 40,40 per 100.000 penduduk Kabupaten Malinau dan nilai inipun belum memenuhi target Nasional yakni 42,00 per 100.000 penduduk.

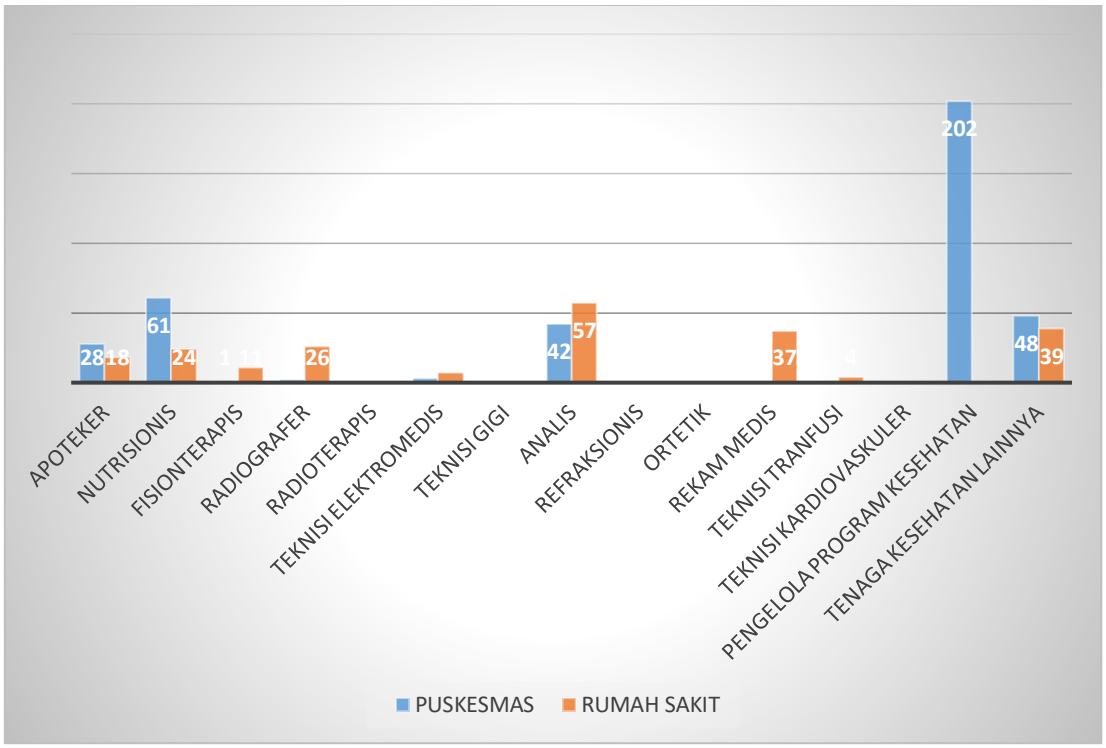
Terkait Dokter Spesialis di Kabupaten Tanah Tidung belum memiliki Dokter Spesialis kemudian Kabupaten Nunukan masi di bawah garis standar Nasional 10,40 dimana Kbupaten Nunukan hanya 8,93 per 100.000 penduduk. Tetapi wilayah lainnya telah melebihi target Nasional. Kabupaten dengan rasio Dokter Spesialis mulai dari tertinggi yang melampaui target Nasional di Kabupaten Malinau 29,04 per 100.000 penduduk Malinau kemudian Kota Tarakan 25,57 per 100.000 penduduk Kota Tarakan dan Kabupaten Bulungan 12,96 per 100.000 penduduk Kabupaten Bulungan. Kabupaten Tana Tidung belum memiliki Dokter Spesialis walaupun telah ada Rumah Sakit Umum.

C. TENAGA TEKNIS LAINNYA

Sarana pelaya nan 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 disetiap 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 5.6 JUMLAH TENAGA TEKNIS LAINNYA DI RS DAN PUSKESMAS KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

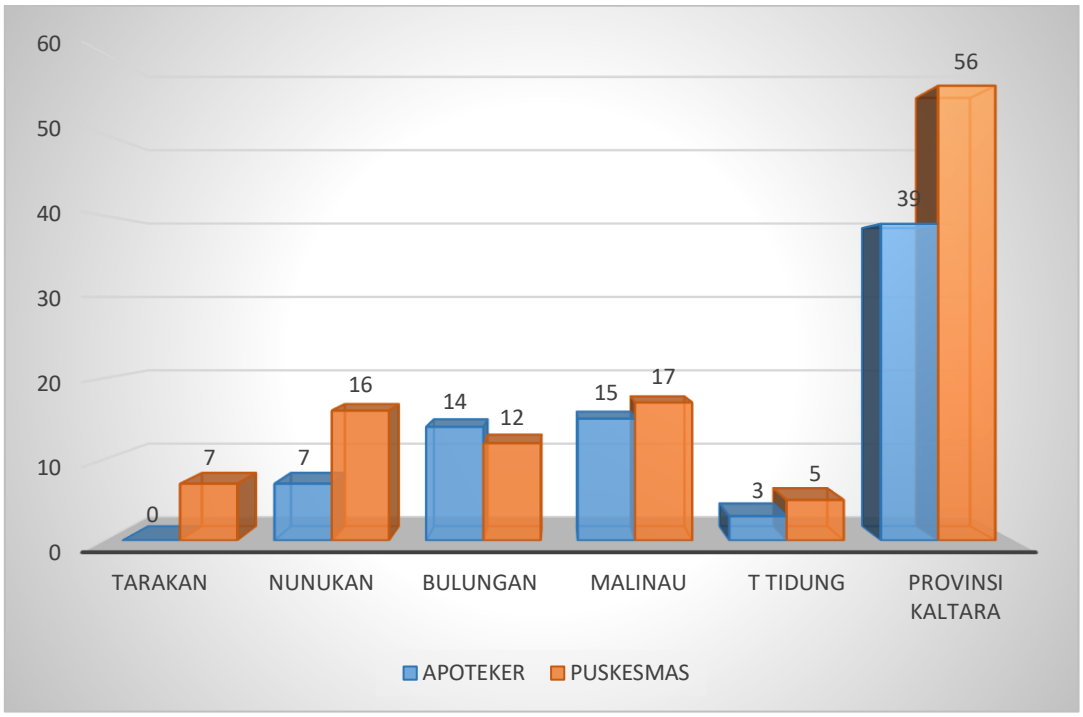


Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Pada grafik 5.6 di atas terlihat ada tenaga yang hanya berada di Puskesmas yakni Pengelolah Program Kesehatan yang didalamnya termasuk pengelolah di bidang Penanggulangan Penyakit Menular, Program di bidang Kesehatan Masyarakat, Pelayanan Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan.

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 pengelolahan sediaan farmasi.

GRAFIK 5.7 RASIO PUSKESMAS DAN APOTEKER KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018



Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Pada grafik 5.7 di atas secara keseluruhan Apoteker di Puskesmas 39 orang sehingga suda dapat dipastikan bahwa ada puskesmas yang belum memiliki tenaga Apoteker apalagi jika distribusi yang tidak baik sehingga ada Puskesmas tertentu menumpuk sementara ada Puskesmas tidak memiliki Apoteker. Jumlah Apoteker yang lebih sedikit disbanding jumlah Puskesmas berada dI Kabupaten Nunukan, Kabupaten Malinau dan Kabupaten Tana Tidung. Sementara untuk Kota Tarakan tidak ada data yang diberi oleh pihak Dinas Kesehatan Kota Tarakan.

Demikian juga dengan jumlah Analis di Laboratorium idealnya minimal setiap Puskesmas memiliki analis agar ada pendukung diagnostic atau penentu kepastian diagnosis suatu penyakit.

D. PEMBIAYAAN

Sumber pembiayaan untuk Kesehatan di Kabupaten Kota termasuk Provinsi Kalimantan Utara pada Tahun 2018 bersumber dari :

a. APBD kabupaten/kota yang terdiri dari belanja langsung dan belanja tidak langsung

b. APBD provinsi yang terdiri dari belanja langsung dan belanja tidak langsung
c. 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
d. Pinjaman/hibah luar negeri (PHLN) yang terdiri dari Global Fund komponen AIDS, Global Fund komponen TB, dan NLR
e. Sumber Pemerintah lain yang terdiri dari cukai rokok

TABEL 5.3 PEMBIAYAAN URUSAN KESEHATAN KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	SUMBER BIAYA	ALOKASI ANGGARAN KESEHATAN
		Rupiah
	ANGGARAN KESEHATAN BERSUMBER:	
1	**APBD KAB/KOTA**	**155.199.607.615,83**
	a. Belanja Langsung	**96.980.420.817.00**
	b. Belanja Tidak Langsung	**58.219.186.798,83**
		-
2	**APBD PROVINSI**	**12.349.140.000.00**
	- Dana Tugas Pembantuan (TP) Provinsi	
		-
3	**APBN :**	**38.195.455.594.00**
	- Dana Alokasi Umum (DAU)	
	- Dana Alokasi Khusus (DAK)	
	- Dana Dekonsentrasi	
	- Dana Tugas Pembantuan Kabupaten/Kota	
	- Lain-lain (sebutkan)	
4	**PINJAMAN/HIBAH LUAR NEGERI (PHLN)**	**364.896.425.00**
	GF (Global Fund) HIV/AIDS	
5	**SUMBER PEMERINTAH LAIN**	
TOTAL ANGGARAN KESEHATAN		361.308.707.250,66
TOTAL APBD KAB/KOTA		155.199.607.615,83
% APBD KESEHATAN THD APBD KAB/KOTA		

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

TABEL 5.4 PEMBIAYAAN URUSAN KESEHATAN KOTA TARAKAN PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

KOTA TARAKAN		
NO	SUMBER BIAYA	ALOKASI ANGGARAN KESEHATAN Rupiah
	ANGGARAN KESEHATAN BERSUMBER:	
1	**APBD KAB/KOTA**	**62,527,218,919.00**
	a. Belanja Langsung	30,930,452,855.00
	b. Belanja Tidak Langsung	31,596,766,064.00
2	**APBD PROVINSI**	
	Bantuan Keuangan Propinsi	0.00
3	**APBN :**	**10,432,000,000.00**
	- Dana Alokasi Umum (DAU)	
	- Dana Alokasi Khusus (DAK)	6,409,400,000.00
	- Dana Dekonsentrasi	
	- Dana Dak Non Fisik (BOK) Kabupaten/Kota	696,415,800.00
	- Dana Dak Non Fisik (BOK) IFK	84,399,000.00
	- Dana Dak Non Fisik (BOK) Puskesmas	2,442,788,200.00
	- Dana Dak Non Fisik (Jampersal)	798,997,000.00
4	**PINJAMAN/HIBAH LUAR NEGERI (PHLN)**	**287,386,137.00**
	GF (Global Fund) HIV/AIDS	210,452,137.00
	GF (Global Fund) TB	76,934,000.00
	GF (Global Fund) Malaria	
5	**SUMBER PEMERINTAH LAIN**	

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kota Tarakan 2018

TABEL 5.5 PEMBIAYAAN URUSAN KESEHATAN KABUPATEN NUNUKAN PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

KAB NUNUKAN		
NO	SUMBER BIAYA	ALOKASI ANGGARAN KESEHATAN
		Rupiah
	ANGGARAN KESEHATAN BERSUMBER:	
1	**APBD KAB/KOTA**	155.199.607.615,83
	a. Belanja Langsung	96.980.420.817,00
	b. Belanja Tidak Langsung	58.219.186.798,83
2	APBD PROVINSI	-
	- Dana Tugas Pembantuan (TP) Provinsi	
3	**APBN :**	38.195.455.594,00
	- Dana Alokasi Umum (DAU)	-
	- Dana Alokasi Khusus (DAK)	38.195.455.594,00
	a. DAK Fisik	22.904.442.594,00
	b. DAK Non Fisik (BOK, Akreditasi Puskesmas, Jampersal)	15.291.013.000,00
	- Dana Dekonsentrasi	
	- Dana Tugas Pembantuan Kabupaten/Kota	
4	**PINJAMAN/HIBAH LUAR NEGERI (PHLN)**	
5	**SUMBER PEMERINTAH LAIN**	
TOTAL ANGGARAN KESEHATAN		193.395.063.210
TOTAL APBD KAB/KOTA		155.199.607.616
ANGGARAN KESEHATAN PERKAPITA		959.396,09

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kab Nunukan 2018

TABEL 5.6 PEMBIAYAAN URUSAN KESEHATAN KABUPATEN BULUNGAN PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

KAB BULUNGAN		
NO	SUMBER BIAYA	ALOKASI ANGGARAN KESEHATAN
		Rupiah
	ANGGARAN KESEHATAN BERSUMBER:	
1	**APBD KAB/KOTA**	**179.979.798.249.00**
	a. Belanja Langsung (Dinkes)	55.046.160.477.00
	b. Belanja Tidak Langsung (Dinkes)	49.386.310.158.00
	c. Belanja Langsung (RSD)	12.349.140.000.00
	d. Belanja Tidak Langusng (RSD)	26.549.025.306.00
	e. BLUD RSUD Soemamo Sastroatmodjo	36.649.162.308.00
2	**APBD PROVINSI**	
	- Belanja Langsung (Bankeu)	
3	**APBN :**	
	- Dana Alokasi Umum (DAU)	
	- Dana Alokasi Khusus (DAK)	
	- Dana Dekonsentrasi	
4	**PINJAMAN/HIBAH LUAR NEGERI (PHLN)**	
5	**SUMBER PEMERINTAH LAIN**	
TOTAL ANGGARAN KESEHATAN		179.979.798.249.00
TOTAL APBD KAB/KOTA		1.291.033.487.710,10
ANGGARAN KESEHATAN PERKAPITA		1.295.956,15

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kab Bulungan 2018

TABEL 5.7 PEMBIAYAAN URUSAN KESEHATAN KABUPATEN MALINAU PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

KAB MALINAU		
NO	SUMBER BIAYA	ALOKASI ANGGARAN KESEHATAN Rupiah
	ANGGARAN KESEHATAN BERSUMBER:	
1	APBD KAB/KOTA	119.739.827.144.00
	a. Belanja Langsung	77.029.058.802.00
	b. Belanja Tidak Langsung	42.710.768.342.00
2	APBD PROVINSI	
3	**APBN :**	**22.152.615.000.00**
	- Dana Alokasi Khusus (DAK) Dasar	
	- Dana Alokasi Khusus (DAK) Farmasi	4.245.411.000.00
	- Dana Alokasi Khusus (DAK) Non Fisik	17.797.204.000.00
	- Dana Alokasi Khusus (DAK) Pelayanan Kesehatan Dasar	110.000.000.00
	- Dana Alokasi Khusus (DAK) Afirmasi	
	- Dana Tugas Pembantuan (BUK)	-
4	PINJAMAN/HIBAH LUAR NEGERI (PHLN)	
	GF (Global Fund)	77.510.288.00
5	SUMBER PEMERINTAH LAIN	
TOTAL ANGGARAN KESEHATAN		141.892.442.144.00
TOTAL APBD KAB/KOTA		52.826.415.743.00
ANGGARAN KESEHATAN PERKAPITA		1.775.808,69

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kab. Malinau 2018

TABEL 5.8 PEMBIAYAAN URUSAN KESEHATAN KABUPATEN TANA TIDUNG PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

	SUMBER BIAYA	ALOKASI ANGGARAN KESEHATAN
		Rupiah
	ANGGARAN KESEHATAN BERSUMBER:	
1	**APBD KAB/KOTA**	**33.780.303.848.00**
	a. Belanja Langsung (Dinkes)	33.780.303.848.00
	b. Belanja Tidak Langsung (Dinkes)	
2	**APBD PROVINSI**	
	- Belanja Langsung (Bankeu)	
3	**APBN :**	**8.237.039.000.00**
	- Dana Alokasi Umum (DAU)	
	- Dana Alokasi Khusus (DAK)	**8**.237.039.000.00
	- Dana Dekonsentrasi	
	- Dana Tugas Pembantuan Kabupaten/Kota	
	- Lain-lain (sebutkan)	
4	**PINJAMAN/HIBAH LUAR NEGERI (PHLN)**	
5	**SUMBER PEMERINTAH LAIN**	
TOTAL ANGGARAN KESEHATAN		42.017.342.848.00
TOTAL APBD KAB/KOTA		705.929.499.130.00
ANGGARAN KESEHATAN PERKAPITA		1.562.447,67

