



Profil Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau 2006



Dinas Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau

Jl. Jend. Ahmad Yani No.62 Telp.(0771) 312658 Fax. (0771) 312620

Tanjungpinang 29124

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat-Nyalah sehingga Profil Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 ini dapat diselesaikan. Profil Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 merupakan lanjutan dari profil kesehatan dari tahun-tahun sebelumnya dimana profil kesehatan disusun tiap tahunnya sejak tahun 2004. Penyusunan profil kesehatan ini sebagai salah satu sarana untuk menyediakan data dan informasi yang berkaitan dengan tingkat pencapaian Provinsi Kepulauan Riau Sehat dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Provinsi Kepulauan Riau sampai tahun 2006.

Informasi yang lengkap akan mempermudah pengambilan keputusan yang tepat guna dan tepat sasaran dalam menentukan arah dan kebijakan pembangunan kesehatan sehingga sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Kebutuhan akan ketersediaan data yang lengkap dan akurat semakin dirasakan pada saat ini. Menyadari hal ini, Departemen Kesehatan RI dengan jelas menyatakannya dengan menjadikan satu dari empat sasaran utama pembangunan kesehatan adalah surveilans, monitoring dan sistem informasi kesehatan. Berbagai upaya terus dilakukan untuk mewujudkan hal tersebut antara lain dengan membenahan pada sistem informasi yang saat ini terus dikembangkan dengan pemanfaatan perkembangan di bidang teknologi dan informasi. Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKNAS) *on-line* dengan pembangunan jaringan sampai tingkat kabupaten/kota telah mulai dilaksanakan oleh Depkes RI sejak tahun 2007.

Data yang digunakan dalam penyusunan Profil Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau tahun 2006 adalah data yang bersumber dari Profil Kesehatan Kabupaten/Kota se-Provinsi Kepulauan Riau tahun 2006, yang didukung pertemuan pemutakhiran data dengan mengundang perwakilan tim penyusun Profil Kesehatan Kabupaten/Kota dalam rangka mendapatkan data yang lebih akurat dan valid. Format lampiran dalam penyusunan profil kesehatan tahun 2006 ini terdapat perubahan sesuai dengan pedoman penyusunan profil kesehatan yang diterbitkan oleh Pusat Data dan Informasi Departemen Kesehatan RI.

Pada kesempatan ini, kami mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada semua pihak yang telah membantu dan berkontribusi sehingga profil kesehatan ini dapat tersusun. Saran dan kritik dari berbagai pihak dalam rangka perbaikan buku profil ini sangat kami harapkan. Akhirnya, besar harapan

kami semoga data dan informasi yang tercantum dalam buku ini dapat bermanfaat baik untuk instansi pemerintah maupun swasta, serta pengguna data lainnya dalam pengambilan keputusan yang berbasis data atau untuk referensi data dan informasi di bidang kesehatan.

Tanjungpinang, Desember 2007

KEPALA DINAS KESEHATAN
PROVINSI KEPULAUAN RIAU

Dr. MUNZIR PURBA, MQIH
NIP. 140 135 403

PREPACE

Praise be to God for His Grace and blessing so that this Kepulauan Riau Province Health Profile 2006 has been finished. The Health Profile of Kepulauan Riau Province is the continuing of the former health profile which health profile is composed annually since year of 2004. Composing of this profile as an effort to present data and information that related to the achievement of Healthy Kepulauan Riau Province and implementation health service in Kepulauan Riau until 2006.

More complete information will make an expeditious and right target decision easier in taking direction and policy in health development to fulfill community's need. The need of providing more complete and accurate data is much more realized now. This fact encourages Health Department of Indonesia Republic clearly state it by declare one of the fourth main strategies is surveillance, monitoring, and health information system. Various of efforts has been going on to actualize that such as by tidy up information system which is used nowadays by using the information and technology development. The development of National Health Information System (SIKNAS) on-line by developing the network till district/city level had been doing by Health Department of Indonesia Republic since 2007.

The data that be used composing the Kepulauan Riau Province Health Profile year of 2006 based on the data of all district/city health profile in Kepulauan Riau year of 2006, continued holding a conference for updating data more accurate and high validity by invite the delegation of the teams district/city health profile composers. The appendix table in composing health profile year of 2006 get a changing follow the health profile compose guidance that published by Central of Data and Information Health Department of Indonesia Republic.

At this time, we would like to express our gratitude to all the participants who help and contribute in order to make this health profile composed. Any suggestions and criticisms to improve this profile will be cordially welcome. Finally, we hope the data and information that presented in this book is useful for government and private institution as well as the other data users in making data base decision or for data and information reference in health sector.

Tanjungpinang, December 2007

*Provincial Health Office of Kepulauan Riau
Chief,*

Dr. MUNZIR PURBA, MQIH
NIP. 140 135 403

DAFTAR ISI

| | Hal. |
|--|-------------|
| KATA PENGANTAR | i |
| DAFTAR ISI | iv |
| DAFTAR TABEL | vi |
| DAFTAR GAMBAR | ix |
| DAFTAR LAMPIRAN TABEL | xi |
| | |
| BAB 1 : PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Tujuan..... | 4 |
| 1.3 Sistematika Penulisan | 4 |
| | |
| BAB 2 : GAMBARAN UMUM | 7 |
| 2.1 Geografis | 7 |
| 2.2 Kependudukan | 10 |
| 2.3 Tingkat Pendidikan | 16 |
| 2.4 Keadaan Lingkungan | 19 |
| | |
| BAB 3 : PROGRAM KESEHATAN | 27 |
| 3.1 Visi | 27 |
| 3.2 Misi | 28 |
| 3.3 Program dan Kegiatan | 30 |
| | |
| BAB 4 : PENCAPAIAN PROGRAM KESEHATAN | 42 |
| 4.1 Mortalitas | 44 |
| 4.2 Morbiditas | 58 |
| 4.3 Status Gizi | 86 |
| | |
| BAB 5 : SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN | 93 |
| 5.1 Sarana Kesehatan | 93 |
| 5.2 Tenaga Kesehatan | 104 |
| 5.3 Pembiayaan Kesehatan | 113 |
| | |
| BAB 6 : KESIMPULAN | 117 |
| | |
| LAMPIRAN | |

LIST OF CONTENTS

| | Page |
|---|-------------|
| PREFACE | <i>i</i> |
| LIST OF CONTENTS | <i>iv</i> |
| LIST OF TABLES | <i>vi</i> |
| LIST OF FIGURES | <i>ix</i> |
| LIST OF ANNEX TABLES | <i>xi</i> |
| | |
| CHAPTER 1 : INTRODUCTION | 1 |
| 1.1 Background | 1 |
| 1.2 Objective | 4 |
| 1.3 Writing Systematic | 4 |
| | |
| CHAPTER 2 : GENERAL DESCRIPTION | 7 |
| 2.1 Geographic | 7 |
| 2.2 Demography | 10 |
| 2.3 Education Level..... | 16 |
| 2.4 Environmental Situation | 19 |
| | |
| CHAPTER 3 : HEALTH PROGRAM | 27 |
| 3.1 Vision | 27 |
| 3.2 Mission..... | 28 |
| 3.3 Programs and Activities..... | 30 |
| | |
| CHAPTER 4 : HEALTH PROGRAM ACHIEVEMENT | 42 |
| 4.1 Mortality Rate..... | 44 |
| 4.2 Morbidity Rate..... | 58 |
| 4.3 The Status of Nutrition..... | 86 |
| | |
| CHAPTER 5 : HEALTH RESOURCES SITUATION | 93 |
| 5.1 Health Facility..... | 93 |
| 5.2 Health Manpower..... | 104 |
| 5.3 Health Budgeting..... | 113 |
| | |
| CHAPTER 6 : CONCLUSION | 117 |
| | |
| APPENDIX | |

DAFTAR TABEL ***LIST OF TABLES***

| | | | |
|------------------------------|-----|---|---|
| <u>Tabel</u> <i>Table</i> | 2.1 | : | Jumlah Penduduk Berumur 15 Tahun ke Atas yang Termasuk Angkatan Kerja Menurut Golongan Umur, Daerah Tempat Tinggal dan Jenis Kelamin di Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Total Population Age 15 year and Over Included on Labour Force by Age Group, Living Area and Sex in Kepulauan Riau Province year 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <i>Table</i> | 2.2 | : | Angka Melek Huruf Penduduk Usia 15 + Menurut Kelompok Umur Tahun 2005 <i>Number of Literacy on Population age 15 + by Age Groups year 2005</i> |
| <u>Tabel</u> <i>Table</i> | 2.3 | : | Jumlah Sekolah Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2004-2006 <i>Total School by Districts/Cities kepulauan Riau Province year 2004-2006</i> |
| <u>Tabel</u> <i>Table</i> | 2.4 | : | Jumlah Guru Tahun 2006 <i>Number of Teachers Year of 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <i>Table</i> | 4.1 | : | Estimasi Angka Kematian Bayi per 1.000 Kelahiran Hidup Menurut SUPAS, SUSENAS, dan SDKI di Indonesia Tahun 1995 s.d 2003 <i>Estimated of Infant Mortality Rate per 1,000 Live births Based on SUPAS (Intercensal Population Survey), SUSENAS, and SDKI in Indonesia Year 1995 – 2003</i> |
| <u>Tabel</u> <i>Table</i> | 4.2 | : | Angka Kematian Balita (AKABA) per 1.000 Kelahiran Hidup di Indonesia Tahun 1995 – 2003 <i>Underfive Mortality Rate (U-5 MR)per 1,000 Live Births in Indonesia Year 1995-2003</i> |
| <u>Tabel</u> <i>Table</i> | 4.3 | : | Distribusi Pola Penyakit Penyebab Kematian Balita di Indonesia Hasil SKRT 1995 dan Surkesnas 2001 <i>Distribution of Diseases Pattern of Underfive Deaths Causal in Indonesia Based on SKRT 1995 and Surkesnas 2001</i> |
| <u>Tabel</u> <i>Table</i> | 4.4 | : | Angka Kematian Ibu Maternal (per 100.000 Kelahiran Hidup) Hasil SDKI dan SKRT Tahun 1982-2003 <i>Maternal Mortality Rate (per 100,000 Live Births) By Indonesia Demographic and Health Survey (IDHS) and Household Health Survey (HHS), 1982 – 2003</i> |

- Tabel
Table 4.5 : Pola 10 Penyakit Terbanyak Berdasarkan Kunjungan Puskesmas Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006
Pattern of Ten Main Diseases Based On Health Centre Visits in Kepulauan Riau in 2006
- Tabel
Table 4.6 : Pola 10 Penyakit Terbanyak Berdasarkan Kunjungan Rumah Sakit Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006
Pattern of Ten Main Diseases Based On Hospital Visits in Kepulauan Riau in 2006
- Tabel
Table 4.7 : Proporsi dan Peringkat ISPA/Sistem Pernafasan sebagai Penyebab Kematian Bayi dan Balita Berdasarkan Hasil SKRT 1986, 1992, dan 1995, serta SURKESNAS 2001
Proporsion and Level of ARI/Respiratory System as Infant and Underfive Mortality Based on SKRT 1986, 1992, and 1995, also Surkesnas 2001
- Tabel
Table 4.8 : Proporsi dan Peringkat Penyakit Diare sebagai Penyebab Kematian Bayi dan Balita, Tahun 1986, 1992, 1995, dan 2001
Proportion and Level of Diarrhea as The Infant and Underfive Main Mortality Causal, Year 1986, 1992, 1995, and 2001
- Tabel
Table 4.9 : KLB Diare Menurut Jumlah Provinsi Dengan KLB, Jumlah Kasus, Meninggal, dan CFR Tahun 1999 – 2003
Number of Cases, Deaths, CFR and Outbreak Province of Diarrhea Year 1999 – 2003
- Tabel
Table 4.10 : Jumlah Kasus dan Jumlah yang Meninggal Akibat Penyakit Tidak menular Berdasarkan Kunjungan Rumah Sakit Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006
The Total Cases and Total Death caused of the Non-Communicable Disease According to the Hospital's visits of Kepulauan Riau Province Year of 2006
- Tabel
Table 5.1 : Distribusi Puskesmas, Puskesmas Pembantu (Pustu), dan Puskesmas Keliling (Pusling) di kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006
Distribution of Health Centre, Sub-Health Centre, and Circular Health Centre by District/City in Kepulauan Riau Year of 2006

| | | | |
|------------------------------|-----|---|---|
| <u>Tabel</u> <i>Table</i> | 5.2 | : | Jumlah Tempat Tidur Rumah Sakit Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Numbers of Hospital's Bed by District/City Kepulauan Riau Province Year of 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <i>Table</i> | 5.3 | : | Distribusi Sarana Farmasi di Kepulauan Riau Tahun 2007 <i>Distribution of Pharmacy Facilities in Kepulauan Riau Year of 2007</i> |

DAFTAR GAMBAR ***LIST OF FIGURES***

- Gambar
Picture 2.1 : Peta Provinsi Kepulauan Riau
Kepulauan Riau Province Map
- Gambar
Picture 2.2 : Tingkat Kepadatan penduduk Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau tahun 2004 – 2006
Level of Population Density by District/ Cities in Kepulauan Riau Province year of 2004 – 2006
- Gambar
Picture 2.3 : Persentase Rumah Sehat Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau tahun 2006
Percentage of Healthy House by Districts/Cities Kepulauan Riau Province Year of 2006
- Gambar
Picture 2.4 : Persentase Tempat Umum dan Pengelolaan Makanan (TUPM) Sehat Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006
Percentage of Healthy Public Places and Food Handling by District/City in Kepulauan Riau Province Year of 2006
- Gambar
Picture 4.1 : Distribusi Jumlah Kematian Bayi Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau tahun 2006
Distribution of IMR by City/District in Kepulauan Riau Province Year of 2006
- Gambar
Picture 4.2 : Faktor-Faktor Penyebab Kematian Bayi Berdasarkan Kematian yang Dilaporkan Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006
Picture 4.2 Causes of Infant Death Based on Reported Death Kepulauan Riau Province Year of 2006
- Gambar
Picture 4.3 : Perkembangan Jumlah Pengidap HIV yang Terdeteksi di Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Sampai Tahun 2006
Trend of HIV Detected Sufferer in Districts/Cities Kepulauan Riau Province up to 2006
- Gambar
Picture 4.4 : Perkembangan Jumlah Penderita AIDS di Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Sampai Tahun 2006
Trend of AIDS Sufferer in Districts/Cities Kepulauan Riau Province up to 2006

- Gambar
Picture 4.5 : Jumlah Penderita HIV/AIDS Yang Meninggal di Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Sampai Tahun 2006
HIV/AIDS Sufferer Died in Districts/Cities Kepulauan Riau up to 2006
- Gambar
Picture 4.6 : Perkembangan Kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2004 – 2006
The Development of DHF by Districs/Cities Kepulauan Riau Province Year of 2004 – 2006
- Gambar
Picture 5.1 : Persentase Jenis Tenaga Kesehatan di Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006
Percentage of Health Manpower Types in Kepulauan Riau Year of 2006

DAFTAR TABEL LAMPIRAN **LIST OF ANNEX TABLES**

| | | |
|------------------------------|---|---|
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 1 | : Luas Wilayah, Jumlah Desa/Kelurahan, Jumlah Penduduk, Jumlah Rumah Tangga, dan Kepadatan Penduduk Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Region Area, Total Village, Polpulation, Total Household, and Density of Population by District/City in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 2 | : Jumlah Penduduk Menurut Jenis Kelamin, Kelompok Umur, Rasio Beban Tanggungan, Rasio Jenis Kelamin, dan Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 Provinsi Kepulauan Riau <i>Population by Sex, Age Groups, Dependency Ratio, Sex Ratio, and District/City Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 3 | : Jumlah Penduduk Berumur 15 Tahun ke Atas yang Termasuk Angkatan Kerja Menurut Golongan Umur, Daerah Tempat Tinggal dan Jenis Kelamin di Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Population 15 Years of Age and Over as Labor Force by Age, Residential, and Sex in Kepulauan Riau, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 4 | : Persentase Penduduk laki-laki dan Perempuan Berusia 10 Tahun ke Atas Dirinci Menurut Tingkat Pendidikan Tertinggi yang Ditamatkan dan Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Percentage of Male and Female Population 10 Years and Over Specified According to the Highest Level of Education Accomplished and District/City Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 5 | : Persentase Penduduk berumur 10 Tahun ke Atas yang Melek Huruf Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Percentage of Population 10 Years and Over Able to Read and Write in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 6 | : Jumlah Kelahiran dan Kematian Bayi dan Balita Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Number of Births and Deaths' Infant and Underfive by District/City Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 7 | : Jumlah Kematian Ibu Maternal Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Number of Maternal Mortality by District/City Kepulauan Riau Province</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 8 | : Jumlah Kejadian Kecelakaan Lalu Lintas dan Rasio Korban Luka dan Meninggal Terhadap Jumlah Penduduk Dirinci Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Total of Traffic Accident and Ratio of the Wound and Died againt Population Specified by District/City Kepulauan Riau Province, 2006</i> |

| | | |
|-----------------------|----|--|
| <u>Tabel</u> Table | 9 | : AFP Rate, % TB Paru Sembuh, dan Pneumonia Balita Ditangan Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>AFP Rate, % of TB Lungs Cured, and Underfive Pneumonia Treated by District/City in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> Table | 10 | : HIV/AIDS Ditangani, Infeksi Menular Seksual Diobati, DBD Ditangani dan Diare pada Balita Ditangani Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau <i>HIV/AIDS Treated, Sexual Transmitted Disease Cured, DHF Treated, and Underfive with Diarrhea Treated by District/City in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> Table | 11 | : Persentase Penderita Malaria Diobati Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Percentage of the Cured Malaria Sufferer by District/City in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> Table | 12 | : Persentase Penderita Kusta Selesai Berobat Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Percentage of Leprae Sufferer Complete Medication by District/City Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> Table | 13 | : Kasus Penyakit Filariasis Ditangani menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Case of Filariasis Disease Treated by district/City in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> Table | 14 | : Jumlah Kasus dan Angka Kesakitan Penyakit Menular yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I) Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Number of Case and Morbidity of Communicable Disease That Can be Prevented with Immunization by District/City in Kepulauan Riau, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> Table | 15 | : Cakupan Kunjungan Neonatus, Bayi dan Bayi BBLR yang Ditangani Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Coverage of Neonatus Visits, Babies and LBW Babies Treated by District/City in Kepulauan Riau, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> Table | 16 | : Status Gizi Balita dan Jumlah Kecamatan Rawan Gizi Menurut Kabuapten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Infant Nutritional Status and Number of Sub District with Nutritional Lack by District/City in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> Table | 17 | : Cakupan Kunjungan Ibu Hamil (K4) dan Persalinan Ditolong Tenaga Kesehatan Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Coverage of Pregnant Women (K4) and Delivery Helped by Medical Staff by District/City in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |

| | | |
|------------------------------|----|--|
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 18 | : Cakupan Deteksi Dini Tumbuh Kembang Anak Balita, Pemeriksaan Kesehatan Siswa SD/SMP/SMU Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Early Detection Coverage of Underfive Growth, Health Check-up for Primary/Junior and High School By District/City In Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 19 | : Jumlah PUS, Peserta KB, Peserta KB Baru, dan KB Aktif Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Number of Reproductive Aged Couple, Family Planning (FP) Acceptor, New FP Acceptor and Active FP Acceptor by District/City Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 20 | : Jumlah Peserta KB Aktif Menurut Jenis Kontrasepsi Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Number of Family Planning Acceptor by Contraception Type by District/City in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 21 | : Pelayanan KB Baru Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>New Family Planning Service by District/City in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 22 | : Persentase Cakupan Desa/Kelurahan UCI Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Percentage of UCI Village Coverage by District/City in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 23 | : Persentase Cakupan Imunisasi Bayi Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Percentage of Baby Immunization Coverage by District/City in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 24 | : Cakupan Bayi, Balita yang Mendapat Pelayanan Kesehatan Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Coverage of Baby, Underfive Accessable Medical Service by District/City in Kepulauan Riau, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 25 | : Jumlah Ibu Hamil yang Mendapatkan Tablet Fe1, Fe3, Imunisasi TT1 dan TT2 Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Number of Pregnant Woman Get Fe1, Fe3, Immunization TT1 and TT2 by District/City in Kepulauan Riau, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 26 | : Pesertase Akses Ketersediaan Darah untuk Bumil dan Neonatus yang Dirujuk Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Percentage of Blood Supply Access for Pregnant woman and Neonatus Referred by District/City in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 27 | : Jumlah dan Persentase Ibu Hamil dan Neonatal Risiko Tinggi/Komplikasi Ditangani Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Number and Percentage of High Risk/Complication Pregnant Woman and Neonatal Treated by District/City in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |

| | | |
|------------------------------|----|---|
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 28 | : : <i>Percentage of Health Facility with Intencive Care Unit Ability by District/City in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 29 | : : <i>Number and Percentage of Outbreak Village Treated Under 24 Hours by District/City in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 30 | : : <i>Number of Sufferers and Deaths, CFR, Various of Outbreak, Number of Subdistrict and Village Attacked by District/City in Kepulauan Riau, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 31 | : : <i>Number of Babies Given Exclusive Breast Feeding by District/City in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 32 | : : <i>Percentage of Village with Good Iodized Salt by District/City in Kepulauan Riau, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 33 | : : <i>Dental and Mouth Service in Health Centre by District/City in Kepulauan Riau, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 34 | : : <i>Preventive Elucidation, Handling and Misusing of Drugs by District/City in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 35 | : : <i>Pre-paid Health Assurance Coverage by District/City in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 36 | : : <i>Coverage of The Poor Health Service and Poor Family JPKM by District/City In Kepulauan Riau, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 37 | : : <i>Percentage of Labor Health Service for Formal Employ by District/City in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |

| | | |
|-----------------------|----|---|
| <u>Tabel</u> Table | 38 | : Cakupan Pelayanan Kesehatan Pra Usila dan Usila Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Health Service Coverage to Pre Elderly and Elderly by District/City In Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> Table | 39 | : Cakupan Wanita Usia Subur (WUS) Mendapat Kapsul Yodium menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Coverage of Fertile Aged Woman (WUS) Receive Iodine by District/City in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> Table | 40 | : Persentase Donor Darah Skrining Terhadap HIV/AIDS Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Percentage of Blood Donor Screening to HIV/AIDS by District/City in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> Table | 41 | : Jumlah Kunjungan Rawat Jalan, rawat Inap, Pelayanan Gangguan Jiwa di Sarana Pelayanan Kesehatan Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Number of Outpatient Visit, Inpatient, Mental Disorder Service at Health Facility by District/City in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> Table | 42 | : Jumlah Sarana Pelayanan Kesehatan Menurut Kemampuan Labkes dan Memiliki 4 Spesialis Dasar Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Number of Health Facilities by Medical Laboratory Capability and Having 4 Basic Specialists by District/City in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> Table | 43 | : Kebutuhan, Pengadaan, Ketersediaan Obat Esensial dan Obat generik Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Requirement, Procurement, Essential and Generic Medicine Availability by District/City in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> Table | 44 | : Ketersediaan Obat Generik Berlogo Menurut Jenis Obat Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Availability of Branded Generic Medicine by Medicine Type by District/City in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> Table | 45 | : Persentase Penulis Resep Obat Generik Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Percentage of Prescription Generic Medicine in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> Table | 46 | : Persentase Rumah Tangga Berperilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Percentage of Household Live Clean and Healthy by District/City in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> Table | 47 | : Jumlah dan Persentase Posyandu Menurut Strata dan Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Number and Percentage of Integrated Service Post (Posyandu) by Strata and District/City in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |

| | | | |
|------------------------------|----|--------|--|
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 48 | : : | Persentase Rumah Sehat Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Percentage of Healthy House by District/City in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 49 | : : | Persentase Keluarga Memiliki Akses Air Bersih Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Percentage of Families Have Access to Clean Water by District/City in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 50 | : : | Keluarga Dengan Kepemilikan Sarana Sanitasi Dasar Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Families with Basic Sanitation Facilities Ownership by District/City in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 51 | : : | Persentase Tempat Umum dan Pengelolaan Makanan (TUPM) Sehat Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Percentage of Healthy Public Place and Food Handling (TPUM) by District/City in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 52 | : : | Persentase Institusi Dibina Kesehatan Lingkungannya Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Percentage of Institution Being Built for Environment Health by District/City in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 53 | : : | Persentase Rumah/Bangunan yang Diperiksa Jentik Nyamuk Aedes dan Persentase Rumah/Bangunan Bebas Jentik Nyamuk Aedes Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Percentage of House/Buildings Being Checked for Aedes Mosquito Larva and Percentage of House/Buildings Free of Aedes Mosquito Larva by District/City in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 54 | : : | Persebaran Tenaga Kesehatan Menurut Unit Kerja Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>The Distribution of Health Manpower by Work Unit in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 55 | : : | Jumlah Tenaga Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Number of Health Manpower at Health Service Facilities in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 56 | : : | Jumlah Tenaga Medis di Sarana Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Number of Medical Staffs at Health Facilities in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 57 | : : | Jumlah Tenaga Kefarmasian dan Gizi di Sarana Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Number of Pharmacist and Nutritionist at Health Facilities in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |

| | | |
|------------------------------|----|--|
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 58 | : Jumlah Tenaga Keperawatan di Sarana Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Number of Nursing Personnel at Health Facilities in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 59 | : Jumlah Tenaga Kesehatan Masyarakat di Sarana Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Number of Public Health Personnel at Health Facilities in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 60 | : Jumlah Tenaga Teknis Medis di Sarana Pelayanan Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Number of Medical Technique Personnel at Health Facilities in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 61 | : Anggaran Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Health Budgeting in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 62 | : Jumlah Sarana Pelayanan Kesehatan Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Health Service Facilities by District/City in Kepulauan Riau province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 63 | : Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Number of Community-Based Health Effort (UKBM) Facilities by District/City in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |
| <u>Tabel</u> <u>Table</u> | 64 | : Indikator Pelayanan Rumah Sakit Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 <i>Indicators of Hospitals Service by District/City in Kepulauan Riau Province, 2006</i> |

BAB 1

PENDAHULUAN

INTRODUCTION

1.1 Latar Belakang

Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dari pembangunan nasional yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Selama lebih dari tiga dasawarsa, Indonesia telah melaksanakan berbagai upaya dalam rangka meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Reformasi bidang kesehatan terus digalakkan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, efektif, efisien dan terjangkau masyarakat.

Namun demikian, walau sudah dicapai banyak kemajuan, tetapi bila dibandingkan dengan beberapa negara tetangga, keadaan kesehatan masyarakat Indonesia masih tertinggal. Angka kematian bayi misalnya, Indonesia berada di urutan atas di antara negara-negara anggota *South East Asia Medical Information Center (SEAMIC)*. Sebagian besar masyarakat Indonesia masih sulit dalam menjangkau pelayanan kesehatan walau dalam skala minimal, baik yang di perkotaan maupun yang dipedesaan.

1.1 Background

Health development is an integral part from national development in purpose to increase public awareness, willingness and the opportunity to live in healthy life style for each person to realizing a degree of optimal health society. For as long as in 3 decades, Indonesia has implemented various efforts in order to increase the public community health and prosperity. In Health sector the reformation has been endorsed to increase the quality, effectiveness, efficiency and reachable public health services.

Even though, it has improved significantly, in contrary to some of developed neighbor countries, the public health situation in Indonesia community considered in feeble situation or listed behind. Infant mortality for example, Indonesia still in the highest position in South East Asia Medical Information Center (SEAMIC). The majority part of Indonesia society is considered hard to reach in health services even though in the minimal scale, both in city and rural. Mainly due to technical, geographic,

Faktor penyebabnya berkaitan dengan faktor teknis, faktor geografi, ekonomi, dan sosial.

Tingkat pencapaian pembangunan kesehatan didasarkan pada pencapaian indikator Indonesia Sehat 2010. Indikator-indikator yang telah ditetapkan digolongkan ke dalam : (1) Indikator derajat kesehatan sebagai Hasil Akhir, yang terdiri atas indikator-indikator untuk mortalitas, morbiditas, dan status gizi; (2) Indikator Hasil Antara, yang terdiri atas indikator-indikator untuk Keadaan Lingkungan, Perilaku Hidup, Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan; serta (3) Indikator Proses dan Masukan, yang terdiri atas indikator-indikator untuk pelayanan kesehatan, sumber daya kesehatan, manajemen kesehatan, dan kontribusi sektor terkait.

Kebutuhan data dan informasi tentang pencapaian pembangunan kesehatan tiap tahunnya merupakan hal yang sangat penting dilakukan. Hal ini berkaitan selain untuk mengevaluasi capaian pelaksanaan program namun juga dapat digunakan sebagai media untuk memotret perkembangan derajat kesehatan masyarakat. Evaluasi ini akan memberikan masukan akan program dan kegiatan yang dibutuhkan masyarakat.

Kebutuhan data dan informasi dalam bidang kesehatan ditegaskan dalam penentuan strategi utama pembangunan kesehatan, dimana salah satunya adalah peningkatan sistem

economy and social affair.

The achievement of the health development is based on achievement in indicator of Health Indonesia in 2010. The Indicators that have been set, as follow: (1) the Indicator of health level as a final output, consist of mortality, morbidity and nutrition status; (2) the Indicator output between the indicators in the environmental condition, lifestyle, access and the quality of health services, as well as (3) Process indicator and input, indicators for health services, health resources, health management, and the contribution of sector related.

Needs of data and information about the achievement of health development each year is an important case to accomplish. This case is connected, as well as to evaluate the achievement of implementation program as well as a media to describe the growth of health community level. This evaluation will give input to the programs and activities required in the public community.

Needs of data and information in health sector are explicitly on determining the main strategy of health development, whereas one of them is to increase the surveillance system,

surveilans, monitoring dan informasi kesehatan. Profil Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau sebagai salah satu sarana yang dapat digunakan sebagai jendela untuk melihat pencapaian derajat kesehatan Provinsi Kepulauan Riau dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Pelayanan Minimum (SPM) bidang kesehatan. Profil Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau disajikan dalam bentuk tabel dan grafik serta dilengkapi dengan analisis deskriptif. Keterbatasan dalam menganalisis ini sebagian besar karena kesulitan memperoleh data yang akurat dan konsisten.

Sistematika penyusunan Profil Kesehatan provinsi Kepulauan Riau ini mengacu pada Pedoman Penyusunan Profil Kesehatan yang diterbitkan Depkes RI tahun 2004 dan SKN yang meliputi aspek (1) demografi dan geografi; (2) derajat kesehatan meliputi angka kematian, kesakitan, dan status gizi masyarakat; (3) penyelenggaraan sistem kesehatan, meliputi upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, obat dan perbekalan kesehatan, pemberdayaan masyarakat dan manajemen kesehatan.

1.2 Tujuan

1.1.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penyusunan Profil Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 adalah diperolehnya

monitoring and information of health. The Health profile of Kepulauan Riau Province [is] are one of the facility to implement as a window to observe the level of achievement in health in Kepulauan Riau Province and by practicing the health services according with minimum service standard health sector. Health Profile of Kepulauan Riau Province is shown in graphic, table, also equipped in descriptive analysis. The boundaries to analyze it mainly due to the difficulty to serve the accurate data consistently.

Systematically, the composing of Health Profile in Kepulauan Riau Province is refer to composing Health Profile Guidance that published by Health Department Republic of Indonesia which concerns the aspect of (1) demography and geography, (2) level of health concerning mortality, morbidity and nutrition status; (3) implementation of health system, which covers health effort, health budgeting, health human resources, medicine and health supply, community empowerment and health management.

1.2 Objective

1.2 General Objective

General objective of composing the Health Profile of Kepulauan Riau Province Year of 2006 is to receive

gambaran derajat kesehatan masyarakat dan pelaksanaan pembangunan kesehatan di Provinsi Kepulauan Riau tahun 2006.

1.1.2 Tujuan Khusus

1. Diperolehnya gambaran umum keadaan geografis, kependudukan, tingkat pendidikan, dan lingkungan di Provinsi Kepulauan Riau tahun 2006.
2. Diketuainya Visi, Misi, Kebijakan serta Program-program Pembangunan Kesehatan di Provinsi Kepulauan Riau tahun 2006.
3. Diketuainya pencapaian pembangunan kesehatan di Provinsi Kepulauan Riau tahun 2006.
4. Diketuainya situasi sumber daya kesehatan di Provinsi Kepulauan Riau tahun 2006.
5. Diketuainya permasalahan-permasalahan yang dihadapi dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Provinsi Kepulauan Riau tahun 2006.

1.2 Sistematika Penulisan

Sistematika penyajian Profil Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 ini mengacu kepada Buku Pedoman Penyusunan Profil Kesehatan yang diterbitkan Depkes RI. Adapun susunan penulisannya adalah sebagai berikut :

description of community health level and implementation of health development on Kepulauan Riau Province year of 2006.

1.1.2 The Specific Objective

1. *To receive general description of geography, demography, level of education and environment in Kepulauan Riau Province year of 2006.*
2. *Knowledgeable the Vision. Mission, policy also health development programs in Kepulauan Riau Province year of 2006.*
3. *Knowledgeable the achievement of Health Development on Kepulauan Riau Province year of 2006.*
4. *Knowledgeable the situation of health resources on Kepulauan Riau Province year of 2006.*
5. *Knowledgeable the problems faced on doing the health development on Kepulauan Riau Province year 2006.*

1.2 Writing Systematical

The systematic presentation of Health Profile of Kepulauan Riau Province Year of 2006, refers to composing of Health Profile Guidance that published by Health Department Republic of Indonesia. The arrangement are as follow :

BAB I PENDAHULUAN

Bab ini berisi penjelasan tentang maksud dan tujuan penyusunan Profil Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau tahun 2006 dan sistematika dari penyajiannya.

BAB II GAMBARAN UMUM

Bab ini menyajikan tentang gambaran umum Provinsi Kepulauan Riau. Selain uraian tentang letak geografis, administratif dan informasi umum lainnya, bab ini juga mengulas faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kesehatan dan faktor-faktor lainnya meliputi kependudukan, pendidikan, dan keadaan lingkungan.

BAB III PROGRAM KESEHATAN

Bab ini menguraikan tentang visi, misi, permasalahan, arah kebijakan dan program pokok, serta target yang direncanakan oleh Provinsi untuk menuju Provinsi Kepulauan Riau Sehat 2010.

BAB IV PENCAPAIAN PROGRAM KESEHATAN

Bab ini menguraikan tentang apa saja yang telah dicapai selama tahun 2006, kemudian dibandingkan dengan target indikator yang telah ditetapkan baik dalam indikator Provinsi Sehat maupun indikator kinerja SPM bidang kesehatan. Maka sajian bab ini mencakup informasi tentang

CHAPTER I PREFACE

This chapter consists of explanation regarding the purpose and the objective of composing Health Profile Kepulauan Riau Province Year 2006 and systematical composing.

CHAPTER II THE MAIN DESCRIPTION

This Chapter presenting the general description of Kepulauan Riau Province. Besides description of geographical location, others general administrative and information, this chapter also reviews factors that influence to health and other factors covers demogradhy, educational, and environmental situation.

CHAPTER III HEALTH PROGRAMS

This chapter reviews of vision, mission, problems, policy direction and main program, also a target that has been planned by province to strive towards Kepulauan Riau Province Healthy year 2010.

CHAPTER IV THE ACHIEVEMENT OF HEALTH PROGRAM

This chapter reviews everything that has been achieved in 2006, then compared to indicator target that has been decided on the indicator of healthy province as well as results of SPM on health sector, then this chapter covers of information about achievement of

pencapaian Provinsi Sehat serta hasil pelaksanaan SPM antara lain meliputi gambaran tentang derajat kesehatan, keadaan lingkungan, dan upaya kesehatan.

