

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	
DAFTAR ISI	i
DAFTAR TABEL	iv
DAFTAR GRAFIK	v
BAB I. PENDAHULUAN	1
BAB II. GAMBARAN UMUM	4
2.1. LOKASI DAN KEADAAN GEOGRAFIS	4
2.2. KEPENDUDUKAN	8
2.3. SOSIAL DAN BUDAYA	10
2.3.1. Pendidikan	11
2.3.2. Agama	11
2.3.3. Ketenagakerjaan	12
2.4. KEADAAN LINGKUNGAN	14
2.4.1. Rumah Sehat	14
2.4.2. Persentase Rumah Tangga Memiliki Akses terhadap Air Minum	15
2.4.3. Persentase Rumah Tangga yang Memiliki Sarana Pembuangan Kotoran/Tinja/BAB	19
2.4.4. Tempat Umum dan Pengelolaan Makanan (TUPM) Sehat	21
2.5. KEADAAN PERILAKU MASYARAKAT	23
BAB III. SITUASI DERAJAT KESEHATAN	
3.1. MORTALITAS (ANGKA KEMATIAN)	26
3.1.1. Angka Kematian Bayi (AKB)	27
3.1.2. Angka Kematian Balita (AKABA)	29
3.1.3. Angka Kematian Ibu (AKI)	30
3.1.4. Umur Harapan Hidup (UHH)	31
3.2. MORBIDITAS (ANGKA KESAKITAN)	32
3.2.1. Penyakit Menular	33
3.3. STATUS GIZI MASYARAKAT	46
3.3.1. Balita dengan KEP	46
3.3.2. Anemia Gizi Besi (AGB)	55
3.3.3. Kurang Vitamin A (KVA)	56
3.3.4. Gangguan Akibat Kurang Yodium (GAKY)	58

BAB IV. SITUASI UPAYA KESEHATAN	59
4.1. Visi Pembangunan Kesehatan Daerah	60
4.2. Misi Pembangunan Kesehatan Daerah	60
4.3 Tujuan Pembangunan Kesehatan Daerah	60
4.4. Program Pembangunan Kesehatan Daerah	61
4.4.1. Pelayanan Kesehatan Dasar	61
1. Pelayanan Kesehatan Ibu & Anak	61
2. Pelayanan Keluarga Berencana	67
3. Pelayanan Imunisasi	68
4.4.2. Pelayanan Kesehatan Rujukan dan Penunjang	71
1. Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit	71
2. Sarana Kesehatan Dengan Kemampuan Labkes	73
3. RS yg menyelenggarakan 4 Yankes Spesialistik Dasar	73
4. Ketersediaan Obat Sesuai Kebutuhan	73
5. Pelayanan Kesehatan JPK Bagi Masyarakat Miskin	73
4.4.3 Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit	74
1. Pengendalian Penyakit Polio	75
2. Pengendalian TB Paru	75
3. Pengendalian Penyakit ISPA	76
4. Penanggulangan Penyakit HIV/AIDS & PMS	76
5. Pengendalian Penyakit DBD	78
6. Pengendalian Penyakit Malaria	79
7. Pengendalian Penyakit Kusta	80
8. Pengendalian Penyakit Diare & Kecacangan	81
9. Pengendalian Penyakit Filaria	82
10. Pengendalian Penyakit Rabies	82
11. Pengendalian Penyakit Flu Burung	83
4.4.4. Perbaikan Gizi Masyarakat	83
1. Pemberian Kapsul Vit A	84
2. Pemberian Tablet Besi (Fe)	84
3. Cakupan ASI Eksklusif	85
4. Pemberian Makanan Pendamping ASI	85
 BAB V. SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN	 86
5.1. SARANA KESEHATAN	86
5.1.1. Pelayanan Kesehatan di Puskesmas	88
5.1.2. Rumah Sakit	88
5.1.3. Sarana Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat	88

5.2. TENAGA KESEHATAN	90
5.2.1. Persebaran SDM Kesehatan	91
5.2.2. SDM Kesehatan di RS	91
5.2.3. SDM Kesehatan di Puskesmas	93
5.3. PEMBIAYAAN KESEHATAN	94
5.3.1. Pembiayaan Kesehatan Oleh Pemerintah	96
5.3.2. Pembiayaan Kesehatan Oleh Masyarakat	96
5.4. MANAJEMEN KESEHATAN	96
BAB VI. KESIMPULAN DAN SARAN	98
6.1. Kesimpulan	98
6.2. Saran-saran	100

DAFTAR LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

- Tabel 2.1 : Ketinggian Kabupaten/Kota dari Permukaan Laut di Sumatera Utara
- Tabel 2.2 : Luas Daerah menurut Kabupaten/Kota di Sumatera Utara
- Tabel 2.3 : Jarak Ibukota Provinsi ke Ibukota Kab/Kota di Sumatera Utara
- Tabel 2.4 : Persentase Rumah Tangga menurut Sumber Air Minum di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2008-2013
- Tabel 2.5 : Proporsi Rumah Tangga berdasarkan jenis sumber air minum menurut Kabupaten/Kota Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013
- Tabel 2.6 : Proporsi rumah tangga berdasarkan jenis sumber air untuk keperluan rumah tangga menurut kabupaten/kota, Sumatera Utara 2013
- Tabel 2.7 : Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pembuangan Tinja di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2008-2013
- Tabel 2.8 : Proporsi Rumah Tangga Berdasarkan Tempat Buang Air Besar Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013
- Tabel 2.9 : Persentase Rumah Tangga ber PHBS Di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2008-2013
- Tabel 2.10 : Proporsi Rumah Tangga memenuhi kriteria perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) baik menurut Kabupaten/Kota Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013
- Tabel 3.1 : Prevalensi Status Gizi Balita (BB/U) menurut Kabupaten/Kota, Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013
- Tabel 3.2 : Prevalensi Status Gizi Balita (TB/U) menurut Kabupaten/Kota, Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013
- Tabel 3.3 : Prevalensi Status Gizi Balita (BB/TB) menurut Kabupaten/Kota, Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013

- Tabel 4.1 : Pencapaian BOR, LOS, TOI di RSUD Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013
- Tabel 5.1 : Jumlah Puskesmas, Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Keliling di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2009-2013
- Tabel 5.2 : Jumlah Posyandu menurut Strata di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2009-2012
- Tabel 5.3 : Jumlah Tenaga Kesehatan dan Rasio Tenaga Kesehatan per 100.000 penduduk di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013

DAFTAR GRAFIK

- Grafik 2.1 : Piramida Penduduk Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013
- Grafik 2.2 : Persentase Penduduk Miskin di Provinsi Sumatera Utara Tahun 1998-2013
- Grafik 2.3 : Persentase Tingkat Partisipasi Angkatan Kerja (TPAK) Penduduk Umur >15 Tahun dan Tingkat Pengangguran Terbuka (TPT) di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2008 - 2013
- Grafik 2.4 : Persentase Angkatan Kerja 15 Tahun keatas berdasarkan Pendidikan Tertinggi Yang ditamatkan di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2012 s/d 2013
- Grafik 2.5 : Penduduk dengan Akses Terhadap Fasilitas Jamban Menurut Jenis Di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013
- Grafik 2.6 : Jumlah Tempat-Tempat Umum (TTU) dan Tempat Pengelolaan Makanan (TPM) Di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013
- Grafik 3.1 : Angka Kematian Bayi (AKB)/Infant Mortality Rate (IMR) di Provinsi Sumatera Utara Berdasarkan Hasil Sensus Penduduk Tahun 1971-2010.
- Grafik 3.2 : Angka Kematian Bayi (AKB)/Infant Mortality Rate (IMR) per Kabupaten/Kota di Provinsi Sumatera Utara Berdasarkan Hasil Sensus Penduduk Tahun 2009-2013.
- Grafik 3.3 : Estimasi Angka Kematian Balita Per 1.000 Kelahiran Hidup di Indonesia Tahun 1991 - 2012
- Grafik 3.4 : Angka Kematian Ibu per 100.000 Kelahiran Hidup di Sumatera Utara Tahun 2009 - 2013
- Grafik 3.5 : Estimasi Angka Harapan Hidup Waktu Lahir (UHH) di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2009 - 2013
- Grafik 3.6 : Cakupan Penemuan Kasus ISPA pada Balita Tahun 2003 - 2013
- Grafik 3.7 : Trend Penemuan Kasus TB Paru BTA (+) Tahun 2000-2013
- Grafik 3.8 : Angka Penemuan Kasus (CNR) TB Paru BTA (+) Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2013

- Grafik 3.9 : Angka Success Rate TB Paru BTA (+) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013
- Grafik 3.10 : AFP Rate (Non Polio) Berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013.
- Grafik 3.11 : Jumlah Kasus HIV/AIDS di Provinsi Sumatera Utara Tahun 1994 - 2013.
- Grafik 3.12 : Jumlah Kasus Baru Penderita HIV/AIDS Berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013
- Grafik 3.13 : Jumlah Kasus Kusta Baru dan Cacat Tingkat 2 pada Anak < 15 Tahun Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013.
- Grafik 3.14 : Kasus Campak Berdasarkan Kab/Kota di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013
- Grafik 3.15 : Angka Kasus (IR) dan Angka Kematian (CFR) DBD di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2004-2013
- Grafik 3.16 : Kecenderungan Prevalensi Status Gizi, Gizi Kurang & Buruk (BB/U) di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2007, 2010 & 2013.
- Grafik 3.17 : Kecenderungan Prevalensi Status Gizi, *Balita Pendek (TB/U)* di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2007, 2010 & 2013.
- Grafik 3.18 : Kecenderungan Prevalensi Status Gizi, Balita Sangat Kurus & Kurus (BB/TB) di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2007, 2010 & 2013.
- Grafik 3.19 : Cakupan Pemberian Vitamin A pada Anak Balita di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2005-2013.
- Grafik 3.20 : Persentase Pemberian Kapsul Vitamin A Pada Anak Balita Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013
- Grafik 4.1 : Persentase Cakupan Pelayanan K4 Ibu Hamil di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2009-2013
- Grafik 4.2 : Persentase Cakupan Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2009-2013
- Grafik 4.3 : Persentase KN1 dan KN3 Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2013
- Grafik 4.4 : Proporsi Jenis Alat Konstrasepsi yang Digunakan Peserta KB Aktif Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013.
- Grafik 4.5 : Persentase Cakupan Program Imunisasi Rutin BCG, DPT1, HB1, DPT3-HB3 dan Campak di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2011-2013.

- Grafik 4.6 : Jumlah Penduduk Miskin Terlindungi Pemeliharaan Kesehatannya di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2005-2012
- Grafik 4.7 : Persentase Pemberian ASI Eksklusif di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2009-2013.
- Grafik 5.1 : Proporsi SDM Kesehatan pada Instansi Pelayanan Kesehatan di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2012
- Grafik 5.2 : Proporsi Anggaran Kesehatan berdasarkan Sumbernya di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013
- Grafik 5.3 : Pembiayaan Kesehatan berdasarkan Sumber di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2004-2013.

BAB I

PENDAHULUAN

Undang-Undang RI No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pasal 17 ayat 1 menyebutkan bahwa pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan akses terhadap informasi, edukasi dan fasilitas pelayanan kesehatan untuk meningkatkan dan memelihara derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Pada pasal 168 juga menyebutkan bahwa untuk menyelenggarakan upaya kesehatan yang efektif dan efisien diperlukan informasi kesehatan yang dilakukan melalui sistem informasi dan melalui kerjasama lintas sektor. Sedangkan pada pasal 169 disebutkan bahwa pemerintah memberikan kemudahan kepada masyarakat untuk memperoleh akses terhadap informasi kesehatan dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Salah satu luaran dari sistem informasi ini adalah Profil Kesehatan, yang merupakan paket penyajian data/informasi kesehatan yang lengkap, berisi data/informasi derajat kesehatan, upaya kesehatan, sumber daya kesehatan dan data/informasi terkait lainnya.

Profil Kesehatan Provinsi disusun berdasarkan Profil Kesehatan Kabupaten/Kota dan hasil pembangunan kesehatan yang diselenggarakan provinsi, termasuk hasil lintas sektor terkait. Profil Kesehatan Provinsi ini dapat digunakan untuk melaporkan hasil pemantauan terhadap pencapaian hasil pembangunan kesehatan, termasuk kinerja dari penyelenggaraan pelayanan minimal yang telah dilakukan oleh kabupaten/kota serta Provinsi.

Profil Kesehatan Provinsi diterbitkan secara berkala setiap setahun sekali. Penerbitan Profil Kesehatan berdasarkan data tahun kelender yaitu Profil Kesehatan Tahun 2013 berisi data bulan Januari s/d Desember 2013. Ada 2 (dua) tahap dalam penyusunan profil ini yaitu tahap pertama kumpulan lampiran-lampiran atau tabel (draft) dan tahap kedua berupa narasi dan kumpulan lampiran (finalisasi).

Dalam setiap penerbitan Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, selalu dilakukan berbagai upaya perbaikan, baik dari segi materi, analisis maupun bentuk tampilan fisiknya, sesuai masukan dari para pengelola program di Dinas Kesehatan Provinsi maupun Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan para pemakai pada umumnya.

Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Utara tahun 2013, diharapkan dapat menjadi salah satu media untuk memantau dan mengevaluasi hasil penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Provinsi dan Kabupaten/Kota, serta memberikan data yang dibutuhkan oleh para penentu kebijakan sebagai suatu bukti untuk dapat dilakukannya pengambilan keputusan berdasarkan fakta (*evidence based decision making*). Selain itu, Profil Kesehatan ini dapat digunakan sebagai sarana penyedia data dan informasi dalam rangka pembinaan dan pengawasan pelaksanaan upaya kesehatan di kabupaten/kota sebagai mana diamanatkan dalam Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 2001 tentang Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintah Daerah, maupun yang telah diuraikan dalam UU No.32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah dimana kesehatan merupakan salah satu urusan Wajib Pemerintah Daerah.

Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Utara tahun 2013 ini, terdiri dari 6 (enam) bab yaitu :

BAB I : PENDAHULUAN. Bab ini berisi penjelasan tentang maksud dan tujuan diterbitkannya Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Utara ini serta sistematika penyajiannya.

BAB II : GAMBARAN UMUM. Bab ini berisi tentang gambaran umum Provinsi Sumatera Utara yang meliputi letak geografis, demografis, pendidikan, ekonomi dan informasi umum lainnya, bab ini juga mengulas faktor-faktor lingkungan dan perilaku penduduk yang terkait dengan kesehatan.

BAB III : SITUASI DERAJAT KESEHATAN. Bab ini berisi uraian tentang indikator mortalitas (angka kematian), morbiditas (angka kesakitan) dan angka status gizi masyarakat.

BAB IV : SITUASI UPAYA KESEHATAN. Bab ini berisi uraian tentang upaya-upaya kesehatan yang merupakan pelaksanaan program pembangunan di bidang kesehatan. Gambaran tentang upaya kesehatan yang telah dilakukan ini meliputi pencapaian pelayanan kesehatan dasar, pencapaian pelayanan kesehatan rujukan, pencapaian upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit dan upaya perbaikan gizi masyarakat.

BAB V : SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN. Bab ini menguraikan tentang sumber daya pembangunan bidang kesehatan sampai tahun 2013. Gambaran tentang keadaan sumber daya kesehatan ini mencakup tentang keadaan tenaga, sarana dan fasilitas kesehatan yang ada serta pembiayaan kesehatan

BAB VI : KESIMPULAN DAN SARAN. Bab ini diisi dengan sajian tentang hal-hal penting yang perlu menjadi perhatian dan ditelaah lebih lanjut tentang pencapaian pembangunan kesehatan serta saran yang dibutuhkan untuk perbaikan kedepan.

LAMPIRAN : Terdiri dari rekapitulasi angka pencapaian Provinsi dan 82 tabel data yang merupakan gabungan Tabel Indikator Kabupaten Sehat dan Indikator pencapaian kinerja Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan.

BAB II

GAMBARAN UMUM

2.1. Lokasi dan Keadaan Geografis

Provinsi Sumatera Utara berada dibagian barat Indonesia, terletak pada garis $1^0 - 4^0$ Lintang Utara, dan $98^0 - 100^0$ Bujur Timur. Sebelah Utara perbatasan dengan Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam (NAD), sebelah Timur dengan Negara Malaysia di selat Malaka, sebelah Selatan berbatasan dengan Provinsi Riau dan Sumatera Barat, dan di sebelah Barat berbatasan dengan Samudera Hindia.

Luas daratan Provinsi Sumatera Utara adalah 71.680,68 km² sebagian besar berada di daratan Pulau Sumatera dan sebagian kecil di Pulau Nias, pulau-pulau Batu, serta beberapa pulau kecil baik dibagian barat maupun bagian timur pantai Pulau Sumatera. Berdasarkan luas daerah menurut kabupaten/kota di Sumatera Utara, luas daerah terbesar adalah Kabupaten Mandailing Natal dengan luas 6.620,70 km² atau sekitar 9,24% dari total luas Sumatera Utara, diikuti Kabupaten Kabupaten Langkat dengan luas 6.263,29 km² (8,74%) kemudian Kabupaten Simalungun dengan luas 4.386,60 km² atau sekitar 6,09%. Sedangkan luas daerah terkecil adalah Kota Sibolga dengan luas 10,77 km² atau 0,02% dari total luas wilayah Sumatera Utara. Berdasarkan kondisi letak dan kondisi alam, Sumatera Utara dibagi dalam 3 (tiga) kelompok wilayah yaitu Pantai Barat, Dataran Tinggi dan Pantai Timur.

Provinsi Sumatera Utara tergolong ke dalam daerah beriklim tropis, kisaran suhu antara $13,4^0$ C - $33,9^0$ C, mempunyai musim kemarau (Juni s/d September) dan musim hujan (Nopember s/d Maret), diantara kedua musim itu diselingi oleh musim pancaroba.

Secara administratif, Sumatera Utara pada tahun 2013 memiliki 33 Kab/Kota yaitu 8 kota dan 25 Kabupaten, dengan letak ketinggian dari permukaan laut untuk masing - masing kabupaten/kota adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1

Ketinggian Kabupaten/Kota dari Permukaan Laut di Sumatera Utara

NO	NAMA KABUPATEN/KOTA	KETINGGIAN DARI PERMUKAAN LAUT
1	Gunung Sitoli	0 -
2	Padang Sidempuan	260 - 1.100 m
3	Binjai	0 - 28 m
4	Medan	2,5 - 37,5 m
5	Tebing Tinggi	26 - 34 m
6	Pematang Siantar	0 - 400 m
7	Tanjung Balai	0 - 3 m
8	Sibolga	0 - 50 m
7	Serdang Bedagai	0 - 500 m
8	Samosir	300 - 2.200 m
9	Pakpak Bharat	700 - 1.500 m
10	Humbang Hasundutan	330 - 2.075 m
11	Nias Selatan	0 - 800 m
12	Langkat	0 - 1.200 m
13	Deli Serdang	0 - 500 m
14	Karo	140 - 1.400 m
15	Dairi	700 - 1.250 m
16	Simalungun	0 - 369 m
17	Asahan	0 - 1.000 m
18	Labuhan Batu	0 - 2.151 m
19	Toba Samosir	300 - 2.200 m
20	Tapanuli Utara	300 - 1.500 m
21	Kabupaten Tapanuli Tengah	0 - 1.266 m
22	Tapanuli Selatan	0 - 1.915 m
23	Mandailing Natal	0 - 500 m
24	Nias	0 - 800 m

Sumber : SUDA-BPS Sumatera Utara 2012

Tabel 2.2

Luas Daerah menurut Kabupaten/Kota di Sumatera Utara

NO	NAMA KAB/KOTA	LUAS / AREA (Km ²)	RASIO (%)
1	Nias	980,32	1,37
2	Mandailing Natal	6.620,70	9,23
3	Tapanuli Selatan	4.352,86	6,07
4	Tapanuli Tengah	2.158,00	3,01
5	Tapanuli Utara	3.764,65	5,25
6	Toba Samosir	2.352,35	3,28
7	Labuhan Batu	2.561,38	3,57
8	Asahan	3.675,79	5,13
9	Simalungun	4.386,60	6,12
10	Dairi	1.927,80	2,69
11	Karo	2.127,25	2,97
12	Deli Serdang	2.486,14	3,47
13	Langkat	6.263,29	8,74
14	Nias Selatan	1.625,91	2,27
15	Humbang Hasundutan	2.297,20	3,20
16	Pakpak Bharat	1.218,30	1,70
17	Samosir	2.433,50	3,39
18	Serdang Bedagai	1.913,33	2,67
19	Batu Bara	904,96	1,26
20	Padang Lawas Utara	3.918,05	5,46
21	Padang Lawas	3.892,74	5,43
22	Labuhan Batu Selatan	3.116	4,35
23	Labuhan Batu Utara	3.545,80	4,95
24	Nias Utara	1.501,62	2,09
25	Nias Barat	544,09	0,76
71	Sibolga	10,77	0,02
72	Tanjung Balai	61,52	0,09
73	Pematang Siantar	79,97	0,11
74	Tebing Tinggi	38,44	0,05
75	Medan	265,10	0,37
76	Binjai	90,24	0,13
77	Padang Sidempuan	114,65	0,16
78	Gunung Sitoli	469,36	0,65
	Sumatera Utara	71.680,68	100,00

Sumber : SUDA-BPS Sumatera Utara 2012

Jarak ibukota Provinsi ke ibukota kabupaten / kota adalah sebagai berikut :

Tabel 2.3
Jarak Ibukota Provinsi ke Ibukota Kab/Kota di Sumatera Utara

NO	NAMA KABUPATEN / KOTA	JARAK (KM)
1	Kota Medan	0
2	Kota Binjai	22
3	Kota Tebing Tinggi	78
4	Kota Pematang Siantar	125
5	Kota Tanjung Balai	184
6	Kota Sibolga	347
7	Kota Padang Sidempuan	389
8	Kabupaten Langkat (Stabat)	42
9	Kab. Deli Serdang (Lubuk Pakam)	28
10	Kabupaten Karo (Kabanjahe)	78
11	Kabupaten Dairi (Sidikalang)	151
12	Kabupaten Simalungun (Parapat)	175
13	Kabupaten Asahan (Kisaran)	158
14	Kab. Labuhan Batu (Rantau Prapat)	285
15	Kabupaten Toba Samosir (Balige)	232
16	Kabupaten Tapanuli Utara (Tarutung)	281
17	Kabupaten Tapanuli Tengah (Pandan)	357
18	Kab. Tapanuli Selatan (P.Sidempuan)	389
19	Kab. Mandailing Natal (Penyabungan)	460

Sumber : SUDA-BPS Sumatera Utara 2012

2.2. Kependudukan

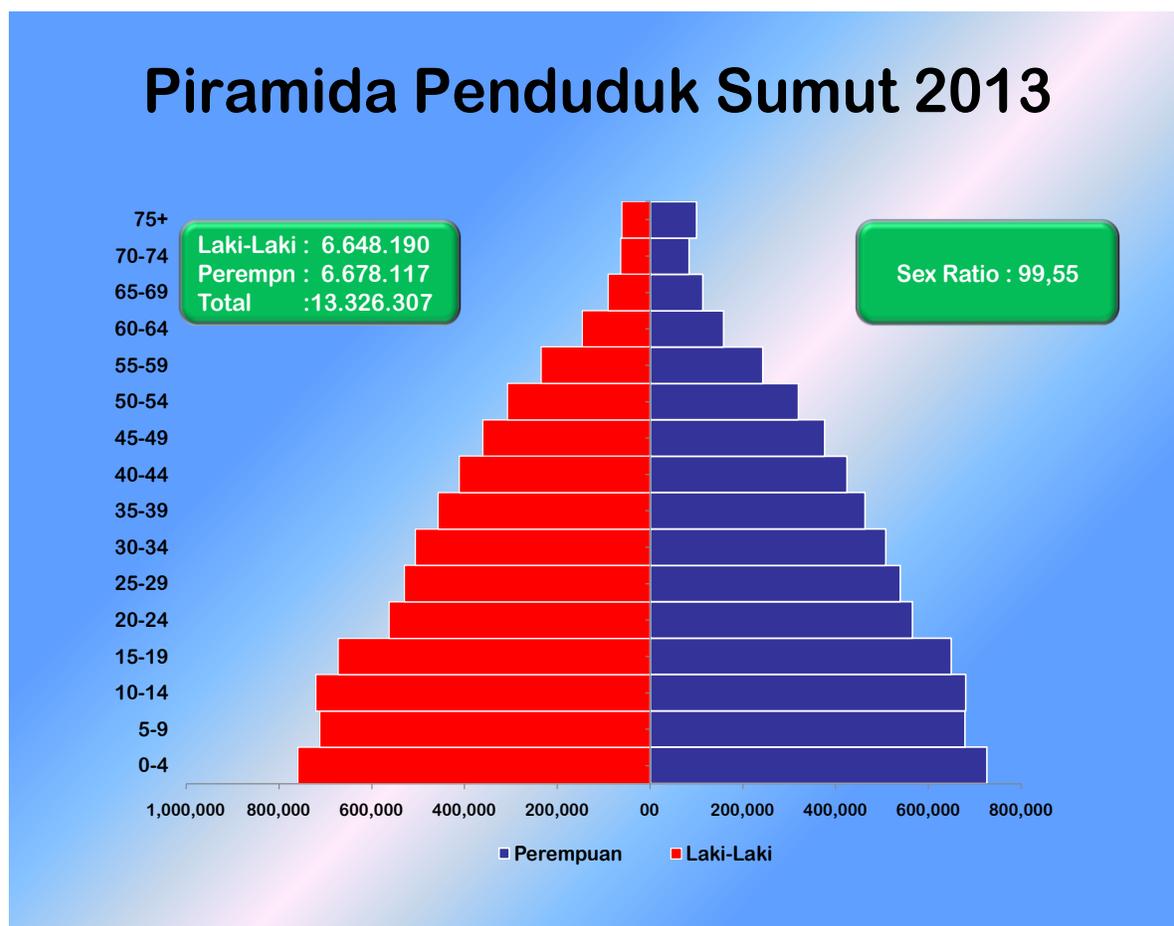
Sumatera Utara merupakan Provinsi keempat yang terbesar jumlah penduduknya di Indonesia setelah Jawa Timur, Jawa Barat dan Jawa Tengah. Berdasarkan Data dari BPS Provinsi Sumatera Utara, jumlah penduduk Sumatera Utara tahun 2013 tercatat sebesar 13.326.307 jiwa dengan tingkat kepadatan penduduk sebesar 186 per km².

Tingkat kepadatan penduduk yang tinggi didominasi oleh daerah perkotaan. Kota yang memiliki kepadatan penduduk tertinggi adalah Kota Medan sebesar 8.009 jiwa per km², disusul dengan Kota Sibolga dengan kepadatan penduduk yaitu 7.983 jiwa per km² dan Kota Tebing Tinggi dengan kepadatan penduduk yaitu 3.877 jiwa per km². Daerah dengan kepadatan penduduk terendah yaitu kabupaten Pak-Pak Barat yaitu 34 jiwa per km², disusul dengan Kabupaten Samosir yaitu 50 jiwa per km² dan disusul Kabupaten Padang Lawas Utara yaitu 59 jiwa per km². Jumlah penduduk dan angka kepadatan penduduk per kabupaten/kota dapat dilihat lebih jelas pada lampiran tabel 1 Profil Kesehatan ini.

Jumlah penduduk laki-laki di Sumatera Utara lebih sedikit dibandingkan dengan penduduk perempuan. Jumlah penduduk perempuan sebanyak 6.678.117 jiwa dan laki-laki 6.648.190 jiwa, dengan sex ratio sebesar 99,55%. Bila dilihat berdasarkan rata-rata banyaknya anggota keluarga di Sumatera Utara pada tahun 2013 adalah sebesar 4,21 (yang berarti rata-rata pada setiap keluarga terdiri dari 4-5 anggota keluarga). Kabupaten yang rata-rata jumlah anggota keluarganya paling banyak adalah Kabupaten Nias Barat yaitu 5,00 dan yang paling sedikit adalah Kabupaten Karo yaitu 3,64 orang.

Gambaran piramida penduduk berdasarkan jumlah penduduk tahun 2013 dapat dilihat pada grafik berikut ini.

Grafik 2.1.
Piramida Penduduk Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013

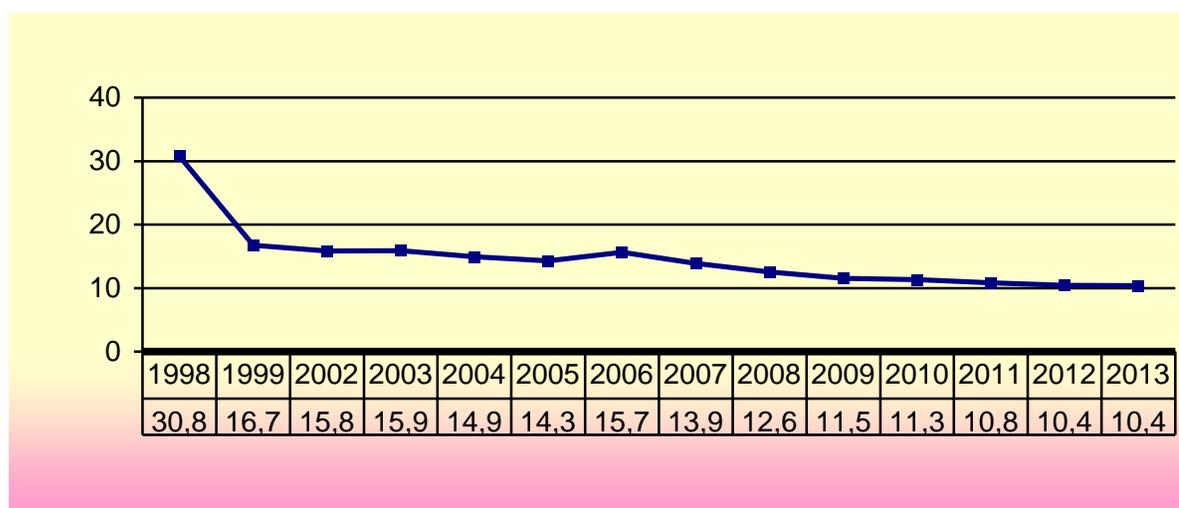


Komposisi penduduk Sumatera Utara menurut kelompok umur, menunjukkan bahwa penduduk yang berusia muda (0-14 tahun) sebesar 32,35%, yang berusia produktif (15-64 tahun) sebesar 63,78% dan yang berusia tua (>65 tahun) sebesar 3,86%. Dengan demikian maka Angka Beban Tanggungan (*Dependency Ratio*) penduduk Sumatera Utara tahun 2013 sebesar 56,78%. Angka ini mengalami penurunan sebesar 0,01% bila dibandingkan dengan tahun 2012 sebesar 56,77%.

Permasalahan kesehatan sangat dipengaruhi oleh tingkat sosial ekonomi masyarakat. Sejak terjadinya krisis moneter jumlah penduduk miskin meningkat secara drastis mencapai 30,77% tahun 1998. Walaupun angka ini sudah dapat diturunkan secara signifikan sejak tahun 1999, namun data terakhir menunjukkan

bahwa jumlah penduduk miskin tahun 2012 mengalami penurunan dari tahun 2011 yaitu 1.490.900 jiwa atau 11,31% menjadi 1.378.400 jiwa (10,41%) sedangkan pada tahun 2013 jumlah penduduk miskin sebesar 1.416.400 (10,39%), secara jumlah meningkat sedikit dari tahun 2012, namun secara persentase mengalami penurunan yaitu sebesar 0,02%. Persentase penduduk miskin tertinggi berada di Kabupaten Kota di Kepulauan Nias dengan range dari 17,28-30,94%, dan terendah di Kabupaten Deli Serdang yaitu 4,71%.

Grafik 2.2
Persentase Penduduk Miskin
di Provinsi Sumatera Utara Tahun 1998-2013



Sumber : SUDA-BPS Sumatera Utara 2013

Jika dibandingkan dengan penduduk yang tinggal di kota dan desa, diketahui bahwa persentase penduduk miskin di daerah perkotaan lebih tinggi dibandingkan dengan pedesaan, yaitu 10,45% untuk perkotaan dan 10,33% untuk pedesaan.

2.3. Sosial Budaya

2.3.1. Pendidikan

Kondisi pendidikan merupakan salah satu indikator yang sering ditelaah dalam mengukur tingkat pembangunan manusia suatu negara. Melalui pengetahuan, pendidikan berkontribusi terhadap perubahan perilaku kesehatan. Pengetahuan yang

dipengaruhi oleh tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor pencetus (*predisposing*) yang berperan dalam mempengaruhi keputusan seseorang untuk berperilaku sehat.