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kab. Tana Tidung

BAB VI

PENGENDALIAN PENYAKIT

DAFTAR ISI :

A. PENYAKIT MENULAR
B. PENYAKIT TIDAK MENULAR

KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

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

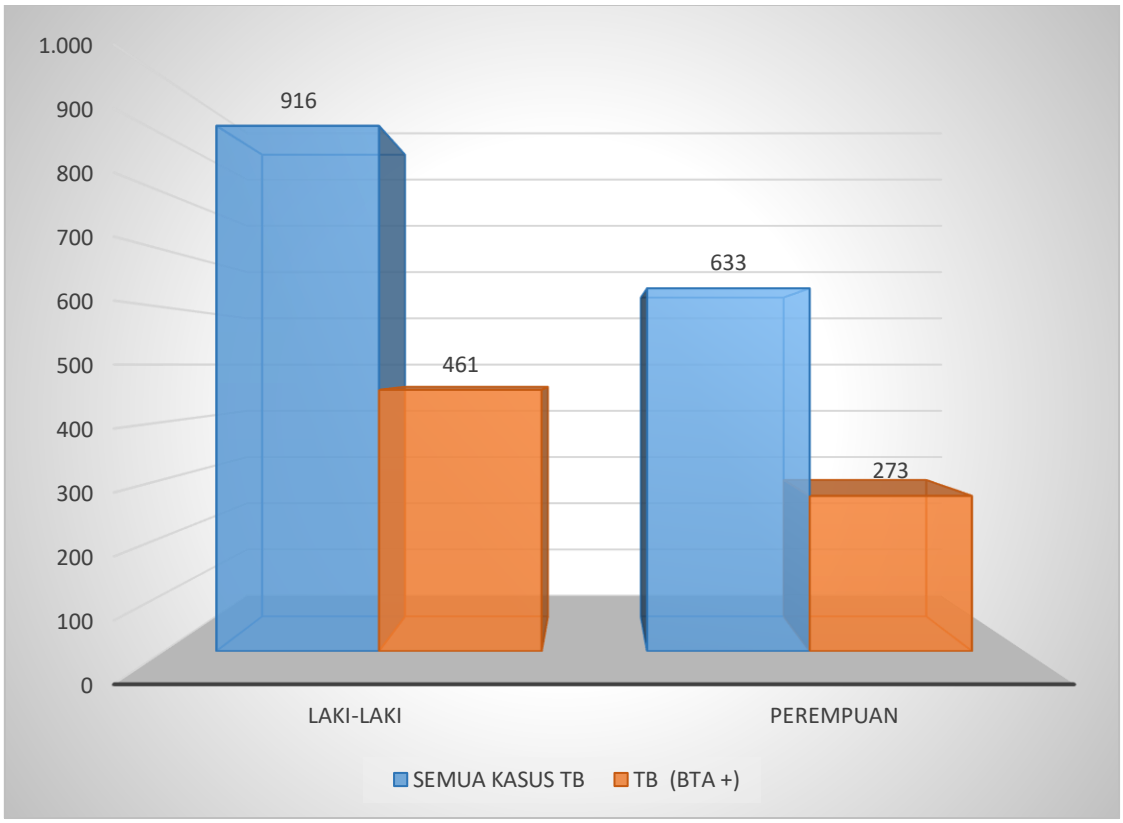
1. Tuberkulosis

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 tuberculosis 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 KASUS TUBERKULOSIS SEMUA TIPE & YANG BTA+MENURUT JENIS KELAMIN DI PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

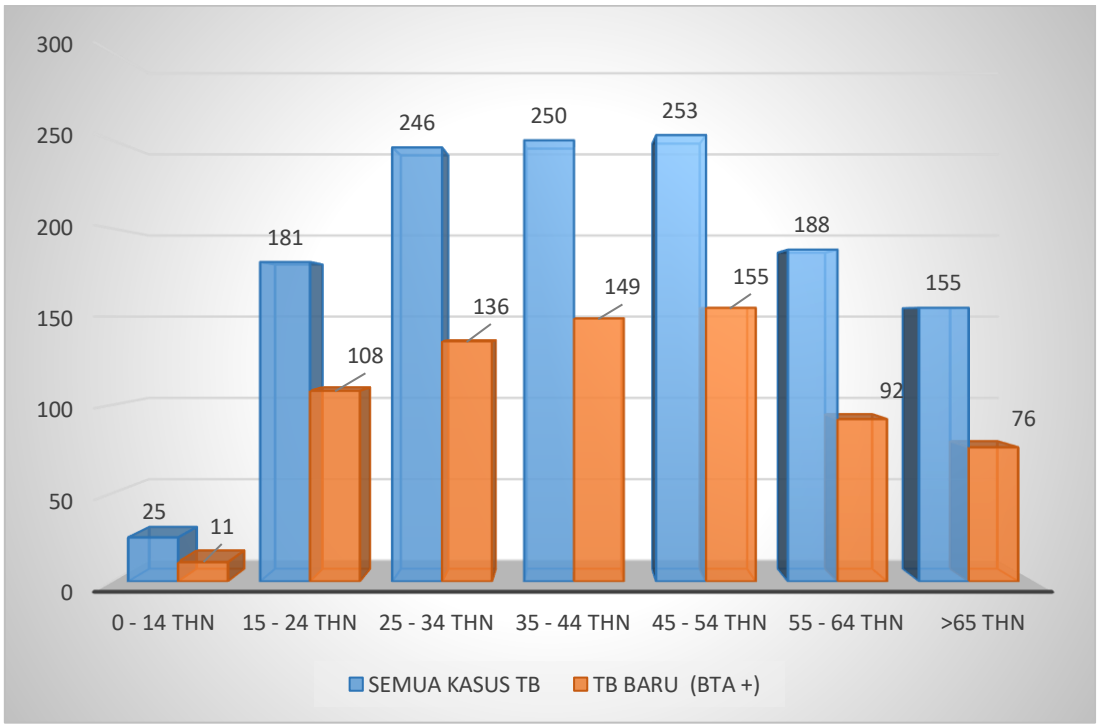


Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018
Pusdatin 2018

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 916 pada laki-laki dan 633 pada perempuan atau dari semua kasus laki-laki 59,14 %. Kedua adalah tidak semua penderita TB bisa didapatkan BTA + karena berbagai faktor misalkan cara mengeluarkan sampel dahak, ketelitian analis dan lain sebagainya.

Mycobacterium tuberculosis dapat menular dan menyerang siapa saja tanpa memandang umur orang. Lain halnya dengan penularan umumnya anak-anak tidak mengkawatirkan 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.

GRAFIK 6.2 KASUS TUBERKULOSIS SEMUA TIPE & TB BARU BTA+ MENURUT UMUR DI PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018



Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018
Pusdatin Tahun 2018

Dari grafik 6.2 terlihat penderita yang terserang TB hampir merata di semua kelompok umur. Khusus kelompok umur 0 – 14 tahun menunjukkan perbedaan signifikan antara semua tipe TB dengan yang didapatkan BTA+. Hal ini seperti yang telah dijelaskan di atas namun ada metode lain untuk penegakan / memastikan diagnose misalkan dengan tes kulit dan atau Rongent.

Perbedaan jumlah antara terdiagnose TB pemeriksaan BTA+ dengan jumlah semua penderita TB desebabkan karena adanya pasien terdiagnose melalui perpaduan antara gejala klini/keluhan pasien, riwayat penularan, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang diagnose misalkan Rongent.

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 penjaringan 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.

TABEL 6.1 CAKUPAN PENEMUAN KASUS PENYAKIT TUBERKULOSIS PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

JUMLAH PENDUDUK PROVINSI KALTARA 2018	JUMLAH PERKIRAAN KASUS TB	PENEMUAN KASUS TB	CDR (%)	CNR PER 100.000 PENDUDUK
708.577	2.768	1.549	55,96	219

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018
Pusdatin Tahun 2018

Persentase jumlah pasien baru BTA positif yang ditemukan dan diobati disbanding jumlah pasien baru BTA positif yang diperkirakan ada dalam wilayah tersebut. Pada tabel diatas membuktikan bahwa cakupan penemuan pasien baru BTA positif di Kalimantan Utara sebesar 55,96 %. Sementara angka yang menunjukan pasien baru yang ditemukan dan tercatat diantara 100.000 penduduk di Provinsi Kalimantan Utara (CNR) sebesar 219.

Seharusnya tidak boleh ada penderita yang tidak diobati atau tidak ditangani dengan baik bahkan petugas kesehatan diharuskan lebih aktif dan memastikan bahwa semua pasien TB mendapatkan obat rutin dan menjamin pasien minum obat secara teratur. Jika pasien menyambung obat namun belum datang maka seharusnya petugas kesehatan mengingatkan pasiennya.

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 2018.

TABEL 6.2 SUCCESS RATE TUBERKULOSIS KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	JML TB BTA +	JML TB BTA + DIOBATI	JML TB BTA + SEMBUH	JML TB BTA + DIOBATI TUNTAS	KEBER HASILAN PENGO BATAN	SR (%)
1	Tarakan						
2	Bulungan	148	108	39	31	70	64,81
3	Nunukan	133	168	81	39	120	71,43
4	Malinau	214	214	51	58	109	50,93
5	Tanah Tidung	22	22	18	0	18	81,82
	PROVINSI KALIMANTAN UTARA	517	512	189	128	317	61,91

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

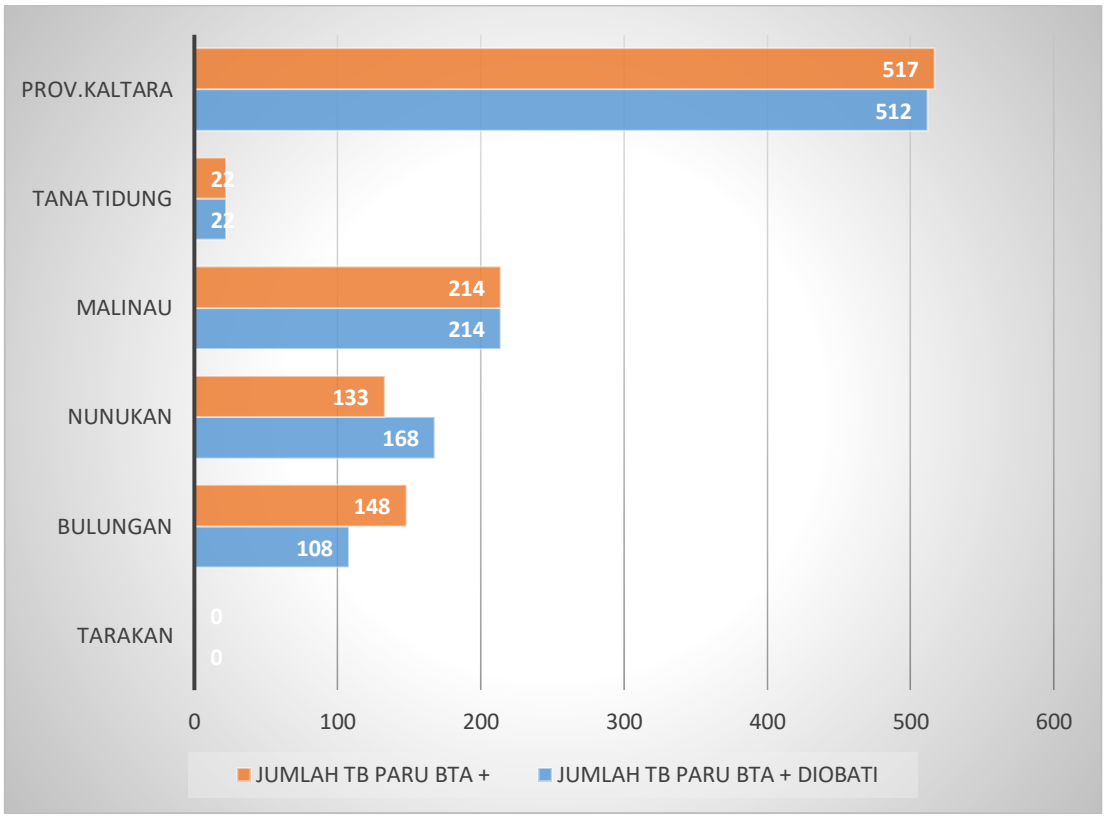
Berdasarkan data tabel 6.2 di atas dimana keberhasilan pengobatan TB /SR tertinggi di Kabupaten Tana Tidung 81.82 % menyusul Kabupaten Nunukan 71.43 % dan terkecil di Kabupaten Malinau. Lebih menyedihkan adalah Kota Tarakan yang tidak memiliki pencatatan pelaporan yang baik.

Berdasarkan uraian yang disampaikan di atas maka kami jelaskan bahwa data keberhasilan pengobatan yang tergambar di tabel 6.2 di atas tetap sebagian mengacu dengan penderita TB BTA + tahun 2017.

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 6.3 PERBANDINGAN JUMLAH PENDERITA TB BTA POSITIF DOBATI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA



Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Dari grafik 6.3 di atas terlihat 2 Kabupaten yang tidak memberikan pengobatan secara keseluruhan pada penderita TB BTA positif yakni Kabupaten Tana Tidung dan Kabupaten Malinau. Sementara Kabupaten Nunukan terlihat ketidaksinkronan data dimana jumlah pasien TB Paru BTA positif 133 sedang yang diobati 168 berarti ada pasien yang terdiagnose melalui tidak dengan indicator BTA positif termasuk golongan umur anak-anak.

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 penderitaTB 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 6.3 KONDISI KASUS DBD DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	WILAYAH	JML PENDUDUK	JML KASUS	JML MATI	INCIDENCE RATE /100.000 PENDUDUK	CFR (%)
1	Tarakan	262.025	124	1	47,32	0,81
2	Bulungan	74.012	43	0	58,10	0
3	Nunukan	107.213	112	0	104,47	0
4	Malinau	41.954	56	0	133,48	0
5	Tanah Tidung	14.775	18	0	121,83	0
	PROVINSI KALIMANTAN UTARA	708.576	353	1	49,82	0,28

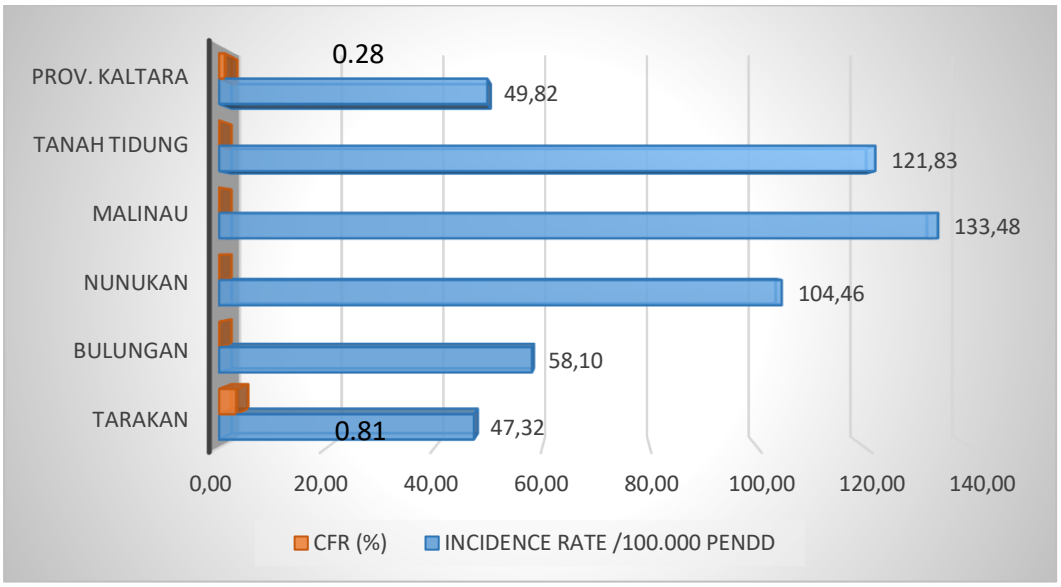
Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Jika mengacu Target Nasional Kasus DBD (IR) 49 per 100.000 penduduk artinya posisi Provinsi Kalimantan Utara suda melebihi dari batasan yang ditentukan oleh Kementerian Kesehatan yakni IR Provinsi kalimantan Utara 49,82 per 100.000 penduduk. Tetapi jika dilihat setiap Kabupaten Kota dengan mengkonversikan per 100.000 penduduk maka hanya Kota Tarakan yang nilai IR di bawah target nasional 4 Kabupaten lainnya melebihi bahkan yang tertinggi di Kabupaten Malinau IR 133,48 per 100.000 penduduk, menyusul Kabupaten Tana Tidung 121,83 per 100.000.penduduk.