BAB V SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN

Bab ini berisi uraian tentang keadaan sumber daya kesehatan di Provinsi Kepulauan Riau tahun 2006 yang meliputi sarana kesehatan, sumber daya tenaga kesehatan, dan sumber daya biaya untuk pembangunan kesehatan.

BAB VI KESIMPULAN

Bab ini diisi dengan sajian tentang hal-hal penting yang perlu disimak dan ditelaah lebih lanjut dari profil Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau tahun 2006. Selain keberhasilan-keberhasilan yang perlu dicatat, bab ini juga mengemukakan hal-hal yang dianggap masih kurang dalam rangka upaya menuju Provinsi Sehat.

LAMPIRAN

Lampiran ini meliputi tabel data berisi pencapaian Indikator Pembangunan Kesehatan di Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 yang mengacu pada data lampiran yang disusun oleh Pusat Data dan Informasi Departemen Kesehatan RI.

healthy province and implementation results of SPM which covers description of health level, the environmental situation and health efforts .

CHAPTER V HUMAN RECOURCES SITUATION

This Chapter contains review of situation of health human resources in Kepulauan Riau Province year 2005 consist of health facility, health human recourses and budgeting recourses for health development.

CHAPTER VI CONSLUSION

This Chapter is filled with important matter that needs to be observed and studied by Health Profile of Kepulauan Riau Province year 2006. Beside the successful that required to be noticed, this chapter also concludes the matters that required to be improved on the effort towards Healthy Province.

APPENDIX

This Appendix consist of data table of achievement Indicator of Health Development on Kepulauan Riau Province year 2006 that refers to appendix data which has been composed by Central Data and Information of Health Department Republic of Indonesia.

BAB 2

GAMBARAN UMUM

GENERAL DESCRIPTION

2.1 Geografis

Provinsi Kepulauan Riau dibentuk pada tahun 2002 yang didasarkan pada UU Nomor 25 tahun 2002 dan secara definitif berjalan sejak tahun 2004. Provinsi Kepulauan Riau merupakan provinsi yang ke-32 di Indonesia. Pada tahun 2006, Provinsi Kepulauan Riau terdiri dari 4 kabupaten dan 2 kota, 274 desa/kelurahan, dan 45 kecamatan. Nama-nama kabupaten/kota tersebut yaitu (1) Kabupaten Bintan ibukotanya Bintan Bunyu; (2) Kabupaten Karimun dengan ibukotanya Tanjung Balai Karimun; (3) Kabupaten Natuna ibukotanya Ranai; (4) Kabupaten Lingga ibukotanya Daik; (5) Kota Tanjung Pinang ibukotanya Tanjungpinang, dan (6) Kota Batam ibukotanya Batam.

Secara geografis Provinsi Kepulauan Riau terletak pada 04°15' LU - 0°45'LS dan 103°11' – 109°10' BT. Provinsi Kepulauan Riau merupakan daerah kepulauan yang terdiri atas pulau besar dan kecil kurang lebih 2.408 buah dimana sebanyak 366 pulau telah berpenghuni dan 2.042 pulau belum berpenghuni. Luas total wilayah Provinsi Kepulauan Riau adalah 253.420 km² terdiri dari luas lautan 242.825 km² (96%), dan luas daratan 10.595,41 km² (4%).

2.1 Geographic

Kepulauan Riau Province is formed on year 2002 based on UU number 25 year 2002 by definitive has been established since year 2004, Kepulauan Riau Province is the 32nd province in Indonesia. In 2006, Kepulauan Riau Province consist of 4 Districts and 2 Cities, 274 villages and 45 sub-districts. The names of the Districts/ Cities are : (1) Bintan District with Bintan Bunyu as its capital; (2) Karimun District with Tanjung Balai Karimun as its capital; (3) Natuna District with Ranai as its capital; (4) Lingga District with Daik as its capital; Tanjungpinang City with Tanjungpinang as its capital and (6) Batam City with Batam as its Capital.

Geographically Kepulauan Riau Province located on 04°15' North Latitude - 0°45' South Latitude and 103°11' - 109°10' East Longitude. Kepulauan Riau Province is an archipelago area consist of large and small islands around 2.408 islands whereas 366 islands have been inhabited and 2.402 islands have not been yet. Total area of Kepulauan Riau Province is 253.420 km² consist of 242.825 km² (96%) by sea, and the ground area is 10.595,41 km² (4%).

Provinsi Kepulauan Riau memiliki *The borderlines of The Kepulauan*
batas wilayah yaitu : *Riau Province are :*

- Sebelah utara : Berbatasan dengan Negara Vietnam dan Kamboja
- *North Region Within bounds by Vietnam and Kamboja Countries*
- Sebelah selatan : Berbatasan dengan Provinsi Bangka Belitung dan Provinsi Jambi
- *South Region Within Bounds with Bangka Belitung and Jambi Province*
- Sebelah barat : Berbatasan dengan negara Singapura, Malaysia dan Provinsi Riau.
- *West Region Within Bounds with Singapore, Malaysia and Riau Province*
- Sebelah timur : Berbatasan dengan Negara Malaysia Timur dan Provinsi Kalimantan Barat.
- *East Region Within Bounds with East Malaysia Country and West Kalimantan Province*

Untuk lebih jelasnya mengenai *For clearly about the Kepulauan Riau*
wilayah administrasi wilayah Provinsi *Administrative Area, can be seen in the*
Kepulauan Riau, dapat dilihat pada gambar *figure 2.1 as follow :*
2.1 berikut ini :

Gambar 2.1 : **Peta Provinsi Kepulauan Riau**
Figure 2.1 : **Map of Kepulauan Riau Province**



2.2 Kependudukan

Untuk tercapainya tujuan pembangunan dibutuhkan antara lain tersedianya sumber daya manusia yang tangguh, mandiri, dan berkualitas. Menyadari bahwa tercapainya tujuan pembangunan merupakan kehendak dari seluruh masyarakat, dan dalam rangka menghadapi makin ketatnya persaingan bebas pada era globalisasi, upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia harus dilakukan. Dalam hal ini peranan keberhasilan pembangunan kesehatan sangat menentukan. Penduduk yang sehat bukan saja akan menunjang keberhasilan program pendidikan, tetapi juga akan mendorong peningkatan produktivitas dan pendapatan penduduk.

2.2.1 Jumlah Penduduk

Jumlah penduduk Provinsi Kepulauan Riau dari tahun ke tahun menunjukkan adanya peningkatan. Jika pada tahun 2004 jumlah penduduk 1.235.054 jiwa, bertambah menjadi 1.273.011 jiwa pada tahun 2005, dan pada tahun 2006 bertambah lagi menjadi 1.337.863 jiwa. Berarti terjadi pertambahan penduduk sebesar 9,5%.

Data komposisi penduduk menurut jenis kelamin (sex ratio) pada tahun 2006 tidak diketahui, namun diprediksi tidak jauh berbeda dengan keadaan komposisi

2.2 Demography

To accomplish development objective needs human recourses whose integrity, autonomous and qualify. Realize that to be accomplished development objective is desire of all society, and on framework to face the firmness of globalization era, efforts to increase quality of human recourses must be done. On this matter the success of health development plays a major role. A healthy civilian will not be just as an important factor to support the success of education program, but it will encourage productivity increase and population income.

2.2.1 Population

Population of Kepulauan Riau Province from year to year shows an increasing. If on 2004 the population is 1,235,054 persons, increase become 1,273,011 persons by 2005, and in 2006 increasing by 1,337,863 person. Mean there was increasing of population by 9.5%.

The composition data of population by sex ratio on year 2006 are not known, but it was predicted not far from situation of civilian composition in 2005

penduduk pada tahun 2005 mengingat pertumbuhan penduduk yang konstan. Pada tahun 2005, jumlah penduduk perempuan lebih banyak dibandingkan penduduk laki-laki yang ditunjukkan dengan *sex ratio* sebesar 99,87. Hal ini kemungkinan disebabkan bahwa mayoritas industri di Provinsi Kepulauan Riau bergerak di bidang elektronika dan garmen yang banyak mempekerjakan karyawan wanita.

Hal penting lainnya yang dilihat dalam masalah kependudukan adalah rasio beban tanggungan. Angka beban tanggungan ini merupakan beban tanggungan ekonomi bagi kelompok usia produktif terhadap kelompok usia muda dan kelompok usia lanjut atau tua. Data rasio beban tanggungan di Kepulauan Riau dapat dilihat pada tabel 2.1 berikut :

remembering the growth population was constant. In 2005, total numbers of female civilian are much more if compared with male civilian shown by sex ratio by 99.87. This matter probably caused by industry majority in Kepulauan Riau Province is on field sector of electronics and garment which hires women as their employee.

Another important matter that can be seen on demography problems are this load burden. The number of the load is a burden for economics for productive age towards to youth age groups and old age groups. The data of load ratio on Kepulauan Riau Province can be seen on Table 2.1 as the following :

Jumlah Penduduk Berumur 15 Tahun ke Atas yang Termasuk Angkatan Kerja Menurut Golongan Umur, Daerah Tempat Tinggal dan Jenis Kelamin di Kepulauan Riau Tahun 2006
Tabel 2.1 : Total Population Age 15 years and Over as Labour Force by Age Group, Living Area and Sex in Kepulauan Riau Province year 2006

| No. | Golongan Umur Age | Perkotaan / Urban | Pedesaan / Rural |
|--------------|----------------------|--|--|
| | | Laki-laki + Perempuan Male + Female | Laki-laki + Perempuan Male + Female |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | 15 - 19 | 36,509 | 12,694 |
| 2 | 20 - 24 | 112,917 | 28,208 |
| 3 | 25 - 29 | 87,181 | 13,688 |
| 4 | 30 - 34 | 71,190 | 11,763 |
| 5 | 35 - 39 | 53,666 | 11,275 |
| 6 | 40 - 44 | 44,422 | 7,133 |
| 7 | 45 - 49 | 26,062 | 8,438 |
| 8 | 50 - 54 | 20,032 | 5,932 |
| 9 | 55 - 59 | 10,683 | 4,739 |
| 10 | 60 + | 15,410 | 5,532 |
| TOTAL | | 478,072 | 109,402 |

Sumber : BPS Kepulauan Riau, 2007 (Source : BPS of Kepulauan Riau, 2007)

Dari data di atas dapat dilihat bahwa rasio beban tanggungan tergolong dalam kategori tinggi yaitu sebesar 1,36 yang artinya bahwa 100 penduduk produktif menanggung 136 penduduk usia tidak produktif. Dari tabel di atas juga dapat dilihat bahwa penduduk usia tidak produktif pada umumnya tersebar pada kelompok umur < 15 tahun.

Hal ini menunjukkan bahwa banyaknya pasangan rumah tangga muda (pasangan usia subur) di Provinsi Kepulauan Riau. Untuk itu dalam rangka

From Data above can be seen that load ratio categorized on high category which is 1,36 means that 100 productive population carry 136 non productive age population, from table above also can be seen that non productive age population generally spread among <15 years age groups.

This point out that many of young household couples in Kepulauan Riau Province. Therefore in order to control

mengendalikan pertumbuhan penduduk program Keluarga Berencana (KB) perlu digalakkan kembali.

2.2.2 Kepadatan Penduduk

Tingkat kepadatan penduduk di Provinsi Kepulauan Riau pada tahun 2006 sebesar 126 jiwa/km². Angka ini menunjukkan angka yang lebih rendah jika dibandingkan dengan angka kepadatan penduduk pada tahun 2005 yaitu sebesar 134 jiwa/km². Namun perlu dicermati kemungkinan adanya penurunan tingkat kepadatan penduduk berkaitan dengan perbaikan data-data termasuk data luas wilayah. Jika pada tahun 2005 luas wilayah daratan Kepulauan Riau tercatat seluas 9.777 km², namun pada tahun 2006 data ini divalidasi dan menjadi 10.595 km².

Persebaran penduduk antardaerah kabupaten/kota di Provinsi Kepulauan Riau sangat timpang. Kota Batam dan Kota Tanjungpinang merupakan daerah dengan tingkat kepadatan tertinggi yaitu masing-masing sebesar 852 jiwa/km² dan 721 jiwa/km². Kota Batam menunjukkan adanya penurunan tingkat kepadatan penduduk sementara itu Kota Tanjungpinang menunjukkan peningkatan kepadatan penduduk yang signifikan. Hal ini kemungkinan berkaitan dengan adanya perpindahan pusat pemerintahan Provinsi Kepulauan Riau yang sebelumnya berada di

the growth of population Family Planning programs must be revitalized again.

2.2.2 Population Density

The level of population density in Kepulauan Riau Province year of 2006 is as many as 126 persons/km². This number shown numbers lower from population density on year 2005 which is 134 persons/km². But it must be conscientious that it is likely a descent level of population density link to reparation of data including vast region data. If on year 2005 the wide of land region in Kepulauan Riau province is 9,777 km², but on year 2006 this data is validated and become 19,595 km².

The spreading among region in Districts/cities in Kepulauan Riau Province is very unbalanced. Batam City and Tanjungpinang City are a region with highest levels which is 852 persons/km² and 721persons/km² each. Batam City shown a decrease on population density levels while Tanjungpinang City shown an significant increase of population density. This matter probably linked with the migration of central provisional Kepulauan Riau Province which is previously in Batam City. The level of population density on Batam City and

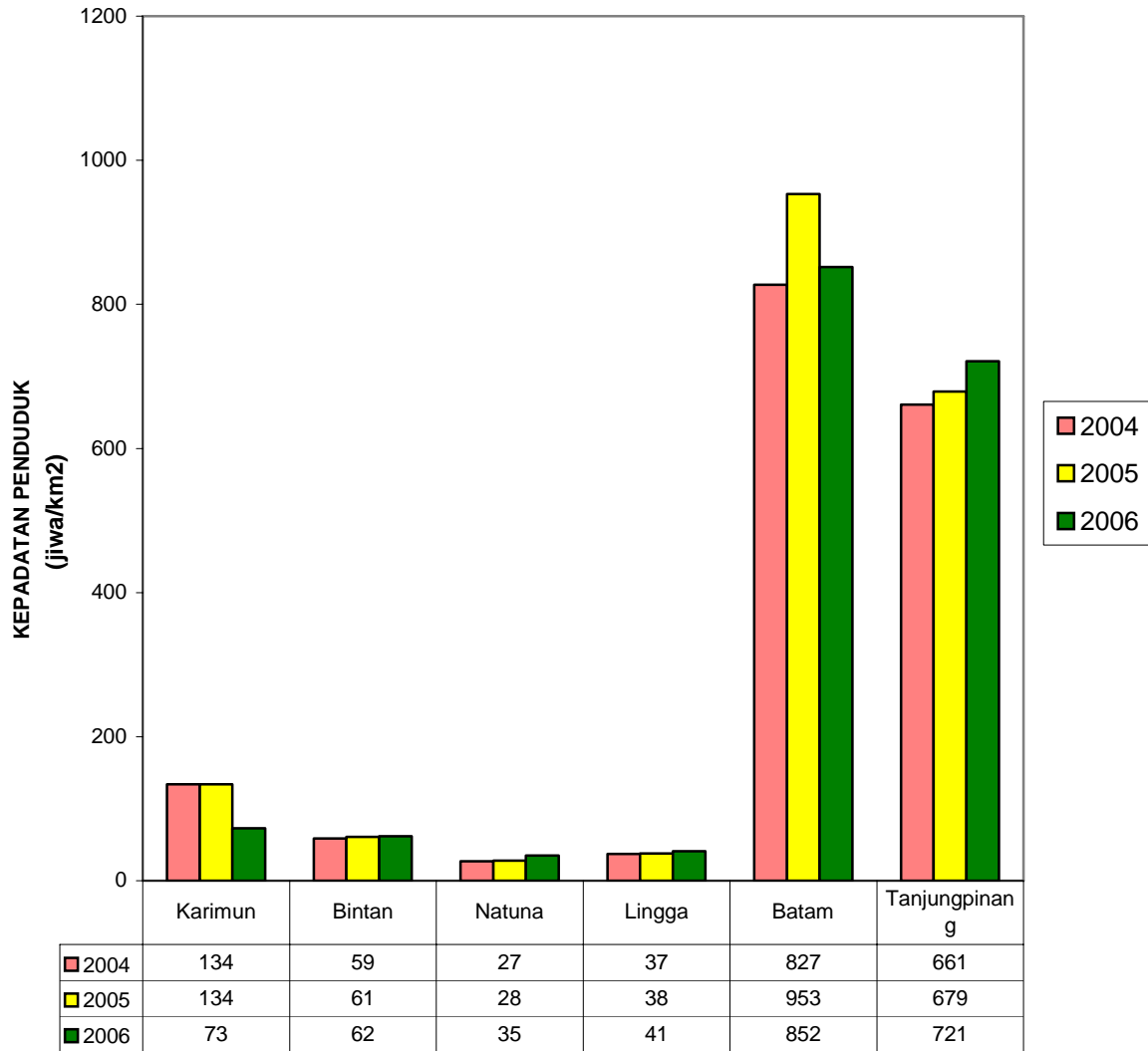
Kota Batam. Tingginya kepadatan penduduk di Kota Batam dan Tanjungpinang sangat berkaitan erat dengan ketersediaan lapangan pekerjaan dan berbagai sarana dan fasilitas kemudahan hidup lainnya dimana wilayah ini merupakan pusat-pusat industri, pusat pemerintahan, pusat perdagangan, pusat perbelanjaan, pusat pendidikan, dan pusat hiburan.

Pemerintah Kota Batam sejak tahun 2003 sampai saat ini masih memberlakukan Peraturan Daerah tentang Kependudukan yang bertujuan untuk mengantisipasi peningkatan jumlah penduduk di Pulau Batam yang pada umumnya pencari kerja. Hal ini dilakukan untuk meminimalisir angka pengangguran yang dapat mengakibatkan permasalahan sosial baru seperti peningkatan angka kriminalitas dan munculnya perkampungan kumuh. Gambaran kepadatan penduduk menurut kabupaten/kota selama tiga tahun terakhir dapat dilihat pada gambar 2.2 berikut, sedangkan untuk melihat data lengkapnya dapat dilihat pada data lampiran tabel 1.

Tanjungpinang are very closely linked with the readiness of occupation field and a variety of infrastructure among other easy of life facility whereas this region is a central industrial, central administration, central commerce, central shopping, central education and central entertainment.

The government of Batam City since year 2003 still put into effect regional official regulations of demography which as a purpose to anticipate the increase of population number in Batam City which mainly consist of job hunter. This is to minimalized the number of unemployed which can be resulted in new social problems such as the increase of criminality number and the turn of slump village. The distribution of population density by Districts/ Cities in the last three years can be seen on the following figure 2.2, while to see the more complete data can be seen on attachment data table 1.

Gambar 2.2 : Tingkat Kepadatan Penduduk Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau tahun 2004 – 2006
Figure 2.2 : Level of Population Density by District/ City in Kepulauan Riau Province year of 2004 - 2006



Sumber : BPS Provinsi Kepulauan Riau
Source : CBS of Kepulauan Riau Province

2.3 Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan memegang peranan penting dalam kehidupan masyarakat. Tingkat pendidikan akan mempengaruhi pola pikir, pengetahuan, sikap, perilaku serta wawasan masyarakat. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan semakin tinggi pula intelektualnya. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang pada umumnya semakin tinggi pula perilaku untuk hidup sehat.

Secara umum tingkat pendidikan dapat dilihat dari tingkat pendidikan formal yang ditamatkan. Berdasarkan data yang diperoleh dari BPS Provinsi Kepulauan Riau, yang diolah dari Hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional tahun 2005 menunjukkan bahwa tingkat pendidikan masyarakat baik perempuan maupun laki-laki masih rendah. Persentase penduduk yang menamatkan pendidikan tingkat SLTP ke atas hanya sebesar 50,4%.

Berdasarkan Angka Melek Huruf Penduduk Usia 15 tahun ke atas, masih ditemukan 4% penduduk yang masih buta huruf. Angka ini ditemukan tidak saja hanya di daerah pedesaan tetapi juga di daerah perkotaan. Data selengkapnya dapat dilihat pada tabel 2.2 berikut :

2.3 Education Level

Education level holds a major role on society life. Education level will influence the point of view, knowledge, attitude, behavior and insight society. The higher education level of someone then higher the living healthy behavior.

Generally education level can be seen from formal education finished, according to data given by CBS of Kepulauan Riau Province, processed by results of Social Economic National Survey year of 2005 shown that education level of society of male and female still low. The percentage of population that conclude education Junior High levels and over only as 50,4%.

According to literacy figure of population age 15 years or over, still found 4% population that still illiteracy. This figure is found not only in rural areas but also in cities. More complete data can be seen in the following table 2.2:

Tabel 2.2 : Angka Melek Huruf Penduduk Usia 15 + Menurut Kelompok Umur Tahun 2005
Table : Number of literacy on population age 15 + by Age groups year of 2005

| Kelompok Umur / <i>Age groups</i> | Perkotaan / <i>Urban</i> | Pedesaan / <i>Rural</i> | Perkotaan + Pedesaan / <i>Urban + Rural</i> |
|---|------------------------------------|-----------------------------------|---|
| 15 – 19 | 99,6 | 97,4 | 99,1 |
| 20 – 24 | 99,2 | 96,0 | 98,6 |
| 25 – 34 | 99,4 | 95,6 | 98,8 |
| 35 – 49 | 96,4 | 91,1 | 95,4 |
| 50 + | 87,9 | 77,1 | 84,6 |
| Jumlah/ Total | 97,2 | 91,1 | 96,0 |
| Laki-laki / Male | 98,4 | 94,8 | 97,6 |
| Perempuan / Female | 96,1 | 96,1 | 94,3 |

Sumber : BPS Provinsi Kepulauan Riau, "Indikator Kesejahteraan Rakyat Provinsi Kepulauan Riau tahun 2005"

Source : Central Board Statistic (CBS) Kepulauan Riau Province : "Indicator of Citizen Welfare Kepulauan Riau Province, 2005"

Pemerintah baik Pusat maupun Daerah terus berupaya untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia salah satunya melalui perbaikan pendidikan. Upaya yang dilakukan antara lain menambah sarana prasarana pendidikan termasuk penambahan dan peningkatan kemampuan tenaga pengajar. Perkembangan sarana prasarana pendidikan menurut kabupaten/kota untuk kurun tahun 2004-2006 dapat dilihat pada tabel berikut :

Central government as well as regional government continues their efforts to increase the quality of human resources through improvement the education. The efforts have to do with adding facility and infrastructure and increasing the capability of instructors. The growth of education facilities and infrastructures by District/City in time period 2004-2006 can be seen in the following table :

**Jumlah Sekolah Menurut Kabupaten/Kota Provinsi
Kepulauan Riau Tahun 2004-2006**

Tabel 2.3 : *Number of Schools by District/City Kepulauan Riau Province year of 2004-2006*
Table

| Kabupaten / Kota Districts/Cities | TK dan Sederajat Kindergarten and equal | | | SD dan Sederajat Elementary and equal | | | SMP dan Sederajat Junior high and equal | | | SMA dan Sederajat High school and equal | | |
|--------------------------------------|--|------------|------------|--|------------|------------|--|------------|------------|--|------------|------------|
| | 2004 | 2005 | 2006 | 2004 | 2005 | 2006 | 2004 | 2005 | 2006 | 2004 | 2005 | 2006 |
| Bintan | 24 | 5 | 5 | 90 | 90 | 95 | 19 | 16 | 24 | 7 | 9 | 12 |
| Batam | 162 | 113 | 117 | 174 | 174 | 203 | 42 | 43 | 70 | 30 | 32 | 47 |
| Karimun | 26 | 31 | 31 | 126 | 137 | 137 | 27 | 26 | 35 | 14 | 18 | 21 |
| Natuna | 24 | 23 | 23 | 133 | 133 | 134 | 27 | 17 | 30 | 16 | 16 | 16 |
| Tanjung pinang | 23 | 22 | 22 | 64 | 64 | 67 | 20 | 18 | 22 | 19 | 19 | 20 |
| Lingga | 9 | 9 | 10 | 108 | 108 | 108 | 14 | 12 | 19 | 8 | 8 | 7 |
| Provinsi Kepulauan Riau | 268 | 203 | 208 | 695 | 706 | 744 | 149 | 132 | 200 | 94 | 102 | 123 |

Sumber : www.kepriprov.go.id, di download pada tanggal 20 Agustus 2007
Source : www.kepriprov.go.id, downloaded on August 20th, 2007

Jumlah Guru di Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2005-2006

Tabel 2.4 : *Number of Teachers in Kepulauan Riau Province year of 2005-2006*
Table

| Kabupaten / Kota Districts/Cities | TK dan Sederajat Kindergarten and equal | | SD dan Sederajat Elementary and equal | | SMP dan Sederajat Junior high and equal | | SMA dan Sederajat High school and equal | |
|--------------------------------------|--|--------------|--|--------------|--|--------------|--|--------------|
| | 2005 | 2006 | 2005 | 2006 | 2005 | 2006 | 2005 | 2006 |
| Bintan | 7 | 8 | 964 | 944 | 972 | 988 | 187 | 292 |
| Batam | 648 | 619 | 1857 | 1617 | 957 | 1173 | 795 | 890 |
| Karimun | 137 | 152 | 1436 | 1527 | 594 | 603 | 476 | 507 |
| Natuna | 176 | 187 | 904 | 1069 | 329 | 366 | 238 | 209 |
| Tanjung pinang | 97 | 84 | 988 | 1106 | 462 | 477 | 559 | 539 |
| Lingga | 9 | 11 | 904 | 962 | 217 | 241 | 168 | 180 |
| Provinsi Kepulauan Riau | 1.074 | 1.061 | 7.053 | 7.225 | 3.531 | 3.148 | 2.423 | 2.617 |

Sumber : www.kepriprov.go.id, di download pada tanggal 20 Agustus 2007
Source : www.kepriprov.go.id, downloaded on August 20th, 2007

Sampai dengan tahun 2006, Sekolah Dasar di Provinsi Kepulauan Riau berjumlah 744 buah dengan jumlah murid 149.526 orang dan guru 7.225 orang, dengan rasio murid terhadap guru 1 : 20 dan rasio murid terhadap sekolah 1 : 200. Sarana pendidikan menengah yang terdata (sarana pendidikan nasional) untuk tingkat SLTP terdapat sebanyak 200 unit dengan jumlah murid SLTP 50.840 orang, dengan rasio murid terhadap guru SLTP sebesar 1 : 16. Sementara sarana pendidikan untuk tingkat SLTA (SMK dan SMU) terdapat 123 unit dengan jumlah murid 34.170 orang, rasio murid terhadap guru SMU sebesar 1 : 13.

2.4 Keadaan Lingkungan

H.L.Bloom memaparkan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat adalah lingkungan, bahkan lingkungan dikatakan sebagai faktor yang paling dominan. Lingkungan merupakan tempat hidup dan berkembang biaknya berbagai agen penyakit. Lingkungan ini meliputi lingkungan biologis, lingkungan fisik, lingkungan sosial dan lingkungan psikologis.

Lingkungan sehat bertujuan untuk mewujudkan mutu lingkungan hidup yang

Until 2006, Junior high School in Kepulauan Riau Province consist of 744 units with students of 149.526 persons and teachers 7,225 persons, with 1: 20 student towards teacher ratio and 1: 200 students towards school. The facility of middle education which has been data based (National educational facility) for junior high school as many as 200 units with total students of Junior High 50.840 persons, with ratio of student toward teacher of Junior High is 1: 16. Meanwhile the facilities of education for upper secondary school (SMK and SMU) consist of 123 units with total students are 34.170 persons, student ratio towards teacher of upper secondary high is 1: 13.

2.4 Environment Situation

H.L Bloom stated that one of the factors that influence the degree of Community Health are environment, even environment can be considered as the most dominant factor, environment are the living place and proliferating of many disease agent, this environment consist of biologic environment, physical environment, social environment and psychological environment.

Healthy environment have a purpose to achieved quality living environment which supports growth development of

sehat yang mendukung tumbuh kembang anak dan remaja, memenuhi kebutuhan dasar untuk hidup sehat, dan memungkinkan interaksi sosial serta melindungi masyarakat dari ancaman bahaya yang berasal dari lingkungan sehingga tercapai derajat kesehatan individu, keluarga dan masyarakat yang optimal.

Keadaan geografis suatu daerah sangat mempengaruhi jenis penyakit yang berkembang di daerah tersebut. Misalnya jenis penyakit yang ditemukan di daerah pegunungan berbeda dengan jenis penyakit yang berkembang di daerah pantai atau perairan. Provinsi Kepulauan Riau merupakan daerah kepulauan dimana sebagian besar wilayahnya merupakan daerah perairan. Hal ini menyebabkan daerah kepulauan Riau merupakan wilayah endemis penyakit malaria dan demam berdarah. Selain oleh faktor alami lingkungan, lingkungan buatan manusia bahkan cenderung lebih mendukung untuk terciptanya tempat perkembangbiakan penyakit yang kondusif. Misalnya kegiatan manusia di daerah-daerah penambangan yang tidak dikelola dengan baik seperti penambangan terbuka, bekas penambangan yang direklamasi akan menjadi suatu tempat yang menyenangkan pada perkembangbiakan bibit penyakit seperti nyamuk anoples dan aides agepty.

Dalam profil ini, indikator yang

child and teenager, fulfill the basic needs to live healthy, and to make possible social interaction also to protect society from danger threats that comes from the environment that support to achieve the optimum individual health level, families and society.

Geographical condition of a region is very influencing the types of diseases that develop in current region. For instance types of diseases that found on mountain region are different from the types of diseases that develop on beach or watery range. Kepulauan Riau Province is a region which most of the major part is covered by ocean. This caused Kepulauan Riau constitutes an endemic region for Malaria and Dengue Fever disease. Besides by natural environment factor, artificial environment by human have a tendency to support the creation a breeding place for conducive diseases. For instance human activities on mining areas that still unexploited properly such as open mining, former reclamation mining will be a prosperous place for breeding of diseases such as Anopheles mosquito and Aedes aegypti.

On this profile, the indicator that been

digunakan untuk melihat keadaan lingkungan adalah indikator-indikator persentase rumah sehat, persentase tempat-tempat umum dan pengelolaan makanan sehat, persentase keluarga memiliki akses air bersih.

2.4.1 Rumah Sehat

Rumah sebagai tempat tinggal hendaknya memenuhi syarat kesehatan dan kenyamanan yang dipengaruhi oleh faktor-faktor pencahayaan, penghawaan, suhu udara dan kelembaban dalam ruangan. Rumah sehat memungkinkan penghuni hidup sehat dan dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara layak.

Dari jumlah 63.234 rumah yang diperiksa dari 340.779 rumah yang ada di Provinsi Kepulauan Riau tercatat hanya 69,57% dinyatakan sehat dengan persentase tertinggi terdapat di Kota Batam, Karimun, dan Lingga. Sementara itu Kabupaten Bintan tercatat sebagai daerah dengan persentase rumah sehat yang paling rendah yaitu sebesar 49,04%. Kabupaten Natuna dimana pada tahun 2005 tercatat sebagai daerah dengan persentase rumah sehat paling rendah yaitu sebesar 45%, pada tahun 2006 menunjukkan peningkatan menjadi 54,72%.

Kota Batam menunjukkan peningkatan yang sangat signifikan. Jika pada tahun 2004 persentase rumah sehat

used to see environment condition are indicators percentage on healthy houses, percentage of healthy public places and management of food handling, percentage of families that have clean water access.

2.4.1 Healthy House

House as a living place ought to fulfill a healthy and comfort conditions that influenced by lighting, climate, air temperature and humidity factors on the room. Healthy house allows the occupant to live healthy and could do everyday activities properly.

From total of 63.234 houses those checked from 340.779 houses exist in Kepulauan Riau Province found only 69,57% are been classified as healthy with the highest percentage in Batam City, Karimun and Lingga. Meanwhile Bintan District is registered as a region with the lowest percentage of healthy house as many as 49,04%. In 2005, Natuna District is registered as a region with the lowest percentage of healthy houses which is 45%, but in 2006 shows an increasing by 54,72%.

Batam City shown a significant increasing. If in 2004 the percentage of healthy houses only around 44.78%,

hanya berkisar 44,78%, namun pada tahun 2005 meningkat menjadi 69,19% dan pada tahun 2006 menjadi 80,59%. Hal ini merupakan hal yang sangat menggembirakan. Predikat Kota Batam sebagai salah satu Daerah Terkotor pada tahun 2004 seolah terhapus terlebih pada tahun 2006 Kota Batam mendapat Penghargaan Adipura sebagai tanda penghargaan kepada daerah yang terbersih di Indonesia.

Dalam rangka meningkatkan persentase rumah sehat, berbagai upaya perlu terus digalakkan baik oleh pemerintah, swasta bersama-sama dengan masyarakat untuk mewujudkan rumah sehat termasuk lingkungan yang sehat. Penyediaan sarana dan prasarana penunjang kesehatan seperti saluran air limbah (drainase), ketersediaan air bersih, dan tempat pengolahan sampah merupakan hal-hal penting yang wajib dikelola dengan baik. Ketersediaan sarana prasarana ini perlu didukung juga dengan perilaku hidup sehat dan bersih oleh masyarakat.

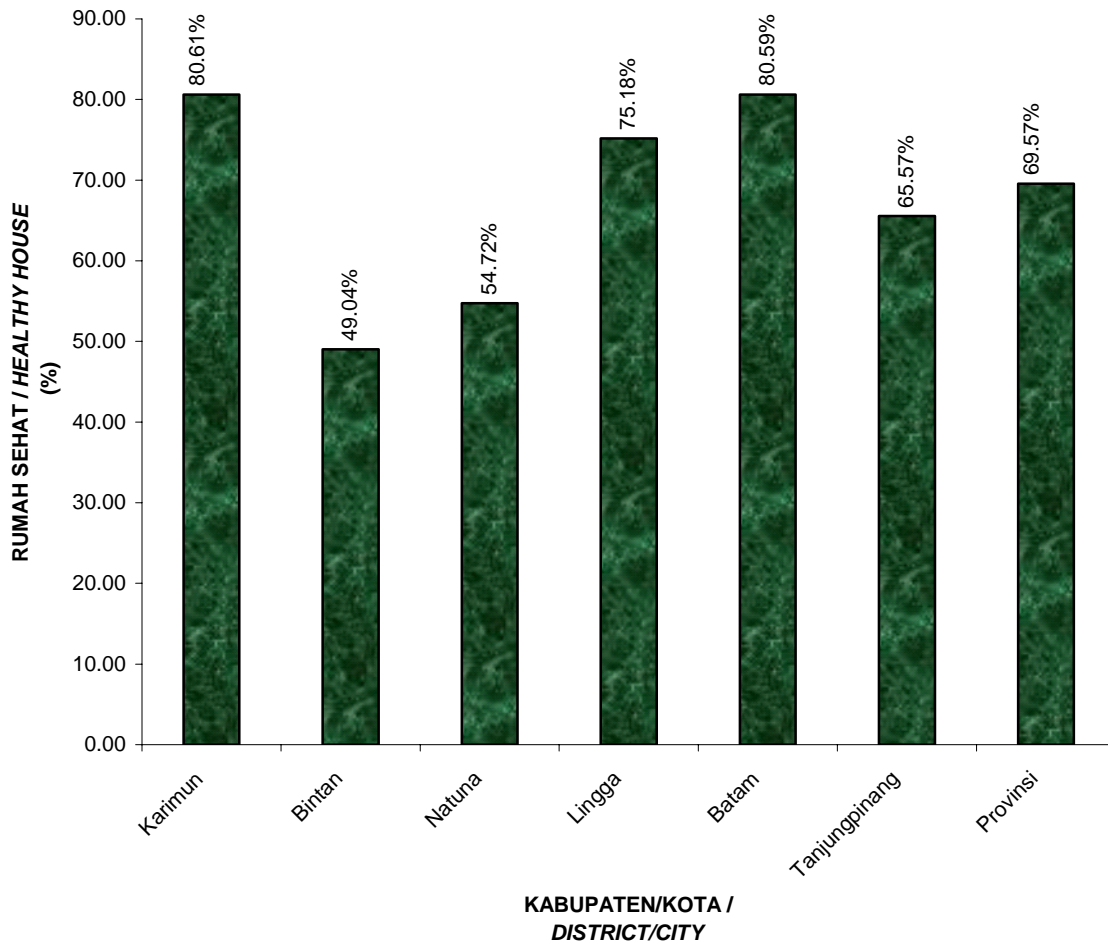
Data yang lebih lengkap tentang persentase rumah sehat dapat dilihat pada lampiran tabel 48. Secara grafik distribusi persentase rumah sehat menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau dapat dilihat pada gambar berikut:

however in 2005 increased by 69.19% and year of 2006 by 80,59%. This is a very good situation. The status of Batam City as one of the dirtiest region year of 2004 as if erased in 2006 where Batam City received Adipura appreciation as a sign of appreciation for the cleanest region in Indonesia.