Peningkatan kualitas dan partisipasi sekolah penduduk tentunya harus diimbangi dengan penyediaan sarana fisik pendidikan maupun tenaga guru yang memadai. Di tingkat pendidikan dasar, jumlah sekolah dasar (SD)/Madrasah Ibtidiyah pada tahun 2013 ada sebanyak 9.432 unit dengan jumlah guru 122.128 orang, murid sebanyak 1.518.184 orang sehingga ratio murid SD terhadap sekolah sebesar 161 murid/sekolah. Jumlah sekolah lanjutan tingkat pertama (SLTP)/Madrasah Tsanawiyah ada sebanyak 2.357 sekolah dengan jumlah guru 57.563 orang dan jumlah murid ada sebanyak 552.761 orang, dan ratio murid SLTP terhadap sekolah sebesar 235 per sekolah. Pada tahun yang sama jumlah sekolah lanjutan tingkat atas (SLTA)/Madrasah Aliyah ada sebanyak 868 sekolah dengan jumlah guru 17.509 orang dan jumlah murid 233.916 dengan ratio murid terhadap sekolah sebesar 269 murid persekolah. Jumlah Sekolah Menengah Kejuruan (SMK) ada sebanyak 828 unit dengan jumlah guru 14.178 orang dan jumlah murid 228.809 orang, dengan ratio murid terhadap sekolah sebesar 276 murid/sekolah. Sedangkan jumlah perguruan tinggi swasta pada tahun 2013 adalah sebanyak 253 PTS, yang terdiri dari 31 universitas, 86 sekolah tinggi, 4 institut, 118 akademi dan 14 politeknik (SUDA 2014) dengan jumlah dosen 6.340 orang (dosen tetap & tdk tetap) dengan jumlah mahasiswa sebanyak 244.947 orang. Ratio mahasiswa terhadap dosen sebesar 38,58.

Kemampuan membaca dan menulis tercermin dari Angka Melek Huruf yaitu penduduk usia 10 tahun keatas yang dapat membaca dan menulis huruf latin dan huruf lainnya. Pada tahun 2013, persentase penduduk Sumatera Utara yang melek huruf 97,84 %, dimana persentase laki-laki lebih tinggi dari perempuan yaitu 98,31% dan 95,93%. Persentase penduduk berumur 10 tahun keatas yang melek huruf per kab/kota tahun 2013 terendah di Kabupaten Nias Barat yaitu 84,48% disusul Kabupaten Nias Selatan yaitu 85,38% sedangkan yang tertinggi adalah Kabupaten Tapanuli Selatan sebesar 99,88%.

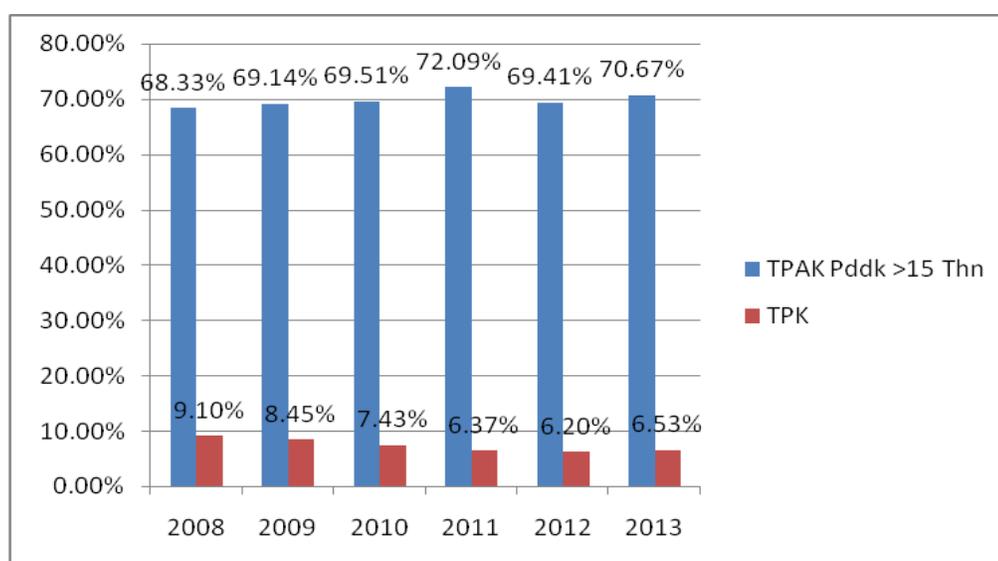
2.3.2. Agama

Sesuai dengan falsafah negara pelayanan kehidupan beragama dan kepercayaan terhadap Tuhan Yang Maha Esa senantiasa dikembangkan dan ditingkatkan untuk membina kehidupan masyarakat dan mengatasi berbagai masalah sosial budaya yang mungkin menghambat kemajuan bangsa. Berdasarkan data BPS Sumatera Utara, sarana ibadah umat beragama juga mengalami kenaikan setiap tahun. Pada tahun 2013, jumlah Mesjid di Sumatera Utara terdapat sebanyak 10.300 unit, Langgar/Musollah 10.572 unit, Gereja Protestan 12.235 unit, Gereja Katolik 2.289 unit, Kuil 78 unit dan Wihara 337 unit. (SUDA 2014).

2.3.3. Ketenagakerjaan

Tingkat Partisipasi Angkatan Kerja (TPAK) penduduk umur 15 tahun ke atas mengalami fluktuatif dari tahun 2008 s/d 2013 sedangkan Tingkat Pengangguran Terbuka (TPT) mengalami penurunan dari tahun 2008 s/d 2013, untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada grafik dibawah ini.

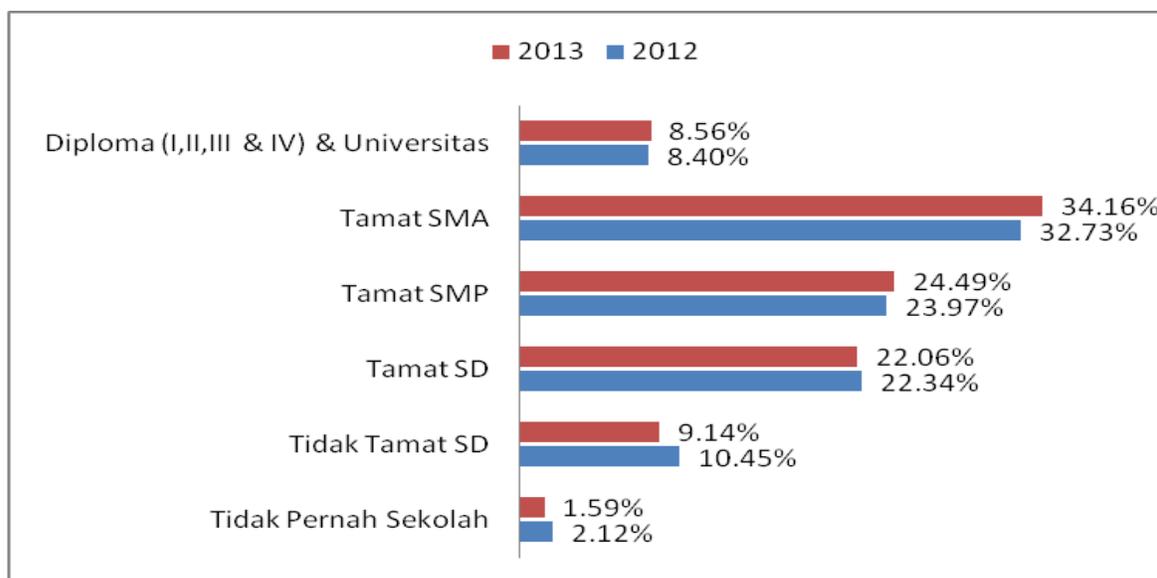
Grafik 2.3
Persentase Tingkat Partisipasi Angkatan Kerja (TPAK) Penduduk Umur >15 Tahun dan Tingkat Pengangguran Terbuka (TPT) di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2008 - 2013.



Sumber : BPS Prov.Sumatera Utara; SUDA 2014

Sampai pada tahun 2013 TPAK sebesar 70,67% sedangkan TPT sebesar 6,53% (SUDA 2014). Bila dirinci berdasarkan tingkat pendidikan pada tahun 2013, persentase angkatan kerja berumur 15 tahun keatas sebagian besar adalah tamatan SMP & SMA (58,65%) untuk lebih jelasnya dapat dilihat grafik berikut ini.

Grafik 2.4
 Persentase Angkatan Kerja 15 Tahun keatas berdasarkan Pendidikan Tertinggi Yang ditamatkan di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2012 s/d 2013



Sumber : BPS Sumatera Utara; SUDA 2014

Berdasarkan grafik diatas dapat dilihat bahwa pada tahun 2013 tingkat pendidikan angkatan kerja SMP, SMA dan diploma mengalami peningkatan dari tahun 2012. Jika dilihat dari status pekerjaan utama, sebesar 36,45% penduduk berusia 15 tahun ke atas yang bekerja sebagai buruh atau karyawan, sebesar 21,28% adalah penduduk yang bekerja sebagai pekerja keluarga, penduduk yang berusaha sendiri yaitu 15,76%, penduduk yang bekerja dibantu anggota keluarga mencapai 15,46%. Hanya 3,44% penduduk Sumatera Utara yang berusaha dengan mempekerjakan buruh tetap/karyawan.

Berdasarkan lapangan usaha, penduduk Sumatera Utara yang terbanyak adalah di sektor pertanian (tdd; perkebunan, perikanan dan peternakan) yaitu 43,45%, kemudian diikuti di sektor perdagangan, hotel dan restoran sebesar 18,94%, jasa kemasyarakatan yaitu 16,16%, bekerja di sektor industri hanya

sekitar 7,11%, selebihnya bekerja disektor Penggalian dan Pertambangan, sektor listrik, gas dan air minum, bangunan, angkutan dan komunikasi dan sektor keuangan (SUDA, 2014).

2.4 Keadaan Lingkungan

Lingkungan merupakan salah satu variabel yang sering mendapat perhatian khusus dalam menilai kondisi kesehatan masyarakat, variabel lainnya adalah faktor perilaku, pelayanan kesehatan dan genetik. Keempat variable di atas dapat menentukan baik buruknya status derajat kesehatan masyarakat. Untuk menggambarkan keadaan lingkungan, berikut ini akan disajikan indikator-indikator yaitu Persentase Rumah Sehat, persentase rumah tangga memiliki akses terhadap air minum, persentase rumah tangga menurut sumber air minum, persentase rumah tangga yang memiliki sarana penampungan akhir kotoran/tinja/BAB.

2.4.1. Rumah Sehat

Rumah sehat adalah bangunan rumah tinggal yang memenuhi syarat kesehatan, yaitu memiliki jamban sehat, sarana air bersih, tempat pembuangan sampah, sarana pembuangan limbah, ventilasi rumah yang baik, kepadatan hunian rumah yang sesuai dan lantai rumah tidak terbuat dari tanah.

Ukuran rumah yang relatif kecil dan berdesak-desakan dapat mempengaruhi tumbuh kembang mental atau jiwa anak-anak. Anak-anak memerlukan lingkungan bebas, tempat bermain luas yang mampu mendukung daya kreativitasnya. Dengan kata lain, rumah bila terlampau padat disamping merupakan media yang cocok untuk terjadinya penularan penyakit khususnya penyakit saluran nafas juga dapat mempengaruhi perkembangan anak.

Kepadatan hunian diperoleh dengan cara membagi jumlah anggota rumah tangga dengan luas lantai rumah dalam meter persegi. Hasil perhitungan dikategorikan sesuai kriteria Permenkes tentang rumah sehat, yaitu memenuhi syarat bila ≥ 8 m²/kapita (tidak padat) dan tidak memenuhi syarat bila < 8 m²/kapita (padat).

Data Susenas 2008, menunjukkan bahwa sebagian besar rumah tangga di Sumatera Utara (80,7%) tingkat huniannya tidak padat (memenuhi syarat) dan

sebagian kecil lainnya (19,3%) belum memenuhi syarat. Bila dilihat berdasarkan jenis lantainya, pada tahun 2012, persentase rumah tangga yang menempati rumah yang berlantai bukan tanah (marmer/keramik/tegel/semen) mencapai 87,23%, sedangkan yg berlantai kayu/tanah sebesar 12,77%.

Pada tahun 2013, terdapat 3.355.735 unit rumah, yang mendapatkan pembinaan pada tahun 2013 ada sebanyak 791.805 unit dan yang memenuhi syarat sebesar 638.796 unit, sehingga total rumah yang memenuhi syarat sampai dengan akhir 2013 (termasuk yg memenuhi syarat tahun 2012) adalah sebesar 1.821.173 unit (54,27%) (lihat Lampiran Tabel 59).

2.4.2. Persentase Rumah Tangga memiliki akses terhadap air minum

Akses rumah tangga terhadap air minum mengalami fluktuatif setiap tahunnya. Berdasarkan hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) 2008 sampai 2013 yang diterbitkan oleh BPS Sumatera Utara, diketahui ada peningkatan persentase rumah tangga berdasarkan sumber air minum, khususnya pada air kemasan. Di lain pihak, rumah tangga yang memiliki sumber air minum melalui sumur dan lainnya seperti sungai dan hujan mengalami penurunan. Peningkatan akses rumah tangga terhadap sumber air minum akan berdampak pada penurunan kasus-kasus penyakit infeksi penularan melalui air (*water borned diseases*), yang juga akan memperngaruhi peningkatan status kesehatan masyarakat.

Persentase rumah tangga berdasarkan sumber air minum tahun 2008 - 2013 dapat dilihat lihat rinci pada tabel berikut ini.

Tabel 2.4
Persentase Rumah Tangga menurut Sumber Air Minum
Di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2008-2013

TAHUN	Air Kemasan	Ledeng	Pompa	Sumur	Mata Air	Lainnya (sungai, hujan)
2008	5,44%	22,26%	18,62%	35,58%	11,74%	6,36%
2009	8,03%	22,34%	20,26%	30,12%	13,55%	5,70%

TAHUN	Air Kemasan	Ledeng	Pompa	Sumur	Mata Air	Lainnya (sungai, hujan)
2010	16,48%	19,32%	17,64%	28,08%	12,51%	5,96%
2011	22,69%	15,18%	17,55%	25,93%	12,79%	5,85%
2012	27,66%	14,85%	17,58%	23,42%	11,29%	5,21%
2013	29,59%	14,40%	18,09%	20,54%	11,58%	5,81%

Sumber : SUDA; BPS 2009-2014

Sedangkan kalau kita lihat dari hasil Riset Kesehatan Dasar 2013 (Riskesdas 2013) di Provinsi Sumatera Utara diketahui bahwa sebesar 32,2% rumah tangga sumber air minumnya adalah dari air isi ulang, 15,4% dari air ledeng dan 15% dari sumur bor/pompa, 14,2% RT dari sumur gali terlindungi dan lainnya. Untuk lebih jelasnya akan disajikan jenis sumber air minum rumah tangga menurut kab/kota di Provinsi Sumatera Utara tahun 2013 pada table berikut ini.

Tabel 2.5
Proporsi Rumah Tangga berdasarkan jenis sumber air minum menurut Kabupaten/Kota Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013

Kabupaten/Kota	Jenis sumber air minum										
	Air kemasan	Air isi ulang	Air ledeng	Air ledeng eceran/membeli	Sumur bor/pompa	Sumur gali terlindungi	Sumur gali tak terlindungi	Mata air terlindungi	Mata air tak terlindungi	Penampungan air hujan	Air sungai/danau/irigasi
Nias	0,0	3,8	0	0,3	1,0	6,6	30,5	8,7	27,2	15,6	6,5
Mandailing Natal	0,0	9,3	16,3	0,0	8,6	32,4	4,4	15,8	3,7	0,2	9,4
Tapanuli Selatan	0,7	4,6	6,5	0,2	0,6	31,1	1,4	39,8	11,5	0,5	3,0
Tapanuli Tengah	2,7	9,5	19,7	1,0	4,0	10,9	15,7	13,8	19,4	0,2	3,0
Tapanuli Utara	0,4	2,8	24,7	0,5	18,7	10,2	3,8	14,1	12,1	7,1	5,7

Toba Samosir	0,4	13,7	13,3	0,1	31,3	9,6	1,0	28,6	0,8	0,5	0,7
Labuhan Batu	2,4	50,4	1,1	0,0	4,8	13,7	1,9	0,4	0,1	22,8	2,3
Asahan	5,2	39,2	8,3	1,8	25,4	10,0	4,6	0,1	0,0	1,2	4,3
Simalungun	4,1	9,8	32,9	4,3	38,7	1,8	1,0	5,0	1,5	0,8	0,2
Dairi	1,8	8,9	15,0	0,2	1,1	1,2	1,0	38,7	4,8	7,1	20,3
Karo	3,6	9,2	23,5	3,5	14,7	8,5	0,3	28,9	6,5	0,2	1,1
Deli Serdang	5,5	57,5	10,4	0,2	10,9	14,2	1,0	0,2	0,1	0,0	0,0
Langkat	6,4	28,7	2,2	1,0	22,0	33,7	1,9	0,0	0,0	1,0	3,1
Nias Selatan	1,0	2,6	1,7	0,2	0,2	43,1	5,8	22,9	12,7	1,7	8,2
Humbang Hasundutan	1,5	1,7	15,2	0,7	25,1	9,3	3,0	31,8	5,3	2,9	3,6
Pakpak Bharat	0,8	0,4	7,0	0,0	0,3	0	0	51,9	7,1	13,9	18,6
Samosir	2,4	5,9	7,4	0,7	4,5	3,7	0,3	25,4	5,3	16,9	27,5
Serdang Bedagai	3,8	17,5	2,0	0,4	64,2	9,5	2,2	0,2	0,0	0,1	0,0
Batu Bara	4,2	26,7	16,8	0,9	43,1	6,7	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Padang Lawas Utara	3,3	11,6	13,0	0,4	0,3	41,5	13,0	0,2	4,2	0,0	12,4
Padang Lawas	2,6	16,5	0,0	1,0	1,3	36,0	23,8	1,6	2,0	0,0	15,1
Labuhan Batu Selatan	4,0	25,1	0,4	0,3	16,4	35,3	3,6	0,0	0,2	0,6	14,3
Labuhan Batu Utara	3,7	22,9	0,7	0,0	12,5	30,2	10,1	0,0	1,3	10,8	7,8
Nias Utara	2,3	14,1	5,0	0,0	7,6	10,6	17,1	8,1	4,1	22,5	8,5
Nias Barat	0,9	6,3	0,0	0,6	0,5	23,4	13,5	16,4	18,0	17,8	2,5
Kota Sibolga	1,2	20,0	77,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	0,0	0,0	0,0
Kota Tanjung Balai	0,6	46,5	36,8	11,1	2,2	1,6	0,2	0,0	0,0	0,4	0,6
Kota Pematang	3,1	14,9	74,8	0,1	4,2	0,2	0,3	2,5	0,0	0,0	0,0
Siantar											
Kota Tebing Tinggi	5,9	46,7	8,6	0,0	34,4	3,7	0,1	0,3	0,0	0,0	0,1
Kota Medan	13,1	54,4	26,1	1,0	2,6	2,4	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Kota Binjai	4,1	61,2	4,4	0,0	3,0	26,5	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0
Kota	3,9	29,3	16,7	1,1	1,0	39,9	1,5	5,5	0,4	0,0	0,8
Padangsidempuan											
Kota Gunungsitoli	0,7	22,2	10,6	0,2	7,2	6,1	5,8	28,2	11,9	6,3	0,7
Sumatera Utara	5,3	32,2	15,4	1,0	15,0	14,2	3,1	6,0	2,4	2,2	3,1

Sumber : Riskesdas 2013

Sedangkan berdasarkan jenis sumber air untuk keperluan rumah tangga diperoleh bahwa 26,7% sumbernya Air Ledeng/PDAM, 26,1% sumur gali terlindungi dan 23,7% berasal dari sumur bor/pompa. Berikut ini akan disajikan jenis sumber air untuk keperluan rumah tangga berdasarkan kab/kota Provinsi Sumatera Utara 2013.

Tabel Error! No text of specified style in document.2.6
Proporsi rumah tangga berdasarkan jenis sumber air untuk keperluan rumah tangga
menurut kabupaten/kota, Sumatera Utara 2013

Kabupaten/Kota	Jenis sumber air untuk keperluan rumah tangga								
	Air ledeng/PDAM	Air ledeng eceran/membeli	Sumur bor/pompa	Sumur gali terlindung	Sumur gali tidak terlindung	Mata air terlindung	Mata air tidak terlindung	Penampungan air hujan	Air sungai/danau/irigasi
Nias	0,3	0,3	0,2	5,5	30,6	10,9	30,0	16,0	6,1
Mandailing Natal	13,4	0,5	8,9	31,2	5,4	5,4	3,3	0,0	31,9
Tapanuli Selatan	6,8	0,1	0,6	29,5	2,7	41,4	11,8	0,5	6,6
Tapanuli Tengah	22,9	0,4	5,6	14,6	16,2	13,1	18,4	0,3	8,5
Tapanuli Utara	26,6	0,7	18,7	10,8	4,7	13,2	12,3	7,2	5,8
Toba Samosir	17,4	1,4	35,0	11,0	1,0	29,9	1,3	1,7	1,3
Labuhan Batu	11,5	1,0	29,9	30,0	14,1	4,8	0,2	1,3	7,1
Asahan	10,8	2,7	45,7	23,5	10,7	0,0	0,0	0,1	6,4
Simalungun	36,0	5,0	41,0	1,8	1,7	5,3	0,9	4,7	3,6
Dairi	20,8	1,6	1,1	1,5	0,4	29,6	6,3	14,7	24,1
Karo	29,7	4,0	15,4	10,1	0,6	29,7	6,3	2,4	1,8
Deli Serdang	22,5	1,0	22,5	49,3	4,6	0,0	0,1	0,0	0,0
Langkat	5,0	2,3	34,2	42,5	8,0	0,1	0,0	0,7	7,2
Nias Selatan	3,4	0,9	0,2	42,1	8,1	21,2	12,0	1,6	10,5
Humbang Hasundutan	15,9	1,7	24,9	8,2	5,4	27,8	4,9	4,6	6,5
Pakpak Bharat	7,7	0,0	0,3	0,0	0,0	44,4	5,9	18,7	23,0
Samosir	9,0	1,9	5,7	5,7	0,0	20,7	3,8	20,1	31,2
Serdang Bedagai	2,4	1,0	74,5	17,4	4,1	0,3	0,1	0,0	0,2
Batu Bara	19,4	4,7	45,9	25,9	4,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Padang Lawas Utara	13,0	1,8	1,8	40,1	14,5	0,1	3,8	0,3	24,7
Padang Lawas	0,3	1,1	3,6	35,7	17,7	0,6	2,0	0,0	38,9
Labuhan Batu Selatan	1,6	2,1	17,7	47,0	9,5	0,4	0,2	0,1	21,3
Labuhan Batu Utara	2,0	1,4	25,1	36,4	21,4	0,5	1,4	0,0	11,8
Nias Utara	10,8	0,9	7,6	10,9	18,5	8,5	4,1	29,6	9,3
Nias Barat	0,2	0,5	0,7	21,7	18,5	15,6	17,4	19,5	6,0
Kota Sibolga	95,7	1,0	0,8	0,3	0,0	2,0	0,2	0,0	0,0
Kota Tanjung Balai	65,6	1,2	7,8	5,1	1,2	0,0	0,0	0,1	18,9
Kota Pematang Siantar	89,8	1,3	5,4	0,4	0,8	2,3	0,0	0,0	0,0
Kota Tebing Tinggi	19,3	2,4	65,9	10,0	1,7	0,0	0,0	0,0	0,6
Kota Medan	65,3	0,9	16,4	15,8	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Kota Binjai	11,0	0,5	11,5	71,3	5,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Kota Padangsidimpuan	21,4	3,2	1,9	59,3	4,4	6,0	0,8	0,0	3,0
Kota Gunungsitoli	23,0	0,0	12,5	3,6	6,8	29,5	15,3	7,5	1,8
Sumatera Utara	26,7	1,7	23,7	26,1	5,9	5,6	2,4	1,8	6,2

Sumber: Riskesdas 2013

2.4.3. Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pembuangan Kotoran/Tinja

Persentase rumah tangga menurut tempat pembuangan kotoran/tinja/BAB mengalami peningkatan sepanjang tahun 2008 sampai 2013, khususnya persentase rumah tangga yang menggunakan tangki septik yaitu 58,75% pada tahun 2008, meningkat menjadi 69,86% pada tahun 2013. Sedangkan penggunaan kolam/sawah, sungai/danau dan lainnya sebagai tempat pembuangan kotoran dan tinja mengalami penurunan. Hal ini dapat dilihat lebih lanjut pada tabel berikut ini.

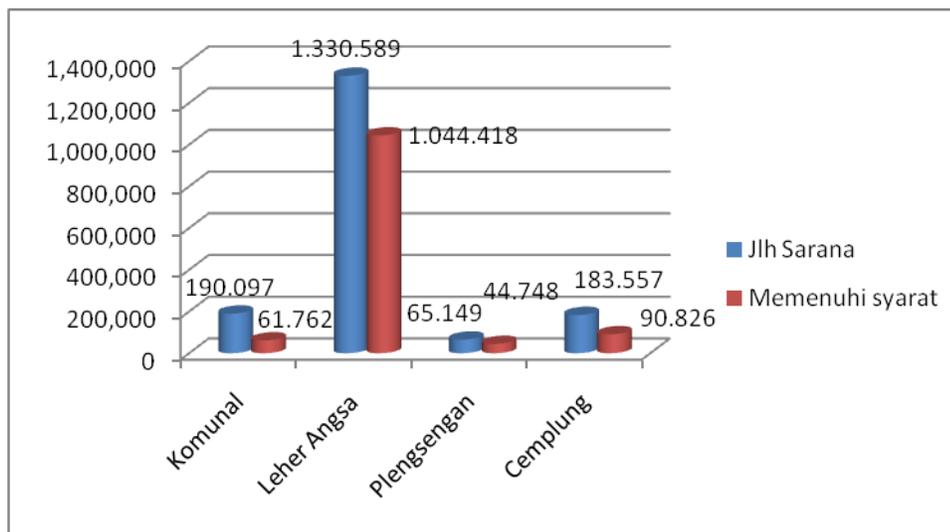
Tabel 2.7
Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pembuangan Tinja
Di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2008-2013

TAHUN	Tangki Septik	Kolam/Sawah	Sungai/Danau	Lainnya
2008	58,75%	0,79%	12,31%	28,14%
2009	60,74%	1,07%	13,35%	24,83
2010	64,45%	0,83%	13,25%	21,47%
2011	64,13%	0,84%	12,51%	22,52%
2012	67,49%	1,11%	11,77%	19,63%
2013	69,86%	0,74%	11,07%	18,32%

Sumber : SUDA; BPS 2009-2014

Sedangkan kalau kita lihat table 62 profil kesehatan, jumlah penduduk dengan akses terhadap fasilitas sanitasi yang layak menurut jenis jamban yang digunakan dapat disajikan dalam grafik berikut ini.

Grafik 2.5
Penduduk dengan Akses Terhadap Fasilitas Jamban Menurut Jenis
Di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013



Sumber: Profil Kesehatan Kab/Kota 2013

Berdasarkan grafik diatas dapat dilihat bahwa sebagian besar masyarakat sumatera utara telah memiliki jamban leher angsa yaitu sebanyak 1.330.589 buah dan 1.044.418 buah (78,49%) telah memenuhi syarat kesehatan.

Berdasarkan hasil Riskesdas 2013, proporsi rumah tangga yang menggunakan jenis tempat buang air besar (BAB) leher angsa yaitu 84,2%, cemplung/cubluk/lubang tanpa lantai sebesar 6,4%, plengsengan 5,4% dan 4% rumah tangga menggunakan jamban jenis emplung/cubluk/lubang dengan lantai. 3 (tiga) kabupaten/kota yang tertinggi menggunakan jenis tempat BAB leher angsa yaitu kota Binjai sebesar 99%, kota Medan sebesar 98,4% dan kota Pematang Siantar sebesar 97,5%. Berikut ini akan disajikan tempat buang air besar (BAB) RT berdasarkan kabupaten/kota di provinsi Sumatera Utara tahun 2013 sesuai dengan hasil riskesdas 2013.

Tabel 2.8
Proporsi Rumah Tangga Berdasarkan Tempat Buang Air Besar
Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013

Kabupaten/Kota	Jenis Tempat BAB ^{*)}			
	Leher angsa	Pleng- sengan	Cemplung/ cubluk/lubang tanpa lantai	Cemplung/ cubluk/lubang dengan lantai
Nias	34,4	10,2	35,6	19,8
Mandailing Natal	69,5	5,1	13,4	12,0
Tapanuli Selatan	64,5	1,1	4,8	29,6
Tapanuli Tengah	75,4	2,9	13,5	8,2
Tapanuli Utara	78,1	7,5	7,2	7,2
Toba Samosir	92,3	0,8	4,8	2,1
Labuhan Batu	72,3	4,3	8,9	14,6
Asahan	83,3	6,4	5,9	4,3
Simalungun	89,3	2,4	4,9	3,4
Dairi	88,7	5,4	3,4	2,5
Karo	82,1	4,7	6,5	6,7
Deli Serdang	94,9	1,3	3,1	0,7
Langkat	72,9	8,9	13,0	5,2
Nias Selatan	36,1	34,9	20,3	8,7
Humbang Hasundutan	84,6	9,0	4,1	2,3
Pakpak Bharat	88,1	1,9	6,9	3,0
Samosir	96,2	0,5	2,4	0,8
Serdang Bedagai	67,7	19,6	8,9	3,8
Batu Bara	65,0	15,8	14,5	4,7
Padang Lawas Utara	69,7	18,0	11,2	1,1
Padang Lawas	80,5	12,9	4,3	2,3
Labuhan Batu Selatan	80,2	2,1	10,8	6,9
Labuhan Batu Utara	69,9	8,4	18,9	2,9
Nias Utara	59,4	6,3	20,4	13,9
Nias Barat	49,5	23,5	14,9	12,2
Kota Sibolga	72,9	6,4	6,0	14,7
Kota Tanjung Balai	92,5	1,6	2,0	3,9
Kota Pematang Siantar	97,5	1,4	0,6	0,5
Kota Tebing Tinggi	95,9	2,9	0,7	0,5
Kota Medan	98,4	0,7	0,6	0,2
Kota Binjai	99,0	0,6	0,2	0,1
Kota Padangsidimpuan	84,0	4,9	9,5	1,6
Kota Gunungsitoli	65,5	10,5	16,0	8,0
Sumatera Utara	84,2	5,4	6,4	4,0

^{*)} rumah tangga yang menggunakan fasilitas BAB miliksendiri, bersama, umum
 Sumber: Riskesdas 2013

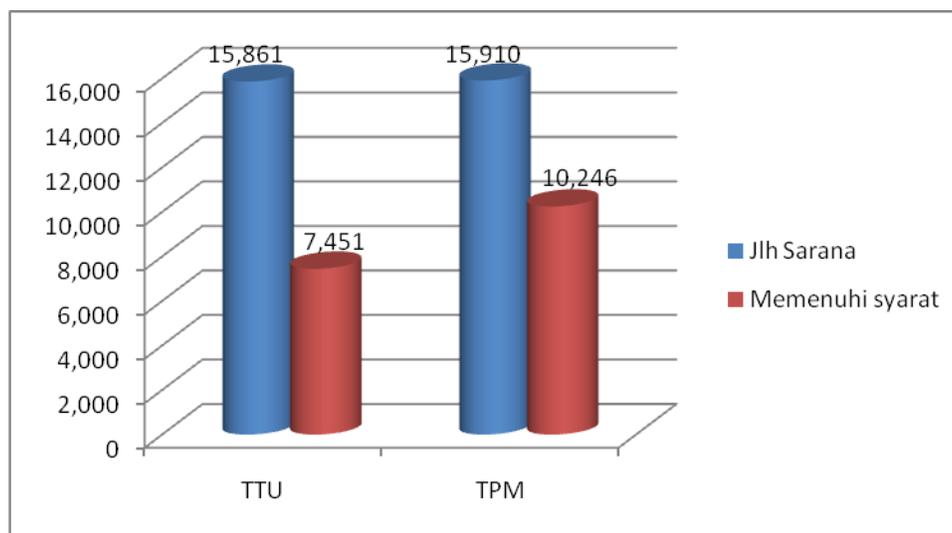
2.4.4. Tempat-Tempat Umum (TTU) dan Tempat Pengelolaan Makanan (TPM)

Yang termasuk TTU adalah sarana pendidikan, sarana kesehatan dan hotel. Sedangkan TPM adalah tempat pengelolaan makanan yang memenuhi syarat

higiene dan sanitasi yaitu penjamah makanan yang sehat, memiliki sarana air bersih, tempat pembuangan sampah, sarana pembuangan air limbah, ventilasi yang baik, luas lantai yang sesuai dengan banyaknya pengunjung dan memiliki pencahayaan ruang yang sesuai. Yang termasuk TPM adalah jasa boga, rumah makan/restoran, depot air minum dan makanan jajanan.