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 perkembang biakan nyamuk sebagai penyebab penularan DBD.

Untuk lebih julas melihat perbedaan baik IR maupun CFR yang terjadi di Kabupaten Kota dapat kita lihat pada grafik berikut

GRAFIK 6.4 ANGKA IR DAN CFR DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018



Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Dari grafik 6.4 diatas dapat kita lihat bahwa pengumbang kasus kematian satu-satunya wilayah di Provinsi Kalimantan Utara adalah di Kota Tarakan sebesar 0,81 % walaupun jika melihat jumlah kasus yang dikonversikan kedalam jumlah penduduk masing-masing maka tertinggi di Kabupaten Malinau menyusul kabupaten Tana Tidung.

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:

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

Suatu yang perlu disyukuri adalah ada 4 Kabupaten di Provinsi kaltara yakni Malinau, Tanah Tidung, Nunukan dan Bulungan yang walaupun incidence rate tinggi tetapi tidak ada kematian akibat DBD.

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 peneieikan ibu dan sosial ekonomi keluarga, tetapi tanpa mengabaikan factor lingkungan / sanitasi dan ini seperti penyakit menular lainnya peran serta masyarakat sangat dibutuhkan dalam pencegahan diare

TABEL 6.4 KONDISI KASUS DIARE DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

KAB/KOTA	JML PENDUDUK	JML KASUS DIARE	JML KASUS DITANGANI	% KASUS DITANGANI	%KASUS DARI JML PENDUDUK
Tarakan	262.025	6.817	13.792	202,31	2,60
Bulungan	74.012	2.972	5.431	182,70	4,02
Nunukan	107.213	8.285	5.807	70,00	7,73
Malinau	41.954	11.474	2.012	17,50	27,35
T.Tidung	14.775	726	638	87,90	4,91
PROVINSI KALIMANTAN UTARA	**708.576**	30.274	27.680	91,43	4,27

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kab/Kota Tahun 2018

Mengacu tabel 6.4 di atas, persentase kasus diare terhadap jumlah p[enduduk tertinggi di Kabupaten Malinau 27,35 % kemudian menyusul Kabupaten Nunukan 7,73 %. Persoalan yang mendasar adalah 3 kabupaten yang sangat rendah persentase kasus Diare yang ditangani yakni Kabupaten Malinau 17,50 %, kemudian menyusul Nunukan 70,00 %. Rendahnya penanganan pasien Diare tersebut harus menjadi stimulus bago

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 katidak selarasan data seperti di Kota Tarakan dan 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.

Namun akhir-akhir ini termasuk tahun 2018 khusus di Provinsi Kalimantan Utara masi menjadi salah satu permasalahan karena penderita kasus diare cukup tinggi bahkan jika dibandingkan tahun 2017 jumlah kasus 2.291 sementara di tahun 2018 berdasarkan data dari Kabupoaten Kota sebesar 27.680 kasus

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 informais 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 bebagai

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 6.5 KONDISI KASUS KUSTA DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	JML PENDUDUK	KUSTA KERING	KUSTA BASAH	JUMLAH KUSTA	CDR
1	Tarakan	262.025	4	7	11	0,42
2	Nunukan	74.012	2	19	21	2,84
3	Bulungan	107.213	3	3	6	0,56
4	Malinau	41.954	0	2	2	0,48
5	Tanah Tidung	14.775	0	1	1	0,68
	PROVINSI KALIMANTAN UTARA	**708.576**	9	32	41	0,58

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018
Bidang P2M Dinas Kesehatan Provinsi Tahun 2018

Sebagaimana data di atas kasus kusta terbanyak Kabupaten Nunukan 22 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.

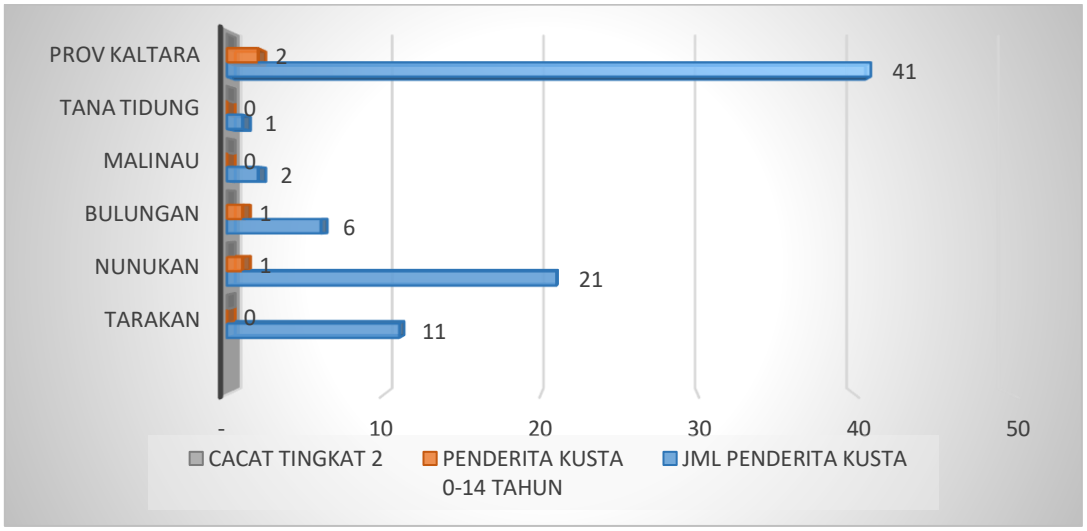
c. Saraf yang menebal, terutama batang saraf perifer, merupakan gambaran khas kusta yang lain. Penebalan saraf sering disertai dengan tanda hilangnya sensasi di kulit dan kelemahan otot yang diatur oleh saraf yang terkena. Apusan kulit positif berarti ditemukan bakteri berbentuk batang, bernoda merah 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 6.5 KASUS KUSTA ANAK 0-14 TAHUN KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018



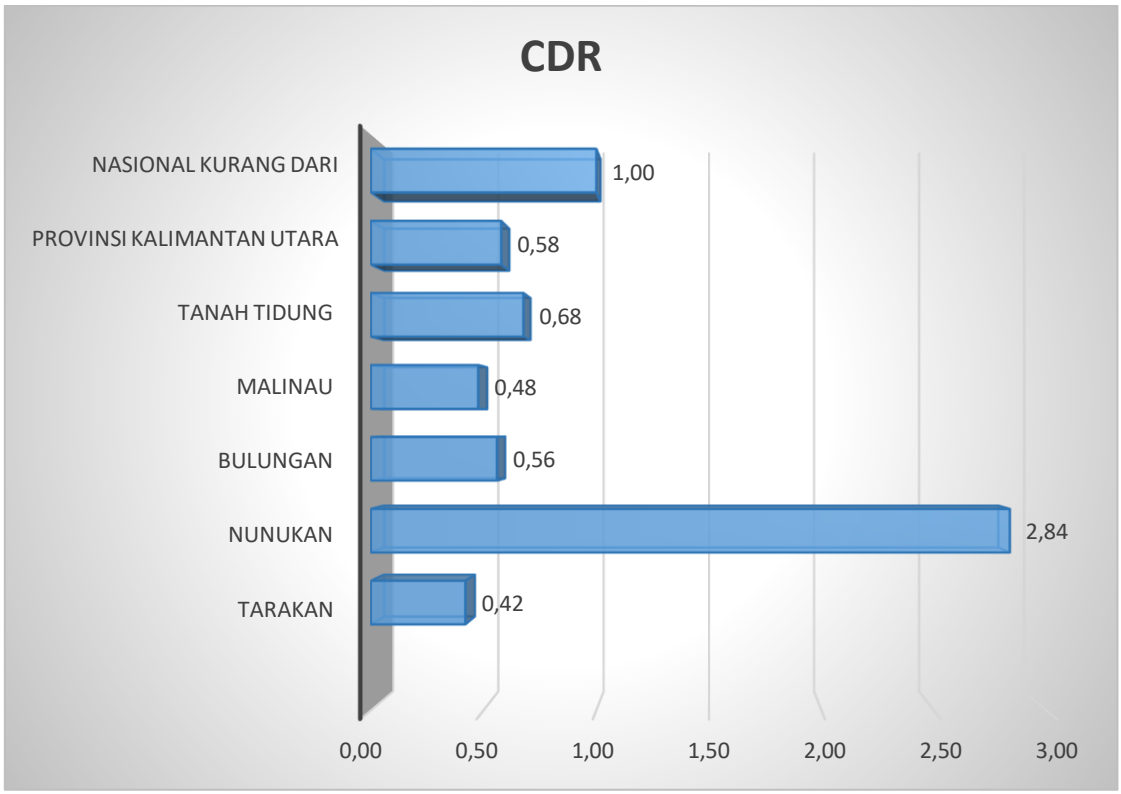
Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Bidang P2M Dinas Kesehatan Provinsi Tahun 2018

Kusta pada anak di Provinsi Kalimantan Utara hanya terdapat 2 kasus yakni 1 kasus di kabupaten Bulungan dan 1 kasus di kabupaten Nunukan sehingga persentase kasus kusta pada anak umum 0 – 14 Tahun di Provinsi Kalimantan Utara sebesar 4.88 % dari jumlah kasus Kusta.

Kalau kita mengacu pada pendapat bahwa dapat dikatakan eliminasi jika angka prevalensi kurang dari 1/10.000 penduduk tentu akan memberi persepsi berbeda dari penilaian yang hanya melihat jumlah kasus yang ada di Kabupaten Kota. Kondisi mobilitas masyarakat dari luar menjadikan Provinsi Kalimantan Utara selalu menemukan kasus baru.

GRAFIK 6.6 KASUS KUSTA KABUPATEN KOTA DIBANDING TARGET NASIONAL TAHUN 2018



Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Kabupaten Nunukan merupakan kabupaten dengan kasus Kusta tertinggi di Kalimantan Utara yakni 2.84 per 10.000 penduduk dan melebihi target Nasional yakni Maksimal 1/10.000 penduduk menyusul Kota Tana Tidung 0.7 per 10.000 penduduk.

Dengan adanya kasus tersbut sementara target nasional eliminasin 2019 maka Dinas Kesehatan Kabupaten Kota harus serius menangani dan melakukan surveilans juga aktip melakukan pelacakan pada masyarakat terutama pada anak sekolah yang risiko tinggi tetapi tanpa melupakan pemberian obat serta pengawasan kepatuhan minum obat bagi pasien sampai tuntas

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 atan ditampilkan tidak mencakup semua tetapi ada yang disampaikan di bagian terpisahdalam 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 bamyak 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 6.6 PENYAKIT YANG DAPAT DICEGAH DENGAN IMUNISASI (PD3I) KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	CAMPAK	HEPATITIS B	DIFTERI	TETANUS	PERTUSIS	NON POLIO
1	Kota Tarakan	112	0	0	0	0	0
2	Kab. Nunukan	50	0	0	0	0	0
3	Kab. Bulungan	59	0	0	0	0	0
4	Kab. Malinau	10	3	0	0	0	1
5	Kab. T.Tidung	0	2	0	0	0	0
KALIMANTAN UTARA		231	103	0	0	0	1

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Dari tabel diatas masih banyak terjadi Campak seperti tertinggi di Kota Tarakan 112 kasus, menyusul Kabupaten Bulungan 59 Kasus dan Kabupaten Nunukan 50 Kasus. Kasus Hepatitis yang terlaporkan terdapat di Kabupaten Malinau 3 kasus dan 2 Kasus di kabupaten Tana Tidung.

Perlu perhatian bahwa kasus Polio tetapi menurut data yang terjadi Non Polio masi ada 1 kasus di Kabupaten malinau. Jumlah kasus AFP Non Polio yang ditemukan diantara 100.000 penduduk < 15 tahun pertahun di satu wilayah kerja tertentu.

TABEL 6.7 PD3I NON POLIO DAN AFP NON POLIO KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

WILAYAH	JML PENDUDUK 0 - 14 TAHUN	NON POLIO	AFP NON POLIO
Malinau	21.827	1	4,58
Provinsi kalimantan Utara	213.668	1	0,47

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Yang ditampilkan di gambar diatas hanyalah kabupaten yang terdapat kasus Non Poli. Kasus AFP non polio adalah kasus AFP yang pada pemeriksaan spesimennya tidak ditemukan virus polio liar atau kasus AFP yang ditetapkan oleh tim ahli sebagai kasus AFP non polio dengan kriteria tertentu

Berbagai jenis vaksin direkomendasikan WHO untuk dimasukan 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 Calmete 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 5.6 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-ssatunya wilayah di Kaltara terjadi kasus Difteri.

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 ditergetkan bebas malaria. Target akhir, Papua Barat, Maluku, Maluku Utara dan Nusa Tenggara Timur (NTT) harus bersih dari malaria.

TABEL 6.8 KONDISI KASUS MALARIA KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	SUSPEC MALARIA	POSITIP MALARIA	MENINGGAL
1	Kota Tarakan	1.951	6	0
2	Kab. Nunukan	0	4	0
3	Kab. Bulungan	1.550	16	0
4	Kab. Malinau	192	2	0
5	Kab. T.Tidung	85	0	0
	KALIMANTAN UTARA	3778	28	0

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

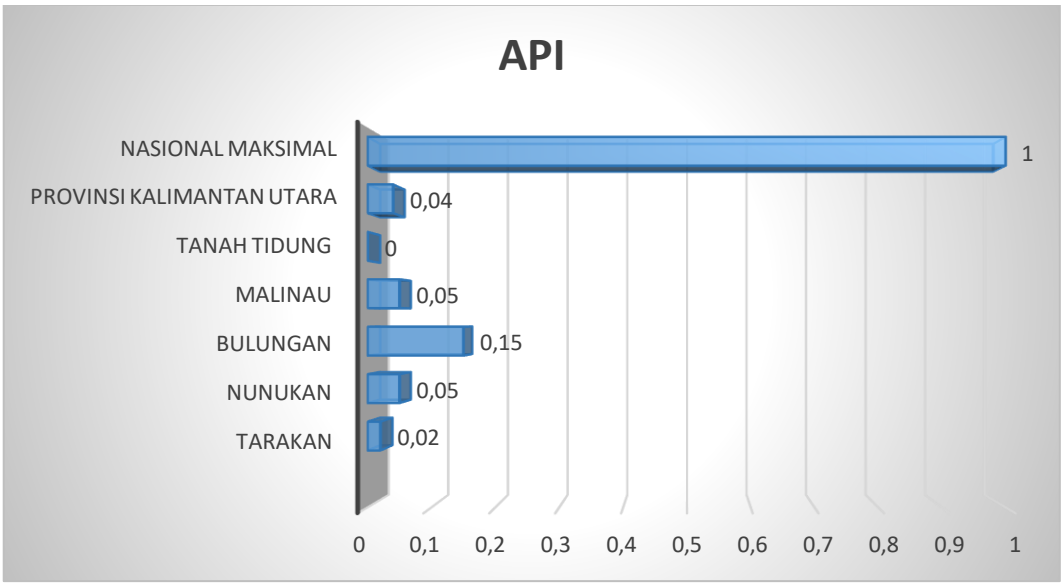
Melihat tabel 5.8 di atas kasus malaria dengan hasil pemeriksaan darah positip terdapat di Kota Tarakan dan Kabupaten Bulungan tetapi perlu dilakukan survei epidemiologi untuk mengetahui apakah kasus malaria impor dan tepatnya di lokasi mana tertular.