In order to increase the percentage of healthy house, various efforts needs to be encouraged by government, private sector with community to shape healthy house including healthy environment, supplying facility and infrastructure needs to be backed by healthy and clean living behavior by community.

More complete data regarding percentage of healthy houses can be seen on attachment table 48. Graphically the distribution percentage of healthy houses by District/City Kepulauan Riau Province can be seen in the following figure :

Gambar 2.3 : **Persentase Rumah Sehat Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau tahun 2006**
Figure 2.3 : Percentage of Healthy House by District/City Kepulauan Riau Province Year of 2006



Sumber : *Profil Kesehatan Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006*
Source : Health Profile of District/City Kepulauan Riau Province Year of 2006

2.4.2 Tempat-tempat Umum dan Tempat Pengelolaan Makanan (TUPM)

Keracunan makanan dan minuman seringkali terjadi dalam masyarakat yang disebabkan oleh makanan dan minuman yang telah tercemar atau terkontaminasi dengan berbagai insektisida atau karena tempat pengelolaannya yang tidak higienis. Program pengawasan sanitasi tempat-tempat umum dan pengelolaan makanan (TUPM) bertujuan untuk meningkatkan kualitas lingkungan yang optimal pada tempat-tempat umum sehingga dapat melindungi masyarakat dari penularan penyakit, keracunan, kecelakaan dan gangguan pencernaan. Tempat-tempat umum yang diperiksa meliputi hotel/penginapan, tempat pengelolaan makanan (restoran), pasar, dan TUPM lainnya.

Pada tahun 2006, kegiatan pengawasan hygiene dan sanitasi tempat-tempat umum dan pengelolaan makanan (TUPM) yang dilaksanakan ditemukan dari 948 TUPM yang diperiksa dinyatakan bahwa jumlah TUPM yang memenuhi kriteria sehat adalah sebanyak 805 (84,92%). Angka ini menunjukkan adanya peningkatan jika dibandingkan dengan tahun lalu dimana jumlah TUPM sehat pada tahun 2005 sebanyak 81,50%. Dari berbagai tempat umum yang diperiksa dapat dilihat bahwa pasar merupakan

2.4.2 Public Places And Food Handling Places

Food and beverage poisoning often occur in society which caused by food and beverage that have been contaminated with insecticide or because the unhygienic management. Surveillance program in public places and food handling have a purpose to increase an optimal environment quality of public places from spreading of diseases, poisoning, accident and digestion disorder. Public places that have been checked covering of hotel, food management places (Restaurant), market, and the others TUPM.

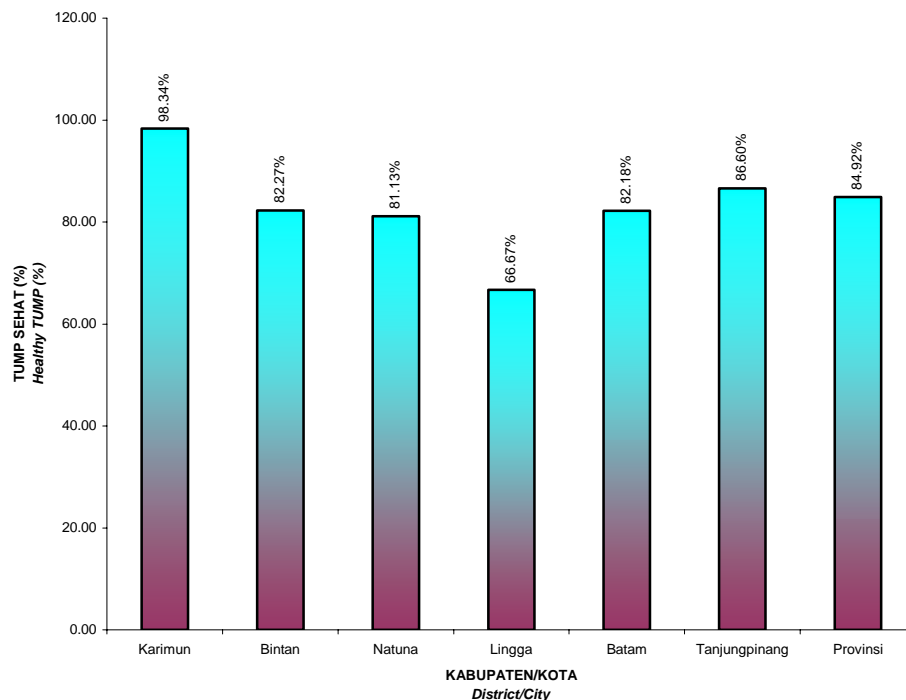
In 2006, surveillance activities of hygiene and sanitation in public places and food handling have been done and found from 948 TUPM which checked are announced that TUPM has fulfill healthy criteria is as many as 805 (84.92%). This number show a tendency if compared with last year where the number of healthy TUPM in 2005 as many as 81.50% from various public places with lowest level of health degree for 44%. Market sanitation management needs to keep on improving consider that

tempat umum dengan tingkat derajat kesehatan paling rendah yaitu sebesar 44%. Pengelolaan kebersihan pasar hendaknya perlu terus ditingkatkan mengingat salah satu peranan pasar adalah sebagai tempat jual beli bahan makanan yang seharusnya memiliki tingkat sanitasi yang tinggi. Untuk mengetahui persentase TUPM Sehat menurut kabupaten/kota data lebih lengkap dapat dilihat pada lampiran tabel 51 dan gambar 2.4 berikut :

one of the market role is as a food transaction place which should have a high level of sanitation. For knowing the more complete data of percentage healthy TUPM by district/city can be seen on annex table 51 and the following figure 2.4 :

Gambar
Figure

2.4 : Persentase Tempat Umum dan Pengelolaan Makanan (TUPM) Sehat Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006
Percentage of Healthy Public Places and Food Handling by District/City in Kepulauan Riau Province Year of 2006



Sumber : *Profil Kesehatan Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006*
Source : *Health Profile of District/City Kepulauan Riau Province Year of 2006*

Dari gambar di atas dapat dilihat bahwa persentase TUPM sehat terbanyak dijumpai di Kabupaten Karimun yaitu sebesar (98,34%) dan yang terendah di Kabupaten Lingga (66,67%). Persentase TUPM sehat dari tahun ke tahun menunjukkan fluktuasi yang tajam. Jika pada tahun 2005, Kabupaten Lingga tercatat sebagai kabupaten dengan presentase TUPM Sehat tertinggi yaitu sebesar 96% namun pada tahun 2006 malah menduduki sebagai daerah dengan persentase TUPM Sehat terendah yaitu sebesar 66,67%. Hal ini menunjukkan bahwa untuk mempertahankan tingkat kesehatan TUPM membutuhkan komitmen, usaha kerja keras, dan peran serta aktif dari semua sektor terkait dan masyarakat. Jika dibandingkan dengan target Nasional yaitu sebesar 80% maka Provinsi Kepulauan Riau sudah melebihi rata-rata Nasional.

From picture above we can see that the most percentage of healthy TUPM are found in Karimun District as many as (98.34%) and with the lowest in Lingga District (66.67%). The percentage of TUPM from year to year shown an sharp fluctuation, if by 2005 Lingga District was noted as a District with the highest percentage of healthy TUPM by 96% but year of 2006 on the contrary it place the lowest TUPM percentage which is 66,67%. This matter shown that to defend the level of Healthy TUPM needs a commitment, hard work effort, and active role from all sector attached and society. If compared with National target which is by 80% then Kepulauan Riau Province has exceeded national average.

BAB 3
PROGRAM PEMBANGUNAN KESEHATAN PROVINSI
KEPULAUAN RIAU TAHUN 2006
HEALTH DEVELOPMENT PROGRAM OF KEPULAUAN RIAU
PROVINCE YEAR OF 2006

Sejak Provinsi Kepulauan Riau dibentuk berdasarkan UU No. 25 tahun 2002, berbagai perangkat kerja telah dibentuk dengan tujuan untuk mempercepat pelaksanaan pembangunan di segala bidang. Dinas Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau merupakan salah satu dinas yang dibentuk di lingkungan Pemerintahan Provinsi Kepulauan Riau mengemban tugas untuk melaksanakan pembangunan bidang kesehatan

3.1 VISI

Dalam merumuskan visi, Dinas Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau dengan seksama memperhatikan dua dasar pembangunan kesehatan yaitu : (1) Dasar-dasar pembangunan kesehatan sebagaimana tercantum dalam Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010 dan Rencana Strategis Departemen Kesehatan 2005-2009 yaitu : (a) Perikemanusiaan; (b) Pemberdayaan dan Kemandirian; (c) Adil dan Merata; (d) Pengutamaan dan Manfaat; (2) Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2005-2010.

Dengan memperhatikan dua acuan tersebut dan juga mempertimbangkan perkembangan, masalah, dan

Since the forming of Kepulauan Riau Province based on UU No. 25 year 2002, various sets of work have been formed with the purpose to accelerate the implementation of development in all sectors. Health Office of Kepulauan Riau Province is one of the agencies that are made on government domain of Kepulauan Riau Province with responsibility to afford the implementation of development in health sector.

3.1 VISION

Formulating the vision, Health Office of Kepulauan Riau Province acted carefully by observing two main foundations of health development, those are : (1) Foundation of Health Development as written on Health Development Planning towards Healthy Indonesia 2010 and Strategic Planning of Health Department 2005 -2009 are : (a) Humanism (b) empower and autonomous (c) equality and equity (d) prominent and benefit; (2) Regional Development Planning in Middle Period (RPJMD) Kepulauan Riau Province year 2005-2010.

By observing the two references and also consider trend, problems, and tendency, as well as to achieve the target

kecenderungan serta untuk mencapai sasaran pembangunan jangka menengah bidang kesehatan di Provinsi Kepulauan Riau pada akhir tahun 2010, maka Visi Dinas Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau adalah **terwujudnya Kepulauan Riau Sehat.**

Dengan visi ini diharapkan Dinas Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau dapat menjadi penggerak pembangunan kesehatan untuk terwujudnya Kepulauan Riau Sehat dan mampu membina, mengembangkan serta melaksanakan pembangunan kesehatan sesuai tugas pokok dan fungsinya.

Kepulauan Riau Sehat sendiri adalah suatu kondisi yang merupakan gambaran masyarakat Provinsi Kepulauan Riau di masa depan, yang ditandai dengan penduduknya yang dapat menjangkau dan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata, dan berkeadilan, berperilaku hidup bersih dan sehat, hidup dalam lingkungan yang sehat, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

3.2 MISI

Dalam rangka mewujudkan Visi tersebut, maka Misi Dinas Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau adalah :

1. Meningkatkan Kinerja dan Mutu Pelayanan Kesehatan

Peningkatan kinerja dan mutu pelayanan kesehatan dilakukan melalui

*of development planning in middle period in health sector in Kepulauan Riau Province at the end of year 2010, the vision of Health Office Kepulauan Riau Province is the **forming of Kepulauan Riau Healthy.***

With this vision, Health Office of Kepulauan Riau Province is expected to be the motivator of health development to obtain Kepulauan Riau Healthy and to build, develop as well to implement health development according to its main duty and function.

Healthy Kepulauan Riau alone is a condition that picture the forming of Kepulauan Riau Province community in the future, and it's been marked by population that can reach and utilize high quality, equity, and equality health service, clean and healthy living behaviour, live in a healthy environment, also have the highest degree of health status.

3.2 MISSION

In order to realize that vision, the mission of Health Office of Kepulauan Riau Province are:

1. Improving the Performance and Quality of Health Service

Improving performance and quality of health service are made by developing

pengembangan kebijakan manajerial dan teknis serta pedoman dan prosedur kerja yang dapat dijadikan landasan bertindak setempat. Di samping itu dilakukan pula fasilitasi pengembangan sarana prasarana dan sumber daya kesehatan baik tenaga, biaya maupun obat dan perbekalan kesehatan bagi para pelaku pembangunan kesehatan. Dengan peningkatan kinerja dan mutu pelayanan kesehatan diharapkan upaya kesehatan dapat terselenggara dengan baik, dapat dicapai (*accessible*) dan dapat dijangkau (*affordable*) oleh segenap kalangan masyarakat serta terjamin mutunya (*quality*).

2. Memberdayakan Masyarakat dalam Bidang Kesehatan

Dengan melakukan pemberdayaan diharapkan masyarakat termasuk swasta dapat berpartisipasi aktif dalam melayani (*to serve*), melaksanakan advokasi (*to advocate*), serta mengkritisi (*to watch*) pembangunan kesehatan baik secara individu, kelompok maupun bersama masyarakat luas. Dinas kesehatan provinsi juga memfasilitasi kabupaten/kota dalam rangka pengembangan kapasitas (*capacity building*), pengembangan sistem kesehatan daerah dan dukungan sumber daya kesehatan.

managerial and technical policy as well as working guideline and procedure that could be used for a local baseline measures. Likewise besides to facilitate the development of facility and infrastructure and health resources including manpower, budget as well as medicine and buffer stock to all subjects of health development. By increasing the performance and quality of health service it's been hoped that health expedient can be implemented finely, accessible and affordable by all society also quarantining its quality.

2. Empowering The Community within Health Sector

By executing empowerment of society including private sector can actively participate, implement advocacy, also watch on health development even as an individual, groups or entire community. Provincial health office also facilitates districts/cities inside the frame work of capacity building, developing the regional health system and supporting health resources.

3. Melaksanakan Pembangunan Kesehatan Berskala Provinsi

Di samping berperan dalam pembinaan dan pengembangan pembangunan kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi melakukan pula pembangunan kesehatan berskala provinsi seperti : pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin, penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana, penanggulangan penyakit menular dan gangguan gizi, promosi kesehatan, kesehatan rujukan dan pelayanan kesehatan di daerah terpencil, tertinggal, daerah perbatasan dan pendayagunaan tenaga kesehatan.

4. Menyelenggarakan Manajemen Kesehatan yang Efektif

Dengan terciptanya manajemen yang dinamis dan akuntabel diharapkan fungsi-fungsi administrasi kesehatan dapat terselenggara secara efektif dan efisien yang didukung oleh sistem informasi serta hukum kesehatan.

3.3 PROGRAM DAN KEGIATAN

Berdasarkan visi dan misi, maka disusunlah program dan kegiatan yang hendak dicapai Dinas Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau tahun 2006 sebagai berikut:

3. Implementing Health Development by Provincial Scale

Besides having a role on building and elaboration of health development, Provincial Health Office also carry out health development on provincial scale such as : health service for poor society, tackle problems as a result of disasters, handling of communicable diseases and malnutrition, health promotion, referral health and health services on remote, hinterland, border areas and utilizing health manpower.

4. Organizing an Effective Health Management

By creating a management which is dynamic and accountable, expected that the function of health administration can be carry out in an effective and efficient manner which is backed by information system and health regulation.

3.3 PROGRAMS AND ACTIVITIES

Based on the vision and mission, programs and activities can be arranged to achieved by Provincial Health Office of Kepulauan Riau year 2006, as follow :

3.3.1 Peningkatan Upaya Kesehatan Masyarakat

1. Tujuan

Tujuan program ini adalah meningkatkan jumlah, pemerataan, dan mutu pelayanan kesehatan dasar di puskesmas dan jaringannya meliputi puskesmas pembantu, puskesmas keliling, dan bidan di desa/polindes.

2. Sasaran

- a. Meningkatnya cakupan rawat jalan menjadi sekurang-kurangnya 13% penduduk.
- b. Meningkatnya cakupan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan menjadi 75%.
- c. Meningkatnya cakupan pelayanan antenatal (K1) 90%, cakupan kunjungan neonatus (KN2) menjadi 90%, dan cakupan kunjungan bayi menjadi 90%.
- d. Terselenggaranya pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin secara gratis di puskesmas.

3.3.2 Peningkatan Upaya Kesehatan Perorangan dan Rujukan

1. Tujuan Program

Tujuan program ini adalah meningkatkan akses keterjangkauan dan mutu pelayanan kesehatan perorangan dan rujukan.

3.3.1 Increasing Expedient Public Health

1. Purpose

The purpose of this program is to increase number, even distribution, and quality of primary health services at health centre and its network covering sub health centre, periphery health centre, and midwife in rural/polindes (village delivery hut)..

2. Target

- a. *Increasing of outpatient care coverage at least 13% of the population.*
- b. *Increasing of delivery by health manpower coverage by 75%.*
- c. *Increasing of anti-natal care services (K1) coverage by 90%, neonatus visit (KN2) coverage by 90% and baby visit coverage by 90%.*
- d. *Holding of free health services for poor society at health centre.*

3.3.2 To Increase Individual and Referral Expedient Health

1. Purpose of the program

The purpose of this program is to increase an achievable access and quality of health service for personal and referral.

2. Sasaran

- a. Terselenggaranya pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin secara gratis di puskesmas dan rumah sakit kelas III sebesar 100%
- b. Meningkatnya cakupan rawat inap menjadi sekurang-kurangnya 1,3% penduduk.
- c. Meningkatnya jumlah rumah sakit yang melaksanakan pelayanan gawat darurat menjadi 90%, jumlah rumah sakit yang melaksanakan pelayanan obstetri dan neonatal emergensi komprehensif (PONEK) menjadi 80%, dan jumlah rumah sakit yang terakreditasi menjadi 75%.

3. Kegiatan pokok dan kegiatan indikatif program ini meliputi:

- a. Pembangunan dan pengembangan sarana prasarana rumah sakit.
- b. Pelayanan kesehatan penduduk miskin yang dirawat inap Kelas III Rumah Sakit
- c. Peningkatan mutu pelayanan rawat inap Kelas III Rumah Sakit

3.3.3 Peningkatan Kesehatan Ibu dan Anak

1. Tujuan Program

Tujuan program adalah mendukung upaya menurunkan angka kematian ibu melahirkan, angka kematian bayi dan balita.

2. Target

- a. To held a free health service for poor population at health centre and hospitals third class by 100%.
- b. Increase the coverage of inpatient care by at least 1.3%.
- c. To increase the total number of hospital that can perform Intensive care unit by 90%, total hospital that can perform obstetric and neonatal emergency comprehensive care (PONEK) by 80%, and total of hospitals that accredited by 75%.

3. Main Activities and Indicative Activities of This Program Cover :

- a. Building and expanding facilitation and infrastructure of hospitals.
- b. Population of poor Health service that treated class III Hospital
- c. Increase the quality of service in stay care class III Hospitals

3.3.3 Increasing Mother and Child Care

1. Purpose of the program

The purpose of the program are to backing the effort to reduce the mortality rate of giving birth mother, baby and infant mortality rate.

2. Sasaran

- a. Meningkatnya cakupan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan menjadi 75%.
- b. Meningkatnya cakupan pelayanan antenatal (K1) 90% , cakupan kunjungan neonatus (KN2) menjadi 90%, dan cakupan kunjungan bayi menjadi 90%.

3. Kegiatan Pokok & Kegiatan Indikatif

Kegiatan pokok dan kegiatan indikatif program ini meliputi :

- a. Peningkatan ketrampilan tenaga pengelola kesehatan ibu dan anak
- b. Pengadaan dan Peningkatan sarana pelayanan KIA
- c. Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak

3.3.4 Promosi Kesehatan & Pemberdayaan Masyarakat

1. Tujuan Program

Tujuan Program adalah memberdayakan individu, keluarga, dan masyarakat agar mampu menumbuhkan perilaku hidup bersih dan sehat, serta mengembangkan upaya kesehatan bersumber kesehatan.

2. Sasaran

- a. Terwujudnya komitmen semua *stakeholder* pembangunan kesehatan di semua tingkatan
- b. Terselenggaranya promosi

2. Target

- a. *To increase coverage of delivery which is helped by health staffs by 75%?*
- b. *to increase the coverage of neonatal service antenatal (k1) by 90%*

3. Main Activity & Indicative Activity

The main activity and indicative activities of this program comprise by:

- a. *Increasing the competency of staff mother and child to organize*
- b. *Procurement and increase the facilitate of KIA service*
- c. *Increasing the quality of mother and child service*

3.3.4 Health Promotion & Empowerment of the Society

1. Purpose of The Program

The purpose of the program are to empowering personnel, families, and community In order to cultivate a healthy and clean lifestyle, and building expedient health on health basis.

2. Target

- a. *To formed a commitment of the stakeholder health construction at every level*
- b. *To held a health promotion at*

kesehatan berskala provinsi dalam rangka pemberdayaan masyarakat.

- c. Meningkatnya rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat menjadi 40 %.

3. Kegiatan Pokok & Kegiatan Indikatif

Kegiatan pokok dan kegiatan indikatif program ini meliputi :

- a. Peningkatan pelatihan tenaga penyuluh kesehatan
- b. Pengembangan media promosi dan informasi perilaku hidup bersih dan sehat
- c. Pengembangan upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat
- d. Peningkatan pendidikan kesehatan kepada masyarakat
- e. Monitoring, evaluasi dan pelaporan

3.3.5 Perbaikan Gizi Masyarakat

1. Tujuan Program

Tujuan Program adalah meningkatkan kesadaran gizi keluarga dalam upaya meningkatkan status gizi masyarakat terutama kepada ibu hamil, bayi dan balita serta usia produktif.

2. Sasaran

- a. Meningkatnya persentase ibu hamil yang mendapat tablet Fe menjadi > 80%;
- b. Meningkatnya persentase Bayi Yang

provincial level of empowerment community scale

- c. *To increase household to have a clean and healthy behavior by 40%*

3. Main Activity & Indicative Activity

The main activity and indicative activities comprise by:

- a. *Increasing the training of health staffs elucidation.*
- b. *To expand media promotion and information on clean and healthy living behavior*
- c. *To expand expedient of public resources*
- d. *To increase health education to the public*
- e. *Monitoring, evaluating and reporting*

3.3.5 The Reparation of Public Nutrition

1. Purpose of the Program

The purpose of the program are to increase the awareness of nutrition in families in order to increase public nutrition status specially for pregnant women, babies and infant as well as productive age.

2. Target

- a. *To increase percentage of pregnant woman to receive Fe tablet by 80%;*
- b. *To increase percentage of babies*

- Mendapat ASI eksklusif menjadi 62%;
- c. Meningkatnya Balita yang mendapatkan vitamin A menjadi 80%;
 - d. Meningkatnya Balita gizi kurang dan gizi buruk yang ditangani menjadi 100%;
 - e. Meningkatnya Ibu hamil Kurang Energi Kronis (KEK) yang ditangani menjadi 100%.

receive exclusive mother milk by 62%;

- c. *To increase infant who receive vitamin A by 80%;*
- d. *To increase lack nutrition on infant under 5 years and malnutrition proportion by 100%;*
- e. *To increase of the treatment of pregnant woman lack of chronic energy proportion by 100%;*

3. Kegiatan Pokok & Kegiatan Indikatif

- a. Penyusunan peta informasi masyarakat kurang gizi;
- b. Penanggulangan KEP, Anemia Gizi Besi, Kekurangan Vitamin A dan kekurangan zat mikro lainnya;
- c. Pemberdayaan masyarakat untuk pencapaian keluarga sadar gizi.

3. The Main Activity & Indicative Activity

- a. *To arrange information map of lack of nutrition on community;*
- b. *To tackle KEP, anemic iron nutrition, lack of vitamin A and lack of other micro substance;*
- c. *Empowering the community to attain families nutrition awareness;*

3.3.6 Peningkatan Lingkungan Sehat

1. Tujuan Program

Tujuan program adalah mewujudkan mutu lingkungan hidup yang sehat melalui peningkatan dan pembinaan serta penggalangan kemitraan untuk menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan.

3.3.6 Increase Healthy Environment

1. Purpose of the program

Purpose of the program is to create a quality of living environment by means of increase and develop also to exist partnership to move construction of health concept.

2. Sasaran

- a. Meningkatnya persentase keluarga penghuni rumah yang memenuhi syarat kesehatan menjadi 80%,

2. Target

- a. *To increase the percentage of families who inhabit a house which fulfill healthy condition by 80%,*

persentase keluarga menggunakan air bersih : 85 % dan persentase keluarga menggunakan jamban memenuhi syarat kesehatan 80%.

- b. Meningkatnya persentase tempat-tempat umum (TTU) yang memenuhi syarat kesehatan menjadi 80%.

3. Kegiatan Pokok & Kegiatan Indikatif

Kegiatan pokok dan kegiatan indikatif program ini meliputi :

- a. Peningkatan penyediaan sarana air bersih dan sanitasi dasar
- b. Pemantauan kualitas lingkungan
- c. Peningkatan upaya pengawasan penyehatan makanan dan minuman
- d. Peningkatan wilayah sehat

3.3.7 Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit

1. Tujuan Program

Tujuan program : menurunkan angka kesakitan, kematian dan kecacatan akibat penyakit menular dan penyakit tidak menular. Prioritas penyakit menular yang ditanggulangi adalah Malaria, DBD, TB. Paru, Diare, Polio, HIV/AIDS, Pneumonia, penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Sedangkan penyakit tidak menular dan degeneratif yang prioritas ditanggulangi adalah penyakit jantung dan gangguan sirkulasi darah, diabetes mellitus, dan penyakit-penyakit lainnya.

percentage of families using clean water by 85% and percentage of families using toilet that fulfill health condition by 80%.

- b. Increasing the percentage of public places that fulfill the health standard by 80%.*

3. Main Activity and Indicative Activity

The main activity and indicative activities comprise of :

- a. Increasing the facility of clean water system and basic sanitation*
- b. Monitoring quality of environment*
- c. Increasing expedient of supervision the recapitalization of food and beverage*
- d. Increasing healthy region*

3.3.7 Prevention and Eradication of Disease

1. Purpose of the Program

Purpose of the program: to decrease morbidity, mortality and deformity caused by communicable and non-communicable disease. Priorities of the communicable disease that must be treated are malaria, dengue, tuberculosis, lungs, diarrhea, polio, HIV/ AIDS, pneumonia, are diseases that can be prevented through immunization. Whereas non-communicable and degenerative diseases which the priority are heart disease and disturbance in blood

circulation, diabetes mellitus, and other kinds of disease.

2. Sasaran

- a. Persentase desa yang mencapai Universal Child Immunization (UCI) menjadi di atas 80%.
- b. Meningkatnya Angka Penemuan Penderita (*Case Detection Rate*) penyakit TB menjadi 70% dan angka keberhasilan pengobatan (*Cure Rate*) TB menjadi di atas 85%
- c. Meningkatnya Angka Penemuan Acute Flaccid Paralysis (AFP) menjadi 2/100.000 anak usia kurang dari 15 tahun
- d. Meningkatnya penderita Demam Berdarah Dengue (DBD) yang ditangani menjadi 80%
- e. Meningkatnya penderita Malaria yang diobati menjadi 100%
- f. Menurunnya *Case Fatality Rate* (CFR) Diare pada saat Kejadian Luar Biasa (KLB) 1,2%
- g. Meningkatnya ODHA (Orang Dengan HIV/AIDS) mendapat pengobatan ART menjadi 100%

3. Kegiatan Pokok & Kegiatan Indikatif

Kegiatan pokok dan kegiatan indikatif program ini meliputi :

1. Peningkatan imunisasi
2. Pencegahan dan pemberantasan penyakit malaria
3. Pencegahan dan pemberantasan

2. Target

- a. *The percentage of rural that achieve Universal Child Immunization (UCI) become over 80%.*
- b. *Increasing of Case Detection Rate of TB disease by 70% and Cure Rate of TB become over 85%*
- c. *Increasing of the detection rate of Acute Flaccid Paralysis (AFP) become 2/100.000 for child that under 15 years old*
- d. *Increasing of Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) sufferer treated by 80%*
- e. *Increasing of the malaria sufferer cured by 100%*
- f. *Decreasing of Case Fatality Rate (CFR) of diarrhea at outbreak time by 1.2%*
- g. *Increasing of the HIV/AIDS sufferers to get ART treatment by 100%*

3. The Main Activity & The Indicative Activity

The main activity and the indicative activity in the program as follow:

1. *The immunization improvement*
2. *The prevention and the extermination of malaria*
3. *The prevention and the*

- penyakit DBD
4. Pencegahan dan Pemberantasan penyakit TBC
 5. Pencegahan dan Pemberantasan penyakit IMS (Infeksi Menular Seksual)/Penyakit Menular Seksual (PMS).
 6. Pencegahan dan Pemberantasan penyakit diare
 7. Pencegahan dan Pemberantasan penyakit ISPA/Pneumonia
 8. Peningkatan Surveilans Epidemiologi dan Penanggulangan Wabah/KLB
 9. Pencegahan dan Pemberantasan penyakit degeneratif

- extermination of the DHF*
4. *The prevention and the extermination of the TBC*
 5. *The prevention and the extermination of the STI (sexual transmitted infection)/sexual transmitted diseases (STD)*
 6. *The prevention and the extermination of the diarrhea/gastroenteritis*
 7. *The prevention and the extermination of the ARI/Pneumonia*
 8. *The improvement of the Surveillance Epidemiology and the controlling of epidemic/outbreak*
 9. *The prevention as well as the extermination of the degenerative*

3.3.8 Farmasi dan Makanan

1. Tujuan Program

Tujuan Program adalah melindungi masyarakat dari penyalahgunaan pemakaian sediaan farmasi dan alat-alat kesehatan, serta produk makanan dan minuman yang beredar di masyarakat, sarana kefarmasian, serta pelayanan swasta lainnya.

2. Sasaran

- a. Ketersediaan obat esensial generik di sarana pelayanan kesehatan menjadi 90%

3.3.8 The Pharmacy and The Food

1. The Purpose of the Program

The purpose of this program is guarding the public community in transgression of using the pharmacy facilities as well as others necessary health equipments, also the food and beverages that distributed in the market, the pharmacies facilities, also other necessary private sector services.

2. The goal

- a. *The generic essential facility of health services has become 90%*
- b. *The generic essential medical*

- b. Anggaran obat esensial generik di sektor Publik setara 2 USD/kapita/tahun

budget in public sector is equaled to 2 of USD/capita/yearly

3. Kegiatan Pokok & Kegiatan Indikatif

Kegiatan pokok dan kegiatan indikatif program ini meliputi :

- a. Peningkatan Penyediaan obat pelayanan dasar
- b. Peningkatan pengawasan peredaran dan pemakaian sediaan farmasi, obat-obatan, obat tradisional, alat kesehatan serta makanan dan minuman

3. The main activity & The indicative activity

The main activity and the indicative activity in the program as follow:

- a. The improvement of an essential medical services facilities*
- b. The improvement of distribution security and exploited the pharmacy facility, medicals, traditional medicinal, the health equipment also food and beverages*

3.3.9 Sumber Daya Kesehatan

1. Tujuan Program

Tujuan program adalah meningkatkan jumlah, mutu, dan penyebaran tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan.

3.3.9 The Health Resources

1. The Program Goal

The program goal has to progress and develop the quantity, quality, and supplying of health expertise as required in Health Development.

2. Sasaran

- a. Tenaga Bidan dan Perawat ditingkatkan pendidikannya minimal strata D3
- b. Pengiriman tugas belajar S1 dan S2 berbagai jurusan sesuai kebutuhan
- c. Pendidikan dan Pelatihan Teknis dan Manajemen
- d. Penempatan tenaga kesehatan strategis ke fasilitas kesehatan yang membutuhkan

2. The goal

- a. The midwife and nurses need to be raised in minimal D3 education background.*
- b. The delivering of S1 and S2 task in varieties of field as required.*
- c. The Education and Technique Training as well as Management.*
- d. The placement of strategy health expertise to the health facility as required.*

3. Kegiatan Pokok & Kegiatan Indikatif

Kegiatan pokok dan kegiatan indikatif program ini meliputi :

- a. Perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan
- b. Peningkatan ketrampilan dan profesionalisme tenaga kesehatan
- c. Pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan tenaga kesehatan
- d. Pembinaan tenaga kesehatan termasuk pengembangan karir tenaga kesehatan dan PNS

3.3.10 Kebijakan dan Manajemen

1. Tujuan Program

Tujuan program adalah mengembangkan kebijakan dan manajemen pembangunan kesehatan guna mendukung penyelenggaraan sistem kesehatan guna mendukung penyelenggaraan sistem kesehatan daerah dan sistem kesehatan nasional.

2. Sasaran

- a. Tersusunnya Rencana Strategis
- b. Tersusunnya Rencana Kerja (Renja) dan Rencana Kerja dan Anggaran (RKA).
- c. Tersusunnya Profil Kesehatan
- d. Tersusunnya Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP)
- e. Tersusun dan tersosialisasinya regulasi sektor kesehatan
- f. Terwujudnya koordinasi jajaran

3. The main activity and The Indicative activity

The main activity and the indicative activity in the program as follow:

- a. The planning and the health expertise needs.*
- b. The improvement of skill and the health professional expertise.*
- c. The health expertise education and training.*
- d. The health expertise guiding included the career development of health expertise as well as government officers*

3.3.10 The Management and Policy

1. The Program goal

The program goal has to develop and extend the policy as well as management of health development subsequently to maintain the health organization system in the region as well as national health system.

2. The goal

- a. The strategic plan is arranged*
- b. The working plan and Plan of action and budgeting are arranged*
- c. The health profile is arranged*
- d. The Government Institution Performance Accountability Report is arranged*
- e. The health sector of regulation is arranged and socialized*
- f. The coordination on the health level in*

kesehatan di berbagai tingkatan.

3. Kegiatan Pokok & Kegiatan Indikatif

Kegiatan pokok dan kegiatan indikatif program ini meliputi :

- a. Penyusunan perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan
- b. Pengembangan sistem informasi kesehatan (SIK)
- c. Peningkatan jaminan pembiayaan kesehatan masyarakat secara kapitasi dan pra upaya terutama bagi penduduk miskin yang berkelanjutan.

3.3.11 Penelitian dan Pengembangan

1. Tujuan Program

Tujuan program ini adalah untuk meningkatkan penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan sebagai masukan dalam perumusan kebijakan dan program pembangunan kesehatan.