Pada tahun 2013, dari 15.861 TTU yang ada, yang memenuhi syarat kesehatan hanya 7.451 buah (47%). Sedangkan TPM, dari 15.910 buah yang ada di Sumatera Utara, yang memenuhi syarat hiegene sanitasi sebanyak 10.246 buah (64,4%) (lampiran tabel 65).

Grafik 2.6
Jumlah Tempat-Tempat Umum (TTU) dan Tempat Pengelolaan Makanan (TPM) Di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013



Sumber : Profil Kesehatan Kab/Kota 2013

Dari 5.644 TPM di Sumatera Utara yang tidak memenuhi hygiene sanitasi telah dilakukan pembinaan terhadap 4.170 TPM (74%).

Pencapaian persentase TTU dan TPM yang memenuhi syarat kesehatan dan institusi yang dibina kesehatan lingkungannya di Sumatera Utara belumlah maksimal oleh karena itu perlu upaya yang lebih maksimal dari program terkait untuk meningkatkan pelaksanaan kegiatan penyehatan lingkungan, khususnya kerjasama lintas sektoral.

2.5. Keadaan Perilaku Manusia

Untuk menggambarkan keadaan perilaku masyarakat yang berpengaruh terhadap derajat kesehatan, dapat kita lihat dari persentase masyarakat di Sumatera Utara yang berperilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Ada 10 indikator PHBS ditatanan rumah tangga (RT) yaitu 1) Persalinan di RT harus ditolong oleh tenaga kesehatan, 2) Menimbang Balita, 3) RT yang memiliki bayi harus memberikan ASI Eksklusif, 4) Cukup makan buah dan sayur setiap hari, 5) menggunakan air yang memenuhi syarat kesehatan, 6) menggunakan jamban yang memenuhi syarat kesehatan, 7) memberantas jentik nyamuk di dalam rumah, 8) mencuci tangan dengan sabun, 9) beraktivitas fisik setiap hari minimal 30 menit, 10) tidak merokok di dalam ruangan. Penilaian RT ber-PHBS baik adalah rumah tangga yang melaksanakan 6 indikator dari 10 indikator PHBS RT yang mempunyai balita dan 5 indikator yang tidak punya balita.

Pada tahun 2013, pencapaian rumah tangga ber-PHBS cenderung meningkat untuk rumah tangga yang ber-PHBS. Hal ini dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 2.9
Persentase Rumah Tangga ber PHBS
Di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2008-2013

TAHUN	Jumlah RT	Dipantau	% Dipantau	Ber-PHBS	% Ber-PHBS
2008	3.027.500	1.182.858	39,07	738.701	62,45
2010	2.996.890	950.436	31,71	596.005	62,71
2011	3.083.233	728.196	23,62	386.625	53,09
2012	3.131.600	785.474	25,08	426.527	54,30
2013	3.168.566	1.413.880	44,60	899.518	63,6

Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten Kota, 2008-2013

Merujuk hasil Riskesdas 2013 di provinsi Sumatera Utara diketahui bahwa Proporsi RT yang ber-PHBS baik sebesar 24,6% sedangkan sisanya 75,4% adalah RT yang ber-PHBS kurang. Berikut akan disajikan proporsi RT ber PHBS berdasarkan kabupaten/kota di Provinsi Sumatera Utara tahun 2013.

Tabel 2.10
Proporsi Rumah Tangga memenuhi kriteria perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) baik menurut Kabupaten/Kota Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013

Kabupaten/Kota	PHBS baik	PHBS kurang
Nias	3,7	96,3
Mandailing Natal	13,2	86,8
Tapanuli Selatan	21,4	78,6
Tapanuli Tengah	11,5	88,5
Tapanuli Utara	9,2	90,8
Toba Samosir	27,4	72,6
Labuhan Batu	21,9	78,1
Asahan	21,0	79,0
Simalungun	17,8	82,2
Dairi	6,5	93,5
Karo	17,7	82,3
Deli Serdang	28,7	71,3
Langkat	29,9	70,1
Nias Selatan	5,5	94,5
Humbang Hasundutan	5,2	94,8
Pakpak Bharat	5,4	94,6
Samosir	14,7	85,3
Serdang Bedagai	29,5	70,5
Batu Bara	32,0	68,0
Padang Lawas Utara	7,5	92,5
Padang Lawas	6,6	93,4
Labuhan Batu Selatan	14,2	85,8
Labuhan Batu Utara	13,6	86,4
Nias Utara	7,8	92,2
Nias Barat	7,6	92,4
Kota Sibolga	43,2	56,8
Kota Tanjung Balai	35,4	64,6
Kota Pematang Siantar	45,4	54,6
Kota Tebing Tinggi	41,7	58,3
Kota Medan	34,4	65,6
Kota Binjai	44,7	55,3
Kota Padangsidempuan	26,0	74,0
Kota Gunungsitoli	24,6	75,4
Sumatera Utara	24,6	75,4

Sumber: Riskesdas 2013

Dari table 2.10 diketahui 3 terbesar proporsi RT yang ber-PHBS yang baik di kabupaten/kota di Sumatera Utara adalah Kota Pematang Siantar sebesar 45,4%, diikuti Kota Binjai sebesar 44,7% dan Kota Sibolga sebesar 43,2%. Sedangkan 3 kabupaten/kota tertinggi proporsi RT yang ber PHBS kurang adalah Nias sebesar 96,3%, Humbang Hasundutan sebesar 94,8% dan Pakpak Barat 94,6%.

BAB III

SITUASI DERAJAT KESEHATAN

Derajat Kesehatan yang optimal akan dilihat dari unsur kualitas hidup serta unsur- unsur mortalitas dan yang mempengaruhinya, yaitu morbiditas dan status gizi. Untuk kualitas hidup, yang digunakan sebagai indikator adalah Angka Harapan Hidup Waktu Lahir. Sedangkan untuk mortalitas telah disepakati tiga indikator, yaitu Angka Kematian Bayi per 1.000 Kelahiran Hidup, Angka Kematian Balita per-1.000 Kelahiran Hidup, dan Angka Kematian Ibu Maternal per-100.000 Kelahiran Hidup. Untuk morbiditas disepakati 14 (empat belas) indikator, yaitu, Angka “ Acute Flaccid Paralysis” (AFP) pada anak Usia <15 Tahun per-100.000 Anak, Angka Kesembuhan Penderita TB Paru BTA +, Persentase Balita dengan pneumonia ditangani, Persentase HIV/AIDS ditangani, Prevalensi HIV (Persentase Kasus terhadap Penduduk Beresiko), Persentase Infeksi Menular Seksual (IMS) diobati, Angka Kesakitan Demam Berdarah Dengue (DBD) per-100.000 Penduduk, persentase DBD ditangani, Angka Kesakitan Malaria per-1.000 Penduduk, persentase penderita malaria diobati, persentase penderita kusta selesai berobat, kasus penyakit filaria ditangani, jumlah kasus dan angka kesakitan penyakit menular yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I). Sementara itu untuk status gizi telah disepakati 5 (lima) indikator, yaitu Persentase Kunjungan Neonatus, Persentase Kunjungan Bayi, Persentase BBLR ditangani, Persentase Balita dengan Gizi Buruk dan Persentase Kecamatan Bebas Rawan Gizi.

3.1. Mortalitas (Angka Kematian)

Angka kematian masyarakat dari waktu ke waktu dapat memberi gambaran perkembangan derajat kesehatan masyarakat dan dapat juga digunakan sebagai indikator dalam penilaian keberhasilan pelayanan kesehatan dan program pembangunan kesehatan lainnya. Angka kematian pada umumnya dapat dihitung dengan melakukan survei dan penelitian. Perkembangan tingkat kematian dan penyakit-penyakit penyebab utama kematian yang terjadi di Sumatera Utara sampai akhir 2013 akan diuraikan dibawah ini.

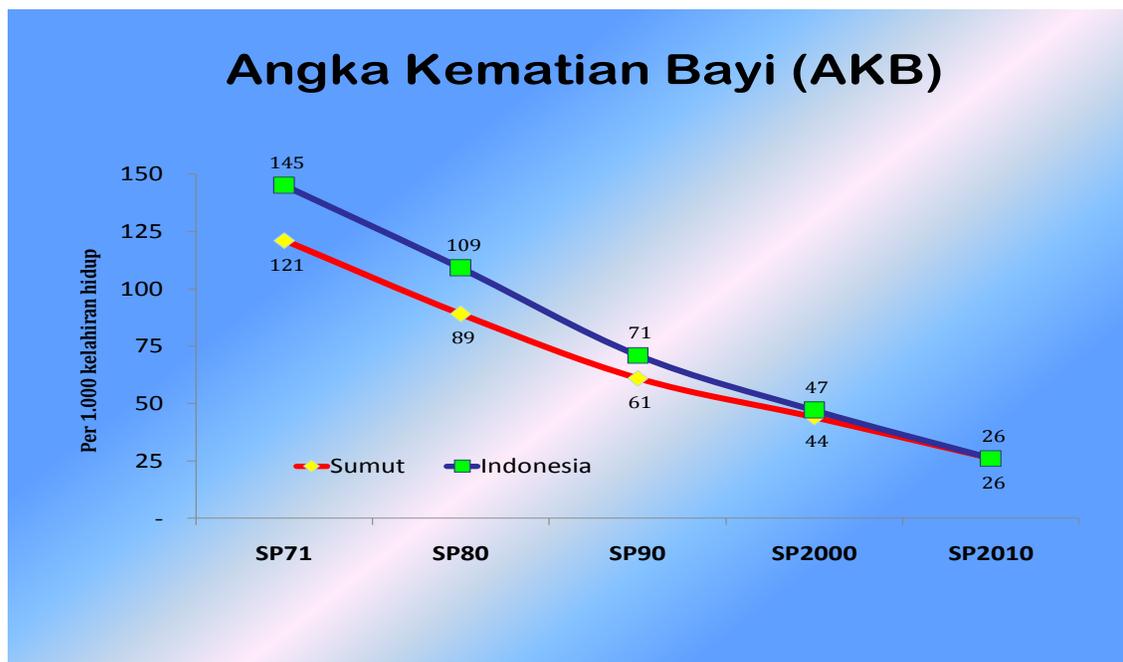
3.1.1. Angka Kematian Bayi (AKB)

Infant Mortality Rate atau Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan indikator yang lazim digunakan untuk menentukan derajat kesehatan masyarakat, baik pada tataran provinsi maupun nasional. Selain itu, program pembangunan kesehatan di Indonesia banyak menitikberatkan pada upaya penurunan AKB. Angka Kematian Bayi merujuk kepada jumlah bayi yang meninggal pada fase antara kelahiran hingga bayi belum mencapai umur 1 tahun per 1000 kelahiran hidup.

Berdasarkan laporan profil kesehatan kab/kota tahun 2013 (Lihat lampiran tabel 4), dari 267.239 bayi lahir hidup terdapat 2.696 bayi meninggal sebelum usia 1 tahun. Berdasarkan angka ini, diperhitungkan Angka Kematian Bayi (AKB) di Sumatera Utara hanya 10/1.000 Kelahiran Hidup (KH) pada tahun 2013. Rendahnya angka ini mungkin disebabkan karena kasus-kasus yang dilaporkan adalah kasus kematian yang terjadi di sarana pelayanan kesehatan, sedangkan kasus-kasus kematian yang terjadi di masyarakat belum seluruhnya dilaporkan.

Berikut ini akan dipaparkan Angka Kematian Bayi di Provinsi Sumatera Utara berdasarkan Sensus Penduduk (SP). Berdasarkan Sensus Penduduk, Angka Kematian Bayi di Sumatera Utara mengalami penurunan yang cukup signifikan dari 2 (dua) kali sensus terakhir yaitu , SP tahun 2000, AKB di Sumatera Utara adalah 44/1.000 KH, turun menjadi 25,7 atau dibulatkan menjadi 26/1.000 KH pada hasil SP 2010. Untuk lebih jelasnya dapat kita lihat pada grafik berikut ini.

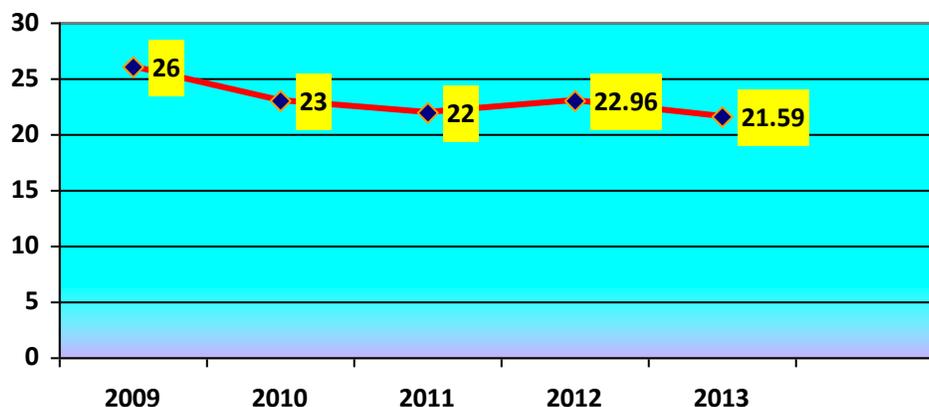
Grafik 3.1
Angka Kematian Bayi (AKB)/Infant Mortality Rate (IMR)
Di Provinsi Sumatera Utara (Hasil SP 1971 - 2010)



Sumber : BPS Provinsi Sumatera Utara 2013

Berdasarkan hasil Survey AKB & AKI yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara bekerjasama dengan FKM-USU tahun 2010, diperoleh bahwa AKB di Provinsi Sumatera Utara sebesar 23/1000 KH. Berikut ini akan disajikan grafik AKB (angka estimasi) tahun 2009 s/d 2013.

Grafik 3.2
Angka Kematian Bayi (AKB)/Infant Mortality Rate (IMR)
Di Provinsi Sumatera Utara 2009-2013



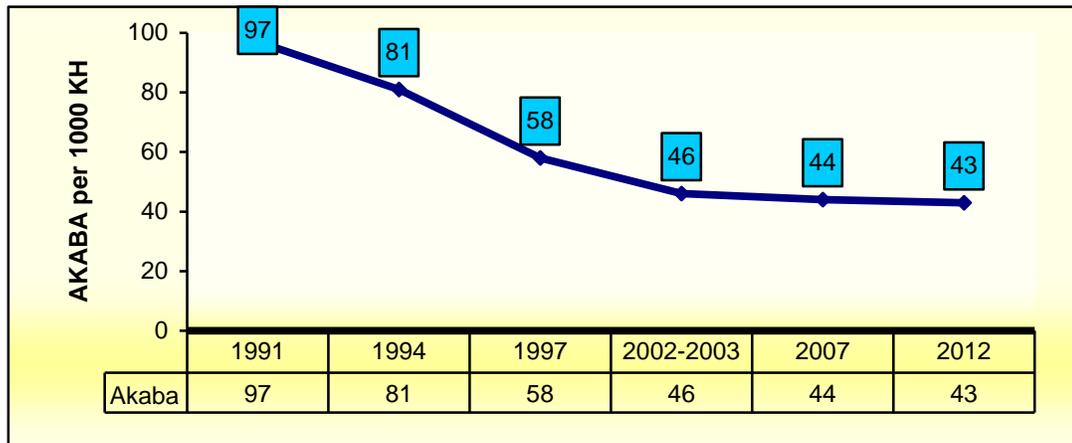
Sumber; BPS, SP 2010 (2011-2013 Angka Estimasi)

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesda) yang dilaksanakan oleh Departemen Kesehatan pada tahun 2007 menunjukkan bahwa penyebab kematian terbanyak pada kelompok bayi 0-6 hari didominasi oleh gangguan/kelainan pernafasan (35,9%), prematuritas (32,4%) dan sepsis (12%). Untuk penyebab utama kematian bayi pada kelompok 7-28 hari yaitu Sepsis (20,5%), malformasi kongenital (18,1%) dan pnemonia (15,4%). Dan penyebab utama kematian bayi pada kelompok 29 hari-11 bulan yaitu Diare (31,4%), pnemonia (23,8) dan meningitis/ensefalitis (9,3%). Dilain pihak faktor utama ibu yang berkontribusi terhadap lahir mati dan kematian bayi 0-6 hari adalah hipertensi maternal (23,6%), komplikasi kehamilan dan kelahiran (17,5%), ketuban pecah dini dan pendarahan antepartum masing-masing 12,7%.

3.1.2. Angka Kematian Balita (AKABA)

Angka kematian balita menggambarkan peluang untuk meninggal pada fase antara kelahiran dan sebelum umur 5 tahun. Berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 diperoleh bahwa angka kematian balita (AKABA) di Sumatera Utara sebesar 54/1.000 kelahiran hidup. Sedangkan angka rata-rata nasional pada tahun 2012 sebesar 43 per 1.000 kelahiran hidup. Angka nasional ini mengalami sedikit penurunan dibandingkan AKABA pada tahun 2007 yang sebesar 44 per 1.000 kelahiran hidup. Gambaran perkembangan AKABA pada tahun 1991-2012 disajikan pada grafik 3.4 berikut ini.

Grafik 3.3
Estimasi Angka Kematian Balita Per 1.000 Kelahiran Hidup
di Indonesia Tahun 1991 - 2012



Sumber : BPS, 2013

Secara umum AKABA di Indonesia dari tahun ketahun cenderung mengalami penurunan.

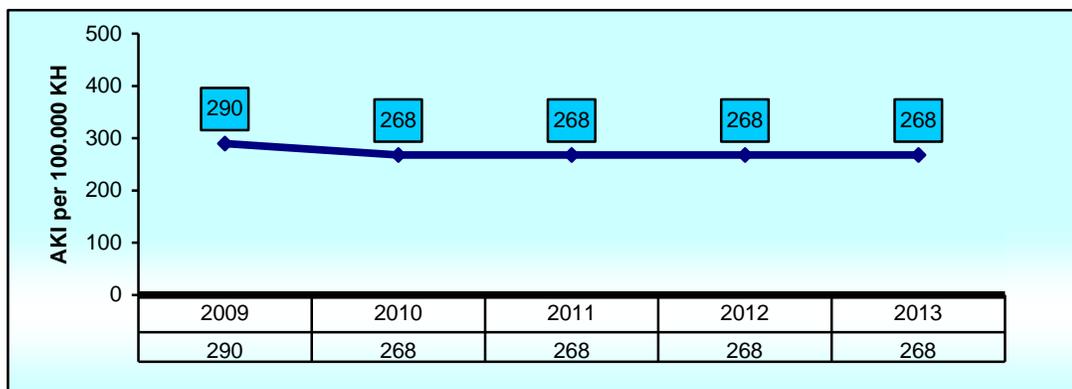
3.1.3. Angka Kematian Ibu (AKI)

AKI mengacu pada jumlah wanita yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk kecelakaan atau kasus insidentil) selama kehamilan, melahirkan dan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan lama kehamilan per 100.000 kelahiran hidup. AKI juga dapat digunakan dalam pemantauan kematian terkait dengan kehamilan. Indikator ini dipengaruhi status kesehatan secara umum, pendidikan dan pelayanan selama kehamilan dan melahirkan. Sensitivitas AKI terhadap perbaikan pelayanan kesehatan menjadikannya indikator keberhasilan pembangunan sektor kesehatan.

Berdasarkan laporan dari profil kab/kota (tabel 6) AKI maternal yang dilaporkan di Sumatera Utara tahun 2013 hanya 95/100.000 kelahiran hidup, namun ini belum bisa menggambarkan AKI yang sebenarnya di populasi. Berdasarkan hasil Sensus Penduduk 2010, AKI di Sumatera Utara sebesar 328/100.000 KH, angka ini masih cukup tinggi bila dibandingkan dengan angka

nasional hasil SP 2010 sebesar 259/100.000 KH. Berdasarkan hasil Survey AKI & AKB yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara dengan FKM-USU tahun 2010 menyebutkan bahwa AKI di Sumatera Utara sebesar 268 per 100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan estimasi maka angka kematian ibu ini tidak mengalami penurunan sampai tahun 2013. Berikut ini akan ditampilkan Angka Kematian Ibu di Sumatera Utara periode 2009-2013.

Grafik 3.4
Angka Kematian Ibu per 100.000 Kelahiran Hidup
di Sumatera Utara Tahun 2009 - 2013



Sumber; Survey FKM-USU 2010 (2011-2013 angka estimasi)

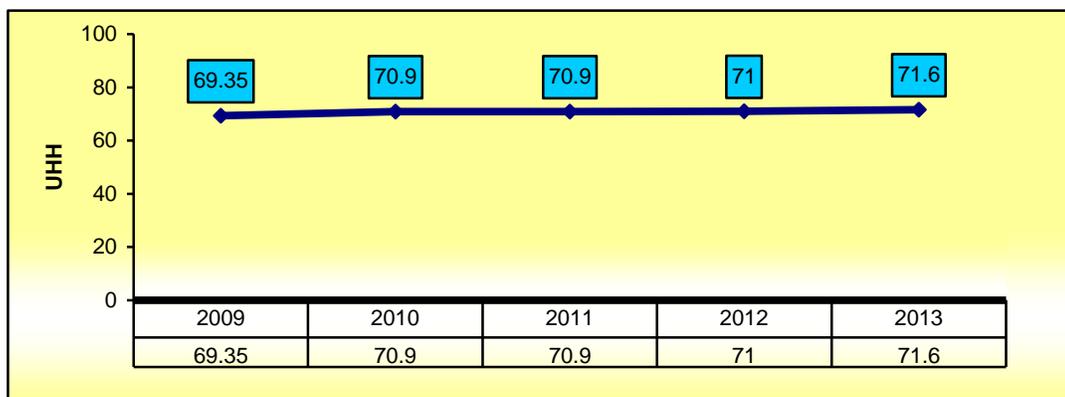
Jumlah kematian ibu maternal per Kab/Kota di Sumatera Utara dapat dilihat pada lampiran tabel 6.

3.1.4. Umur Harapan Hidup (UHH)

Umur Harapan Hidup (UHH) digunakan juga untuk menilai derajat kesehatan dan secara tidak langsung juga memberi gambaran tentang adanya peningkatan kualitas hidup masyarakat baik di kabupaten/kota, provinsi maupun negara. Adanya perbaikan pada pelayanan kesehatan melalui keberhasilan pembangunan pada sektor kesehatan dapat diindikasikan dengan adanya peningkatan angka harapan hidup saat lahir.

Angka harapan hidup penduduk Sumatera Utara diperkirakan mengalami peningkatan dalam 5 (lima) tahun terakhir (periode 2009 -2013), seperti yang disajikan pada grafik berikut ini.

Grafik 3.5
Estimasi Angka Harapan Hidup Waktu Lahir (UHH)
di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2009 - 2013



Sumber ; BPS-SUDA 2010-2011 (2012-2013 angka estimasi)

Berdasarkan angka-angka tersebut, terlihat ada peningkatan UHH penduduk setiap tahunnya.

3.2. MORBIDITAS (ANGKA KESAKITAN)

Tingkat kesakitan suatu negara juga mencerminkan situasi derajat kesehatan masyarakat yang ada didalamnya. Bahkan tingkat angka kesakitan penyakit menular tertentu yang terkait dengan komitmen internasional senantiasa menjadi sorotan dalam membandingkan kondisi kesehatan antar negara.

Berikut ini akan disajikan gambaran morbiditas penyakit-penyakit menular dan tidak menular yang dapat menggambarkan keadaan derajat kesehatan masyarakat di Sumatera Utara sepanjang tahun 2012.

3.2.1 Penyakit-penyakit Menular

1. Diare

Pada tahun 2013, jumlah perkiraan kasus ada sebanyak 285.183 kasus, yang ditemukan dan ditangani sebanyak 223.895 kasus (78,5%), sehingga angka kesakitan (IR) diare per 1.000 penduduk mencapai 16,80. Capaian ini mengalami kenaikan dari tahun 2012 yaitu 16,36/1.000. namun capaian ini mengalami penurunan dibandingkan tahun 2011 yaitu 19,35% dan 2010 yaitu 18,73%. Pencapaian IR ini jauh di bawah target program yaitu 214 per 1.000 penduduk. Rendahnya IR dikhawatirkan bukan merefleksikan menurunnya kejadian penyakit diare pada masyarakat tetapi lebih dikarenakan banyaknya kasus yang tidak terdata (*under-reporting cases*).

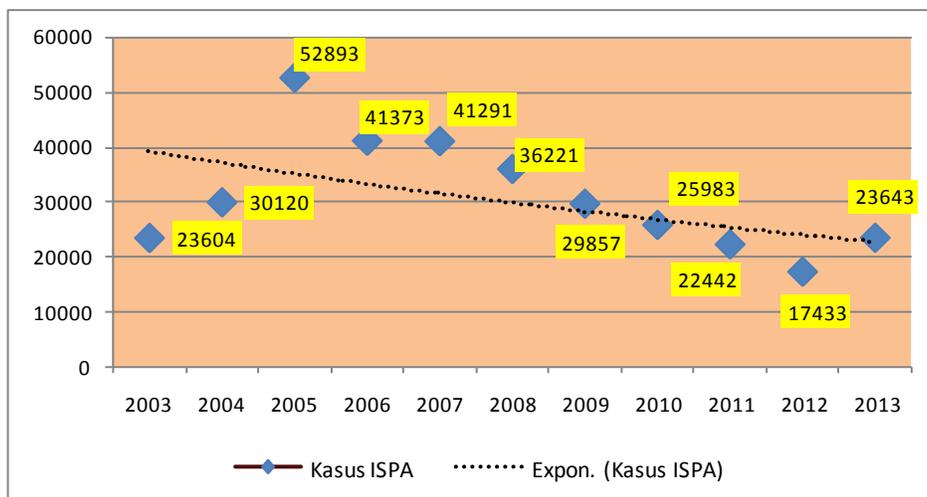
Dari 33 kabupaten/kota yang ada, penemuan dan penanganan kasus diare tertinggi di 3 (tiga) Kabupaten yang melebihi perkiraan kasus yaitu Padang Lawas (224%), Labuhan Batu Selatan (204,3%) dan Samosir (118,33%). Penemuan dan penanganan kasus diare terendah di Kabupaten Karo yaitu 8,4%, Nias Barat 18,7% dan Kabupaten Nias Utara sebesar 19,1% (variasi cakupan per kabupaten/kota dapat dilihat pada lampiran tabel 16).

2. Pneumonia

Pada tahun 2013 cakupan penemuan kasus Pneumonia pada balita relatif masih rendah walaupun mengalami peningkatan dari tahun 2012. Dari jumlah perkiraan kasus pada tahun 2013 sebesar 153.912 kasus, yang ditemukan dan ditangani sebesar 23.643 kasus (15,36%) sedangkan tahun 2012, dari 148.431 perkiraan kasus balita yang menderita penemonia; yang ditemukan dan ditangani hanya 17.443 balita atau 11,74%. Dari 33 kabupaten/kota, terdapat 6 kabupaten/kota yang melaporkan 0 (nul) kasus yaitu Kabupaten Labuhan Batu Selatan, Padang Lawas, Humbang Hasundutan, Asahan, Mandailing Natal dan Kota Gunung Sitoli. Kabupaten dengan jumlah penderita kasus ditemukan dan ditangani terbanyak adalah Kabupaten Karo sebesar 84,7%, disusul dengan Kabupaten Tapanuli Utara sebesar 71,5% dan Kabupaten Nias Selatan sebesar 34,7%. (variasi cakupan per kabupaten/kota dapat dilihat pada lampiran tabel 10).

Cakupan penemuan dan penanganan kasus pnemonia pada balita mengalami penurunan setiap tahunnya, namun tahun 2013 mengalami kenaikan sebesar 3,62% dari tahun 2012, untuk lebih jelasnya dapat kita lihat pada grafik berikut ini.

Grafik 3.6
Cakupan Penemuan Kasus ISPA pada Balita
Tahun 2003 - 2013



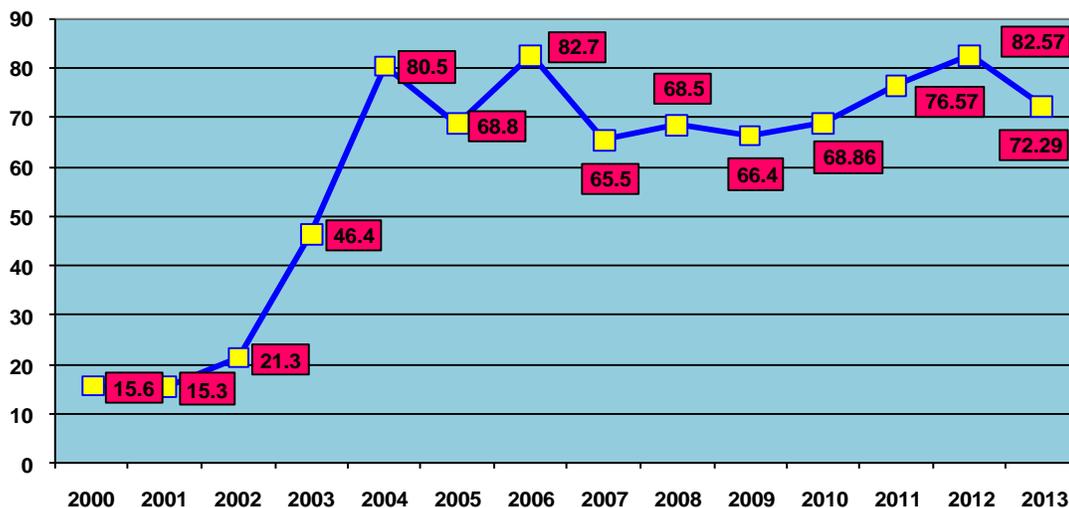
Rendahnya cakupan penemuan kasus disebabkan antara lain pengiriman dan kelengkapan laporan dari kabupaten/kota belum mencapai 100% serta masih lemahnya kerjasama Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan RSUD sehingga banyak kasus yang dirawat tidak dilaporkan. Hal ini diperberat dengan rendahnya alokasi dana untuk pelaksanaan kegiatan pencegahan dan penanggulangan ISPA khususnya anggaran untuk pelatihan tatalaksana penderita ISPA bagi petugas puskesmas di kabupaten/kota.

3. TB Paru

Berdasarkan jumlah penduduk tahun 2013, diperhitungkan sasaran penemuan kasus baru TB Paru BTA (+) di Provinsi Sumatera Utara adalah sebesar 21.322 jiwa, dan hasil cakupan penemuan kasus baru TB Paru BTA (+) yaitu 15.414 kasus atau 72,29%. Angka ini mengalami penurunan bila dibandingkan dengan tahun 2012 sebesar 82,57% dan tahun 2011 sebesar 76,57%. Untuk lebih

jelasnya trend penemuan kasus 14 tahun terakhir dapat dilihat pada grafik berikut ini.