Survei Epidemiologi ini penting dilakukan untuk mengidentifikasi demi pemberantasan menyeluruh menuju eliminasi malaria 2020. Kepentingan dilakukan Penyelidikan Eidemiologi 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 positip malaria berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium (Hapusan Darah atau RDT) dalam 1 tahun per 1000 penduduk.

Sebagaimana ketetapan dari Kementerian Kesehatan bahwa Kalimantan Utara termasuk daerah Endemis Ringan dengan target API >0 s/d <1 % dan atau AMI <25%.

GRAFIK 6.7 API KASUS MALARIA KABUPATEN KOTA DIBANDING TARGET NASIONAL TAHUN 2018



Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Patut disyukuri bahwa walaupun Kalimantan Utara yang dulunya terkenal sabagai salah satu penyumbang kasus malaria di Indonesia tetapi semakin ada penurunan mengarah ke Eliminasi sampai tahun 2018 API Provinsi Kalimantan Utara hanya 0.04 Per 1000 penduduk jauh dari target maksimal yang ditentukan dari Kementerian Kesehatan yakni < 1

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 6.9 KEJADIAN FILARIASIS DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	KASUS FILARIASIS
1	Tarakan	0
2	Nunukan	0
3	Bulungan	0
4	Malinau	0
5	Tanah Tidung	6
	PROVINSI KALIMANTAN UTARA	6

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Dari data di atas ironisnya terdapat 6 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)

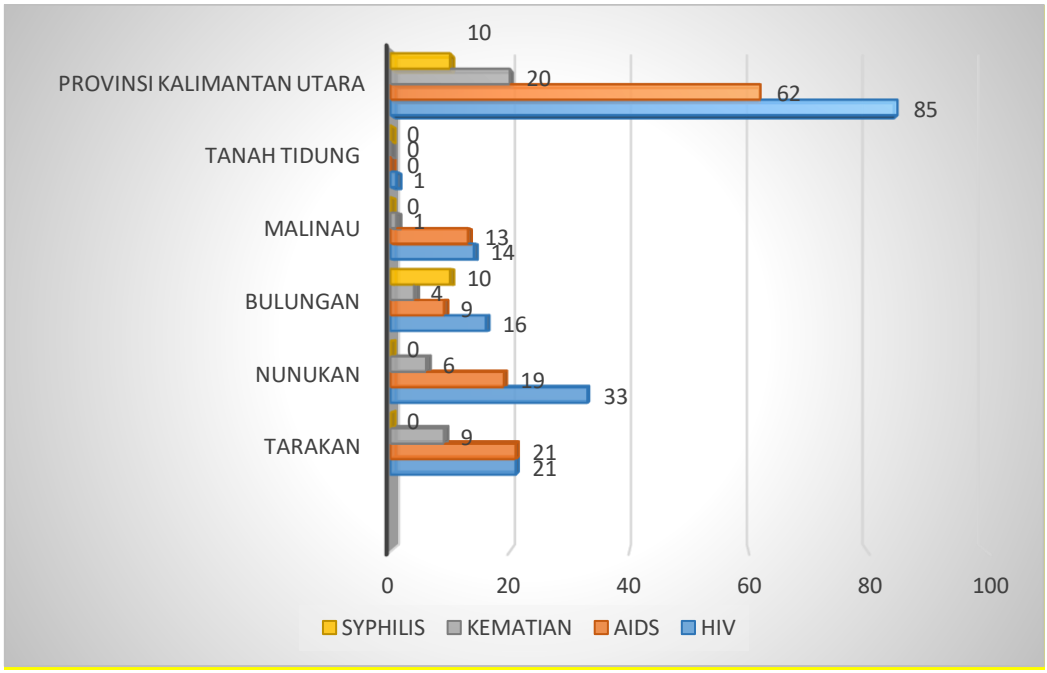
Berbagai upaya telah dilakukan oleh pemerintah dalam rangka mencegah penularan HIV/AIDS termasuk Syphilis. Telah diterbitkan banyak regulasi baik di tingkat Nasional maupun tingkat Provinsi atau Kabupaten Kota demikian juga upaya

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.

GRAFIK 6.8 KONDISI HIV, AIDS DAN SYPHILIS TIAP KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018



Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Kasus HIV/AIDS tertnggi berdasarkan data grafik 6.8 adalah di Kabupaten Nunukan 52 hal ini karena merupakan pintu utama tempat transit warga dari Malaysia baik melalui darat maupun laut. Kemudian terbanyak kedua Kota Tarakan 42 dan

posisinya sama dengan Nunukan yakni sebagai tempat transit masuk keluar melalui udara dan laut. Namun syphilis hanya terdapat di Kabupaten Bulungan 10 kasus padahal jika melihat kondisi masyarakat justru lebih berpeluang risiko tertinggi di Kota tarakan dan Kabupaten Nunukan..

Kasus kematian banyak terjadi di Kota Tarakan 9 orang, Kabupaten Nunukan 6 orang, dan Kabupaten Bulungan 4 orang. Kematian tertinggi di kota Tarakan dapat dipicu karena menjadi alternatip utama tempat rujukan dari daerah lain dalam lingkup Provinsi Kalimantan Utara.

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.

TABEL 6.10 KASUS HIV/AIDS DAN SYPILIS BERDASARKAN UMUR DI SEMUA SARKES KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	UMUR	HIV	AIDS	KEMATIAN	SYPHILIS
1	≤ 4 TAHUN	3	2		0
2	5 - 14 TAHUN	0	0		0
3	15 - 19 TAHUN	5	0		0
4	20 - 24 TAHUN	24	8		10
5	25 - 49 TAHUN	105	43	17	0
6	≥ 50 TAHUN	7	9	3	0
	JUMLAH	144	62	20	10

Sumber Data : Dinas Kesehatan dan RS Kabupaten/Kota 2018

Penyakit HIV/AIDS terbanyak ditemukan pada kelompok umur 25-49 Tahun sebanyak 148 penderita karena kelompok umur tersebut yang mobilitas tinggi. Kasus kematian juga terbanyak pada kelompok umur tersebut yakni 17 orang. Kelompok umur 20 – 24 Tahun menjadi terbanyak ke dua 32 kasus kemudian menyusul kelompok umur 50 tahun ke atas.

Hal lain terjadi jika suda 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.

TABEL 6.11 JUMLAH LAYANAN DAN KUNJUNGAN KONSELING DAN TES HIV PROVINSI KALIMANTAN UTARA

JUMLAH						
LAYANAN	**KLIEN**	**KONSE LING PRA TES**	**JALANI TES**	**KONSE LING PASCA TES**	**KLIEN**	**POSITIF**
57	21.001	20.986	20.958	20.865	144	0,69

Sumber Data : Dinas Kesehatan, RS Tahun 2018

Melihat data tabel 6.10 dan 6.11 dibandingkan grafik 6.8 di atas, tentu terjadi perbedaan sebab pada grafik 6.8 merupakan laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Kota yang mana belum termasuk semua sarana kesehatan yang ada dalam wilayah Kabupaten Kota tersebut misalkan di sarana pelayanan suasta, di PMI dan RSUD. Pada tabel 6.11 kenyataan didapatkan juga adalah persentase klien yang positih HIV sebesar 0.69 %

Layanan Konseling dan Tes HIV (KTHIV), adalah suatu layanan untuk mengetahui adanya infeksi HIV di tubuh seseorang. Konseling dan tes HIV merupakan pintu masuk utama pada layanan perawatan, dukungan dan pengobatan HIV.

Proses KTHIV dapat dilakukan melalui dua pendekatan, yaitu:

- Konseling dan tes HIV Sukarela (KTS) yaitu layanan tes HIV secara pasif. Pada layanan tersebut klien datang sendiri untuk meminta dilakukan tes HIV atas berbagai alasan baik ke fasilitas kesehatan atau layanan tes HIV berbasis komunitas.
- Tes HIV atas inisiatif pemberi layanan kesehatan dan konseling (TIPK) yaitu tes HIV yang dianjurkan atau ditawarkan oleh petugas kesehatan kepada pasien pengguna layanan kesehatan sebagai komponen standar layanan kesehatan di fasilitas tersebut.

Secara Nasional pada tahun 2018 terdapat 6.657 layanan konseling dan tes HIV yang aktif melaporkan data layanannya. Hasil layanan tersebut didapatkan jumlah klien berkunjung sebanyak 3.184.102 orang. Sebanyak 3.077.653 orang menjalani tes HIV dan 1,52% (46.659 orang) mendapatkan hasil positif HIV.

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 tretinggi 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 6.12 JUMLAH PENDERITA PENUMONI DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	JUMLAH BALITA	PERKIRAAN PENDERITA	DITEMUKAN & DITANGANI
1	Tarakan	25.528	723	1.117
2	Nunukan	20.158	2016	277
3	Bulungan	13.978	1398	143
4	Malinau	16.792	469	0
5	Tanah Tidung	2.420	69	10
	PROVINSI KALIMANTAN UTARA	78.876	4.675	1.547

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Jumlah perkiraan penderita terbanyak di Kabupaten Nunukan 2.016 orang menyusul Kabupaten Bulungan 1.398 dan ketiga di Kota Tarakan 723. 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. Berbeda dengan wilayah lain di Kalimantan Utara dimana jumlah perkiraan penderita Pneumoni lebih besar dari jumlah yang di temukan dan tangani misalkan di Kabupaten Bulungan hanya 10,59 % dari seluruh perkiraan, di Kabupaten Nunukan 13.74 %, Kabupaten Tana Tidung 2,86 %. Kondisi yang perlu dievaluasi pencatatan dan pelaporan di Kabupaten Malinau tidak ada ditemukan.

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 ruin Subdit ISPA Tahun 2018, 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 6.13 KASUS HEPATITIS YANG TERDETEKSI DI PUSKESMAS KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	WILAYAH	LAKI	PEREMPUAN	JUMLAH
1	Tarakan	-	-	-
2	Nunukan	0	0	0
3	Bulungan	0	0	0
4	Malinau	2	1	3
5	Tana Tidung	0	2	2
	PROVINSI KALIMANTAN UTARA	2	3	5

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kab/Kota Tahun 2018

Kasus hepatitis yang terdeteksi di Puskesmas terdapat di Kabupaten Malinau 3 orang dan di Kabupaten Tana Tidung 2 orang, sementara khusus Kota Tarakan tidak ada data yang diberikan.

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-tutuoi 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 6.14 JUMLAH KASUS KLB DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	KLB DI DESA/KELURAHAN		
		JUMLAH	DITANGANI <24 JAM	%
1	Tarakan	6	6	100
2	Nunukan	1	1	100
3	Bulungan	0	0	0
4	Malinau	4	4	100
5	Tanah Tidung	0	0	0
	PROVINSI KALIMANTAN UTARA	11	11	100

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Setelah mendapatkan data kasus KLB seperti tabel 6.14 di atas maka yang penting selain penanganan kasus KLB <24 Jam harus 100 % seperti yang dilakukan di Kota tarakan sebagai wilayah tertinggi KLB yakni 6 kemudian Kabupaten Malinau 4, Kabupaten Nunukan 1 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 6.15 JENIS KEJADIAN KLB, ATTACK RATE & CFR DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	JENIS KEJADIAN LUAR BIASA	YANG TERSERANG		JML PENDERITA	JML KEMATIAN	PENDUDUK TERANCAM	*ATTACK RATE (%)*	CFR (%)
		JML KEC	JML DESA KEL					
1	Campak	1	1	12	0	10.609	0.11	0
2	DBD/Kuala Lapang	1	1	124	1	10.609	1.17	0.81
3	Keracunan Makanan (P.Sapi) Sups Probable	1	1	7	0	10.609	0.07	0
4	Difteri / Long Kebinu Kec. Long Berang Sups	1	1	1	0	10.609	0,01	0
5	AFB / Kelapis	1	1	1	0	10.609	0,01	0
6	Difteri	1	2	2	0	41.146	0,05	0
7	Difteri	1	1	1	0	51.705	0,02	0
8	Keracunan Makanan	1	1	65	0	1.056	61,55	0
9	Keracunan Makanan	1	1	6	0	25.716	0,23	0
10	Campak klinis	1	1	5	0	25.716	0,19	0

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Pada tabel 6.15 Attack Rate tertinggi pada keracunan makanan 61.55 % kemudian menyusul Demam Berdarah Dengue (DBD) 1.17 % sementara Case Fatality Rate (CFR) hanya terjadi pada penyakit DBD 0,81 %.

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 batita 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 6.16 IMUNISASI DASAR PADA BAYI DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

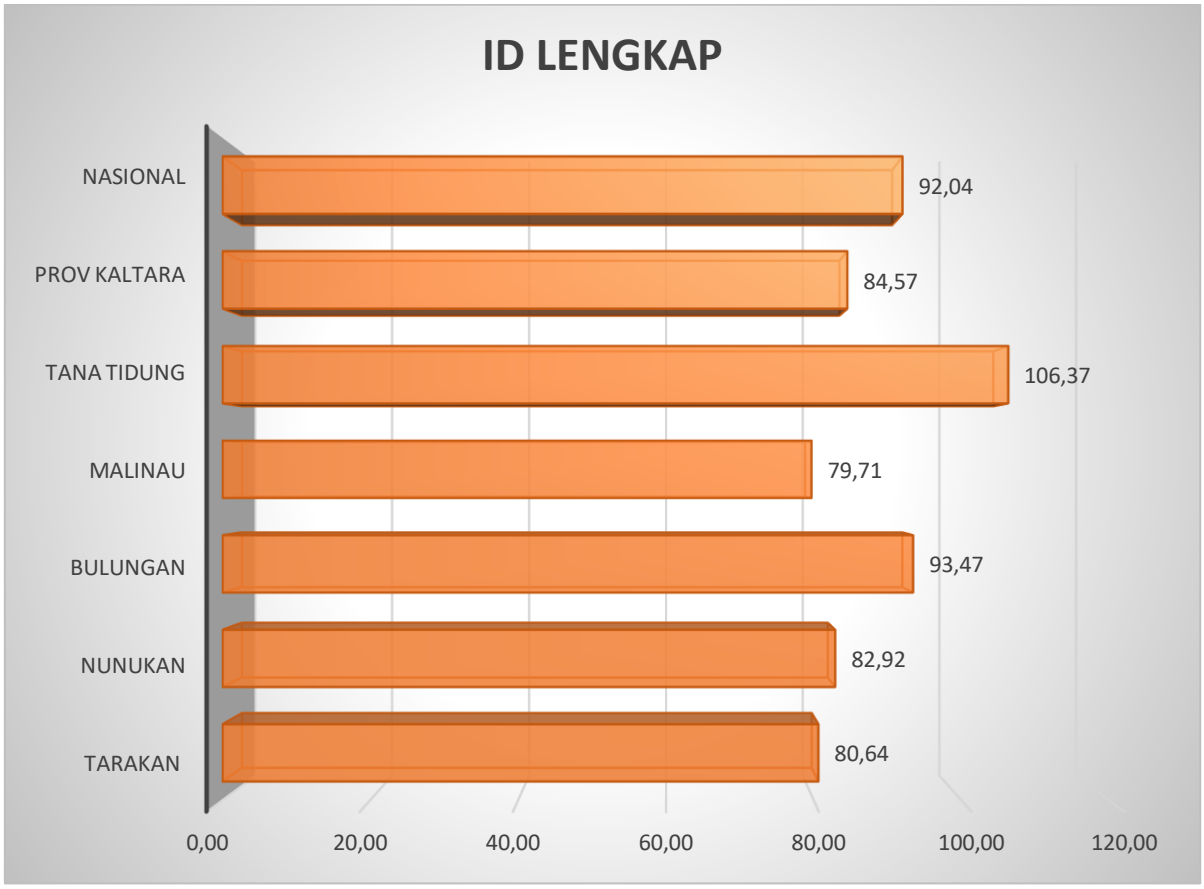
NO	KAB/KOTA	JML BAYI	DPT-HB3/DPT-HB-Hib3	POLIO 4	CAM PAK	IMUNISASI DASAR LENGKAP	
						JML	**%**
1	Tarakan	4.933	4.146	4.046	4.022	3.978	80,64
2	Nunukan	3.823	3.340	3.227	3.208	3.170	82,92
3	Bulungan	2.757	2.532	2.530	2.590	2.577	93,47
4	Malinau	1.671	1.567	1.563	1.171	1.332	79,71
5	Tana Tidung	424	419	419	452	451	106,36
PROV KALTARA		13.608	12.004	11.785	11.443	11.508	84,57

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Menteri Kesehatan menargetkan cakupan imunisasi dasar lengkap pada 2018 yakni sebesar 92,04%. Menteri Kesehatan (Menkes) Nila F. Moelek menyampaikan capaian pada 2018 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%.