2. Sasaran

Terlaksananya survei kesehatan daerah sesuai kebutuhan

3. Kegiatan Pokok & Kegiatan Indikatif

- a. Penelitian dan pengembangan
- b. Pengembangan tenaga, sarana dan prasarana penelitian
- c. Penyebarluasan dan pemanfaatan hasil penelitian dan pengembangan kesehatan.

varieties of stage is organized

3. The Main Activity and the Indicative Activity

The main activity and the indicative activity in this program as follow:

- a. The arrangement of planning and health development budgeting.*
- b. The development of health information system (HIS)*
- c. To assist and effort the enlargement of costing guaranteed especially for poverty community.*

3.3.11 Research and Development

1. The Program Goal

The program goal has to improve the research and development of knowledge as well as health technology as a preparation to construct the policy and health development program.

2. The goal

The Regional Health Survey is implemented as required

3. The Main Activity and the Indicative Activity

- a. The research and development*
- b. The development of expertise, facility and infrastructure of research*
- c. The enlargement and the utilization of research outcome as well as health development.*

BAB 4

PENCAPAIAN ROGRAM KESEHATAN HEALTH PROGRAM ACHIEVEMENT

Untuk mengukur keberhasilan pembangunan kesehatan diperlukan indikator-indikator. Indikator bidang kesehatan yang digunakan meliputi : 1) Indikator Derajat Kesehatan sebagai Hasil Akhir, yang terdiri atas indikator-indikator untuk mortalitas, morbiditas, dan status gizi; 2) Indikator Hasil Antara, yang terdiri atas indikator-indikator untuk Keadaan Lingkungan, Perilaku Hidup, Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan; serta 3) Indikator Proses dan Masukan, yang terdiri atas indikator-indikator untuk Pelayanan Kesehatan, Sumber Daya Kesehatan, Manajemen Kesehatan, dan Kontribusi Sektor Terkait.

4.1 Derajat Kesehatan

Derajat kesehatan dapat 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 (Lo). Sedangkan untuk mortalitas telah disepakati tiga indikator, yaitu : Angka Kematian Bayi (AKB) per 1.000 Kelahiran Hidup, Angka Kematian Balita (AKABA) per-1000 Kelahiran Hidup, Angka Kematian Ibu Melahirkan per 100.000 Kelahiran Hidup . Untuk morbiditas indikator yang digunakan

To measure the achievement of health program needed indicators. Indicator that can used in health sector such as: 1) Health Degree as Final Result Indicator, consist of indicator for mortality, morbidity, and nutrition status; 2) Interval Variable Indicator, consist of indicator for environment condition, life style, access and quality of health services; and 3) Process and Input Indicator, consist of indicator for health services, health resources, health management, and contribution of link sector.

4.1. Health Status

Health status could be seen on quality of life and mortality elements include the influence factors as morbidity and nutrition status. For quality of life, indicators that used are life expectancy at birth (Lo). Meanwhile for morbidity had taken agreement by using three indicators, they are : Infant Mortality Rate (IMR) per 1,000 live births, Under Five Child Mortality Rate per 1,000 live births, Maternal Mortality Rate (MMR) per 100,000 live births. For morbidity, indicators that used are

adalah Angka Kesakitan Malaria per-1000 penduduk, Angka Kesembuhan Penderita TB Paru BTA(+), Prevalensi HIV (Presentase Kasus terhadap Penduduk Beresiko), Angka Acute Flaccid Paralysis (AFP) pada Anak Usia < 15 tahun per 100.000 Anak, Angka Kesakitan Demam Berdarah Dengue (DBD) per - 100.000 Penduduk. Sementara untuk penilaian status gizi, indikator yang digunakan adalah Persentase Balita dengan Gizi Buruk, Persentase Kecamatan Bebas Rawan Gizi.

Program-program pembangunan kesehatan yang dilaksanakan mengutamakan upaya peningkatan dan pemeliharaan kesehatan serta memperhatikan ketersediaan sumber daya kesehatan di masa yang akan datang, oleh sebab itu pelaksanaan program-program kesehatan dilakukan secara terpadu dengan pembangunan sektor lain yang terkait serta dengan partisipasi aktif masyarakat.

Sebagaimana disebutkan oleh H.L. Bloom, bahwa derajat kesehatan itu dipengaruhi oleh faktor lingkungan (fisik, biologi, ekonomi, sosial budaya), perilaku, pelayanan kesehatan, dan keturunan, maka upaya-upaya kesehatan yang dilakukan adalah program-program yang mengarahkan agar keempat faktor tersebut dapat bersinergi untuk secara bersama-sama meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Untuk menggambarkan derajat kesehatan masyarakat Provinsi Kepulauan Riau berikut ini dipaparkan situasi mortalitas, morbiditas, dan status gizi

malaria morbidity rate per 1,000 population, number of recovery Pulmonary Tb, HIV prevalence (percentage of cases against risk population), acute flaccid paralysis (AFP) rate on children < 15 years old per 100,000 children, Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) per 100,000 population. Meanwhile for nutrition status evaluation, by using indicators percentage of under-fives child with poor nutrition, Percentage of subs district free from lack nutrition.

Health development programs that implemented have to increase and maintain health also observe availability of health resources on the future, therefore the implementation of health programs should integrated with the development of other relevance sectors and society active participation.

As H.L. Bloom said that health status influenced by environmental factors (physics, biology, economic, social and culture), behaviour, health services, and genetic so health efforts which implemented were programs that gave directions so that the fourth factors be synergism and together to increase health status of society.

To describe health status of society of Kepulauan Riau Province, the following explanation is about mortality, morbidity, and nutrition status of society.

masyarakat.

4.1 Mortalitas

Mortalitas atau kematian merupakan salah satu dari tiga komponen demografi selain fertilitas dan migrasi, yang dapat mempengaruhi jumlah dan komposisi umur penduduk. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan kematian sebagai suatu peristiwa menghilangnya semua tanda-tanda kehidupan secara permanen, yang bisa terjadi setiap saat setelah kelahiran hidup. Kasus kematian terutama dalam jumlah banyak berkaitan dengan masalah sosial, ekonomi, adat istiadat maupun masalah kesehatan lingkungan. Indikator kematian berguna untuk memonitor kinerja pemerintah pusat maupun lokal dalam peningkatan kesejahteraan masyarakat.

Kematian dewasa umumnya disebabkan karena penyakit menular, penyakit degeneratif, kecelakaan atau gaya hidup yang beresiko terhadap kematian. Kematian bayi dan balita umumnya disebabkan oleh penyakit sistim pernapasan bagian akut (ISPA) dan diare. Faktor gizi buruk juga menyebabkan anak-anak rentan terhadap penyakit menular, sehingga mudah terinfeksi dan menyebabkan tingginya kematian bayi dan balita di suatu daerah.

Faktor sosial ekonomi seperti pengetahuan tentang kesehatan, gizi dan kesehatan lingkungan, kepercayaan, nilai-nilai, dan kemiskinan merupakan faktor

4.1 Mortality

Mortality or death is one of three components of demography besides fertility and migration that able to influent number and composition of population age. World Health Organization (WHO) defines mortality is an event when all signs of life disappear permanently, that could happen every time after live births. Mortality case mainly in big size is related to social problem, economic, and culture and even about environment health. Mortality indicator use to monitor both central and local government performance to increase welfare of society.

Adult mortality generally caused by communicable diseases, degenerative diseases, accident or high risk life style to mortality. Infant mortality and under five generally caused by acute respiratory infection and diarrhea. Poor nutrition causes children susceptible to communicable diseases, until easy to get infection and the result high mortality for infant and under five in some area.

Economic social factors as knowledge about health, nutrition and environment, religion, values, and poverty are individual factor and family,

individu dan keluarga, mempengaruhi mortalitas dalam masyarakat (Budi Oetomo, 1985).

Angka kematian dapat digunakan sebagai salah satu indikator dalam penilaian keberhasilan pelayanan kesehatan serta menggambarkan perkembangan derajat kesehatan masyarakat. Berikut yang akan dijabarkan meliputi angka kematian bayi (AKB), angka kematian balita (AKABA), dan angka kematian ibu maternal.

4.1.1 Angka Kematian Bayi (AKB)

Banyak faktor yang dikaitkan dengan kematian bayi. Secara garis besar, dari sisi penyebabnya, kematian bayi ada dua macam yaitu endogen dan eksogen. Kematian bayi endogen atau yang umum disebut dengan kematian neonatal yaitu kematian bayi yang terjadi pada bulan pertama setelah dilahirkan. Umumnya disebabkan oleh faktor-faktor yang dibawa anak sejak lahir, yang diperoleh dari orang tuanya pada saat konsepsi atau didapat selama kehamilan. Kematian bayi eksogen atau kematian post neo-natal adalah kematian bayi yang terjadi setelah usia satu bulan sampai menjelang usia satu tahun yang disebabkan oleh faktor-faktor yang bertalian dengan pengaruh lingkungan luar.

Angka Kematian Bayi dapat digunakan untuk menggambarkan keadaan sosial ekonomi masyarakat. Juga dapat digunakan untuk pengembangan perencanaan misalnya adalah berbeda program dan kegiatan antara kematian neo-

which influent to community mortality (Budi Oetomo, 1985).

Mortality rate can be used as an indicator to evaluate the successful of health services and also to describe community health status development. Below can be seen explanation of Infant Mortality Rate (IMR), Five Under Mortality Rate, and Maternal Mortality Rate (MMR).

4.1.1 Infant Mortality Rate (MMR)

Many factors can be related to infant mortality. Mainly, from its causes side, there are two types of infant mortality, are endogen and exogenous. Endogen infant mortality or commonly called neonatal mortality is the infant mortality that occurred at first month after live births. Generally caused by factors that brought since the baby was born, which got from it parents on conception or pregnancy time. Exogenous infant mortality or post neo-natal mortality is the infant mortality that occurs one month till near to one year caused by influence from outer environment.

Infant mortality rate can be used to description of community economic social. Even to develop health planning, it has different programs and activities between neonatal mortality and other infant mortality. Because of neonatal

natal dan kematian bayi yang lain. Karena kematian neo-natal disebabkan oleh faktor endogen yang berhubungan dengan kehamilan maka program-program untuk mengurangi angka kematian neo-natal adalah yang bersangkutan dengan program pelayanan kesehatan Ibu hamil, misalnya program pemberian pil besi dan suntikan anti tetanus.

Secara nasional angka kematian bayi telah banyak mengalami penurunan yang cukup besar. Pada tahun 1995 AKB diperkirakan sebesar 55 per 1.000 kelahiran hidup, kemudian turun menjadi 52 pada tahun 1997, dan turun lagi menjadi 44 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2000. AKB menurut hasil Surkesnas/Susenas berturut-turut pada tahun 2001 sebesar 50 per 1.000 kelahiran hidup dan pada tahun 2002 sebesar 45 per 1.000 kelahiran hidup. Sedangkan AKB menurut hasil SDKI 2002-2003 terjadi penurunan yang cukup besar, yaitu menjadi 35 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2002-2003. Laporan Pengembangan Pembangunan Manusia tahun 2004 menyebutkan AKB tahun 2002 sebesar 43,5 per 1.000 kelahiran hidup.

Dalam hal kematian, Indonesia mempunyai komitmen untuk mencapai sasaran *Millenium Development Goals* (MDGs) untuk menurunkan Angka Kematian Anak sebesar dua per tiga dari angka di tahun 1990 atau menjadi 20 per 1000 kelahiran bayi pada tahun 2015. Untuk mencapai tujuan ini diperlukan usaha yang sungguh-sungguh dari berbagai instansi terkait, mulai dari pemerintah baik pusat

mortality caused by endogen factor related to pregnancy therefore programs have aim to reduce neonatal mortality rate should relevantly to pregnant women health services, as giving Fe tablet program and anti tetanus injection.

Nationally, infant mortality rate had decreased significantly. If in 1995, IMR was around 55 per 1.000 live births; less again became 52 in 1997 and 44 per 1.000 live births in 2000. IMR based on National Health Survey (Surkesnas) and National Social-economic Survey (Susenas) consecutively 50 per 1.000 in 2001 and 45 per 1,000 live births in 2002. Meanwhile IMR based on Indonesia Demography and Health Survey (SDKI) in 2002-2003 there was a big decreasing, became 35 per 1,000 live births. National Human Development Report mentioned that IMR in 2002 was 43.5 per 1,000 live births.

About mortality, Indonesia had commitment to achieve the target of Millennium Development Goals (MDGs) by decreasing child mortality rate as much two third of in 1990 or become 20 per 1,000 baby birth in 2015. To achieve this goal needed serious effort from various relevance sectors; include central government, local NGO and general community.

maupun daerah, LSM dan masyarakat pada umumnya.

Gambaran perkembangan estimasi AKB secara nasional dari beberapa sumber dapat dilihat pada tabel berikut:

Description about estimation of National IMR development from various sources can be seen in the table below :

Tabel 4.1 : Estimasi Angka Kematian Bayi per 1.000 Kelahiran Hidup Menurut SUPAS, SUSENAS, dan SDKI di Indonesia Tahun 1995 s.d 2003
Table 4.1 : Estimated Infant Mortality Rate per 1,000 Live births Based on SUPAS (Intercensal Population Survey), SUSENAS, and SDKI in Indonesia Year of 1995 – 2003

| Tahun Year | Estimasi SUPAS <i>Estimation of SUPAS</i> | Estimasi SUSENAS <i>Estimation of SUSENAS</i> | SDKI <i>SDKI</i> |
|---------------|---|---|---------------------|
| 1995 | 55 | 56 | - |
| 1996 | 54 | - | - |
| 1997 | 52 | - | 52 |
| 1998 | 50 | 49 | - |
| 1999 | 44 | - | - |
| 2000 | 47 | - | - |
| 2001 | - | 50 | - |
| 2002 | - | 45 | 35 |
| 2003 | - | - | 35 |

Sumber : Profil Kesehatan Indonesia, 2003
Source: Indonesia Health Profile, 2003

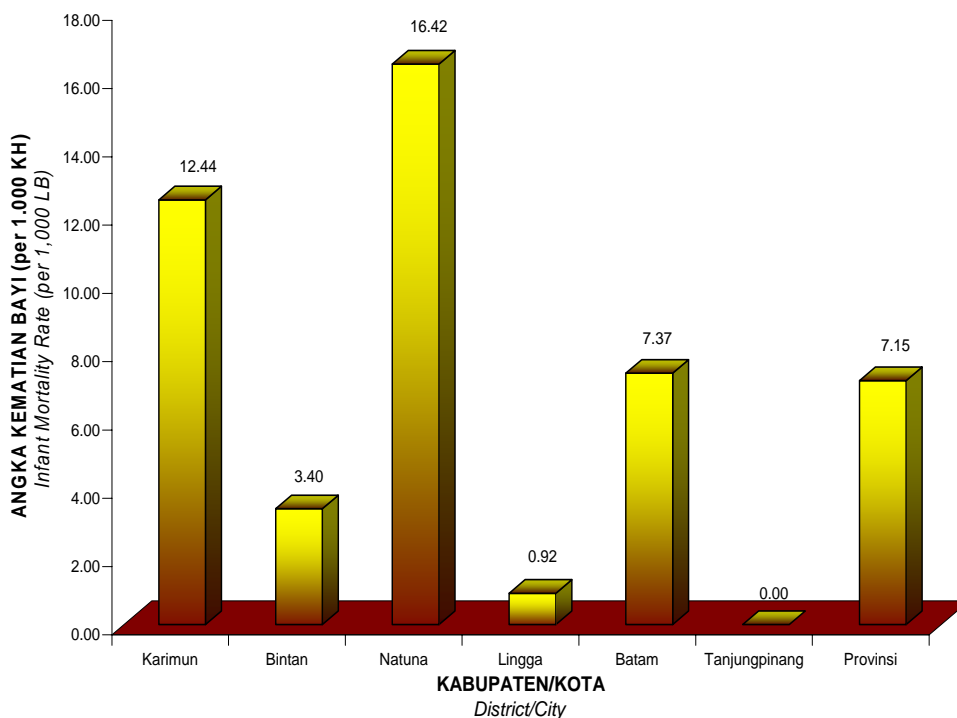
Jumlah kelahiran di Provinsi Kepulauan Riau tahun 2006 sebanyak 24.234 kelahiran dimana 188 diantaranya merupakan lahir mati. Dari 24.055 kelahiran hidup dilaporkan bahwa sebanyak 172 bayi meninggal. Jika dikonversikan secara langsung dengan penghitungan angka kematian bayi dapat diketahui gambaran angka kematian bayi di Provinsi kepulauan Riau pada tahun 2006 sebesar 7,2 per 1.000 kelahiran hidup. Angka ini tentunya sangat menggembirakan karena sudah jauh di bawah target tahun 2010 yaitu 40 per 1.000 kelahiran hidup. Namun mengingat angka ini baru hanya dari data angka kematian yang dilaporkan tentunya belum menggambarkan keadaan yang sesungguhnya. Kemungkinan angka kematian bayi lebih besar dari angka yang dilaporkan. Distribusi jumlah kematian bayi menurut kabupaten/kota Provinsi Kepulauan Riau tahun 2006 dapat dilihat pada lampiran tabel 6 dan gambar 4.1 berikut :

Number of giving birth in Kepulauan Riau Province on 2006 was 24,234 where 188 was still birth. From 24,055 live births reported 172 babies was death. If converse directly by using the formula of IMR found IMR of Kepulauan Riau aroud 7.2 per 1,000 live births. This figure shows that Kepulauan Riau was higher than national target 40 per 1,000 on 2010. Yet that this figure source only from death reported data, therefore couldn't to describe the real. Supposed that IMR is higher than reported. Distribution of IMR by city/district in Kepulauan Riau Province Year 2006 shown on annex table 6 and figure 4.1 as ollow:

Gambar
Figure

4.1 :

Distribusi Jumlah Kematian Bayi Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006
Distribution of IMR by City/District in Kepulauan Riau Province Year of 2006



Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006
Source : Health Profile of District/City Kepulauan Riau Province Year of 2006

Penyebab kematian bayi di Provinsi Kepulauan Riau tahun 2006 paling banyak disebabkan oleh kejadian bayi baru lahir rendah (BBLR) sebesar 67,21%, kemudian disebabkan oleh aspeksia, infeksi, dan sebab lain dengan indikasi tidak diketahui. Tingginya angka kejadian BBLR ini perlu mendapat perhatian khususnya program-program dan kegiatan yang berkaitan dengan kesehatan ibu hamil. Data lebih lengkap dapat dilihat pada gambar 4.2. berikut :

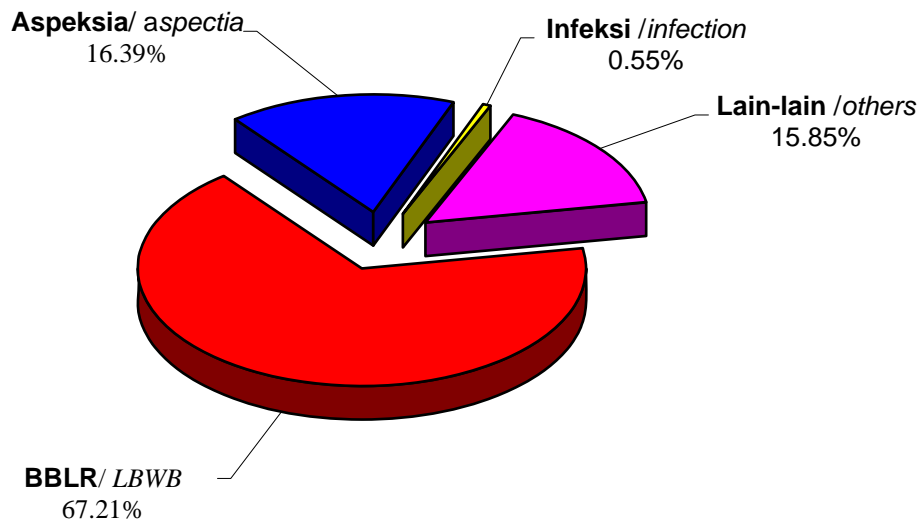
Most of infant mortality in Kepulauan Riau Province year 2006 caused by low birth weight baby (LBWB) as much 67.21%, then caused by asphyxia, infection, and other with unknown indication. High frequency of LBWB need attention especially for programs and activities related to pregnant women. For more complete data can seen in the figure 4.2 as following:

Gambar
Figure

4.2 :

Faktor-Faktor Penyebab Kematian Bayi Berdasarkan Kematian yang Dilaporkan Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006

Causes of Infant Death Based on Reported Death Kepulauan Riau Province Year 2006



Sumber : Seksi Kesehatan Keluarga, Dinkes Prov. Kepri, 2007

Source : Section of Health Family, Provincial Health Office of Kepri, 2007

4.1.2 Angka Kematian Balita (AKABA)

Angka Kematian Balita adalah jumlah kematian anak berusia 0-4 tahun selama satu tahun tertentu per 1.000 anak umur yang sama pada pertengahan tahun itu (termasuk kematian bayi). Angka Kematian Balita dapat berguna untuk mengembangkan program imunisasi, serta program-program pencegahan penyakit menular terutama pada anak-anak, program penyuluhan tentang gizi dan pemberian makanan sehat untuk anak dibawah usia 5 tahun.

4.1.2 Under-fives Mortality Rate (U-5 MR)

Underfive mortality rate is number of 0-4 year child death for one year certainly per 1,000 same age children in that middle of that year. Underfive mortality rate can be used to develop immunization program as well as prevention of infection programs especially for child, illumination program of nutrition and healthy food giving for underfive years.

Hasil SDKI menyatakan bahwa AKABA Nasional pada tahun 2002-2003 telah turun menjadi 46 per 1.000 kelahiran hidup. Provinsi dengan AKABA terendah adalah Provinsi Bali (19 per 1.000 Kelahiran hidup). Sedangkan AKABA tertinggi adalah di Provinsi Nusa Tenggara Barat (103 per 1.000 kelahiran hidup). Gambaran perkembangan AKABA pada tahun 1995–2003 di Indonesia disajikan pada tabel berikut:

SDKI result declared that National U-5 MR for 2002-2003 had decreased became 46 per 1,000 live births. Bali Province was the lowest (19 per 1,000 live births), meanwhile Nusa Tenggara Barat is the highest (103 per 1,000 live births). Description of U-5 MR trend on 1995-2003 in Indonesia shown in the table as following :

Tabel 4.2 : **Angka Kematian Balita (AKABA) per 1.000 Kelahiran Hidup di Indonesia Tahun 1995 – 2003**
Table Underfive Mortality Rate (U-5 MR) per 1,000 Live births in Indonesia Year of 1995-2003

| Tahun Year | Estimasi SUPAS 1995 <i>Estimation of SUPAS 1995</i> | | | Estimasi SUSENAS SUSENAS <i>Estimation</i> | SDKI 2002-2003 SDKI 2002-2003 |
|---------------|--|-------------------|--|---|--|
| | Laki-Laki Boy | Perempuan Girl | Laki-laki + Perempuan Boy + Girl | | |
| 1995 | - | - | 75 ^(a) | 73 | - |
| 1998 | 71,36 | 57,61 | 64,28 | 64 | - |
| 1999 | 66,44 | 53,05 | 59,55 | - | - |
| 2000 | 50,77 | 39,00 | 44,71 | - | - |
| 2001 | - | - | - | 64 | - |
| 2002- 2003 | - | - | - | - | 46 |

Sumber : *Profil Kesehatan Indonesia 2003*

^(a) *Profil Kesehatan Indonesia 2001*

Source : *Indonesia Health Profile 2003*

^(a) *Indonesia Health Profile 2001*

Hasil survei yang dilakukan pada SKRT 1995 dan Surkesnas 2001 tentang penyebab utama kematian Balita menunjukkan bahwa penyakit infeksi merupakan penyebab kematian yang terbanyak. Pada tahun 2001, kematian Balita yang tertinggi disebabkan oleh Pneumonia (4,6 per 1.000 Balita), disusul oleh kematian akibat diare (2,3 per 1.000 Balita). Gambaran penyebab utama kematian Balita disajikan dalam tabel berikut :

Result of survey held on SKRT 1995 and Surkesda 2001 about the main cause of U-5 mortality shown that infection disease is the most case. On 2001, found that the most U-5 mortality caused by pneumonia (4.6 per 1,000 under five children). Description of the main causes of U-5 mortality shown on the table below :

Tabel 4.3 : Distribusi Pola Penyakit Penyebab Kematian Balita di Indonesia Hasil SKRT 1995 dan SURKESNAS 2001
Table 4.3 : Distribution of Diseases Pattern Underfive Death Caution in Indonesia Based on SKRT 1995 and Surkesnas 2001

| SKRT 1995 /HHS 1995 | | SURKESNAS 2001 /NHS 2001 | |
|---|--------|---|-------|
| Jenis Penyakit / Diseases | % | Jenis Penyakit / Diseases | % |
| 1. Gangguan system pernafasan / Respiratory System Disorder | 30,8 % | 1. Sistem Pernafasan (Pneumonia) / Respiratory System (Pneumonia) | 22,8% |
| 2. Gangguan Perinatal / Perinatal Disorder | 21,6 % | 2. Diare / Diarrhea | 13,2% |
| 3. Diare / Diarrhea | 15,3% | 3. Saraf /Nerves | 11,8% |
| 4. Infeksi dan Parasit lain / Infection and other parasite | 6,3% | 4. Tifus / Typhoid | 11,0% |
| 5. Saraf / Nerves | 5,5% | 5. Sistem Pencernaan / Digestion System | 5,9% |
| 6. Tetanus / Tetanus | 3,6% | 6. Infeksi lain / Other Infection | 5,1% |

Sumber : Profil Kesehatan Indonesia tahun 2004

Source : Indonesia Health Profile 2004

Berdasarkan data Profil Kesehatan Kabupaten/Kota diketahui AKABA Provinsi Kepulauan Riau tahun 2006 sebesar 3,66 per 1.000 kelahiran hidup. Angka ini menunjukkan bahwa AKABA Kepulauan Riau sudah jauh melebihi indikator Indonesia Sehat 2010 yaitu dengan target Nasional 58 per 1.000 kelahiran hidup.

4.1.3 Angka Kematian Ibu Maternal (AKI)

Angka Kematian Ibu (AKI) adalah banyaknya kematian perempuan pada saat hamil atau selama 42 hari sejak terminasi kehamilan tanpa memandang lama dan tempat persalinan, yang disebabkan karena kehamilannya atau pengelolaannya, dan bukan karena sebab-sebab lain, per 100.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Ibu Maternal berguna untuk menggambarkan tingkat kesadaran perilaku hidup sehat, status gizi dan kesehatan ibu, kondisi kesehatan lingkungan, tingkat pelayanan kesehatan terutama untuk ibu hamil, ibu waktu melahirkan dan masa nifas. AKI sulit dihitung, karena untuk menghitung AKI dibutuhkan sampel yang besar. Angka Kematian Ibu sampai saat ini baru diperoleh dari survei-survei terbatas seperti penelitian dan pencatatan pada 12 RS pendidikan (1977-1980) diperoleh AKI 370 per 100.000 kelahiran hidup. Penelitian oleh UNPAD di Ujung Berung (1978-1980), AKI 170 dan di Kabupaten Sukabumi tahun 1982 sebesar 450, kemudian hasil SKRT 1980 adalah 150 per 100.000 kelahiran hidup. Hasil ini relatif rendah karena survei tidak mencakup

Based on District/City Health Profile known that U-5 MR of Kepulauan Riau Province year 2006 is 3.66 per 1,000 live births. This figure shows that U-5 MR in Kepulauan Riau Province is far from the target of Indicator Healthy Indonesia 2010 which national target 58 per 1,000 live births.

4.1.3 Maternal Mortality Rate (MMR)

Maternal mortality rate (MMR) is number of women death while pregnant or for 42 days since pregnancy termination without look up duration and delivery place, that caused by her pregnancy or maintenance, and not caused by other things per 100,000 live births. MMR use for describe level of healthy live behaviour, nutrition status and maternal health, environmental health condition, health service access especially for pregnant women, delivering and parturition time. MMR is hard to be counted, it's need a large sample. Until now MMR be obtained limited through a survey such as research and reporting on 12 educational hospitals (1977-1980) found MMR 370 per 100,000 live births. Research by UNPAD at Ujung Berung (1978-1980), MMR 170 and Sukabumi District year 1982 was 450, then SKRT result on 1980 was 150 per 100,000 live births. This result is relative low because the survey didn't cover all provinces. On SKRT 1992, MMR was 425 per 100,000

semua propinsi. Menurut hasil SKRT tahun 1992 angka kematian ibu sebesar 425 per 100.000 kelahiran hidup, hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 1994 menunjukkan angka 390 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan pada hasil SKRT 1995 angka kematian ibu Maternal sebesar 373 per 100.000 kelahiran hidup.

Tingginya kematian ibu merupakan cerminan dari ketidaktahuan masyarakat mengenai pentingnya perawatan ibu hamil dan pencegahan terjadinya komplikasi kehamilan. Informasi mengenai tingginya MMR akan bermanfaat untuk pengembangan program peningkatan kesehatan reproduksi, terutama pelayanan kehamilan dan membuat kehamilan yang aman bebas risiko tinggi (*making pregnancy safer*), program peningkatan jumlah kelahiran yang dibantu oleh tenaga kesehatan, penyiapan sistem rujukan dalam penanganan komplikasi kehamilan, penyiapan keluarga dan suami siaga dalam menyongsong kelahiran, yang semuanya bertujuan untuk mengurangi Angka Kematian Ibu dan meningkatkan derajat kesehatan reproduksi.

Untuk melihat kecenderungan AKI di Indonesia secara konsisten, digunakan data dari hasil SKRT. Menurut SKRT, AKI menurun dari 450 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1986 menjadi 425 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1992, kemudian menurun lagi menjadi 373 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1995.

live births, SDKI 1994 shown MMR was 390 per 100,000 live births. Meanwhile SKRT on 1995 found MMR was 373 per 100,000 live births.

Highly maternal mortality is a reflection lack of knowledge community about the importance of pregnant woman care and pregnancy complication prevention. MMR information can be used to develop reproduction health program, specifically for pregnancy services and making pregnancy safer, increasing of delivery by health manpower program, preparing referral system to pregnancy complication care, preparing family and alert husband for giving birth, where the purpose of all these efforts reducing MMR and increasing reproduction health.

Report of Household Health Survey can be used to consistently look at the tendency of MMR in Indonesia. According to Household Health Survey, MMR decreased from 450 per 100,000 live births in 1986 to 425 per 100,000 live births in 1992, and then kept on decreasing to 373 per 100,000 live births

Pada SKRT 2001 tidak dilakukan survei AKI. Dari hasil SDKI, pada tahun 2002-2003 AKI sebesar 307 per 100.000 kelahiran hidup. Hal ini menunjukkan AKI cenderung terus menurun. Gambaran penurunan Angka Kematian Ibu secara nasional dapat dilihat pada tabel berikut :

in 1995. In Household Health Survey 2001, there was no MMR survey. In 2002-2003, MMR was 307 per 100,000 live births by Indonesian Demographic and Health Survey report. It shows that MMR has a tendency to keep on decreasing. Description decreasing of National MMR presented in the following table.

Tabel 4.4 : **Angka Kematian Ibu Maternal (per 100.000 Kelahiran Hidup) Hasil SDKI dan SKRT Tahun 1982-2003**
Table 4.4 : *Maternal Mortality Rate (per 100,000 Live Births) By Indonesia Demographic and Health Survey (IDHS) and Household Health Survey (HHS), 1982 – 2003*

| Jenis penelitian/Survei <i>Kind of Research / survey</i> | Tahun <i>Year</i> | Perkiraan AKI <i>MMR Estimation</i> |
|--|-----------------------------|---|
| SDKI | 1982 | 450 |
| SKRT | 1986 | 450 |
| SKRT | 1992 | 425 |
| SDKI | 1994 | 390 |
| SKRT | 1995 | 373 |
| SDKI | 1997 | 334 |
| SDKI | 2002-2003 | 307 |

Sumber : Profil Kesehatan Indonesia tahun 2004
Source : Indonesia Health Profile 2004

Jumlah kematian kematian ibu maternal (ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas) di Provinsi Kepulauan Riau pada tahun 2006 sebanyak 26 orang dengan jumlah ibu maternal meninggal terbanyak terdapat di Kabupaten Natuna yaitu sebanyak 10 orang. Jika dikonversikan dalam rumus penghitungan MMR, maka diperoleh bahwa angka kematian ibu maternal di Provinsi Kepulauan Riau tahun 2006 yaitu 108 per 100.000 KH. Angka ini menunjukkan adanya penurunan angka kematian ibu maternal dari tahun ke tahun, dan angka ini juga menunjukkan bahwa AKI Kepulauan Riau sudah jauh di bawah target Indonesia Sehat 2010 yang ditargetkan sebesar 150 per 100.000 KH. Namun masih tetap perlu perhatian serius mengingat data yang ada hanya berdasarkan angka kematian yang dilaporkan.

Tragedi kematian ibu tidak perlu terjadi karena lebih dari 80% kematian ibu sebenarnya dapat dicegah melalui kegiatan yang efektif, seperti pemeriksaan kehamilan, pemberian gizi yang memadai, persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan dan bersalin di sarana kesehatan. Mengenai penyebab kematian, dari berbagai penelitian diketahui bahwa sekitar 90% kematian ibu disebabkan oleh pendarahan, teksemia gravidarum, infeksi, partus lama dan komplikasi abortus. Kematian ini paling banyak terjadi pada masa sekitar persalinan yang sebenarnya dapat dicegah.

Cakupan pelayanan antenatal dapat dipantau melalui pelayanan kunjungan baru

Number of maternal mortality in Kepulauan Riau Province in 2006 was 26 persons where the most cases found in Natuna District with 10 persons. By conversing in MMR formula found MMR in Kepulauan Riau Province in 2006 was 108 per 100,000 live births. This figure shows MMR decrease year by year, and also shows that MMR in Kepulauan Riau Province was far less than national target 2010 as 150 per 100,000 live births. However, it still need high concern remembering that the data source just through reported death.

Maternal mortality tragedy didn't need happen because more than 80% of maternal mortality preventable through effective activities, such as pregnancy examination, well nutrition feeding, delivery by health manpower in health facilities. About the cause of the death, through various researches found that almost 90% caused by bleeding, gravidarum toxemia, infection, lately partum and abortus complication. The most cases occurred at the time of delivery which actually can be avoided.

Antenatal service coverage can be observed through new visit of pregnant women (K1) and fourth visit. Standard of

ibu hamil (K1) dan kunjungan keempat (K4). Pelayanan ibu hamil sesuai standard paling sedikit empat kali dengan distribusi sekali pada triwulan pertama, sekali pada triwulan kedua dan dua kali pada triwulan ketiga (K4). Pada tahun 2006, cakupan K1 di Provinsi Kepulauan Riau berkisar 95% dan cakupan K4 berkisar 87%. Cakupan K4 yang terendah terdapat di Kabupaten Natuna yaitu sebesar 50,80% dan yang tertinggi di Kota Batam yaitu sebesar 98,94%. Secara rata-rata cakupan K4 Kepulauan Riau telah melebihi target nasional dimana target cakupan K4 secara nasional pada tahun 2006 sebesar 85%. Namun berbagai upaya perlu ditingkatkan lagi agar dapat mencapai target nasional sebesar 90% pada tahun 2010.