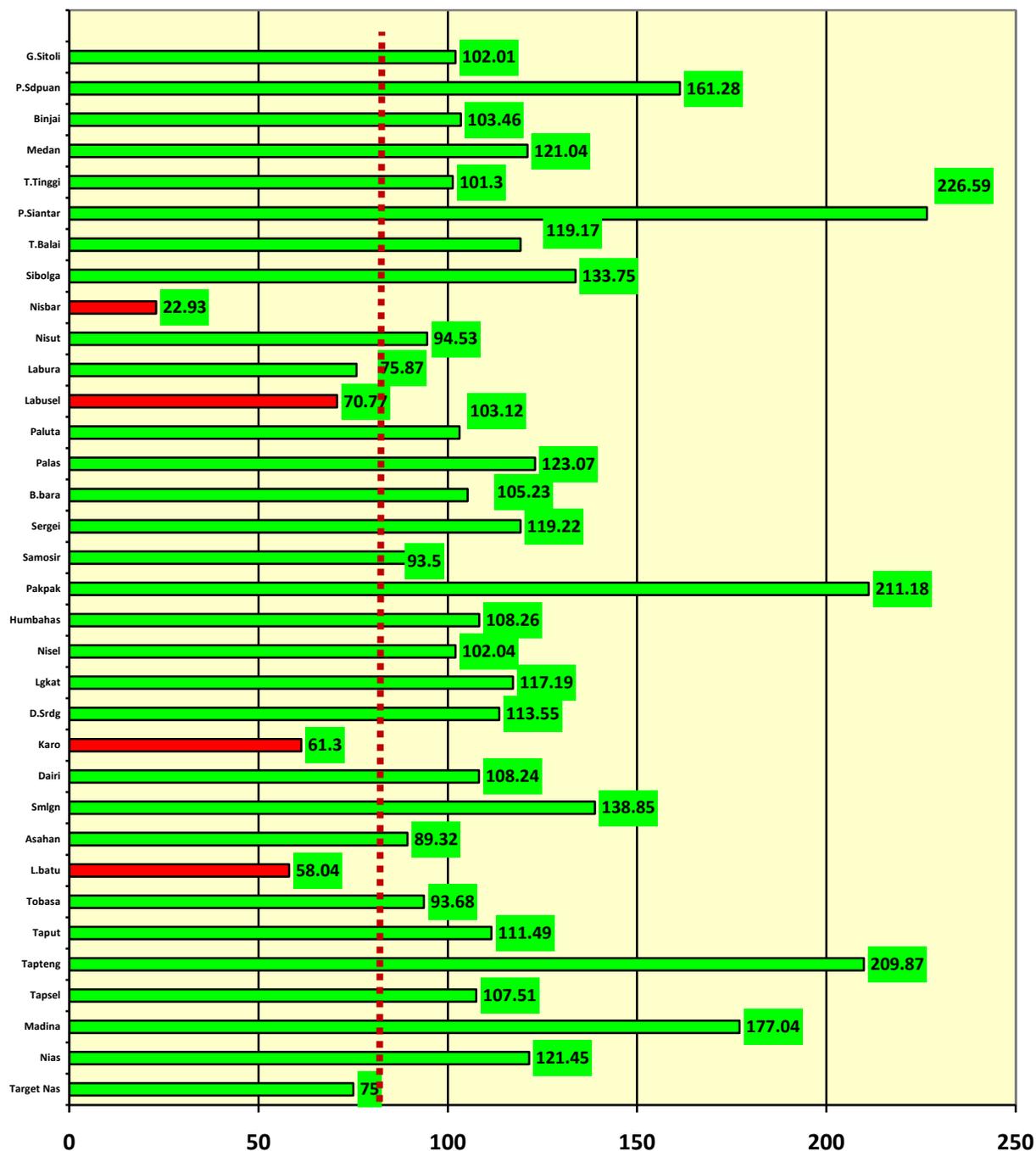
Grafik 3.7
Trend Penemuan Kasus TB Paru BTA (+)
Tahun 2000 - 2013



Pada tahun 2013, Sumatera Utara belum mampu mencapai target nasional yaitu 75%. Dari 33 kabupaten/kota yang ada di Provinsi Sumatera Utara, ditemukan 29 kabupaten/kota memiliki angka penemuan kasus (CNR) TB Paru BTA (+) di atas 75%. Angka CNR tertinggi di Kota Pematang Siantar sebesar 226,59% dan terendah di Kabupaten Nias Barat sebesar 22,93%.

Grafik 3.8

Angka Penemuan Kasus (CNR) TB PARU BTA (+)
Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2013

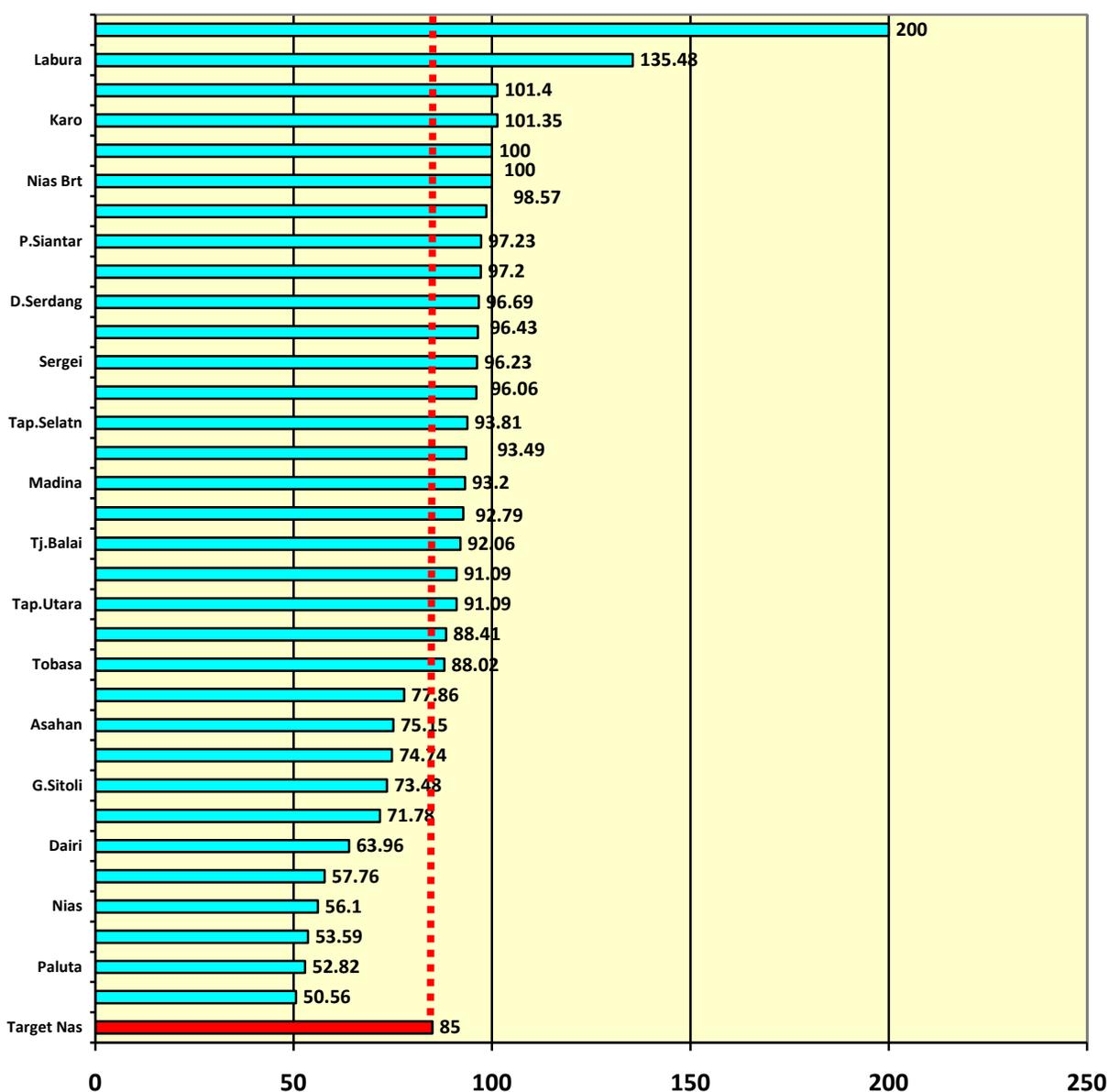


Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten/Kota, 2013

Ket: Warna Hijau CNR ≥ 75% dan Warna Merah CNR < 75%

Berdasarkan Profil Kesehatan Kabupaten/Kota tahun 2013, angka keberhasilan (Success Rate) rata-rata ditingkat provinsi mencapai 88,24%, dengan perincian persentase kesembuhan 82,59% dan persentase pengobatan lengkap 5,66%. Angka succes rate pada tahun 2013 ini telah mampu melampaui target nasional yaitu 85%. Dari 33 Kab/Kota, terdapat 11 Kab/Kota yang belum mampu mencapai angka success rate 85%, seperti yang terlihat pada grafik berikut ini.

Grafik 3.9
Angka Success Rate TB Paru BTA (+)
Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013



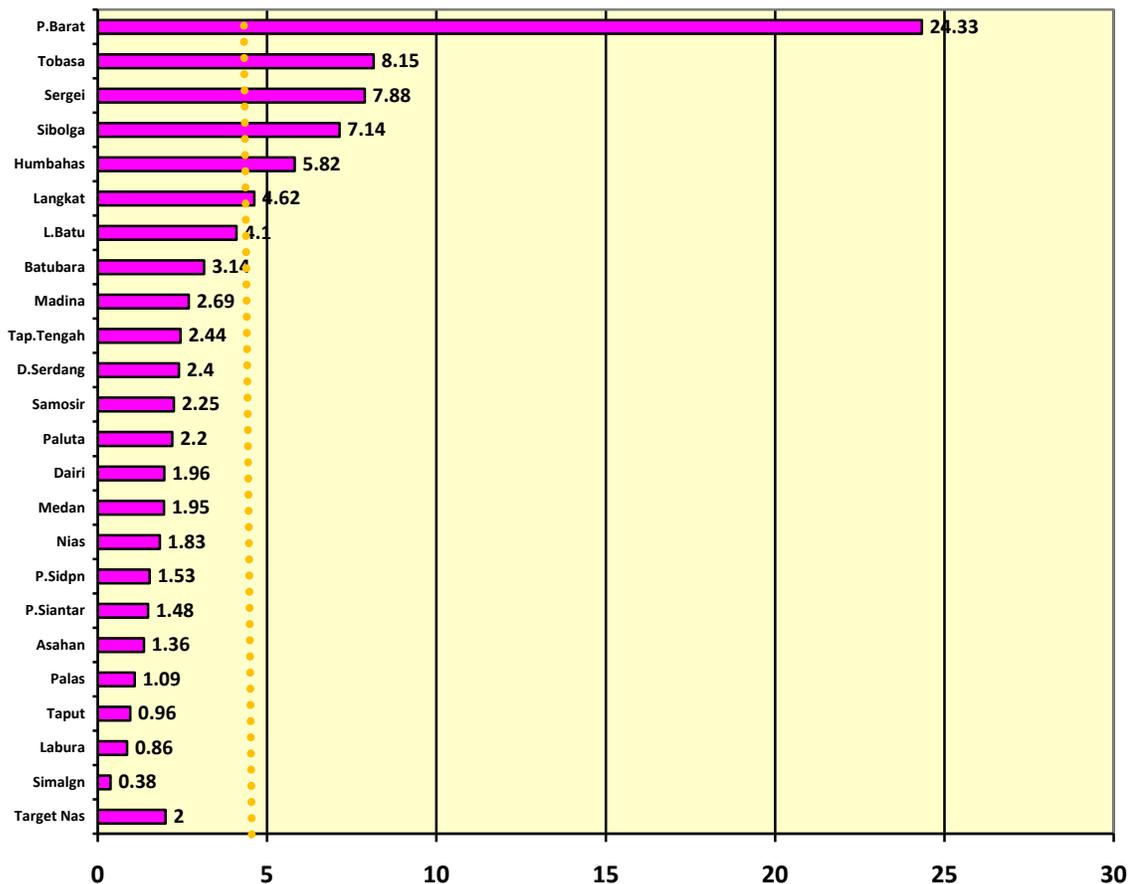
Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten/Kota, 2013

4. Acute Flaccid Paralysis (AFP)

Pada tahun 2013, jumlah kasus AFP (Non Polio) yang ditemukan sebanyak 101 kasus dari 4.311.313 jiwa penduduk berumur < 15 tahun. AFP rate tercatat 2,34 per 100.000 penduduk berumur < 15 tahun, mengalami penurunan sedikit dibandingkan tahun 2012 yaitu 2,36 per 100.000 penduduk berumur < 15 tahun, angka ini sudah mampu mencapai target nasional yaitu ≤ 2 per 100.000 penduduk berumur < 15 tahun (Lihat Lampiran tabel 18).

Dari 33 kabupaten/kota di Provinsi Sumatera Utara, ada 23 kabupaten/kota yang menemukan kasus AFP, grafik berikut ini menggambarkan pencapaian AFP rate per kabupaten/kota secara lebih rinci.

Grafik 3.10
AFP RATE (NON POLIO) BERDASARKAN KABUPATEN/KOTA
DI PROVINSI SUMATERA UTARA TAHUN 2013

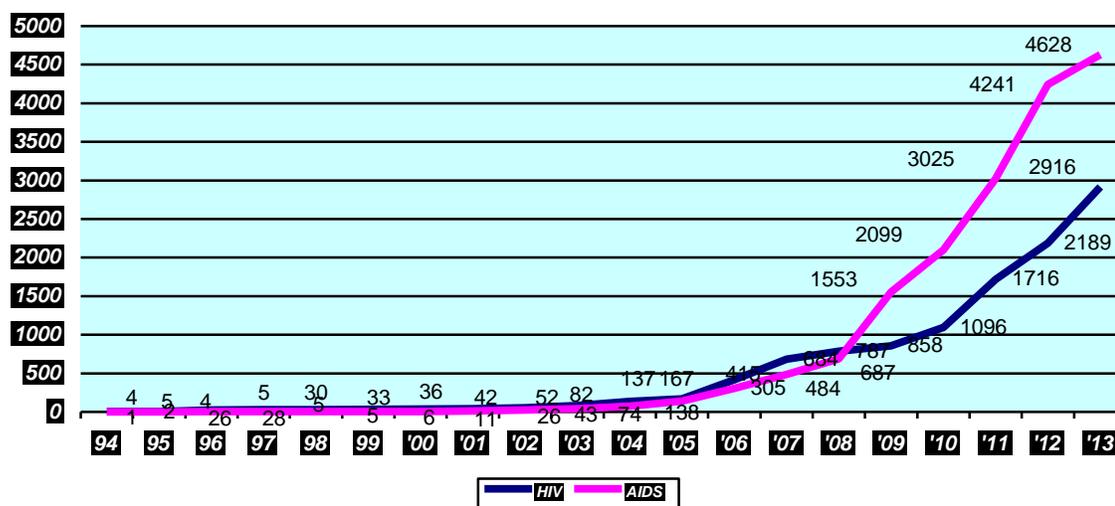


Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2013

5. HIV/AIDS

Pada tahun 2013 terdapat penambahan kasus baru HIV sebanyak 727 kasus dan AIDS sebanyak 387 kasus. Dengan peningkatan ini maka sampai dengan tahun 2013 jumlah kasus HIV secara keseluruhan menjadi 2.916 kasus dan AIDS sebanyak 4.628 kasus. Perkembangan kasus HIV/AIDS di Sumatera Utara dari tahun 1994 sampai dengan tahun 2013 dapat dilihat pada grafik berikut ini.

Grafik 3.11
JUMLAH KASUS HIV-AIDS DI PROVINSI SUMATERA UTARA
TAHUN 1994 - 2013



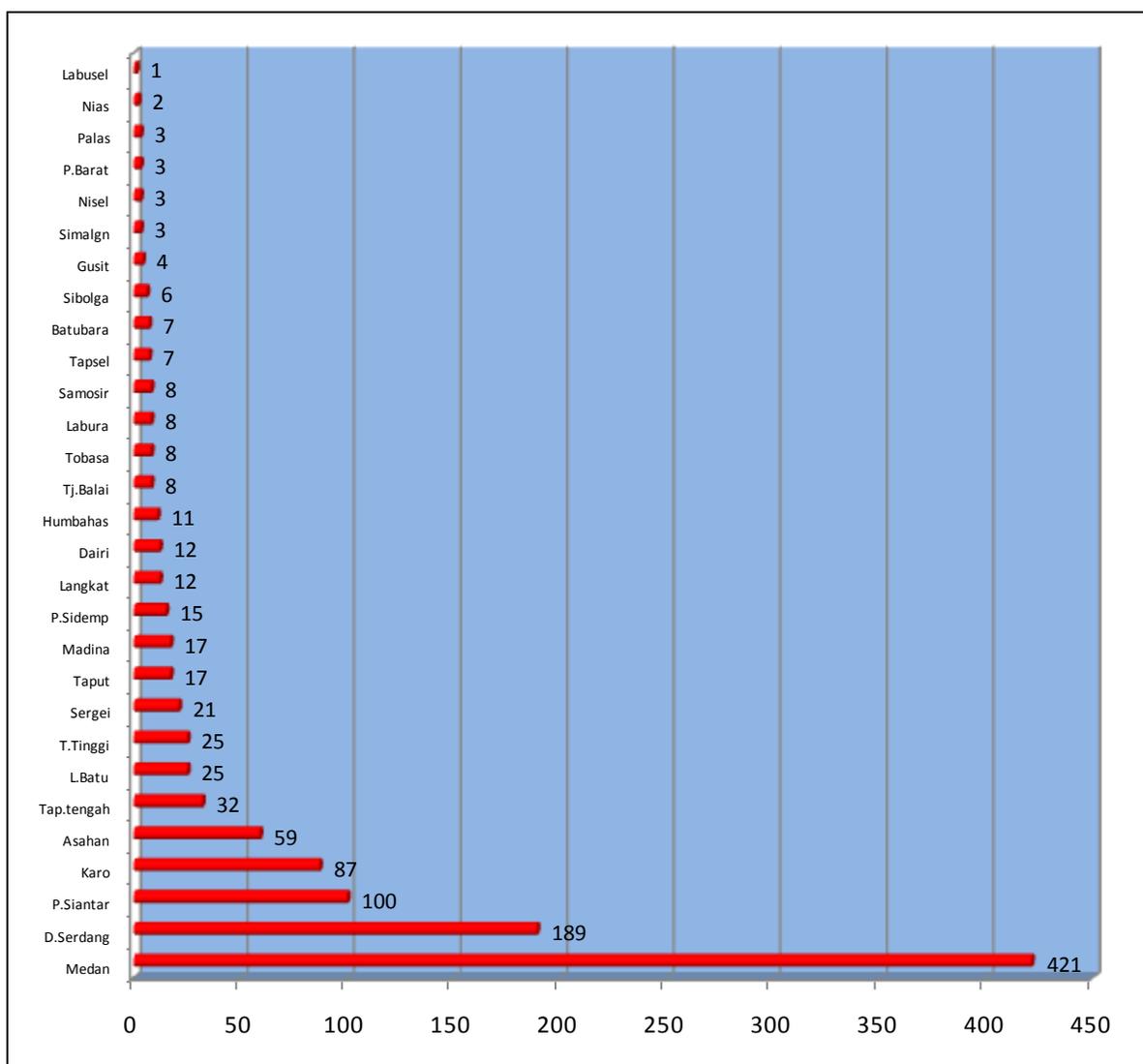
Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2013

Berdasarkan jenis kelamin penderita diketahui penderita terbanyak adalah pria sekitar 68% dan wanita yaitu 32%. Peningkatan kasus yang terjadi setelah tahun 2000 merupakan upaya membongkar fenomena gunung es “ice berg fenomenm” yaitu jumlah kasus yang ditemukan lebih sedikit dari jumlah sebenarnya di dalam populasi. Keberhasilan penemuan penderita ini salah satunya disebabkan bertambahnya jumlah layanan VCT (*Voluntary Counselling and Testing*) di Sumatera Utara. VCT merupakan pintu masuk bagi penemuan kasus disamping pelaksanaan pengobatan dan perawatan pasien serta penyampaian informasi ke masyarakat khususnya mereka yang termasuk dalam kelompok populasi berisiko tinggi.

Beberapa Kabupaten/Kota yang memiliki jumlah kasus HIV/AIDS tinggi adalah kabupaten/kota dengan layanan VCT dan Infeksi Menular Seksual (IMS). Penderita baru HIV/AIDS, 3 tertinggi tahun 2013 secara berturut-turut adalah Kota Medan yaitu 421 kasus atau sekitar 37,79%, Kabupaten Deli Serdang sebanyak 189 kasus (16,96%) dan Kota Pematang Siantar sebanyak 100 kasus (8,97%) dari total seluruh penderita baru.

Sampai dengan akhir tahun 2013, 29 Kabupaten/Kota telah melaporkan ditemukannya kasus baru HIV/AIDS. Penyebaran kasus baru HIV/AIDS menurut kabupaten/kota tahun 2013 terangkum dalam grafik berikut ini.

Grafik 3.12
Jumlah Kasus Baru Penderita HIV/AIDS Berdasarkan Kab/Kota
Di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013



Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2013

6. Kusta

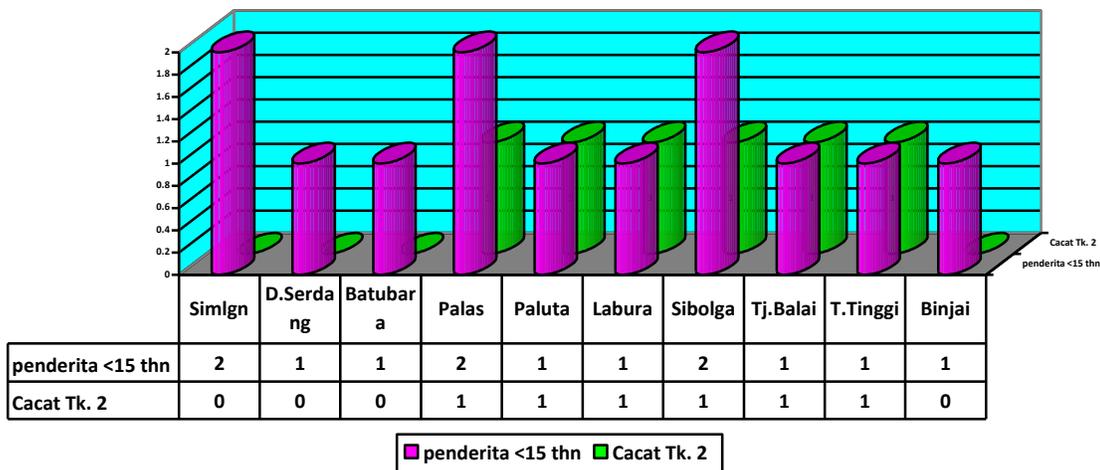
Kusta merupakan penyakit menular (kronis) yang disebabkan *Mycobacterium leprae*. Gejala kusta biasanya timbul di kulit dan saraf tepi seperti pada muka, tangan dan kaki serta sering menyebabkan kecacatan (*deformitas*) hingga memberi kesan menyeramkan. Dalam perjalanan hidupnya penderita kusta sering mengalami diskriminasi, dijauhi dan dikucilkan oleh masyarakat. Tingginya prevalensi kusta dapat berdampak pada munculnya permasalahan sosial-ekonomi karena penyakit ini umumnya menyerang penduduk kelompok usia produktif dan mereka tidak dapat bekerja. Oleh karenanya pemerintah berkewajiban memberikan perhatian yang serius dalam upaya mencegah dan menanggulangi penyakit kusta di wilayahnya. Dengan berkembangnya teknologi kedokteran, kecacatan akibat kusta sudah dapat dicegah apabila penderita ditemukan dan dilakukan penanganan sejak awal. Pengobatan dan fisioterapi penderita sedini mungkin merupakan cara yang efektif untuk memutuskan rantai penularan dan mencegah kecacatan akibat kusta.

Pada akhir tahun 2013 prevalensi rate kusta di Provinsi Sumatera Utara sudah relatif sangat rendah yakni 0,2 per 10,000 penduduk (Lihat lampiran tabel 16). Jumlah kasus kusta terbanyak tercatat di Kota Medan yaitu 37 kasus, diikuti dengan Asahan sebanyak 25 kasus dan Labuhan Batu Utara sebanyak 19 kasus.

Proporsi kasus baru kusta pada anak < 15 tahun dan kasus baru cacat tingkat 2, merupakan indikator penting dalam rangka memantau kinerja program P2 Kusta di Provinsi Sumatera Utara. Dengan mengetahui angka tersebut, pertama, kita mengetahui kemungkinan adanya sumber penularan di lingkungan tempat tinggal penderita yang harus ditemukan; kedua, dengan kasus baru cacat tingkat 2 kita mengetahui ada kasus yang terlambat terdeteksi dan ditangani yang kemungkinan juga akan menjadi sumber penularan baru.

Pada tahun 2013, tercatat 13 kasus baru kusta pada anak berumur < 15 dan 24 kasus baru cacat tingkat 2, distribusinya per kabupaten/kota seperti yang tergambar pada grafik berikut ini.

Grafik 3.13
Jumlah Kasus Kusta Baru dan Cacat Tingkat 2 Pada Anak <15 Tahun
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013



Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten/Kota, 2013

Distribusi kasus kusta baru pada anak < 15 tahun cenderung berfluktuasi dalam 4 tahun terakhir, tahun 2013 sebesar 7,56%, angka ini lebih rendah bila dibandingkan tahun 2012 yang persentasinya sebesar 13,81%, tahun 2011 sebesar 9,55%, dan tahun 2010 yaitu 12,24%. (Lihat lampiran tabel 15). Angka tersebut masih diatas indikator nasional yakni <5% dari total kasus pada seluruh kelompok umur. Sehingga berdasarkan fakta tersebut maka diperlukan upaya yang lebih giat untuk meningkatkan kewaspadaan terhadap penularan penyakit kusta karena diperkirakan masih terdapat sumber penularan di sekitar tempat tinggal kasus yang mestinya harus ditemukan.

7. Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I)

PD3I merupakan penyakit yang diharapkan dapat diberantas/ditekan dengan pelaksanaan program imunisasi. PD3I yang dibahas di bawah ini mencakup penyakit Difteri, Pertusis (Batuk Rejan), Tetanus, Tetanus Neonatorum, Campak, Polio dan Hepatitis B. Jumlah kasus penyakit menular yang dapat dicegah dengan

imunisasi menurut kab/kota tahun 2013, dapat dilihat pada lampiran tabel 19 dan 20.

a) Difteri

Difteri termasuk penyakit menular yang jumlah kasusnya relatif rendah. Rendahnya kasus difteri ini sangat dipengaruhi dengan adanya program imunisasi. Pada tahun 2013 hanya 1 kasus yang ditemukan di Kota Sibolga.

b) Pertusis (Batuk Rejan)

Pada tahun 2013, tidak satupun daerah Kabupaten/Kota yang melaporkan terjadinya kasus pertusis (batuk rejan).

c) Tetanus Non Neonatorum

Pada tahun 2012, kasus tetanus ditemukan sebanyak 13 kasus dengan rincian di Kabupaten Tapanuli Tengah sebanyak 10 kasus, Nias sebanyak 2 kasus dan Labuhan Batu Utara sebanyak 1 kasus.

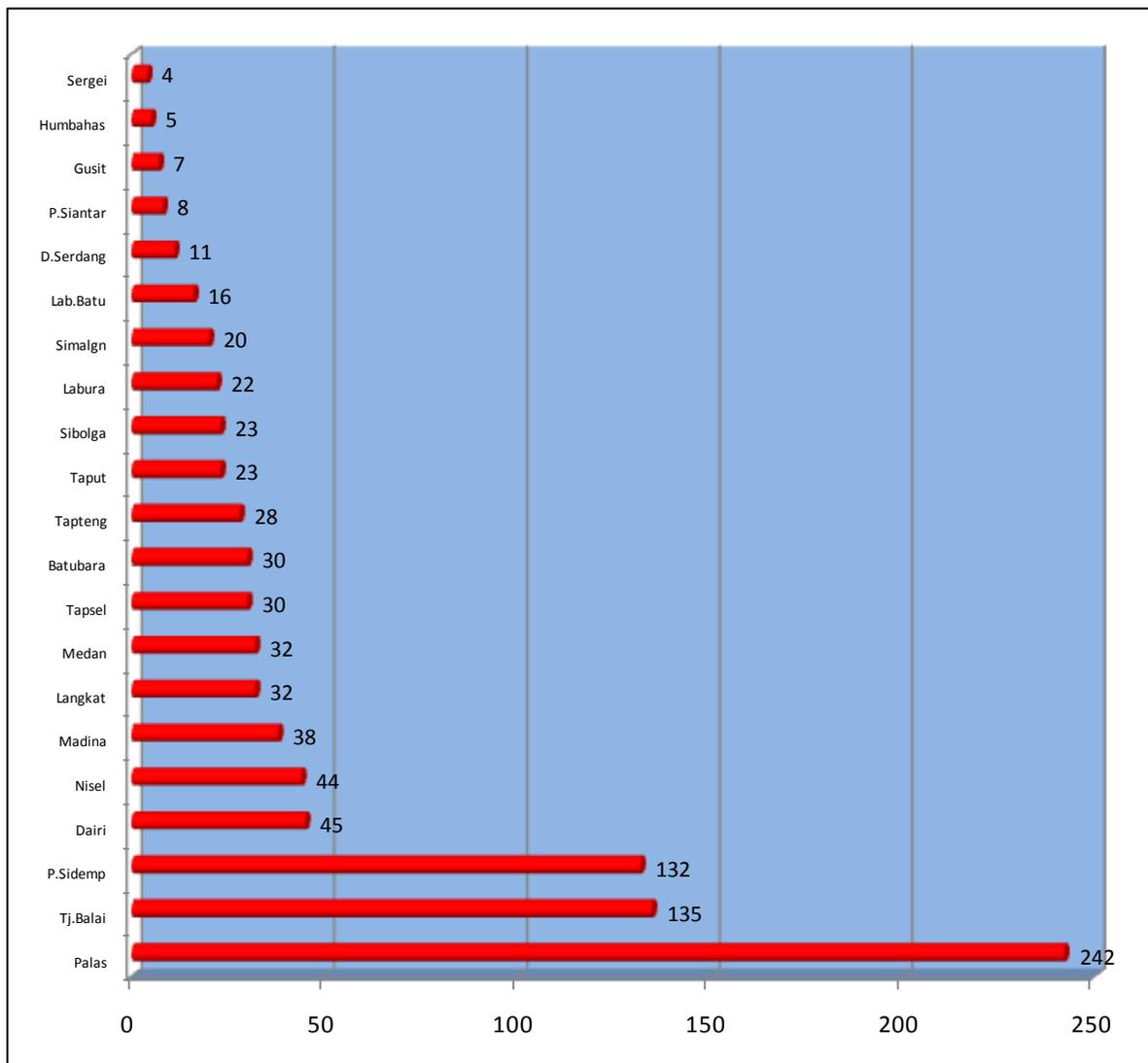
d) Tetanus Neonatorum (TN)

Pencegahan terhadap terjadinya kasus tetanus neonatorum dapat dilakukan dengan pertolongan persalinan harus secara higienis serta ditunjang dengan imunisasi Tetanus Toxoid (TT) sewaktu ibu hamil. Pada tahun 2013 dilaporkan hanya 1 kasus yang terjadi di Kabupaten Labuhan Batu, jumlah ini terus mengalami penurunan bila dibandingkan dengan tahun 2012 sebanyak 3 kasus dan tahun 2011 sebanyak 11 kasus, 2010 yaitu 5 kasus dan tahun 2009 yaitu 6 kasus.

e) Campak

Pada tahun 2012, jumlah kasus Campak merupakan kasus terbanyak kategori PD3I yaitu sebanyak 257 yang terjadi di 7 Kabupaten/Kota dengan rincian sebagai berikut Serdang Bedagai sebanyak 128 kasus, Mandailing Natal 34 kasus, Tapanuli Selatan 31 kasus, Batubara 24 kasus, Pakpak Barat 14 kasus dan Karo serta Samosir masing-masing 13 kasus.

Grafik 3.14
Kasus Campak Berdasarkan Kab/Kota
Di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013



Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2013

f) Polio

Pada tahun 2013, tidak ditemukan kasus Polio di Provinsi Sumatera Utara.

g) Hepatitis B

Pada tahun 2013, tidak ditemukan kasus Polio di Provinsi Sumatera Utara.

8. Demam Berdarah Dengue (DBD)

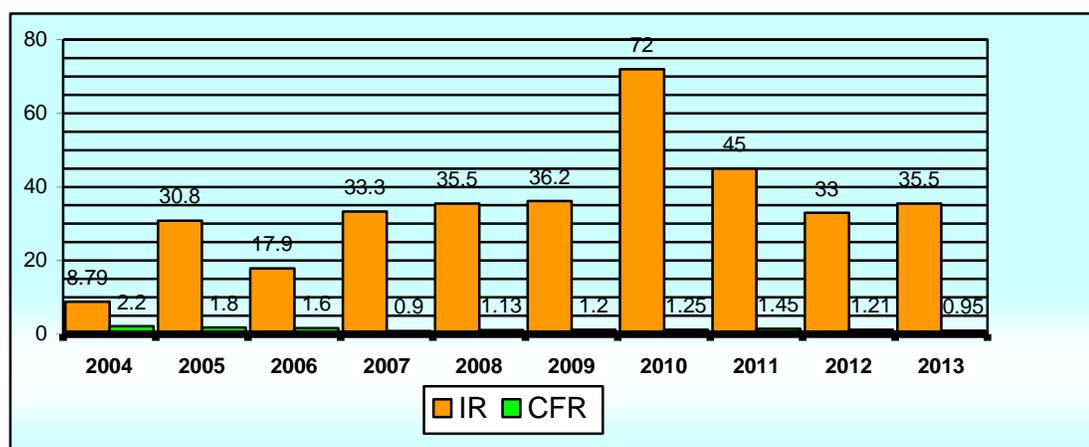
Penyakit DBD telah menyebar luas ke seluruh wilayah Provinsi Sumatera Utara sebagai KLB dengan angka kesakitan dan kematian yang relatif tinggi. Berdasarkan KLB wilayah Provinsi Sumatera Utara dapat diklasifikasikan sbb:

- a. **Daerah Endemis DBD** : Kota Medan, Deli Serdang, Binjai, Langkat, Asahan, Tebing Tinggi, Pematang Siantar dan Kabupaten Karo.
- b. **Daerah Sporadis DBD** : Kota Sibolga, Tanjung Balai, Simalungun, Tapanuli Utara, Toba Samosir, Dairi, Tapanuli Tengah, Mandailing Natal, Padang Sidempuan, Tapanuli Selatan, Labuhan Batu, Humbang Hasundutan, Pak-Pak Barat, Serdang Bedagai dan Kabupaten Samosir.
- c. **Daerah Potensial/Bebas DBD** : Kabupaten Nias dan Nias Selatan.