Mengacu data target Nasional dan capaian rata-rata Kabupaten Kota Provinsi Kalimantan Utara untuk imunisasi dasar yakni 77,25 % masi jauh di bawah target Nasional 92,04 %. Lebih rinci perbandingan persentase capaian Imunisasi Kabupaten Kota dan Provinsi Kalimantan Utara dengan Target Nasional pada grafik berikut.+

GRAFIK 6.9 PERSENTASE CAPAIAN IMUNISASI LENGKAP KAB/KOTA, PROVINSI DAN TARGET NASIONAL 2018



Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Dari grafik 6.9 diatas capaian imunisasi di Kabupaten Tanah Tidung dan Kabupaten Bulungan melebihi target Nasional yakni masing-masing 106,37 % dan 93,47 %. Sementara wilayah terendah capaiannya di Kabupaten Malinau dengan capaian imunisasi dasar lengkap hanya 79.71 % kemudian nomor 2 terendah di Kota tarakan 80,64 %.

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 2018 di dalam suatu wilayah dengan indicator minimal 95 % bayi yang ada di desa tersebut sudah mendapat imunisasi dasar lengkap

TABEL 6.17 CAPAIAN UCI DESA/KELURAHAN KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	JUMLAH DESA/KEL	DESA/KEL UCI	% DESA/KEL UCI
1	TARAKAN	20	17	85.00
2	NUNUKAN	240	70	29.17
3	BULUNGAN	81	77	95.06
4	MALINAU	111	81	72.97
5	T TIDUNG	32	23	71.88
	PROVINSI KALIMANTAN UTARA	484	268	55.37

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Berdasarkan data tabel 6.17, wilayah dengan UCI Desa tertinggi di Kabupaten Bulungan 95.06 %, kemudian wilayah lainnya tetapi dibawah target Nasional seperti di Kota Tarakan 85 %, Kabupaten Malinau 72,97 %, Kabupaten Tana Tidung 71,88 %. Yang sangat besar pengarunya untuk Provinsi adalah anjloknya Kabupaten Nunukan sementara jumlah desa terbanyak dan UCI terendah hanya 29,17 %

B. PENYAKIT TIDAK MENULAR

Penyakit Tidak Menular (PTM) adalah penyakit yang tidak dapat ditularkan kepada orang lain. Penyakit tidak menular biasnya 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 Iainnya. 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 lskemik
2. Stroke
3. Diabetes
5. Hypertensi

Selain yang disebutkan di atas berbagai penyakit lainnya yang tergolong penyakit tidak menular seperti Reumatoid Artritis, 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 wilalay yang tidak dapat memberi data sehingga tidak memungkinkan dicantumkan.

BAB VII

KESEHATAN KELUARGA

DAFTAR ISI :

A. KESEHATAN IBU DAN WUS
B. PELAYANAN USILA
C. PELAYANAN GIGI DAN MULUT
D. KESEHATAN ANAK

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

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 2018

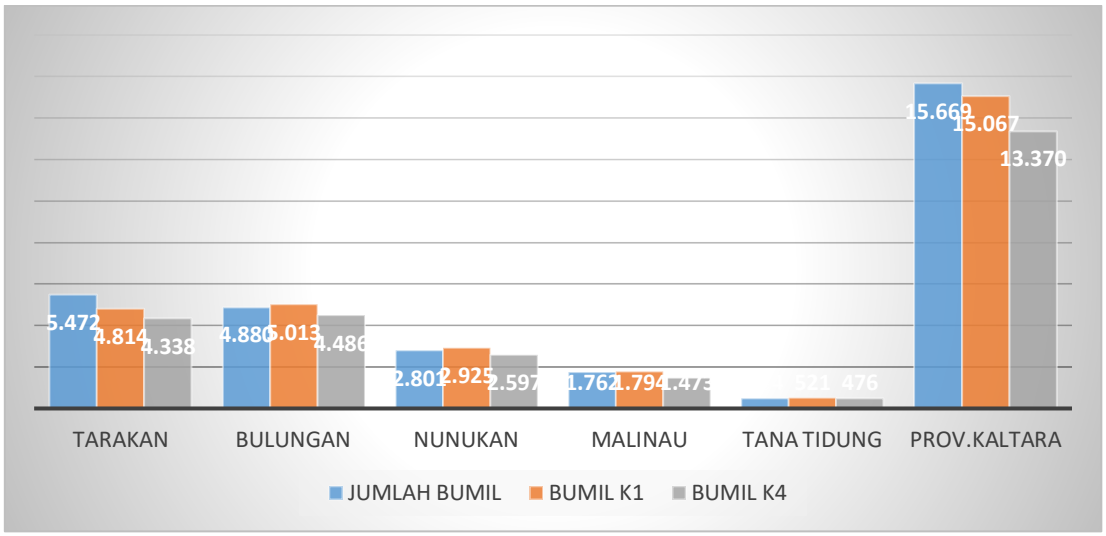
NO	KAB/KOTA	IBU HAMIL			IBU BERSALIN	
		JUMLAH BUMIL	**K1**	**K4**	**YANKES NIFAS**	**DAPAT VIT A**
1	Tarakan	5.472	4.814	4.338	4.382	4.402
2	Nunukan	4.880	5.013	4.486	3.774	4.044
3	Bulungan	2.801	2.925	2.597	2.495	2.578
4	Malinau	1.762	1.794	1.473	1.388	1.583
5	Tanah Tidung	484	521	476	364	440
	PROVINSI KALIMANTAN UTARA	15.669	15.067	13.370	12.403	13.047

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Pada tabel 5.17 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 2018

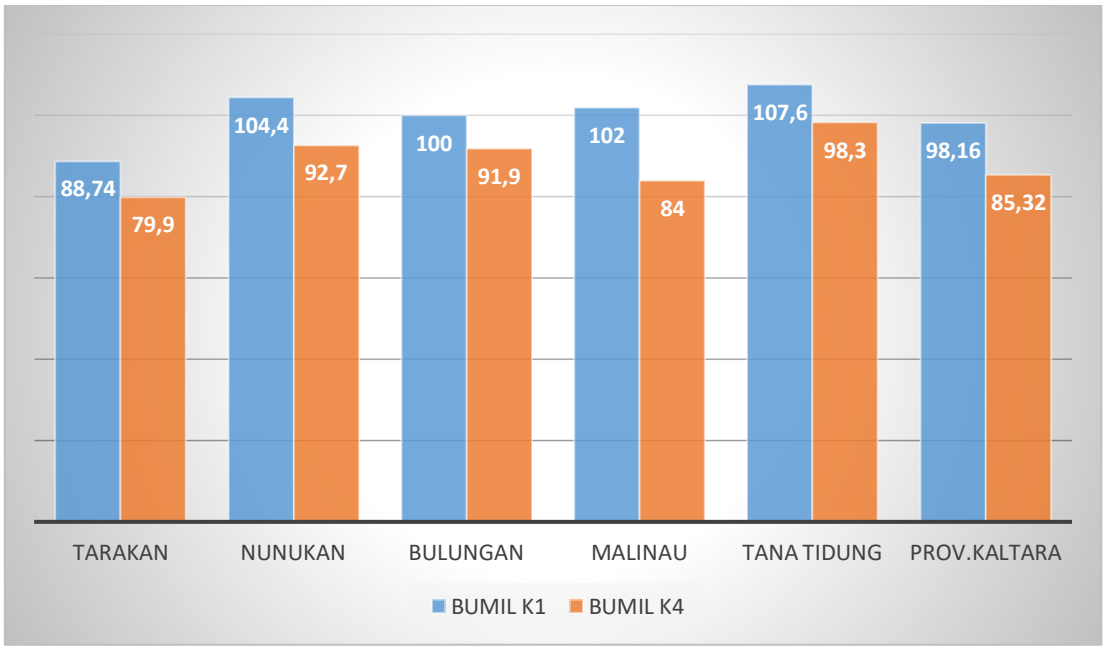


Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

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 suasta 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 Tanah Tidung 107.6 kemudian dan Kabupaten nunukan 104.4 dan Kabupaten Malinau 102 dan terendah di kota tarakan.

GRAFIK 7.2 PERSENTASE K1 DAN K4 KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018



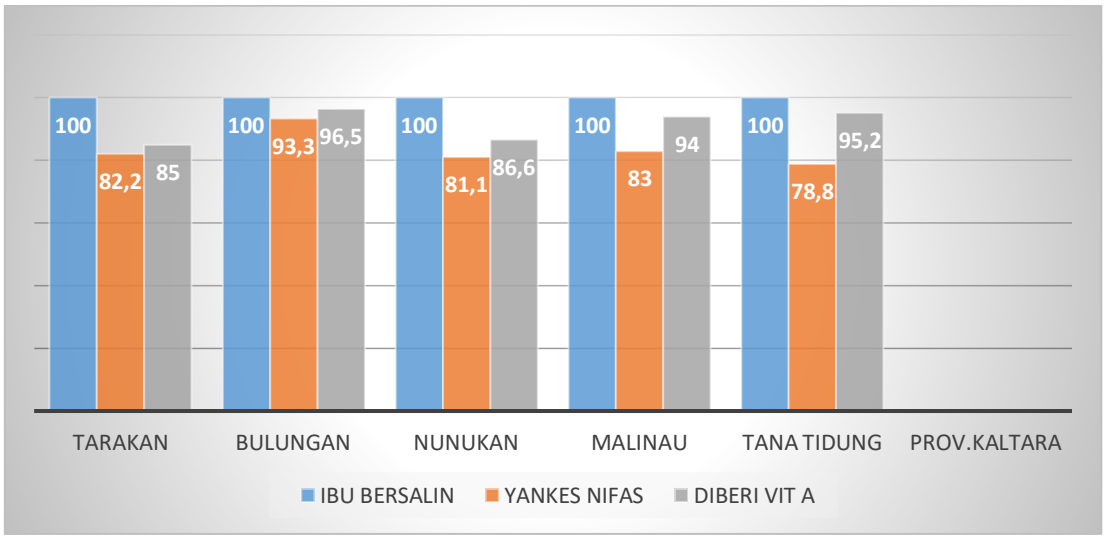
Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

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 suasta dan Rumah Sakit sehingga sangat besar kemungkinan tidak tercatat dan tidak terlaporkan 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 semu ibu postpartum tanpa harus 1membedakan 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 2018



Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Diantara 5 wilayah di Kalimantan Utara ternyata Kabupaten Bulungan tertinggi persentase Pelayanan Kesehatan Nifasnya 93.3 % menyusul Kabupaten Malinau 83 % dan terendah di kabupaten Tana tidung 78.8 %. Pemberian Vitamin A Kabupaten Bulungan dan Kabupaten Tanah Tidung tertinggi sehingga masing – masing 96,5 % dan 94 %. Dapat disimpulkan dengan melihat grafik 5.10 bahwa terbaik pelayanan nifas dan pemberian vitamin A adalah Kabupaten Bulungan.

TABEL 7.2 PERSENTASE BUMIL ANEMIA DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	PERSENTASE ANEMIA PADA BUMIL		
		SASARAN	**ABSOLUT**	**PERSENTASE**
1	Tarakan	5.173	576	11,13
2	Nunukan	12.455	377	3,03
3	Bulungan	6.287	594	9,45
4	Malinau	3.863	144	3,73
5	Tana Tidung	1.074	33	3,07
PROV KALTARA		28.852	1.724	5,98

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kab/kota tahun 2018

Bidang Kesmas Prov Tahun 2018

Persentase tertinggi ibu hamil yang mengalami anemia justru terdapat di Kota Tarakan yakni 11.13 % kemudian Kabupaten Bulungan 9.45 %. Hal ini perlu dilakukan penelitian lebih lanjut apakah kenyataan di masyarakat seperti data atau ata faktor ketidak tersediaan alat pemeriksa yang dapat dilakukan di desa-desa.

TABEL 7.3 PERSENTASE NIFAS MENDAPAT VIT A DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	PERSENTASE NIFAS DAPAT VIT A		
		SASARAN	**ABSOLUT**	**PERSENTASE**
1	Tarakan	5.117	4.413	86,24
2	Nunukan	4.675	3.284	70,25
3	Bulungan	2.673	2.361	88,33
4	Malinau	1.303	682	52,34
5	Tana Tidung	4.914	374	7,61
PROV KALTARA		18.682	11.114	59,49

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kab/kota tahun 2018
Bidang Kesmas Prov Tahun 2018

2. Tetanus Toksoid

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 TT yang tinggi dan merata; 3) penyelenggaraan surveilans Tetanus Neonatorum.

TABEL 7.4 PEMBERIAN TETANUS TOKSOID PADA BUMIL DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	JML BUMIL	TT-1	TT-2	TT-3	TT-4	TT-5	TT2+
1	TARAKAN	5.472	0	0	0	0	0	0
2	NUNUKAN	4.880	753	730	1.038	952	1.506	4.226
3	BULUNGAN	2.801	138	161	228	178	167	734
4	MALINAU	1.762	131	114	101	90	90	90
5	T.TIDUNG	484	85	68	33	20	13	134
	PROVINSI KALIMANTAN UTARA	15.669	1107	1073	1400	1240	1776	5184

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Melihat pemberian TT pada ibu hamil pada tabel di atas masi sangat rendah capaian namun ada 2 penyebab, sebagian masyarakat belum memahami pentingnya vaksin TT 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 suasta. Data dari Dinas kesehatan Kota tarakan tidak ada diberikan namun bukan berarti tidak ada pemberian TT 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 suasta

TABEL 7.5 PEMBERIAN TETANUS TOKSOID PADA WUS DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	JML WUS	TT-1	TT-2	TT-3	TT-4	TT-5
1	TARAKAN	16777	141	121	243	164	147
2	NUNUKAN	42352	712	747	721	713	615
3	BULUNGAN	25.612	265	365	567	576	575
4	MALINAU	17.192	1.396	1.761	1.448	2.040	5.110
5	T.TIDUNG	5145	84	73	47	22	13
	PROVINSI KALIMANTAN UTARA	107.078	2.598	3.067	3.026	3.515	6.460

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kab/kota tahun 2018
Bidang Kesmas Prov Tahun 2018

Mengamati tabel di atas dapat disimpulkan bahwa sangat rendah capaian pemberian TT 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 keperdulian, 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 hamill, 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 hemopoboesis (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 7.6 PEMBERIAN TABLET FE DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	JUMLAH IBU HAMIL	FE1 (30 TABLET)		FE3 (90 TABLET)	
			JUMLAH	%	JUMLAH	%
1	TARAKAN	5.472	5620	104	4817	89
2	NUNUKAN	4.880	4547	97	3690	78
3	BULUNGAN	2.801	2908	103,8	2597	93,7
4	MALINAU	1.762	1.762	93	1.356	77
5	TANA TIDUNG	484	521	107,6	476	98,5
	PROVINSI KALIMANTAN UTARA	15.399	15.358	99	12.936	84

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Pemberian tablet Fe pada ibu hamil di semua Kabupaten Kota Provinsi Kalimantan Utara sangat baik dimana capaian tertinggi DI Kabupaten Tana Tidung untuk Fe1 107,6 % dan Fe3 98.5 %, menyusul Kota tarakan untuk Fe 1 104 % namun Fe 3 hanya 89 %. Tetapi melihat data tabel di atas terbaik kedua keseimbangan Fe 1 dan Fe 3 di Kabupaten bulungan yakni Fe 1 103.8 % dan Fe 3 93.7 %. Sementara di Kabupaten malinau dan Kabupaten Nunukan tercatat banyak yang diberi Fe1 tetapi tidak diberi Fe3.