Indikator lain yang dapat dipergunakan untuk melihat pelayanan kesehatan ibu yaitu persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan dan cakupan persentase ibu hamil yang mendapatkan tablet Fe dan imunisasi TT. Pada tahun 2006, cakupan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan mencapai 87,10% dengan angka tertinggi terdapat di Kota Batam (98,94%), sementara cakupan terendah terdapat di Kabupaten Lingga (59,62%) dan Kabupaten Natuna (69,72%). Provinsi Kepulauan Riau khususnya Kabupaten Lingga dan Natuna perlu berupaya lebih giat lagi untuk dapat mencapai target Nasional 2010 yaitu 90%.

Cakupan persentase ibu hamil yang mendapatkan tablet Fe tahun 2006 adalah Fe1 (82,01%) dan Fe3 (65,14%). Angka ini

pregnant woman service at least four times with distribution once at first quarter, once at second quarter and twice at third quarter (K4). In 2006, K1 coverage in Kepulauan Riau Province around 95% and K4 coverage around 87%. The lowest K4 coverage found in Natuna District as 50.80% and the highest in Batam City as 98.94%. Averagely K4 coverage in Kepulauan Riau had exceeded national target where national target for K4 coverage in 2006 was 85%. But various efforts need to be increased so that achieve national target 90% in 2010.

Other indicators those can be used to see mother health services are delivery by health manpower and percentage of pregnant women earn Fe tablet and TT immunization. In 2006, coverage of delivery by health manpower reached 87.10% with the highest coverage found in Batam City (98.94%), while the lowest coverage found in Lingga District (59.62%). Kepulauan Riau Province especially Lingga and Natuna District need more efforts so that able to achieve national target 2010 as 90%.

Coverage of pregnant women percentage got Fe tablet in 2006 was

masih jauh dari target nasional yaitu sebesar 90%. Sementara cakupan ibu hamil yang mendapatkan suntikan tetanus toxoid (TT) yaitu TT1 sebanyak 60,68% dan TT2 sebanyak 54,11%. (lihat lampiran tabel 25)

Rendahnya cakupan K4 dan persalinan yang ditolong tenaga kesehatan di kabupaten Lingga dan Natuna berkaitan erat dengan barrier geografis sehingga masyarakat membutuhkan biaya yang lebih tinggi untuk dapat mengakses pelayanan kesehatan yang terkadang biaya transportasi jauh lebih mahal dibanding biaya untuk jasa pelayanan kesehatan yang diterimanya. Sementara jumlah tenaga kesehatan yang ditempatkan dan yang bersedia ditugaskan khususnya di daerah-daerah terpencil masih terbatas.

4.2 Angka Morbiditas (Angka Kesakitan)

Angka kesakitan merupakan salah satu indikator kesehatan yang paling sensitif di samping angka kematian dan angka harapan hidup. Angka kesakitan dapat diketahui baik dari survey, pencatatan dan pelaporan sarana kesehatan dan berbasis laporan masyarakat. Pada tabel berikut dapat dilihat gambaran/pola 10 penyakit terbanyak baik berdasarkan kunjungan puskesmas maupun di rumah sakit Provinsi Kepulauan Riau pada tahun 2006.

Fe1 (82.01%) and Fe3 (65.14%). These figures are far from the national target as 90%. Meanwhile coverage of pregnant women got TT injection was 60.68% for TT1 and 54.11% for TT2. (look at table annex 25)

Low coverage of K4 and delivery by health manpower in Lingga and Natuna District close related to geography barrier brought impact society need more cost to access health service which the cost more expensive than health service cost their receive. Meanwhile health manpower that placed and ready to carry out the duty especially in devious area were finite.

4.2 Morbidity Rate (Illness Rate)

Morbidity rate is one of the most health indicators beside mortality rate and life expectancy. Morbidity rate can be known through survey, recording and reporting by health facilities and based on society reporting. In the following table can be seen description/pattern of ten main diseases of based on health centre and hospital visits in Kepulauan Riau Province in 2006.

Tabel
Table

4.5 :

Pola 10 Penyakit Terbanyak Berdasarkan Kunjungan Puskesmas Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006
Pattern of Ten Main Diseases Based On Health Centre Visits in Kepulauan Riau in 2006

| NO. | JENIS PENYAKIT/ <i>Diseases</i> | JUMLAH KASUS/ <i>Number of cases</i> |
|-----|--|---|
| 1. | ISPA / <i>Acute respiratory infection</i> | 99.058 |
| 2. | Hipertensi / <i>Hypertention</i> | 21.712 |
| 3. | Diare dan GE / <i>Diarrhea and GE</i> | 18.264 |
| 4. | Malaria Klinis / <i>Clinical malariae</i> | 11.739 |
| 5. | Infeksi Kulit / <i>Skin infection</i>) | 10.889 |
| 6. | Penyakit Pada Sistem Otot dan Jaringan Pengikat/ <i>Muscular and Tendon Diseases</i>) | 10.062 |
| 7. | Penyakit Pulpa dan Jar. Periapikal/ <i>Pulpa and periapikal</i> | 10.000 |
| 8. | Penyakit Lain Pada Sal. Pernafasan Bagian Atas / <i>Other acute respiratory infection</i> | 9.220 |
| 9. | Penyakit Kulit Alergi/ <i>Allergy</i> | 8.867 |
| 10. | Gingivitis dan Penyakit Periodental/ <i>Gingivitis and periodental</i> | 7.796 |

Sumber : Bidang Pelayanan Kesehatan, Dinkes Prov. Kepri

Source : Health Service Sector, Health Department Kepri Province

Tabel
Table

4.6 :

Pola 10 Penyakit Terbanyak Berdasarkan Kunjungan Rumah Sakit Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006
Pattern of Ten Main Diseases Based On Hospital Visits in Kepulauan Riau in 2006

| NO. | NAMA PENYAKIT / <i>Diseases</i> | JUMLAH KASUS / <i>Number of Cases</i> |
|-----|--|--|
| 1. | ISPA / <i>Acute respiratory infection</i> | 55.181 |
| 2. | Penyakit Gigi dan Mulut / <i>Dental and Oral Diseases</i> | 11.672 |
| 3. | Diare / <i>Diarrhea</i> | 6.298 |
| 4. | Gastritis dan Peny. Saluran Cerna Lainnya / <i>Gastritis and other digest by certain infection diseases</i> | 5.479 |
| 5. | Faringitis dan Laringitis / <i>Pharingitis and Lharigitis</i> | 4.417 |
| 6. | Penyakit Mata Non Infeksi / <i>Non-infection Eye</i> | 3.525 |
| 7. | Penyakit Telinga / <i>Ears</i> | 3.294 |
| 8. | Cedera, remuk dan Amputasi / <i>Injury, chrused, and amputation</i>) | 2.290 |
| 9. | TBC / <i>TBC</i> | 2.216 |
| 10. | Konjungtivitis / <i>Conjungtivity</i> | 1.932 |

Sumber : Bidang Pelayanan Kesehatan, Dinkes Prov. Kepri

Source : Health Service Sector, Provincial Health Department of Kepri

Pada tabel di atas baik pola penyakit di puskesmas maupun di rumah sakit terlihat bahwa saat ini masyarakat menanggung beban ganda penyakit yaitu penyakit infeksi dan penyakit degeneratif. Namun penyakit infeksi masih merupakan penyakit yang paling banyak diderita masyarakat seperti ISPA (kasus terbanyak), diare, malaria, dan penyakit kulit. Tingginya kasus penyakit infeksi ini memberikan indikasi buruknya kondisi sanitasi lingkungan dan higienitas individu. Upaya untuk membudayakan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) terus dilakukan melalui berbagai penyuluhan dan kampanye kesehatan termasuk pembentukan daerah percontohan. Partisipasi semua masyarakat dan pihak terkait akan mempercepat terciptanya perilaku yang mendukung dan mencerminkan hidup sehat. Semua upaya ini akan tercapai secara optimal jika diimbangi dengan ketersediaan sarana pendukung seperti ketersediaan air bersih dan sistem pengelolaan sampah dan limbah masyarakat.

4.2.1 Penyakit Menular

Penyakit menular masih merupakan jenis penyakit yang dominan diderita masyarakat. Berikut ini akan diuraikan beberapa penyakit menular yang mendapat perhatian lebih karena mempunyai dampak yang luas di masyarakat dan juga karena

In the table above both pattern of diseases in health centre and hospital show that community bear double burdens are infection disease and degenerative. But infection disease is still the most cases such as acute respiratory infection (the most), diarrhea, malaria, and skin disease. It indicate that environmental sanitation and personal hygiene. Several of illuminations and health campaign include forming of model area to make health live and clean behavior as part of community life style. Participation of all society and link sector will accelerate the forming of good behavior to encourage and reflect healthy live. All efforts will run optimally if counterbalanced by supporting facilities valuable such as clean water and society's excreta disposal and garbage managing system.

4.2.1 Communicable Disease

Communicable disease is main disease found in society. The following will describe some of them which need more serious attentions because having wider impact in community and also nationally as well as international

adanya komitmen secara nasional dan internasional dalam pengendalian penularan penyakit.

4.2.1.1 Malaria

Kondisi geografis Kepulauan Riau dimana sebagian besar wilayahnya merupakan wilayah perairan/rawa-rawa menyebabkan semua kabupaten/kota di wilayah ini merupakan daerah endemis malaria. Pada tahun 2006, jumlah kasus malaria klinis sebanyak 34.931 dan kasus malaria positif sebanyak 3.708 kasus dengan angka kesakitan 26,11 per 1.000 penduduk. Persebaran kasus malaria di Provinsi Kepulauan Riau pada tahun 2006 dapat dilihat pada lampiran tabel 11.

Di samping karena faktor lingkungan alam, lingkungan buatan manusia seperti bekas galian tambang yang dibiarkan terbuka akan menjadi tampungan air hujan dan tempat perkembangbiakan nyamuk anopheles yang merupakan vektor penyebaran penyakit ini. Perbaikan sanitasi lingkungan dapat menekan angka kejadian malaria di masyarakat.

Pada tahun 2006, kejadian malaria menjadi kasus luar biasa (KLB) di Kabupaten Karimun dan Kabupaten Bintan dengan jumlah kasus sebanyak 556 kasus (468 kasus di Kabupaten Bintan dengan *attack rate* 19,09 dan 88 kasus di Kabupaten Karimun dengan *attack rate*

commitment related with disease spreading control.

4.2.1.1 Malaria

Geographically Kepulauan Riau where most of this area covered by ocean/swamp cause all districts/cities in this area as endemic of malaria. In 2006, found 34,931 clinical malaria cases and 3,708 positive malaria cases with morbidity rate 26.11 per 1,000 inhabitants. Spreading of malaria cases in Kepulauan Riau Province on 2006 can be seen on annex table 11.

Beside caused of natural environmental factor, artificial environment like as openly ex-mining will rainy catchment area and anopheles breeding which as vector of this disease spreading. Environmental sanitation repairing able to reduce malaria rate in society.

*In 2006, Outbreak of malaria occurred in Karimun and Bintan District with 556 cases (468 cases in Bintan by *attack rate* 19.09 and 88 cases in Karimun District by *attack rate* 1.48). There was no victim on this outbreak but threaten 8,394 population. More*

1,48). Tidak ada korban jiwa pada KLB ini namun jumlah penduduk yang terancam sebanyak 8.394 jiwa. Data lebih lengkap dapat dilihat pada lampiran tabel 30.

4.2.1.2 Penyakit TB Paru

Penyakit tuberculosis (TB) adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis*. *Mycobacterium tuberculosis* diperkirakan telah menginfeksi sepertiga penduduk dunia (1.9 miliar) dan setiap detik akan menularkan pada satu orang lain lagi. Data WHO menunjukkan di dunia Tb membunuh satu juta wanita setiap tahunnya atau sedikitnya dua kali lebih banyak perempuan meninggal karena Tb daripada kematian akibat persalinan atau kehamilan. Tb juga merupakan penyebab kematian penting pada usia produktif sebab sebagian besar pasien dan kematian akibat Tb terjadi pada golongan umur 15-64 tahun. Rata-rata pasien Tb kehilangan waktu produktifnya sekitar 3-4 bulan, berarti 20-30% pendapatan keluarga hilang karena Tb.

Indonesia merupakan negara jumlah penderita TB Paru dengan BTA positif terbanyak ketiga setelah India dan China. Pada tahun 1994, Indonesia bekerjasama dengan Badan Kesehatan Dunia (WHO) untuk melaksanakan evaluasi bersama (WHO-Indonesia Joint Evaluation) yang menghasilkan rekomendasi perlunya segera

complete data can be seen on annex table 30.

4.2.1.2 Pulmonary Tuberculosis (Tb)

Pulmonary tuberculosis (Tb) is a communicable infection disease which is caused by Mycobacterium tuberculosis. Mycobacterium tuberculosis is estimated had infected a third of world population (1.9 billion) and every second will spread to one another again. WHO data show that in whole world, Tb kill one million women every year or at least twice more than women died by delivery or pregnancy. Tb is also as death caution on productive ages because most of patients and death caused Tb attack 15-64 old group. Meanly Tb patients lost their productivity period around 3-4 months, mean 20-30% of family's revenue lose because Tb.

Indonesia was the third level with the most Tb sufferer after India and China. On 1994, Indonesia cooperated with WHO doing joint evaluation (WHO-Indonesia Joint Evaluation) and produced a recommendation that pressing necessary to make a basicly changing on Tb tackling strategy in

dilakukan perubahan yang mendasar pada strategi penanggulangan TB Paru di Indonesia yang disebut "STRATEGI DOTS". Sejak tahun 1995 Indonesia menerapkan program pemberantasan Tuberculosis Paru melalui pengobatan TB Paru dengan Strategi DOTS (Directly Observed Treatment Shortcourse Chemotherapy).

Jumlah kasus Tb paru di Kepulauan Riau selama tahun 2006 tercatat sebanyak 4.211 kasus Tb Klinis dan 811 kasus dengan BTA (+), dengan angka kesembuhan kasus BTA (+) berkisar 36,24%. Angka kesembuhan ini masih sangat jauh dari target nasional dimana angka kesembuhan BTA(+) ditargetkan mencapai 85% pada tahun 2010.

Dewasa ini penyakit Tb telah bisa disembuhkan dengan baik. Permasalahan yang sering dijumpai yang menyebabkan rendahnya cakupan angka kesembuhan BTA (+) berkaitan dengan status sosial ekonomi masyarakat mengakibatkan rendahnya tingkat kesadaran masyarakat dalam berobat Tb dan adanya anggapan masyarakat bahwa Tb merupakan penyakit kutukan yang tidak bisa disembuhkan. Hal ini membawa dampak seorang penderita dalam menjalankan pengobatan sering setengah-setengah sehingga hasilnya tidak maksimal. Padahal jika seorang menderita tidak melakukan pengobatan secara tuntas sampai enam bulan dan tidak konsisten dalam mengkonsumsi obat akibatnya

Indonesia that called "DOTS STRATEGY". Since 1995 Indonesia applied Tb tackling strategy through Tb treatment by DOTS strategy (Directly Observed Treatment Shortcourse Chemotherapy).

Number of Tb cases in Kepulauan Riau as long 2006 reported 4,211 Clinical Tb and 811 with BTA (+), recovery rate of BTA(+) around 36.24%. This recovery rate is still far from national target which be expected 85% on 2010.

Nowadays Tb disease in fact can be cured completely. The problem most often that cause low recovery rate coverage of BTA (+) is related to society's social-economic that impact to low awareness of Tb treatment willing and was worsened by society's belief where Tb known as curse disease that incurable. This thing brings impact to a sufferer for following treatment not wholly and its result not maximal. Actually if a sufferer doesn't follow treatment completely until 6 months and inconsistent consuming medicines make Tb microbe will resistant (microbe be immune) and the sufferer will spread this disease to 10

kuman Tb akan menjadi resisten (kuman menjadi kebal) dan bila tidak disembuhkan seorang penderita Tb akan menularkan penyakitnya ke sepuluh sampai lima belas orang lainnya. Penularan kuman Tb sangat cepat saat ini terkait dengan semakin merebaknya HIV/ AIDS. Untuk mendukung pengobatan sampai tuntas perlu Pengawas Minum Obat (PMO) untuk membantu pasien berdisiplin minum obat. PMO ini sangat diperlukan dan biasanya berasal dari keluarga terdekat.

4.2.1.3 Penyakit Kusta

Penyakit kusta merupakan salah satu penyakit menular yang mendapat perhatian serius dari pemerintah. Penyakit kusta disebabkan oleh serangan kuman *Mycobacterium Lepra*. Proses penularannya berlangsung lama, namun penyakit ini bisa disembuhkan tergantung dari tipe penyakit dan cepatnya penemuan. Ada dua jenis penyakit kusta yaitu Paucibacillary (PB) dan Multibacillary (MB). Jenis PB memerlukan waktu pengobatan 6 bulan sedangkan MB memerlukan waktu pengobatan 12 bulan. Bila kasus ditemukan masih dalam keadaan dini maka pengobatannya mudah dan sembuh tanpa cacat fisik. Penyakit kusta timbul karena masyarakat kurang memperhatikan pentingnya menjaga kebersihan lingkungan. Melalui pola hidup sehat, penyakit ini bisa dihindari. Penyakit

until 15 other persons. Recently, spreading of Tb is very fast as the impact of HIV/AIDS outbreak. For getting completely treatment is needed Medicine Drinking Watcher to aid patient discipline in drinking medicine. This person is very important and commonly from closed family.

4.2.1.3 Leprosy

*Leprosy is one of communicable disease that gets serious concern from government. Leprosy is caused infection of *Mycobacterium leprosy*. Its spreading need long time, but curable depend on type and earlier discovery. Two types of leprosy are Pauci Bacillary (PB) and Multi Bacillary (MB). PB type need 12 months for taking cure. If that case was found earlier the treatment will be easier and faster without physical defect. Leprosy disease arose as the result of the low concern of community in environmental sanitation. By following healthy life style, this disease can be prevented. Leprosy is curable in each stadium.*

kusta dapat disembuhkan setiap tahap penyakit.

Untuk mencapai Eliminasi Kusta dari seluruh provinsi pada tahun 2005 dan kabupaten pada tahun 2007/2008 di Indonesia dan untuk mencegah meluasnya penyakit kusta, telah dilakukan upaya penjarangan penderita secara aktif dengan melakukan pengecekan secara langsung ke lapangan. Upaya ini dilakukan agar para penderita kusta mudah dideteksi. Namun demikian, upaya mendeteksi penyakit kusta dirasakan sangat sulit sebab sebagian besar warga merasa malu karena adanya anggapan masyarakat bahwa penyakit ini dinilai sebagai penyakit kutukan.

Secara Nasional, Indonesia telah mencapai Eliminasi Kusta sejak Juni 2000. Artinya secara Nasional, angka prevalensi kusta di Indonesia lebih kecil dari 1 per 10.000 penduduk. Namun untuk tingkat provinsi dan kabupaten sampai akhir tahun 2002 masih ada 13 provinsi dan 111 kabupaten yang angka prevalensinya diatas 1 per 10.000 penduduk.

Meskipun Kepulauan Riau bukan termasuk salah satu kantong penyebaran penyakit kusta, namun kasus kusta masih dijumpai di Kepulauan Riau. Sampai tahun 2006 tercatat sebanyak 96 kasus yang tersebar di kabupaten/kota dan yang mencapai stadium RFT sebanyak 56 kasus.

Secara nasional berbagai upaya

For reaching Leprosy Elimination in 2005 for provinces and 2007/2008 for districts all over Indonesia and also to prevent wider spreading of leprosy, had done actively sufferer detection by direct finding case on field. This effort in order to all sufferers could be detected easier. Nevertheless, leprosy detection effort actually was hard to be implemented because the high stigma in community that it is as a curse disease.

Nationally, Indonesia has obtained elimination of leprosy in June 2000. It means that nationally, leprosy prevalence rate in Indonesia was smaller than 1 per 10,000 population. But in provincial and district level up to the end 2002 still was found 13 provinces and 111 districts with prevalence rate higher than 1 per 10,000 population.

Despite of Kepulauan Riau was not as one of leprosy spreading bag, but leprosy still remains in Kepulauan Riau. Until 2006 reported 96 cases spread in all districts/cities and 56 cases counted as RFT stadium.

Nationally programs to accelerate

percepatan (akselerasi) pemberantasan penyakit kusta telah dilakukan antara lain melalui kampanye eliminasi kusta, *Special Action Project for the Elimination of Leprosy (SAPEL)* di daerah yang sulit dicapai karena kondisi geografis, *Rapid Village Survey (RVS)* untuk menemukan dan mengobati penderita yang tersembunyi, dan kerjasama dengan Persatuan Dokter Spesialis Kulit Indonesia (Perdoski) dalam penemuan dan pengobatan penderita.

4.2.1.4 Penyakit HIV/AIDS

Kasus HIV/AIDS menunjukkan kecenderungan meningkat dari tahun ke tahun. Bahkan saat ini dapat dikatakan bahwa kasus HIV/AIDS sudah termasuk kategori mengkhawatirkan karena penyakit ini tidak hanya terjadi pada sub populasi tertentu (*concentrated*) bahkan sudah mulai memasuki populasi umum (*generalized*) dengan ditemukannya seorang bayi yang meninggal di Kabupaten Karimun karena terinfeksi HIV/AIDS. Kasus HIV/AIDS tidak saja hanya masalah kesehatan namun lebih cenderung menjadi isu sosial. Hal ini terkait dalam pola penyebaran penyakit yang banyak dipengaruhi oleh perilaku hidup sosial masyarakat seperti penyalahgunaan zat psikoterapika serta perilaku seks menyimpang dan tak aman akibat pergaulan yang terlampau bebas. Dalam upaya agar kasus ini tidak menjadi Kejadian

leprosy elimination had carried out such as Leprosy Elimination Campaign (LEC), Special Action Project for the Elimination of Leprosy (SAPEL) at geographically difficult area access, Ravid Village Survey (RVS) for finding and curing hidden sufferers, and cooperate with Indonesia Dermatologist Doctor United in sufferer finding and curing.

4.2.1.4 HIV/AIDS

HIV/AIDS shows tendency increasing year by year. Even nowadays HIV/AIDS is categorized in warning condition because this disease not only in concentrated population but begin coming into generalized by finding a baby died with indication by HIV/AIDS in Karimun District. HIV/AIDS is not just related to health problem but more tendencies in social issue. Community's social life behavior such as abuse of narcotics, psychotropic and other additive substances, abnormal and unsafe sexual behavior simultaneously increased the risk of HIV/AIDS spread. To avoid outbreak event, prevention programs need to be held in order to minimize sufferer addition. Linkage cooperation and contribution of community include

Luar Biasa (KLB) perlu dilakukan berbagai tindakan pencegahan yang diharapkan dapat meminimalisir pertambahan penderita. Kerjasama lintas sektor dan dukungan dari segenap masyarakat termasuk LSM dan swasta diharapkan dapat mendukung program yang dilaksanakan pemerintah.

Kasus HIV/AIDS pertama sekali ditemukan di Provinsi Kepulauan Riau pada tahun 1992 dengan 1 kasus. Sedangkan kasus AIDS dari laporan rumah sakit pertama sekali ditemukan pada tahun 1998 dengan 4 kasus. Berdasarkan data yang diperoleh dari SSA WHO (2005) diketahui bahwa jumlah kasus baru HIV/AIDS sepanjang tahun 2006 di Kepulauan Riau sebanyak 340 HIV (+) dan 101 AIDS. Dengan demikian jumlah kumulatif kasus HIV/AIDS sampai dengan tahun 2006 adalah sebanyak 1.068 kasus HIV (+) dan 434 kasus AIDS. Jumlah penderita yang telah meninggal sampai dengan tahun 2006 sebanyak 197 penderita. Jumlah kasus ini kemungkinan lebih banyak lagi di masyarakat mengingat jumlah penderita HIV/AIDS digambarkan sebagai fenomena gunung es (*iceberg phenomena*). Satu orang penderita menggambarkan 100 penderita yang tidak dilaporkan. Trend perkembangan jumlah penderita HIV/AIDS dapat dilihat pada gambar berikut :

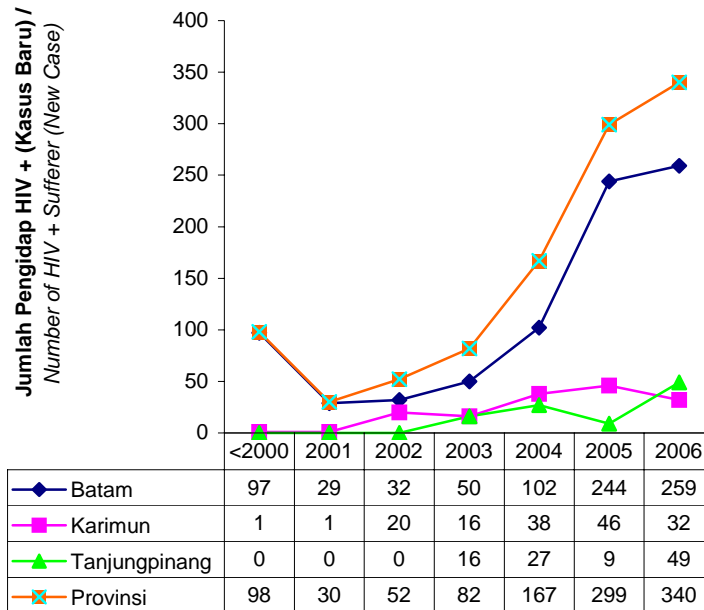
NGOs and private parties are expected able to support governmental programs.

The First HIV/AIDS case found in Kepulauan Riau on 1992 for one case. While from hospital reporting was identified for the first time on 1998 for 4 cases. Based on the data of SSA WHO (2005) that new cases of HIV/AIDS as long 2006 in Kepulauan Riau were 340 cases for HIV (+) and 101 cases for AIDS. The cumulative of HIV/AIDS cases up to 2006 was 1,068 HIV cases and 434 AIDS cases. Number of HIV/AIDS sufferer died up to 2006 was 197 persons. The real number was supposed higher in community remembering HIV/AIDS sufferer is identified as iceberg phenomena. One sufferer reflects 100 unreported sufferers. The develop of tendency HIV/AIDS sufferer can be seen in the following figure :

Gambar
Figure

4.3 :

Perkembangan Jumlah Pengidap HIV yang Terdeteksi di Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Sampai Tahun 2006
Trend of HIV Detected Sufferer in Districts/Cities Kepulauan Riau Province up to 2006

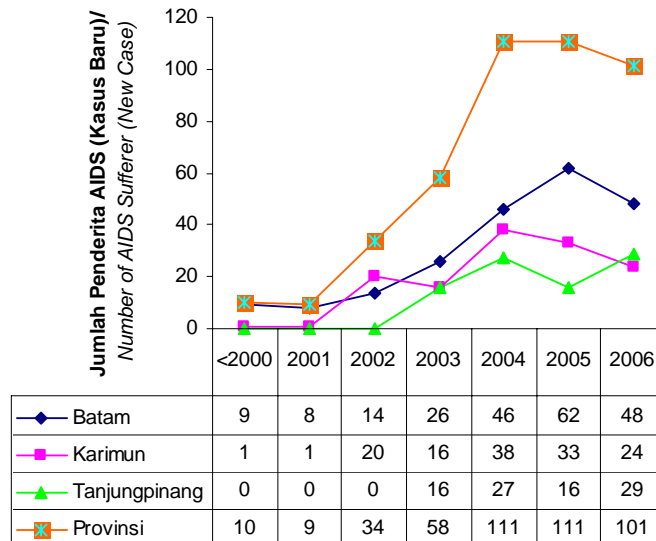


Sumber : Bidang P2-PL Dinas Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau
Source : Disease Control – Environmental Recapitalization Sector, Provincial Health Office of Kepulauan Riau

Gambar
Figure

4.4 :

Perkembangan Jumlah Penderita AIDS di Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Sampai Tahun 2006
Trend of AIDS Sufferer in Districts/Cities Kepulauan Riau Province up to 2006

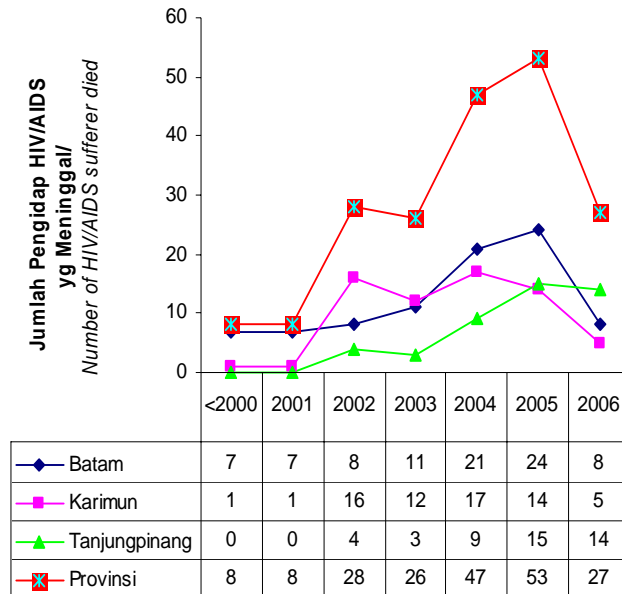


Sumber : Bidang P2-PL Dinas Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau
Source : Disease Control – Environmental Recapitalization Sector, Provincial Health Office of Kepulauan Riau

Gambar
Figure

4.5 :

Jumlah Penderita HIV/AIDS yang Meninggal di Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Sampai Tahun 2006
Died Sufferers of HIV/AIDS in Districts/Cities Kepulauan Riau up to 2006



Sumber : Bidang P2-PL Dinas Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau

Source : Disease Control – Environmental Recapitalization Sector, Provincial Health Office of Kepulauan Riau

Menyingkapi peningkatan kasus HIV/AIDS yang berkembang terus dari tahun ke tahun dan beban yang akan dipikul oleh pemerintah dan masyarakat akibat penyakit HIV/AIDS ini pemerintah Provinsi Kepulauan Riau mengambil langkah serius dalam upaya pemberantasan penyakit HIV/AIDS dengan membentuk Komisi Pemberantasan AIDS Daerah (KPAD) Provinsi Kepulauan Riau yang secara aktif beroperasi sejak tahun 2007. Berbagai kegiatan telah dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang bahaya HIV/AIDS yang sebenarnya penyakit ini dapat dicegah

Facing on the tendency of HIV/AIDS Increasing year by year and burden will be bear by government and society as the impact of HIV/AIDS, Provincial Government of Kepulauan Riau take a serious step in HIV/AIDS elimination by forming Regional AIDS Elimination Commission of Kepulauan Riau Province which operate actively since 2007. Many several of activities had carried out in order to enrich knowledge and awareness of community about the danger of HIV/AIDS which actually

dengan menghindari perilaku yang beresiko terhadap penularan.

4.2.1.5 Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA)

ISPA masih merupakan masalah kesehatan yang penting karena menyebabkan kematian bayi dan balita yang cukup tinggi yaitu kira-kira 1 dari 4 kematian yang terjadi. Setiap anak diperkirakan mengalami 3-6 episode ISPA setiap tahunnya. 40%-60% dari kunjungan di puskesmas adalah oleh penyakit ISPA. Dari seluruh kematian yang disebabkan oleh ISPA mencakup 20%-30%. Kematian yang terbesar umumnya adalah karena pneumonia dan pada bayi berumur kurang dari 2 bulan.

Menurut hasil SKRT dan Surkesnas bahwa penyakit ISPA dan Sistem Pernafasan merupakan penyebab utama kematian bayi dan balita. Dari Surkesnas 2001 diketahui bahwa 80%-90% dari seluruh kasus kematian ISPA disebabkan oleh pneumonia dan pneumonia merupakan penyebab kematian balita peringkat pertama. Dalam tabel berikut disajikan proporsi penyebab kematian bayi dan Balita yang disebabkan oleh penyakit sistem pernafasan.

able to prevent by avoiding high risk behavior.

4.2.1.5 Acute Respiratory Infection (ARI)

Acute respiratory infection (ARI) is still serious health problem because it brings on high infant and underfive mortality around 1 of 4 deaths. Each child is predicted getting 3-6 episodes of ARI every year. 40%-60% of health centre visits are caused by ARI. 20%-30% of whole deaths were indicated as the impact of ARI. Generally the main causal death is pneumonia and occurs by less than 2 months baby.

Based on SKRT and Surkesnas Results said that ARI and respiratory system were the main causal of infant and underfive mortality. As Surkesnas 2001 result was found out 80%-90% of whole ARI's deaths caused by pneumonia and pneumonia was the first causal of underfive mortality. In the following table is presented proportion of baby and underfive causal mortality by respiratory system.

Proporsi dan Peringkat ISPA/Sistem Pernafasan sebagai Penyebab Kematian Bayi dan Balita Berdasarkan Hasil SKRT 1986, 1992, dan 1995, serta Surkesnas 2001

Tabel
Table

4.7 :

Proporsion and Level of ARI/Respiratory System as Infant and Underfive Mortality Based on SKRT 1986, 1992, and 1995, also Surkesnas 2001

| Tahun SKRT/ Surkesnas Year | Penyebab Kematian Bayi <i>Infant Causal</i> | | | Penyebab Kematian Balita <i>Underfive Causal Mortality</i> | | |
|-------------------------------------|--|-------------------------------|---------------------------|---|-------------------------------|---------------------------|
| | Penyakit <i>Disease</i> | Proporsi <i>Proportion</i> | Peringkat <i>Level</i> | Penyakit <i>Disease</i> | Proporsi <i>Proportion</i> | Peringkat <i>Level</i> |
| SKRT 1986 | Penyakit sistem pernafasan/ <i>Respiratory system</i> | 12.4% | IV | Sistem pernafasan/ <i>Respiratory system</i> | 22.88% | I |
| SKRT 1992 | Penyakit sistem pernafasan/ <i>Respiratory system</i> | 36.0% | I | Sistem pernafasan/ <i>Respiratory system</i> | 18.2% | I |
| SKRT 1995 | Penyakit sistem pernafasan/ <i>Respiratory system</i> | 29.5% | I | Gangguan Sistem pernafasan/ <i>Respiratory system disruption</i> | 38.8% | I |
| Surkesnas 2001 | Sistem pernafasan/ <i>Respiratory System</i> | 27.6% | II | Sistem pernafasan pneumonia/ <i>Pneumonia respiratory system</i> | 22.8% | I |

Sumber : Profil Kesehatan Indonesia tahun 2003

Source : Indonesia Health Profile, 2003

Pada kurun tahun 2006, kasus ISPA tercatat menempati urutan pertama dari 10 pola penyakit berdasarkan kunjungan puskesmas dengan jumlah kasus sebanyak 99.058 kasus. Sementara itu jumlah kasus pneumonia pada balita terdapat sebanyak 208 kasus (data dari 4 kabupaten/kota).

In 2006 period, ARI cases placed the first level of ten main diseases in health centre visit with 99,058 cases. Meanwhile pneumonia case on under-fives child was 208 cases (data of 4 districts/cities).

4.2.1.6 Diare

Penyakit diare yang juga populer dengan nama muntah berak alias muntaber ini bisa dikatakan sebagai penyakit endemis di Indonesia, artinya terjadi secara terus-menerus di semua daerah, baik di perkotaan maupun di pedesaan termasuk termasuk di Kepulauan Riau. Penyebab diare diantaranya infeksi, alergi, keracunan, imuno deficiencie, malabsorpsi, dan sebab-sebab lain. Minimnya sarana air bersih, keadaan sanitasi lingkungan yang buruk, tingkat pendidikan dan sosial ekonomi penduduk yang rendah, dan lingkungan dengan penduduk yang padat merupakan faktor utama yang memegang peranan dalam penyebaran penyakit diare. Muntaber atau diare dapat menyerang siapa saja tanpa kenal usia.