Namun daerah di Kepulauan Nias bukan lagi daerah potensial bebas DBD karena sejak tahun 2010 telah ditemukan DBD di kepulauan Nias.

Berikut ini akan disajikan data angka kesakitan DBD di Sumatera Utara dalam 10 (sepuluh) tahun terakhir dari tahun 2004-2013.

Grafik 3.15
Angka Kasus (IR) dan Angka Kematian (CFR) DBD
di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2004-2013



Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2013

Sejak tahun 2005 rata-rata insiden rate DBD per 100,000 penduduk di Provinsi Sumatera Utara relatif tinggi. Pada tahun 2012, jumlah kasus DBD tercatat 4.732 kasus dengan IR 35 per 100.000 penduduk. Jumlah ini mengalami

kenaikan bila dibandingkan dengan tahun 2012 dengan jumlah kasus 4,367 kasus dengan IR sebesar 33 per 100.000 penduduk. Bila dibandingkan dengan angka indikator keberhasilan program dalam menekan laju penyebaran DBD, yaitu Insidens Rate DBD adalah sebesar 5 per 100,000 penduduk, angka Sumatera Utara sangat jauh diatas indikator tersebut.

Dilain pihak, Case fatality rate (CFR) mengalami penurunan dari tahun 2011 sebesar 1,45% dan tahun 2012 sebesar 1,21%. Angka CFR DBD ini sudah mampu mencapai target nasional yaitu <1%.

Insidens rate DBD dengan insidens rate yang sangat tinggi dalam 3 tahun terakhir umumnya dilaporkan oleh daerah perkotaan yakni Kota Medan, Deli Serdang, Pematang Siantar, Langkat dan Simalungun. Terdapat 3 kabupaten yang melaporkan tidak ada kasus DBD yaitu Humbang Hasundutan, Mandailing Natal dan Nias Barat.

9) Filariasis

Pada tahun 2013 jumlah kasus baru filariasis ditemukan sebanyak 24 kasus, jumlah ini menurun dari tahun 2012 yang ditemukan sebanyak 36 kasus. Penyebarannya di kabupaten/kota se Provinsi Sumatera Utara dapat dilihat pada lampiran tabel 23.

3.3 Status Gizi Masyarakat

Seperti halnya di negara Indonesia umumnya, Provinsi Sumatera Utara juga memiliki 4 (empat) masalah gizi utama, yaitu masalah gizi makro, khususnya Balita dengan Kurang Energi Protein (KEP), masalah gizi mikro terutama Kurang Vitamin A (KVA), Anemia Gizi Besi (AGB) dan Gangguan Akibat Kurang Yodium (GAKY).

3.3.1. Balita dengan KEP

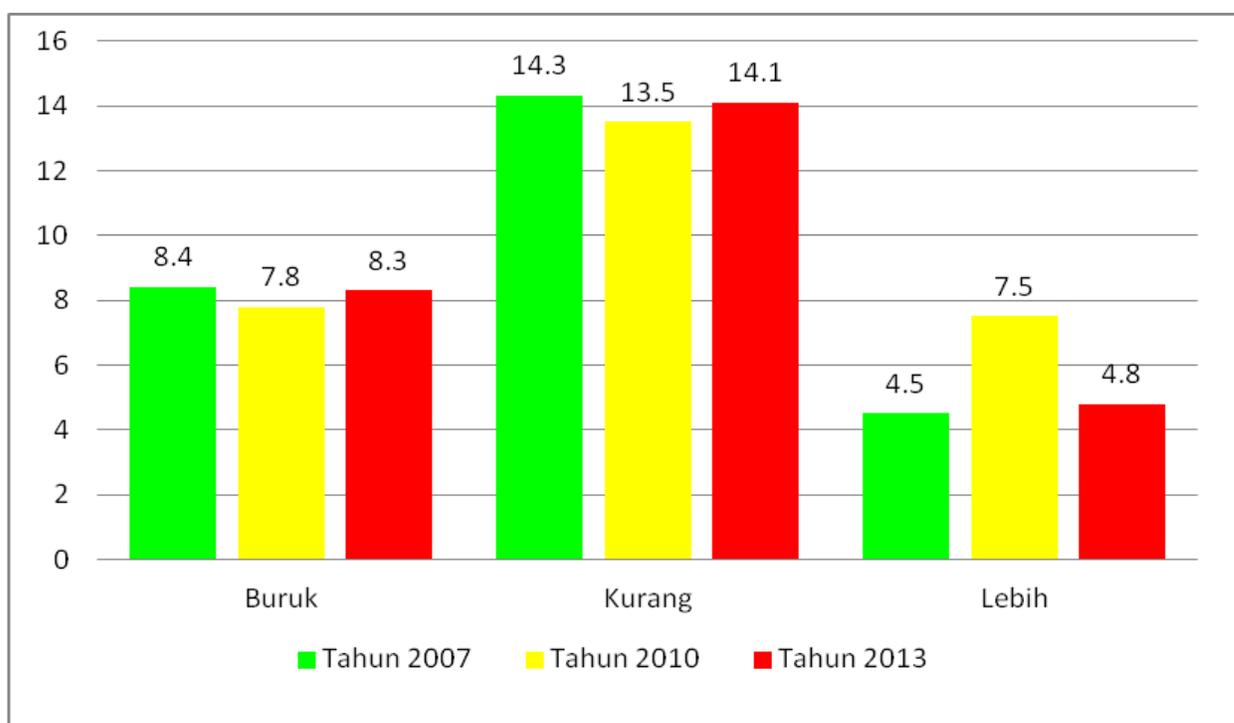
Balita yang mengalami KEP dapat diukur berdasarkan 3 pengukuran yaitu Tinggi Badan (TB)/Umur disebut juga balita pendek (*stunting*), BB/TB disebut juga balita kurus (*wasting*) dan BB/Umur disebut juga kurang berat badan (under weight). Berikut ini akan disajikan data data hasil Riset Kesehatan Dasar yang

dilakukan oleh Badan Litbang Kementerian Kesehatan (Riskesdas 2007,2010, 2013), tentang kondisi balita di provinsi Sumatera Utara.

a. Balita Gizi Kurang & Buruk/*under weight* (BB/U)

Berdasarkan hasil Riskesdas, diperoleh bahwa persentase balita gizi kurang dan buruk (BB/U) di provinsi Sumatera Utara mengalami fluktuatif dari tahun 2007, 2010 dan 2013, untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada grafik berikut ini.

Grafik 3.16
*Kecenderungan Prevalensi Status Gizi, Gizi Kurang & Buruk (BB/U)
di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2007,2010 & 2013*



Sumber: Riskesdas 2007, 2010 & 2013

Dari grafik diketahui bahwa prevalensi balita gizi buruk dan kurang di Sumatera Utara pada tahun 2013 sebesar 22,4% yang terdiri dari 8,3% gizi buruk dan 14,1% gizi kurang. Angka ini lebih tinggi 2,8% dengan angka prevalensi gizi berat kurang nasional yaitu 19,6%. Jika dibandingkan angka provinsi tahun 2007 (22,7%) dan tahun 2010 (21,3%) tidak ada penurunan yang signifikan (cukup berarti). Meskipun ada penurunan sebesar 0,6% dari tahun 2007 ke tahun 2010

namun terjadi kenaikan kembali sebesar 0,5% (gizi buruk) dan 0,6% untuk gizi kurang pada tahun 2013. Dengan angka sebesar 22,4% prevalensi gizi kurang dan gizi buruk di Sumatera Utara masih termasuk dalam kategori tinggi (standar WHO; 5-9% rendah, 10-19% medium, 20-39% tinggi, >40% sangat tinggi). Bila dibandingkan dengan pencapaian sasaran MDG's tahun 2015 yaitu 15,5 persen maka prevalensi gizi berat kurang di provinsi Sumatera Utara masih diatas angka sasaran MDG tahun 2015. Prevalensi status gizi balita per kab/kota akan disajikan pada tabel berikut ini;

Tabel 3.1
Prevalensi Status Gizi Balita (BB/U) menurut Kabupaten/Kota,
Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013

Kabupaten/Kota	Status Gizi Menurut BB/U			
	Gizi Buruk (%)	Gizi Kurang (%)	Gizi Baik (%)	Gizi Lebih (%)
Nias	14,1	10,8	65,2	9,9
Mandailing Natal	13,6	12,9	66,3	7,3
Tapanuli Selatan	7,7	10,9	77,1	4,4
Tapanuli Tengah	6,8	19,3	73,1	,8
Tapanuli Utara	11,1	11,1	72,8	4,9
Toba Samosir	3,1	15,6	72,1	9,3
Labuhan Batu	8,3	10,3	75,1	6,3
Asahan	4,9	16,1	74,9	4,2
Simalungun	12,1	12,0	70,6	5,4
Dairi	4,9	10,9	78,7	5,6
Karo	7,1	8,7	82,3	1,9
Deli Serdang	5,2	14,6	77,0	3,1
Langkat	9,7	11,4	71,4	7,5
Nias Selatan	15,9	19,4	60,7	4,1
Humbang Hasundutan	8,4	9,2	75,2	7,3
Pakpak Bharat	7,4	15,5	75,1	2,0
Samosir	1,5	11,7	82,0	4,8
Serdang Bedagai	11,5	11,1	72,7	4,7
Batu Bara	12,0	10,1	67,5	10,3
Padang Lawas Utara	14,3	16,5	59,0	10,1
Padang Lawas	12,6	28,8	54,1	4,4
Labuhan Batu Selatan	9,1	14,7	69,9	6,3
Labuhan Batu Utara	12,3	14,8	70,8	2,2
Nias Utara	23,8	16,9	58,1	1,1
Nias Barat	17,2	20,3	61,2	1,3
Kota Sibolga	8,8	19,6	66,0	5,6
Kota Tanjung Balai	8,5	17,1	70,8	3,6
Kota Pematang Siantar	3,4	11,9	78,5	6,2
Kota Tebing Tinggi	5,9	10,5	82,9	,8
Kota Medan	4,2	15,1	76,1	4,6
Kota Binjai	13,5	12,7	72,6	1,2

Kota Padangsidempuan	11,3	16,9	64,3	7,6
Kota Gunungsitoli	3,0	15,0	77,1	4,9
Sumatera Utara	8,3	14,1	72,8	4,8
Indonesia	5,7	13,9	75,9	4,5

Sumber : Riskesdas 2013

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa dari 33 kabupaten/kota di Sumatera Utara, 17 provinsi memiliki prevalensi gizi berat & kurang di atas angka prevalensi provinsi yaitu berkisar antara 22,6% di kabupaten Serdang Bedagai sampai 41,4% di kabupaten Padang Lawas. 3 (tiga) kabupaten tertinggi prevalensi gizi berat & kurangnya adalah Padang Lawas (41,4%), Nias Utara (40,7%) dan Nias Barat (37,5%). Sedangkan berdasarkan sasaran MDG's 2015 prevalensi gizi berat & kurang pada balita sebesar 15,5% diperoleh bahwa ada 2 (dua) kabupaten/kota yang sudah berada dibawah sasaran MDG's atau sudah mencapai sasaran yaitu kabupaten Samosir (13,2%) dan Kota Pematang Siantar (15,3%).

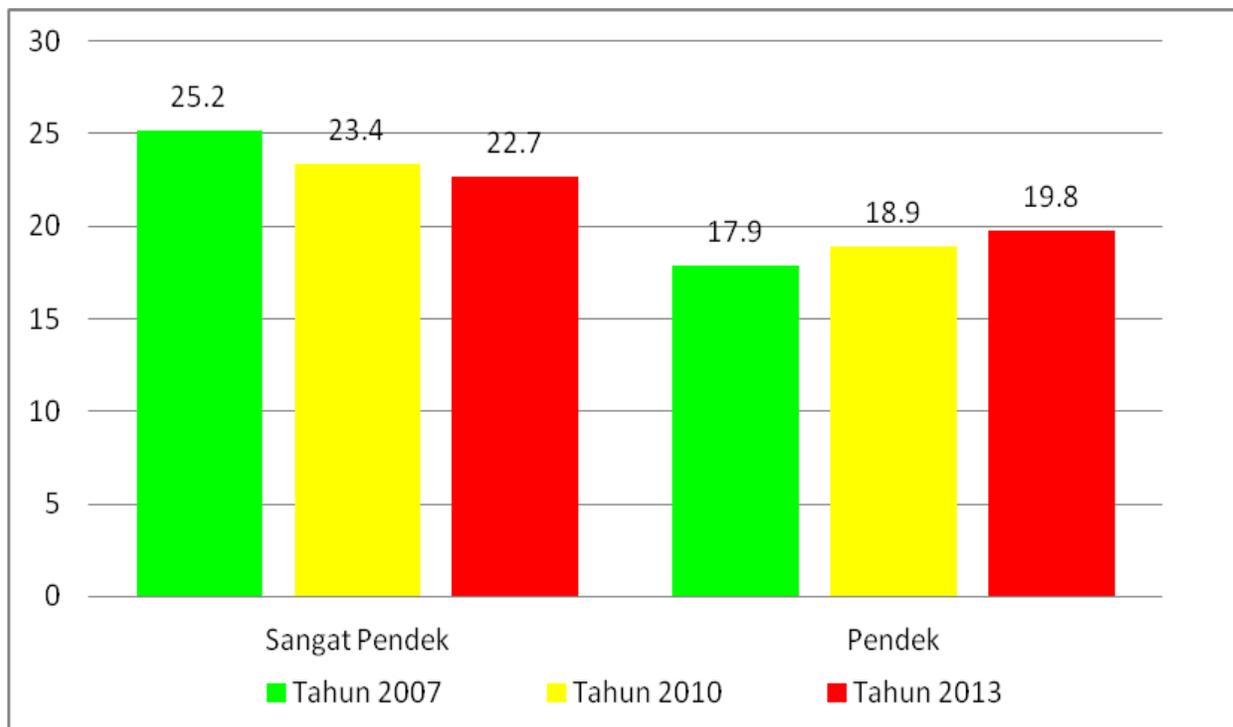
Sedangkan disisi lain angka balita gizi lebih mengalami penurunan yang signifikan dari tahun 2010 (7,5%) menjadi 4,8% pada tahun 2013. Namun bila kita lihat pada Profil Kesehatan Kabupaten/Kota tahun 2013, dari 1.048.497 balita yang ditimbang, terdapat 14.387 (1,40%) balita yang menderita gizi kurang, sedangkan yang menderita gizi buruk ada sebanyak 1.247 (0,11%). Dibandingkan tahun 2012, persentase balita gizi kurang sebesar 3,70%, artinya mengalami penurunan sebesar 2,3%. Sedangkan penderita gizi buruk tahun 2012 dan tahun 2013 tidak mengalami perubahan atau tetap.

b. Balita Pendek/*Stunting* (TB/U)

Berdasarkan hasil riskesdas di Sumatera Utara diperoleh bahwa prevalensi kependekan secara provinsi tahun 2013 adalah 42,5 persen, yang berarti terjadi peningkatan sebesar 0,2 persen dari keadaan tahun 2010 (42,3 persen). Namun jika dibandingkan dengan tahun 2007 (43,1 persen) terjadi penurunan sebesar 0,6 persen. Prevalensi kependekan sebesar 42,5 persen terdiri dari 22,7 persen sangat pendek dan 19,8 persen pendek. Bila dibandingkan dengan prevalensi sangat pendek dan pendek, keadaan pada tahun 2013 menunjukkan penurunan pada prevalensi sangat pendek dari 25,2 persen tahun 2007 dan 23,4 persen tahun

2010. Namun terjadi peningkatan prevalensi pendek dari 17,9 persen pada tahun 2007 dan 18,9 persen pada tahun 2010, untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada grafik berikut ini.

Grafik 3.17
*Kecenderungan Prevalensi Status Gizi, Balita Pendek (TB/U)
di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2007,2010 & 2013*



Sumber: Riskesdas 2007, 2010 & 2013

Berdasarkan kabupaten/kota hasil riskesdas 2013 menunjukkan bahwa ada 25 kabupaten/kota di Sumatera Utara yang memiliki prevalensi kependekan diatas angka prevalensi nasional (37,2%). Urutan 5 (lima) tertinggi prevalensi kependekan berdasarkan kabupaten/kota yaitu, Langkat(55,%), Padang Lawas (54,9%), Nias Utara (54,8%), Batu bara (54,7%) dan Pakpak Barat (52,3%).

Tabel 3.2
Prevalensi Status Gizi Balita (TB/U) menurut Kabupaten/Kota,
Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013

Kabupaten/Kota	Status Gizi Menurut TB/U		
	Sangat Pendek (%)	Pendek (%)	Normal (%)
Nias	25,4	21,6	53,0
Mandailing Natal	32,6	15,7	51,7
Tapanuli Selatan	29,5	18,9	51,6
Tapanuli Tengah	16,0	33,7	50,3
Tapanuli Utara	32,2	14,1	53,6
Toba Samosir	26,9	14,9	58,2
Labuhan Batu	23,3	13,7	63,1
Asahan	20,2	25,7	54,1
Simalungun	20,6	13,4	65,9
Dairi	17,0	27,3	55,7
Karo	16,6	26,7	56,7
Deli Serdang	18,7	19,0	62,3
Langkat	38,0	17,5	44,5
Nias Selatan	23,0	14,0	62,9
Humbang Hasundutan	23,3	25,3	51,4
Pakpak Bharat	35,3	17,0	47,7
Samosir	21,5	27,6	50,8
Serdang Bedagai	21,5	23,2	55,3
Batu Bara	30,3	24,4	45,2
Padang Lawas Utara	27,1	19,8	53,1
Padang Lawas	30,8	24,1	45,1
Labuhan Batu Selatan	32,5	14,1	53,4
Labuhan Batu Utara	26,8	17,9	55,2
Nias Utara	33,7	21,1	45,2
Nias Barat	19,8	30,7	49,6
Kota Sibolga	14,7	19,4	65,9
Kota Tanjung Balai	20,7	21,5	57,8
Kota Pematang Siantar	18,0	17,2	64,8
Kota Tebing Tinggi	13,4	16,7	69,9
Kota Medan	17,4	17,5	65,1
Kota Binjai	15,3	21,6	63,1
Kota Padangsidampuan	29,8	19,0	51,2
Kota Gunungsitoli	28,3	24,0	47,7
Sumatera Utara	22,7	19,8	57,5
Indonesia	18,0	19,2	62,8

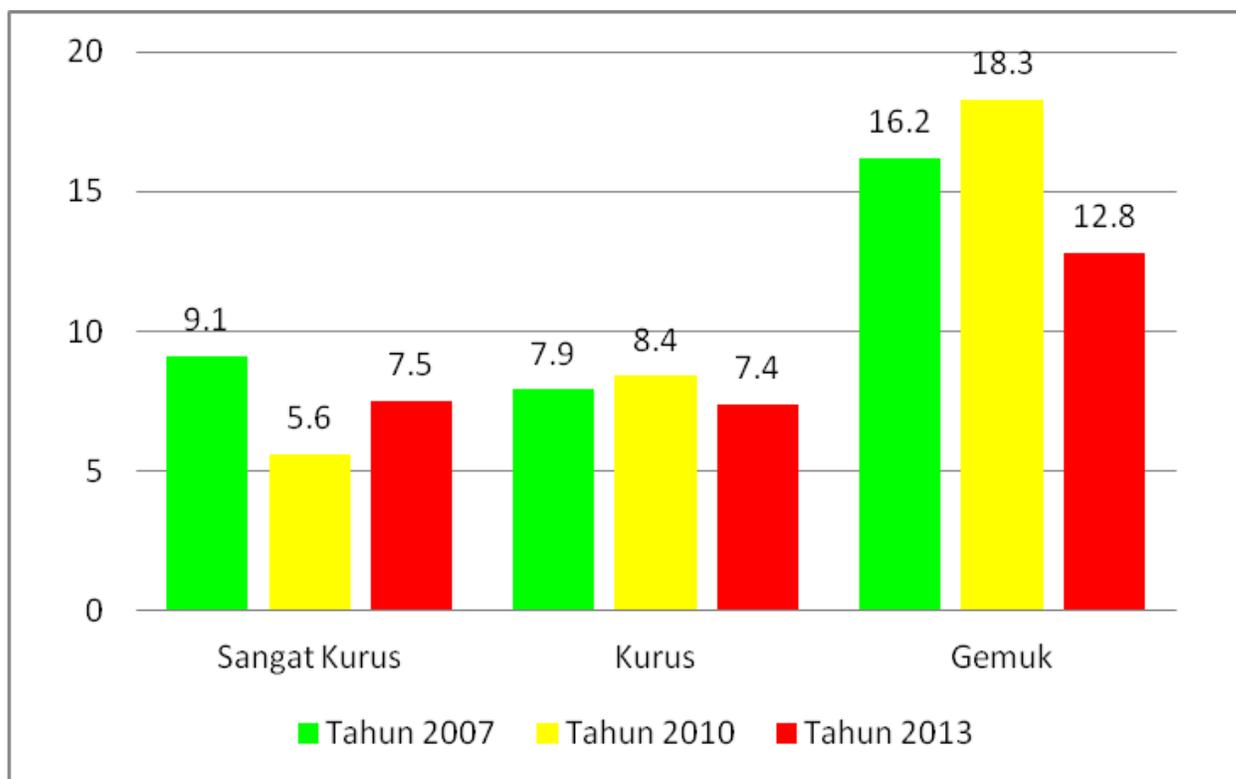
Sumber: Riskesdas 2013

Menurut WHO 2010, masalah kesehatan masyarakat dianggap prevalensi tinggi bila prevalensi status gizi menurut indikator TB/U pendek 30% - 39% dan prevalensi sangat tinggi bila prevalensi $\geq 40\%$. Berdasarkan kategori tersebut maka semua kabupaten/kota termasuk kategori prevalensi tinggi dan sebanyak 24 kabupaten/kota termasuk kategori prevalensi sangat tinggi.

c. Balita Sangat Kurus & Kurus/*wasting* (BB/TB)

Hasil riskesdas menunjukkan bahwa balita sangat kurus di provinsi Sumatera Utara tahun 2007 sebesar 9,1%, hasil riskesdas tahun 2010 menurun menjadi 5,6%, namun hasil riskesdas 2013 naik kembali menjadi 7,5%. Sedangkan balita kurus dari tahun 2007 sebesar 7,9%, naik menjadi 8,4% di tahun 2010 serta turun kembali pada tahun 2013 menjadi 7,4%. Bila dibandingkan dengan angka nasional tahun 2013, prevalensi sangat kurus sebesar 5,3%, sedangkan prevalensi kurus sebesar 6,8%, maka angka prevalensi Sumatera Utara baik sangat kurus (7,5%) dan kurus (7,4%) masih diatas angka nasional tersebut. Secara keseluruhan prevalensi balita Kurus (sangat kurus dan kurus) di provinsi Sumatera Utara menurun dari 17,0 persen pada tahun 2007 dan 14,0 persen pada tahun 2010 tetapi kemudian meningkat kembali menjadi 14,9 % pada tahun 2013. Untuk lebih jelasnya akan digambarkan pada grafik dibawah ini.

Grafik 3.18
Kecenderungan Prevalensi Status Gizi, Balita Sangat Kurus & Kurus (BB/TB)
di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2007,2010 & 2013



Sumber: Riskesdas 2007, 2010 & 2013

Berdasarkan kabupaten/kota hasil riskesdas 2013 menunjukkan bahwa sebanyak 14 kabupaten/kota di Sumatera Utara memiliki prevalensi kekurusan diatas angka prevalensi provinsi. Urutan 5 (lima) prevalensi tertinggi adalah Nias Utara (30,4%), Sibolga (24,1%), Labuhan batu, (24,1%) Nias (23,8%), dan Nias Barat (23,7%). Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada table berikut ini.

Tabel 3.3
Prevalensi Status Gizi Balita (BB/TB) menurut Kabupaten/Kota,
Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013

Kabupaten/kota	Status Gizi Menurut BB/TB			
	Sangat Kurus (%)	Kurus (%)	Normal (%)	Gemuk (%)
Nias	15,7	8,1	54,9	21,2
Mandailing Natal	6,4	6,0	72,3	15,3
Tapanuli Selatan	7,0	5,7	73,4	13,8
Tapanuli Tengah	4,2	5,6	84,9	5,3
Tapanuli Utara	8,6	10,3	63,3	17,8
Toba Samosir	8,7	5,0	65,2	21,1
Labuhan Batu	13,6	10,5	53,8	22,1
Asahan	4,3	8,9	73,5	13,4
Simalungun	16,3	6,1	62,5	15,1
Dairi	4,1	5,3	79,4	11,2
Karo	5,3	4,4	83,2	7,1
Deli Serdang	4,6	7,4	82,3	5,7
Langkat	6,9	8,3	55,6	29,2
Nias Selatan	12,5	8,9	66,9	11,7
Humbang Hasundutan	4,4	6,8	69,4	19,4
Pakpak Bharat	6,9	7,3	72,6	13,3
Samosir	1,7	2,1	82,0	14,2
Serdang Bedagai	8,1	5,0	70,9	15,9
Batu Bara	10,6	3,5	77,9	8,1
Padang Lawas Utara	11,2	8,5	70,1	10,2
Padang Lawas	8,7	5,1	73,7	12,4
Labuhan Batu Selatan	11,4	8,1	61,5	19,0
Labuhan Batu Utara	7,3	5,5	73,4	13,8
Nias Utara	18,4	12,0	55,0	14,5
Nias Barat	13,1	10,6	69,0	7,2
Kota Sibolga	16,4	7,7	66,6	9,3
Kota Tanjung Balai	3,3	7,5	80,4	8,8
Kota Pematang Siantar	6,5	8,2	69,1	16,3
Kota Tebing Tinggi	3,2	9,7	78,2	8,9
Kota Medan	6,7	8,6	72,3	12,4
Kota Binjai	7,6	12,8	69,1	10,5
Kota Padangsidampuan	11,4	5,7	66,2	16,7
Kota Gunungsitoli	2,9	5,1	83,4	8,6
Sumatera Utara	7,5	7,4	72,2	12,8
Indonesia	5,3	6,8	76,1	11,8

Sumber : Riskesdas 2013

Menurut WHO 2010 masalah kesehatan masyarakat sudah dianggap serius bila prevalensi BB/TB Kurus antara 10% - 14,9%, dan dianggap kritis bila $\geq 15\%$. Pada tahun 2013, Angka Provinsi Sumatera Utara, prevalensi BB/TB kurus pada balita masih 14,9 persen. Hal ini berarti bahwa masalah kekurusan di provinsi Sumatera Utara hampir masuk dalam kategori masalah kesehatan masyarakat yang kritis. Dari 33 kabupaten/kota, ada 14 kabupaten/kota yang masuk kategori serius (10%-14,9%), dan 14 kabupaten/kota termasuk kategori mempunyai masalah kekurusan kritis ($\geq 15\%$).

Sementara itu berdasarkan hasil riskesdas 2013 diperoleh bahwa, prevalensi kegemukan di Provinsi Sumatera Utara sebesar 12,8%. Bila dibandingkan dengan angka prevalensi kegemukan nasional sebesar 11,8% berarti angka Sumatera Utara ini masih diatas angka nasional. Terdapat 12 Kabupaten/Kota yang memiliki prevalensi lebih besar dari angka prevalensi provinsi. Urutan 3 (tiga) kabupaten/kota dengan prevalensi tertinggi adalah: Langkat (29,2%), Labuhan Batu (22,1%) dan Nias (21,2%).

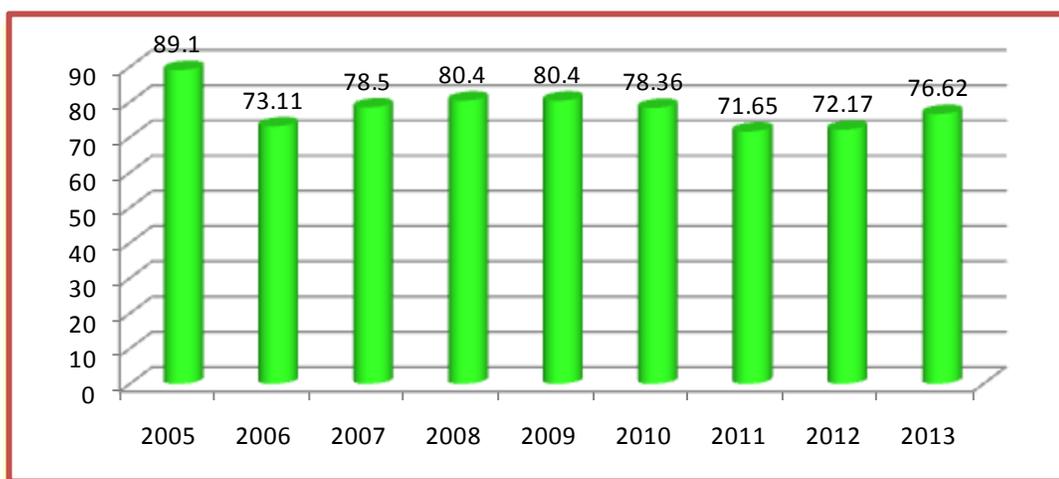
3.3.2 Anemia Gizi Besi (AGB)

Salah satu upaya yang dilakukan untuk menurunkan prevalensi anemia adalah dengan pemberian tablet besi (Fe) sebanyak 90 tablet selama masa kehamilan. Cakupan ibu hamil yang mendapat 90 tablet besi di Sumatera Utara menunjukkan kenaikan yaitu 62,22% pada tahun 2010 menjadi 75,15% pada tahun 2011 dan 77,37% pada tahun 2012 serta meningkat menjadi 83,94% pada tahun 2013. Cakupan ini hampir sama dengan hasil Riskesdas tahun 2013 di Provinsi Sumatera Utara yaitu sebesar 83,60%. Angka cakupan pemberian tablet besi ini sudah mampu mencapai target nasional yaitu 80%. Tingkat pencapaian pemberian tablet besi per kabupaten/kota dapat dilihat pada lampiran table 32.

3.3.3 Kurang Vitamin A (KVA)

Cakupan pemberian vitamin A pada anak balita pada tahun 2013 sebesar 76,92%. Angka ini mengalami kenaikan sebesar 4,45% dari tahun 2012 dengan capaian 72,17%. Berikut akan digambarkan cakupan pemberian Vitamin A pada anak balita tahun 2005-2013.