TABEL 7.7 PERSENTASE REMAJA PUTRI DIBERI TTD KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/ KOTA	% REMAJA PUTRI DIBERI TTD		
		Sasaran	**Absolut**	**%**
1	Malinau	5.073	1.102	21,72
2	Bulungan	9.081	5.066	55,79
3	Nunukan	8.182	1.964	24,00
4	KTT	988	865	87,6
5	Tarakan	10.649	4.661	43,8
PROVINSI KALTARA		**33.973**	**13.658**	**40,2**

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kab/Kota dan Provinsi Kaltara Tahun 2018

Pemberian TTD ini penting diberikan dengan tujuan pencegahan sedini mungkin terjadinya anemia pada pra nikah. Pada tabel diatas tertinggi di Kabupaten Tana Tidung 87.6 % menyusul Kabupaten Bulungan 55.79 % dan terkecil di Kabupaten Malinau.

4. Pemberian PMT BUMIL KEK

Kurang energi kronik (KEK) merupakan suatu kondisi yang harus diwaspadai oleh setiap ibu hamil. Kondisi ini bisa terjadi oleh wanita saat usia subur, yaitu perempuan di rentang usia 15 hingga 45 tahun.

Cara mengidentifikasi apakah ibu hamil mengalami kurang energi kronik atau tidak yaitu menggunakan ukuran lingkaran lengan atas (LILA). Menurut Departemen Kesehatan, ibu hamil yang dinyatakan KEK yaitu jika ukuran LILA kurang dari 23,5 cm.

Dikutip dari jurnal Persatuan Ahli Gizi Indonesia (PERSAGI), LILA adalah alat ukur sederhana yang telah banyak digunakan untuk mengetahui risiko KEK. Berbagai penelitian yang dilakukan di Indonesia maupun di luar negeri, menunjukkan jika LILA adalah salah satu alat identifikasi KEK yang cukup baik.

TABEL 7.8 PERSENTASE BUMIL KEK DIBERI PMT KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	BUMIL KEK MENDAPAT PMT		
		SASARAN	**ABSOLUT**	**PERSENTASE**
1	Tarakan	430	400	93,02
2	Nunukan	607	584	96,21
3	Bulungan	516	433	83,91
4	Malinau	111	85	76,58
5	T Tidung	127	123	96,85
PROV KALTARA		1.791	1.525	90,73

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kab/Kota dan Bidang Kesmas tahun 2018

Mengacu pada jumlah sasaran maka ibu hamil dengan kekurangan energy dan kalori yang mendapat pemberian makanan tambahan tertinggi di Kabupaten Tana Tidung 98.85 % kemudian berturut-turut Kabupaten Nunukan 96.21 %, Kota Tarakan 93.02 %, Kabupaten Bulungan 83.91 % dan terakhir terkecil di Kabupaten Malinau 76.58 %.

LILA tak hanya mengidentifikasi kurang energi kronik, LILA juga dapat digunakan untuk memprediksi kelahiran bayi berat badan lahir rendah (BBLR). Serta, prediksi kematian neonatal dini, hingga status gizi anak sampai usia 9 tahun.

Selain LILA, untuk mengidentifikasi apakah ibu hamil mengalami kondisi KEK atau tidak, bisa juga menggunakan indeks massa tubuh (IMT). Mengetahui kurang energi kronik menggunakan IMT yaitu dengan membandingkan antara berat dan tinggi badan.

5. 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 7.9 KELUARGA BERENCANA DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/ KOTA	KB							
		JML BULIN	**KB PASCA SALIN**		**WUS**	**KB Aktif**		**KB Baru**	
			JML	**%**		**JML**	**%**	**JML**	**%**
1	Tarakan	3.839	1.916	49,91	55.310	33.602	60,75	10.607	19,18
2	Nunukan	3.985	1.969	49,41	39.245	23.840	60,75	3.305	8,42
3	Bulungan	2.672	809	30,28	25.612	18.474	72,13	1.568	6,12
4	Malinau	1.755	174	9,91	16.307	849	5,21	131	0,80
5	KTT	496	95	19.,15	5.212	3.136	60,17	744	14,27
PROVINSI KALTARA		12.747	4.963	38,93	141.686	79.901	56,39	16.355	11,54

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Persentase Peserta KB baru tertinggi di Kota Tarakan 19,18 % dan capaian tertinggi KB Aktif di Kabupaten Bulungan 72,13 % kemudian menyusul Kota tarakan dan Kabupaten Nunukan 60,75 % dan terendah capaian KB Baru maupun 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 suasta terutama pada bidan-bidan.

6. 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 7.10 ASI EKSKLUSIF PADA BAYI < 6 BLN KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	**JML BAYI 0-6 BLN**	**ASI EKSKLUSIF**	
			JUMLAH	%
1	TARAKAN	4.298	2.610	60,73
2	NUNUKAN	3.766	3.196	84,86
3	BULUNGAN	2.478	1.828	73,77
4	MALINAU	1.728	468	27,08
5	TANA TIDUNG	351	295	84,05
	PROVINSI KALIMANTAN UTARA	12.621	8.397	66,53

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Capaian pemberian ASI Eksklusif tertinggi di Kabupaten Nunukan dan Tana Tidung masing-masing 84,86 % dan 84,05 % terendah di Kabupaten Malinau 27,08 %. Namun demikian Provinsi Kalimantan Utara masih melampaui banyak Provinsi lainnya di Indonesia bahkan jika membandingan perolehan rata-rata di Indonesia, Provinsi Kalimantan utara lebih tinggi yakni 62,51 %.

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 7.11 PERSENTASE USILA TERLAYANI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	USILA (>60 THN)		
		JUMLAH	TERLAYANI	% TERLAYANI
1	TARAKAN	14.805	6.798	45,90
2	NUNUKAN	19.352	6.353	32,83
3	BULUNGAN	13,515	5.823	43,09
4	MALINAU	0	5.589	0
5	TANA TIDUNG	791	676	85.46
	PROVINSI KALIMANTAN UTARA	34,962	25.239	72,2

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

USILA yang mendapatkan pelayanan kesehatan terbaik di Kabuapetn Tana Tidung 85,46 % menyusul Kota Tarakan 45,90 %, Kabupaten Bulungan 43,09 % dan Kabupaten Nunukan 32,83 %. Yang tidak dapat dihitung persentase USILA terlayani terjadi di Kabupaten Malinau sebab tidak ada data Jumlah USILA.

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 Puskesma belum memiliki Dokter Gigi dana 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 7.12 PELAYANAN PASIEN GIGI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	TUMPATAN GIGI TETAP	PENCABUTAN GIGI
1	TARAKAN	3.711	3.714
2	NUNUKAN	696	3065
3	BULUNGAN	698	3014
4	MALINAU	0	0
5	TANA TIDUNG	183	185
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		5.288	9.978

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Dari tabel di atas terlihat tumpatan gigi dan pencabutan gigi terbanyak di Kota Tarakan (3.711 dan 3.714) kemudian menyusul di Kabupaten Nunukan tumpatan gigi 696, pencabutan gigi 3.065. Kabupaten malinau 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 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 7.13 KUNJUNGAN NEONATAL DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	JML LAHIR HIDUP	KUNJUNGAN NEONATAL			
			KN1	%	KN LENGKAP	%
1	Bulungan	2.548	2.606	102,28	2.561	100,51
2	Nunukan	4.256	3.966	93,19	3.758	88,30
3	Malinau	1.564	1.370	87,60	1.330	85,04
4	Tarakan	3.768	4.466	118,52	4.481	118,92
5	KTT	410	440	107,32	364	88,78
PROVINSI		**12.546**	**12.848**	**102,22**	**12.494**	**99,4**

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kab/Kota tahun 2018

Bidang Kesmas Dinas Kes Prov kaltara tahun 2018

Dari tabel diatas terlihat kunjungan neonatal pertama dan lengkap tertinggi di kota tarakan yakni masing-masing 118,52 % dan 118,92 % namun untuk kunjungan pertama tertinggi kedua di Kabupaten Tana Tidung 107,32 % kemudian Kabupaten Bulungan 102,28 % tetapi Kabupaten Bulungan nomor 2 tertinggi untuk KN lengkap 100,51 %.

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 7.14 PERSENTASE BALITA KURUS MENDAPAT PMT DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	BALITA KURUS MENDAPAT PMT		
		SASARAN	**ABSOLUT**	**PERSENTASE**
1	Tarakan	119	104	87,39
2	Nunukan	1.235	1.171	94,82
3	Bulungan	1.502	1.049	69,84
4	Malinau	547	491	89,76
5	Tana Tidung	481	480	99,79
PROV KALTARA		3.884	3.295	84,84

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kab/Kota tahun 2018

Bidang Kesmas Dinas Kes Prov kaltara tahun 2018

Persentase balita kurus yang mendapat pemberian makanan tambahan tertinggi di Kabupaten Tana Tidung 99,79 % kemudian Kabupaten Nunukan 94,82 % dan terendah di Kabuaten Bulungan 69,84 %. Untuk Provinsi Kalimantan Utara 84.84 %.

Jika melihat kondisi di lapangan maka mungkin masi banyaknya bayi dan balita yang belum terdeteksi namun tergolong kurus sehingga perlu dilakukan pelacakan secara menyeluruh.

Hal lain yang menurut penilaian kami bahwa sebaiknya jangan menunggu balita itu masuk kategori garis merah baru diberi makanan tambahan (PMT) tetapi sebaiknya mulai dari yang ada gejala atau terancam masuk kategori kurus agar tidak menjadi kurus. Jika demikian tentu akan lebih cepat pulih dari pada terlambat.

TABEL 7.15 PERSENTASE BALITA DITIMBANG D/S DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	BALITA GIZI BURUK	% BALITA DITIMBANG D/S		
			D	**S**	**%**
1	Tarakan	20	13.883	24.057	57,71
2	Nunukan	38	7.193	18.210	39,50
3	Bulungan	72	7.175	13.671	52,48
4	Malinau	25	3.480	6.639	52,41
5	Tana Tidung	21	1.746	2.960	58,99
PROV KALTARA		176	33.477	65.537	51,08

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kab/Kota tahun 2018

Bidang Kesmas Dinas Kes Prov kaltara tahun 2018

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 7.16 PERSENTASE BALITA NAIK BB DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	PERSENTASE BALITA NAIK BB		
		D	**N**	**%**
1	Tarakan	13.883	8.143	58,65
2	Nunukan	3.480	3.355	96,41
3	Bulungan	7.175	3.716	51,79
4	Malinau	3.480	1.928	55,40
5	Tana Tidung	1.746	1.289	73,83
PROV KALTARA		29.764	18.431	61,92

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kab/Kota tahun 2018

Bidang Kesmas Dinas Kes Prov kaltara tahun 2018

Persentase balita yang naik berat badan terbesar di Kabupaten Nunukan 96,41 % menyusul Kabupaten Tana Tidung 73,83 %, Kota Tarakan 58,65 % dan terendah di Kabupaten Bulungan 51,79 %.

TABEL 7.17 % BALITA 6-59 BLN DIBERI VIT A DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	% BALITA 6-59 BLN DIBERI VIT A		
		SASARAN	**ABSOLUT**	**PERSENTASE**
1	Tarakan	22.126	1.468	78,95
2	Nunukan	24.589	22.868	93,00
3	Bulungan	12.875	10.297	79,98
4	Malinau	8.832	3.476	39,36
5	Tana Tidung	3.029	2.484	82,01
PROV KALTARA		71.451	56.593	79,21

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kab/Kota tahun 2018

Bidang Kesmas Dinas Kes Prov kaltara tahun 2018

Pada tabel 7.17 di atas terlihat balita umur 6 – 59 Bulan yang diberi Vitamin A dimana jumlah dan persentase tertinggi di Kabupaten Nunukan 93,00 % menyusul Kabupaten Tana Tidung 82,01 % dan terkecil di Kabupaten Malinau 39,36 %.

BAB VIII

KESEHATAN LINGKUNGAN

DAFTAR ISI :

A. SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT
B. TATANAN KAWASAN SEHAT

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

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 Suistanable 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 berpotensial 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 unsurunsur 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 pemicuan. 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 pemicuan, 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 2018

NO	KAB/KOTA	DESA MELAKSANAKAN STBM	DESA STOP BABS (SBS)	DESA STBM
1	TARAKAN	2	0	0
2	NUNUKAN	96	19	19
3	BULUNGAN	74	38	0
4	MALINAU	61	7	61
5	TANA TIDUNG	16	0	0
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		249	64	80

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Berdasarkan data dalam tabel 8.1 di atas, Kabupaten Bulungan memiliki desa terbanyak dengan Stop BABS sementara Kabupaten nunukan terbanyak desa melaksanakan STBM kemudian Kabupaten Bulungan 74 dan Kabupaten Malinau 61. Kabupaten yang dianggap sukses dalam program Stop BABS adalah Kabupaten Bulungan.

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 prilaku, 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 2018

NO	KAB/KOTA	KOMUNAL				
		JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGGUNA	MEMENUHI SYARAT		
				JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGGUNA	% PENDUDUK PENGGUNA
1	TARAKAN	1.423	6.086	0	0	0
2	NUNUKAN	2.565	7.838	1.053	6.481	83
3	BULUNGAN	11	0	11	0	0
4	MALINAU	32	236	21	143	60,59
5	TANA TIDUNG	0	0	0	0	0
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		4.031	14.160	1.085	6.624	46,78

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Persentase penduduk yang menggunakan kumonal memenuhi syarat terbesar di Kabupaten Nunukan 83,00 % kemudian kabupaten Malinau 60,59 %. Wilayah lainnya tidak lengkap data DI Kabupaten Tana Tidung dan Kota Tarakan.

Kloset leher angsa umumnya diketahui semua pihak tetapi yang mungkin tidak semua dapat mengenal atau mengetahui adalah 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 milai 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 JLA KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	LEHER ANGSA				
		JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGGUNA	MEMENUHI SYARAT		
				JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGGUNA	% PENDUDUK PENGGUNA
1	TARAKAN	3.602	13.755	3.602	13.755	100
2	NUNUKAN	12.580	53.360	11.399	48.242	90,41
3	BULUNGAN	26.763	11.969	25.563	10762	96,12
4	MALINAU	15.560	65.619	13.467	57.215	87,19
5	TANA TIDUNG	0	3.740	0	3.740	100
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		58.505	148.443	54.031	133.715	90,08

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Persentase penduduk yang menggunakan jamban leher angsa tertinggi di dua wilayah yakni Kota Tarakan dan Kabupaten Tana Tidung dengan nilai 100 % berdasarkan data diatas, kemudian Kabupaten Bulungan nilai 96,12 %, Kabupaten Nunukan 90,40 %dan terkecil di kabupaten Malinau 87,19 %. Merujuk data di atas berarti 90,08 % penduduk yang menggunakan jamban leher angsa yang memenuhi syarat.