Penyakit diare merupakan salah satu penyakit menular yang dapat menyebabkan Kejadian Luar Biasa (KLB). Pada tahun 2006 terjadi KLB diare di Kabupaten Karimun dengan jumlah penderita sebanyak 21 orang dan jumlah penduduk yang terancam sebanyak 4.021 orang namun tidak ada menimbulkan korban meninggal. Dari 10 penyakit terbanyak yang berkunjung ke puskesmas terlihat bahwa penyakit diare menduduki urutan ketiga dengan jumlah kunjungan sebanyak 18.264 kunjungan. Total kasus penyakit diare di Provinsi Kepulauan Riau

4.2.1.6 Diarrhea

Diarrhea which in Indonesia popular with its name as muntah berak alias muntaber can be told as endemic disease in Indonesia, means it is found in all of areas, both in urban and rural continually include in Kepulauan Riau. Causal of diarrhea such as infection, allergy, poisoning, immunodeficiency, mal-absorption, and others. Minimum clean water facility, bad environmental sanitation, the low of education and social-economics' society, and the crowded environment are main factor that holding role in spreading of diarrhea disease. Diarrhea or muntaber is able attacking everybody without looking age.

Diarrhea is one of disease whose potential make an outbreak. On 2006, outbreak of diarrhea occurred in Karimun District with 21 sufferers and 4,021 threatening populations although no victims died. According to the ten main diseases which visit to health centre show that diarrhea placed the third level with 18,264 visits. The diarrhea total cases in Kepulauan Riau Province for 2006 were counted 28,152 cases (morbidity rate 21.04 per 1,000 populations) with the highest morbidity rate was founded in Natuna District (64

selama tahun 2006 tercatat sebanyak 28.152 kasus (angka kesakitan 21.04 per 1.000 penduduk) dengan angka kesakitan tertinggi ditemukan di Kabupaten Natuna (64 per 1.000 penduduk) disusul Kabupaten Bintan (37 per 1.000 penduduk) dan Kabupaten Lingga (32 per 1.000 penduduk). Tingginya angka kesakitan diare di Kabupaten Natuna sebagai indikator rendahnya perilaku hidup sehat masyarakat dalam menjaga higienis dan sanitasi lingkungan serta minimnya sarana sumber air minum.

Menurut hasil SKRT dalam beberapa survei dan Surkesnas 2001, penyakit Diare masih merupakan penyebab utama kematian bayi dan balita seperti terlihat dalam tabel berikut :

per 1,000 populations), followed by Bintan District (37 per 1,000 populations) and Lingga District (32 per 1,000 populations). Highly of the diarrhea morbidity in Natuna District indicate that society has low healthy behavior in maintaining hygiene and in environmental sanitation and also the minim of source drinking water.

According to SKRT result in several surveys and Surkesnas 2001, diarrhea was the main causal of infant and underfives mortality as is presented in the following table :

Tabel 4.8 : **Proporsi dan Peringkat Penyakit Diare sebagai Penyebab Kematian Bayi dan Balita, Tahun 1986, 1992, 1995, dan 2001**
Table 4.8 : Proportion and Level of Diarrhea as The Infant and Underfive Main Mortality Causal, Year 1986, 1992, 1995, and 2001

| Tahun Survei <i>Year of Survey</i> | Penyebab Kematian Bayi <i>Infant Mortality Causal</i> | | Penyebab Kematian Balita <i>Underfive Mortality Causal</i> | |
|---------------------------------------|--|---------------------------|---|---------------------------|
| | Proporsi <i>Proportion</i> | Peringkat <i>Level</i> | Proporsi <i>Proportion</i> | Peringkat <i>Level</i> |
| SKRT 1986 | 15,5% | 3 | - | - |
| SKRT 1992 | 11% | 2 | - | - |
| SKRT 1995 | 13,9% | 3 | 15,3% | 3 |
| Surkesnas 2001 | 9,4% | 3 | 13,2% | 2 |

Sumber : Profil Kesehatan Indonesia tahun 2004
Source : Indonesia Health Profile year 2004

Pada tahun 2003, secara nasional diare merupakan penyakit dengan frekuensi KLB kedua terbanyak setelah DBD. Perkembangan KLB diare tahun 1999 – 2003 dapat dilihat pada tabel berikut:

In 2003, nationally diarrhea placed the second rank with outbreak frequency after DHF. The development of diarrhea outbreak in 1999 – 2003 can be seen in the following table :

Tabel 4.9 : KLB Diare Menurut Jumlah Provinsi Dengan KLB, Jumlah Kasus, Meninggal, dan CFR Tahun 1999 – 2003
Table : Number of Cases, Deaths, CFR and Outbreak Province of Diarrhea Year of 1999– 2003

| Tahun <i>Year</i> | Jumlah Provinsi dengan KLB <i>Sum of Province with Outbreak</i> | Jumlah Kasus <i>Sum of Cases</i> | Meninggal <i>Died</i> | CFR (%) |
|-----------------------------|---|--|---------------------------------|----------------|
| 1999 | 9 | 5.159 | 76 | 1,47 |
| 2000 | 16 | 5.680 | 109 | 1,92 |
| 2001 | 12 | 4.428 | 100 | 2,26 |
| 2002 | 15 | 5.789 | 94 | 1,62 |
| 2003 | - | 3.865 | 113 | 2,92 |

Sumber : Profil Kesehatan Indonesia tahun 2004
Source : Indonesia Health Profile year 2004

4.2.1.7 Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD)

Sejak penyakit DBD pertama kali di Indonesia ditemukan di Surabaya pada tahun 1968 jumlah kasus menunjukkan kecenderungan meningkat baik dalam jumlah maupun luas wilayah yang terjangkit dan secara sporadis selalu terjadi KLB setiap tahun. KLB DBD terbesar terjadi pada tahun 1998, dengan Incidence Rate (IR) = 35,19 per 100.000 penduduk dan CFR = 2%. Pada tahun 1999 IR menurun tajam sebesar 10,17%, namun tahun-tahun berikutnya IR cenderung meningkat yaitu 15,99 tahun 2000; 21,66 tahun 2001; 19,24 tahun 2002; dan 23,87 tahun 2003.

Penyakit Demam Berdarah atau Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) ialah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Kedua jenis nyamuk ini terdapat hampir di seluruh pelosok Indonesia, kecuali di tempat-tempat ketinggian lebih dari 1000 meter di atas permukaan air laut.

Kejadian DBD di Provinsi Kepulauan Riau dari tahun ke tahun menunjukkan peningkatan jumlah. Jika pada tahun 2004 tercatat sebanyak 342 kasus, tahun 2005 sebanyak 1.077 kasus, dan pada tahun 2006 menjadi 1.318 kasus (angka kesakitan 98,52 per 100.000 penduduk). Laporan adanya kasus DBD masih hanya berasal dari 4 kabupaten/kota (Kota Batam, Kota

4.2.1.7 Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)

Since the DHF found at the first time in Indonesia in Surabaya in 1968 the numbers of cases show the tendency increase both in number of case and wider spreading area and sporadically always cause outbreak every year. The biggest DHF outbreak occurred in 1998, with incidence rate (IR) = 35.19 per 100,000 populations and CFR = 2%. In 1999, IR decrease sharply became 10.17%, but the next years IR had the tendency increasing became 15.99 year 2000; 21.66 year 2001; 19.24 year 2002; and 23.87 year 2003.

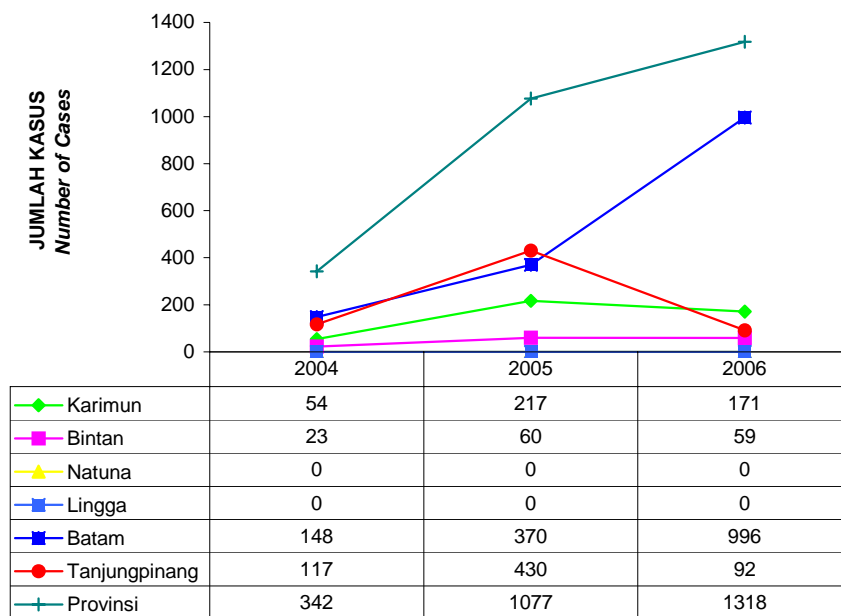
DHF is disease caused by dengue virus be spreaded by biting of Aedes aegypti and Aedes albopictus. Both of these mosquitoes were found in almost over Indonesia, except in area with the height more than 1,000 meter above sea level.

DHF occasion in Kepulauan Riau Province year by year show the increasing number. If in 2004 reported 342 cases, in 2005 was 1,077 cases and in 2006 became 1,318 cases (morbidity rate 98.52 per 100,000 populations). DHF reporting was received only from 4 districts/cities (Batam City, Tanjungpinang City, Karimun District, and Bintan Bintan)

Tanjung Pinang, Kabupaten Karimun, dan Kabupaten Bintan) dengan kasus terbanyak di Kota Batam sebanyak 996 kasus. Sedangkan di Kabupaten Natuna dan Kabupaten Lingga kasus DBD tidak ditemukan. Perkembangan kasus DBD tahun 2004-2006 dapat dilihat pada gambar 4.6 berikut :

where the most case was found in Batam City as 996 cases. Meanwhile in Natuna and Lingga District still there were not DHF cases found. The development of DHF in 2004 – 2006 can be seen in the following figure 4.6 as follow :

Gambar 4.6 : **Perkembangan Kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2004 – 2006**
Figure 4.6 : The Development of DHF by Districts/Cities Kepulauan Riau Province Year 2004 – 2006



Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten/Kota Prov. Kepri, 2006
Source : Health Profile of District/City of Kepulauan Riau Province, 2006

Adanya peningkatan kasus DBD perlu diwaspadai mengingat angka kematian (CFR) yang ditimbulkannya tergolong dalam kategori tinggi. Secara nasional angka kesakitan DBD berfluktuasi dari tahun ke tahun. Jika pada awalnya pola epidemik terjadi setiap lima tahunan, namun dalam kurun waktu lima belas tahun terakhir mengalami perubahan dengan periode antara 2 – 5 tahunan. Berdasarkan Laporan Ditjen P2PL Depkes RI jumlah penderita DBD di seluruh Indonesia pada tahun 2005 sebanyak 81.399 kasus dengan angka kematian (CFR) sebesar 1,36% dan angka insiden rate sebesar 39,1 per 100.000 penduduk. Walaupun insiden rate menunjukkan adanya peningkatan kasus namun CFR menunjukkan penurunan yang berarti jumlah korban yang meninggal oleh DBD menurun, hal ini terkait semakin meningkatnya kewaspadaan dini masyarakat dan kesiapsiagaan fasilitas kesehatan.

Meningkatnya jumlah kasus serta bertambahnya wilayah yang terjangkit, disebabkan karena semakin baiknya sarana transportasi penduduk, adanya pemukiman baru, kurangnya perilaku masyarakat terhadap pembersihan sarang nyamuk, terdapatnya vektor nyamuk hampir di seluruh pelosok tanah air serta adanya empat sel tipe virus yang bersirkulasi sepanjang tahun. Untuk penanggulangannya perlu ditingkatkan

The increasing of DHF cases need was beware remembering that the CFR because of it is categorized as high category. Nationally DHF morbidity rate fluctuate year by year. If in the beginning epidemical pattern for each five years, but in late 15 years had changed with period between 2 – 5 year. According to Ditjen P2PL Depkes RI Repots reported that DHF sufferer in all over Indonesia in 2005 was 81,399 cases with CFR as 1.36% and Incidence rate as 39.1 per 100,000 populations. Although this incidence rate shown the increasing cases but its CFR shown the decreasing which it means that the sufferers died by DHF decreased, it's related as the impact of the increasing of early awareness and health facilities readiness.

Increasing of the case and widen contagious area was related to the improvement of population's transportation, the new inhabitant, less of society's behavior in breeding of mosquito, availability of the vectors almost in over father land and ability of the four cells of virus type have circulation whole year. For fighting them are needed adding actively of health personel and community participation in

keaktifan petugas kesehatan dan partisipasi masyarakat dalam memberantas nyamuk *Aedes aegypti* sebagai vektor penularan.

Pencegahan penyakit DBD sangat tergantung pada pengendali vektornya, yaitu nyamuk *Aedes aegypti*. Beberapa upaya yang dapat dilakukan untuk pengendalian nyamuk tersebut yaitu melalui perbaikan sanitasi lingkungan melalui Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), pengelolaan sampah padat, modifikasi tempat perkembangbiakan nyamuk hasil samping kegiatan manusia, perbaikan desain rumah, penaburan ikan pemakan jentik (ikan adu/ikan cupang), pengasapan/fogging, dan memberikan bubuk abate pada tempat-tempat penampungan air seperti, gentong air, vas bunga, kolam, dan lain-lain. Selain itu tindakan pencegahan dapat dilakukan dengan menggunakan kelambu pada waktu tidur, memasang kasa, menyemprot dengan insektisida, menggunakan repellent, memasang obat nyamuk, dan memeriksa jentik berkala.

4.2.1.8 Acute Flaccid Paralysis (AFP)

Pada tahun 2005 dengan ditemukannya kasus virus polio liar di Sukabumi Jawa Barat, pemerintah Indonesia dan dunia internasional (WHO) menyatakan bahwa terjadi wabah penyakit polio di Indonesia. Hal ini menyadarkan kita

elimination of Aedes aegypti nest as the spreading vector.

Preventing of DHF most depending on the Aedes aegypti controlling as its vector. Some efforts that able be applied to control the mosquito such as environmental sanitation improvement through Mosquito Nest Eradication, solid garbage managing, modification the mosquito breeding in the ex-place of human activity, and house design improvement, strewing of larva eater fish (ikan adu/ikan cupang), fogging, and abate powder strewing into water pots as bowl of water, vas, pool, etc. Beside all, prevention also can be done by using mosquito net while sleeping, set up gauzy net, insecticide spraying, using repellent, put on mosquito medicine, and control the larva periodically.

4.2.1.8 Acute Flaccid Paralysis (AFP)

In 2005 by founded wild polio virus in Sukabumi West Java, Indonesia Government and international (WHO) declared that there was polio outbreak in Indonesia. This event awoke us up the reality that the disease which signed by

bahwa ternyata penyakit yang ditandai dengan gejala demam dan lumpuh mendadak (walau tidak permanent) ini ternyata masih belum tereliminasi dari negeri kita. Pada April 2006 tercatat sebanyak 305 kasus polio di Indonesia. Kejadian AFP pada saat ini diproyeksikan sebagai indikator untuk menilai keberhasilan program Eradikasi Polio (Erapo). Penyakit polio tidak ada obatnya namun penyakit yang dapat menyebabkan kematian dan kecacatan seumur hidup ini hanya dapat dicegah dengan imunisasi.

Pada tahun 2006 dilaksanakan Pekan Imunisasi Nasional (PIN) polio putaran IV dan V sebagai lanjutan dari tiga putaran PIN polio pada tahun 2005 termasuk di Provinsi Kepulauan Riau. PIN polio putaran keempat dilaksanakan pada tanggal 27 Februari sampai dengan 06 Maret 2006 dengan sasaran seluruh balita yang berada di seluruh wilayah Kepulauan Riau tanpa mempertimbangkan status imunisasi sebelumnya. Besar cakupan pencapaian PIN putaran IV sebanyak 102,75% (162.635 balita). Sementara cakupan pencapaian PIN polio putaran V yang dilaksanakan pada tanggal 12- 24 April 2006 sebesar 100,54% (159.139 balita) dari angka proyeksi 158.278 balita. Peningkatan cakupan imunisasi polio harus terus digalakkan untuk mendapatkan sertifikasi bebas polio global pada tahun 2008 sesuai kesepakatan *Global Polio Eradication*.

symptom as fever and acute paralysis (unpermanent) still has not eliminated of our country yet. Reported 305 polio cases in April 2006 in Indonesia. AFP event nowadays was predicted as indicators for evaluating of eradication polio (erapo) program. There is no medicine of polio but it can be prevented by immunization.

In 2006 held Nationally Imunization Week (NIW) of polio for fourth and fifth round as the continuing of three rounds NIW's polio in the previous year include in Kepulauan Riau Province. The 4th round held on February 27th to March 6th 2006 with target throughout under-fives all over in Kepulauan Riau area without considering the previous immunization status. Large of the 4th NIW achievement coverage was 102.75% (162,635 under-fives child). While the 5th NIW achievement coverage that held on April 12nd to 21st 2006 was 100.54% (159,139 under-fives child). The increasing of polio immunization coverage must go on be encourage for reaching global polio free certification on 2008 as the Global Polio Eradication Agreement.

Upaya pemantauan terhadap keberhasilan Erapo dilakukan melalui kegiatan *surveilans secara aktif* yang bertujuan untuk menemukan kasus AFP sebagai upaya mendeteksi secara dini munculnya virus polio liar yang kemungkinan ada di masyarakat agar dapat segera dilakukan penanggulangannya dan mencegah penularan yang lebih luas. Pada tahun 2006 dilaporkan jumlah kasus AFP di Kepulauan Riau sebanyak 7 kasus (angka kesakitan 9,44 per 100.000), yang terdapat di Kota Batam 5 kasus dan 2 kasus di Kabupaten Karimun. Angka ini jauh melebihi prediksi dimana diperkirakan bahwa angka kesakitan AFP di masyarakat sebesar 1 orang per 100.000 penduduk usia <15 tahun. Peningkatan jumlah kasus AFP ini memberikan dua kemungkinan. Pertama, cakupan imunisasi di Kepulauan Riau rendah sehingga masyarakat tidak kebal terhadap virus polio dan hal ini perlu diwaspadai. Kemungkinan kedua yaitu bahwa surveilans aktif AFP berjalan dengan baik yang ditandai pertambahan penemuan kasus di masyarakat.

4.2.1.9 Campak

Penyakit campak merupakan penyakit menular yang sering menyebabkan kejadian Luar Biasa (KLB) dan dapat menyebabkan cacat dan kematian yang diakibatkan oleh komplikasi seperti radang paru

Monitoring Effort to Erapo success was done through actively surveilans activity whose purpose to find AFP case as early detection effort knowing the rising of wild polio virus that possibility exist in society in order to take a faster tackling and prevent wider spreading. In 2006, reported number of AFP cases in Kepulauan Riau Province was 7 cases (morbidity rate 9.44 per 100,000), found in Batam City 5 cases and 2 cases found in Karimun District. This figure was more than prediction where was estimated that the AFP morbity rate in community 1 per 100,000 for populations < 15 years. Increasing of this AFP case gave two possibilities. Firstly, immunization coverage was low in Kepulauan Riau so that society unresistant against polio virus and this thing need be awared. Secondly, actively surveilans for AFP run well be indicated the adding of case finding in community.

4.2.1.9 Measles

Measles is a communicable disease that often makes an outbreak and able to cause deformity and death as the impact of complications such as lung inflamed (pneumonia), get feces out

(pneumonia), berak-berak (diare), radang telinga (otitis media) dan radang otak (ensefalitis) terutama pada anak dengan gizi buruk. Penyakit campak sebenarnya merupakan penyakit yang dapat dicegah dengan program imunisasi. Peningkatan cakupan program imunisasi diharapkan dapat memberantas penyakit ini.

Pada tahun 2006, jumlah kasus penyakit campak yang ditemukan di Provinsi Kepulauan Riau sebanyak 368 kasus yang menyebar di semua kabupaten/kota kecuali Kota Tanjungpinang. Pada tahun 2006 terlihat adanya peningkatan kembali kasus campak setelah pada tahun 2005 menurun tajam dibandingkan dengan tahun 2004. Tingginya penderita kasus di Kota Batam kemungkinan disebabkan tingkat kepadatan penduduk yang menyebabkan penularan penyakit campak yang ditularkan melalui udara ini semakin tinggi. Distribusi penderita campak menurut kabupaten/kota pada tahun 2006 dapat dilihat pada lampiran tabel 14.

4.2.1.10 Hepatitis

Penyakit hepatitis yang disebabkan oleh virus rubella ini sebenarnya dapat dicegah melalui imunisasi. Penyakit ini terkait erat dengan system higienitas selain kecenderungan ras, system homoseksualitas (penularan melalui luka

often (diarrhea), ears inflamed (otitis media), and brain inflamed (encephalitis) especially for bad nutrition child. In fact, measles is a preventable disease by immunization program. Increasing of immunization coverage is expected able to eradicate this disease.

In 2006, numbers of measles found in Kepulauan Riau Province were 368 cases those spread in all over districts/cities except Tanjungpinang City. In 2006, measles increased after in 2005 decreased sharply if was compared with 2004. The high case in Batam City was predicted close relate with the population density so that give an opportunity for measles which spread by air distribute quickly. Distribution of measles sufferers by districts/cities in 2006 can be seen in annex table 14.

4.2.1.10 Hepatitis

Hepatitis which this is caused by rubella virus actually preventable through immunization. This disease close related with hygiene factors beside genetic tendency, homosexual (spreading through anal injury), free sex (spreading

pada anus), kebebasan seks (penularan melalui selaput system), dan morfinis (suntikan).

Kasus hepatitis selama tahun 2006 di Provinsi Kepulauan Riau berdasarkan data dari Profil Kesehatan Kabupaten/Kota sebanyak 4 kasus yang terdapat hanya di Kabupaten Lingga. Angka ini cukup menggembirakan karena penurunan jumlah kasus yang sangat signifikan dari jumlah kasus tahun 2005 yang berjumlah 102 kasus, namun disamping itu juga memberikan keprihatinan bahwa kurang berjalannya system pelaporan dari sarana pelayanan kesehatan ke dinas kesehatan kabupaten/kota. Distribusi penderita hepatitis menurut kabupaten/kota pada tahun 2006 dapat dilihat pada tabel lampiran 14.

4.2.1 Penyakit Tidak menular

Penyakit tidak menular dari tahun ke tahun menunjukkan peningkatan jumlah kasus. Data dari berbagai rumah sakit di Indonesia, menunjukkan 30% kematian pasien disebabkan jenis penyakit tidak menular antara lain jantung, kanker, diabetes melitus, gagal ginjal dan stroke. Meningkatnya ancaman penyakit tidak menular berkaitan erat dengan adanya perubahan perilaku dan gaya hidup masyarakat yang mengarah ke gaya hidup yang beresiko terhadap kesehatan seperti

by mucous membrane), and drug users (injection).

Hepatitis case in Kepulauan Riau Province as long 2006 based on the health profile districts/cities data was 4 cases which all these cases only found in Lingga District. This figure make much happy because the number of case in 2005 decreased significantly from 102 cases, but beside that it give a thoughtfulness of the reporting system did not run well from health facilities to regional health office. The distribution of hepatitis by district/city in 2006 can be seen in annex tabel 14.

4.2.1 The Non-Communicable Disease

The non-communicable disease indicates increasing cases annually. Colleting data from several local hospitals in Indonesia, confirmed that 30% of death and the causative of death the patients have suffered non-communicable disease such as: heart attack, cancer, mellitus diabetes, kidney failure and stroke. The intimidating of rising non-communicable disease is related to characteristic changes as well as public life development to the health

pola makan yang cenderung untuk mengkonsumsi makanan cepat saji (*fast food*) dengan kadar lemak tinggi tetapi rendah serat, pola hidup santai (kurangnya kegiatan fisik/olah raga), merokok, dan minum minuman beralkohol.

Dari pola 10 penyakit terbanyak baik pada kunjungan puskesmas maupun kunjungan rumah sakit terlihat bahwa penyakit tidak menular sudah mulai mendominasi beban penyakit yang ditanggung masyarakat. Dari pola penyakit kunjungan puskesmas penyakit hipertensi menempati urutan kedua penyakit terbanyak dengan jumlah kasus 21.712. Begitu juga dengan pola penyakit di rumah sakit menunjukkan bahwa penyakit gigi dan mulut menempati urutan kedua kasus terbanyak dengan jumlah kasus 11.672.

Melihat pola penyakit yang berkembang di masyarakat pemerintah pusat dalam hal ini Departemen Kesehatan RI menunjukkan perhatian yang serius akan masalah penyakit tidak menular yang cenderung meningkat dari tahun ke tahun dengan menambah struktur organisasi dengan membentuk Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular sejak tahun 2006.

Kasus penyakit tidak menular yang banyak ditemukan di Provinsi Kepulauan Riau pada tahun 2006 adalah hipertensi dengan jumlah kasus 22.873 kasus (angka

risk such as: consuming the fast food with high obesity and low fiber, unwind way of life such as: smoking, as well as alcohol drinking habit.

Research indicates that majority of 10 diseases in both health centres and hospitals are revealed that non-communicable disease has dominated in the public community. According to the survey in health centres that a hypertension is on the second list with 21.712 cases. As well as in the hospital indicates that the dental and the tonsil are on the major second listed with 11.672 cases.

Considering on the survey spread disease in public community the government of Health Department Republic of Indonesia has showed seriously and awareness regarding those cases where obviously increased significant annually, it has occurred to raise the organization structural by organizing the Directorate of Controlling Non-Communicable Disease since 2006.

Moreover the non-communicable disease that found in Riau Islands Province in 2006 was hypertension with total cases 22,873 (morbidity rate

kesakitan 1.709,67 per 100.000 penduduk), disusul penyakit gastritis dan penyakit saluran cerna lainnya sebanyak 5.479 kasus (angka kesakitan 409,53 per 100.000 penduduk), dan penyakit mata non-infeksi sebanyak 3.525 kasus (angka kesakitan 263,48 per 100.000 penduduk).

Dari Profil Kesehatan Indonesia tahun 2005, diketahui bahwa penyakit system sirkulasi merupakan penyebab kematian umum nomor satu di Indonesia. Stroke tanpa pendarahan merupakan penyebab kematian nomor satu di RSUD di Indonesia tahun 2002 dan penyakit jantung menduduki peringkat ke-9. Sedangkan hipertensi menjadi penyakit terbanyak nomor 7 pada pasien rawat jalan di rumah sakit di Indonesia tahun 2003. Sementara itu menurut data WHO, pada tahun 2005, 58 juta (70 %) penduduk dunia mengidap penyakit tidak menular yaitu jantung (30%), diabetes (26%), paru obstruktif kronis (7%), kanker (12%) dan kecelakaan (9%). Di Asia Tenggara kematian akibat penyakit tidak menular diatas sebesar 7.423.000, sedangkan penyakit menular 5.730.000. Gambaran kasus penyakit tidak menular di Provinsi Kepulauan Riau berdasarkan kunjungan di rumah sakit tahun 2006 dapat dilihat pada tabel 4.8 berikut :

1,709.67 per 100,000 of population], following by the gastritis and others digestion with total 5,479 cases [morbidity rate 409.53 per 100.000 of population], also the eyes non-infection with 3,525 cases [morbidity rate 263.48 per 100.000 of population].

Research of the Indonesia Health Profile in 2005, found that the disease of circulation system caused of death main in Indonesia territory. And the stroke without bleeding has causative the main death in several General Hospitals in Indonesia year of 2002 and the heart disease on the 9th. While the hypertension has become a major disease number 7 on the outpatients in Indonesia's hospital in 2003. In the meantime, according to WHO's data, in 2005, around 58 millions [70%] the world population suffered the non-communicable disease were heart disease [30%], diabetes [26%], the obstruction lung chronic [7%], cancer [12%] and the accident [9%]. In Southeast Asia the death caused of the non-communicable disease around 7,423,000, while the communicable disease around 5,730,000. Description of the non-communicable disease in Riau Islands Province according to the hospital's visits in 2006 might be seen on the table 4.8 as follow:

Tabel 4.8 : Jumlah Kasus dan Jumlah yang Meninggal Akibat Penyakit Tidak menular Berdasarkan Kunjungan Rumah Sakit Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006
The Total Cases and Total Death caused of the Non-Communicable Disease According to the Hospital's visits of Riau Islands Province Year of 2006

| No. | NAMA PENYAKIT <i>Disease</i> | JLH KASUS <i>Total of Case</i> | JLH MENINGGAL <i>Total of Death</i> |
|--------------|--|-----------------------------------|--|
| 1 | Penyakit gigi dan mulut (<i>Dental and Mouth</i>) | 11,672 | - |
| 2 | Gastritis dan peny. saluran cerna lainnya (<i>Gastritis and other dygest system</i>) | 5,479 | 1 |
| 3 | Penyakit Mata Non-infeksi (<i>The non-infection eyes</i>) | 3,525 | - |
| 4 | Penyakit Telinga (<i>ears</i>) | 3,294 | - |
| 5 | Cedera, Remuk dan Amputasi (<i>Injury, shattered and Amputation</i>) | 2,290 | - |
| 6 | Penyakit Ginjal dan Sistem Kemih (<i>The Kidney failure and the urine system</i>) | 1,885 | 2 |
| 7 | Tonsil dan Adenoid (<i>The tonsil and adenoid</i>) | 1,735 | - |
| 8 | Fraktur (<i>fracture</i>) | 1,648 | 3 |
| 9 | Radang Susunan Syaraf dan SSP Lainnya (<i>The pneumonia nerve system and others SSP</i>) | 1,435 | 3 |
| 10 | Asma (<i>Asthma</i>) | 1,362 | - |
| 11 | Neoplasma Jinak (<i>The benign neoplasm</i>) | 1,165 | - |
| 12 | Hipertensi (<i>Hipertention</i>) | 1,161 | 2 |
| 13 | Diabetes Melitus (<i>The mellitus diabetes</i>) | 1,083 | 3 |
| 14 | Penyakit Jantung (<i>Heart attack</i>) | 893 | 22 |
| 15 | Apendiks (<i>appendix</i>) | 865 | - |
| 16 | Haemoroid (<i>Haemoroid</i>) | 804 | - |
| 17 | Hernia (<i>Hernia</i>) | 739 | - |
| 18 | Cedera Kepala (<i>Skull Injury</i>) | 493 | - |
| 19 | Neoplasma Ganas (<i>The malignant neoplasm</i>) | 426 | 8 |
| 20 | Stroke dan Perdarahan Intrakarnial (<i>stroke and intracarnial bleeding</i>) | 368 | 16 |
| TOTAL | | 42,322 | 60 |

Sumber : Bidang Yankes dan Farmamin, Dinkes Prov Kepri, 2006
Source: The Department of Yankes and Farmamin, Dinkes Prov. Kepri, 2006

Pada tabel 4.8 di atas terlihat bahwa dari beberapa penyakit tidak menular yang mempunyai angka kematian yang tertinggi yaitu penyakit stroke dan perdarahan intrakranial (4,35%), penyakit jantung (2,46%), dan penyakit neoplasma ganas (1,88%). Peningkatan pelayanan di sarana kesehatan rujukan terus diupayakan agar mampu memberikan pelayanan yang optimal kepada masyarakat dan mampu meminimalisir jumlah pasien yang meninggal.

4.3 Status Gizi

Tiga faktor utama indeks kualitas hidup yaitu pendidikan, kesehatan dan ekonomi. Faktor-faktor tersebut erat kaitannya dengan status gizi masyarakat yang dapat digambarkan terutama pada status gizi anak balita dan wanita hamil. Masalah gizi merupakan salah satu indikator yang digunakan dalam memotret kesejahteraan dan derajat kesehatan masyarakat. Masalah gizi yang rentan ditemukan pada segmen masyarakat yaitu ibu hamil, ibu menetek, bayi dan anak balita sehingga indikator ini dipakai untuk mengukur status gizi masyarakat. Berikut akan diuraikan indikator status gizi pada bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), status gizi balita, status gizi wanita usia subur Kurang Energi Kronis (KEK), Anemia Gizi Besi (AGB) pada ibu dan

On the table 4.8 above mentioned that the non-communicable disease as the highest risk of death such as: the stroke and intracranial bleeding [4.35%], the heart disease [2.46%], and the malignant neoplasm [1.88%]. The proposing in improving the health facility of services are maintaining maximum especially to the public community sector and anticipation to minimize the amount of death.

4.3 The Status of Nutrition

There are three main index factors quality of life; they are education, health, and economy. These factors strongly advised and related to the public status of nutrition where can be described especially the nutritional status of under-fives and pregnant women. The nutrition is one of the indicator to show the prosperity of humanize and the quality of public people in the community. The nutrition can be seen in the public society segment such as a pregnant woman, a mother feeding the baby, the baby and the consequently these indicators might be applied to evaluate the public community nutritional status. Subsequently a clarification of the indicator nutritional status of low birth weight (LBW), under-fives nutritional

pekerja wanita, dan Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY).

4.3.1 Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2.500 gram. BBLR dibedakan atas 2 kelompok yaitu BBLR karena usia kandungan kurang dari 37 minggu (*premature*) dan BBLR karena *Intra Uterine Growth Retardation* (IUGR) yaitu bayi cukup bulan tetapi berat badannya kurang. Masalah berat badan lahir rendah (BBLR) merupakan salah satu masalah yang mendapat perhatian khusus, karena BBLR dapat menyebabkan anak bersangkutan mengalami gangguan perkembangan fisik dan mental pada masa mendatang. Banyak BBLR di negara berkembang dengan IUGR sebagai akibat ibu dengan status gizi buruk, anemi, malaria, dan menderita penyakit menular seksual (PMS) sebelum konsepsi atau ketika hamil.

Jumlah kasus BBLR di Provinsi Kepulauan Riau selama tahun 2006 tercatat dari 30.797 kelahiran diindikasikan 677 bayi lahir dengan BBLR (2,20%). Kejadian kasus BBLR tertinggi terdapat di Kabupaten

status, nutrition status of eligible women with chronic energy deficiency, nutrition status of mother and working women with the anemia of iron nutrition, and iodine deficiency disorders.

4.3.1 The baby with Low Birth Weight (LBW)

Baby with low birth weight (LBW) is the baby born with approximately weight below 2,500 grams. LBW is diverse into 2 categories; they are LBW due to pregnancy less than 37 weeks (premature) and LBW due to the Intra Uterine Growth Retardation [IUGR] that the sufficient baby however least on weight. The case of LBW is the main concerned subject, because the LBW might be caused of physical and mentality growth difficulty in the future. In developing countries, there are many cases of LBW with IUGR because of severe malnutrition of mother, anemia, malaria, and sexually transmitted diseases prior to conception or during pregnancy.