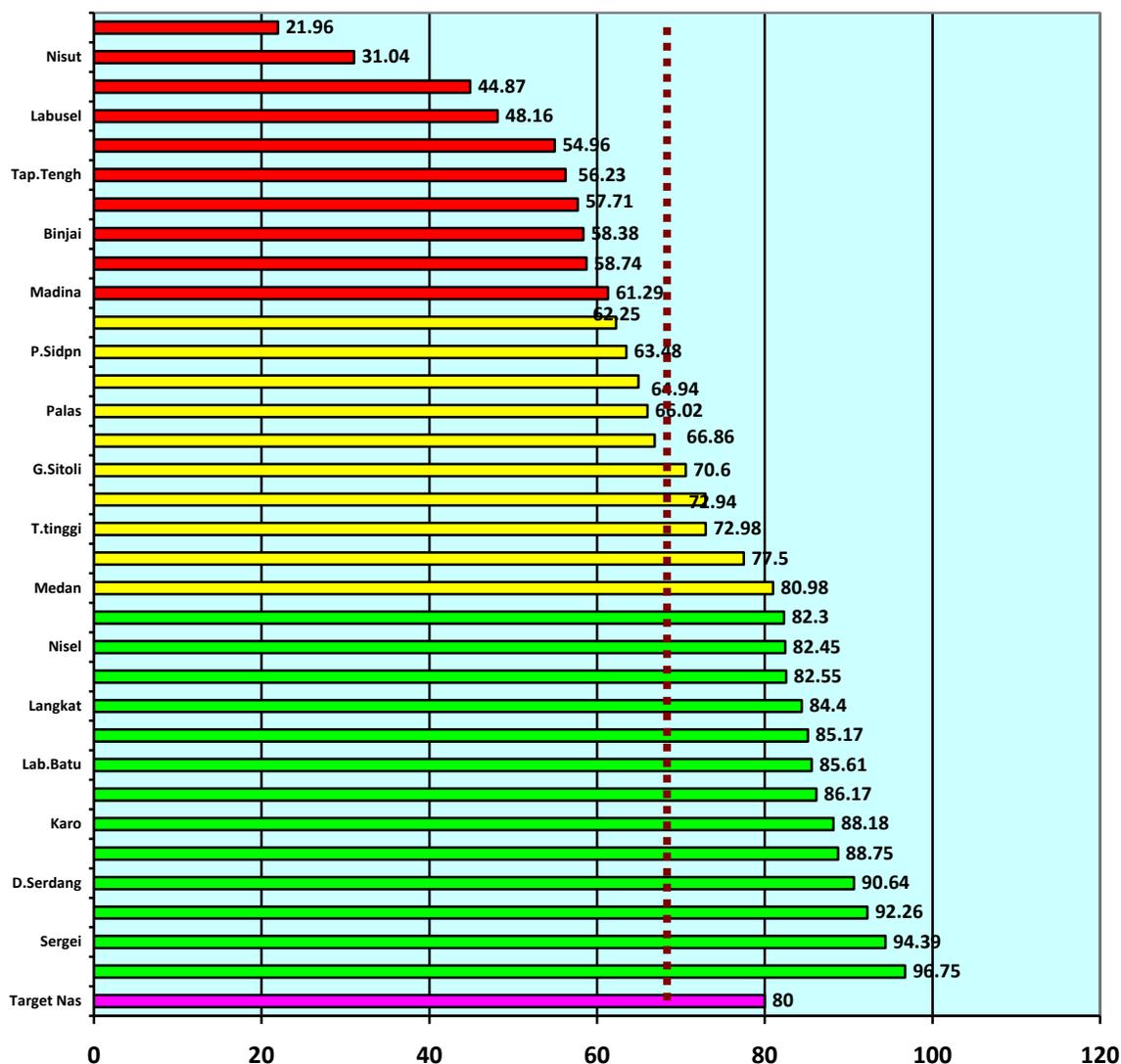
Grafik 3.19
Cakupan Pemberian Vitamin A
Pada Anak Balita di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2005 - 2013



Sumber : *Profil Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2013*

Berikut ini akan disajikan persentase pemberian kapsul vitamin A pada anak balita per kabupaten/kota di Provinsi Sumatera Utara tahun 2013.

Grafik 3.20
Persentase Pemberian Kapsul Vitamin A Pada Anak Balita
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013



Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten/Kota, 2013.

Dari grafik terlihat bahwa dari 33 kabupaten/kota yang menyediakan pelayanan pemberian kapsul vitamin A pada anak balita, terdapat 14 kabupaten/kota yang mampu mencapai target $\geq 80\%$, 10 kabupaten/kota dengan cakupan antara 60% sampai $<80\%$ dan 9 kabupaten/kota dengan cakupan $<60\%$ (Lihat lampiran tabel 44).

3.3.4 Gangguan Akibat Kurang Yodium (GAKY)

Berdasarkan hasil Riskesdas 2013 diketahui bahwa hampir 90% rumah tangga(RT) di Sumatera Utara telah mengkonsumsi garam yang mengandung cukup iodium. Konsumsi garam mengandung cukup iodium merupakan upaya prevalensi *penderita GAKY*.

BAB IV

SITUASI UPAYA KESEHATAN

Pelaksanaan upaya kesehatan diarahkan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan yaitu mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya melalui peningkatan keterjangkauan (*accessibility*), kemampuan (*affordability*), kualitas (*quality*) pelayanan kesehatan sehingga mampu mengantisipasi perubahan, perkembangan, masalah dan tantangan dalam pembangunan kesehatan.

4.1 Visi Pembangunan Kesehatan Daerah

Dengan mempertimbangkan perkembangan, masalah serta berbagai kecenderungan pembangunan kesehatan ke depan serta dalam mencapai sasaran pembangunan kesehatan yang tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Provinsi Sumatera Utara Tahun 2009-2013, maka telah ditetapkan Visi Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara yaitu ***“Masyarakat yang sehat dan maju dalam kemandirian, kesetaraan dan keadilan”***

Masyarakat yang sehat adalah suatu kondisi dimana masyarakat Sumatera Utara bebas dari gangguan kesehatan, baik yang disebabkan karena penyakit termasuk gangguan kesehatan akibat bencana, maupun lingkungan dan perilaku yang tidak mendukung untuk hidup sehat.

Masyarakat yang maju yaitu suatu kondisi dimana masyarakat memiliki pengetahuan akan pemenuhan kebutuhan kesehatan baik secara individu dan kelompok serta mampu mengikuti dan menyesuaikan diri dengan perkembangan pembangunan dengan tetap mempertahankan ciri dan identitas masyarakat Sumatera Utara yang majemuk.

Kemandirian, kesetaraan dan keadilan yaitu suatu kondisi dimana masyarakat menyadari, mau dan mampu untuk mengenali, mencegah dan mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapi, serta terwujudnya keserasian dan keharmonisan dimana setiap masyarakat Sumatera Utara memiliki hak dan kesempatan yang sama untuk ikut berpartisipasi dan menikmati hasil-hasil

pembangunan kesehatan atas dasar asas perikemanusiaan, keadilan dan pemerataan.

4.2 Misi Pembangunan Kesehatan Daerah

Untuk mewujudkan visi “Masyarakat yang sehat dan maju dalam kemandirian, kesetaraan dan keadilan” maka Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara mempunyai misi :

- 1) Mewujudkan pelayanan kesehatan yang lebih berkualitas, merata dan terjangkau.
- 2) Meningkatkan pemerataan dan profesionalisme tenaga kesehatan
- 3) Mewujudkan Pembangunan yang berwawasan kesehatan
- 4) Meningkatkan partisipasi dan kemandirian masyarakat dalam pembangunan bidang kesehatan.

4.3 Tujuan Pembangunan Kesehatan Daerah

Sebagai penjabaran dari Visi Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, maka tujuan yang akan dicapai adalah terselenggaranya pembangunan kesehatan yang berkesinambungan, berhasil-guna dan berdaya-guna serta serasi dan seimbang dalam rangka mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Pembangunan kesehatan diarahkan untuk mencapai sasaran utama pada tahun 2009-2013, yaitu :

1. Menurunnya angka kematian bayi dari 26 per 1.000 kelahiran hidup menjadi 22 per 1.000 kelahiran hidup.
2. Menurunnya angka kematian ibu melahirkan dari 260 per 100.000 kelahiran hidup menjadi 156 per 100.000 kelahiran hidup.
3. Meningkatnya umur harapan hidup menjadi 72 tahun.
4. Menurunnya prevalensi gizi kurang pada anak balita menjadi setinggi-tingginya 20 %.

3.4 Program Pembangunan Kesehatan Daerah

3.4.1 Pelayanan Kesehatan Dasar

Upaya pelayanan kesehatan dasar merupakan langkah awal yang sangat penting dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Dengan pemberian pelayanan kesehatan dasar secara tepat dan cepat, diharapkan sebagian besar masalah kesehatan masyarakat dapat diatasi. Berbagai pelayanan kesehatan dasar yang dilaksanakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut;

1. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

Peran seorang ibu sangat besar dalam pertumbuhan bayi dan perkembangan anak. Ibu hamil yang mengalami gangguan kesehatan bisa berpengaruh pada kesehatan janin dalam kandungan hingga kelahiran dan masa pertumbuhan bayi dan anaknya.

a. Pelayanan Antenatal Care (K4)

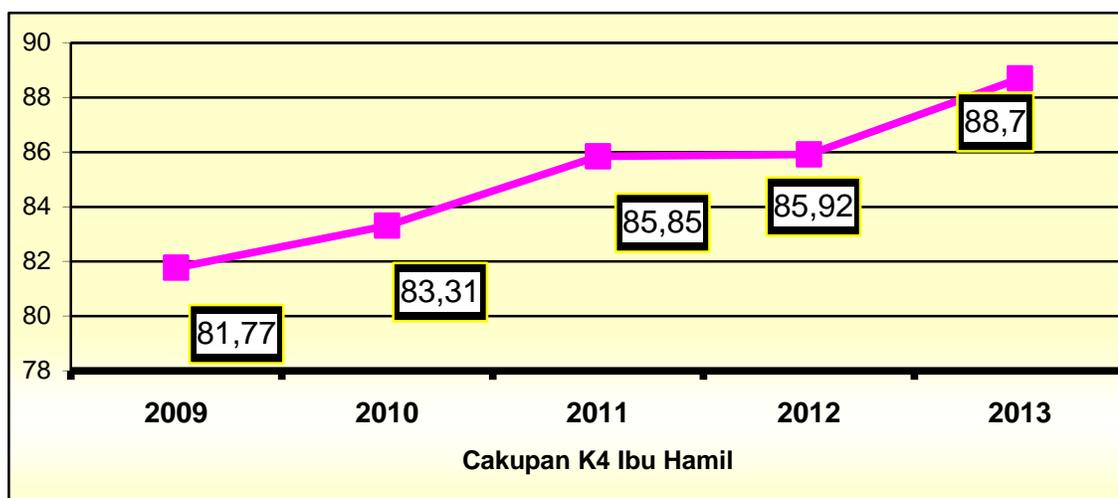
Pelayanan antenatal merupakan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan profesional (dokter spesialis obgyn, dokter umum, bidan dan perawat) seperti pengukuran berat badan dan tekanan darah, pemeriksaan tinggi *fundus uteri*, imunisasi *tetanus toxoid* (TT) serta pemberian tablet besi kepada ibu hamil selama masa kehamilannya sesuai pedoman pelayanan antenatal yang ada dengan titik berat pada kegiatan promotif dan preventif. Hasil pelayanan antenatal dapat dilihat dari cakupan pelayanan K1 dan K4.

Cakupan K1 merupakan gambaran besaran ibu hamil yang telah melakukan kunjungan pertama ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan antenatal. Sedangkan cakupan K4 ibu hamil adalah gambaran besaran ibu hamil yang telah mendapatkan pelayanan ibu hamil sesuai dengan stándar serta paling sedikit empat kali kunjungan dengan distribusi, sekali pada triwulan pertama, sekali pada triwulan dua dan dua kali pada triwulan ketiga

umur kehamilan. Angka ini dapat dimanfaatkan untuk melihat kualitas pelayanan kesehatan kepada ibu hamil.

Cakupan K4 dalam 5 (lima) tahun terakhir di Sumatera Utara dapat dilihat pada grafik dibawah ini:

Grafik 4.1
Persentase Cakupan Pelayanan K4 Ibu Hamil
di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2009 - 2013



Sumber : Profil Kesehatan Kab/Kota Thn 2009- 2013

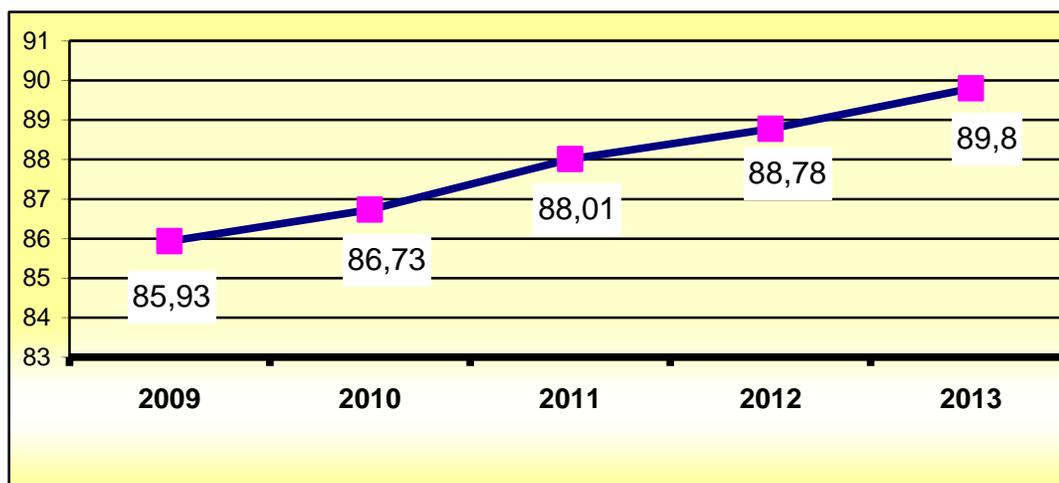
Dari grafik diatas terlihat bahwa cakupan kunjungan K4 ibu hamil di Sumatera Utara sejak tahun 2009 mengalami kenaikan dari 81,77% menjadi 88,7% ditahun 2013, namun peningkatan ini terkesan lambat karena peningkatannya hanya sekitar 1-2% setiap tahun. Dengan peningkatan seperti ini dikhawatirkan Sumatera Utara tidak mampu mencapai target SPM bidang kesehatan yaitu 95% di tahun 2015. Tiga daerah yang telah mencapai K4 yaitu 95% yaitu Kabupaten Batubara dengan cakupan K4 sebesar 99,5%, Kabupaten Deli Sedang yaitu 96,2% dan Kabupaten labuhan Batu Utara yaitu 95%. Tiga Kabupaten/Kota dengan cakupan terendah yaitu Kabupaten Nias yaitu 54,2%, Nias Selatan yaitu 58,8% dan Kota Padang Sidempuan yaitu 68,7%. Melihat pencapaian ini sangat diperlukan upaya-upaya yang lebih komprehensif serta berhasil guna untuk mengakselerasi cakupan K4 tersebut pada masa-masa mendatang. Pencapaian

cakupan kunjungan ibu hamil K1 dan K4 menurut kabupaten/kota tahun 2013 disajikan pada lampiran tabel 29.

b. Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan dengan Kompetensi Kebidanan

Cakupan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan menunjukkan kecenderungan peningkatan, yaitu dari 85,93% pada tahun 2009 meningkat menjadi 89,8% pada tahun 2013, diharapkan cakupan ini mampu mencapai target SPM bidang kesehatan yaitu 90% pada tahun 2015. Cakupan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan tahun 2009-2013 dapat dilihat pada grafik berikut ini.

Grafik 4.2
Persentase Cakupan Pertolongan Persalinan Oleh
Tenaga Kesehatan di Provinsi Sumatera Utara
Tahun 2009 - 2013



Sumber : Profil Kesehatan Kab/Kota Thn 2009- 2012

Sama halnya dengan cakupan K4, persentase cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan juga menunjukkan ada peningkatan namun terkesan lambat, bahkan di tahun 2011-2012 peningkatan yang terjadi hanya sekitar 1% tiap tahunnya. Pencapaian cakupan sangat bervariasi per kabupaten/kota dengan range antara 58,8% - 109,9%; Tiga Kabupaten terendah yaitu Nias (54,2%) diikuti Kabupaten Nias Selatan (63,9%) dan Kota Sibolga (71,8%).

Terdapat 4 (empat) kabupaten/kota dengan cakupan $\leq 100\%$ yaitu Kabupaten Mandailing Natal (109,9%), Kota Gunung Sitoli (102,7%), Tapanuli Tengah (100%) dan Kota Binjai (100%). Pencapaian cakupan persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan masing-masing Kab/Kota tahun 2013 dapat dilihat lampiran tabel 29.

c. *Pelayanan kesehatan ibu nifas*

Pada tahun 2013, rata-rata cakupan pelayanan ibu nifas di provinsi Sumatera Utara sudah mencapai 86,7%; 87,39%, angka ini hanya mengalami penurunan dibandingkan tahun 2012 yaitu 87,39% dan tahun 2011 yaitu 87,10%. Dengan fluktuatifnya pencapaian indikator ini, sangat dikhawatirkan Sumatera Utara tidak mampu mencapai target SPM bidang kesehatan yaitu 90% pada tahun 2015. Pencapaian cakupan per kabupaten/kota sangat bervariasi mempunyai disparitas yg cukup tinggi, cakupan tertinggi yaitu di Kabupaten Mandailing Natal (102,1%), dan yang terendah yaitu Kabupaten Nias (49,3%).

d. *Rujukan Kasus Resiko Tinggi (risti) dan Penanganan Komplikasi*

Dalam memberikan pelayanan khususnya oleh tenaga bidan di desa dan puskesmas, beberapa ibu hamil yang memiliki resiko tinggi (risti) dan memerlukan pelayanan kesehatan karena terbatasnya kemampuan dalam memberikan pelayanan, maka kasus tersebut perlu dilakukan upaya rujukan ke unit pelayanan kesehatan yang memadai.

Risti atau komplikasi adalah keadaan penyimpangan dari normal, yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi. Risti/komplikasi kebidanan meliputi; Hb<8 g %, tekanan darah tinggi (sistole>140 mmHg, diastole>90 mmHg), oedema nyata, eklamsia, perdarahan pervaginam, ketuban pecah dini, letak lintang pada usia kehamilan>32 minggu, letak sungsang pada primigravida, infeksi berat/sepsis, persalinan prematur. Ibu hamil risti yang dirujuk dan ditangani tahun 2013 yaitu 26.625 kasus dari 61.902 perkiraan kasus yang ada (43,01%). Walaupun mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2012 yaitu 41,60% dan tahun 2011 yaitu

38,87%, namun pencapaian ini masih sangat rendah dibandingkan target yang harus dicapai yaitu 80%.

Neonatal risti/komplikasi meliputi asfiksia, tetanus neonatorum, sepsis, trauma lahir, BBLR (berat badan lahir <2.500 gr), sindroma gangguan pernafasan dan kelainan neonatal. Neonatal risti/komplikasi yang tertangani adalah neonatal risti/komplikasi yang mendapat pelayanan oleh tenaga kesehatan terlatih, dokter dan bidan di polindes, puskesmas, rumah bersalin dan rumah sakit. Persentase cakupan neonatal risti yang telah dirujuk dan ditangani tahun 2013 adalah sebesar 11.936 kasus (29,78%) dari 40.086 perkiraan kasus neonatal risti. Pencapaian ini mengalami penurunan dibandingkan tahun 2012 yaitu 41% dan tahun 2011 yaitu 39,56% sehingga memperlebar jarak dari target nasional yang diharapkan yaitu 80%. Data selengkapnya menurut kabupaten/kota dapat dilihat pada lampiran tabel 33.

e. Kunjungan Neonatus (KN1 dan KN3)

Bayi hingga usia kurang satu bulan merupakan golongan umur yang memiliki resiko gangguan kesehatan paling tinggi. Upaya kesehatan dilakukan untuk mengurangi resiko tersebut, antara lain dengan melakukan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dan pelayanan kesehatan pada neonatus (0-28 hari) minimal tiga kali, satu kali pada usia 0-7 hari (KN1) dan dua kali lagi pada usia 8-28 hari (KN3).

Pada tahun 2012, cakupan kunjungan neonatal KN 1 sebesar 95,95 95,84% dan KN lengkap yaitu 89,60%, 89,97%, angka ini tidak jauh berbeda dengan pencapaian tahun 2012 yaitu KN1 sebesar 95,84% dan KN lengkap 89,97%. Dibandingkan tahun 2011 angka tersebut mengalami peningkatan, dimana KN1 yaitu 91,28% dan KN3 yaitu 85,94%. Cakupan KN1 dan KN3 berdasarkan kabupaten/kota tahun 2013 dapat dilihat lebih rinci pada grafik berikut ini.

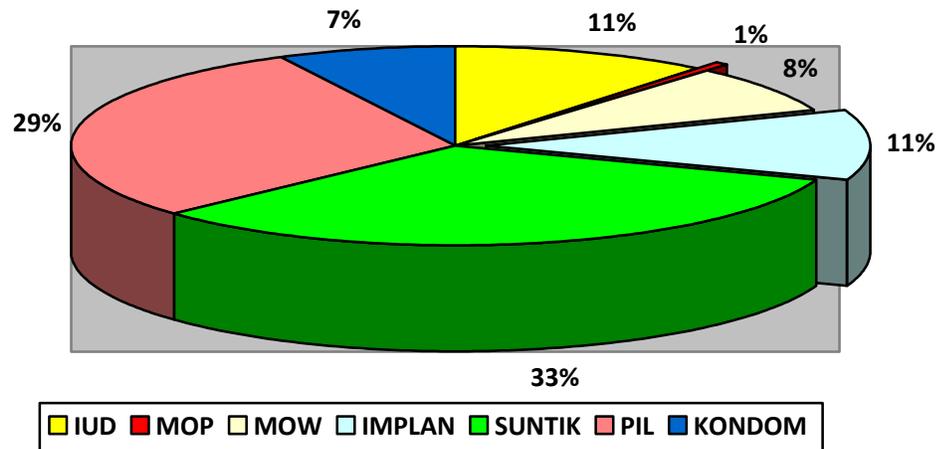
tahun 2013 terdapat 10 (sepuluh) kabupaten/kota dengan drop out nya $\leq 10\%$ yaitu Kabupaten Nias, Mandailing Natal, Tapanuli Selatan, Simalungun, Karo, Nias Selatan, Padang Lawas Utara, Nias Utara, Nias Barat, dan Kota Gunung Sitoli. Banyaknya jumlah kabupaten/kota dengan drop out diatas 10% perlu menjadi perhatian serius, apakah drop out disebabkan adanya kesalahan di dalam sistem pencatatan pelaporan dari sarana pelayanan kesehatan ke unit lebih tinggi atau disebabkan kurangnya pemahaman tenaga kesehatan khususnya yang menolong persalinan untuk melaksanakan continue care sampai 28 hari pada bayi yang baru lahir. Data cakupan kunjungan neonatus menurut kabupaten/kota tahun 2013 disajikan pada lampiran tabel 38.

2. Pelayanan Keluarga Berencana (KB)

Keberhasilan program KB diukur dengan beberapa indikator, diantaranya proporsi peserta KB Baru menurut metode kontrasepsi, persentase KB Aktif terhadap jumlah pasangan usia subur (PUS) dan persentase baru metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP).

Cakupan secara lengkap menurut kabupaten/kota dari pelayanan KB dapat dilihat pada lampiran tabel 34-36. Sampai tahun 2013, berdasarkan data pada dari BKKBN Provinsi Sumatera Utara, jumlah peserta KB baru adalah sebesar 450.668 (20,2%) mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2012 yaitu 19,44% dan tahun 2011 yaitu 14,08%, tahun 2010 yaitu 17,05% dan tahun 2009 yaitu 14,58%. Rincian persentase pemakaian jenis kontrasepsi berdasarkan kabupaten/kota tahun 2013 dapat dilihat pada lampiran tabel 34.

Grafik 4.4
Proporsi Jenis Alat Kontrasepsi Yang Digunakan Peserta KB Aktif
Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013



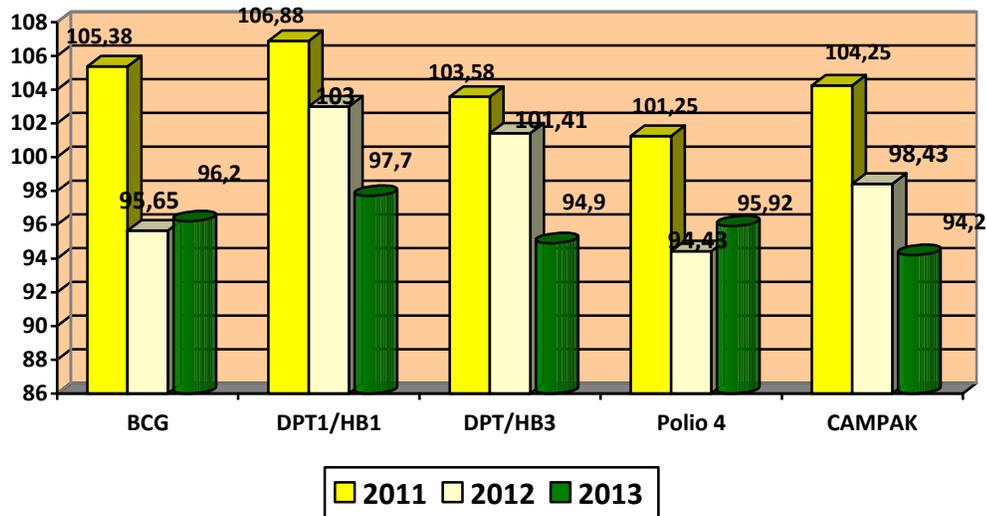
Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2013

3. Pelayanan Imunisasi

Kegiatan imunisasi rutin meliputi pemberian imunisasi kepada bayi umur 0-1 tahun (BCG, DPT, Polio, Campak, HB), imunisasi untuk Wanita Usia Subur /Ibu Hamil (TT) dan imunisasi untuk anak SD (kelas 1 : DT dan kelas 2-3: TT), sedangkan kegiatan imunisasi tambahan dilakukan atas dasar ditemukan masalah seperti Desa Non UCI, potensial/risti KLB, ditemukan/diduga adanya virus polio liar atau kegiatan lainnya berdasarkan kebijakan teknis.

Hasil pelaksanaan program imunisasi berdasarkan laporan Dinas Kesehatan Kab/Kota Tahun 2013 akan digambarkan pada grafik dibawah ini.

Grafik 4.5
Persentase Cakupan Program Imunisasi Rutin BCG,
DPT1-HB1, Polio3, DPT3-HB3 Dan Campak
di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2011-2013



Sumber : Profil Kesehatan Kab/Kota, 2011- 2013.

Pencapaian program imunisasi pada grafik (4.5) dalam kurun waktu 3 tahun (2011-2013) memperlihatkan bahwa cakupan imunisasi dasar untuk semua jenis mengalami penurunan, penurunan terbesar pada tahun 2012 dialami imunisasi BCG yang turun hampir 10% sedangkan tahun 2013 penurunan terbesar dialami oleh imunisasi DPT1/HB1 dan DPT3/HB3 yaitu sekitar 6%.

Disamping itu, berdasarkan perhitungan pencapaian program imunisasi untuk rata-rata tingkat Provinsi Sumatera Utara menunjukkan angka 3,6%, relatif sedikit lebih tinggi diatas angka yang dapat ditolerir yaitu 3,55%. Dan apabila selanjutnya persentasi DO diperinci menurut hasil pencapaian program imunisasi di tingkat Kab/kota, maka ternyata masih terdapat kab/kota dengan drop out DPT-HB dan Campak yang sangat tinggi di atas standar (>10%), yaitu Kabupaten Nias barat (36,36), Nias Utara (24,78%), Padang Sidempuan (17,21%) dan PadangLawas (11,8%) (Lihat lampiran tabel 42). Untuk itu perlu ditindaklanjuti dengan melakukan *sweeping* dan *drop out follow up/DOFU* dengan sasaran bayi sebelum genap berusia 1 tahun, sehingga dapat dicapai cakupan imunisasi dasar

yang lengkap sesuai standar yang merata pada setiap desa. Dengan demikian seluruh desa diharapkan akan dapat mencapai *Universal Child Immunization (UCI)* sebagai standar keberhasilan program imunisasi.

Pencapaian UCI (*Universal Child Immunization*) merupakan proksi terhadap cakupan atas imunisasi secara lengkap pada sekelompok bayi. Bila cakupan UCI dikaitkan dengan batasan suatu wilayah tertentu, berarti dalam wilayah tersebut tergambar besarnya tingkat kekebalan masyarakat atau bayi (*herd immunity*) terhadap penularan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I). Dalam hal ini pemerintah menargetkan pencapaian UCI pada wilayah administrasi desa/kelurahan. Suatu desa/kelurahan telah mencapai target UCI apabila >80% bayi di desa/kelurahan tersebut sudah mendapat imunisasi lengkap.

Pencapaian desa dengan UCI di Provinsi Sumatera Utara tahun 2013 yaitu 68,98% mengalami penurunan dibandingkan tahun 2012 yaitu 74,19%; sedikit mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2011 yaitu 65,87%, dan masih dibawah target nasional yaitu 80%. Kabupaten/Kota yang desanya telah mencapai UCI minimal 80% yaitu 9 Kabupaten/Kota yaitu Kabupaten karo, Deli Serdang Langkat, Humbang hasundutan, Pakpak Bharat, Serdang Bedagai, Nias Utara dan Medan. Jumlah ini mengalami penurunan dibandingkan tahun 2012 yaitu 15 (lima belas) Kab/Kota yaitu Tapanuli Selatan, Toba Samosir, Labuhan Batu, Asahan, Simalungun, Deli Serdang, Langkat, Humbang Hasundutan, Pakpak Bharat, Serdang Bedagai, Batubara, Labuhan Batu Selatan, Nias Utara, Kota Tebing Tinggi dan Kota Medan. Dengan demikian terdapat 7 kab/kota dimana 80% desa/kelurahan telah mencapai UCI pada tahun 2012 namun pada tahun 2013 mengalami penurunan, yaitu Kabupaten Tapanuli Selatan, Toba Samosir, Labuhan Batu, Asahan, Simalungun, Batubara dan Kota Tebing Tinggi; bahkan terdapat 2 kabupaten yaitu Nias Barat dan Nias Selatan dimana tidak satu pun desa/kelurahannya mencapai UCI. Kondisi yang demikian tentu dapat berpeluang menjadi daerah kantong-kantong terjadi KLB PD3I sekaligus menjadi pekerjaan rumah yang berat di tahun mendatang.

3.4.2 Pelayanan Kesehatan Rujukan Dan Penunjang

Sesuai dengan kebijakan pembangunan kesehatan di Provinsi Sumatera Utara yang dituangkan dalam rencana strategisnya, salah satunya adalah upaya kesehatan perorangan yang bertujuan meningkatkan akses, keterjangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan yang baik melalui sarana pelayanan kesehatan perorangan (puskesmas, RSUD dll). Untuk menggambarkan akses dan mutu pelayanan kesehatan di Provinsi Sumatera Utara, akan disajikan capaian beberapa indikator diantaranya; persentase penduduk yang memanfaatkan Puskesmas dan RS, persentase sarana pelayanan kesehatan dengan kemampuan laboratorium kesehatan dan persentase RS yang menyelenggarakan 4 pelayanan kesehatan spesialistik dasar serta persentase obat generik berlogo dalam persediaan obat.

1. Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit

Upaya kesehatan perorangan dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat serta swasta untuk memelihara, meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menyembuhkan/memulihkan kesehatan perorangan. Upaya pelayanan kepada masyarakat dilakukan secara rawat jalan bagi masyarakat yang mendapat gangguan kesehatan ringan dan pelayanan rawat inap baik secara langsung maupun melalui rujukan pasien bagi masyarakat yang mendapatkan gangguan kesehatan sedang hingga berat.

Berdasarkan data profil kabupaten/kota tahun 2013, jumlah kunjungan rawat jalan dan inap di seluruh RS di Sumatera Utara adalah 1.902.788 kunjungan mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2012 yaitu 1.525.784 kunjungan dan tahun 2011 yaitu 682.105 kunjungan. Bila kita lihat dari tingkat keberhasilan pelayanan di rumah sakit yaitu tingkat pemakaian sarana, mutu dan tingkat efisiensi pelayanan, belum sesuai dengan yang diharapkan. Berdasarkan indikator pemanfaatan tempat tidur (*BOR; bed occupancy rate*) di rumah sakit di Sumatera Utara masih jauh dari target yang diharapkan yaitu 60%-80% (Lihat tabel 57). Berikut ini akan disajikan rangkuman BOR, LOS, TOI dari Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) di Sumatera Utara.

Tabel 4.1
Pencapaian BOR, LOS dan TOI di RSUD Pemerintah Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013

NO	RSU	JUMLAH		BOR (%)	BTO (Kali)	TOI (Har)	LOS (Hari)
		TT	KELAS				
1	H. Adam Malik	600	A	-	-	-	-
2	Dr.Pirngadi	563	B	-	41,13	8,87	-
3	Dr.Djasamen Saragih	200	B	36,6	26,97	8,58	5
4	Tarutung	182	B	28,8	41,07	6,33	1,9
5	Dr.Djoelham	132	B	-	44,89	5,05	-
6	H.Kumpulan Pane	182	B	-	45,89	7,95	-
7	Labuhan Batu	202	B	75,2	62,63	1,45	-
8	Padang Sidempuan	177	B	3,9	36,62	9,58	4,9
9	Deli Serdang	212	B	60,8	47,08	3,04	3,7
10	Dr.FL Tobing	127	B	52,1	49,65	3,52	3,8
11	Dr. Mansyur	115	C	51,3	62,55	2,84	3
12	Abdul Manan Simatupang	173	C	74,8	69,16	1,33	5,1
13	Kabanjahe	131	C	43,7	31,40	6,54	4,1
14	Sultan Sulaiman	112	C	30,1	29,97	8,51	3,7
15	Gunung Sitoli	163	C	69,1	65,36	1,72	0,1
16	Porsea	62	C	17,1	21,47	14,09	-
17	Tanjung Pura	90	C	10,1	36,84	8,91	3,1
18	Mandailing Natal	89	C	49,1	61,96	3	-
19	Sidikalang	112	C	0,5	54,61	6,65	-
20	Dolok Sanggul	75	C	11,5	61,91	5,22	-
21	Dr. H.Sinaga	90	C	40,5	38,56	5,63	3
22	Sipirok	125	C	0.1	53	6,78	-
23	Salak	95	C	5	49,92	6,98	-
24	Pandan	75	D	53,2	46,52	3,67	4,2
25	Perdagangan	50	D	-	-	-	-
26	Lukas	40	D	-	-	-	-
27	Parapat	33	D	-	-	-	-
28	Sibuhuan	85	D	23	24,85	11,31	-
29	Gunung Tua	100	D	-15,3	18,63	16,59	-
30	Natal	36	D	-	-	-	-
31	Batubara	150	D	30,1	29,97	8,51	3,7
32	Kota Pinang	76	D	6,3	7,71	44,34	3
33	Aek Kanopan	14	D	-	53,29	6,85	-
34	Rondahaim Pam Raya	-	D	-	-	-	-
35	Haji Medan	254	B	-	-	-	-
36	Jiwa Daerah	-	-	-	-	-	-

Sumber : Profil Kesehatan Kab/Kota 2013

2. Rumah Sakit dengan Kemampuan Gawat Darurat

Dari 1777 Rumah Sakit Umum yang ada di Sumatera Utara yang memiliki kemampuan gawat darurat adalah sebanyak 161 RSU (90,96%) dan dari 30 Rumah Sakit Khusus (RSK) terdapat 8 RSK (26,67) yang memiliki kemampuan gawat darurat (Lihat Lampiran tabel 69).

