

**RENCANA STRATEGIS
(RENSTRA)
TAHUN 2016 - 2021**



**DINAS KESEHATAN DAERAH
PROVINSI SULAWESI UTARA**

DAFTAR ISI

	Hal
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 LATAR BELAKANG	1
1.2 LANDASAN HUKUM	5
1.3 MAKSUD DAN TUJUAN	6
1.4 SISTEMATIKA PENULISAN	7
BAB II GAMBARAN PELAYANAN DINAS KESEHATAN PROVINSI SULAWESI UTARA	
2.1 TUGAS, FUNGSI DAN STRUKTUR ORGANISASI KESEHATAN	9
2.2 SUMBER DAYA DINAS KESEHATAN	15
2.3 KINERJA PELAYANAN DINAS KESEHATAN	17
2.4 TANTANGAN DAN PELUANG PENGEMBANGAN PELAYANAN DINAS KESEHATAN	24
BAB III ISU-ISU STRATEGIS BERDASARKAN TUGAS DAN FUNGSI DINAS KESEHATAN PROVINSI SULAWESI UTARA	
3.1 IDENTIFIKASI PERMASALAHAN BERDASARKAN TUGAS DAN FUNGSI PELAYANAN DINAS KESEHATAN	39
3.2 TELAAHAN VISI, MISI DAN PROGRAM GUBERNUR DAN WAKIL GUBERNUR SULAWESI UTARA	53
3.3 TELAAHAN RENCANA TATA RUANG WILAYAH DAN KAJIAN LINGKUNGAN HIDUP STRATEGIS	67
3.4 PENENTUAN ISU-ISU STRATEGIS	70
BAB IV TUJUAN DAN SASARAN, STRATEGIS DAN KEBIJAKAN MENENGAH DINAS KESEHATAN	71
BAB V RENCANA PROGRAM DAN KEGIATAN, INDIKATOR KINERJA, KELOMPOK SASARAN DAN PENDANAAN INDIKATIF	86
BAB VI INDIKATOR KINERJA DINAS KESEHATAN YANG MENGACU PADA TUJUAN DAN SASARAN RPJMD PROVINSI SULAWESI UTARA 2016-2021	115
BAB VII PENUTUP	
LAMPIRAN TABEL RUMUSAN PROGRAM, KEGIATAN DAN PENDANAAN	

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena hanya dengan kasih dan karunianya Penyusunan Dokumen Rencana Strategis (Renstra) Dinas Kesehatan Daerah Provinsi Sulawesi Utara dapat diselesaikan dengan baik. Renstra Dinas Kesehatan Daerah Provinsi Sulawesi Utara merupakan dokumen perencanaan yang bersifat indikatif dan memuat berbagai program pembangunan kesehatan yang akan dilaksanakan langsung oleh Dinas Kesehatan Daerah Provinsi Sulawesi Utara untuk kurun waktu tahun 2016-2021, dengan penekanan pada pencapaian sasaran Prioritas Daerah, RPJMD, Standar Pelayanan Minimal (SPM), dan Sustainable Development Goals (SDG's).

Tantangan pembangunan kesehatan dan permasalahan pembangunan kesehatan makin bertambah berat, kompleks, dan bahkan terkadang tidak terduga (*unpredictable*). Oleh sebab itu pembangunan kesehatan dilaksanakan dengan memperhatikan dinamika kependudukan, epidemiologi penyakit, perubahan ekologi dan lingkungan, kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi, kerja sama lintas sektoral serta mendorong peran serta aktif masyarakat.

Untuk melaksanakan visi dan misi dibidang kesehatan yang diamanahkan oleh Pemerintah Provinsi Sulawesi Utara, itu tidak hanya menjadi kewajiban pemerintah saja, karena mewujudkan harapan masyarakat bukanlah hal yang mudah dan itu akan menjadi kewajiban dan tanggung jawab seluruh masyarakat Provinsi Sulawesi Utara dalam bentuk peran serta aktif dalam pelaksanaan pembangunan untuk mewujudkan kondisi kesehatan yang lebih baik.

Dengan tersusunnya Rencana Strategis Dinas Kesehatan Daerah Provinsi Sulawesi Utara 2016–2021, ini dapat menjadi pedoman dalam pembuatan rencana kerja tahunan Dinas Kesehatan Daerah Provinsi Sulawesi Utara. Kami sampaikan terima kasih kepada seluruh jajaran pegawai Dinas Kesehatan Daerah Provinsi Sulawesi Utara yang telah bekerjasama dalam penyusunan Renstra Dinas Kesehatan Daerah ini.

Tuhan Yesus selalu menyertai dan memberkati kita semua.

**KEPALA DINAS KESEHATAN DAERAH
PROVINSI SULAWESI UTARA**

dr.DEBIE K.R KALALO, MSc.PH
PEMBINA TINGKAT I

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Ketahanan fisik dan mental manusia di masa mendatang akan menjadi semakin terbatas dengan timbulnya berbagai penyakit baru baik karena pengaruh gaya hidup, perubahan lingkungan alam, mutasi maupun akibat kemampuan teknologi biologi serta populasi manusia semakin bertambah yang membutuhkan kesehatan memadai. Oleh karena itu, kemampuan pemerintah dituntut untuk sanggup memenuhi kebutuhan dasar termasuk pendidikan, kesehatan, pangan dan papan yang menjadi pendorong agar sistem kesehatan masyarakat dapat diintegrasikan kedalam sistem sosial dan perilaku masyarakat.

Pengembangan kesehatan masyarakat tidak dapat lepas dari pengaruh sistem yang berada diluar sistem kesehatan masyarakat sendiri. Pengembangan sistem kesehatan masyarakat harus didukung oleh sistem-sistem yang berada diluar sistem kesehatan masyarakat sebagai contoh sistem pendidikan, sistem informasi dan teknologi, sistem keuangan dan lain-lain yang mempunyai dampak pengaruh bagi kesehatan masyarakat.

Pembangunan kesehatan diselenggarakan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Tingginya disparitas dan perlunya percepatan peningkatan aksesibilitas pelayanan kesehatan menuntut adanya dukungan sumber daya yang cukup serta arah kebijakan dan strategi pembangunan kesehatan yang tepat. Dukungan data dan informasi kesehatan yang akurat, tepat, dan cepat dalam pengelolaan pembangunan kesehatan menjadi penting

Tantangan situasi lingkungan masyarakat dewasa ini yang memberikan dampak negatif bagi kesehatan masyarakat cukup besar. Merebaknya wabah penyakit baru seperti flu burung dan HIV/AIDS dimana provinsi Sulawesi Utara pada umumnya dan kabupaten Bolaang Mongondow Timur pada khususnya berada pada daerah yang sangat dipengaruhi lalu lintas dunia baik arus manusia maupun barang termasuk kandungan makanan dan minuman. Disamping itu, masalah mendasar dengan jumlah penduduk yang besar dengan ciri kepulauan masih perlunya pengawasan terhadap masalah gizi agar tidak terjadi gizi buruk yang sangat ironis dengan sumber daya alam yang kaya.

Manajemen kesehatan masyarakat yang handal seharusnya mampu melakukan proteksi diri terhadap bahaya yang mengancam dan memberikan peringatan awal (*early warning system*) bagi masyarakat agar respon penanggulangan dapat segera diambil tindakan secara cepat. Perkembangan teknologi biologi dan kedokteran mengarah kepada upaya mengantisipasi adanya isu-isu internasional mengenai *bioterrorism* membuat perlunya peranan pemerintah membuat kebijakan dan regulasi terhadap sistem keamanan nasional yang melindungi sistem kesehatan masyarakat nasional yang mencakup sistem kesehatan masyarakat daerah khususnya wilayah kepulauan yang berbatasan baik udara, darat maupun laut.

Kondisi ideal yang diharapkan adalah bahwa pengembangan kesehatan masyarakat saat ini seharusnya selalu dapat di monitor dan evaluasi agar mampu diperbaiki dan diarahkan menjadi suatu manajemen pengembangan kesehatan masyarakat yang mampu menjamin kelangsungan kehidupan masyarakat yang sehat lahir dan batin serta selalu mengikuti perkembangan jaman. Pemahaman terhadap pengembangan kesehatan masyarakat harus dipandang sebagai suatu sistem yang memiliki kejelasan terhadap faktor lingkungan sistem, faktor masukan sistem, pelaku dan prosedur atau metoda proses sistem, faktor keluaran sistem baik *output* dan *outcome* serta alat ukur umpan balik sistem yang handal.

Pengembangan kesehatan masyarakat bukan sekedar sistem pelayanan kesehatan dari upaya penyembuhan tetapi merupakan suatu sistem yang meliputi fungsi promosi, pencegahan, penyembuhan dan rehabilitasi kesehatan sehingga peranan yang kuat didalam tranformasi budaya sehat menjadi bagian yang penting menuju masyarakat sehat sebagai sasaran utama sistem kesehatan masyarakat. Dengan upaya promosi dan pencegahan terhadap bahaya penyakit, maka sistem kesehatan masyarakat berupaya mengurangi jumlah kesakitan dan biaya kesehatan sekaligus diharapkan meningkatkan produktifitas masyarakat.

Arah pengembangan kesehatan masyarakat yang hanya bersifat pasif dan menyerap biaya kesehatan sangat besar menyebabkan ketidakmampuan sistem kesehatan masyarakat untuk keluar mencari solusi dari berbagai masalah kesehatan masyarakat sehingga menyebabkan ketahanan kesehatan masyarakat menjadi lemah untuk memperbaiki diri apalagi untuk meningkatkan kemampuan layanan kesehatan karena terjebak terhadap masalah rutinitas fungsi kuratif dan rehabilitatif masyarakat. Sistem kesehatan masyarakat yang berawal dari kelompok kecil masyarakat pada tingkat RT atau RW dengan posyandu, poskesdes, puskesmas pembantu, puskesmas dan rumah sakit pemerintah dapat menjadi suatu jejaring sistem kesehatan utama

yang memiliki rentang pembinaan dari segi pengembangan dan tingkat kolaborasi dengan organisasi informal dan formal masyarakat yang ada, instansi pemerintah terkait dan jejaring layanan kesehatan swasta agar menjadi suatu sistem kesehatan masyarakat yang terintegrasi.

Upaya pengembangan kesehatan masyarakat seharusnya mampu memberikan garansi kehidupan (*life guarantee*) yang lebih baik sejak anak lahir sampai usia lanjut sesuai yang termaktub didalam undang-undang untuk melindungi warga negara secara optimal. Tidak adanya rancangan pengembangan kesehatan masyarakat menyebabkan ketidakberdayaan didalam menjamin masalah kesehatan masyarakat, sehingga menghindari timbulnya persepsi masyarakat bahwa terjadi kondisi negara tanpa negara harus dihindari dengan semakin tumbuhnya sikap kritis dan demokratis masyarakat terhadap pemerintah.

Pembangunan kesehatan di Provinsi Sulawesi Utara diselenggarakan dengan mengacu pada RPJMD Provinsi Sulawesi Utara 2016-2021. Dalam RPJMD Prov Sulut 2016-2021 disebutkan bahwa pembangunan kesehatan dilaksanakan berdasarkan pada perikemanusiaan, pemberdayaan dan kemandirian, adil dan merata, serta pengutamaan dan manfaat dengan perhatian khusus pada penduduk rentan, antara lain ibu, bayi, anak, lanjut usia (lansia), dan keluarga miskin. Pembangunan kesehatan dilaksanakan melalui peningkatan: 1) Upaya kesehatan, 2) Pembiayaan kesehatan, 3) Sumber daya manusia kesehatan, 4) Sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan, 5) Manajemen dan informasi kesehatan, dan 6) Pemberdayaan masyarakat. Upaya tersebut dilakukan dengan memperhatikan dinamika kependudukan, epidemiologi penyakit, perubahan ekologi dan lingkungan, kemajuan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK), serta globalisasi dan demokratisasi dengan semangat kemitraan dan kerjasama lintas sektoral. Penekanan diberikan pada peningkatan perilaku dan kemandirian masyarakat serta upaya promotif dan preventif.

Untuk menjamin konsistensi pelaksanaan pembangunan yang terarah, holistic, focus dan dengan memperhatikan aspek spatial maka sesuai dengan amanat Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional, Undang-Undang 23 tahun 2014 tentang pemerintahan daerah serta Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 54 tahun 2010 tentang Tahapan, Tatacara Penyusunan Pengendalian Dan Evaluasi Rencana Pembangunan Daerah maka Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara menyusun suatu dokumen perencanaan berupa Rencana Strategis (Renstra) Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara Tahun 2010-2015.

Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara digunakan sebagai acuan dalam perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian dan evaluasi pembangunan kesehatan agar dapat berjalan secara lebih sistematis, komprehensif dan tetap fokus pada pemecahan masalah-masalah mendasar yang dihadapi Provinsi Sulawesi Utara tahun 2016-2021.

Adapun proses penyusunan Renstra Dinas Kesehatan provinsi Sulawesi Utara dimulai dari penetapan Surat Keputusan Tim Penyusun Rencana Strategis Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara nomor 140 tahun 2016 tertanggal 11 Januari 2016. Selanjutnya dilakukan orientasi tim penyusun Renstra Dinas kesehatan prov. Sulut untuk menyamakan persepsi sekaligus merancang agenda kerja dan jadwal penyusunan renstra. Orientasi mengenai Renstra SKPD kepada seluruh anggota tim perlu dilakukan, untuk penyamaan persepsi dan memberikan pemahaman terhadap berbagai peraturan perundang-undangan berkaitan dengan perencanaan pembangunan nasional dan daerah, keterkaitannya dengan dokumen perencanaan lainnya, teknis penyusunan dokumen Renstra SKPD, dan menganalisis serta menginterpretasikan data dan informasi perencanaan pembangunan daerah yang diperlukan dalam menyusun Renstra SKPD

Setelah orientasi Renstra dilaksanakanlah focus group discussion yang membahas isu strategis bidang kesehatan berdasarkan hasil evaluasi penyelenggaraan pembangunan kesehatan periode 2010-2015. Hasil FGD selanjutnya dibahas bersama seluruh perangkat daerah Kesehatan lingkup provinsi untuk kemudian dituangkan dalam rancangan awal Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara. Selanjutnya rancangan awal renstra tersebut dibahas dalam Forum SKPD Kesehatan yang melibatkan seluruh stakeholder kesehatan se-Sulawesi Utara diantaranya Rumah Sakit Ratumbuysang, Rumah Sakit Noongan, Rumah Sakit Siloam, Rumah Sakit Bhayangkara, PMI Provinsi Sulawesi Utara, KPA HIV/AIDS, *LSM Batamang Plus*, Dinas Pendidikan Nasional Prov Sulut, Badan pemberdayaan perempuan dan Perlindungan Anak, Bappeda, Inspektorat, BPKBMD, Badan ketahanan Pangan, BPOM Provinsi Sulawesi Utara dan unsur BPS Prov. Sulut. Selanjutnya rancangan awal Renstra tersebut diperbaiki sesuai rekomendasi dalam rapat Forum SKPD kesehatan tersebut sehingga menjadi Rancangan Renstra yang dikirimkan kepada Bappeda provinsi Sulawesi Utara sebagai dasar penyusunan Rancangan RPJMD Provinsi Sulawesi Utara.