TABEL 8.4 PENDUDUK PENGGUNA JP KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	PLENGSENGAN				
		JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGGUNA	MEMENUHI SYARAT		
				JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGGUNA	% PENDUDUK PENGGUNA
1	TARAKAN	0	0	0	0	0
2	NUNUKAN	512	1.888	273	816	43,2
3	BULUNGAN	160	957	148	802	83,8
4	MALINAU	2	12	0	0	0
5	TANA TIDUNG	0	362	0	362	100
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		674	3.219	421	1.980	61,5

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Persentase penduduk yang menggunakan jamban plengsengan yang memenuhi syarat tertinggi di Kabupaten Tana Tidung dengan nilai 100 % kemudian Kabupaten Bulungan 83,8 % dan Kabupaten Nunukan 43,2 %. Data dari Kota Tarakan dan Kabupaten Malinau tidak lengkap.

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 menyedari sebagai akibat dari sanitasi yang

buruk ini, akan menyebabkan angka kejadian diare meningkat dan akhirnya mengakibatkan kematian.

TABEL 8.5 PENDUDUK PENGGUNA JC KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	CEMPLUNG				
		JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGGUNA	MEMENUHI SYARAT		
				JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGGUNA	% PENDUDUK PENGGUNA
1	TARAKAN	995	4.113	0	0	0
2	NUNUKAN	886	2.915	688	2.166	74,31
3	BULUNGAN	1546	6,219	894	3,726	59.95
4	MALINAU	86	495	29	164	33,13
5	TANA TIDUNG	0	313	0	313	100
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		3.513	14.051	1.611	6.369	45,33

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Mengacu tabel yang ada di atas dimana masih adanya jenis jamban cemplung namun tetap ada yang dikategorikan memenuhi syarat dan wilayah terbesar yang memiliki jamban cemplung memenuhi syarat di kabupaten Tana Tidung 100 % kemudian Kabupaten Nunukan 74,31 %, Kabupaten Bulungan 59,95 %, Kabupaten Malinau 33,13 %.

Kota Tarakan berdasarkan data yang ada masi banyak juga yang menggunakan jamban cemplung terutama di pesisir pantai namun data yang diberikan dari Dinas Kesehatan Kota Tarakan tidak lengkap sehingga sulit dianalisa apakah jamban cemplung yang ada semuanya tidak memenuhi syarat ataukah tidak dilakukan pemeriksaan. Kota Tarakan sebagai satu-satunya Kota dan menjadi satu-satunya pusat transit yang diandalkan di Provinsi Kalimantan Utara seharusnya lebih memperhatikan kesehatan lingkungan. Dinas Kesehatan Kota Tarakan sangat diharapkan untuk aktif

memberi pembinaan kepada masyarakat termasuk memberi intervensi minimal melaksanakan survei agar pemakaian jamban di masyarakat semua sesuai dengan syarat kesehatan apalagi jika melihat disekitar rumah penduduk di pinggir pantai terutama yang rumah diatas air sering anak-anak mandi di kolong rumahnya.

TABEL 8.6 PENDUDUK PENGGUNA AKSES JAMBAN SEHAT KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	JML PENDUDUK	PENDUDUK AKSES JAMBAN SEHAT	
			JML PENDUDUK	%
1	TARAKAN	261.934	6.933	2,65
2	NUNUKAN	138.878	57.861	41,66
3	BULUNGAN	201.580	112.093	55,61
4	MALINAU	79.201	57.513	72,62
5	TANA TIDUNG	28.926	4.415	15,26
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		710.516	238.815	33,61

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kab/Kota 2018

Data tabel 8.6 menunjukan Kabupaten Malinau sebagai wilayah dengan jumlah penduduk menggunakan akses jamban sehat tertinggi persentasenya yakni 72,62 % menyusul Kabupaten Bulungan 55,61 %. Sementara Kota Tarakan yang memiliki persentase terkecil hanya 2.65 %.

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. Rumah Tangga Ber-PHBS

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di rumah tangga merupakan upaya untuk memberdayakan anggota rumah tangga agar sadar, mau, dan mampu melakukan PHBS dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya, mencegah risiko terjadinya penyakit dan melindungi diri dari ancaman penyakit serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat. Yang dimaksud rumah tangga sehat adalah proporsi rumah tangga yang memenuhi minimal 11 indikator dari 16 indikator PHBS tatanan rumah tangga.

Permasalahan yang mudah dipahami tetapi sulit dilaksanakan adalah merubah perilaku setiap manusia terutama jika perilaku itu suda turun-temurun dilakoni, misalkan saja kebiasaan merokok dalam rumah dimana terdapat orang lain yang tidak merokok apalagi jika ada anak-anak dan ibu hamil, sering kita saksikan para perokok

itu dengan santainya tetap menghembuskan asap rokoknya dalam rumah tanpa merasa bersalah.

Kebiasaan yang lain seperti membuang sampah disamping rumah atau sembarangan yang lama-lama menumpuk dan membusuk sehingga menjadi sumber penularan penyakit.

Sebenarnya kedua contoh tersebut disadari semua orang bahwa itu kesalahan tetapi sangat sulit untuk berubah menjadi tidak merokok terutama didalam rumah dan sangat sulit berubah tidak membuang sampah sembarangan.

TABEL 8.6 RUMAH TANGGA BER-PHBS DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KECAMATAN	RUMAH TANGGA			
		JUMLAH	JUMLAH DIPANTAU	JUMLAH BER-PHBS	% BER-PHBS
1	TARAKAN	39.063	5.162	2.865	55,50
2	NUNUKAN	38.173	7.132	2.416	33,87
3	BULUNGAN	42.298	8.747	4.334	49,51
4	MALINAU	15.503	5.964	2.888	48,42
5	TANA TIDUNG	2.511	372	334	89,74
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		137.548	27.377	12.837	46,89

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Berdasarkan data tabel 8.6 di atas maka dari semua rumah yang dilakukan pemantauan disetiap wilayah menunjukan rumah tangga yang melaksanakan perilaku hidup sehat (ber PHBS) terbanyak di Kabupaten Bulungan sebesar 4.334 rumah tangga tetapi jika menilai persentase dari jumlah yang dipantau maka Kabupaten Tana Tidung tertinggi rumah ber-PHBS sebesar 89,74 %.

Capaian yang persentase tinggi di Kabupaten Tana Tidung disebabkan jumlah rumah yang dipantu sangat sedikit yakni hanya 372 rumah sementara wilayah lain

ribuan rumah. Namun demikian Kabupaten Kota lainnya pun tetap harus mengupayakan agar capaian lebih tinggi lain.

2. Rumah Sehat

Rumah merupakan sebuah bangunan, tempat manusia tinggal dan melangsungkan kehidupannya. Berdasarkan Undang-undang Nomor 1 Tahun 2011 tentang Perumahan dan Pemukiman, perumahan adalah kelompok rumah yang berfungsi sebagai lingkungan tempat tinggal atau lingkungan hunian yang dilengkapi dengan sarana dan prasarana lingkungan. Dalam pengertian yang luas, rumah bukan hanya sebuah bangunan (struktural), melainkan juga tempat kediaman yang memenuhi syarat-syarat kehidupan yang layak dan sehat, dipandang dari berbagai segi kehidupan masyarakat. Rumah dapat dimengerti sebagai tempat perlindungan, untuk menikmati kehidupan, beristirahat bersama keluarga. Rumah yang layak harus menjamin kepentingan keluarga salah satunya menjamin kesehatan keluarga.

Definisi perumahan (housing) menurut WHO (World Health Organitation) adalah suatu struktur fisik di mana orang menggunakannya untuk tempat berlindung, di mana lingkungan dari struktur tersebut termasuk juga semua fasilitas dan pelayanan yang diperlukan, perlengkapan yang berguna untuk kesehatan jasmani, rohani, dan keadaan sosial yang baik untuk keluarga dan individu. Rumah sehat merupakan salah satu sarana untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal.

Persyaratan rumah sehat yang tercantum dalam Residential Environment dari WHO (1974) antara lain:

a. Harus dapat berlindung dari hujan, panas, dingin, dan berfungsi sebagai tempat istrahat.
b. Mempunyai tenpat-tempat untuk tidur, memasak, mandi, mencuci, kakus dan kamar mandi.
c. Dapat melindungi bahaya kebisingan dan bebas dari pencemaran.
d. Bebas dari bahan bangunan berbahaya.
e. Terbuat dari bahan bangunan yang kokoh dan dapat melindungi penghuninya dari gempa, keruntuhan, dan penyakit menular.
f. Memberi rasa aman dan lingkungan tetangga yang serasi.

Salah satu Instrumen Penilaian Rumah Sehat mengacu pada Pedoman Teknis Penilaian Rumah Sehat Departemen Kesehatan RI Tahun 2007, dengan pembagian

bobot penilaian meliputi bobot komponen rumah, bobot sarana sanitasi, serta bobot pada perilaku penghuni. Sesuai dengan pedoman ini, secara umum rumah dikatakan sehat apabila memenuhi kriteria sebagai berikut :

a. Memenuhi kebutuhan psikologis antara lain privasi yang cukup, komunikasi yang sehat antar anggota keluarga dan penghuni rumah, adanya ruangan khusus untuk istirahat (ruang tidur), bagi masing-masing penghuni.
b. Memenuhi persyaratan pencegahan penularan penyakit antar penghuni rumah dengan penyediaan air bersih, pengelolaan tinja dan limbah rumah tangga, bebas vektor penyakit dan tikus, kepadatan hunian yang tidak berlebihan, cukup sinar matahari pagi, terlindungnya makanan dan minuman dari pencemaran, disamping pencahayaan dan penghawaan yang cukup.
c. Memenuhi persyaratan pencegahan terjadinya kecelakaan baik yang timbul karena pengaruh luar dan dalam rumah, antara lain persyaratan garis sempadan jalan, konstruksi bangunan rumah, bahaya kebakaran dan kecelakaan di dalam rumah.

Rumah layak huni mendukung terciptanya rumah yang sehat. Definisi rumah layak huni menurut Badan Pusat Statistik, adalah rumah yang memenuhi persyaratan keselamatan, bangunan dan kecukupan minimum luas bangunan serta kesehatan penghuninya. Penilaian rumah layak huni diperoleh melalui indikator komposit dari tujuh indikator terkait yaitu :

a. Akses Air Layak.
b. Akses Sanitasi Layak.
c. Sufficient Living Area (Luas lantai per kapita > 7,2 m2).
d. Jenis Lantai.
e. Jenis Dinding.
f. Jenis Atap.
g. Penerangan Listrik.

Rumah yang dikategorikan layak huni, adalah rumah yang maksimum hanya memiliki dua indikator pembentuk yang kurang baik dari tujuh indikator rumah layak huni. Indikator rumah layak huni dapat mengetahui tingkat kesejahteraan masyarakat. Semakin tinggi tingkat kesejahteraan masyarakat mengindikasikan semakin terpenuhi kebutuhan dasar akan perumahan sehat.

Rumah haruslah sehat dan nyaman agar penghuninya dapat berkarya untuk meningkatkan produktivitas. Konstruksi rumah dan lingkungan yang tidak memenuhi syarat kesehatan merupakan faktor risiko penularan berbagai jenis penyakit khususnya

penyakit berbasis lingkungan seperti Demam Berdarah Dengue, Malaria, Flu Burung, TBC, ISPA dan lain - lain. Pentingnya rumah sehat tersebut sebab bukan hanya risiko penularan penyakit tetapi pengaruh psikologis bagi semua penghuni rumah dapat mengganggu produktifitas manusia, demikian juga kemungkinan pengaruh jika bencana ringan.

TABEL 8.7 RUMAH SESUAI SYARAT DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	JML RUMAH	RUMAH DIBINA	RUMAH PENUHI SYARAT	% RUMAH PENUHI SYARAT
1	TARAKAN	39.063	4.145	2.964	7,59
2	NUNUKAN	34.423	3.208	21.064	61,19
3	BULUNGAN	25.006	4.149	25.468	86,03
4	MALINAU	15.702	4.252	897	21,10
5	TANA TIDUNG	31.858	8.780	2.180	24,8
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		146.052	24.534	52.573	36

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Jika melihat dari keseluruhan rumah yang ada di Kabupaten Kota maka persentase tertinggi rumah sehat di Kabupaten Bulungan 83.87 % kemudian Kabupaten Nunukan 61.19 %, tetapi jika persentase rumah dibina dari semua rumah yang ada di Kabupaten Kota maka Kabupaten Malinau lebih tertinggi 21.09 % kemudian Kabupaten Bulungan 14.29 %.

3. Air Minum Sehat

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 sesederhana daerah lain yang yang hamper semua masyarakat menggunakan air PDAM, tetapi prinsipnya sumber air adalah problem no 2 sebab yang utama adalah memenuhi kualitas sesuai syarat kesehatan.

TABEL 8.8 SUMBER AIR SG SESUAI SYARAT DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	SUMUR GALI TERLINDUNG			
		JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGGUNA	MEMENUHI SYARAT	
				JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK
1	TARAKAN	47	47	22	130
2	NUNUKAN	668	3.742	1.370	4.310
3	BULUNGAN	1136	7051	898	4.644
4	MALINAU	102	723	92	693
5	TANA TIDUNG	145	956	66	429
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		2.098	12.519	2.448	10.206

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Sumur gali terlindung adalah jenis sumur gali yang telah memenuhi persyaratan sanitasi dan terlindungi dari kontaminasi air kotor baik rembesan di bawah tanah maupun aliran langsung atau masuk langsung kedalam sumur.

Jumlah penduduk yang menggunakan sumur gali terlindung paling banyak di Kabupaten Bulungan kemudian Kabupaten Nunukan. Secara umum sumur gali banyak digunakan masyarakat di pedesaan sebab mudah dan murah serta cepat terlihat hasilnya. Dari tabel 8.8 di atas terlihat jumlah penduduk yang menggunakan sumur gali

terlindungi tertinggi di Kabupaten Bulungan 4.644 jiwa kemudian Kabupaten Nunukan sebanyak 4.310 jiwa. Sementara terkecil di kota tarakan yakni 130 jiwa.

TABEL 8.9 SUMBER AIR SGP SESUAI SYARAT DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	SUMUR GALI DENGAN POMPA			
		JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGGUNA	MEMENUHI SYARAT	
				JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK
1	TARAKAN	0	0	0	0
2	NUNUKAN	97	1.127	64	1.238
3	BULUNGAN	577	2.466	407	1.786
4	MALINAU	0	0	0	0
5	TANA TIDUNG	0	0	0	0
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		674	3.593	471	3.024

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Sebagian penduduk di pedesaan menggunakan sumur gali dengan menggunakan pompa dan terbanyak ditemukan di Kabupaten Bulungan dan Kabupaten Nunukan masing-masing 1.786 di Kabupaten Bulungan dan 1.238 di Kabupaten Nunukan sementara di wilayah lain tidak memberi data.

Untuk Kota tarakan mungkin dipahami jika memang tidak ada namun di Kabupaten Tana Tidung dan Kabupaten Malinau menurut analisis dari data tahun sebelumnya yang ada namun tahun 2018 tidak ada sehingga apakah mungkin langsung berubah.

Sumur pompa, adalah sumur yang cara pengambilannya (menaikkan) airnya dengan menggunakan pompa, baik pompa tangan atau pompa tenaga listrik termasuk sumur artesis yang menggunakan pompa

TABEL 8.10 SUMBER AIR SBP SESUAI SYARAT DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	SUMUR BOR DENGAN POMPA			
		JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGGUNA	MEMENUHI SYARAT	
				JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK
1	TARAKAN	16	16	16	16
2	NUNUKAN	55	8.220	47	8.140
3	BULUNGAN	176	831	152	718
4	MALINAU	0	0	0	0
5	TANA TIDUNG	329	2.442	207	1.368
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		576	11.509	422	10.242

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Sumber air dengan cara pengeboran dan menggunakan pompa di wilayah Provinsi Kalimantan Utara terutama yang tidak terjangkau oleh air PDAM, umumnya menggunakan sumur bor karena kondisi struktur tanah yang jika menggunakan sumur gali maka banyak wilayah yang airnya tidak layak layak dimanfaatkan terutama untuk minum.