3. Rumah Sakit yang menyelenggarakan 4 (empat) Pelayanan Kesehatan Spesialistik Dasar

Yang dimaksud dengan 4 (empat) jenis pelayanan kesehatan spesialistik dasar adalah spesialis bedah, spesialis penyakit dalam, spesialis anak dan spesialis kebidanan dan kandungan. Empat spesialis dasar ini merupakan persyaratan minimal yang harus dipenuhi oleh RSU kelas C. Sementara untuk RSU kelas A & B disamping memenuhi syarat tersebut, harus juga menyelenggarakan pelayanan spesialistik lainnya. Untuk mendukung pelayanan keempat spesialistik dasar tersebut disyaratkan tiga pelayanan penunjang yaitu; radiologi, anestesi dan patologi klinik.

Sampai akhir tahun 2013, dari 177 RSU yang ada di Sumatera Utara, yang memiliki 4 spesialis dasar yaitu 123 RSU atau 69,49%. Untuk RSUD, dari 14 RSUD dengan kelas C, semuanya sudah memiliki tenaga dokter spesialis dasar.

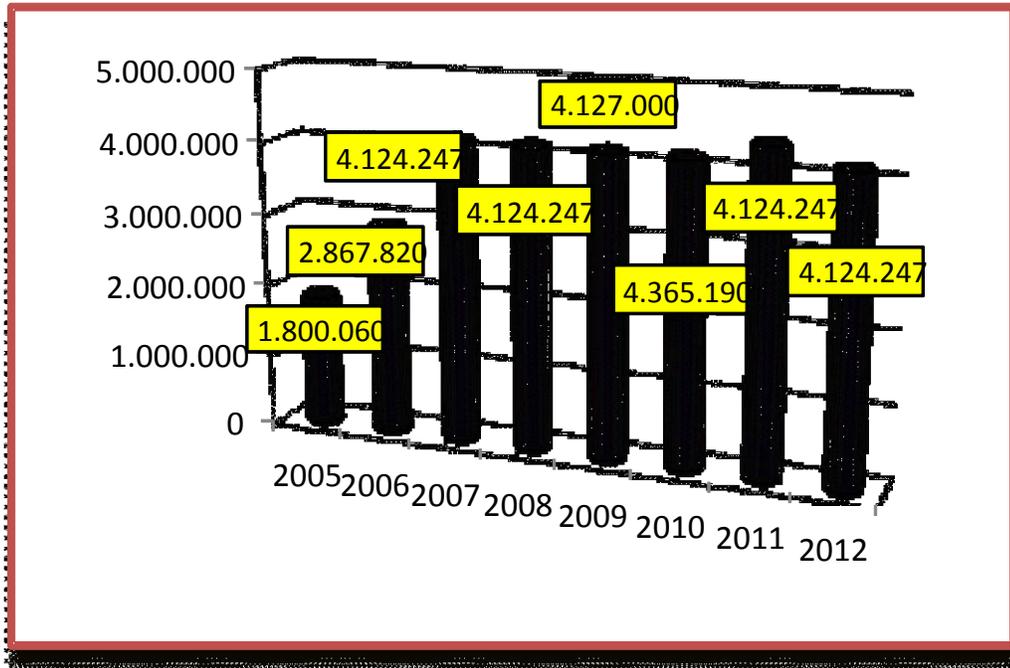
4. Ketersediaan Obat & Vaksin

Pencapaian ketersediaan obat dan vaksin di Provinsi Sumatera Utara sampai dengan akhir tahun 2013 sebesar 81%.

5. Pelayanan Kesehatan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin (JPK MM/JAMKESMAS)

Sejak tahun 2008 program Askeskin berganti nama menjadi Jamkesmas (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat). Program ini merupakan salah satu upaya pemerintah dalam bidang kesehatan untuk membantu masyarakat miskin mendapatkan pelayanan kesehatan secara gratis. Tujuan program ini adalah untuk meningkatkan aksesibilitas masyarakat miskin untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

Grafik 4.6
Jumlah Penduduk Miskin Terlindungi Pemeliharaan
Kesehatannya di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2005-2012



Sumber : Bidang Sarana dan Jaminan Kesehatan Dinkes Provsu, 2005-2012

Pada tahun 2013, jumlah penduduk miskin dengan jaminan pemeliharaan adalah tetap yaitu 4.124.247 jiwa dan mencakup sekitar 33% penduduk, melebihi persentase penduduk miskin menurut data BPS yaitu 1.416.400 (10,39%). Dapat disimpulkan bahwa program pemeliharaan kesehatan telah mencakup bukan hanya masyarakat miskin tetapi juga masyarakat dalam kategori *abu-abu* yaitu mereka yang jatuh miskin akibat sakit.

4.4.3. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit

Provinsi Sumatera Utara menghadapi beban ganda dalam pembangunan kesehatan yaitu meningkatnya beberapa penyakit menular, dipihak lain penyakit tidak menular (degeneratif) sudah menunjukkan eksistensinya ditambah lagi dengan munculnya penyakit-penyakit menular baru. Program pencegahan dan pemberantasan penyakit bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan, kematian dan kecacatan dari penyakit menular dan mencegah penyebaran serta mengurangi

dampak sosial akibat penyakit sehingga tidak menjadi masalah kesehatan. Berikut ini akan diuraikan secara singkat berbagai upaya yang telah dilakukan di Provinsi Sumatera Utara.

1. Pengendalian Penyakit Polio

Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit polio telah dilakukan dengan gerakan imunisasi polio serta ditindak lanjuti dengan kegiatan surveilans epidemiologi secara aktif terhadap kasus *Acute Flaccid Paralysis* (AFP) kelompok umur <15 tahun hingga dalam kurun waktu tertentu, untuk mencari kemungkinan adanya virus polio liar yang berkembang dimasyarakat dengan pemeriksaan spesimen tinja dari kasus AFP yang ditemukan. Penemuan kasus AFP dilaksanakan melalui surveilans berbasis rumah sakit dan berbasis masyarakat.

Provinsi Sumatera Utara sesuai dengan program nasional telah melaksanakan kegiatan Pekan Imunisasi Nasional (PIN) yaitu pemberian vaksin polio pada anak < 5 tahun selama tiga tahun berturut-turut. Keberhasilan dari pelaksanaan imunisasi tambahan ini harus dibarengi dengan persentase penemuan penderita AFP yaitu $\geq 2/100.000$ anak berusia < 15 tahun per tahun. Pencapaian AFP Rate di tahun 2013 yaitu 2,34 lebih tinggi sedikit dari tahun 2012 yaitu 2,36/100.000, distribusi per kab/kota dapat dilihat pada Bab 3.2 tentang Morbiditas.

2. Pengendalian TB Paru

Upaya pencegahan dan pemberantasan TB Paru dilakukan dengan pendekatan DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse Chemotherapy*) atau pengobatan TB Paru dengan pengawasan langsung oleh Pengawas Menelan Obat (PMO). Kegiatan ini meliputi upaya penemuan penderita dengan pemeriksaan dahak disarana pelayanan kesehatan yang ditindaklanjuti dengan paket pengobatan.

Strategi pengendalian penyakit tuberkulosis dilaksanakan dengan melibatkan semua unit pelayanan kesehatan baik Puskesmas, Rumah sakit, pustu, klinik, Balai pengobatan dan dokter praktek Swasta/DPS melaksanakan DOTS dalam penanggulangan TBC.

Indikator untuk menilai keberhasilan upaya pengendalian tuberkulosis diukur dengan melihat cakupan penemuan penderita minimal 83% dari perkiraan penderita baru BTA positif, angka konversi > 80%, angka kesembuhan > 85% serta angka kesalahan pemeriksaan laboratorium kasus TB (Error rate) < 5%. Pencapaian indikator program TB Paru dapat dilihat lebih jelas pada Bab 3.2 tentang Morbiditas.

3. Pengendalian Penyakit ISPA

Upaya dalam rangka pemberantasan Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut (P2 ISPA) lebih difokuskan pada upaya penemuan secara dini dan tata laksana kasus yang cepat dan tepat terhadap penderita Pneumonia Balita yang ditemukan. Upaya ini dikembangkan melalui suatu manajemen terpadu dalam penanganan balita sakit (MTBS). Melalui pendekatan MTBS semua penderita ISPA langsung ditangani di unit yang menemukan, namun bila kondisi balita sudah berada dalam pneumonia berat sedangkan peralatan tidak mencukupi maka penderita langsung dirujuk ke fasilitas pelayanan yang lebih lengkap. Pencapaian indikator program Pengendalian Penyakit ISPA dapat dilihat lebih jelas pada Bab 3.2 tentang Morbiditas.

4. Penanggulangan Penyakit HIV/AIDS dan PMS

Penanggulangan HIV/AIDS dan penyakit menular seksual (PMS) dilaksanakan secara terintegrasi dan dikoordinir oleh Komisi Penanggulangan AIDS dan Narkoba (KPAND) Provinsi Sumatera Utara. Kegiatan Penanggulangan HIV/AIDS dan PMS diarahkan untuk melakukan upaya pokok berupa pencegahan penyakit dan pelayanan kesehatan serta kegiatan penunjang yang dibutuhkan.

Kegiatan Pencegahan penyakit, antara lain diarahkan untuk meningkatkan kegiatan peningkatan gaya hidup sehat melalui penyelenggaraan KIE, *life skill education*, pendidikan kelompok sebaya, konseling, peningkatan penggunaan kondom pada perilaku seksual rawan tertular dan menularkan HIV dan PMS, pengurangan dampak buruk (*harm reduction*) pada pengguna napza suntik, penatalaksanaan IMS pada kegiatan klinik IMS, pemeriksaan berkala, pengobatan dengan pendekatan sindrom dan etiologi, skrining pengamanan darah donor,

kewaspadaan universal pada setiap kegiatan medis dan pencegahan penularan dari ibu HIV+ kepada anaknya. *Kegiatan Pelayanan*, dilakukan dalam bentuk *Voluntary Counseling & Testing (VCT)*, *hotline service*, pemberian *Anti Retro-viral Therapy (ART)* terhadap pengidap virus HIV, pengobatan infeksi oportunistik, pelayanan gizi ODHA, pengobatan paliatif, perawatan ODHA, laboratorium di RS/klinik VCT dan program dukungan untuk melakukan perawatan penderita di rumah (*Home Base Care*) serta manajemen kasus *Case Management*. Disamping itu juga dilaksanakan *Kegiatan Penunjang*, antara lain berupa kegiatan *Second Generation Surveilans* atau Surveilans generasi ke dua AIDS, *Surv HIV*, *Surv IMS*, Survei Surveilans Perilaku, memperkirakan jumlah/estimasi populasi rawan dan infeksi HIV dan proyeksi, pembiayaan (*Costing*), melakukan Penelitian dan pengembangan, penyusunan pengembangan peraturan dan perundang-undangan di daerah, Pendidikan dan pelatihan, kerjasama Lintas Sektor melalui Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) dan pengembangan Teknologi Informasi.

Upaya pengendalian HIV/AIDS dilakukan secara terintegrasi dengan melibatkan lintas program di jajaran kesehatan, lintas sektor dan pihak terkait lainnya termasuk organisasi sosial masyarakat (LSM), dengan harapan pelaksanaan program pengendalian HIV/AIDS akan mampu berjalan efektif dalam upaya membatasi laju penyebaran infeksi HIV/AIDS.

Adapun sasaran program pengendalian HIV-AIDS ini antara lain :

- Penduduk usia seksual aktif (15-45 tahun) terutama pada kelompok berperilaku resiko tinggi dan juga resiko rendah.
- Kelompok berperilaku seksual beresiko (WPS dan Klien) juga bagi pengguna narkoba suntik pada wilayah yang mempunyai prevalensi infeksi menular seksual (IMS) dan HIV/AIDS tinggi, ODHA yang diobati ARV dan infeksi oportunistik.
- Peningkatan SDM Petugas Kesehatan dan Masyarakat peduli HIV dalam Penanggulangan HIV/AIDS.

Sampai tahun 2013, di Sumatera Utara telah ditetapkan 8 (delapan) RS Rujukan ART dan VCT (*Voluntary Counselling and Testing*) HIV/AIDS, yaitu di RSU H.Adam Malik Medan, RSU Dr.Pirngadi Medan, RSU Haji Bina Us-Syifah Medan, RSU Bayangkara Medan, RSUD Deli Serdang, Rumkitdam I BB Medan, RSU Pematang

Siantar, RSUD Kabanjahe Kab.Karo dan 2 layanan VCT tambahan yaitu di Lapas Tanjung Gusta Medan dan Kantor Kesehatan Pelabuhan (KKP) Belawan Medan.

Selain di RS, juga telah dikembangkan Klinik IMS dan VCT di 8 (delapan) lokasi yaitu : Klinik Bestari, Medan Puskesmas Padang Bulan (Kota Medan), Puskesmas Bandar Baru (Kab.Deli Serdang), Puskesmas Datuk Bandar (Kota Tanjung Balai), Puskesmas Kerasaan (Kab.Simalungun), Puskesmas Stabat (Kab.Langkat), RS HKBP Balige (Kab.Toba Samosir) dan Klinik YPA (Kab.Serdang Bedagai).

5. Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD)

Upaya pemberantasan demam berdarah dapat dibagi dalam 3 kegiatan yaitu 1) Peningkatan kegiatan surveilans penyakit dan surveilans vektor, 2) Diagnosis dini dan pengobatan dini, 3) Peningkatan upaya pemberantasan vektor penular penyakit DBD. Upaya pemberantasan DBD dititik beratkan pada penggerakan potensi masyarakat untuk dapat berperan serta dalam pemberantasan sarang nyamuk (PSN) melalui 3 M plus (menguras, menutup dan mengubur) plus menabur larvasida, penyebaran ikan pada tempat penampungan air, penggerakan juru pemantau jentik (jumantik) serta pengenalan gejala DBD dan penanganannya di rumah tangga. Angka Bebas Jentik (ABJ) digunakan sebagai tolok ukur upaya pemberantasan vektor melalui PSN-3M menunjukkan tingkat partisipasi masyarakat dalam mencegah DBD. Oleh karena itu pendekatan pemberantasan DBD yang berwawasan kepedulian masyarakat merupakan salah satu alternatif pendekatan baru. Upaya yang telah dilakukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara adalah antara lain ;

- Umpan balik data dan peringatan kewaspadaan terhadap peningkatan kasus DBD di Sumatera Utara kepada Dinas Kesehatan Kab/Kota di Provinsi Sumatera Utara
- Pelatihan Tatalaksana kasus DBD di RS, bagi petugas medis dan paramedis di Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta Daerah Endemis Sumut
- Pertemuan Konsultasi/Supervisi Tim Pokjnal DBD Pusat

- Pemberitahuan tentang kewaspadaan dini terhadap peningkatan kasus penyakit dan KLB kepada Dinas Kesehatan Kab/Kota di Provinsi Sumatera Utara
- Pertemuan, konsultasi/diskusi penanggulangan DBD yang terjadi di Kota Medan
- Distribusi peralatan dan bahan pemberantasan penyakit DBD (Mesin Fogging, Insektisida, Larvasida) kepada Kab/Kota yang diprioritaskan
- Menyampaikan laporan tertulis hasil pengamatan kasus DBD di Provinsi Sumatera Utara kepada Gubernur Sumatera Utara dan Depkes RI Jakarta
- Dialog interaktif penanggulangan penyakit DBD di TVRI Sumut dan berbagai radio
- Monitoring/evaluasi dan bimbingan/pengendalian Tim Provinsi ke RS
- Monitoring/evaluasi dan konsultasi penanggulangan DBD berkala ke Posko DBD Pemko Medan dan Kab/Kota terjangkau

6. Pengendalian Penyakit Malaria

Ada dua model pendekatan dalam upaya penegakan diagnosa penderita malaria, yaitu untuk wilayah Jawa-Bali dilakukan secara aktif (*Active Case Detection*) oleh Juru Malaria Desa dengan mendatangi warga yang mengeluh gejala klinis malaria, sedangkan untuk wilayah diluar Jawa-Bali, dilakukan secara pasif dengan menunggu pasien datang berobat ke pelayanan kesehatan. Upaya pengobatan tidak hanya diberikan kepada penderita klinis atau penderita dengan konfirmasi laboratorium namun juga diberikan pada kelompok tertentu untuk tujuan profilaksis.

Pencapaian indikator program Pengendalian Penyakit Malaria dapat dilihat lebih jelas pada Bab 3.2 tentang Morbiditas.

Adapun pola penanganan malaria yang telah dilakukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara antara lain : Peningkatan kerjasama lintas program dan sektoral, penambahan jumlah peralatan (spray can) , penerapan metode pengobatan malaria baru, peningkatan frekwensi penyuluhan kesehatan masyarakat, menyampaikan informasi kepada sarana-sarana kesehatan tentang perlunya pencatatan/pengiriman pelaporan kasus ke Dinkes setempat dalam upaya

pencegahan & penanggulangan lebih awal dan peningkatan peran serta masyarakat serta perbaikan sistem pencatatan dan pelaporan.

7. Pengendalian Penyakit Kusta

Pelaksanaan upaya pengendalian Kusta di Wilayah Provinsi Sumatera Utara diperkuat dengan senantiasa meningkatkan kemampuan manajemen teknis di tingkat kabupaten/kota. Dalam hal ini sebagian besar pengelola program sudah mendapatkan pelatihan Program P2 kusta, namun belakangan diketahui bahwa pengelola program P2 Kusta baik di kab/kota maupun di puskesmas selalu terjadi rotasi ke program lain ataupun mereka menjelang masa pensiun. Untuk itu upaya pelatihan dan refreshing harus terus dilakukan. Pelatihan diperlukan bagi petugas baru dan refresher bagi petugas yang sudah lama bekerja. Pembentukan Puskesmas Rujukan Kusta perlu dibentuk untuk memperkuat program pada daerah *low endemic*, disertai dengan pengenalan tanda-tanda kusta bagi petugas kesehatan lain di puskesmas disamping upaya penyebaran informasi kusta ke masyarakat melalui berbagai media informasi baik media elektronik dan cetak serta penyuluhan langsung ke masyarakat perlu kiranya terus dilakukan.

Disadari bahwa dari keberhasilan dalam mencapai eliminasi kusta tersebut, diperkirakan masih terdapat penderita kusta yang belum ditemukan akibat penderita yang tersembunyi atau memang penderita yang bersembunyi karena phobia. Bagi para pengambil kebijakan, dan petugas kesehatan di unit pelayanan kesehatan (UPK) maupun masyarakat perlu diingatkan bahwa di Sumatera Utara masih mempunyai kantong-kantong penyakit kusta yang perlu mendapat penanganan.

Berikut ini beberapa upaya yang telah dilaksanakan pada tahun 2011 dalam rangka memperkuat pelaksanaan program P2 Kusta di Provinsi Sumatera Utara antara lain melaksanakan pertemuan sehari dengan petugas kusta (puskesmas, dan petugas kusta puskesmas di PTC Indrapura sebagai Puskesmas Rujukan Kusta (PRK) bagi puskesmas sekelilingnya, upaya pencegahan kecacatan dan perawatan sejak dini dari kasus yang ditemukan, bekerjasama dengan dokter spesialis kulit dan kelamin pada RSU dan RSUP.H.Adam Malik, rehabilitasi kasus di RS Kusta, dan

pembuatan kaki palsu di RS Kusta Sicanang serta melaksanakan pembinaan teknis/supervisi.

8. Pengendalian Penyakit Diare dan Kecacingan

Dalam upaya tatalaksana diare diketahui bahwa 100% kasus diare yang dilaporkan telah diberikan upaya rehidrasi oral menggunakan cairan oralit dengan rata-rata 6 bungkus per penderita, pada kasus diare yang berat telah diberikan sebanyak 4,269 flas atau rata-rata penderita mendapatkan infus sebanyak 3 flas. Pencapaian indikator program Pengendalian Penyakit Diare dapat dilihat lebih jelas pada Bab 3.2 tentang Morbiditas.

Program pengendalian masalah kecacingan merupakan program pengendalian penyakit menular langsung yang terintegrasi dengan Program P2 Diare dengan tujuan menurunkan prevalensi kecacingan sehingga dapat menunjang peningkatan mutu sumber daya manusia guna mewujudkan manusia Indonesia sehat tahun 2010, meningkatkan kecerdasan anak sekolah dasar dalam rangka meningkatkan sumber daya manusia dan meningkatkan kesehatan anak sekolah melalui pemberdayaan perilaku hidup bersih dan sehat.

Secara khusus tujuan pelaksanaan program pengendalian masalah kecacingan adalah meliputi beberapa upaya strategis untuk menurunkan prevalensi kecacingan menjadi < 10 % tahun 2012, membudayakan perilaku hidup bersih dan sehat, meningkatkan kemitraan dan penanggulangan kecacingan di masyarakat dengan melibatkan peran serta aktif lintas program, sektoral, pihak swasta, LSM dan masyarakat itu sendiri, serta meningkatkan cakupan program kecacingan pada anak sekolah dasar menjadi 75 % pada tahun 2012.

Sasaran dari program pengendalian masalah kecacingan diprioritaskan pada beberapa komponen penduduk, namun hingga tahun 2012 baru kelompok anak sekolah dasar (SD) sebagai sasaran prioritas yang dapat dijangkau program pelayanan yakni dengan melakukan survey kecacingan dan ditindaklanjuti dengan upaya pengobatan. Hal ini didasarkan pada kenyataan bahwa anggaran yang tersedia sangat terbatas dan memungkinkan untuk dilaksanakan serta beberapa alasan teknis dan setrategis lainnya diantaranya :

- Murid SD merupakan generasi penerus, oleh karena itu kualitas SDM harus divaga dan dibina dari awal.
- Prevalensi dan intensitas cacangan pada kelompok ini cukup tinggi.
- Kelompok tersebut mudah dijangkau melalui organisasi sekolah.
- Dana mudah didapat dengan melalui UKS, yaitu dana sehat.
- Bila kelompok ini ditangani secara intensif, dapat menurunkan prevalensi dan intensitas cacangan secara nasional.

9. Pengendalian Penyakit Filariasis

Program eliminasi filariasis dilaksanakan atas dasar kesepakatan global WHO tahun 2000 yaitu “ *The Global Goal of Elimination of Lymphatic Filariasis as a Public Health Problem the year 2020*” yang merupakan realisasi dari resolusi WHA (*World Health Assembly*) pada tahun 1997.

Program eliminasi ini dilaksanakan melalui dua pilar kegiatan yaitu :

- a. Pengobatan massal kepada semua penduduk di kabupaten endemis filariasis dengan menggunakan DEC 6 mg/kg BB dikombinasikan dengan Albendazole 400 mg sekali setahun selama 5 tahun, guna memutuskan rantai penularan.
- b. Tatalaksana kasus klinis filariasis guna mencegah dan mengurangi kecacatan.

Tatalaksana kasus kronis filariasis harus dilakukan pada semua penderita, tujuannya untuk mencegah atau mengurangi kecacatan penderita dan agar penderita menjadi mandiri dalam merawat dirinya. Setiap penderita dibuatkan status rekam medisnya di puskesmas dan mendapatkan kunjungan dari petugas kesehatan minimal 3 kali dalam setahun. Penatalaksanaan kasus kronis filariasis merupakan kewajiban kabupaten/kota. Berikut ini akan disajikan kohort kasus filariasis di beberapa Kab/Kota yang menemukan dan merawat kasus tersebut. Pencapaian indikator program Pengendalian Penyakit Filariasis dapat dilihat lebih jelas pada Bab 3.2 tentang Morbiditas.

10. Pengendalian Penyakit Rabies

Untuk dapat melakukan upaya pencegahan dan penanggulangan rabies maka perlu diketahui perkembangan jumlah kasus gigitan hewan penular rabies,

upaya vaksinasi baik pada hewan maupun manusia yang digigit hewan suspek rabies, kasus lisa dan faktor risiko yang menyebabkan penyakit rabies berkembang di masyarakat.

Sejak tahun 2008 ditemukan kasus rabies dan terus mengalami peningkatan sampai tahun 2012 namun pada tahun 2013 tidak ditemukan satupun kasus rabies. Tahun 2012 merupakan puncak penemuan kasus rabies dimana kasus rabies ditemukan sebanyak 462 kasus dengan perincian di Kabupaten Nias (148 kasus), Tapanuli Tengah (5 kasus), Tapanuli Utara (20 kasus), Nias Selatan (192 kasus), Serdang Bedagai (15 kasus), Nias Utara (8 kasus), Nias Barat (72 kasus) dan Kota Sibolga (2 kasus). Pada tahun 2012 terdapat 321 kasus, tahun 2009 yaitu 22 kasus dan tahun 2008 yaitu 7 kasus.

11. Pengendalian Penyakit Flu Burung

Upaya pencegahan penularan dilakukan dengan cara menghindari bahan yang terkontaminasi tinja dan sekret unggas, dengan beberapa tindakan seperti :

- mencuci tangan dengan sabun cair pada air mengalir sebelum dan sesudah melakukan suatu pekerjaan.
- Melaksanakan kebersihan lingkungan dan kebersihan diri
- Setiap orang yang berhubungan dengan bahan yang berasal dari saluran cerna unggas harus menggunakan pelindung (masker, kaca mata khusus)
- Bahan yang berasal dari saluran cerna unggas seperti tinja harus ditatalaksana dengan baik (ditanam atau dibakar) agar tidak menjadi sumber penularan bagi orang sekitarnya.
- Alat-alat yang digunakan dalam peternakan harus dicuci dengan desinfektan
- Mengonsumsi daging ayam yang telah dimasak dengan suhu 800 derajat Celsius selama satu menit, telur unggas dipanaskan dengan suhu 640 derajat Celsius selama lima menit.

4.4.4. PERBAIKAN GIZI MASYARAKAT

Upaya perbaikan gizi pada dasarnya bertujuan untuk menangani permasalahan gizi yang dihadapi masyarakat. Di Provinsi Sumatera Utara upaya

yang telah dilakukan meliputi pemberian kapsul vitamin A dan pemberian tablet Fe.

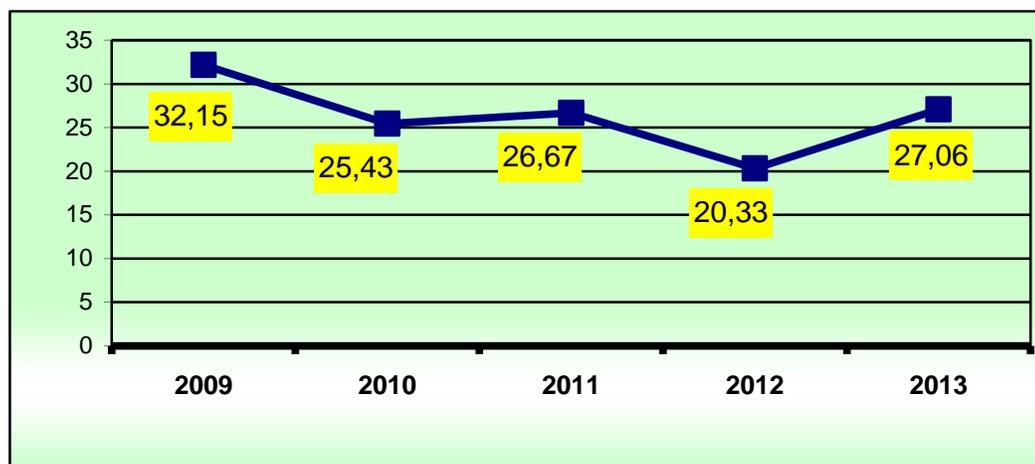
1. Pemberian Kapsul Vitamin A

Vitamin A adalah salah satu zat gizi mikro yang dibutuhkan oleh tubuh yang berguna untuk meningkatkan daya tahan tubuh (imunitas) dan kesehatan mata. Kekurangan vitamin A dalam jangka waktu yang lama akan mengakibatkan terjadinya gangguan pada mata, dan bila anak tidak segera mendapatkan vitamin A bisa menimbulkan kebutaan. Dalam rangka penanggulangan masalah gizi khususnya sasaran yang mengalami kurang vitamin A terutama bayi dan balita, telah dilakukan upaya distribusi kapsul Vitamin A dosis tinggi kepada bayi dan balita yang diberikan sebanyak 2 kali dalam setahun. Pencapaian pelayanan pemberian Kapsul Vitamin A dapat dilihat pada Bab 3.3 tentang Status Gizi Masyarakat.

2. Cakupan ASI Eksklusif

Persentase pemberian ASI Eksklusif pada bayi mulai tahun 2004 s/d 2012 tidak menunjukkan trend penurunan seperti tergambar pada grafik dibawah ini.

Grafik 4.7
Persentase Pemberian ASI Eksklusif
di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2009-2013



Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2013

Cakupan persentase bayi yang diberi ASI Eksklusif dari tahun 2009-2012 cenderung menurun secara signifikan, walaupun cakupan pada tahun 2013 mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2012, namun masih jauh dibawah pencapaian tahun 2009, sehingga belum mampu mencapai target nasional yaitu 40%. Kabupaten/Kota dengan pencapaian $\geq 40\%$ yaitu Deli Serdang (41,4%), Langkat (42,7%), Simalungun (43,6%), Padang Sidempuan (43,9%), Samosir (45,9), Pematang Siantar (46%), Nias Utara (49,1%) dan Nias Selatan (49,9%). Terdapat 5 Kabupaten/Kota dengan pencapaian $> 10\%$ yaitu Nias (7,7%), Medan (7,6%), Humbang Hasundutan (7,3%), Tanjung Balai (4,3%) dan Nias Barat (2%); untuk gambaran lebih lanjut lihat lampiran tabel (39).

3. Pemberian Tablet Besi

Pelayanan pemberian tablet besi dimaksudkan untuk mengatasi kasus Anemia serta meminimalisasi dampak buruk akibat kekurangan Fe khususnya yang dialami ibu hamil. Pencapaian pelayanan pemberian tablet Fe dapat dilihat pada Bab 3.3 Status Gizi Masyarakat.

BAB V

SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN

Gambaran mengenai situasi sumber daya kesehatan dikelompokkan menjadi sarana kesehatan, tenaga kesehatan dan pembiayaan kesehatan.

5.1 SARANA KESEHATAN

Pada bagian ini akan diuraikan tentang sarana kesehatan diantaranya Puskesmas, Rumah Sakit dan Sarana Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM).

5.1.1 Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Pelayanan kesehatan di Puskesmas diupayakan terus meningkat. Jumlah puskesmas dari tahun ketahun mengalami peningkatan sehingga diharapkan pelayanan kesehatan dapat terjangkau oleh masyarakat dan merata sampai ke daerah terpencil. Selain penambahan jumlah, peningkatan status puskesmas juga dilakukan, yaitu peningkatan status puskesmas yang awalnya adalah puskesmas non perawatan menjadi puskesmas perawatan atau peningkatan status puskesmas dari yang sebelumnya puskesmas pembantu menjadi puskesmas induk.