Rancangan Renstra Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara merupakan dokumen perencanaan yang bersifat indikatif, memuat program-program pembangunan kesehatan yang akan dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan serta mendorong peran aktif masyarakat

untuk kurun waktu tahun 2016-2021, dengan penekanan pada pencapaian sasaran Prioritas Daerah sebagaimana tertuang dalam RPJMD Provinsi Sulawesi Utara 2016-2021, Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang kesehatan di Kabupaten/Kota dan *Sustainable Development Goals (SDG's)*.

1.2 LANDASAN HUKUM

Landasan Hukum dalam penyusunan Rencana Strategis (RENSTRA) Dinas Kesehatan adalah sebagai berikut :

1. UU Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.
2. UU Nomor 25 Tahun 2004 Tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional.
3. UU Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah.
4. PP Nomor 58 Tahun 2005 Tentang Pengelolaan Keuangan Daerah.
5. PP Nomor 38 Tahun 2007 Tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota.
6. PP Nomor 39 Tahun 2007 Tentang Pengelolaan Keuangan Negara/Daerah.
7. PP Nomor 41 Tahun 2007 Tentang Organisasi Perangkat Daerah.
8. PP Nomor 6 Tahun 2008 Tentang Pedoman Evaluasi Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah.
9. PP Nomor. 8 Tahun 2008 Tentang Tahapan, Tata Cara Penyusunan, Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah.
10. Permendagri Nomor 13 Tahun 2006 Tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah.
11. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : HK.02.02/MENKES/52/2015 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019.
12. Permendagri Nomor 59 Tahun 2007 Tentang Perubahan Permendagri Nomor 13 tahun 2006 Tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah.
13. Permendagri Nomor 54 Tahun 2010 Tentang Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2008 Tentang Tahapan, Tatacara Penyusunan, Pengendalian, Dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah.

14. Peraturan Daerah Nomor 3 Tahun 2008 Tentang Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara.
15. Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Utara Nomor 3 Tahun 2011 Tentang RPJPD.
16. Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Utara Nomor 1 Tahun 2014 Tentang RTRW Prov. Sulut
17. Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Utara Nomor Tahun 2016 Tentang RPJMD Provinsi Sulawesi Utara 2016-2021

1.3 MAKSUD DAN TUJUAN

Maksud penyusunan Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara adalah sebagaibahan pedoman ,tolak ukur dan alat bantu bagi unit-unit kerja yang ada di lingkungan Dinas Kesehatan dalam menyusun rencana kerja tahunan serta sebagai dasar pelaksanaan pembangunan kesehatan secara konsekuen dan konsisten sesuai dengan tugas dan fungsi.

Tujuan penyusunan Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara adalah :

1. Untuk menyediakan pedoman bagi perangkat daerah dalam menyusun Rencana Kerja (renja)
2. Untuk menyediakan acuan bagi stakeholder kesehatan dalam merumuskan program dan kegiatan strategis kesehatan sepanjang tahun 2016-2021.
3. Untuk memantapkan konsistensi dan komitmen bagi terselenggaranya kegiatan dalam mendukung suksesnya pencapaian sasaran pembangunan kesehatan di daerah Sulawesi Utara yang telah ditetapkan dalam RPJMD,
4. Sebagai pedoman/acuan perencanaan penganggaran yang konsisten, efektif dan efisien sesuai dengan kebutuhan daerah dibidang kkesehatan.
5. Untuk menjadi instrument evaluasi pencapaian target kinerja pembangunan kesehatan di provinsi Sulawesi Utara 2016-2021

1.4 SISTEMATIKA PENULISAN

Sistematika penulisan Rencana Strategis Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara terdiri dari 7 (tujuh) bab, yaitu :

- Bab I Pendahuluan.

Bab ini menjelaskan tentang latar belakang penyusunan Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara tahun 2016–2021, landasan hukumnya, maksud dan tujuan serta sistematika penyusunan.

- Bab II Gambaran Pelayanan Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara.

Bab ini berisi uraian tentang tugas, fungsi dan struktur organisasi Dinas Kesehatan, Sumber daya yang dimiliki, kinerja pelayanan serta tantangan dan peluang pengembangan pelayanan Dinas Kesehatan provinsi Sulawesi Utara.

- Bab III Isu-isu Strategis Berdasarkan Tugas dan Fungsi.

Bab ini menjelaskan tentang identifikasi permasalahan berdasarkan tugas dan fungsi Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara, telaahan visi misi dan program Gubernur dan Wakil Gubernur Sulawesi Utara, telaahan Renstra Kementerian Kesehatan dan Renstra Provinsi, serta telaahan Rencana Tata Ruang Wilayah, Kajian Lingkungan Hidup strategis serta penentuan isu-isu strategis yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan di daerah Provinsi Sulawesi Utara.

- Bab IV Visi, Misi, Tujuan dan Sasaran Strategis dan Kebijakan.

Bab ini berisi uraian Visi dan Misi Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara, Tujuan dan Sasaran Jangka Menengah, serta Strategi dan Kebijakan Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara.

- Bab V Rencana Program dan Kegiatan, Indikator Kinerja, Kelompok sasaran dan Pendanaan Indikatif.

Bab ini menjelaskan tentang Rencana Program dan Kegiatan, Indikator Kinerja, Kelompok sasaran dan Pendanaan Indikatif Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara Tahun 2016–2021.

- Bab VI Indikator Kinerja Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara.

Bab ini menjelaskan tentang Indikator Kinerja Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara selama tahun 2016-2021 yang mengacu pada tujuan dan sasaran RPJMD Provinsi Sulawesi Utara.

- Bab VII. Penutup.

BAB II

GAMBARAN PELAYANAN DINAS KESEHATAN PROVINSI SULAWESI UTARA

2.1. TUGAS, FUNGSI, DAN STRUKTUR ORGANISASI KESEHATAN

A. Tugas

Berdasarkan Peraturan Gubernur No. 54 Tahun 2016 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja Dinas Kesehatan Provinsi Tipe A Provinsi Sulawesi Utara, maka SKPDDinasKesehatan Daerah Provinsi mempunyai tugas membantu Gubernur melaksanakan Urusan Pemerintah yang menjadi kewenangan Daerah dan Tugas Pembantuan yang ditugaskan kepada Daerah Provinsi.

B. Fungsi

Dinas Kesehatan Daerah Provinsi dalam melaksanakan tugas sebagaimana di atas, mempunyai fungsi:

1. Perumusan kebijakan sesuai dengan lingkup tugasnya; pelaksanaan kebijakan sesuai dengan lingkup tugasnya;
2. Pelaksanaan evaluasi dan pelaporan sesuai dengan lingkup tugasnya;
3. Pelaksanaan administrasi dinas sesuai dengan lingkup tugasnya; dan
4. Pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh pimpinan.

C. Susunan Organisasi

Susunan Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara, terdiri dari :

- a. Sekretariat membawahkan :
 - 1) Sub Bagian Kepegawaian dan Hukum;
 - 2) Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan; dan

- 3) Sub Bagian Umum.
- b. Bidang Kesehatan Masyarakat membawahkan :
 - 1) Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi;
 - 2) Seksi Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat; dan
 - 3) Seksi Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Kerja dan Olahraga.
- c. Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit membawahkan:
 - 1) Seksi Pencegahan Pengendalian Penyakit Menular dan Krisis Kesehatan;
 - 2) Seksi Pencegahan Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan Jiwa; dan
 - 3) Seksi Surveilans dan Imunisasi.
- d. Bidang Pelayanan Kesehatan membawahkan :
 - 1) Seksi Pelayanan Kesehatan Primer dan Kesehatan Tradisional;
 - 2) Seksi Pelayanan Kesehatan Rujukan; dan
 - 3) Seksi Jaminan Kesehatan Masyarakat.
- e. Bidang Sumber Daya Kesehatan, Farmasi dan Alat Kesehatan membawahkan
 - 1) Seksi Farmasi
 - 2) Seksi Alat Kesehatan dan Pangan; dan
 - 3) Seksi Sumber Daya Manusia Kesehatan.

D. Uraian Tugas

- a. Kepala Dinas mempunyai tugas :
 - 1) Perumusan kebijakan teknis;
 - 2) Penyusunan perencanaan, pengoordinasian, pembinaan dan pengendalian pelaksanaan tugas;
 - 3) Penyelenggaraan urusan administrasi kesekretariatan;
 - 4) Penyelenggaraan urusan di bidang kesehatan masyarakat;
 - 5) Penyelenggaraan urusan di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit;
 - 6) Penyelenggaraan urusan di bidang pelayanan kesehatan;
 - 7) Penyelenggaraan urusan di bidang sumber daya kesehatan, farmasi dan alat kesehatan;
 - 8) Pelaporan pelaksanaan tugas kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah; dan

9) Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh pimpinan.

b. Bidang Sekretariat :

Sekretariat dipimpin oleh seorang sekretaris yang mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan administrasi umum, kepegawaian dan hukum, perencanaan dan keuangan serta tugas lain yang diberikan oleh pimpinan.

Untuk melaksanakan tugas tersebut, sekretaris mempunyai tugas :

- 1) Pengeordinasian, sinkronisasi dan integrasi pelayanan administrasi;
- 2) Penyusunan perencanaan operasional dan pelaporan kegiatan;
- 3) Penyelenggaraan urusan kepegawaian dan hukum;
- 4) Penyelenggaraan urusan perencanaan dan keuangan;
- 5) Penyelenggaraan urusan umum;
- 6) Pelaporan pelaksanaan fungsi kepada pimpinan; dan
- 7) Pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh pimpinan.

c. Bidang Kesehatan Masyarakat

Bidang Kesehatan Masyarakat mempunyai tugas melaksanakan urusan di bidang kesehatan keluarga dan gizi, promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan olahraga serta tugas lain yang diberikan oleh pimpinan.

Untuk melaksanakan tugas tersebut, Bidang Kesehatan Masyarakat mempunyai fungsi :

- 1) Penyelenggaraan perumusan dan pelaksanaan kebijakan di bidang kesehatan masyarakat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- 2) Pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh pimpinan.

d. Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit mempunyai tugas melaksanakan urusan di bidang pencegahan pengendalian penyakit menular dan krisis kesehatan, pencegahan pengendalian penyakit tidak menular dan kesehatan jiwa, surveilans dan imunisasi, serta tugas lain yang diberikan oleh pimpinan.

Untuk melaksanakan tugas tersebut, Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit mempunyai fungsi :

- 1) Pembinaan Pencegahan dan Pengendalian penyakit menular
- 2) Pembinaan Kesiapsiagaan dan Penanggulangan krisis kesehatan
- 3) Pembinaan Pencegahan dan Pengendalian penyakit tidak menular
- 4) Pembinaan Pencegahan dan Pengendalian masalah kesehatan jiwa
- 5) Pembinaan Imunisasi; dan
- 6) Pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh pimpinan.

e. Bidang Pelayanan Kesehatan

Bidang pelayanan kesehatan mempunyai tugas melaksanakan urusan di bidang pelayanan kesehatan primer dan kesehatan tradisional, pelayanan kesehatan rujukan dan jaminan kesehatan masyarakat serta tugas lain yang diberikan oleh pimpinan.

Untuk melaksanakan tugas tersebut, Bidang Pelayanan Kesehatan mempunyai fungsi :

- 1) Pemberian pelayanan administrasi dilingkungannya
- 2) Penyusunan rencana dan pelaporan kegiatan
- 3) Pengoordinasian, pembagian dan pengaturan pelaksanaan tugas
- 4) Penyelenggaraan urusan bimbingan dan pengendalian upaya pelayanan kesehatan primer
- 5) Penyelenggaraan urusan bimbingan dan pengendalian upaya pelayanan kesehatan rujukan
- 6) Penyelenggaraan urusan program jaminan kesehatan masyarakat; dan
- 7) Pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh pimpinan.

f. Bidang Sumber Daya Kesehatan, Farmasi dan Alat Kesehatan

Bidang Sumber Daya Kesehatan, Farmasi dan Alat Kesehatan mempunyai tugas melaksanakan urusan di bidang farmasi, alat kesehatan dan pangan, dan sumber daya manusia kesehatan serta tugas lain yang diberikan oleh pimpinan.

Untuk melaksanakan tugas tersebut, Bidang sumber daya kesehatan, farmasi dan alat kesehatan mempunyai fungsi :

- 1) Pelayanan penerbitan rekomendasi / pertimbangan teknis perizinan Pedagang Besar Farmasi (PBF) cabang dan Penyaluran Alat Kesehatan (PAK) cabang.
- 2) Pelaksanaan pengawasan Pedagang Besar Farmasi (PBF) cabang dan PAK Cabang.
- 3) Pelaksanaan pengawasan alat kesehatan yang beredar di Provinsi.
- 4) Pelaksanaan pengawasan makanan dan minuman.
- 5) Menyusun tata hubungan kerja pelaksanaan program farmasi pelayanan penerbitan / pencabutan ijin usaha kecil obat tradisional dan tindak lanjut hasil pengawasan.
- 6) Menyusun juklak dan juknis program bimbingan dan pengendalian farmasi dan alat kesehatan.
- 7) Pelayanan penerbitan / pencabutan ijin Pedagang Besar Farmasi (PBF) cabang dan PAK Cabang serta tindak lanjut hasil pengawasan.
- 8) Pelaksanaan pengadaan obat, vaksin, bahan medik pakai, buffer stok provinsi.
- 9) Pelaksanaan bimbingan dan pengendalian pelayanan kefarmasian difasilitas kesehatan pemerintah dan swasta.
- 10) Pelaksanaan pengawasan penggunaan secara rasional
- 11) Pengawasan pelaksanaan distribusi, penggunaan dan pelaporan narkotika, psikotropika dan prekursor farmasi.
- 12) Perumusan kebijakan bimbingan dan pengendalian pelayanan kefarmasian difasilitas kesehatan pemerintah dan swasta.
- 13) Menyusun juklak dan juknis program bimbingan alat kesehatan.
- 14) Pengawasan penerbitan rekomendasi / pertimbangan teknis perizinan Pedagang Besar Farmasi (PBF) cabang dan Penyalur Alat Kesehatan (PAK) cabang.
- 15) Perumusan kebijakan pelaksanaan sampling alat kesehatan dan perbekalan kesehatan rumah tangga.
- 16) Perumusan kebijakan monitoring dan evaluasi serta pembinaan industri pangan rumah tangga, alat kesehatan, pangan dalam rangka upaya kesehatan.
- 17) Menyajikan rancangan diskripsi dan determinan masalah program sumber daya kesehatan.
- 18) Pemenuhan dan pemerataan SDM kesehatan UKM dan UKP daerah Provinsi.
- 19) Peningkatan kompetensi SDM kesehatan untuk UKM dan UKP Daerah Provinsi.
- 20) Menyusun rancangan sistem akreditasi program sumber daya kesehatan.

- 21) Memberikan pertimbangan pada hasil penilaian dalam rangka akreditasi institusi diklat kesehatan pemerintah / swasta, dan
- 22) Pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh pimpinan.