The amount of LBW in Kepulauan Riau Province for 2006 registered around 30,797 births indicates 677 babies born with LBW [2.20%]. The highest case of LBW was found in

Karimun dengan jumlah kasus 165 (3,19% dari total kelahiran), kemudian disusul Kota Batam dengan jumlah kasus 407 (2,68% dari total kelahiran). Angka total provinsi tergolong rendah jika dibandingkan dengan angka nasional dimana dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) diketahui bahwa proporsi bayi dengan BBLR pada tahun 2002-2003 berkisar 7,6%. Sementara data BBLR di rumah sakit tahun 2002 memberi gambaran bahwa persentase bayi BBLR di rumah sakit secara nasional rata-rata sebesar 13%. Rincian distribusi angka kejadian bayi BBLR menurut kabupaten/kota dapat dilihat pada tabel lampiran 15.

4.3.2 Status Gizi Balita

Status gizi balita (anak umur 0-5 tahun) dapat dijadikan indikator untuk memperkirakan status gizi masyarakat, karena kelompok umur ini merupakan kelompok yang rentan terhadap kekurangan gizi. Jika status gizi balita di suatu wilayah termasuk kategori baik, maka dapat diasumsikan secara umum status gizi masyarakat di wilayah tersebut juga tergolong baik. Status gizi balita perlu mendapat perhatian mengingat bahwa periode umur ini merupakan masa dimana anak mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang pesat. Pembentukan

Karimun District with amount of 165 cases [3.19% of total births], following by Batam City with 407 cases [2,68% of total births]. The number of total in province considered lower compared to national amount where the result of Indonesian Demographic and Health Survey was found that the baby proportion with LBW in 2002-2003 approximately 7,6%. In meanwhile the data of LBW in hospital in 2002 has described as the percentage of LBW in hospital nationally approximately 13%. The details of LBW by district/city can be seen in annex table 15.

4.3.2 The Under-fives Nutritional Status

The under-fives nutritional status [below age of 0-5 years] can be considered as the indicator to estimate the public community nutrition status, this period of category age has a receptive of poor nutrition. The under-fives nutrition status in region in excellent stage, hence it might be assumed generally the society nutrition status is considered at better stage as well. The under-fives nutrition status is needed to be considered as at this period of time a child is in growing status and it develops rapidly. The brain system in a child has

otak anak terjadi pada kurun waktu ini. Agar pertumbuhan dan perkembangan anak dapat berjalan secara optimal, asupan gizi yang diberikan sangat perlu mendapat perhatian.

Tingkat kesadaran masyarakat dalam melakukan penimbangan balita secara rutin tiap bulan masih rendah. Hal ini dapat dilihat bahwa dari 166.826 balita yang ada, yang melakukan penimbangan berat badan hanya 118.997 balita (71,33%). Dari hasil penimbangan berat badan tersebut diketahui jumlah balita yang mengalami penambahan berat badan sebanyak 99.057 balita (83,24%). Sementara itu jumlah balita yang berat badannya berada pada bawah garis merah (BGM) sebanyak 1.116 balita (0,94%) dan di bawah garis tengah (BGT) sebanyak 1.652 balita (1,39%). Kedua kelompok balita ini merupakan kelompok yang perlu mendapat perhatian karena tergolong dalam kategori status gizi kurang dan gizi buruk.

4.3.3 Status Gizi Wanita Usia Subur Kurang Energi Kronis (KEK) dan Anemia Gizi Besi (AGB)

Status gizi ibu sebelum dan selama hamil dapat mempengaruhi pertumbuhan janin yang sedang dikandung. Bila status gizi ibu normal pada masa sebelum dan selama hamil kemungkinan besar akan melahirkan bayi yang sehat, cukup bulan

taken place. In order to grow and child-development can be worked it out optimally, and it needed to be considered.

Socialization and public awareness of under-fives for equilibrium regularly is considered poor. It might be seen in 166,826 of under-fives, only 118,997 of them have practiced the equilibrium as equal to [71,33%]. According to the equilibrium, it can be seen the amount of under-fives has increased on weight approximately 99,057 under-fives [83,24%]. In meanwhile the amount of under-fives on weight under the red line around 1,116 children [0.94%] and under the middle line approximately 1.652 of children [1,395]. Both of these under-fives are needed to be considered due to the category in deprived nutrition status and poor nutrition.

4.3.3 Nutrition status of eligible women with chronic energy deficiency and anemia of iron nutrition

The status of a mother nutrition previously and following to a pregnancy period might be influenced the growth of fetus in pregnancy. Hence, the status of mother's nutrition in normal stage previous or following the pregnancy, the

dengan berat badan normal. Dengan kata lain kualitas bayi yang dilahirkan sangat tergantung pada keadaan gizi ibu sebelum dan selama hamil.

Kurang energi kronis merupakan keadaan gizi yang buruk yang disebabkan kekurangan zat gizi karbohidrat dalam jangka waktu yang lama. Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA) merupakan salah satu cara untuk mengetahui status gizi wanita usia subur. Ibu hamil yang memiliki LILA < 23,5 cm mempunyai resiko tinggi untuk melahirkan bayi berat badan lahir rendah (BBLR).

Anemia gizi besi merupakan suatu kondisi ibu dengan kadar hemoglobin yang rendah. Anemia gizi besi (AGB) pada ibu hamil dapat mengakibatkan kematian pada ibu dan bayi. Hal ini dapat dicegah melalui pemberian tablet tambah darah (Fe) kepada ibu hamil. Selama kehamilan dianjurkan seorang ibu mengkonsumsi tablet zat besi minimal 90 butir. Kekurangan zat besi dapat menimbulkan gangguan atau hambatan pada pertumbuhan janin baik sel tubuh maupun sel otak. Anemia gizi dapat mengakibatkan kematian janin di dalam kandungan, abortus, cacat bawaan, BBLR, anemia pada bayi yang dilahirkan. Hal ini menyebabkan morbiditas dan mortalitas ibu dan kematian perinatal secara bermakna lebih tinggi dan kemungkinan melahirkan bayi BBLR dan prematur juga lebih besar.

possibility would deliver a healthy baby, sufficient period of month as well as the weight. In the other word, the baby quality depends on the mother nutrition situation while in the pregnancy period.

Deficiency of chronic energy is the nutrition at poor level where caused of poor in carbohydrate nutrition in a long period of time. One of the methods to know nutritional status of eligible women is by measuring circumference of upper arms. A pregnancy woman whose her upper arm circumference less than 23.5 cm has a high risk to deliver a LBW infant.

The anemia of iron nutrition is a mother condition with haemoglobin at poor level. Anemia on a pregnancy mother might be at death level of risk both mother and infant. This might be prevented by giving the tablet of blood improvement [Fe] to the pregnancy mother. While in pregnancy period she is adviced to consume the tablet of iron nutritious minimal 90 tablets. Deficiency of iron nutritious might be occurred the disturbance or obstruction in growth of fetus both in body or brain cell. The nutritious anemia can cause the death in uterus, abort, physical defect, LBW, the anemia on baby delivered. These might cause the morbidity as well as mortality both maternal and perinatal, and the possibility delivers LBW and premature

Cakupan pemberian tablet zat besi (Fe) kepada ibu hamil selama tahun 2006 tercatat dari 35.477 ibu hamil sebanyak 29.095 ibu hamil mendapat Fe1 (82,01%) dan yang mendapat Fe3 sebanyak 23.108 ibu hamil (65,14%). Rendahnya persentase ibu hamil yang mendapat tablet Fe kemungkinan karena kurangnya kesadaran dan pengetahuan ibu hamil akan bahaya yang diakibatkan jika ibu hamil menderita anemia. Data lebih rinci dapat dilihat dalam lampiran tabel 25.

4.3.4 Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY)

Gangguan Akibat Kurang Yodium atau GAKY adalah sekumpulan gejala yang timbul karena tubuh seseorang kekurangan unsur yodium secara terus menerus dalam jangka waktu yang cukup lama. Yodium adalah mineral yang terdapat di alam, baik di tanah maupun di air yang merupakan zat gizi mikro yang diperlukan oleh tubuh manusia untuk membentuk hormon Tiroksin yang berfungsi untuk mengatur pertumbuhan dan perkembangan fisik serta kecerdasan.

Masalah GAKY merupakan masalah yang serius mengingat dampaknya secara langsung atau tidak langsung

are higher.

Record of providing the Fe tablet for pregnant mother while in 2006 has registered 35,477 of pregnant mother of 29.095 of pregnant mother obtained Fe1 [82,01%] and obtained the Fe3 approximately 23,108 of pregnant mother [65,14%]. Poor of percentage the pregnant mother getting Fe tablet, possibility due to lacking of an awareness and knowledge of the pregnant mother that might be harmful in case of a pregnant mother suffered the anemia. The details data can be seen in annex table 25.

4.3.4 The Iodine Deficiency Disorder GAKY)

The Iodine deficiency disorder is an indication in occurring due to human body condition in poor of Iodine regularly in period of long time. The Iodine is a natural mineral, both in the soil or water, where the micro nutritious needed by the human body to set a Tyrosine hormone in functioning to control the growth as well as physical development and intelligent.

The GAKY is serious subject as it considered both the effect is directly and indirectly, it might be influenced the

mempengaruhi kelangsungan hidup dan kualitas sumber daya manusia yang mencakup 3 aspek, yaitu aspek perkembangan kecerdasan, aspek perkembangan sosial dan aspek perkembangan ekonomi.

Begitu seriusnya dampak GAKY yang ditimbulkan, pemerintah Indonesia melakukan upaya penanggulangan GAKY dengan fokus utama (1) distribusi kapsul minyak beryodium kepada seluruh wanita usia subur (15 - 49 tahun) di daerah endemik berat dan endemik sedang sebagai upaya jangka pendek, dan (2) yodisasi garam atau peningkatan konsumsi garam beryodium sebagai upaya jangka panjang. Gangguan akibat kekurangan yodium (GAKY) merupakan masalah kesehatan yang perlu diperhatikan. Kekurangan zat yodium dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan fisik seperti pembesaran kelenjar thyroid, kretinisme (badan kerdil), bisu, dan tuli. Kekurangan yodium juga dapat mengakibatkan perkembangan intelektual yang terlambat yang berpengaruh pada tingkat kecerdasan anak menjadi rendah.

Daerah Provinsi Kepulauan Riau bukan merupakan endemis GAKY. Namun program-program tetap dijalankan di kabupaten/kota untuk mengantisipasi GAKY dengan melakukan pemantauan peredaran garam beryodium sampai ke tingkat desa.

humanity also the quality of human resources in 3 aspects, they are the intelligent development, the social development and the economy development.

Obviously the effect of GAKY is in serious condition to occur, Indonesia government has taken an action on prevention the GAKY with the main focus of [1] distribute the oil of Iodine capsule to the entire of women average in productive stage [15 – 49 years old] in serious endemic region and average endemic as short term effort, and [2] the salt iodized or increasing the iodine salt consumption in a long period of time. The interference caused of poor in iodine [GAKY] is a health subject that needs to be considered. Lacking of iodine can be occurred of growth interferences physically such as extending of gland thyroid, cretinism [shortest], dumb, and deaf. Lacking of the iodine also can be caused of lethargic intelligent development where influencing on the children intelligent level becomes quite weak.

The Kepulauan Riau Province region is not in category of endemic GAKY. However, linked to the programs need to be in progress in districts/cities in order to anticipate the GAKY by an inspection and controlling the iodine salt circulation till the next stage of villages.

BAB 5

SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN

HEALTH RECOURCES SITUATION

Sumber daya kesehatan mencakup sarana kesehatan, tenaga kesehatan, dan sumber pembiayaan kesehatan. Ketersediaan sumber daya baik dari segi jumlah dan mutu yang didukung dengan penggunaan yang efektif dan efisien akan mendorong pencapaian tujuan pembangunan kesehatan secara optimal.

5.1 Sarana Kesehatan

Salah satu komponen penting dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan adalah sarana kesehatan mampu menunjang berbagai upaya pelayanan kesehatan baik pada tingkat individu maupun masyarakat. Sarana kesehatan yang akan diuraikan berikut meliputi puskesmas, rumah sakit, sarana produksi dan distribusi farmasi dan alat kesehatan, sarana upaya kesehatan bersumber masyarakat (UKBM) dan institusi pendidikan tenaga kesehatan.

5.1.1 Sarana Kesehatan Dasar

Yang termasuk dalam sarana kesehatan dasar meliputi puskesmas dan jajarannya (puskesmas pembantu, puskesmas keliling, pos bersalin desa). Puskesmas dan jajarannya merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan dasar

Health Recourses consist of health facility, health manpower and health funding sources. The availability of recourses even from quantity and quality aspect which supported with an efficient and effective usage to encourage the achievement the purpose of health development optimally.

5.1 Health Facility

One of the main component on implementation of Health development are as a capable health facility to support a various effort of health services on individual level as well as on community level. Health facility that will be further described consist of Health Center, Hospital, Production facility and pharmacy distribution and health equipment, facility of health effort community basis and institution of health manpower education

5.1.1 Basic Health Facility

Which are included on basic health facility consist of Health Center and its range (Sub Health Care, Rural delivery post). Health Center and its range are a first line of basic health services to the

kepada masyarakat. Keberadaan puskesmas dan jajarannya yang dapat dengan mudah dijangkau oleh masyarakat akan meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan sesuai dengan yang dibutuhkan, dalam upaya mencapai tujuan tersebut penyediaan sarana kesehatan dasar merupakan hal yang terpenting.

Distribusi Puskesmas, Pustu, dan Pusling menurut kabupaten/kota di Provinsi Kepulauan Riau tahun 2006 dapat dilihat pada tabel berikut :

community. The existence of health Care and its range can be easily reachable will increase community access towards health services appropriate as needed, on efforts to reach the objective the supply of basic health services are the most important matter.

Distribution of Health care, Sub Health Care and Circular Health Care By Districts/ Cities in Kepulauan Riau Province Year 2006 Can be seen of the following table :

Tabel 5.1 : Distribusi Puskesmas, Puskesmas Pembantu (Pustu), dan Puskesmas Keliling (Pusling) di kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006
Distribution of Health Centre, Sub-Health Centre, and Circular Health Centre by District/City in Kepulauan Riau Year of 2006

| NO. | KAB/KOTA <i>District/City</i> | PUSKESMAS <i>Health Centre</i> | | | PUSTU <i>Sub-Health Centre</i> | PUSLING <i>Circular Health Centre</i> | | |
|----------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|---------------------|-----------------------------------|--|--------------------|---------------------|
| | | RI <i>With Bed</i> | NON-RI <i>Without Bed</i> | JML <i>Total</i> | | DARAT <i>Land</i> | LAUT <i>Sea</i> | JML <i>Total</i> |
| 1 | Karimun | 3 | 6 | 9 | 31 | 14 | 1 | 15 |
| 2 | Bintan | 3 | 3 | 6 | 31 | 13 | 3 | 16 |
| 3 | Natuna | 5 | 5 | 10 | 43 | 4 | 5 | 9 |
| 4 | Lingga | 3 | 2 | 5 | 36 | 6 | 2 | 8 |
| 5 | Batam | 3 | 8 | 11 | 34 | 12 | 14 | 26 |
| 6 | Tanjungpinang | 0 | 4 | 4 | 9 | 5 | 0 | 5 |
| PROVINSI (Province) | | 17 | 28 | 45 | 184 | 54 | 25 | 79 |
| RASIO (Ratio) | | | | 3.23 | 4.09 | | | 1.76 |

Sumber : Bidang Yankes, Dinkes Prov. Kepulauan Riau, 2007
Source : Yankes Department, Dinkes Prov. Kepulauan Riau, 2007

Selama tahun 2006, tidak ada penambahan jumlah sarana pelayanan kesehatan dasar, namun telah dilaksanakan upaya perbaikan dan peningkatan fungsi puskesmas baik mencakup pelaksanaan rehabilitasi fisik bangunan maupun juga penambahan peralatan yang dibutuhkan agar puskesmas dapat melaksanakan peranannya secara optimal. Pada tabel di atas dapat dilihat bahwa jumlah puskesmas di Provinsi Kepulauan Riau sampai tahun 2006 yaitu sebanyak 45 unit (17 unit rawat inap dan 28 unit non rawat inap). Rasio puskesmas penduduk yaitu 3,23 per 100.000 penduduk, hal ini berarti satu puskesmas melayani sekitar 25.000-33.000 penduduk. Jika dilihat rasio puskesmas dengan penduduk, menunjukkan adanya penurunan dibandingkan dengan tahun 2005 dimana rasio puskesmas terhadap penduduk sebesar 3,53 per 100.000 penduduk. Hal ini menunjukkan adanya peningkatan jumlah penduduk Kepulauan Riau dan tidak diiringi dengan penambahan jumlah sarana pelayanan kesehatan. Ratio kecukupan puskesmas menurut standar Nasional yaitu satu puskesmas melayani 28.000 penduduk. Berdasarkan angka ini ketersediaan fasilitas puskesmas di Kepulauan Riau masih kurang, terlebih mengingat keadaan geografis Provinsi Kepulauan Riau yang berbentuk kepulauan. Jarak dan sarana transportasi menjadi pertimbangan sulit yang akan menurunkan minat masyarakat untuk menggunakan sarana pelayanan kesehatan.

During year 2006, there are no addition of number Basic Health services facility, but it has carried out an efforts to repair and increase the Health Care function as well as covering the execution of Civil work rehabilitation and the addition of equipment needed in order for the Health Center to carry out its role optimally. On the table above can be seen that the amount of Health center in Kepulauan Riau Province until 2006 as many as 45 unit (17 unit stay care and 28 unit pass care). Ratio of population Health center which is 3.23 per 100.000 population, this means that one health center could serve about 25.000 – 33.000 population, shows a presence of decreasing compared with year 2005 where ratio of Health Center towards population as many as 3,53 per 100.000 population. This matter shows an increase of total population in Kepulauan Riau and not adjacent with increment of total health services facility. Ratio of sufficiency by National standard which is one Health Center serves 28.000 populations. According to this number the availability of Health Center facility in Kepulauan Riau is still not enough, while considering geographical condition in Kepulauan Riau Province is in shape of archipelago. The distance and transportation facility became a difficult consideration to lowering the interest

Puskesmas pembantu (pustu) mengalami penambahan dari 178 unit pada tahun 2005 menjadi 184 unit pada tahun 2006. Rasio pustu per puskesmas adalah 4,09 artinya pelayanan tiap puskesmas dibantu oleh 4 buah pustu. Ketersediaan puskesmas keliling (pusling) sangat memegang peranan penting dalam peningkatan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan khususnya untuk menjangkau daerah-daerah sulit dan terpencil. Jika pada tahun 2005 hanya terdapat 69 unit, namun selama tahun 2006 terjadi penambahan jumlah menjadi 79 unit yang terdiri dari 54 unit pusling darat dan 25 unit pusling laut. Rasio pusling terhadap Puskesmas adalah 1,76 yang berarti setiap Puskesmas telah memiliki 1-2 unit Pusling.

5.1.2 Sarana Kesehatan Rujukan

Rumah sakit sebagai sarana kesehatan rujukan perlu mendapat perhatian. Indikator yang digunakan untuk menilai perkembangan sarana rumah sakit antara lain dengan melihat perkembangan fasilitas perawatan yang biasanya diukur dengan jumlah rumah sakit dan tempat tidurnya serta rasionya terhadap jumlah penduduk.

Pada tahun 2006, di Provinsi Kepulauan Riau terdapat 20 rumah sakit dengan rincian 5 rumah sakit pemerintah, 1 rumah sakit BUMN, 2 rumah sakit TNI, dan 12 rumah sakit swasta. Di Kabupaten

of community to use Health services facility.

Sub Health Center had a growth from 178 units in 2005 to 184 unit in 2006. Ratio Sub Health Center per Health Center is 4.09 means that service of every Health Center receive help by 4 unit of Sub Health Center. The readiness of circular Health Center plays a very major role on increasing health especially to reach remote and excluded areas. If on year 2005 it only had 79 units which consist 54 unit of land circular health center and 25 unit of sea circular health center. The ratio of circular health services to health center are 1.76 that means every Health Center already owns 1-2 unit circular Health Center.

5.1.2 Health Facility Referral

Hospital as a Health Facility referral needs to have attention. Indicator used to rate the development of Hospital treatment facility usually measured by total hospital and its bed also ratio towards total population.

Year 2006, in Kepulauan Riau Province contained 20 hospitals consist of 5 government hospitals, 1 government company hospital, 2 National Army Hospitals and 12 Private

Natuna (Palmatak) dan Kabupaten Lingga (Daik) sejak tahun 2005 telah dilaksanakan pembangunan rumah sakit lapangan dengan kapasitas tempat tidur masing-masing 15 TT.

Dalam meningkatkan fasilitas kesehatan di Provinsi Kepulauan Riau, pada tahun 2006 sedang dilaksanakan tahap I pembangunan RS Provinsi di Tanjung Uban, Bintan. Pembangunan rumah sakit ini dilaksanakan secara bertahap yaitu sebanyak 4 tahap.

Seiring meningkatnya tuntutan akan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan nyaman sesuai kebutuhan dan keinginan masyarakat membuat dunia kesehatan menjadi lahan yang menarik untuk berinvestasi. Hal ini terlihat dengan meningkatnya jumlah rumah sakit swasta di Provinsi Kepulauan Riau khususnya di Kota Batam. Selama tahun 2006 terjadi penambahan rumah sakit di Kota Batam sebanyak 2 unit, sehingga pada tahun 2006 terdapat 11 unit rumah sakit. Salah satu rumah sakit tersebut dapat dikatakan berskala internasional dengan sistem manajemen yang mengutamakan kenyamanan pasien. Hal ini untuk menangkap peluang tingginya animo masyarakat untuk berobat ke luar negeri seperti ke Singapura dan Malaysia.

Indikator cakupan ketersediaan sarana pelayanan kesehatan rujukan dilakukan dengan melihat rasio tempat tidur rumah sakit per 100.000 penduduk. Jumlah tempat tidur di sarana pelayanan kesehatan

Hospitals. In Natuna District (Palmatak) and Lingga District (Daik) since year 2005 has carried out development of field Hospital with capacity of 15 beds each.

In order to increase health facility in Kepulauan Riau Province, in 2006 has been carried out I phase of Hospital development in Tanjung Uban, Bintan. The development of this hospital executed in phases which is consists of 4 phases.

With the increase of demand on quality and comfortable health services according to needs and community desire to make a world of health to be an interesting place for investing. This matter can be seen with increasing total private hospitals in Kepulauan Riau Province especially in Batam City, during year 2006 occurred an Hospitals increase in Batam City as many as 2 unit, until on year 2006 present a 11 unit Hospitals. One of the hospitals can be called international scale with management system that focuses on patient comfort. This is to catch interest opportunity of community to receive treatment on overseas such as in Singapore and Malaysia.

The indicator coverage for availability of Health services facility referral done with seeing ratio of Hospitals beds per 100.000 populations. Total beds on health

rujukan Provinsi Kepulauan Riau tahun 2006 dilihat pada tabel berikut :

services facility referral Kepulauan Riau Province year 2006 can be seen on following table:

Tabel 5.2 : Jumlah Tempat Tidur Rumah Sakit Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006
Table 5.2 : Numbers of Hospital's Bed by District/City Kepulauan Riau Province Year of 2006

| No. | Kabupaten/Kota <i>District/City</i> | Nama Rumah Sakit <i>Hospital's Name</i> | Jumlah Tempat Tidur <i>Numbers of bed</i> | Rasio TT/ 100.000 PDDK <i>Bed Ratio/100,000 pop</i> |
|--------------------|--|--|--|---|
| 1 | Bintan | - RS Antam | 50 | 41.22 |
| 2. | Karimun | - RSUD Karimun - RS Bakti Timah | 116 33 | 70.99 |
| 3 | Batam | - RSUD Batu Aji - RS Otorita Batam - RS Harapan Bunda - RS Budi Kemuliaan - RS St.Elisabeth - RS Casa Medical Centre - RS Kasih Sayang Ibu - RS Anak Permata Hati - RS Awal Bross - RS Charis Medika - RS Nuruddiniyah | 36 177 65 199 114 100 20 20 123 * 19 | 122.28 |
| 4 | Tanjung | - RSUD Tanjung Pinang - RSAL Dr. Medyanto S | 105 118 | 133.05 |
| 5 | Lingga | - RSL Daik | 15 | 17.99 |
| 6 | Natuna | - RS AURI - RSL Palmatak | 20 15 | 35.63 |
| TOTAL Total | | | 1,295 | 92.87 |

Sumber : Yanmedik RS Kabupaten/Kota Provinsi Kepulauan Riau, 2006
Source: District/City Hospital Medical Service Kepulauan Riau province, 2006

Jumlah tempat tidur seluruh rumah sakit di Kepulauan Riau baik pemerintah maupun swasta berjumlah 1.295 TT, dengan rasio 92,87 per 100.000 penduduk. Untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan yang optimal kepada masyarakat dan seiring dengan pembentukan

Total beds on entire hospitals in Kepulauan Riau by government as well as private sector amounted 1.295 TT, with ratio 92,87 per 100.000 population. To give an optimal health services to the community and adjacent with the forming of provincial

pemerintahan provinsi, pada tahun 2007 direncanakan akan dilaksanakan pembangunan rumah sakit provinsi di Kota Tanjungpinang secara *multi years*.

5.1.3 Sarana Produksi dan Distribusi Farmasi dan Alat Kesehatan

Dalam rangka menjamin tersedianya obat dan perbekalan kesehatan dengan jenis dan jumlah yang cukup sesuai kebutuhan nyata masyarakat yang diperlukan dalam pembangunan bidang kesehatan telah dilakukan berbagai upaya diantaranya peningkatan sarana penunjang instalasi kefarmasian.

Instalasi farmasi kabupaten/kota (IFK) adalah sarana distribusi obat dan perbekalan kesehatan yang berfungsi mendistribusikan obat-obatan untuk pelayanan kesehatan dasar (obat PKD) dan program (obat program) ke puskesmas-puskesmas di wilayahnya, sedangkan instalasi farmasi provinsi mempunyai kegiatan sebagai pelengkap untuk menjamin ketersediaan obat-obatan dan alat kesehatan di kabupaten/kota (buffer stock).

Pada tahun 2006, dilakukan pembangunan IFK baru di Kabupaten Lingga dan Kabupaten Natuna. Dengan demikian hanya Kota Tanjungpinang yang belum memiliki IFK dan direncanakan akan dilaksanakan pembangunan IFK Kota Tanjungpinang pada tahun 2007. Distribusi sarana farmasi di Kepulauan Riau pada

administration, on year 2007 plans to carry out the development of Hospitals in Tanjungpinang City by multi years.

5.1.3 Production Facility and Pharmacy Distribution and Health Equipment

In order to guarantee the availability of medicine and health supplies with enough type and amount according with real community needs which is needed in development are being supported by facility of pharmacy installation.

Pharmacy Installation District/City is a medicine distribution facility and health which functions to distribute medicines for basic health services (PKD's medicine) and programs (program's medicine) to health centers in the region, whereas province pharmacy installation have activities as an addition to guarantee the availability of medicines and health equipment in District/Cit (buffer stock).

In 2006, it has done development of new Pharmacy Installation District/City. With only in Lingga District and Tanjungpinang City that still haven't own Pharmacy Installation Districts/ Cities and planned the development of Pharmacy Installation District/City in

tahun 2006 dapat dilihat pada table berikut :

Tanjungpinang City on Year 2007. The distribution on Pharmacy Facility in Kepulauan Riau Province on year 2006 could be seen on the following table :

Tabel 5.3 : Distribusi Sarana Farmasi di Kepulauan Riau Tahun 2007
Table 5.3 : Distribution of Pharmacy Facilities in Kepulauan Riau Year of 2007

| No. | KAB./KOTA <i>District/City</i> | SARANA FARMASI (<i>Pharmacy Facilities</i>) | | | | |
|--------------------|-----------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------|---|-------------|
| | | Instalasi Farmasi <i>Pharmacy Instalation</i> | PBF <i>Pharmacy Supplier</i> | Apotik <i>Pharmacy</i> | Toko Obat Berizin <i>Drugstore has licence</i> | PAK/Sub PAK |
| 1 | Karimun | 1 | 0 | 13 | 51 | 4 |
| 2 | Bintan | 1 | 0 | 7 | 26 | 3 |
| 3 | Natuna | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| 4 | Lingga | 1 | 0 | 1 | 7 | 0 |
| 5 | Batam | 1 | 18 | 56 | 144 | 20 |
| 6 | Tanjungpinang | 0 | 1 | 28 | 57 | 0 |
| 7 | Provinsi | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL Total | | 6 | 19 | 105 | 287 | 27 |

Sumber : Seksi Farmamin, Dinkes Prov. Kepulauan Riau, 2007
Source : Farmamin Section, Dinkes Kepulauan Riau Province, 2007

Pada tabel di atas dapat dilihat bahwa sebagian besar sarana farmasi terkonsentrasi di Kota Batam. Seperti pedagang besar farmasi (PBF) dari 19 sarana dimana 18 sarana berada di Kota Batam. Demikian juga halnya dengan apotek, toko obat berizin dan PAK/Sub-PAK sebagian besar terdapat di Kota Batam.

From table above it can be seen that major parts of concentrated Pharmacy Facility in Batam City. Just like large merchant Pharmacy (PBF) from 19 facility where 18 of facility located in Batam City. Thus with pharmacy, licensed medicine store and PAK/Sub PAK which a large part located in Batam City.

5.1.4 Sarana Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat (UKBM)

Salah satu strategi utama Departemen Kesehatan dalam upaya mewujudkan visi Depkes yaitu masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat adalah menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat. Pentingnya peran serta masyarakat dalam program-program kegiatan pembangunan kesehatan, tidaklah bisa dipungkiri. Hasil observasi, pengalaman lapangan hingga keberhasilan cakupan suatu program yang telah dianalisis membuktikan bahwa peran serta masyarakat sangat menentukan terhadap keberhasilan, kemandirian dan kesinambungan pembangunan kesehatan. Hal ini berkaitan dengan adanya rasa memiliki (*sence of belonging*) dan terjaminnya kesinambungan (*continuity*) pelaksanaan program kesehatan. Dengan demikian, maka sebaiknya dan seyogianya pengorganisasian kegiatan masyarakat dalam pembangunan kesehatan harus dilakukan oleh masyarakat itu sendiri.

Beberapa wujud partisipasi masyarakat dalam pembangunan di sektor kesehatan antara lain melalui kegiatan Posyandu, Polindes (Pondok Bersalin Desa), Toga (Tanaman Obat Keluarga), POD (Pos Obat Desa), Pos UKK (Pos Upaya Kesehatan Kerja), Desa siaga dan sebagainya. Selain Posyandu, situasi dan kondisi upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat lainnya sudah sulit dideteksi/dipantau sejak pemberlakuan

5.1.4 Facility Efforts of Health Community Source

One of the main strategy of Health department in order to realizing Health Department Vision which is an independent and healthy living is to set in motion and manpower the society to live healthy. The importance of community participation on everyday Health Development activities programs cannot be denied. The output of the observation, field experience until the success coverage of a program that has been analyze proofs that community role are very determining towards the success, independent and continuity of the program. Linked with a sense of belonging and continuity of health program execution. With that then the organization of community activities should and must be done with the community itself.

Several form of community participation on developing health sector such as through integrated service post (Posyandu), village delivery hut (Polindes), family herb plant (Toga), village medicine post (POD), work health effort post (Pos UKK), Alert village activities and others. Besides posyandu, situation and other condition community health recourses efforts have been difficult to

otonomi daerah di masing-masing kab./kota. Oleh karena itu, pelaksanaan kegiatan ini perlu mendapat perhatian yang optimal kembali dari masing-masing pengelola program kesehatan.

Jumlah Posyandu Pada tahun 2006 di Kepulauan Riau tercatat sebanyak 925 posyandu. Jumlah ini bertambah jika dibandingkan dengan jumlah posyandu pada tahun 2005 yang berjumlah 840 posyandu. Sebagian besar posyandu yang ada masih tergolong dalam kategori Posyandu Pratama dan Posyandu Madya.

Dilihat dari segi kuantitas, jumlah Posyandu di Provinsi Kepulauan Riau sudah memadai. Namun dari segi kualitas masih harus ditingkatkan. Melihat masih banyaknya Posyandu pada tingkatan Pratama dan Madya, perlu dilakukan pembinaan, penyegaran kader, meninjau kembali kelengkapan peralatan Posyandu sehingga diharapkan jumlah Posyandu Purnama dan Mandiri meningkat.

Program baru yang diluncurkan depkes dalam upaya untuk mencapai target Indonesia Sehat 2010 adalah program Desa Siaga. Program ini bertujuan meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan, meningkatkan kemampuan dan kemauan masyarakat desa menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan, meningkatkan kewaspadaan dan kesiapsiagaan masyarakat desa

detect/monitored since starting of autonomic region in each district/city. Hence, the execution of this program needs to receive optimal attention of each health program manager.

The total posyandu by year 2006 in Kepulauan Riau was registered as many as 925 posyandu. This amount increased if compared with number of posyandu on year 2005 which amount to 840 posyandu. Most of the posyandu exist are still categorized as Posyandu Pratama and Posyandu Madya category.

If seen from quantitative aspect, total posyandu on Kepulauan Riau Province are already sufficient. However on qualitative aspect it needs to keep on improving. Seen from the number of posyandu on Pratama and Madya level, needs to develop, cadre refresh, observing again the completeness of posyandu equipment so it can be expected that the number of posyandu Purnama and Mandiri are increasing.

The latest program that Health Department have launch is an efforts to achieve target Healthy Indonesia 2010 are through Alert Village program. This program purposed to increase knowledge and awareness of community regarding the importance of health, increase capability and will of rural community to help them self in health sector,

sehingga masyarakat dapat mengetahui berbagai risiko dan bahaya yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan, seperti bencana dan wabah penyakit. Dengan program ini, kesehatan lingkungan desa diharapkan bisa meningkat. Jumlah Desa Siaga yang terealisasi terbentuk di Kepulauan Riau pada tahun 2006 adalah sebanyak 17 desa dari target 40 desa.

5.1.5 Institusi Pendidikan Tenaga Kesehatan

Peranan institusi pendidikan tenaga kesehatan sangat penting dalam menyediakan tenaga kesehatan baik secara jumlah maupun kualitas. Institusi pendidikan tenaga kesehatan yang didirikan oleh pemerintah di Provinsi Kepulauan Riau masih satu yaitu Politeknik Kesehatan Tanjung Pinang. Sampai saat ini, institusi ini masih menginduk kepada Provinsi Riau. Sementara untuk Balai Pelatihan Kesehatan belum ada. Peningkatan kualitas tenaga kesehatan di sarana pelayanan kesehatan difasilitasi oleh Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota.

Pengadaan tenaga kesehatan selain tanggung jawab pemerintah, pihak masyarakat (swasta) juga berperan aktif dengan mendirikan universitas/akademi yang mempunyai jurusan di bidang kesehatan. Pendirian universitas/akademi bidang kesehatan masih terfokus pada

increase the alertness and the readiness of rural community until the community knows of multiple risk and danger that could be causing health disorder, such as disaster and epidemic diseases. With this program, rural health environment hoped to increase. Total alert village that realized formed on Kepulauan Riau on Year 2006 are as many as 17 villages from target of 40 villages.

5.1.5 Institution of Education Health Manpower

Institution of education of health manpower has a very important role on supplying health manpower by quantity and quality. Institution education of health manpower which has been established by Kepulauan Riau Province government still consist only one which is Tanjungpinang Health Polytechnic. Until this moment, this institution still is sourcing from Riau Province. While the Health Training Board haven't exist. Increasing of the health manpower quality on health services facility facilitated by provincial health office and district/city.