Dari tabel 8.10 di atas tergambar wilayah yang menggunakan sumur bor dengan pompa terbanyak di Kabupaten Nunukan 8.140 jiwa sedang di Kabupaten Tana Tidung 1.368 jiwa lalu Kabupaten Bulungan 718 jiwa.Untuk Kabupaten Malinau tidak ada data diberikan walaupun disadari bahwa pasti ada penduduk yang menggunakan sumur bor dengan pompa

Terminal air adalah sarana pelayanan air minum yang digunakan secara komunal, berupa bak penampung air yang ditempatkan di atas permukaan tanah atau pondasi dan pengisian air dilakukan dengan sistem curah dari mobil tangki air atau kapal tangki air.

TABEL 8.11 SUMBER TERMINAL AIR SYARAT DI KABUPATEN KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	TERMINAL AIR			
		JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGGUNA	MEMENUHI SYARAT	
				JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGGUNA
1	TARAKAN	0	0	0	0
2	NUNUKAN	32	1.914	18	1.842
3	BULUNGAN	75	216	75	216
4	MALINAU	1	315	1	315
5	TANA TIDUNG	2	392	2	384
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		110	2.837	96	2.757

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Sumber air terminal biasanya didukung oleh pemerintah atau suasta dengan bantuan, terbanyak penggunanya di Kabupaten Nunukan 1.842, kemudian Kabupaten Tana Tidung 384.

Khusus di Kota Tarakan tidak ada data yang diberikan maupun yang ditampilkan dalam profil Kesehatan Kota tarakan.

Mata air terlindung adalah sumber air permukaan tanah di mana air timbul dengan sendirinya dan terlindung dari air bekas pakai, bekas mandi, mencuci, atau lainnya

TABEL 8.12 SUMBER MATA AIR TERLINDUNGI SESUAI SYARAT DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	MATA AIR TERLINDUNG			
		JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGGUNA	MEMENUHI SYARAT	
				JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGGUNA
1	TARAKAN	24	24	24	24
2	NUNUKAN	1.696	9.839	170	8.841
3	BULUNGAN	271	7.871	243	6.809
4	MALINAU	40	14.663	34	14.663
5	TANA TIDUNG	5	736	5	736
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		2.036	33.133	476	31.073

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Pada tabel 8.12 di atas terlihat jumlah penduduk yang menggunakan sumber air dari mata air terlindungi sangat dominan di kabupaten malinau sebangak 14.663 jiwa, kemudian di Kabupaten Nunukan 8.841 jiwa, Kabupaten Bulungan 6.809 jiwa, Kabupaten Tana Tidung 736 jiwa sementara terkecil di Kota Tarakan 24 jiwa. Kondisi di Kota Tarakan sangat dimaklumi jika hanya 24 jiwa.

Air tadah hujan, adalah air yang didapat dengan menampung air hujan. Jika air tersebut ditampung, disaring dan didistribusikan ke rumah-rumah. Sistim tadah air hujan ini sangat tergantung kondisi / cuaca jika musim kemarau maka akan mencari alternative lain dan jika kadang0kadang hujan maka air hujan yang ditampung harus diolah dengan benar sebab mengandung partikel yang tidak menyehatkan, demikian juga jika hanya hujan sekali-kali. Sistim ini hanya menyenangkan pemakainya jika musim hujan terjadi.

TABEL 8.13 SUMBER PENAMPUNGAN AIR HUJAN SESUAI SYARAT DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	PENAMPUNGAN AIR HUJAN			
		JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGGUNA	MEMENUHI SYARAT	
				JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK
1	TARAKAN	227	238	0	0
2	NUNUKAN	18.192	52.033	11.440	24.792
3	BULUNGAN	11.303	37.879	9.920	34.964
4	MALINAU	465	2077	881	1790
5	TANA TIDUNG	4.389	9.061	4.333	8.317
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		34.576	101.288	26.574	69.863

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Penampungan air hujan biasanya hanya sebagai alternative yang bersifat kondisional karena tidak bisa menjadi tumpuan kebutuhan sehari-hari. Sumber air hujan sangat tergantung dengan kondisi musim. Hampir semua masyarakat yang menggunakan penampungan hujan memiliki sumber air lainnya walaupun itu merupakan gabungan dengan masyarakat lain.

Air hujan yang akan dikonsumsi haruslah dikelolah dengan baik sebab banyak partikel-partikel yang dibawa angin dan hinggap di atap kemudian terbawa saat hujan ke penampungan. Selain partikel binatang dan burung pun dapat menjadi sumber kontaminasi baik kotorannya maupun sisa makanan yang tercecer di atap. Sistem Pemanfaatan Air Hujan (SPAH) terdiri atas sistem Penampungan Air Hujan (PAH) dan sistem pengolahan air hujan. PAH dilengkapi dengan talang air, saringan pasir, bak penampung dan Sumur Resapan (Sures).

TABEL 8.14 SUMBER AIR PDAM SESUAI SYARAT DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	PERPIPAAN (PDAM,BPSPAM)			
		JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGGUNA	MEMENUHI SYARAT	
1	TARAKAN	24.100	121.176	24.100	121.176
2	NUNUKAN	11.006	24.792	8.219	14.911
3	BULUNGAN	28	63.639	18	62.328
4	MALINAU	1.078	54.954	1.005	54.802
5	TANA TIDUNG	3	3.556	3	1.845
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		36.215	268.117	33.345	255.062

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Sesuai realitas yang ada bahwa sumber air PDAM tentu akan lebih banyak dimanfaatkan masyarakat di perkotaan seperti tabel di atas dimana Kota Tarakan sebagai wilayah penduduknya terbanyak menggunakan sumber air PDAM.

Berdasarkan data – data terdahulu maka dapat dihitung jumlah penduduk yang menggunakan air yang memenuhi syarat dan jumlah penduduk yang menggunakan air yang tidak memenuhi syarat. Dan dari dasar inilah yang dapat digunakan oleh Pemerintah Kabupaten Kota atau Pemerintah Provinsi Klaimantan Utara untuk melakukan intervensi demi perbaikan kualitas air yang digunakan oleh masyarakat.

Penggunaan air yang tidak memenuhi syarat terutama jika untuk konsumsi akan menimbulkan berbagai dampak baik jangka panjang misalkan terjadi batu ginjal maupun jangka pendek misalkan terjadi diare.

TABEL 8.15 PERSENTASE PENDUDUK MENGGUNAKAN AIR SESUAI SYARAT DI KAB/KOTA PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2018

NO	KAB/KOTA	JUMLAH PENDUDUK	MEMENUHI SYARAT		
			JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK	% PENDUDUK PENGGUN
1	TARAKAN	262.025	20399	123.076	46,99
2	NUNUKAN	138.878	12175	61.228	44,09
3	BULUNGAN	201.580	11518	110.639	54,89
4	MALINAU	79.201	1.567	72.263	91,24
5	TANA TIDUNG	26.892	0	14.462	50,00
PROVINSI KALIMANTAN UTARA		708.576	47,164	381,668	53,86

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 2018

Pada tabel di atas sangat tinggi persentasenya di Kabupaten Bulungan 91.24 % kemudian Kabupaten Bulungan 54,89 %, Kabupaten Tana Tidung 50 %, Kota Tarakan 46,99 % dan terkecil Kabupaten Nunukan 44,09 % dari jumlah penduduk

BAB IX

KESIMPULAN

DAFTAR ISI :

A. FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN
B. SITUASI DERAJAT KESEHATAN
C. SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN
D. PENGENDALIAN PENYAKIT
E. KESEHATAN KELUARGA
F. KESEHATAN LINGKUNGAN

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

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 56 puskesmas Induk dan dari 56 Puskesmas Induk tersebut terdapat 24 Puskesmas Induk yang melayani rawat inap sisanya non rawat 32 Puskesmas. Dari 56 Puskesmas tersebut telah terakreditasi 38 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 2018 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. Khusus Rumah Sakit Type B dengan kinerja BOR 65,01 %, LOS 3,73 Hari, TOI 2,21 Hari, BTO 57,89 Kali, NDR 28,90 Per Mill, dan GDR 18,69 Per Mill.

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.

Posyandi di Kalimantan Utara sejumlah 735 namun yang aktif hanya 525. Sementara Unit Transfusi Darah di semua Kabupaten Kota telah ada minimal 1 Unit.

B. SITUASI DERAJAT KESEHATAN

Indeks Pembangunan Manusia di Provinsi Kalimantan Utara setiap tahunnya meningkat terus dan di tahun 2018 sebesar 70,28, demikian juga Umur Harapan Hidup setiap tahun meningkat dan tahun 2018 sampai 72,50 tahun, Angka Kematian Ibu fluktuatif setiap tahun dimana tahun 2018 sebesar 79,71 per 100.000 kelahiran hidup, Angka Kematian Neonatal (0 – 28 Hari) Provinsi Kalimantan Utara 7,17 per 1.000 kelahiran hidup, Angka Kematian Bayi (29 Hari – 11 Bulan) 2,47 per 1.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Balita 1,36 per 1.000 kelahiran hidup.

Kondisi status gizi di Provinsi Kalimantan utara tetap selalu diupayakan untuk ditangani walaupun masi lebih rendah dari rata-rata Nasional, Gizi Buruk dan kurang sebesar 16,80, Kurus dan Sangat Kurus 4,60 dan Gizi Sangat Pendek dan Pendek 27, Gizi di Bawah Garis merah 3,7 % sementara persentase Bayi Berat badan Lahir Rendah sebesar 0,58 %.

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. Rasio Bidan di Provinsi Kalimantan Utara Tahun 2018 sebesar 100,75 sementara Nasional per 100.000 penduduk, Perawat sebesar 167,46 sementara Nasional 157 per 100.000 Penduduk, Dokter Umum 29,50 sementara Nasional 42 per 100.000 penduduk, Dokter Spesialis 17,78 sementara Nasional 10,40 per 100.000 penduduk. Untuk tenaga teknis lainnya sesuai kebutuhan kecuali Apoteker dan Analis masi kurang.

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. Tuberkulosos di Provinsi Kalimantan Utara tahun 2018 terbanyak pada Laki-laki dan Umur produktif, yang tercatat (Case Notification Rate/ CNR BTA Positif) tahun 2018 di Provinsi Kalimantan Utara 219 per 100.000 penduduk. CNR untuk semua kasus sebesar 55,96 per 100.000 penduduk. Sedangkan angka keberhasilan pengobatan tuberculosis (Success Rate) 61,91
2. Incidence Rate DBD di Provinsi Kalimantan Utara tahun 2018 sebesar 49,82 per 100.000 penduduk, CFR 0,28 %.

3. Persentase kasus Diare yang ditangani di Provinsi Kalimantan Utara Tahun 2018 sebesar 91,43 % dari semua kasus dan kejadian Diare masi tinggi yakni 4,27 % dari Jumlah Penduduk Provinsi kalimantan Utara Tahun 2018.
4. Kusta CDR Kusata di Provinsi Kalimantan Utara tahun 2018 sebesar 0,58 per 10.000 penduduk masi lebih rendah dari target Nasional 1/10.000 penduduk.
5. PD3I yang menonjol di Provinsi Kalimantan Utara tahun 2018 adalah Campak tercatat sebesar 231 penderita dan Hepatitis B tercatat 103 kasus.
6. Kasus Malaria di Provinsi Kalimantan Utara tahun 2018 sangat menggembirakan yakni API 0,04 per 1.000 penduduk jauh dari batasan Nasional yakni 1 per 1.000 penduduk.
7. Kasus Filariasis di Provinsi Kalimantan Utara tahun 2018 terdapat 6 penderita dan sekarang dalam proses pemberian obat Filariasis secara keseluruhan di Provinsi Kalimantan Utara
8. Di Provinsi Kalimantan Utara tahun 2018 terdapat 144 kasus Penderita HIV, AIDS 62 penderita dan yang meninggal 20 orang sedang sifilis yang tercatat 10 penderita
9. Penderita Pneumonia di Kalimantan Utara tahun 2018 sebesar 1.547 pasien
10. Kejadian Luar Biasa yang terjadi di Kalimantan Utara tahun 2018 100 % ditangani kurang dari 24 Jam. Attack Rate tertinggi pada kasus keracunan makanan 61,55 sedang Case Fatality Rate (CFR) terjadi pada kasus DBD sebesar 0,81.
11. Capaian Imunisasi di Kalimantan Utara tahun 2018 perlu ditingkatkan secara keseluruhan dan Capaian Imunisasi lengkap hanya 84,57 % sedang target Nasional 92.04 %. Hal ini juga tergambar dari UCI Desa/Kelurahan hanya 55,37 %.
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 2018 K1 pada Bumil 98,16 % dan K4 85,32 %, pemberian Vitamin A 59,49 %.
2. Pemberian Toksoid Tetanus pada ibu hamil dan wanita usia subur di Provinsi Kalimantan Utara perlu ditingkatkan.
3. Pemberian Fe di Provinsi Kalimantan Utara tahun 2018 dirasa sudah cukup baik namun perlu ditingkatkan untuk Fe3 sebab Fe1 sebesar 99 % sementara Fe 3

hanya 84 %. Demikian juga Remaja putri yang di beri tablet tambah darah hanya 40.2 %.

4. Pemberian PMT pada Bumil KEK di Provinsi Kalimantan Utara tahun 2018 hanya 90,73 % sementara pada Balita hanya 84,84 %
5. Pelayanan KB di Provinsi Kalimantan Utara tahun 2018 KB aktif 56,39 % dan yang KB baru hanya 11,54 %
6. Pemberian ASI Eksklusif perlu ditingkatkan di Provinsi Kalimantan Utara tahun 2018 karena tahun 2018 hanya 66,53 %
7. Pelayanan USILA di semua sarana di Provinsi Kalimantan Utara tahun 2018 tercatat 72,2 %
8. Peran sarana kesehatan melalui kader seperti kader posyandu perlu ditingkatkan sebab capaian balita yang titimbang sangat rendah termasuk pemberian vitamin A pada Balita 6 – 59 bulan hanya 79,21 %

F. KESEHATAN LINGKUNGAN

Rumah tangga ber PHBS hanya 46,89 % dari semua rumah yang di pantau di Provinsi Kalimantan Utara sedangkan rumah yang memenuhi syarat kesehatan hanya 36 % dari semua rumah yang dipantau. Sedangkan jumlah penduduk yang menggunakan air minum sesuai syarat kesehatan hanya 53,86 %. Dari data yang ditampilkan dalam profil ini maka perlu perhatian yang serius terkait kesehatan lingkungan terutama pemanfaatan jamban yang memenuhi syarat, penggunaan air konsumsi dan air kebutuhan mandi yang sesuai dengan syarat kesehatan dan tidak kalah penting adalah kebersihan lingkungan.

DAFTAR PUSTAKA

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayan 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, 2016

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 2018, Nunukan, Dinas Kesehatan Kabupaten Nunukan, 2018

Profil Kesehatan Kabupaten Bulungan Tahun 2018, Bulungan, Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan, 2018

Profil Kesehatan Kabupaten Malinau Tahun 2018, Malinau, Dinas Kesehatan Kabupaten Malinau, 2018

Profil Kesehatan Kabupaten Tana Tidung Tahun 2018, Tana Tidung, Dinas Kesehatan Kabupaten Tana Tidung, 2018

Profil Kesehatan Kota Tarakan Tahun 2018, Tarakan, Dinas Kesehatan Kota Tarakan, 2018

Berita Resmi Statistik, Badan Pusat Statistik Provinsi Kalimantan Utara, April 2018

Laporan Bidang, Bidang Penanggulangan Penyakit Menular Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Utara, Tahun 2018

Laporan Bidang, Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Utara, Tahun 2018

Laporan Bidang, Bidang Pelayanan dan Sumber Daya Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Utara, Tahun 2018

Laporan Subag, Bagian Umum dan Kepegawaian Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Utara, Tahun 2018

Laporan Subag, Bagian Perencanaan dan Keuangan Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Utara, Tahun 2018

DINAS KESEHATAN PROVINSI KALIMANTAN UTARA