Berdasarkan Peraturan Gubernur Sulawesi Utara Nomor 83 tahun 2008 dibentuk Unit Pelaksana Teknis Dinas pada Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara. Unit Pelaksana Teknis Dinas dipimpin oleh seorang kepala berkedudukan dibawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas. UPTD mempunyai tugas melaksanakan kegiatan teknis operasional yang secara langsung berhubungan dengan pelayanan masyarakat dan teknis penunjang untuk melaksanakan kegiatan dalam rangka mendukung pelaksanaan tugas dinas

Unit Pelaksana Teknis Dinas terdiri dari :

1. UPTD Balai Penunjang Pelayanan Kesehatan (BPPK)
2. UPTD Balai Pelatihan Kesehatan (Bapelkes)
3. UPTD Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM)
4. UPTD Rumah Sakit Umum Daerah Noongan
5. UPTD Balai Kesehatan Olahraga Masyarakat (BKOM)
6. UPTD Balai Data, Surveilans dan Sistem Informasi Kesehatan

Dalam melaksanakan tugas setiap pimpinan unit organisasi dan kelompok tenaga fungsional wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi baik dalam lingkungan masing-masing maupun antar satuan organisasi dilingkungan pemerintah daerah serta dengan instansi diluar pemerintah daerah sesuai dengan tugas masing-masing.

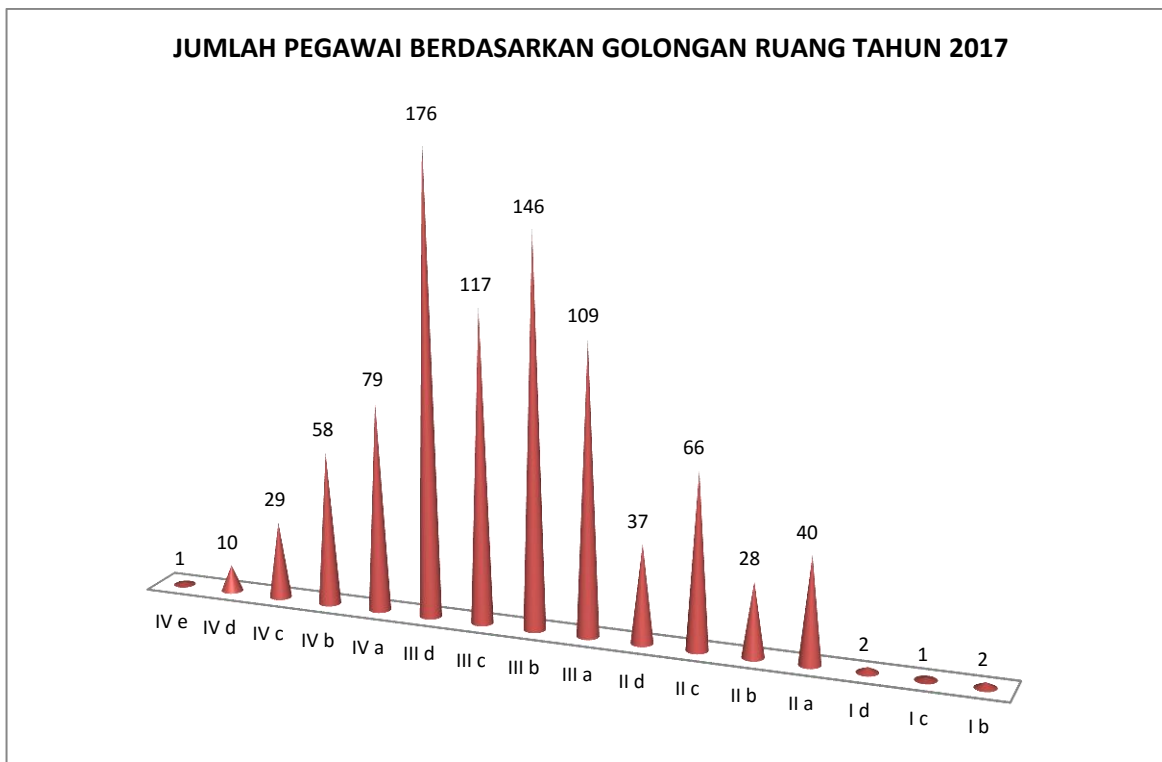
Kelompok jabatan fungsional mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas pemerintah daerah sesuai dengan keahlian dan kebutuhan. Kelompok Jabatan Fungsional, dimana jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

2.2 SUMBER DAYA DINAS KESEHATAN

A. Sumber Daya Manusia Kesehatan/Ketenagaan

Dalam mendukung pelaksanaan kegiatan, Dinas Kesehatan ditunjang oleh sumber daya kesehatan. Berdasarkan golongan ruang, paling banyak berada pada golongan III/b yaitu 146 pegawai, diikuti golongan III/d (176 pegawai), III/d (117 pegawai). Untuk lebih jelas dapat dilihat pada diagram 2.1 berikut

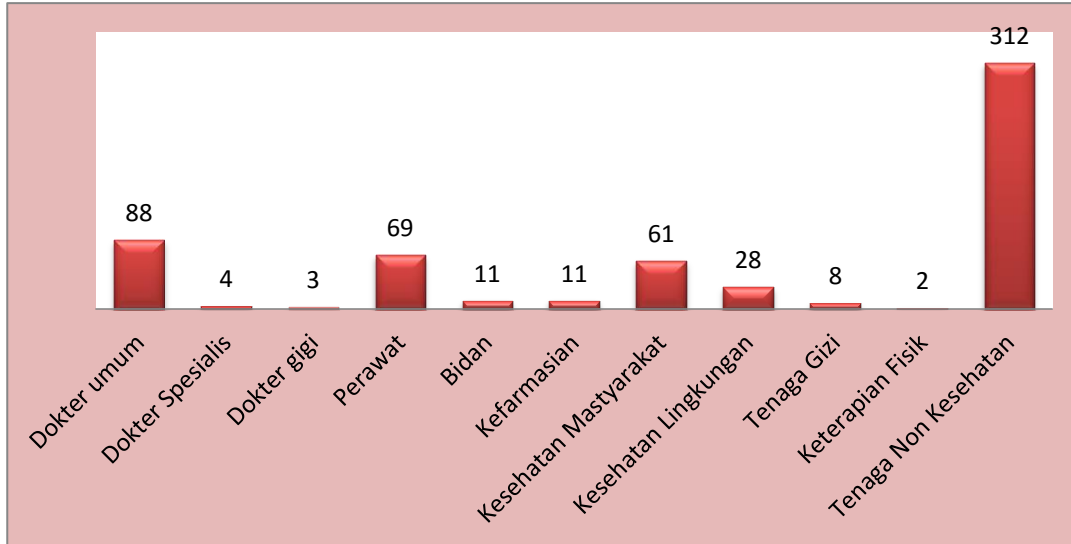
Diagram 2.1. Jumlah Pegawai Berdasarkan Golongan Ruang Tahun 2017



Sumber data : Sub Bagian Hukum & Kepegawaian Dinkes Sulut 2016

Berdasarkan tingkat pendidikan, pegawai yang ada di Dinas Kesehatan terdiri dari tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan. Tenaga non kesehatan masih mendominasi ketenagaan yang ada, dibandingkan dengan tenaga teknis kesehatan. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada Diagram 2.2 berikut.

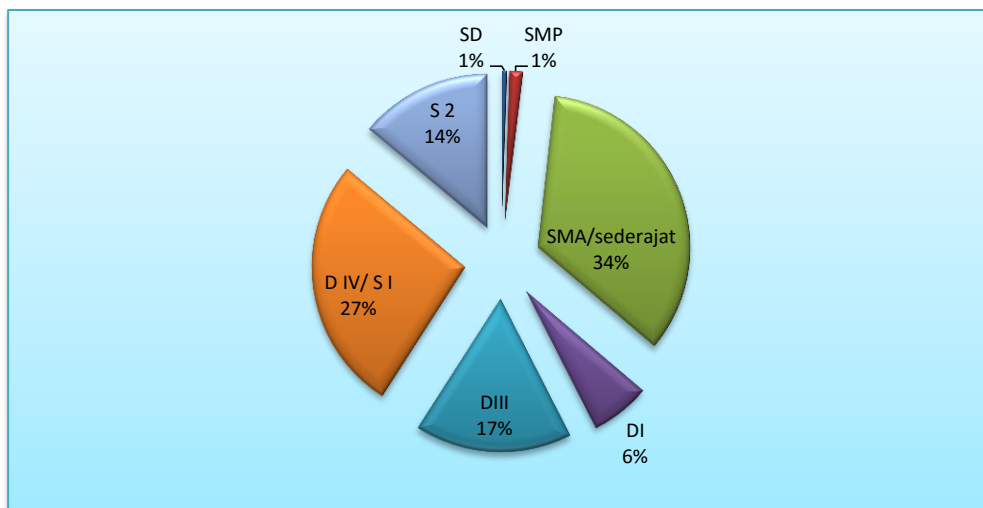
Diagram 2.2 Distribusi Ketenagaan Tahun 2016



Sumber data : Sub Bagian Hukum & Kepegawaian Dinkes Sulut 2016

Berdasarkan tingkat pendidikan pegawai yang bekerja di Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara dapat dilihat bahwa tingkat pendidikan SMA/ sederajat masih lebih banyak yaitu 34%, diikuti DIV/S.1 (27%), DIII (17%), S2 (14%), D1 (6%), dan SD dan SMP (1%). Melihat kondisi tersebut, maka masih perlu peningkatan sumber daya manusia yang ada di Dinas Kesehatan melalui program-program peningkatan pendidikan yang ada. Untuk lebih jelas dapat dilihat pada diagram 2.3 berikut.

Diagram 2.3 Distribusi Ketenagaan berdasarkan Tingkat pendidikan



Sumber data : Sub Bagian Hukum & Kepegawaian Dinkes Sulut 2017

B. Sarana dan Prasarana Aset

Pada table berikut digambarkan keadaan sarana dan prasarana asset yang ada di dinas kesehatan daerah :

Tabel 2.1 Saran dan Prasarana Dinas Kesehatan Daerah

NO	SARANA/PRASARANA	KETERANGAN
1.	TANAH :	22.147m ²
	a. Perkantoran	2.000 m ²
	b. Perumahan	6.906 m ²
2.	GEDUNG	4 buah
3.	RUMAH DINAS	1 Unit
4.	KENDARAAN :	
	a. Roda 4	12 unit
	b. Roda 2	16 unit

Sumber data :Simda BMD Dinkes Sulut 2016

2.3 KINERJA PELAYANAN DINAS KESEHATAN

Pencapaian Kinerja Pelayanan Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara dapat dilihat pada pengukuran kinerja tahun 2016 Dinas Kesehatan Daerah sebagai berikut :

Tabel 2.3 Pengukuran Kinerja

No	Sasaran	Indikator Kinerja	Target	Capaian
(1)	(2)	(3)	(4)	
		Persentase Persalinan di	77 %	82,87%

1	Meningkatnya Ketersediaan dan Keterjangkauan Pelayanan Kesehatan Yang Bermutu Bagi Seluruh Masyarakat	Fasilitas Pelayanan Kesehatan		
		Persentase Ibu Hamil Yang Mendapatkan Pelayanan Antenatal K4	70%	83,09%
		Persentase Balita Kurus Yang Mendapatkan Makanan Tambahan	75%	61,1%
		Persentase Puskesmas yang melaksanakan Penjangkaran Kesehatan Peserta Didik	40%	54%
		Persentase ibu hamil KEK yang mendapat makanan tambahan	50%	36%
		Persentase ibu hamil yang mendapat tablet tambah darah (TTD) 90 tablet selama masa kehamilan	85%	83,35%
		Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI Eksklusif	42%	40%
		Persentase bayi baru lahir mendapat Inisiasi Menyusui Dini	41%	36%
		Persentase Ibu Hamil Kurang Energi Kronik (KEK)	22,6%	83,35%

		Persentase remaja putrid yang mendapat tablet tambah darah	15%	40,2%
		Persentase Puskesmas melaksanakan (SDIDTK)	73%	72,60%
		Kunjungan Neonatal (KN 1) Sesuai Standar	80%	81,5%
2	Menurunnya Penyakit Menular, Penyakit Tidak Menular dan Peningkatan Kualitas Lingkungan	Persentase Kabupaten Yang melakukan pengendalian vektor terpadu	100%	100%
		Jumlah kabupaten kota dengan API < 1/1.000 penduduk	13 kab/kota	12 kab/kota
		Persentase kabupaten kota yang eliminasi rabies	8%	53%
		Persentase kabupaten kota dengan IR DBD < 49 /100.000 penduduk	70 %	33%
		Jumlah kabupaten/kota endemis filaria berhasil menurunkan angka mikrorilaria menjadi < 1 %	15 kab/kota	15 kab/kota
		Persentase kabupaten kota dengan angka keberhasilan pengobatan TB paru BTA	93%	91%

		positif minimal 85 %.		
		Persentase angka kasus HIV yang diobati.	100 %	90,9%
		Persentase kab/kota yang melaksanakan kegiatan deteksi dini hepatitis B pada kelompok beresiko	60%	60%
		Persentase kab/kota yang 50 % Puskesmas melakukan pemeriksaan dan tatalaksana Pneumonia melalui program MTBS	8%	33%
		Presentase anak usia 0-11 bulan yang mendapat imunisasi dasar lengkap	75%	74,1%
		Persentase anak usia 9-59 bulan yang mendapat imunisasi tambahan campak di 2 kab/kota prioritas	90 %	67%
		Persentase desa/kelurahan yang melaksanakan monitoring FR-PTM melalui kegiatan Posbindu PTM	60 %	20,9 %(1772 desa)
		Persentase Perempuan Usia 30-50 tahun yang dideteksi dini kanker leher rahim dan kanker payudara	5 %	14,42%
		Persentase Kab/Kota yang melaksanakan kebijakan kawasan tanpa rokok di minimal 50% sekolah	5 %	13%

		Persentase sarana Air Minum yang dilakukan pengawasan	50 %	50%
		Persentase tempat umum yang memenuhi syarat kesehatan	60 %	84,70%
		Desa/Kelurahan yang melaksanakan STBM 150 desa / kelurahan	150 Desa	128 desa
		Persentase penduduk yang memiliki akses terhadap air minum yang memenuhi syarat kesehatan	55%	59,86%
		Persentase penduduk yang menggunakan jamban sehat/sanitasi layak	66%	63,9%
3	Meningkatnya Kesiapsiagaan Penanggulangan Krisis Kesehatan	Jumlah Kab/kota yang mendapat advokasi dan sosialisasi untuk mendukung pelaksanaan upaya pengurangan risiko krisis kesehatan wilayah	15 kab/kota	15 kab/kota
4	Meningkatnya kesiagaan pelayanan kesehatan Jemaah Haji	Persentase hasil pemeriksaan kesehatan jemaah haji (3 bulan sebelum operasional)	71%	71,38%
5	Meningkatnya Akses dan Mutu	Persentase puskesmas yang menyelenggarakan	40%	40

	Pelayanan Kesehatan Dasar, Rujukan yg berkualitas bagi masyarakat	kesehatan tradisional		
		Persentase puskesmas yang menyelenggarakan kesehatan kerja	40%	40
		Jumlah Puskesmas yang Mendapatkan BOK	187 PKM	187
		Persentase Puskesmas Yang Melaksanakan Kesehatan Olahraga	24%	24%
		Jumlah kecamatan yang memiliki minimal 1 puskesmas tersertifikasi terakreditasi	15 kec	15 kec
		Persentase Rumah Sakit Rujukan Regional yang memenuhi sarana prasarana dan alat (SPA) sesuai standar	100	100
		Persentase RS Daerah yang memenuhi standard dan Kriteria khusus.	100	100%
		Presentase Kab/kota dengan kesiapan akses layanan rujukan	20 % (3kab/kota)	20 %
		Jumlah Kab/Kota yang memiliki minimal 1 RSUD yg terakreditasi	(5 Kab/Kota)	6 KB/KT
6	Meningkatnya Akses dan Mutu	Presentase ketersediaan obat dan perbekes untuk	60 %	72,5%

	Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga	buffer provinsi		
		Presentase penggunaan obat rasional di puskesmas	60 %	64,5%
		Presentase ketersediaan obat dan vaksin di puskesmas	75 %	75%
7	Meningkatnya Pelaksanaan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Kepada Masyarakat	Jumlah Kab/kota memiliki kebijakan PHBS	30%	23 %
8	Meningkatnya pembiayaan pembangunan kesehatan untuk mewujudkan Jaminan Sosial Kesehatan	Jumlah penduduk yang mendapatkan bantuan melalui KIS	85%	85%
		Cakupan JKN	100%	100%
9	Meningkatnya ketersediaan dan mutu sumber daya manusia kesehatan sesuai dengan standar pelayanan kesehatan	Jumlah tenaga kesehatan yang didayagunakan untuk fasilitas pelayanan kesehatan	30 orang	67 orang
		Jumlah aparatur kesehatan yang mendapatkan sertifikasi pada pelatihan terakreditasi	150 orang	180 orang
10	Meningkatnya Pelayanan Administrasi dan Sarana Prasarana	Terlaksananya Pelayanan administrasi dan sarana prasarana perkantoran	100 %	100%
		Tersusunnya dokumen dan	78	78

	Perkantoran Serta Kualitas Perencanaan dan Penggangan	laporan perencanaan keuangan yang akuntabel	dokumen	dokumen
--	--	--	---------	---------

2.4 TANTANGAN DAN PELUANG PENGEMBANGAN PELAYANAN DINAS KESEHATAN

Analisa situasi Rencana Strategis Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara melalui analisis SWOT dengan melibatkan stakeholder adalah sebagai berikut :

a. Analisa Faktor Lingkungan Internal

Faktor Internal	Kekuatan (S)	Kelemahan (W)
SDM	<p>Ketersediaan dan Jenis tenaga kesehatan baik medis maupun para medis di Provinsi Sulut relative diatas rata-rata ansional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rasio dokter adalah 35 per 100.000 penduduk - Rasio dokter spesialis 17 per 100.000 penduduk - Rasio dokter gigi 5 per 100.000 penduduk Rasio perawat 204 per 100.000 penduduk - Rasio bidan 65 per 100.000 penduduk 	<ul style="list-style-type: none"> - Tenaga kesehatan yang ada tidak merata penyebarannya di daerah, sehingga pelayanan kesehatan terutama di daerah terpencil belum memadai - Kapasitas SDM Kesehatan yang belum meningkat linier dengan cepatnya perkembangan jenis penyakit baru - Belum optimalnya pemahaman SDM kesehatan terhadap teknologi pengobatan terbaru yang semakin canggih.
Dana	<ul style="list-style-type: none"> - Sumber pendanaan kesehatan berasal dari dana APBD, APBN, BLN, dan jumlahnya meningkat setiap tahunnya. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dana APBN yang ada telah ditentukan penggunaannya dari Pusat sehingga tidak dapat disesuaikan dengan kebutuhan daerah. - Beberapa program (Program HIV/AIDS, TB, MALARIA)

		sangat tergantung dari donor.
Sarana dan Prasarana	Kualitas sarana kesehatan yang semakin membaik	- Penyebaran belum merata dan kualitas belum memenuhi standar
Organisasi/Kelembagaan	Adanya Struktur Organisasi yang mendukung pelaksanaan tugas pokok dan fungsi	- Struktur Organisasi antara Provinsi dan Kabupaten Kota belum sinkron sehingga menyulitkan koordinasi pelaksanaan program kesehatan

b. Faktor Lingkungan Eksternal

Faktor Eksternal	Peluang (O)	Ancaman (T)
EKONOMI	<p>Pertumbuhan ekonomi di Provinsi Sulut mengalami peningkatan.</p> <p>Terbukanya daerah Sulawesi Utara sebagai Tujuan MICE (Meeting, Incentive Convention, Exhibition)</p> <p>Terbukanya peluang lapangan kerja kesehatan secara global akibat implementasi MEA, WTO, APEC, AFTA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Meningkatnya perilaku dan gaya hidup masyarakat yang negative terhadap kesehatan, hal ini menyebabkan peningkatan pada penyakit-penyakit akibat gaya hidup yang tidak sehat. - Kecenderungan makanan dengan gizi yang tidak seimbang, peningkatan perilaku merokok, minum alkohol, penyalahgunaan napza dan kasus-kasus PMS/HIV/AIDS. - Meningkatnya mobilisasi masyarakat dan pendatang mengakibatkan semakin mudahnya penularan penyakit antar Negara - Masuknya investasi dan tenaga kerja/profesi kesehatan dari Negara lain serta peningkatan persaingan dengan tenaga kerja/profesi kesehatan dari luar negeri dalam pelayanan kesehatan

		<p>kepada masyarakat.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masuknya berbagai bahan makanan import yang tidak memenuhi standar kesehatan.
DEMOGRAFI	<ul style="list-style-type: none"> - Meningkatnya jumlah penduduk usia lanjut - Meningkatnya jumlah penduduk yang termasuk dalam angkatan kerja/berusia produktif 	<ul style="list-style-type: none"> - Laju pertumbuhan penduduk yang menunjukkan kenaikan yang signifikan - Distribusi penduduk yang tidak merata
KEBIJAKAN	<ul style="list-style-type: none"> - UU No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan Pasal 171 besar Alokasi Anggaran Pusat 5% dari APBN diluar gaji , dan Daerah 10% dari APBD diluar gaji. - Otonomi Daerah yang memungkinkan berkembangnya pembangunan kesehatan sesuai kebutuhan lokal masyarakat - Adanya komitmen dari Pimpinan Kepala Daerah untuk peningkatan pelayanan kesehatan terutama bagi masyarakat miskin (Kartu Indonesia Sehat) Provinsi dan Kabupaten Kota - Digalakkannya praktik Good Governance yang memacu peningkatan kemitraan antara pemerintah, masyarakat dan dunia usaha (Posyandu, Poskesdes, PKK, Rumah Sakit dan Poliklinik Swasta) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pelayanan kesehatan cenderung pada pelayanan gratis yang mendorong ketergantungan masyarakat - Masih kurangnya peran pihak swasta melaksanakan Corporate Social Responsibility (CSR)

SOSIAL	<p>Terbukanya peluang lapangan kerja yang luas bagi kaum perempuan</p> <p>Meningkatnya Umur Harapan Hidup (UHH) di masyarakat</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Meningkatnya kasus trafficking, dan kekerasan terhadap perempuan (KTP) - Peningkatan jumlah populasi usia lanjut di masyarakat menyebabkan peningkatan angka penyakit degeneratif.
TEKNOLOGI	<p>Kemajuan IPTEK di bidang kesehatan yang membuka peluang terhadap tatacara pengobatan dan penyembuhan yang lebih cepat, canggih dan terjamin hasilnya.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pelayanan kesehatan yang semakin hari semakin mahal (<i>high cost</i>) - Kemajuan Teknologi Informasidan teknologi komunikasi mendorong adanya perubahan gaya hidup yang tidak sehat seperti kurang aktivitas fisik dan gizi yang tidak seimbang.
LINGKUNGAN	<p>Komitmen Global dalam penanganan masalah lingkungan</p> <p>UU No. 32 Tahun 2009 tentang Perlindungan Pengelolaan Lingkungan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pergub Sulut No. 43 Tahun 2007 Tentang Kabupaten / Kota Sehat 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Global Epidemic Diseases.</i> - Munculnya penyakit – penyakit baru (<i>new and re- emerging diseases</i>) - Pembangunan infrastruktur di Sulawesi Utara belum berwawasan kesehatan (Belum berdasarkan prinsip dasar Penyelenggaraan Kabupaten/Kota Sehat yang memikirkan dampak kesehatan pada masyarakat sesuai peraturan

		<p>bersama Mendagri dan Menkes No. 34 Tahun 2005 dan No. 1138 / Menkes / PB / VIII / 2005 serta Pergub Sulut No. 43 Tahun 2007</p> <p>- Terdapat daerah rawan bencana, DTPK dengan kondisi geografi yang sulit dan keterjangkauan yang dipengaruhi oleh cuaca</p>
--	--	---

Gambaran kondisi umum, potensi dan permasalahan pembangunan kesehatan berdasarkan dari hasil pencapaian program kesehatan, kondisi lingkungan strategis, kependudukan, pendidikan, kemiskinan dan perkembangan baru lainnya. Potensi dan permasalahan pembangunan kesehatan akan menjadi input dalam menentukan arah kebijakan dan strategi pembangunan.

1. Upaya Kesehatan Kesehatan Ibu dan Anak.

Angka Kematian Ibu sudah mengalami penurunan, namun masih jauh dari target MDGs tahun 2015, meskipun jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan mengalami peningkatan. Kondisi ini kemungkinan disebabkan oleh antara lain kualitas pelayanan kesehatan ibu yang belum memadai, kondisi ibu hamil yang tidak sehat dan faktor determinan lainnya. Penyebab utama kematian ibu yaitu hipertensi dalam kehamilan dan perdarahan *post partum*. Penyebab ini dapat diminimalisir apabila kualitas *Antenatal Care* dilaksanakan dengan baik. Beberapa keadaan yang dapat menyebabkan kondisi ibu hamil tidak sehat antara lain adalah penanganan komplikasi, anemia, ibu hamil yang menderita diabetes, hipertensi, malaria, dan empat terlalu (terlalu muda <20 tahun, terlalu tua >35 tahun, terlalu dekat jaraknya 2 tahun dan terlalu banyak anaknya > 3 tahun).

Hal ini diperkuat oleh data yang menunjukkan masih adanya umur perkawinan pertama pada usia yang amat muda (<20 tahun) sebanyak 28,7% dari semua perempuan yang telah kawin. Potensi dan tantangan dalam penurunan kematian ibu dan anak adalah jumlah tenaga kesehatan yang menangani kesehatan ibu khususnya bidan sudah relatif tersebar ke seluruh wilayah Sulawesi Utara,

namun kompetensi masih belum memadai. Demikian juga secara kuantitas, jumlah Puskesmas PONEK dan RS PONEK relative stagnan dan belum diiringi dengan peningkatan kualitas pelayanan. Peningkatan kesehatan ibu sebelum hamil terutama pada masa remaja, menjadi faktor penting dalam penurunan AKI dan AKB. Peserta KB cukup banyak merupakan potensi dalam penurunan kematian ibu, namun harus terus digalakkan penggunaan ontrasepsi jangka panjang. Keanekaragaman makanan menjadi potensi untuk peningkatan gizi ibu hamil, namun harus dapat dikembangkan paket pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil yang tinggi kalori, protein dan mikronutrien

2. Kematian Bayi dan Balita.

Salah satu indikator keberhasilan pembangunan kesehatan ditentukan juga oleh angka Kematian Bayi. Angka Kematian Bayi (AKB) adalah jumlah penduduk yang meninggal sebelum mencapai usia 1 tahun yang dinyatakan dalam 1000 kelahiran hidup. Usia bayi merupakan kondisi yang rentan baik terhadap kesakitan maupun kematian. Menurut hasil SDKI 2012, AKB Sulawesi Utara menunjukkan angka 33/1.000 KH lebih tinggi 1 point dari AKB Nasional yaitu 32/1.000 KH. Berdasarkan data yang dikumpulkan dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, didapatkan bahwa sepanjang tahun 2010 terdapat 242 kasus kematian bayi, tahun 2011 meningkat menjadi 333 kematian bayi dan pada tahun 2012 menurun menjadi 246 kasus kematian bayi, pada tahun 2013 terjadi peningkatan 380 kasus kematian bayi, tahun 2014 terjadi penurunan dengan jumlah kasus kematian mencapai 289 kasus kematian bayi dan pada tahun 2015 jumlah kasus kematian bayi berjumlah 286 kasus dan pada tahun 2016 mengalami penurunan kasus dengan jumlah 250 kasus.

Dalam 5 tahun terakhir, Angka Kematian Neonatal (AKN) tetap sama yakni 19/1000 kelahiran, sementara untuk Angka Kematian Pasca Neonatal (AKPN) terjadi penurunan dari 15/1000 menjadi 13/1000 kelahiran hidup, angka kematian anak balita juga turun dari 44/1000 menjadi 40/1000 kelahiran hidup. Penyebab kematian pada kelompok perinatal disebabkan oleh *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD) sebanyak 29,5% dan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) sebanyak 11,2%, ini berarti faktor kondisi ibu sebelum dan selama kehamilan amat menentukan kondisi bayinya. Tantangan ke depan adalah mempersiapkan calon ibu agar benar-benar siap untuk hamil dan melahirkan dan menjaga agar terjamin kesehatan lingkungan yang mampu melindungi bayi dari infeksi.

Untuk usia di atas neonatal sampai satu tahun, penyebab utama kematian adalah infeksi khususnya pnemonia dan diare. Ini berkaitan erat dengan perilaku hidup sehat ibu dan juga kondisi lingkungan setempat.

3. **Usia Sekolah dan Remaja.**

Penyebab kematian terbesar pada usia ini adalah kecelakaan transportasi, disamping penyakit demam berdarah dan tuberkulosis. Masalah kesehatan lain adalah penggunaan tembakau dan pernikahan pada usia dini (10-15 tahun) dimana pada laki-laki sebesar 0,1% dan pada perempuan sebesar 0,2%. Untuk status gizi remaja, hasil Riskesdas 2010, secara nasional prevalensi remaja usia 13-15 tahun yang pendek dan amat pendek adalah 35,2% dan pada usia 16-18 tahun sebesar 31,2%. Sekitar separuh remaja mengalami defisit energi dan sepertiga remaja mengalami defisit protein dan mikronutrien.

Pelaksanaan UKS harus diwajibkan di setiap sekolah dan madrasah mulai dari TK/RA sampai SMA/SMK/MA, mengingat UKS merupakan wadah untuk mempromosikan masalah kesehatan. Wadah ini menjadi penting dan strategis, karena pelaksanaan program melalui UKS jauh lebih efektif dan efisien serta berdaya ungkit lebih besar. UKS harus menjadi upaya kesehatan wajib Puskesmas. Peningkatan kuantitas dan kualitas Puskesmas melaksanakan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) yang menjangkau remaja di sekolah dan di luar sekolah. Prioritas program UKS adalah perbaikan gizi usia sekolah, kesehatan reproduksi dan deteksi dini penyakit tidak menular.

4. **Usia Kerja dan Usia Lanjut.**

Selain penyakit tidak menular yang mengancam pada usia kerja, penyakit akibat kerja dan terjadinya kecelakaan kerja juga meningkat. Jumlah yang meninggal akibat kecelakaan kerja semakin meningkat hampir 10% selama 5 tahun terakhir. Proporsi kecelakaan kerja paling banyak terjadi pada umur 31-45 tahun. Oleh karena itu program kesehatan usia kerja harus menjadi prioritas, agar sejak awal faktor risiko sudah bisa dikendalikan. Prioritas untuk kesehatan usia kerja adalah mengembangkan pelayanan kesehatan kerja primer dan penerapan keselamatan dan kesehatan kerja di tempat kerja, selain itu dikembangkan Pos Upaya Kesehatan Kerja sebagai salah

satu bentuk UKBM pada pekerja dan peningkatan kesehatan kelompok pekerja rentan seperti Nelayan, TKI, dan pekerja perempuan.