Recruitment of health manpower besides as a government responsibility, private sectors also actively play a role with establishing university/academy which owns majors on health sector. The founding of university/academy health field still

daerah kota seperti Kota Batam dan Tanjung Pinang. Jurusan yang dimiliki masih terbatas pada akademi perawat dan akademi kebidanan.

5.2 Tenaga Kesehatan

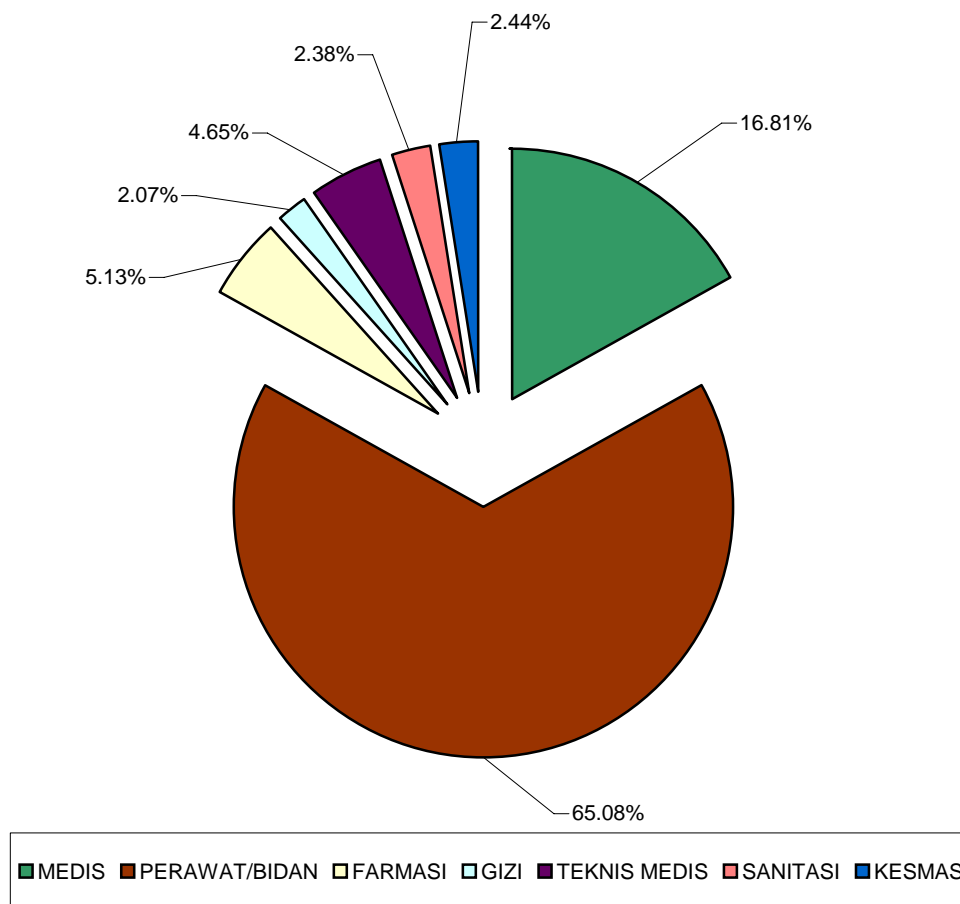
Optimalisasi pelayanan kesehatan tidak hanya tergantung pada kelengkapan sarana dan prasarana namun juga harus didukung oleh kapasitas sumber daya manusianya. Ketersediaan tenaga kesehatan baik secara jumlah maupun jenisnya merupakan suatu hal yang wajib dipenuhi untuk dapat mewujudkan tercapainya pembangunan di bidang kesehatan. Jumlah tenaga kesehatan di Provinsi Kepulauan Riau menunjukkan adanya penambahan dari tahun ketahun. Jika pada tahun 2005 jumlah tenaga kesehatan berjumlah 2.785 orang, pada tahun 2006 menjadi 3.530 orang. Gambaran jenis dan persentase tenaga kesehatan di Provinsi Kepulauan Riau tahun 2006 dapat dilihat pada gambar berikut :

focuses on city region such as Batam City and Tanjungpinang. Major owns still restrict on nurse academy and midwife academy.

5.2 Health Manpower

The optimalization of health services not only depends on the availability of facilities and infrastructures but it must be backed by human recourses capacity. The availability of health manpower on qualitative or type is an obligation to fulfill in order to realize the achievement in health development sector. The total of health manpower in Kepulauan Riau Province has shown an increase from year to year. If on year 2005 the number of health manpower are 2,785 personnels, in year 2006 became 3.530 personnels. Description by type and percentage of health manpower in Kepulauan Riau Province in 2006 could be seen on following table such as :

Gambar 5.1 : **Persentase Jenis Tenaga Kesehatan di Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006**
Percentage of Health Manpower Types in Kepulauan Riau Year of 2006



5.2.1 Tenaga Medis

Pada tahun 2006, jumlah tenaga medis yang melayani di berbagai sarana pelayanan kesehatan di Provinsi Kepulauan Riau berjumlah 601 personel. Jumlah ini menunjukkan adanya penambahan personel bila dibandingkan dengan tahun 2005 yang hanya berjumlah 460 orang,. Rincian tenaga berdasarkan unit kerjanya

5.2.1 Medical Staffs

In 2006, the amount of medical manpower that serves In Kepulauan Riau Province consists of 601 personnel. This number showed an increase of personnel if compared with year 2005 which consists only 460 persons. The detailed manpower by work unit spreading on work unit

yang tersebar di unit kerja sebagai berikut :

- Dokter spesialis sebanyak 173 (2 orang di puskesmas, 168 RS, 3 sarana kesehatan lain).
- Dokter umum sebanyak 241 orang (182 orang di Puskesmas, 123 orang di RS, 17 orang di sarana kesehatan lain (rumah sakit swasta, Balai Pengobatan, BTKL, KKP), 19 orang di dinas kesehatan).
- Dokter gigi sebanyak 87 orang (55 orang di puskesmas, 26 orang di RS, 1 orang disarana kesehatan lainnya dan 5 orang di dinas kesehatan).
- Dokter keluarga dan dokter gigi spesialis belum ada di Provinsi Kepulauan Riau.

Rasio tenaga medis secara keseluruhan terhadap 100.000 penduduk adalah 43 per 100.000, dengan rincian rasio menurut jenis ketenagaan yaitu rasio dokter spesialis 12 per 100.000 penduduk, rasio dokter umum 24 per 100.000 penduduk, rasio dokter gigi 6 per 100.000. Secara keseluruhan data ini menunjukkan adanya peningkatan rasio tenaga kesehatan terhadap jumlah penduduk jika dibandingkan dengan jumlah tenaga kesehatan pada tahun sebelumnya. Bila dibandingkan dengan target pencapaian IIS 2010, nampak bahwa rasio untuk tenaga dokter spesialis dan dokter umum telah mencapai target (dokter spesialis 2 per 100.000 penduduk, dokter umum 6 per

as following :

- *Doctor specialist as many as 173 (2 person in health center, 168 in Hospital, 3 in other health facility).*
- *General doctor as many as 241person (182 in health center, 123 person in hospitals, 17 person in other health facility).*
- *Dentist as many as 87 person (55 person in health center, 26 person in hospital, 1 person in other health facility and 5 person in health office)*
- *Family doctor and specialist dentist still not exist in Kepulauan Riau Province.*

Ratio of medical manpower by whole towards 100.000 population are 43 per 100.000, with ratio by manpower type is ratio of specialist doctor 12 per 100.000 population, ratio of general doctor 24 per 100.000 population, ratio of dentist 6 per 100.000. By whole this data showed an increase of health manpower towards total population if compared with total health manpower if compared with total health manpower from previous year. If compared with achievement target IIS 2010, then ratio of specialist doctor and general doctor had achieved target (2 specialist doctor 2 per 100,000 populations, 6

100.000 penduduk), namun rasio dokter gigi belum mencapai target (dokter gigi 11 per 100.000 penduduk). Tingginya rasio dokter spesialis terhadap penduduk seolah-olah menunjukkan bahwa Kepulauan Riau sudah jauh melebihi target, namun hal ini perlu disingkapi dengan kenyataan bahwa sebagian besar dokter spesial merupakan tenaga paroh waktu (*part timer*) yang pada umumnya berasal dari daerah Pulau Jawa. Permasalahan lainnya adalah hampir seluruh dokter spesialis terkonsentrasi di Kota Batam. Data terinci dapat dilihat pada lampiran tabel 56.

5.2.2 Tenaga Perawat dan Bidan

Ketersediaan tenaga perawat dan bidan khususnya untuk daerah terpencil diharapkan dapat memberikan pelayanan kesehatan dasar dan pertolongan persalinan normal. Jumlah tenaga perawat dan bidan pada tahun 2006 yaitu sebanyak 2.327 orang, dengan rasio tenaga perawat yaitu 129 per 100.000 penduduk, sementara rasio tenaga bidan yaitu 38 per 100.000 penduduk. Bila dibandingkan dengan target pencapaian IIS 2010, dimana target rasio perawat dan penduduk sebesar **117,5 per 100.000** penduduk maka Kepulauan Riau telah mencapai target namun hal ini juga masih perlu dikaji kembali mengingat belum semua kabupaten/kota memberikan informasi yang lengkap. Lain halnya dengan tenaga bidan dimana target 2010 adalah 10

general doctors per 100,000 populations), however ratio of dentist still not achieve target (11 dentists per 100,000 populations). The ratio level of specialist doctor towards population shown that Kepulauan Riau has already far exceeding target, but this must be demeanor that in reality large part of specialist doctor are a part timer which mainly originated from java island. Other problems are almost every specialist doctor concentrated in Batam City. Detailed data can be seen on the annex table 56.

5.2.2 Nurse and Midwife Personnel

The availability of nurse and midwife manpower especially for remote areas hoped to receive basic health services and help on normal delivery. The total of nurse and midwife manpower on year 2006 which is 2.327 person, with ratio of nurse manpower is 129 per 100.000 population, meanwhile ratio of midwife manpower are 38 per 100.000 population. If compared with achievement target IIS 2010, where ratio target of a nurse and population by 117.5 per 100.000 population then Kepulauan Riau has achieve target but this matter also needs to be examined again considering not all Districts/Cities give complete information. It is different with

per 100.000 penduduk menunjukkan jumlah bidan di Kepulauan Riau masih sangat jauh dari target. Untuk lebih jelas data terinci dapat dilihat pada lampiran tabel 58.

Tuntutan keprofesionalan tenaga kesehatan semakin tinggi seiring perkembangan kemajuan zaman dan tuntutan kebutuhan masyarakat. Salah satu bentuk penilaian peningkatan keprofesionalan dapat dilihat dari tingkat pendidikan. Jika dirinci menurut tingkat pendidikan dapat dilihat dari 1.798 tenaga perawat masih ditemukan tamatan SPK sebanyak 486 orang (27%). Sementara itu untuk tenaga bidan dari 529 bidan ditemukan bahwa sebagian besar bidan (66,2%) merupakan lulusan D1 bidan.

Dalam upaya peningkatan kemampuan dan profesionalisme sumber daya manusia kesehatan perlu dilaksanakan pelatihan dan pendidikan kepada para tenaga kesehatan sehingga dapat memenuhi standar pendidikan yang telah ditentukan oleh Depkes RI yaitu minimal D3.

5.2.3 Tenaga Farmasi

Pada tahun 2006 jumlah tenaga kefarmasian berjumlah 181 orang dengan rincian Apoteker sebanyak 44 orang, D3 Farmasi 7 orang, D1 Farmasi 26 orang dan

midwife manpower where on target 2010 are 10 per 100,000 populations shown amount of midwife in Kepulauan Riau still very far from target. For more detailed data could be seen on the annex table 58.

Demand on professionalism of health manpower are getting higher adjacent with development of age progress and demand on community needs. One of the assessment forms of professionalism increase could be seen from education level. Details by education level could be seen from 1,798 nurse manpower still found Health Nursing School graduates as many as 486 person (27%). Meanwhile for midwife manpower from 529 midwives found that a large sum of midwife (66.2%) is a D1 midwife graduates.

The efforts of increasing the capability and professionalism human health recourses needs to be carried out training and education to all health manpower so it can fulfill the education standard which has been set by Health Department of Republic Indonesia which is D3 minimum.

5.2.3 Pharmacist Manpower

Year 2006 the total amount Pharmacology manpower are 181 persons with Pharmacist details as many as 44 persons, D3 Pharmacy as

Asisten Apoteker 104 orang. Persentase tenaga farmasi terhadap jumlah seluruh tenaga kesehatan adalah 5,14%. Berdasarkan unit kerja dapat dilihat bahwa tenaga farmasi sebagian besar bekerja di sarana rumah sakit (58%) dan di puskesmas (25%), lainnya di Dinas Kesehatan dan sarana kesehatan lainnya. Rasio tenaga farmasi di Kepulauan Riau adalah 12,98 per 100.000 penduduk. Angka ini menunjukkan bahwa ketersediaan tenaga farmasi di Kepulauan Riau masih sangat jauh dari target IS 2010 yaitu 100 per 100.000 penduduk. Berdasarkan jenjang pendidikan yang ditamatkan terlihat bahwa sebagian besar tenaga farmasi merupakan lulusan asisten apoteker (D1) yaitu sebanyak 57,5% sementara lulusan S1 dan apoteker sebanyak 28,2%. Untuk peningkatan kapasitas tenaga kesehatan perlu dilakukan berbagai pembekalan pengetahuan melalui pelatihan dan pendidikan.

5.2.4 Tenaga Gizi

Jumlah tenaga gizi di Provinsi Kepulauan Riau tahun 2006 sebanyak 73 orang yang tersebar di berbagai unit kerja yaitu 31 orang di puskesmas, 24 orang di rumah sakit dan 18 orang di dinas kesehatan. Berdasarkan tingkat pendidikan

many as 7 persons, D1 Pharmacy as many as 26 persons and Pharmacist assistant as many as 104 persons. The percentage of Pharmacy manpower with total of all health manpower is 5.14%. According to work unit could be seen that Pharmacy unit most of them work on hospitals facility (58%) and in health center (25%), others in Health Office and other health facility in Kepulauan Riau Province are 12,98 per 100.000 population. This number shown that the availability of Pharmacy manpower in Kepulauan Riau Province are still very far from target IS 2010 which is 100 per 100.000 populations, according to education level that completed shows that a large part of pharmacy manpower are an D1 Pharmacist assistant graduate which is as many as 57.5% meanwhile S1 graduate and Pharmacist as many as 28,2%. In order To increase health manpower capacity needs to be done a various knowledge stocks through training and education.

5.2.4 Nutrition Manpower

The total amount of nutrition manpower in Kepulauan Riau Province year 2006 as many as 73 persons which spreads on various work unit which is 31 person in Health Center, 24 person in Hospitals and 18 person

terakhir terlihat bahwa sebagian besar tenaga gizi merupakan tamatan D3 gizi (82,2%), sementara tamatan S1 hanya 1,4%. Pembekalan dan peningkatan pengetahuan perlu terus dilaksanakan untuk meningkatkan kemampuan dan profesionalisme tenaga gizi mengingat peranan tenaga gizi adalah bagian yang tidak dapat terpisahkan dengan keberhasilan pelayanan kesehatan lainnya.

5.2.5 Tenaga Teknis Medis

Yang tergolong dalam tenaga teknis medis meliputi tenaga analis laboratorium, teknik elektro medis dan penata rongent, penata anestesi dan fisioterapi. Pada tahun 2006, jumlah tenaga teknis medis di Provinsi Kepulauan Riau berjumlah 171 orang yang tersebar di unit kerja sebagai berikut :

- 40 orang di puskesmas/pustu,
- 113 orang di rumah sakit,
- 7 orang di dinas kesehatan.

5.2.6 Tenaga Sanitasi

Jumlah tenaga sanitasi di Kepulauan Riau tahun 2006 sebanyak 91 orang atau 2,58% dari total tenaga dengan rasio sebesar 6,53 per 100.000 penduduk.

in Health Office. According to the last education level it can be shown that large part of nutrition manpower are a D3 nutrition graduate (82.2%), while S1 graduates only 1.4%, Supply and increasing of knowledge needs to be more carried out to increase capability and professionalism of nutrition manpower considering that nutrition manpower role is and it cannot be separated from other health services.

5.2.5 Technical Medic Manpower

Technical medic manpower can be categorized consist of Laboratory analyst empower, electrical technical medic and roentgen officer, anesthesia officer and physiotherapy. In year 2006, total amount of Technical medic manpower in Kepulauan Riau Province consist of 171 persons which spreads on work unit as following :

- *40 persons in Health Center/Sub Health Center.*
- *113 persons in Hospitals.*
- *7 persons in Health Office.*

5.2.6 Sanitation Manpower

Total Sanitation manpower in Kepulauan Riau Province as many as 91 person or 2.58% from total of manpower with ratio as many as 6.53

Jumlah ini meningkat jika dibandingkan dengan tahun 2005 yang berjumlah 85 dengan rasio 6,88 per 100.000 penduduk. Bila dibandingkan dengan target pencapaian IIS 2010 maka jumlah tenaga sanitasi masih sangat dibutuhkan mengingat target yang diharapkan adalah 40 per 100.000 penduduk.

Berdasarkan distribusinya diketahui bahwa 42,9% tenaga sanitasi bekerja di unit puskesmas, di dinas kesehatan 36,3%, dan sisanya di unit rumah sakit dan sarana kesehatan lainnya. Data lebih rinci dapat dilihat pada lampiran tabel 59.

5.2.7 Kesehatan Masyarakat

Jumlah tenaga kesehatan masyarakat di Provinsi Kepulauan Riau tahun 2006 berjumlah 86 orang atau 2,44% dari total seluruh tenaga kesehatan dengan rasio 6,17 per 100.000 penduduk. Sebaran unit kerja kesehatan masyarakat sebagai berikut :

- 9 orang di unit puskesmas,
- 15 orang di unit rumah sakit,
- 62 orang di unit dinas kesehatan.

Secara keseluruhan jumlah tenaga kesehatan di Provinsi Kepulauan Riau tahun 2006 baik medis dan paramedis sebanyak 3.530 orang. Secara absolut jumlah ini bertambah dibandingkan dengan jumlah tenaga kesehatan pada tahun 2005 yang

per 100.000 population. The number is increasing if compared with year 2005 which have total amount 85 persons with ratio 6.88 per 100,000 populations. If compared with the achievement of IIS 2010 then total of Sanitation manpower still very needed considering the expected target is 40 per 100.000 populations.

Based on the distribution it is ascertainable that 42.9% sanitation manpower work at health center unit, in health office 36.3%, and the rest in hospitals unit and other health facility. More detailed data can be seen on the annex table 59.

5.2.7 Public Health

The amounts of public health manpower in Kepulauan Riau Province in 2006 are 86 persons or 2.44% from the total of all health manpower with ratio 6.17 per 100,000 populations. Spreading of community health work unit as following :

- *9 person on health center unit*
- *15 person on hospital unit*
- *62 person on health office unit*

Overall the total of public health manpower in Kepulauan Riau Province year 2006 by medic and paramedic as many as 3,530 persons. By absolute this amount are increasing if compared with health manpower in 2005 which

berjumlah 2.785 orang. Tenaga kesehatan yang paling banyak yaitu tenaga perawat dan bidan yaitu berjumlah 2.327 orang (65,92%).

Beberapa permasalahan yang dirasakan dalam kaitannya sumber daya manusia kesehatan yaitu masih minimnya jumlah tenaga kesehatan jika dibandingkan dengan jumlah penduduk dan juga dengan melihat keadaan geografis yang berbentuk daerah kepulauan dimana rasio jumlah tenaga kesehatan terhadap penduduk tidak dapat dijadikan patokan mengingat lahan kerja yang luas dan membutuhkan biaya operasional tenaga kesehatan dalam menjangkau pulau-pulau yang dipisahkan perairan tersebut. Permasalahan lainnya yaitu penyebaran tenaga kesehatan yang belum merata. Tenaga kesehatan pada umumnya terfokus di kota-kota besar seperti Kota Batam dan Kota Tanjung Pinang. Sedangkan Kabupaten Lingga dan Natuna merupakan daerah dengan jumlah tenaga kesehatan yang paling sedikit. Status tenaga kontrak atau kerjasama pada tenaga medis spesialis di beberapa daerah seperti Kabupaten Lingga dan Kabupaten Natuna menyebabkan tenaga kesehatan tersebut tidak selalu bisa berada di tempat pada saat dibutuhkan. Hal ini menyebabkan pada kasus-kasus pelayanan darurat menjadi terlambat penanganan.

Menyingkapi permasalahan yang ada diharapkan rekrutmen tenaga kesehatan masih perlu tetap dilakukan baik

as many as 2,785 persons. The most of the health manpower are nurse and midwife which are total 2,327 persons (65.92%).

Several problems that on related with human recourses are still lack of health manpower amount if compared with total population and also observing the geographical condition which in shape of archipelago where the total ratio of health manpower towards population cannot be set as standard considering the vast job opportunity and need an operational budget in order for the health manpower to reach island that separated by water/sea. Other problems are the spreading of health manpower that still not even. Health manpower generally still focused on large cities such as Batam City and Tanjungpinang City. Whereas Lingga District and Natuna still a region with the slightest total amount of health manpower. Status of contract manpower of cooperation with medical specialist manpower in several region such as Lingga District and Natuna District causing the health manpower could not be present on location when it's needed. This causing the late handling of cases emergency service.

To solve this problem, it is expected that the recruitment of health manpower needs to be done properly

melalui program pengangkatan dokter umum, dokter gigi, bidan dan tenaga kesehatan strategis lainnya.

5.3 Pembiayaan Kesehatan

Salah satu isu yang terus mengemuka dalam sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia adalah kecilnya persentase anggaran. Secara makro, *public health expenditure* yang bersumber dari pemerintah pascadesentralisasi menunjukkan kecenderungan meningkat tajam sejak tahun 2000-2002. Namun jika dibandingkan dengan Negara Asia lain, pembiayaan kesehatan di Indonesia masih relative rendah. (Trisnantoro, 2005) Salah satu dampak pembangunan di bidang kesehatan adalah peningkatan indeks pembangunan manusia (IPM) atau *human development index (HDI)* dimana IPM ini dijadikan indikator dalam penilaian tingkat kemajuan suatu bangsa di dunia. Salah satu point yang dinilai dalam IPM adalah umur harapan hidup di samping pendidikan dan tingkat ekonomi. Hal ini menunjukkan sudah sewajarnya jika bidang kesehatan termasuk sebagai prioritas pembangunan.

Pada tahun 2000, dalam pertemuan antara Departemen Keuangan dengan seluruh Bupati/Walikota se-Indonesia, disepakati bahwa Pemerintah Daerah akan mengalokasikan 15% dari APBD-nya untuk pembiayaan kesehatan. Namun kenyataannya dari berbagai penelitian menunjukkan bahwa proporsi anggaran

by hiring general doctor, dentist, midwife and other strategically health manpower programs.

5.3 Health Budgeting

One of the main issues that still echoed on health budgeting system in Indonesia is the small percentage of budget. By macro, Public health expenditure which source from government post decentralization showed a tendency to sharply increase since year 2000 – 2002. But if compared with other Asia countries, the budgeting in Indonesia are still relatively low (Trisnantoro, 2005). One of the impacts on Development in health sector is human development index (HDI) where the HDI can be evaluation indicator level of nation advancement in the world. One of the main points in assessing IPM is life expectancy besides education and economic level. This shown that it is supposed to be priority of development.

By year 2000, in conference between Finance Department with all district leaders/mayor on all Indonesia, it has been agreed that region government will allocate 15% from the APBD to Health finance, but in reality from many research shown that proportion of health budgeting still in

kesehatan masih berkisar 3-7%.

Secara umum pembiayaan kesehatan di Indonesia terbagi menjadi tiga kelompok besar yaitu pembiayaan bersumber dari pemerintah, pembiayaan bersumber dari bantuan/pinjaman luar negeri (donor), dan pembiayaan rumah tangga/swasta.

5.3.1 Anggaran Pembangunan Kesehatan Bersumber APBN

Pada tahun 2006 anggaran kesehatan pusat yang dialokasikan di Provinsi Kepulauan Riau (APBN) secara keseluruhan sebanyak Rp 58.332.259.937,- yang terdiri dari Rupiah Murni sebanyak Rp 53.259.396.000,- dan dan bantuan luar negeri dari Proyek DHS-1 ADB (Loan) sebanyak Rp 5.072.863.937,- .

5.3.2 Anggaran Pembangunan Kesehatan Bersumber APBD

Dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan yang merupakan kebutuhan dasar masyarakat, pemerintah Kepulauan Riau berusaha dengan segala upaya. Alokasi anggaran di bidang kesehatan pada tahun 2006 yang bersumber dari APBD secara keseluruhan (minus Natuna) berjumlah Rp 168.960.760.531,- yang terdiri dari Rp 132.701.364.531,- APBD kabupaten/Kota dan Rp 36.259.396.000,- APBD Provinsi. Terjadi peningkatan 53,69% dari tahun 2005 yang berjumlah Rp 78.245.738.219,00.

the range of 3-7%.

Generally health budgeting in Indonesia is divided from government finance source, overseas loan finance source (donor) and Private finance source.

5.3.1 Health Development budget sourcing from APBN

By year 2006 central health budgeting was allocated In Kepulauan Riau Province (APBN) by overall funds as much as Rp 58,332,259,937,- consist of Rp 53,259,396,000,- as Pure Rupiah and overseas loan of DHS-1 ADB Project (loan) as much as Rp 5,072,863,937,- .

5.3.2 Health Development Budget Sourcing from APBD

The efforts to increase Health services which basic community needs, government of Kepulauan Riau endeavour with all kinds of efforts. Allocation of budget on health sector in 2006 which sourcing from regional budget (APBD) totally (minus Natuna) as much as Rp. 168,960,760,531,- consist of Rp 132,701,364,531,- as regency budget (Regency APBD) and Rp 36,259,396,000,- as provincial budget (Provincial APBD). There was an increasing budget as much 53.69% than year of 2005 as many as Rp 78,245,738,219,00.

Secara keseluruhan alokasi anggaran kesehatan pada tahun 2006 di Provinsi Kepulauan Riau yang bersumber dari total anggaran APBD baru sebesar 5,31% (Target IIS 2010 sebesar 15%). Sedangkan alokasi APBD provinsi di bidang kesehatan baru berkisar 3% dari total APBD Provinsi. Anggaran kesehatan per-kapita untuk tahun 2006 berkisar Rp. 182.903,-. Melihat kisaran anggaran yang dialokasikan dalam bidang kesehatan, angka ini masih sangat minim. Diharapkan adanya penambahan anggaran untuk tahun-tahun berikutnya sehingga mencapai target yang diharapkan untuk tahun 2010 dalam menuju Provinsi Kepulauan Riau sehat yaitu sebesar 15% dari APBD Kabupaten/Kota.

5.3.3 Pembiayaan Kesehatan oleh Masyarakat

Salah satu reformasi yang diusulkan dalam pembiayaan kesehatan adalah dengan cara mobilisasi sumber dana dari masyarakat dan swasta untuk membantu keterbatasan pemerintah dalam mendanai pelayanan kesehatan. Sampai saat ini, sumber pembiayaan *out of pocket* merupakan sumber pembiayaan yang paling tinggi. Untuk kalangan masyarakat mampu.

Pada saat ini berkembang berbagai cara pembiayaan kesehatan sebagai upaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat yaitu dana sehat, asuransi kesehatan, asuransi tenaga kerja

Allocation on health budgeting in 2006 in Kepulauan Riau Province which sourced from total budget of APBD as much as 5.31% (Indicator of Healthy Indonesia target (IIS) 2010 as much as 15%). Meanwhile allocation of provincial APBD in health sector was still 3% of total provincial APBD. Health budget per capita in 2006 range about Rp. 182.903,-. Pointing to the budget range which allocated on health sector, this number still very low. It is hoped that there will be an addition to budget in the next year until achieve the target for year 2010 on strive towards healthy Kepulauan Riau Province which is 15% from APBD Districts/Cities.

5.3.3 Health Financing from Community

One of the proposal in health reformation are ways to mobilization of find source from community and private sector to help the limitation of government in funding health services, until this moment budgeting source out of pocket are the highest budgeting source for capable community realm.

On this moment expands various healths budgeting as a ways to increase health service to the community which is health funds, health insurance, manpower

(Astek)/Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek), Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) dan asuransi jiwa lain. Untuk penduduk miskin disediakan Kartu Sehat, sehingga mereka tidak perlu membayar pelayanan kesehatan yang digunakannya (karena telah dibayar oleh pemerintah).

Cakupan jaminan pembiayaan kesehatan oleh masyarakat belum bisa digambarkan secara lengkap karena masih belum diperoleh data yang lengkap dari kabupaten/kota. Namun berdasarkan data yang diperoleh dari 4 kabupaten/kota, cakupan atau kepesertaan masyarakat terhadap berbagai jaminan pembiayaan kesehatan ini masih sangat rendah. Menurut data dari Profil Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2006, masyarakat yang tercakup jaminan pembiayaan kesehatan baru 12,97%, sebagian besar tercakup dalam Askes, kemudian kartu sehat, JPKM, Jamsostek dan Askes Lain. Data terinci dapat dilihat pada Lampiran Tabel 33.

insurance, Jamsostek, JKPM and other life insurance. For poor society allocable health card, so they do not need to pay health service used (because already paid by government).

The coverage of health budget security by community cannot be described completely because still not receive complete data from Districts/Cities. But according to data gathered from 4 District/Cities, the coverage or the member of community towards various health Budget securities are still very low. By data from Health profile Districts/Cities on year 2006, community that has been covered with Health budget security still 12,97%, the major part are consisted in Askes, then Health card, JKPM, Jamsostek and other Askes. For detailed data can be seen on attachment table 33.

BAB 6

KESIMPULAN

CONCLUSION

Buku Profil Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2006, merupakan lanjutan dari edisi sebelumnya yang berisikan gambaran derajat kesehatan masyarakat sebagai dampak dari berbagai program dan kegiatan pembangunan kesehatan yang telah dilakukan baik oleh pemerintah, swasta dan masyarakat sampai dengan periode tahun 2006. Berikut disajikan beberapa hal penting yang perlu disimak :

1. Angka Kematian Bayi, Angka Kematian Balita, dan Angka Kematian Ibu Maternal di Provinsi Kepulauan Riau pada tahun 2006 sudah tergolong lebih rendah dibanding angka nasional.
2. Berdasarkan sepuluh penyakit terbesar baik pada kunjungan Puskesmas maupun Rumah Sakit ditemukan bahwa penyakit infeksi masih merupakan penyakit yang dominan diderita masyarakat dimana penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) menempati urutan pertama di Provinsi Kepulauan Riau tahun 2006. Sementara penyakit degeneratif terus berkembang yang ditandai dengan penyakit hipertensi menempati urutan kedua berdasarkan

Health profile of Kepulauan Riau Province year of 2006 as the continuing of the former editions which contains community health degree description as the impact of health development programs and activities had done by government, private, and society up to 2006. Some things need to be notified as follow :

1. *Infant Mortality Rate, Underfive Mortality Rate, and Maternal Mortality Rate in Kepulauan Riau Province in 2006 was lower than nationally.*
2. *Based on the ten main diseases both in health centre visits and hospital was found that infection diseases still the most dominant suffered by society whereas pointed by Acute Respiratory System (ARI) occupied the first rank in Kepulauan Riau Province. Meanwhile the degenerative diseases had been going to develop years by years that indicated hypertension as the second most diseases visit to*

kunjungan masyarakat ke Puskesmas.

3. Kondisi geografis Provinsi Kepulauan Riau yang sebagian besar wilayahnya merupakan perairan menyebabkan tergolong sebagai daerah endemis Malaria dan Demam Berdarah Dengue (DBD).
4. Upaya penurunan angka kesakitan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi terus digalakkan dengan meningkatkan cakupan imunisasi. Pelaksanaan Pekan Imunisasi Nasional (PIN) dalam rangka eradikasi polio pada tahun 2006 dilaksanakan dengan menyelenggarakan PIN putaran IV dan V sebagai lanjutan dari tiga putaran PIN pada tahun 2005 dengan cakupan pencapaian melebihi target sasaran.
5. Penyakit HIV/AIDS perlu mendapat perhatian lebih serius dengan melihat kecenderungan adanya peningkatan jumlah kasus dari tahun ke tahun dan bahkan tidak lagi hanya pada golongan resiko tinggi, namun sudah mulai memasuki masyarakat umum.
6. Sumber daya kesehatan baik dari segi sumber daya manusia, sarana dan prasarana kesehatan mengalami peningkatan walaupun dirasakan masih kurang. Penambahan dan peningkatan mutu sumber daya kesehatan harus terus dibina untuk dapat memenuhi kebutuhan

health centre.

3. *Geographically of Kepulauan Riau where most of its area covered by ocean causes it as endemic of Malaria and Dengue Hemorrhagic Fever (DHF).*
4. *Efforts to decrease morbidity of diseases preventable by immunization are going to continue on by expanding immunization coverage. Execution of National Immunization Week (PIN) on eradication of polio year of 2006 are implemented by helping PIN on round IV and V as the continuing of three rounds of PIN in year 2005 with coverage that exceeded target achievement.*
5. *HIV/AIDS disease needs to have a serious attention with seeing a tendency to increase the amount of cases from year to year and even not only at high risk population, but it has entered into general population.*
6. *Health recourses on human resources, facilities and infrastructures have increasing even if It is felt still lack of it in terms of quantity. Addition and increasing the quality of health recourses needs to be developed to fulfill the needs of health sector*

masyarakat bidang kesehatan.

7. Mengingat derajat kesehatan masyarakat dipengaruhi banyak faktor yang berasal dari luar kesehatan, maka dalam rangka mengoptimalkan keberhasilan pelaksanaan program dan kegiatan pembangunan kesehatan perlu ditingkatkan kerjasama dan koordinasi baik dengan lembaga pemerintahan lainnya, swasta, LSM dan masyarakat.
8. Pembiayaan kesehatan di Provinsi Kepulauan Riau tahun 2006 mengalami peningkatan namun belum mencapai 15% dari total anggaran sebagaimana kesepakatan antara Departemen Keuangan dengan seluruh Bupati/walikota se-Indonesia pada tahun 2000.

Dalam upaya menyediakan data yang lebih akurat dan lengkap lagi agar dapat bermakna dalam pengambilan keputusan dan kebijakan di bidang kesehatan diharapkan kerjasama dari semua sektor. Akhir kata, besar harapan kami semoga data dan informasi yang tercantum dalam buku ini dapat bermanfaat baik untuk instansi pemerintah maupun swasta, serta pengguna data lainnya dalam pengambilan keputusan yang berbasis data atau untuk referensi data dan informasi di bidang kesehatan.

community.

7. *Considering the degree of community health are influenced by many factors that come from outside health sector, then in order to optimally succession of health implementation program needs to increase cooperation and coordination with other government institutions, private sectors, NGOs and community.*
8. *Health budgeting on Kepulauan Riau Province in year 2006 had an increase but still not achieve 15% from total budget as agreement between Finance Department with all of leaders of District/Cities all Indonesia in year 2000.*

On efforts to supply data more accurate and complete so that it could be beneficial in taking decision and policy on health sector, hoped that there are cooperation from all sectors. At last, it is with our big expectation that the data and information that included in this book could be useful for government and private institution, also for other data users in taking decision based on data and as for data reference and information in health sector.