Tabel 5.1
Jumlah Puskesmas, Puskesmas Pembantu Dan Puskesmas Keliling di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2009-2013

No	Sarana Kesehatan	2009	2010	2011	2012	2013
1	Puskesmas perawatan	154	155	159	163	170
2	Puskesmas non perawatan	347	371	387	406	400
3	Puskesmas pembantu	1.992	1.819	1.927	2.085	1.910
4	Puskesmas keliling	473	391	463	522	517

Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2013

Pada tabel 5.1. terlihat peningkatan jumlah puskesmas di Provinsi Sumatera Utara selama tahun 2009-2013, dari 501 unit pada tahun 2009 menjadi 570 unit pada tahun 2013. Hal ini terjadi karena kebutuhan daerah dan adanya pemekaran kabupaten / kota. Jumlah Puskesmas perawatan mengalami peningkatan, dari 154 unit menjadi 170 unit, puskesmas non perawatan meningkat dari 347 unit menjadi 400 unit, sebaliknya puskesmas pembantu mengalami penurunan dari 1.992 unit menjadi 1.910 (hal ini disebabkan karena adanya peningkatan puskesmas pembantu menjadi puskesmas), dan puskesmas keliling mengalami kenaikan dari 473 unit menjadi 517 unit.

Persebaran puskesmas di kabupaten/kota sudah cukup merata. Setiap kecamatan di Provinsi Sumatera Utara sudah memiliki paling sedikit 1 (satu) puskesmas. Bila dibandingkan dengan jumlah penduduk Sumatera Utara (13.326.307 jiwa), maka 1 puskesmas melayani 23.379, bila dibandingkan dengan standar nasional dimana 1 (satu) puskesmas melayani 25.000 jiwa, berarti Pemerintah Provinsi Sumatera Utara telah mampu menyediakan sarana kesehatan sesuai standar nasional tersebut.

Merujuk profil kesehatan kabupaten/kota tahun 2013, jumlah kunjungan rawat jalan dan inap di seluruh puskesmas di Provinsi Sumatera Utara adalah 4.396.694 kunjungan, jumlah ini mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2012 yaitu 3.740.818 kunjungan (Lihat lampiran tabel 55). Bila diperkirakan rata-rata tiap penduduk memanfaatkan puskesmas adalah 1,5 kali, maka tahun 2013 diperkirakan persentase penduduk yang memanfaatkan puskesmas adalah 21,99%; angka ini meningkat dari tahun 2012 yaitu 18,87%, namun masih dibawah pencapaian tahun 2011 yaitu 29,83%.

Untuk lebih mendekatkan keterjangkauan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, dilaksanakan pelayanan kesehatan di puskesmas pembantu yang tersebar di wilayah kerja puskesmas induk. Pada tahun 2013, jumlah puskesmas pembantu di Provinsi Sumatera Utara sebanyak 1.910 unit mengalami penurunan dibandingkan tahun 2012 yaitu 2.085 unit. Penurunan ini disebabkan adanya peningkatan puskesmas pembantu menjadi puskesmas maupun alih fungsi menjadi Poskesdes. Bila dibandingkan dengan jumlah desa, maka ratio puskesmas pembantu dengan desa adalah sekitar 1 : 3.

5.1.2. Rumah Sakit

Sampai akhir tahun 2013 jumlah RS di Sumatera Utara adalah 208 unit dengan rincian, 46 unit RS Pemerintah, 13 BUMD dan 118 RS Swasta. Berdasarkan penyelenggaraan dan kepemilikan RS, RS Pemerintah terbagi atas 1 unit RS Pusat Kemkes, 2 Unit RS Kemdiknas, 3 unit RS Provinsi Sumatera Utara, 33 unit RSU Pemerintah Kabupaten/Kota, 10 unit RS TNI/Polri dan 13 unit RS BUMN. Dari 48 unit RS Pemerintah terdapat 46 unit RS Umum, 1 unit RS Jiwa, 1 unit RS Khusus. Selanjutnya dari 146 unit RS Swasta terdiri dari 118 unit RSU, dan 28 unit RS Khusus.

Dari 33 kabupaten/kota di Provinsi Sumatera Utara, sebagian besar telah memiliki RS Pemerintah, kecuali Kabupaten Nias Utara, Nias Barat dan Kota Gunung Sitoli. Rumah sakit pemerintah itu terbagi atas rumah sakit kelas B, kelas C dan kelas D. Jumlah tempat tidur rumah sakit itu juga bervariasi dari hanya 14 tempat tidur sampai dengan 600 tempat tidur.

5.1.3 Sarana Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat

Dalam pelaksanaan kegiatan pembangunan kesehatan, perlu dilibatkan peran serta masyarakat sebagai obyek sekaligus subyek pembangunan kesehatan tersebut. Berbagai upaya dapat dilakukan dengan memanfaatkan potensi dan sumber daya yang ada di masyarakat. Baik itu penggalangan dana, pemanfaatan sumber daya manusia, pemanfaatan sumber daya alam termasuk teknologi tepat guna dalam bidang kesehatan. Dalam Profil Kesehatan ini yang dapat digambarkan dari Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) adalah kegiatan Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu), Polindes (Pondok Bersalin Desa), Pos Kesehatan Desa dan Desa Siaga.

Posyandu adalah salah satu upaya kesehatan bersumber daya masyarakat yang menyelenggarakan minimal 5 (lima) program prioritas, yaitu Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Keluarga Berencana (KB), perbaikan gizi, imunisasi dan penanggulangan diare. Kegiatan posyandu ini disamping menggambarkan tingkat kemandirian dan peran serta masyarakat, juga menggambarkan kepedulian (perilaku) masyarakat tentang pentingnya menjaga dan memelihara kesehatan.

Oleh karena itu dalam penyelenggaraan kegiatannya masyarakat yang berperan aktif, sementara petugas kesehatan dan aparat desa / kelurahan diharapkan hanya sebagai fasilitator dan pelaksana kegiatan kesehatan / medis.

Untuk memantau perkembangannya, posyandu dikelompokkan ke dalam 4 strata, yaitu Pratama, Madya, Purnama dan Mandiri. Ada empat kriteria penggolongan posyandu tersebut; yaitu jumlah kader, frekuensi kegiatan selama setahun, pencapaian kegiatan, dan adanya program tambahan selain program dasar. Disebut posyandu mandiri (strata tertinggi) adalah apabila jumlah kadernya 5 orang dan aktif, frekuensi kegiatan 12 kali/tahun (ada kegiatan setiap bulannya), cakupan 5 program dasar >50%, ada program tambahan dan ada dana sehat/dana bersumber dari swadaya masyarakat. Berdasarkan tabel lampiran profil kesehatan (tabel 70), jumlah posyandu mandiri di Provinsi Sumatera Utara adalah 400 unit mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2012 yaitu 188 unit.

Tabel 5.2
Jumlah Posyandu Menurut Strata
di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2009-2012

Strata	2009		2010		2011		2012	
	Jumlah	%	Jumlah	Jumlah	%	Jumlah	Jumlah	%
Posyandu Pratama	3.715	24,83	2.908	3.715	24,83	2.908	2.450	15,81
Posyandu Madya	5.011	33,49	6.579	5.011	33,49	6.579	7.141	46,09
Posyandu Purnama	4.608	30,81	3.975	4.608	30,81	3.975	5.716	36,89
Posyandu Mandiri	1.627	10,87	1.567	1.627	10,87	1.567	188	1,21
Jumlah	14.961	100	15.242	14.961	100	15.242	15.495	100

Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2013

Pada tahun 2013, dari 15.587 posyandu yang ada dilaporkan 2.026 unit (13%) adalah posyandu pratama, 7.031 unit (45,1%) adalah posyandu madya, 6.130 unit (39,33%) adalah posyandu purnama dan 400 unit (2,57%) adalah posyandu mandiri. Dari tabel 5.2, dapat dilihat bahwa ada peningkatan jumlah posyandu secara keseluruhan dari tahun 2009 sampai dengan tahun 2013. Khusus posyandu purnama dan mandiri persentasenya sampai dengan tahun 2013 sudah mencapai 41,90%, angka sudah mampu mencapai target pada Renstra Dinas Kesehatan Prov.Sumatera Utara yaitu sebesar 40% pada tahun 2013. Bila kita lihat rasio posyandu terhadap desa/kelurahan di Provinsi Sumatera Utara adalah 2,62 atau rata-rata pada tiap desa/kelurahan terdapat 2-3 posyandu.

Poskesdes (Pos Kesehatan Desa) adalah salah satu bentuk peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan dimana petugas kesehatan dan masyarakat, melalui kader kesehatan, bekerja sama mengelola masalah kesehatan dan menanggulangnya dengan memanfaatkan potensi yang ada, sebelum dirujuk ke tingkat yang lebih tinggi.

Poskesdes menjadi salah satu kriteria untuk menetapkan desa siaga. Setiap desa siaga diharuskan mempunyai minimal 1 poskesdes di wilayahnya. Tenaga Poskesdes tersebut terdiri dari minimal 1 (satu) bidan dan 2 (dua) orang kader. Pada tahun 2013 jumlah poskesdes di Provinsi Sumatera Utara adalah 2.577 unit, jumlah ini mengalami penurunan dibandingkan tahun 2012 yaitu 2.806 unit.

Desa Siaga adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri.

Jumlah desa siaga di Provinsi Sumatera Utara tahun 2013 adalah 4.088 unit, jumlah ini mengalami penurunan dibandingkan tahun 2012 adalah 4.459 unit.

5.2 Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan menjadi salah satu faktor yang sangat penting dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan yang berkualitas harus didukung oleh sumber daya manusia yang berkualitas disamping ketersediaan sumber daya yang lain. Hal yang penting diperhatikan dalam

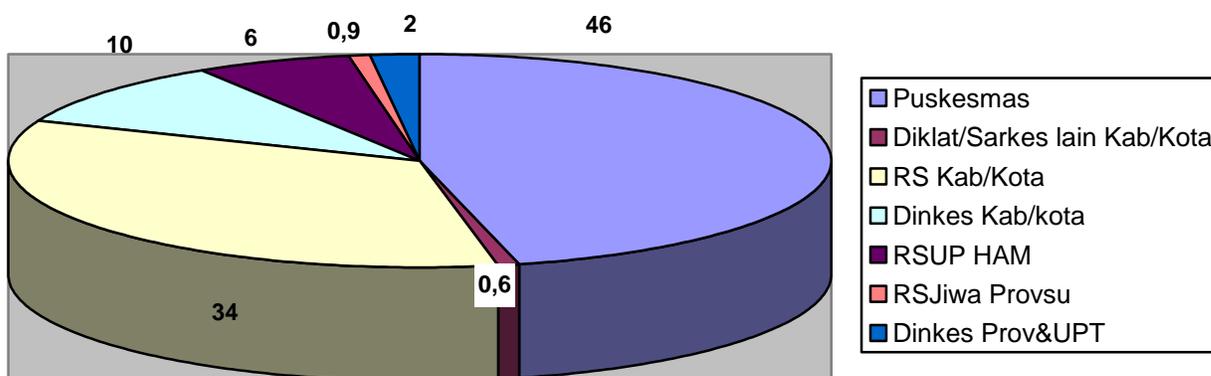
pengadaan sumber daya manusia adalah jumlah, jenis, persebaran / distribusi tenaga kesehatan dan rasionya terhadap jumlah penduduk.

Pada Profil Kesehatan Tahun 2013 terdapat perubahan Definisi Operasional untuk data ketenagaan, dimana ketenagaan kesehatan dibedakan atas 2 (dua) kategori yaitu tenaga kesehatan yang melayani masyarakat/pasien dan yang melaksanakan kegiatan pengelolaan program/managemen/administrasi/struktural.

5.2.1 Persebaran SDM Kesehatan

Berdasarkan data dari kabupaten/kota, sampai akhir tahun 2013, SDM di sektor kesehatan berjumlah 44.475 orang, terdiri dari 39.807 orang tenaga kesehatan yang melayani masyarakat dan 4.668 orang yang menangani pengelolaan program/managemen/administrasi/struktural kesehatan. Berikut ini akan disajikan proporsi penyebaran tenaga kesehatan yang bekerja di institusi pelayanan kesehatan pemerintah yaitu Dinkes, puskesmas, RSU, UPT di Provinsi maupun di kabupaten / kota.

Grafik 5.1.
Proporsi SDM Kesehatan Pada Institusi Pelayanan Kesehatan
Di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013



Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2013

Proporsi terbesar sumber daya kesehatan bekerja pada sarana kesehatan yaitu puskesmas (termasuk pustu dan polindes/poskesdes) yaitu 46%, diikuti dengan rumah sakit kabupaten/kota yaitu 34%.

Untuk mengetahui jenis ketenagaan dan rasionya terhadap jumlah penduduk, berikut ini akan disajikan jumlah tenaga kesehatan menurut masing-masing disiplin ilmu dan profesi di Provinsi Sumatera Utara pada tahun 2013.

Tabel 5.3
Jumlah Tenaga Kesehatan Dan Rasio Tenaga Kesehatan Per
100.000 Penduduk di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013

No	Jenis Tenaga	Jumlah	Ratio per 100.000 pddk	Standar per 100.000 pddk
1	Dokter Spesialis	2.672	20,05	6
2	Dokter Umum	2.705	21,48	40
3	Dokter Gigi	964	7,23	11
4	Perawat	15.292	92,49	118,5
5	Bidan	12.326	114,75	92,49
6	Apoteker dan Assisten	1.316	9,88	10
7	Sarjana Kesmas	915	6,87	40
8	Sanitarian (D3)	315	3,50	40
9	Gizi (D3-D4)	635	4,77	22
10	Keterampilan Fisik	284	2,13	-
11	Keteknisan Medis	1.441	10,81	-

Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten/Kota 2013

Dari tabel 5.4. dapat diketahui bahwa hanya 2 (dua) jenis tenaga yaitu dokter spesialis dan bidan telah mencapai standar yang nasional pada tahun 2013. Jenis tenaga dokter, dokter gigi, sarjana kesehatan masyarakat, sanitarian dan gizi masih berada jauh di bawah target nasional. Walaupun ada peningkatan dibandingkan tahun 2012, namun belum mampu memenuhi standar ketenagaan.

5.2.2 SDM Kesehatan di RS

Jumlah SDM Kesehatan yang bertugas di rumah sakit kabupaten/kota tahun 2013 adalah sebanyak 23.372 orang, terdiri dari 22.401 orang yang melayani masyarakat/pasien (95,84%) dan 971 orang (4,15%) yang melaksanakan kegiatan administrasi program. Dari 22.401 tenaga kesehatan yang melayani masyarakat terdiri dari Dr. Spesialis yaitu 2.651 orang (11,8%), Dr. Umum yaitu 1.325 orang (5,91%), sebanyak 232 orang Drg/spesialis (1,04%), bidan sebanyak 3.080 orang (13,8%), perawat/gigi yaitu 12.083 orang (54%), kefarmasian yaitu 859 orang (3,8%), kesehatan masyarakat sebanyak 386 orang (1,7%), sanitarian yaitu 137 orang (0,6%), nutritionist sebanyak 221 orang (1%), keterampilan fisik yaitu 279 orang (1,2%) dan keteknisian fisik yaitu 1.148 orang (5,12%).

5.2.3 SDM Kesehatan di Puskesmas

Pada tahun 2013, tercatat 20.723 orang yang bertugas di puskesmas yang terdiri atas 18.742 adalah tenaga kesehatan dan 1.981 yang menangani administrasi program. Dari 18.718 tenaga kesehatan terdiri atas tenaga dokter spesialis sebanyak 10 orang (0,05%), dokter umum sebanyak 1.298 orang (6,84%), 520 orang tenaga dokter gigi/spesialis (2,74%), tenaga perawat/gigi sebanyak 5.737 orang (30,65%), 9.229 orang tenaga bidan (49,31%), tenaga farmasi sebanyak 436 (2,33%), tenaga gizi yaitu 413 orang (2,21%), 275 orang tenaga teknisi medis (1,47%), keterampilan fisik sebanyak 5 orang (0,03%), 323 orang tenaga sanitasi (1,73%), dan 496 orang tenaga kesehatan masyarakat (2,65%).

Bila dibandingkan jumlah puskesmas yang ada (570 unit) dengan jumlah dokter umum yang tersebar di puskesmas (1.281 orang), maka diperoleh gambaran bahwa rata-rata tiap puskesmas dilayani oleh 2-3 orang dokter umum. Sedangkan dokter gigi, yang sampai dengan akhir tahun 2013 berjumlah 513 orang, menggambarkan bahwa belum semua puskesmas memiliki dokter gigi.

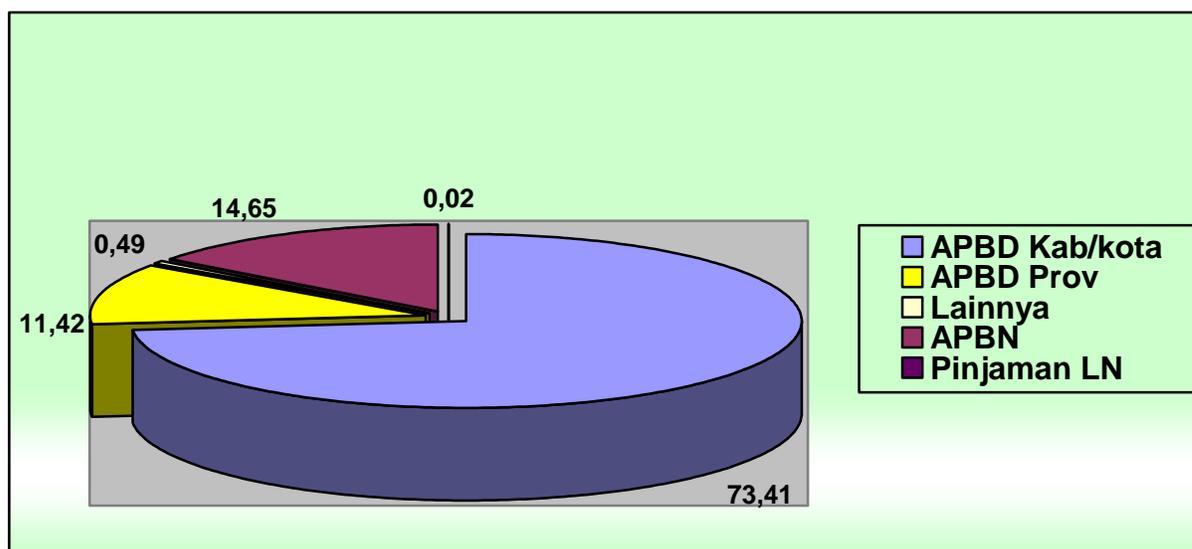
Bila dibandingkan jumlah perawat (5.737 orang) dan bidan (9.229 orang) dengan jumlah puskesmas, maka rata-rata tiap puskesmas memiliki 10-11 orang tenaga perawat dan 17-18 orang tenaga bidan, yang melayani di puskesmas dan jaringannya. Data tenaga kesehatan per jenis tenaga per unit kerja dapat dilihat pada lampiran tabel 74-78.

5.3 PEMBIAYAAN KESEHATAN

5.3.1 Pembiayaan Kesehatan oleh Pemerintah

Pembiayaan kesehatan oleh pemerintah di Provinsi Sumatera Utara bersumber dari APBD kabupaten/kota, APBD provinsi, APBN, pinjaman luar negeri dan sumber lainnya. Dilihat dari proporsinya, maka pembiayaan kesehatan yang paling tinggi bersumber dari APBD kabupaten/kota (73,41%), disusul dari APBN (14,65%) dan APBD provinsi (11,42%) (Lihat Lampiran Tabel 82). Untuk lebih jelasnya lihat grafik berikut ini.

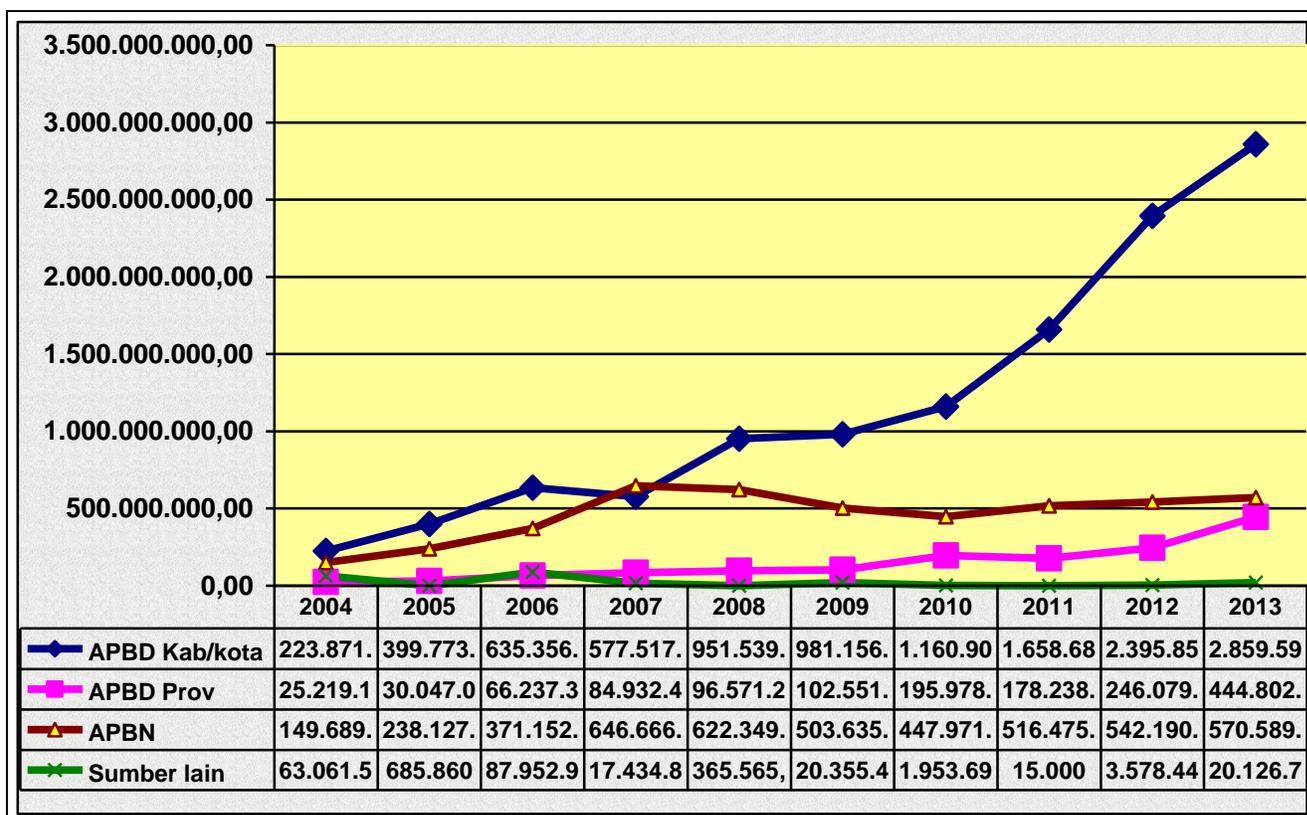
Grafik 5.2
Proporsi Anggaran Kesehatan Berdasarkan Sumbernya
Di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013



Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2013

Alokasi anggaran untuk sektor kesehatan yang bersumber dana pemerintah setiap tahunnya mengalami peningkatan. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada grafik dibawah ini.

Grafik 5.3
Pembiayaan Kesehatan Berdasarkan Sumber
di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2004-2013



Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2013
Keterangan: anggaran dalam ribuan rupiah

Dari grafik 5.4. dapat dilihat bahwa jumlah dana yang bersumber dari APBD kabupaten/kota mengalami peningkatan yang cukup signifikan selama tahun 2004-2006, kecuali pada pada tahun 2007 mengalami penurunan, namun pada tahun 2008 mengalami peningkatan yang cukup besar dan mengalami peningkatan sehingga tahun 2013. Selama 9 tahun terakhir (2004-2012), pembiayaan pembangunan kesehatan di Provinsi Sumatera Utara mayoritas bersumber dari APBD kabupaten/kota dan Pemprov.

Bila dihitung pembiayaan kesehatan perkapita di Provinsi Sumatera Utara pada tahun 2013 ada pada angka Rp. 294.740,35 228.916/kapita, mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2012 yaitu Rp. 228.916/kapita (hasil pembagian total dana APBN, APBD Prop dan Kab/Kota, sumber lain dengan total penduduk

Prov. Sumatera Utara). Tingginya angka ini disebabkan hampir seluruh kabupaten/kota mampu melaporkan seluruh sumber pembiayaan kesehatan yang diterima, termasuk dana yang diterima oleh RSUD maupun institusi kesehatan lainnya di daerah.

5.3.2 Pembiayaan Kesehatan oleh Masyarakat

Salah satu kebijakan pemerintah yang sedang terus digalakkan adalah pembiayaan kesehatan dengan pola pra-bayar (*Pre-payment*). Hal ini dilakukan dengan memanfaatkan sistem asuransi kesehatan (*Health Insurance*). Pada saat ini berkembang berbagai cara pembiayaan kesehatan pra-upaya antara lain; dana sehat, asuransi kesehatan (askes), asuransi tenaga kerja (astek)/ jaminan kesehatan tenaga kerja (jamsostek), jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat (JPKM) dan asuransi jiwa lainnya. Khusus untuk masyarakat miskin dewasa ini dikenal dengan jaminan kesehatan nasional (jamkesmas), dimana masyarakat tidak perlu membayar pelayanan kesehatan yang diperoleh karena akan ditanggung / dibayar oleh pemerintah.

Cakupan atau kepesertaan masyarakat Sumatera Utara terhadap berbagai jaminan pembiayaan kesehatan ini pada tahun 2013 masih rendah, dari 13.326.307 jiwa penduduk di Sumatera Utara, sebanyak 5.905.881 jiwa atau 44,32% telah tercover dengan sistem jaminan pemeliharaan kesehatan.

5.4 Manajemen Kesehatan

Manajemen kesehatan meliputi administrasi kesehatan, sistem informasi kesehatan, ilmu pengetahuan dan teknologi bidang kesehatan khususnya dalam peningkatan manajemen pada penanggulangan bencana, dan penelitian-penelitian dibidang kesehatan.

Dalam profil ini yang disajikan tentang pelaksanaan manajemen kesehatan adalah sebagai berikut :

1. Persentase Kabupaten/Kota yang Membuat Profil Kesehatan

Pada tahun 2013, dari 33 kabupaten/kota yang ada di Provinsi Sumatera Utara, semuanya telah membuat profil kesehatan. Tetapi bila dilihat dari

persentase pengisian tabel-tabel yang telah tersedia, masih banyak kabupaten/kota yang belum mengisinya dengan lengkap, terutama data yang bersumber dari sektor lain, misalnya bidang pendidikan. Hal ini mungkin karena ketiadaan data, kesulitan mendapatkannya, atau faktor-faktor lain. Profil Kabupaten/Kota Tahun 2013 juga belum mampu menampilkan semua tabel lampiran dalam bentuk data terpilah berdasarkan jenis kelamin. Hal ini disebabkan sistem pelaporan dari puskesmas belum semua program menerapkan Form Terpilah menurut Jenis Kelamin.

Karena ketidaklengkapan data tersebut mengakibatkan ketidaklengkapan informasi yang disajikan. Data yang dihasilkan belum dapat menggambarkan secara komprehensif kondisi keadaan yang sebenarnya dari pencapaian/pelaksanaan pembangunan kesehatan di Provinsi Sumatera Utara.

2. Sistem Informasi Kesehatan Nasional *On-line*

Sejak tahun 2007 Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara sudah terkoneksi dengan sistem informasi kesehatan yang *online* baik dengan kabupaten/kota, maupun dengan Depkes RI. Dari 33 kabupaten/kota di Provinsi Sumatera Utara, telah terpasang jaringan SIKNAS *on-line* (85%).

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan pemaparan yang disajikan di Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Utara tahun 2013, maka dapat diambil beberapa kesimpulan sebagai berikut :

1. Derajat kesehatan masyarakat Provinsi Sumatera Utara semakin meningkat, dilihat dari penurunan AKB dan AKI serta morbiditas penyakit, peningkatan status gizi masyarakat dan umur harapan hidup namun masih perlu dilakukan upaya percepatan pencapaian sesuai dengan target Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara Tahun 2009-2013 dan Renstra Kemenkes RI Tahun 2010-2014.
2. Beberapa penyakit menular (TB Paru, DBD, malaria dsb) masih menjadi masalah kesehatan di Provinsi Sumatera Utara, ditambah lagi dengan penyakit-penyakit baru seperti demam chikungunya dan Avian Flu serta semakin tingginya angka kasus HIV/AIDS.
3. Pelaksanaan Upaya Kesehatan yang dilakukan di Provinsi Sumatera Utara dapat digambarkan sebagai berikut;
 - a. Cakupan K4 sebanyak 87,94%.
 - b. Cakupan Persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan sebesar 89,76%.
 - c. Cakupan kunjungan Neonatus (KN3) mencapai 89,60%
 - d. Cakupan UCI sebesar 68,98%
 - e. Pengendalian berbagai penyakit yang telah dilakukan antara lain;
 - Gerakan imunisasi polio dan kegiatan surveilans epidemiologi secara aktif khususnya terhadap AFP
 - Pencegahan dan pemberantasan TB Paru dengan pendekatan DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse Chemotherapy*) atau

pengobatan TB Paru dan pengawasan langsung oleh Pengawas Menelan Obat (PMO)

- Peningkatan tatalaksana berbagai kasus penyakit dengan cepat dan tepat
- Pendirian Klinik VCT (*Voluntary Conselling and Testing*) untuk HIV/AIDS antara lain RSU H Adam Malik, RSU Dr.Pirngadi Medan, RSU Lubuk Pakam, RS Haji Medan, RS Bayangkara, Lapas Tanjung Gusta dan KKP Belawan.
- Pemberian Kapsul Vitamin A kepada balita dengan capaian 76,62%
- Pemberian tablet Fe³ sebesar 83,19% kepada ibu hamil di Sumatera Utara.

4. Adanya peningkatan ratio sarana pelayanan kesehatan (Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling dan Rumah Sakit) dan ratio tenaga kesehatan terhadap jumlah penduduk, dapat digambarkan sebagai berikut :

- a. Jumlah Rumah Sakit di Sumatera Utara sebanyak 208 unit dengan rincian 46 unit RS Pemerintah, 13 BUMD dan 118 RS Swasta.
- b. Jumlah Puskesmas sampai akhir tahun 2013 sebanyak 570 unit dan setiap kecamatan telah memiliki minimal 1 puskesmas.
- c. Jumlah Puskesmas Pembantu sampai akhir tahun 2013 sebanyak 1.910 unit.
- d. Jumlah Puskesmas Keliling sebanyak 517 unit.
- e. Jumlah Dokter Umum sebanyak 2.705 orang dan rasionya terhadap jumlah penduduk Sumatera Utara adalah 21,48/100.000 penduduk
- f. Jumlah dokter spesialis sebanyak 2.672 orang, rasionya terhadap jumlah penduduk Sumatera Utara adalah 20,05/100.000 penduduk.
- g. Jumlah dokter gigi sebanyak 964 orang, rasionya terhadap jumlah penduduk Sumatera Utara adalah 7,23/100.000 penduduk.
- h. Jumlah perawat sebanyak 15.295 orang, rasionya terhadap jumlah penduduk Sumatera Utara adalah 92,49/100.000 penduduk.

- i. Jumlah bidan sebanyak 12.326 orang, rasionya terhadap jumlah penduduk Sumatera Utara adalah 114,75/100.000 penduduk.
 - j. Jumlah pos kesehatan desa sampai dengan akhir 2013 sebanyak 2.577 unit.
 - k. Jumlah desa siaga sampai akhir 2012 sebanyak 4.088 unit.
5. Pembiayaan kesehatan bersumber pemerintah, terutama APBD Kab/Kota mengalami peningkatan setiap tahunnya, walaupun belum mencapai alokasi sebesar 10% untuk sektor kesehatan dari total APBD Kab/Kota sesuai dengan tuntutan UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
 6. Masih lemahnya sistem pelaporan khususnya penyampaian profil kesehatan kab/kota sehingga mengakibatkan terlambatnya penyelesaian profil kesehatan provinsi.

6.2 Saran

1. Perlu peningkatan alokasi anggaran kesehatan terutama dari APBD Kab/Kota guna mendukung pembangunan sektor kesehatan.
2. Meningkatkan Sistem Informasi Kesehatan (SIK) melalui peningkatan kemampuan tenaga kesehatan di dalam pengolahan dan analisa data, khususnya teknis pengisian data kedalam tabel profil kesehatan.
3. Diharapkan adanya keseragaman dalam pengisian format (tabel) yang telah ditentukan serta ketepatan waktu dalam pengiriman profil kabupaten/kota sehingga memudahkan dalam penyusunan Profil Kesehatan Provinsi di tahun mendatang.
4. Diharapkan Profil Kesehatan ini dapat mendukung kebutuhan data dan informasi di dalam penyusunan program kesehatan di Provinsi Sumatera Utara dalam rangka mencapai sasaran target pembangunan kesehatan, baik di Kabupaten/Kota, Provinsi dan Pusat.