Hasil riskesdas tahun 2013 menyebutkan bahwa Prevalensi katarak tertinggi di Sulawesi Utara (3,7%) diikuti oleh Jambi (2,8%) dan Bali (2,7%). Prevalensi katarakter rendah ditemukan di DKI Jakarta (0,9%) diikuti Sulawesi Barat (1,1%). Tiga alasan utama penderita katarak belum dioperasi adalah karena ketidak tahuan (51,6%), ketidakmampuan (11,6%), dan ketidakberanian (8,1%)

5. Gizi Masyarakat.

Perkembangan masalah gizi semakin kompleks saat ini, selain masih ditemukan adanya masalah kekurangan gizi, masalah kelebihan gizi juga menjadi persoalan yang harus di tangani dengan serius oleh Pemeirntah Provinsi Sulawesi Utara . Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah 2016-2021 perbaikan status gizi masyarakat merupakan salah satu prioritas ngan menurunkan prevalensi balita gizi kurang (*underweight*) menjadi 2% dan prevalensi balita pendek (*stunting*) menjadi 15% pada tahun 2021.

Hasil Riskesdas dari tahun 2013 menunjukkan bahwa Prevaleni penduduk kurus terendah di provinsi Sulawesi Utara (5,6%). Prevalensi penduduk obesitas terendah diprovinsi Nusatenggara Timur (6,2%) dan tertinggi di Sulawesi Utara (24,0%). Prevalensi penduduk laki-laki dewasa obesitas pada tahun 2013 sebanyak 19,7 persen, lebih tinggi dari tahun 2007 (13,9%) dan tahun 2010 (7,8%). Pada tahun 2013, prevalensi terendah di Nusa Tenggara Timur (9,8%) dan tertinggi diprovinsi Sulawesi Utara (34,7%). Pada tahun 2013, prevalensi obesitas perempuan dewasa (>18tahun) 32,9 persen, naik 18, 1 persen dari tahun 2007 (13,9%) dan 17,5 persen dari tahun 2010 (15,5%). Prevalensi obesitas terendah diNusa Tenggara Timur (5,6%), dan prevalensi obesitas tertinggi diprovinsi Sulawesi Sulawesi Utara (19,5%).

Di Sulawesi Utara, Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) <2500 gram menurun dari 6,2 % menjadi 5,2%. *Stunting* terjadi karena kekurangan gizi kronis yang disebabkan oleh kemiskinan dan pola asuh tidak tepat, yang mengakibatkan kemampuan kognitif tidak berkembang maksimal, mudah sakit dan berdaya saing rendah, sehingga bisa terjebak dalam kemiskinan. Seribu hari pertama kehidupan seorang anak adalah masa kritis yang menentukan masa depannya, dan pada

periode itu anak menghadapi gangguan pertumbuhan yang serius. Yang menjadi masalah, lewat dari 1000 hari, dampak buruk kekurangan gizi sangat sulit diobati. Untuk mengatasi *stunting*, masyarakat perlu dididik untuk memahami pentingnya gizi bagi ibu hamil dan anak balita. Secara aktif turut serta dalam komitmen global (*SUN-Scaling Up Nutrition*) dalam menurunkan *stunting*, maka Indonesia fokus kepada 1000 hari pertama kehidupan (terhitung sejak konsepsi hingga anak berusia 2 tahun) dalam menyelesaikan masalah *stunting* secara terintegrasi karena masalah gizi tidak hanya dapat diselesaikan oleh sektor kesehatan saja (intervensi spesifik) tetapi juga oleh sektor di luar kesehatan (intervensi sensitif). Hal ini tertuang dalam Peraturan Pemerintah Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi.

6. Penyakit Menular.

Untuk penyakit menular, prioritas masih tertuju pada penyakit HIV/AIDS, tuberculosis, malaria, demam berdarah, influenza dan flu burung. Disamping itu Provinsi Sulawesi Utara juga belum sepenuhnya berhasil mengendalikan penyakit *neglected diseases* seperti kusta, filariasis, leptospirosis, dan lain-lain.

Angka kesakitan dan kematian yang disebabkan oleh penyakit menular yang dapat dicegah dengan imunisasi seperti polio, campak, difteri, pertusis, hepatitis B, dan tetanus baik pada maternal maupun neonatal sudah sangat menurun, bahkan pada tahun 2014, Provinsi Sulawesi Utara telah dinyatakan bebas polio.

Kecenderungan prevalensi kasus HIV pada penduduk usia 15-49 meningkat. Pada awal tahun 2009, prevalensi kasus HIV pada penduduk usia 15 – 49 tahun hanya 0,2% dan meningkat menjadi 0,5% pada tahun 2011, meningkat lagi menjadi 0,7% pada 2012, dan terus meningkat menjadi 0,9% pada 2015.

Dalam RPJMN 2015 - 2019, Indonesia tetap memakai prevalensi TB, yaitu 272 per 100.000 penduduk secara absolut (680.000 penderita) dan hasil survey prevalensi TB 2013 - 2014 yang bertujuan untuk menghitung prevalensi TB paru dengan konfirmasi bakteriologis pada populasi yang berusia 15 tahun ke atas di Indonesia menghasilkan : 1). Prevalensi TB paru smear positif per 100.000 penduduk umur 15 tahun ke atas adalah 257 (dengan tingkat kepercayaan 95% 210 - 303) 2). Prevalensi TB paru dengan konfirmasi bakteriologis per 100.000 penduduk umur 15 tahun ke

atas adalah 759 (dengan interval tingkat kepercayaan 95% 590 - 961) 3). Prevalensi TB paru dengan konfirmasi bakteriologis pada semua umur per 100.000 penduduk adalah 601 (dengan interval tingkat kepercayaan 95% 466 - 758); dan 4). Prevalensi TB semua bentuk untuk semua umur per 100.000 penduduk adalah 660 (dengan interval tingkat kepercayaan 95% 523 - 813), diperkirakan terdapat 1.600.000 (dengan interval tingkat kepercayaan 1.300.000 - 2.000.000) orang dengan Tuberculosis.

Dalam rangka menurunkan kejadian luar biasa penyakit menular telah dilakukan pengembangan *Early Warning and Respons System* (EWARS) atau Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon (SKDR) merupakan penguatan dari Sistem Kewaspadaan Dini – Kejadian Luar Biasa (SKD-KLB). Melalui Penggunaan EWARS ini diharapkan terjadi peningkatan dalam deteksi dini dan respon terhadap peningkatan *trend* kasus penyakit khususnya yang berpotensi menimbulkan KLB.

7. Penyakit Tidak Menular.

Kecenderungan penyakit menular terus meningkat dan telah mengancam sejak usia muda. Selama dua dekade terakhir ini, telah terjadi transisi epidemiologis yang signifikan, penyakit tidak menular telah menjadi beban utama, meskipun beban penyakit menular masih berat juga. Indonesia sedang mengalami *double burden* penyakit, yaitu penyakit tidak menular dan penyakit menular sekaligus. Penyakit tidak menular utama meliputi hipertensi, diabetes melitus, kanker dan Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK).

Berdasarkan hasil Riskesdas 2013 penderita Diabetes Mellitus (DM) terdiagnosis dokter atau gejala sebesar 2,1 persen. Prevalensi diabetes yang terdiagnosis dokter tertinggi terdapat di DI Yogyakarta (2,6%), DKI Jakarta (2,5%), Sulawesi Utara (2,4%) dan Kalimantan Timur (2,3%). Prevalensi diabetes yang terdiagnosis dokter atau gejala, tertinggi terdapat di Sulawesi Tengah (3,7%), Sulawesi Utara (3,6%), Sulawesi Selatan (3,4%) dan Nusa Tenggara Timur 3,3 persen.

Prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 7 permil dan yang terdiagnosis tenaga kesehatan atau gejala sebesar 12,1 permil. Prevalensi Stroke berdasarkan diagnosis nakes tertinggi di Sulawesi Utara (10,8‰), diikuti DI Yogyakarta (10,3‰), Bangka Belitung dan DKI Jakarta masing– masing 9,7 permil. Prevalensi gagal ginjal kronis berdasar

diagnosis dokter di Indonesia sebesar 0,2 persen. Prevalensi tertinggi di Sulawesi Tengah sebesar 0,5 persen, diikuti Aceh, Gorontalo, dan Sulawesi Utara masing-masing 0,4 persen.

Jumlah kematian akibat rokok terus meningkat. Dalam survey ekonomi nasional tahun 2016, penduduk miskin di Sulawesi Utara menghabiskan 12,6% penghasilannya untuk konsumsi rokok. Oleh karena itu deteksi dini harus dilakukan dengan secara proaktif mendatangi sasaran, karena sebagian besar tidak mengetahui bahwa dirinya menderita penyakit tidak menular. Dalam rangka pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM) antara lain dilakukan melalui pelaksanaan Pos Pembinaan Terpadu Pengendalian Penyakit Tidak Menular (Posbindu-PTM) yang merupakan upaya monitoring dan deteksi dini faktor risiko penyakit tidak menular di masyarakat.

8. **Penyehatan Lingkungan.**

Upaya penyehatan lingkungan juga menunjukkan keberhasilan yang cukup bermakna. Persentase rumah tangga dengan akses air minum yang layak meningkat dari 58,8 % pada tahun 2010 menjadi 66,7% pada tahun 2013 dan terus meningkat mencapai 71% pada tahun 2015. Masalah air bersih kebanyakan di temukan di wilayah kepulauan dan perbatasan. Akses sanitasi dasar yang layak pada tahun 2013 adalah 66,8% juga meningkat dari 55,5% dari tahun 2010. Demikian juga dengan pengembangan desa yang melaksanakan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) sebagai upaya peningkatan penyehatan lingkungan, capaiannya terus mengalami peningkatan. Dalam hal penyehatan lingkungan manajemen air limbah rumah tangga masih menjadi persoalan dan pekerjaan rumah yang harus diselesaikan dengan kerja keras.

9. **Kesehatan Jiwa.**

Permasalahan kesehatan jiwa sangat besar dan menimbulkan beban kesehatan yang signifikan. Data dari Riskesdas tahun 2013, prevalensi gangguan mental emosional (gejala-gejala depresi dan ansietas), sebesar 6% untuk usia 15 tahun ke atas. Di Sulawesi Utara penyebab terganggunya kesehatan jiwa adalah masalah psikis keluarga, serta karena ketergantungan obat/narkotika. Prioritas untuk kesehatan jiwa adalah mengembangkan Upaya Kesehatan Jiwa Berbasis Masyarakat (UKJBM) yang ujung tombaknya adalah Puskesmas dan bekerja bersama masyarakat, mencegah meningkatnya gangguan jiwa masyarakat.

10. Sarana Kesehatan

Badan kesehatan dunia (WHO) menargetkan agar minimal terdapa tempat Puskesmas Poned ditiap kabupaten/kota sampai dengan tahun 2015 prosentase Puskesmas Poned sebagaimana target WHO di Sulawesi Utara adalah sebanyak 86,67%. Konsep rawat inap yang digunakan dalam Puskesmas Poned berbeda dengan konsep yang digunakan puskesmas rawat inap. Konsep rawat inap pada Puskesmas Poned adalah perawatan inap kepada pasien pasca tindakan emergensi (*one day care*). Dengan demikian, puskesmas non rawat inap yang memiliki tempat tidur dan mampu melakukan tindakan emergensi obstetric dan neonatal dasar, dapat menyelenggarakan Poned.

Di provinsi Sulawesi Utara, harus diakui bahwa masih ditemukan kekurangsiapan sarana kesehatan masyarakat seperti kurang lengkapnya obat, sarana, dan alat kesehatan; kurangnya tenaga kesehatan; dan belum memadainya kualitas pelayanan. Di Puskesmas, kesiapan peralatan dasar memang cukup tinggi (84%), tetapi kemampuan menegakkan diagnosis ternyata masih rendah (61%). Di antara kemampuan menegakkan diagnosis yang rendah tersebut adalah tes kehamilan (47%), tes glukosa urin (47%), dan tes glukosa darah (54%). Hanya 24% Puskesmas yang mampu melaksanakan seluruh komponen diagnosis.

11. Manajemen, Regulasi dan Sistem Informasi Kesehatan.

Perencanaan kesehatan pada dasarnya sudah berjalan dengan baik yang ditandai dengan pemanfaatan IT melalui sistem *e-planning*, *e-budgeting* dan *e-monev*. Permasalahan yang dihadapi dalam perencanaan kesehatan antara lain adalah kurang tersedianya data dan informasi yang memadai, sesuai kebutuhan dan tepat waktu. Permasalahan juga muncul karena belum adanya mekanisme yang dapat menjamin keselarasan dan keterpaduan antara rencana dan anggaran Kementerian Kesehatan dengan rencana dan anggaran kementerian/lembaga terkait serta Pemerintah Daerah atau Pemda (Kabupaten, Kota, dan Provinsi), termasuk pemanfaatan hasil evaluasi atau kajian untuk *input* dalam proses penyusunan perencanaan.

12. Demografi - Perkembangan Penduduk.

Pertumbuhan penduduk di Sulawesi Utara ditandai dengan adanya *window opportunity* yang sudah dinikmati sejak tahun 2014. Hal ini ditandai dengan rasio ketergantungannya yang menunjukkan nilai positif, yaitu jumlah penduduk usia produktif lebih banyak dari pada yang usia non-produktif, yang puncaknya terjadi sekitar tahun 2030. JAI ini mengindikasikan bahwa jumlah wanita usia subur akan meningkat dari tahun 2015 dan diperkirakan sejumlah besar ibu hamil dapat terjadi setiap tahun. Angka ini merupakan estimasi jumlah persalinan dan jumlah bayi lahir, yang juga menjadi petunjuk beban pelayanan ANC, persalinan, dan neonatus/bayi. Penduduk usia kerja yang meningkat sementara penduduk berusia di atas 60 tahun juga meningkat.

Implikasi kenaikan penduduk lansia ini terhadap sistem kesehatan adalah (1) meningkatnya kebutuhan pelayanan sekunder dan tersier, (2) meningkatnya kebutuhan pelayanan *home care* dan (3) meningkatnya biaya kesehatan. Konsekuensi logisnya adalah pemerintah harus juga menyediakan fasilitas yang ramah lansia dan menyediakan fasilitas untuk kaum *disable* mengingat tingginya proporsi disabilitas pada kelompok umur ini.

13. Kesetaraan Gender.

Kualitas SDM perempuan harus tetap perlu ditingkatkan, terutama dalam hal: (1) perempuan akan menjadi mitra kerja aktif bagi laki-laki dalam mengatasi masalah masalah sosial, ekonomi, dan politik; dan (2) perempuan turut mempengaruhi kualitas generasi penerus karena fungsi reproduksi perempuan berperan dalam mengembangkan SDM di masa mendatang. Indeks Pemberdayaan Gender (IPG) Indonesia telah meningkat dimana peningkatan IPG tersebut pada hakikatnya disebabkan oleh peningkatan dari beberapa indikator komponen IPG, yaitu kesehatan, pendidikan, dan kelayakan hidup.

14. Sistem Informasi Kesehatan.

Pada tahun 2014 diberlakukan Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 46 tentang Sistem Informasi Kesehatan (SIK).PP ini mensyaratkan agar data kesehatan terbuka untuk diakses oleh unit kerja instansi Pemerintah dan Pemerintah Daerah yang mengelola SIK sesuai dengan kewenangan

masingmasing. Hal ini menuntut komitmen dari setiap stakeholder pembangunan kesehatan untuk memastikan data dan informasi kesehatan yang dipublikasikan harus akurat, update dan akuntabel.

15. Masyarakat ekonomi ASEAN

Pada tahun 2016 sudah mulai berlakunya Masyarakat Ekonomi ASEAN (MEA) secara efektif pada tanggal 1 Januari 2016. Pemberlakuan ASEAN *Community* yang mencakup total populasi lebih dari 560 juta jiwa, akan memberikan peluang (akses pasar) sekaligus tantangan tersendiri bagi Indonesia. Implementasi ASEAN *Economic Community*, yang mencakup liberalisasi perdagangan barang dan jasa serta investasi sektor kesehatan. Perlu dilakukan upaya meningkatkan daya saing (*competitiveness*) dari fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan dalam negeri. Pembenahan fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan yang ada, baik dari segi sumber daya manusia, peralatan, sarana dan prasarananya, maupun dari segi manajemennya perlu digalakkan. Akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan (Rumah Sakit, Puskesmas, dan lain-lain) harus dilakukan secara serius, terencana, dan dalam tempo yang tidak terlalu lama. Hal ini berkaitan dengan perjanjian pengakuan bersama (*Mutual Recognition Agreement - MRA*) tentang jenis-jenis profesi yang menjadi cakupan dari mobilitas. Dalam MRA tersebut, selain insinyur, akuntan, dan lain-lain, juga tercakup tenaga medis/dokter, dokter gigi, dan perawat. Tidak tertutup kemungkinan di masa mendatang, akan dicakupi pula jenis-jenis tenaga kesehatan lain.

16. Sustainable Development Goals.

Dengan berakhirnya agenda *Millennium Development Goals* (MDGs) pada tahun 2015, banyak negara mengakui keberhasilan dari MDGs sebagai pendorong tindakan-tindakan untuk mengurangi kemiskinan dan meningkatkan pembangunan masyarakat. Khususnya dalam bentuk dukungan politik. Kelanjutan program ini disebut *Sustainable*

Development Goals (SDGs), yang meliputi 17 *goals*. Dalam bidang kesehatan fakta menunjukkan bahwa individu yang sehat memiliki kemampuan fisik dan daya pikir yang lebih kuat, sehingga dapat berkontribusi secara produktif dalam pembangunan masyarakatnya.

Selain SDGs, terkait dengan pembangunan kesehatan yang menjadi komitmen internasional adalah *Framework Convention on Tobacco Control* (FCTC) merupakan respon global yang paling

kuat terhadap tembakau dan produk tembakau (rokok), yang merupakan penyebab berbagai penyakit fatal. Sampai saat ini telah ada sebanyak 179 negara di dunia yang meratifikasi FCTC tersebut. Indonesia merupakan salah satu negara penggagas dan bahkan turut merumuskan FCTC. Akan tetapi sampai kini justru Indonesia belum mengaksesinya. Sudah banyak desakan dari berbagai pihak kepada Pemerintah untuk segera mengaksesi FCTC. Selain alasan manfaatnya bagi kesehatan masyarakat, juga demi menjaga nama baik Indonesia di mata dunia. Liberalisasi perdagangan barang dan jasa dalam konteks WTO - Khususnya *General Agreement on Trade in Service, Trade Related Aspects on Intellectual Property Rights* serta *Genetic Resources, Traditional Knowledge and Folklores* (GRTKF) merupakan bentuk-bentuk komitmen global yang juga perlu disikapi dengan penuh kehati-hatian.

BAB III

ISU – ISU STRATEGIS BERDASARKAN TUGAS DAN FUNGSI DINAS KESEHATAN PROV. SULAWESI UTARA

3.1 IDENTIFIKASI PERMASALAHAN BERDASARKAN TUGAS DAN FUNGSI PELAYANAN DINAS KESEHATAN

Analisis isu – isu strategis yang terkait dengan pembangunan kesehatan di daerah Provinsi Sulawesi Utara didasarkan pada dinamika perubahan lingkungan strategis yang berpengaruh terhadap program dan kegiatan yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara. Berikut ini beberapa permasalahan yang berpengaruh terhadap kinerja Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara, meliputi:

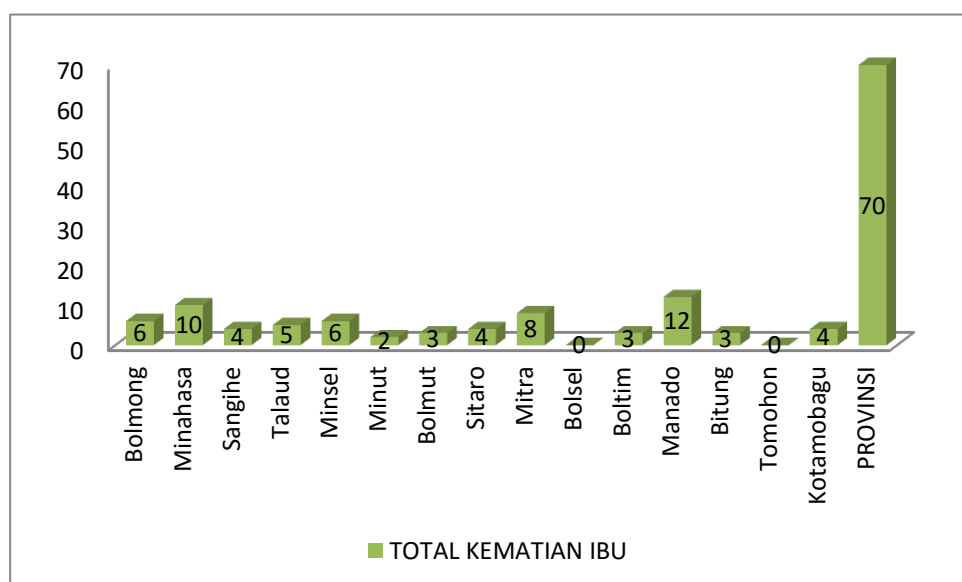
1. Angka kematian ibu melahirkan masih tinggi.

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator penting yang merefleksikan derajat kesehatan di suatu daerah. AKI menggambarkan jumlah wanita yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk kecelakaan atau kasus insidental) selama kehamilan, melahirkan dan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan lama kehamilan per 100.000 kelahiran hidup.

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator penting yang merefleksikan derajat kesehatan di suatu daerah. AKI Sulawesi Utara tahun 2011 ditargetkan 153 per 100.000 Kelahiran Hidup (64 kasus) ternyata terjadi peningkatan kasus kematian ibu sebanyak 71 kasus (186/100000KH). Namun pada tahun 2012 terjadi penurunan kasus kematian ibu melahirkan, dimana ditargetkan sebesar 59 kasus turun menjadi 49 kasus, pada tahun 2013 ditargetkan 57 kasus meningkat menjadi 77 kasus dan tahun 2014 ditargetkan 47 kasus meningkat menjadi 58 kasus, pada tahun 2015 ditargetkan 42 kasus meningkat menjadi 71 kasus kematian ibu melahirkan, sedangkan Angka Kematian Ibu pada tahun 2016 mengalami penurunan kasus yaitu menjadi 54 kasus dari target 77 kasus.

Naik – turunnya trend angka kematian ibu melahirkan dipengaruhi oleh beberapa faktor, hal ini dapat dilihat pada beberapa Kabupaten/Kota yang belum dapat menekan Angka Kematian Ibu. Walaupun demikian kondisi ini masih berada dibawah $< 183 / 100.000$ penduduk, diperlukan upaya sinergitas program antara provinsi dan Kabupaten/Kota dalam menempatkan upaya penurunan kematian ibu menjadi program prioritas di Kabupaten/Kota yang mempunyai jumlah kematian yang tinggi (Manado, Minahasa, Minahasa Tenggara. Rendahnya fasilitas rujukan maternal neonatal baik di rumah sakit maupun puskesmas serta kurangnya jumlah tenaga kesehatan bidan, tenaga spesialis kebidanan di kabupaten/kota menjadi salah satu penyebab masih tingginya angka kematian ibu. Untuk lebih jelasnya jumlah kematian ibu per Kab/Kota tahun 2015 dapat dilihat pada grafik I dibawah ini.

Grafik 3.I. Jumlah Kematian Ibu Per Kab/Kotase-Prov. Sulut Tahun 2015.



Penyebab kematian ibu melahirkan di Provinsi Sulawesi Utara tahun 2015 yang tertinggi disebabkan oleh perdarahan (29%), Eklampsia (29%), infeksi 3 %, penyebab lain (39%). Kota Manado menjadi daerah yang paling banyak mengalami kasus kematian ibu, diikuti oleh Kabupaten Minahasa dan Kabupaten Minahasa Tenggara. Wilayah dengan angka kematian ibu paling rendah adalah Kabupaten bolaang mongondow Selatan, Kota Tomohon dan Kabupaten Minahasa Utara.

Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara berkomitmen penuh dalam upaya menurunkan angka kematian ibu yang meliputi kegiatan-kegiatan sebagai berikut :

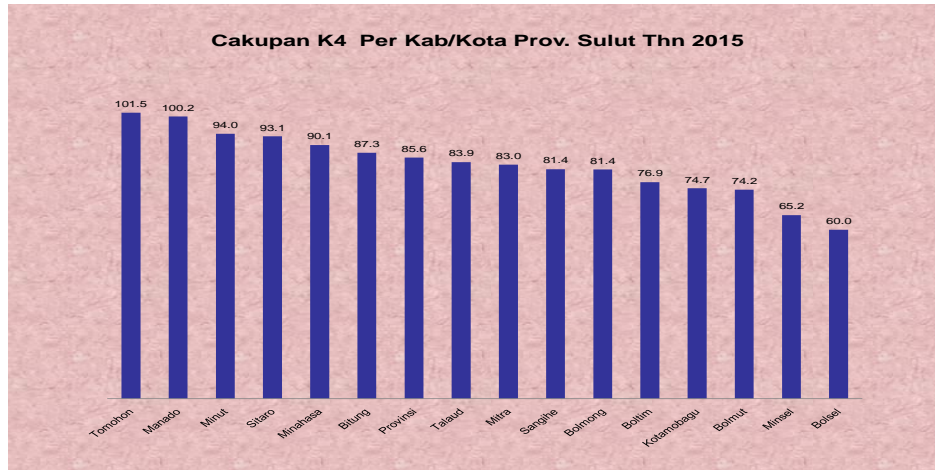
- a. Pemetaan dan pendataan ibu hamil, balita dan status gizi berbasis masyarakat.
- b. Standarisasi pelayanan publik di bidang KIA di puskesmas, rumah sakit dan klinik bersalin.
- c. Penguatan sistem rujukan maternal neonatal di wilayah puskesmas maupun antar kabupaten/kota di wilayah Provinsi Sulawesi Utara maupun dengan Provinsi lain.
- d. Pembentukan program-program unggulan di masing-masing kabupaten/Kota.
- e. Sinergitas kebijakan antara provinsi dan kabupaten/kota.2014-2015
- f. f.Integrasi program dengan lintas program,lintas sektor, lintas organisasi,swasta, Perguruan Tinggi dan kelompok masyarakat.
- g. Kegiatan lomba desa Siaga KIA serta Lomba Posyandu.
- h. Pembinaan/pendampingan puskesmas dalam rangka monitoring, evaluasi program secara terintegrasi dan teratur.
- i. Peningkatan kualitas dengan semakin gencarnya kampanye Asi Eksklusif dan Inisiasi Menyusui Dini serta Keluarga Sadar Gzi

Upaya kesehatan ibu hamil diwujudkan dalam pemberian pelayanan antenatal sekurang-kurangnya 4 kali selama masa kehamilan , dengan distribusi waktu minimal 1 kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0 – 12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12 – 24 minggu), dan 2 kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 24 – 36 minggu).Standard waktu pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan atau janin, berupa deteksi dini faktor resiko, pencegahan dan penanganan dini komplikasi kehamilan.

Hasil pencapaian upaya kesehatan dapat dinilai dengan menggunakan indikator cakupan K4. Cakupan K4 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standard paling sedikit 4 kali sesuai dengan jadwal yang dianjurkan, dibandingkan sasaran ibu hamil di suatu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun.

Indikator tersebut memperlihatkan akses pelayanan kesehatan terhadap ibu hamil dan tingkat kepatuhan ibu hamil dalam memeriksakan kehamilannya ke tenaga kesehatan. Berikut ini disajikan cakupan K4 kabupaten/kota se provinsi Sulawesi Utara tahun 2015.

Grafik 3.2. Cakupan K4 Kab/Kota se-Provinsi Sulut Tahun 2015



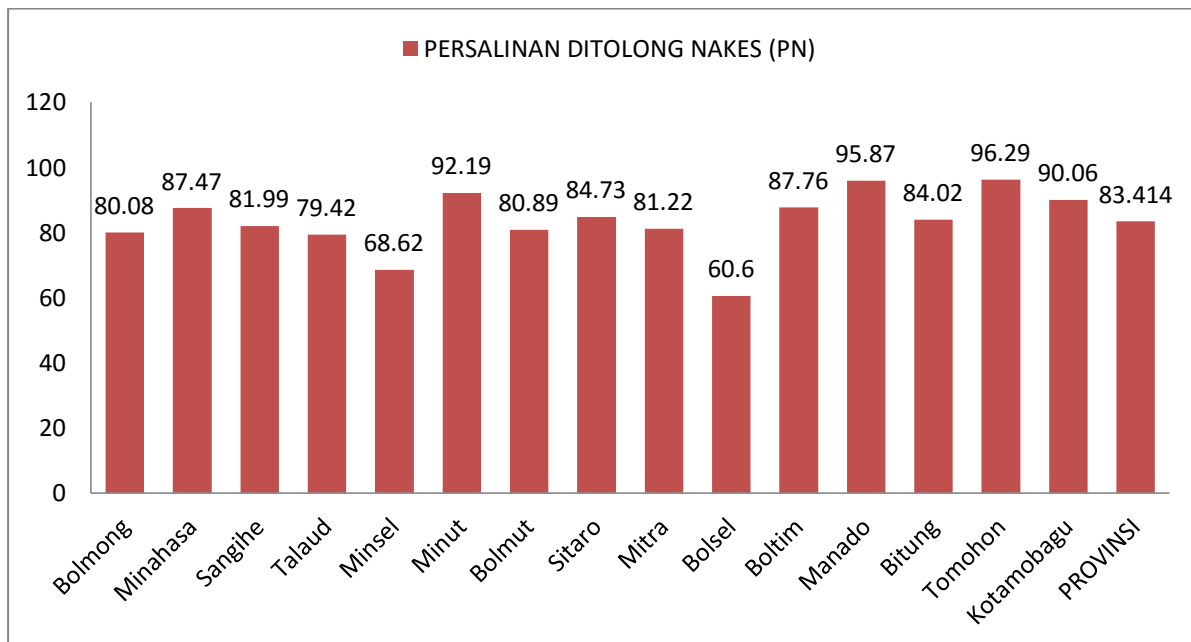
Pada tahun 2015, pencapaian indikator kinerja “ persentase ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal (Cakupan K4)” ditargetkan 95 % dapat terealisasi dengan baik yaitu mencapai 85,56 % atau setara 39.613 ibu hamil yang memperoleh K4 dari total ibu hamil 46.299. Sedangkan Proporsi Kelahiran yang ditolong tenaga kesehatan terlatih (cakupan PN) dapat diukur dari jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan dibandingkan dengan jumlah sasaran ibu bersalin dalam setahun dikali 100 %. Indikator ini memperlihatkan tingkat kemampuan Pemerintah dalam menyediakan pelayanan persalinan berkualitas yang ditolong oleh tenaga terlatih.

Pencapaian indikator PN dari tahun ke tahun memperlihatkan kecenderungan semakin meningkat. Cakupan PN dari tahun ke tahun terjadi peningkatan dimana pada tahun 2011 mencapai 81,28%, tahun 2012 mencapai 84,63 %, tahun 2013 mencapai 85.17%,

tahun 2014 mencapai 85,20 % , dan pada tahun 2015 mencapai realisasi 85,23 %, (Jumlah ibu Bersalin 44.119 pertolongan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan 37.603). Kenaikan dari tahun ke tahun tidak terlalu signifikan namun demikian Capaian indikator kinerja termasuk kategori Berhasil. Walaupun secara Provinsi target indikator Pn tersebut telah tercapai , namun masih terdapat disparitas cakupan antar Kabupaten/Kota, yaitu terendah di Kabupaten Minahasa Selatan 68,62 % dan tertinggi di Kota Tomohon 96,29 %. Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara terus melakukan

upaya-upaya, terutama perhatian khusus pada daerah-daerah Terpencil Perbatasan dan Kepulauan (DTPK), dengan menitikberatkan pada fokus totalitas pemantauan yang menjadi salah satu upaya deteksi dini, menghindari risiko kesehatan pada ibu hamil. Berikut ini data cakupan pertolongan persalinan kabupaten/kota.

Grafik 3.3.. Cakupan PN Kab/Kota se-Provinsi Sulut Tahun 2015



2. Angka Kematian Bayi (AKB) adalah jumlah penduduk yang meninggal sebelum mencapai usia 1 tahun yang dinyatakan dalam 1.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Usia bayi merupakan kondisi yang rentan baik terhadap kesakitan maupun kematian. Menurut hasil SDKI 2012, AKB Sulawesi Utara menunjukkan angka 33/1.000 KH lebih tinggi 1 point dari AKB Nasional yaitu 32/1.000 KH.

Menurut hasil SDKI 2012, AKB Sulawesi Utara menunjukkan angka 33/1.000 KH lebih tinggi 1 point dari AKB Nasional yaitu 32/1.000 KH. Berdasarkan data yang dikumpulkan dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, didapatkan bahwa sepanjang tahun 2010 terdapat 242 kasus kematian bayi, tahun 2011 meningkat menjadi 333 kematian bayi dan pada tahun 2012 menurun menjadi 246 kasus kematian bayi, pada tahun 2013 terjadi peningkatan 380 kasus kematian bayi, tahun 2014 terjadi penurunan dengan jumlah kasus kematian mencapai 289 kasus kematian bayi dan pada tahun 2015 jumlah

kasus kematian bayi berjumlah 286 kasus dan pada tahun 2016 mengalami penurunan kasus dengan jumlah 250 kasus.

Berbagai faktor dapat menyebabkan adanya penurunan AKB, diantaranya pemerataan pelayanan kesehatan berikut fasilitasnya. Hal ini disebabkan AKB sangat sensitif terhadap perbaikan pelayanan kesehatan. Selain itu, perbaikan kondisi ekonomi yang tercermin dengan pendapatan masyarakat yang meningkat juga dapat berkontribusi melalui perbaikan gizi yang berdampak positif pada daya tahan bayi terhadap infeksi penyakit.

Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara tetap berkomitmen untuk terus melakukan upaya percepatan penurunan AKB, karena bayi sangat rentan terhadap keadaan kesehatan dan kesejahteraan yang buruk, dimana AKB merefleksikan derajat kesehatan masyarakat yang sekaligus juga mencerminkan umur harapan hidup pada saat lahir. Penurunan menunjukkan adanya peningkatan dalam kualitas hidup dan pelayanan kesehatan masyarakat yang sekaligus mencerminkan Umur Harapan Hidup pada saat lahir. Di Sulawesi Utara Umur Harapan Hidup dari tahun ke tahun terus meningkat, berdasarkan data yang dikeluarkan oleh Badan Pusat Statistik Provinsi Sulawesi Utara, dengan menggunakan perhitungan metode baru tercatat Umur Harapan Hidup tahun 2010 sebesar 70,40 tahun, tahun 2011 sebesar 70,55 tahun, tahun 2012 sebesar 70,70 tahun, tahun 2013 sebesar 70,86 tahun dan pada tahun 2014 sebesar 70,94 tahun (BPS 2015).

3. Perkembangan AKABA (Angka Kematian Balita) sejak tahun 2011 sampai dengan tahun 2014 memperlihatkan adanya kecenderungan penurunan dari tahun ke tahun. Kondisi yang dicapai pada tahun 2013 tercatat jumlah kasus kematian balita sebesar 412 kasus, tahun 2014 terjadi penurunan kasus, dengan jumlah 304 kasus, dan pada tahun 2015 menurun lagi mencapai angka 253 kasus kematian.

Untuk angka kematian Neonatal (bayi baru lahir (0-28 hari) merupakan kelompok umur yang memiliki resiko gangguan kesehatan paling tinggi, upaya kesehatan yang dilakukan untuk mengurangi risiko tersebut antara lain dengan melakukan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan dan memberikan pelayanan kesehatan sesuai standard pada kunjungan bayi baru lahir.

Cakupan kematian Neonatal /1.000 Kelahiran Hidup di Sulawesi Utara pada tahun 2013 mencapai angka 331 kasus kematian, tahun 2014 terjadi penurunan kasus dengan jumlah kematian sebesar 238 kasus, dan pada tahun 2015 mencapai 207 kasus kematian neonatal.

Bayi dan anak memiliki risiko yang lebih tinggi terserang penyakit menular dibandingkan dengan kelompok penduduk dewasa. Penyakit menular yang kerap dikenal sebagai Penyakit Yang Dapat Dicegah Dengan Immunisasi (PD3I) yaitu Difteri, Tetanus, Hepatitis B, Radang selaput otak, Radang Paru-paru, Pertusis dan Polio. Dengan adanya fakta tersebut, salah satu bentuk upaya pencegahan yang terbaik dan sangat vital agar kelompok berisiko tersebut dapat dilindungi adalah immunisasi.

Pemerintah telah menetapkan program lima immunisasi dasar lengkap pada bayi yang meliputi 1 dosis BCG, 3 dosis DPT, 4 dosis polio, 4 dosis Hepatitis B dan 1 dosis campak. Kondisi yang dicapai tahun 2015 terhadap cakupan Immunisasi Dasar Lengkap realisasi pencapaian 75,5 %. Disamping penyakit pada balita yang dapat dicegah dengan immunisasi adalah campak. Campak adalah penyebab utama kematian pada balita, Oleh karena itu pencegahan campak merupakan faktor penting dalam mengurangi angka kematian balita. Immunisasi campak diberikan pada bayi umur 9 – 11 bulan dan merupakan immunisasi terakhir yang diberikan kepada bayi di antara immunisasi wajib lainnya. Adapun capaian immunisasi campak dari tahun ke tahun terjadi peningkatan dimana pada tahun 2012 sebesar 80,8%, tahun 2013 sebesar 88% , tahun 2014 meningkat sebesar 92,6% dan pada tahun 2015 ditargetkan 95 % terealisasi hanya sebesar 79,8 %, dengan indikator kinerja mencapai 84,%,

Universal Child Immunization atau biasa disingkat UCI merupakan gambaran suatu desa/kelurahan dimana kurang lebih 80% dari jumlah bayi (0 -11 bulan) yang ada di desa/kelurahan tersebut sudah mendapat immunisasi dasar lengkap. Pada tahun 2014 realisasi pencapaian sebesar 82,50 %, pada tahun 2015 terjadi penurunan cakupan yaitu ditargetkan 95 %, terealisasi sebesar 75 %. Salah satu indikator kesehatan yang dinilai keberhasilannya dalam MDGs adalah status gizi balita. Status gizi balita dapat diukur berdasarkan umur, berat badan (BB) dan Tinggi Berat (TB).

Peran serta masyarakat dalam penimbangan balita (D/S) menjadi sangat penting dalam deteksi dini kasus gizi kurang dan gizi buruk, bila ditemukan penyakit akan dapat

segera dilakukan upaya pemulihan dan pencegahan sehingga tidak menjadi gizi kurang atau gizi buruk. Penanganan yang cepat dan tepat sesuai tatalaksana kasus anak gizi kurang/gizi buruk akan mengurangi resiko kematian, sehingga angka kematian akibat gizi buruk dapat diturunkan. Cakupan pemantauan pertumbuhan secara bertahap mengalami kenaikan dari tahun ke tahun. Tahun 2013 realisasi indikator D/S 82,77%, tahun 2014 realisasi indikator D/S, 83,04 % dan pada tahun 2015 terjadi penurunan dengan realisasi indikator D/S hanya mencapai 75 %, namun demikian masih dikategorikan Cukup Berhasil.

Pemantauan pertumbuhan anak yang dilakukan melalui penimbangan berat badan secara teratur dan menggunakan Kartu Menuju Sehat (KMS) berfungsi sebagai instrument penilaian pertumbuhan anak merupakan dasar strategi pemberdayaan masyarakat yang telah dikembangkan sejak tahun 1980-an. Pemantauan pertumbuhan mempunyai 2 (dua) fungsi utama, yang pertama adalah sebagai strategi dasar pendidikan gizi dan kesehatan masyarakat, dan yang kedua adalah sebagai sarana deteksi dini dan intervensi gangguan pertumbuhan serta *entry point* berbagai pelayanan kesehatan anak (misalnya imunisasi, pemberian kapsul vitamin A, pencegahan diare dll) untuk meningkatkan kesehatan anak. Pada tahun 2013 persentase Balita Naik Berat Badannya (N/S) terealisasi 69,29 %, tahun 2014 terealisasi sebesar 73%, dan pada tahun 2015 meningkat lagi menjadi 83,99 % .

Meningkatnya derajat kesehatan dan status gizi masyarakat, yang ditunjang berbagai upaya promotif, preventif dan kuratif serta meningkatnya peran serta masyarakat, telah berhasil menurunkan prevalensi gizi kurang dan buruk pada balita. Hal ini dapat terlihat pada indikator prevalensi balita dengan Berat Badan Rendah/kekurangan gizi (BGM) yang pada tahun 2012 sebesar 7 % mencapai angka 5,8 %, tahun 2013 terealisasi 2,50 %, tahun 2014 terealisasi 2,4 %, dan pada tahun 2015 telah mencapai angka 1,51 %.

Persentase Balita gizi buruk pada tahun 2014 mencapai angka 0,02 % dan pada tahun 2015 pencapaian masih tetap dipertahankan yaitu sebesar 0,02% jauh dibawah yang ditargetkan, dengan demikian indikator kinerja dapat dikategorikan berhasil.

Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara berupaya terus dalam penurunan prevalensi gizi kurang dan gizi buruk balita dengan fokus pada Upaya Pencegahan dan penanganan. Perbaikan gizi melalui:

- a) Pemberian makanan pendamping ASI & Suplementasi zat gizi .
- b) Upaya pemberdayaan masyarakat untuk memperbaiki pola asuh balita yang meliputi antara lain penerapan Inisiasi Menyusui Dini (IMD), memberikan Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif sampai bayi mencapai usia 6 bulan serta mulai memberikan Makanan Pendamping ASI (MPASI).

Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan adalah balita gizi buruk yang ditangani di sarana kesehatan sesuai tatalaksana gizi buruk di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Pada tahun 2015 persentase balita gizi buruk yang mendapat perawatan di targetkan 100 %, terealisasi 100 %.

4. Masih tingginya angka penyakit menular utamanya AIDS, Malaria, TBC, Sementara penyakit tidak menular atau degenerative mulai meningkat, disamping itu telah timbul pula berbagai penyakit baru (*new and re-emerging diseases*). Penanggulangan penyakit Malaria, HIV/AIDS dan TB masih perlu mendapat perhatian dan penanganan. Penyakit TB dan HIV/AIDS merupakan fenomena gunung es (*Iceberg Phenomen*) hingga saat ini. Total kasus HIV/AIDS di Provinsi Sulawesi Utara adalah sampai akhir tahun 2009 adalah 613 kasus dengan rincian 240 kasus HIV dan 373 kasus. Adapun dari 613 penderita yang sudah meninggal sebanyak 96 kasus atau masih ada 517 penderita yang masih hidup.

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Penyakit ini dapat meyebar melalui droplet orang yang telah terinfeksi bacil TB. Tuberculosis menjadi salah satu penyakit yang pengendaliannya menjadi komitmen global dalam MDGs. WHO merekomendasikan strategi *DOTS (Directly Observed Treatment Short-course)* sebagai strategi dalam penanggulangan TB dan telah terbukti sebagai strategi penanggulangan yang secara ekonomis paling efektif (*cost-effective*). Penderita TB *Case Notification Rate* pada tahun 2006 yaitu 190 kasus, tahun 2007 menurun yaitu 167 kasus, meningkat pada tahun 2008 yaitu 184 kasus dan tahun 2009 turun menjadi 163 kasus. Untuk *Case Detection Rate (CDR)*, tahun 2007 yaitu 90 kasus, tahun 2008 mengalami penurunan menjadi 85 kasus dan tahun 2009 yaitu 80 kasus.

Selain upaya deteksi Tuberculosis, penanganan melalui berhasilnya suatu pengobatan juga penting dilakukan. Hasil pengobatan (*Cure Rate*) penderita baru BTA (+) pada tahun 2009 yaitu 88 %. Pada tahun 2015 proporsi kasus TBC yang diobati dan sembuh dalam program DOTS dengan target >85% terealisasi sebesar 89 %, sehingga pencapaian kinerjanya sebesar 100%, dengan kategori *berhasil*. Peran Pengawas Menelan Obat (PMO) TB dalam memantau keteraturan berobat pasien berjalan dengan baik. Selain itu, kesadaran dan komitmen pasien tentang kepedulian terhadap kesehatan juga meningkat. Meskipun capaian indikator proporsi kasus TBC yang diobati dan sembuh dalam program DOTS dapat meningkat secara signifikan namun demikian masih ada masalah yang dihadapi dalam penyelenggaraan pengendalian TB, yaitu antara lain :

- a. Masih adanya kesenjangan dalam mengakses layanan DOTS berkualitas terutama pada kelompok *unreach population* yaitu penderita TB di daerah terpencil, perbatasan dan Kepulauan (DTPK), penderita TB anak, penderita TB HIV, dan lain-lain.
- b. Belum semua rumah sakit swasta dan Dokter Praktek Swasta (DPS) menerapkan strategi DOTS dalam pengendalian TB.

Indikator upaya pengendalian TB di Sulawesi Utara memperlihatkan hasil yang mengembirakan dimana terlihat proporsi jumlah kasus TBC yang terdeteksi pada tahun 2015 ditargetkan 98 % terealisasi 98% . Dengan demikian indikator kinerja capaian sebesar 100%, dikategorikan berhasil. Namun demikian tantangan kedepan akan semakin berat dengan adanya ancaman peningkatan koinfeksi TB resisten obat.

Trend penyakit malaria dari persentase kematian yang disebabkan oleh malaria diantara semua kasus malaria yang rawat inap yaitu 0,69 % tahun 2007 meningkat 0,64 % tahun 2008 dan menurun 0,44 pada tahun 2009. Penyakit malaria sendiri telah menjadi perhatian di dunia dan di Indonesia karena kejadiannya merupakan kejadian luar biasa. Di Sulawesi Utara angka kejadian penyakit malaria di beberapa wilayah masih tinggi terutama kabupaten kepulauan Sangihe 3315 kasus dan terendah di Tomohon 128 kasus. Dari sejumlah kasus malaria klinis rata-rata selama 5 tahun terakhir (tahun 2005 – 2009) hanya 35,5 persen yang diperiksa, dengan hasil positif (*slide positive rate*) sebesar 52,5 persen. SPR malaria se klinis se Provinsi Sulawesi Utara tahun 2005 dari 47 meningkat terus hingga tahun 2009 yaitu menjadi 60,5.

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti*. Penyakit ini merupakan salah satu penyakit menular yang sering menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB), karena perjalanan penyakit ini cepat dan dapat menyebabkan kematian dalam waktu singkat. Kejadian penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di Sulawesi Utara juga masih cukup tinggi yaitu dari bulan Januari s/d Desember 2009 jumlah kasus DBD di Sulawesi utara yaitu 1616 kasus dengan kematian akibat DBD berjumlah 20 kematian (*Incidence rate (IR) = 72,9 % dan Case Fatality Rate (CFR) = 1,24*).

Pola perkembangan DBD pada tahun 2015 di Provinsi Sulawesi pada bulan Januari – Maret 2015 terjadi peningkatan kasus karena curah hujan yang sangat ekstrim (hujan panas yang tidak menentu) sehingga berdampak pada tingginya populasi vektor nyamuk.

Kondisi yang dicapai pada tahun 2013 angka kesakitan penderita DBD per 100.000 penduduk diperoleh angka Insidens Rate (IR) DBD sebesar 55/100.000 penduduk, pada tahun 2014 terjadi penurunan dimana angka Insidens Rate yang diperoleh sebesar 56/100.000 penduduk, namun pada tahun 2015 terjadi peningkatan kasus dimana angka Insidens Rate sebesar 68/100.0000 penduduk artinya jumlah total kasus DBD kasus sebanyak 1545 kasus, kematian DBD sebesar 21 kasus, dengan capaian indikator kinerja sebesar 75 % namun demikian indikator capaian kinerja masih dikategorikan Cukup Berhasil.

Upaya – upaya yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan dalam memberantas DBD mencakup upaya upayapemutusan rantai penularan penyakit, kegiatan ini terus ditingkatkan dan dioptimalkan dengan mengedepankan upaya promotif dan preventif antara lain dengan meningkatkan peran serta masyarakat untuk ikut terlibat dalam kegiatan-kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) salah satunya melalui *Gerakan Serentak Basmi Demam Berdarah* yang dicanangkan oleh Gubernur Sulawesi Utara dan menggalakkan program jumentik (juru pemantau jentik) sekolah. Disamping itu pengembangan sistimsurveilans vektor secara berkala terus dilakukan, terutama dalam kaitannyadengan perubahan iklim dan pola penyebaran kasus dan yang lebih penting adalah agar masyarakat melaksanakan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

Angka kematian /Case Fatality Rate (CFR) DBD masih mencapai angka diatas 1 %, walaupun angka ini dapat ditekan dari 1,84 % pada tahun 2010 menjadi 1,37 % pada

tahun 2011 , menurun pada tahun 2012 sebesar 1,21% dan pada tahun 2013menurun menjadi 1,05 %, namun pada tahun 2014 terjadi peningkatan angka CFR menjadi 1,89% dan pada tahun 2015 masih berada pada posisi 1,36% dengan capaian indikator kinerja 73% yang masih dikategorikan Cukup berhasil.

Beberapa faktor yang menyebabkan peningkatan Case Fatality Rate di atas angka 1 % antara lain :

- a. Keterlambatan orang tua untuk membawa anak ke unit pelayanan kesehatan.
- b. Faktor cuaca/curah hujan yang sangat ekstrim pada tahun 2014 (Hujan panas yang tidak menentu) berdampak pada tingginya populasi vector nyamuk.
- c. Mobilisasi penduduk dan transportasi yang sangat tinggi.

Upaya-upaya yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara dalam memberantas DBD mencakup langkah-langkah pencegahan dan penemuan kasus yang secara efektif guna mengendalikan penyakit ini meliputi :

- a. Upaya Pencegahan : Gerakan 3 M Plus : Menguras, menutup tempat penampungan air, serta mengubur barang barang bekas, ditambah dengan menghindari gigitan nyamuk dengan menggunakan obat nyamuk, penggunaan kelambu dan menaburkan bubuk abate.
- b. Melakukan pemeriksaan jentik secara berkala, baik secara mandiri maupun oleh jumantik.
- c. Menggalakkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat.
- d. Penjaringan kasus DBD melalui surveilans aktif ke rumah-rumah sakit oleh tim surveilans provinsi bersama Kabupaten/Kota.
- e. Peningkatan kesadaran dan peran serta masyarakat dan pemerintah daerah untuk melakukan upaya pencegahan dan pemberantasan DBD.
- f. Penerapan Communication for behavioral impact atau komunikasi perubahan perilaku

5. Disparitas status kesehatan yang berbeda antara kabupaten/kota masih cukup lebar terutama di DTPK.
6. Penyebaran SDM Kesehatan belum merata. Tenaga-tenaga kesehatan masih terpusat di daerah perkotaan. Dibeberapa daerah kabupaten/kota masih terdapat kekurangan tenaga dokter umum dan dokter spesialis terutama kabupaten kota pemekaran. Upaya yang telah dilakukan sampai saat ini yaitu adanya pemenuhan melalui program dokter / dokter gigi / dokter spesialis PTT. Program pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan untuk daerah terpencil, tertinggal, dan perbatasan juga telah diupayakan.
7. Jumlah Sarana dan prasarana yang ada telah memadai namun kualitas belum memenuhi standar dan belum merata.
8. Untuk mewujudkan komitmen global sebagaimana resolusi WHA ke – 58 tahun 2005 di Jenewa yang menginginkan setiap negara mengembangkan Universal Health Coverage (UHC) bagi seluruh penduduk, maka pemerintah bertanggungjawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Seiring dengan, dikeluarkan Undang-Undang No.40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yang mengamanatkan bahwa Jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk di antaranya adala Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Sistem Jaminan Sosial Nasional Bidang Kesehatan kemudian disebut Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang implementasinya dimulai 1 januari 2014, yang dituangkan dalam Peraturan Pemerintah No,101 tahun 2012 tentang Penerima bantuan Iuran (PBI) dan Peraturan Presiden No.12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan. Dinas Kesehatan provinsi Sulawesi Utara selaku wakil pemerintah di daerah bertanggung jawab dalam kesehatan berkewajiban menyiapkan sarana dan prasarana termasuk SDM kesehatan yang akan bertugas. Pada tahun 2015 Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara menargetkan cakupan Kepesertaan Jaminan Kesehatan (UHC) sebesar 80 %, terealisasi sebesar 60 %, dengan indikator capaian kinerja 75 %, dikategori Cukup berhasil.
9. Biaya kesehatan meningkat secara signifikan sehingga menyulitkan masyarakat “hampir miskin” yang tidak mendapatkan fasilitas jaminan kesehatan masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan yang baik.

10. Minat tenaga medis, khusus tenaga ahli untuk ditempatkan di daerah-daerah kecil atau terpencil masih kurang.
11. Berbagai jenis penyakit baru muncul sebagai akibat perubahan gaya hidup dan pencemaran lingkungan makin meningkat.
12. Kesadaran akan pola hidup sehat dan sanitasi lingkungan pada sebagian masyarakat terutama di kalangan berpendidikan rendah, miskin, dan menempati daerah kumuh masih rendah.

3.2 TELAAHAN VISI, MISI DAN PROGRAM GUBERNUR DAN WAKIL GUBERNUR SULAWESI UTARA

Visi Pembangunan Provinsi Sulawesi Utara 2016-2021 adalah

“TERWUJUDNYA SULAWESI UTARA BERDIKARI DALAM EKONOMI, BERDAULAT DALAM POLITIK, DAN BERKEPRIBADIAN DALAM BUDAYA”.

Berdasarkan Visi Provinsi Sulawesi Utara Tahun 2016-2021 terdapat 3 (tiga) pokok visi yaitu :

1. BERDIKARI DALAM EKONOMI
2. BERDAULAT DALAM POLITIK
3. BERKEPRIBADIAN DALAM BUDAYA

Visi provinsi Sulawesi Utara dalam RPJMD 2016-2021 sebenarnya mengacu pada Trisakti yang diwujudkan dalam bentuk:

1. **Kedaulatan dalam politik** diwujudkan dalam pembangunan demokrasi politik yang berdasarkan hikmat kebijaksanaan dalam permusyawaratan perwakilan. Kedaulatan rakyat menjadi karakter, nilai ,dan semangat yang dibangun melalui gotong royong dan persatuan bangsa.
2. **Berdikari dalam ekonomi** diwujudkan dalam pembangunan demokrasi ekonomi yang menempatkan rakyat sebagai pemegang kedaulatan dalam pengelolaan keuangan Negara dan pelaku utama dalam pembentukan produksi dan distribusi nasional. Negara memiliki karakter kebijakan dan kewibawaan pemimpin yang kuat dan berdaulat dalam mengambil keputusan-keputusan ekonomi rakyat melalui penggunaan sumber daya ekonomi nasional dan anggaran Negara untuk memenuhi hak dasar warga negara.
3. **Kepribadian dalam kebudayaan** diwujudkan melalui pembangunan karakter dan kegotongroyongan yang berdasar pada realitas kebhinekaan dan kemaritiman sebagai kekuatan potensi bangsa dalam mewujudkan implementasi demokrasi politik dan demokrasi ekonomi Indonesia masa depan. Dengan demikian, prinsip dasar TRISAKTI ini menjadi basis sekaligus arah perubahan berdasarkan pada mandate konstitusi dan menjadi pilihan sadar dalam pengembangan daya hidup kebangsaan Indonesia dan masyarakat Provinsi Sulawesi Utara sebagai bagian dari NKRI.

Dalam konteks pembangunan regional di provinsi Sulawesi Utara penjabaran visi Gubernur Olly Dondokambey, SE dan Wakil Gubernur DRS. Steven Kandouw telah menggambarkan arah yang jelas tentang kondisi masa depan yang ingin dicapai dalam 5 (lima) tahun mendatang (*clarity of direction*), sekaligus menjawab permasalahan pembangunan daerah dan/atau isu strategis yang perlu diselesaikan dalam jangka menengah. Pengejawantahan pokok-pokok visi tersebut dapat diuraikan sebagai berikut.

Ukuran ***Berdikari Dalam Ekonomi*** Ditunjukkan Oleh :

1. Kemampuan Masyarakat Sulawesi Utara Memenuhi Kebutuhan Dasar Baik Pangan, Sandang Maupun Papan Sebagai Bentuk Kemandirian Wilayah.
2. Kemampuan Menanggulangi Kemiskinan, Pengangguran Serta Penanganan Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial.
3. Kemampuan Untuk Menjamin Pemberdayaan Pembangunan Pertanian, Peternakan, Perkebunan, Perikanan Dan Kelautan Serta Pariwisata Sebagai Sumber Ketahanan Ekonomi Wilayah.
4. Kemampuan Untuk Membangun Sarana, Prasarana, Infrastruktur Yang Merata Dan Berkeadilan Dalam Koridor Ketahanan Lingkungan Hidup Menuju Pembangunan Berkelanjutan
5. Kemampuan Untuk Meningkatkan Kapasitas Penerimaan Dan Pembiayaan Pembangunan Dan Mengoptimalkan Belanja Daerah Bersumber Dari Sumber Daya Lokal Sehingga Mengurangi Ketergantungan Sumber Daya Dari Daerah Lain.
6. Kemampuan Menciptakan Iklim Investasi Yang Kondusif.
7. Kemampuan Memperkuat Perekonomian Domestik Berbasis Keunggulan Wilayah

Ukuran ***Berdaulat Dalam Pemerintahan Dan Politik*** Ditunjukkan Oleh :

1. Kemampuan Memastikan Keamanan, Ketentraman, Ketertiban Dan Kenyamanan Hidup Masyarakat Dalam Suasana Kerukunan Berdasarkan Falsafah Pancasila
2. Kemampuan Aparatur Sipil Negara Menjalankan Tugas Dan Fungsinya Secara Profesional Melalui Tata Kelola Pemerintahan Yang Baik Sebagai Wujud Kedaulatan Dalam Pemerintahan

3. Kemampuan Pemerintah Menegakkan Peraturan Daerah, Mencegah Tindak Kriminalitas
4. Kemampuan Pemerintah Melaksanakan Pengarusutamaan Gender Di Setiap Aspek Pembangunan
5. Kemampuan Pemerintah Dalam Mengelola Wilayah Kepulauan Dan Perbatasan
6. Kemampuan Pemerintah Membangun Jaringan Kerjasama Regional, Bilateral Dan Internasional Untuk Mendukung Peningkatan Kemampuan Daerah.
7. Kemampuan Pemerintah Mendorong Partisipasi Politik Masyarakat

Ukuran *Berkepribadian Dalam Budaya* Ditunjukkan Oleh:

1. Kemampuan Meningkatkan Sumberdaya Manusia Yang Berkualitas, Cerdas Dan Sehat Serta Mampu Memiliki Daya Saing.
2. Kemampuan Masyarakat Menjaga Keragaman Dan Kekayaan Budaya Daerah.
3. Kemampuan Membangun Jati Diri Dan Karakter Bangsa Melalui Revolusi Mental Dalam Penyelenggaraan Hidup Bermasyarakat Dan Bernegara.
4. Kemampuan Membangun Dan Menjaga Warisan Tradisi Budaya Daerah Sulawesi Utara Sebagai Bentuk Kearifan Lokal Dan Penghargaan Terhadap Jati Diri Masyarakat Minahasa, Bolaang Mongondow Dan Sangihe Talaud
5. Kemampuan Meningkatkan Penguasaan Dan Pemanfaatan Iptek Melalui Penelitian, Dan Pengembangan Menuju Inovasi Berkelanjutan.
6. Kemampuan Meningkatkan Kualitas Hidup Perempuan Dan Perlindungan Anak.
7. Kemampuan Meningkatkan Kapasitas, Watak Masyarakat Sulawesi Utara Dalam Pergaulan Internasional Sebagai Wujud Kesiapan Sulawesi Utara Sebagai Pintu Gerbang Internasional Di Kawasan Timur Indonesia.

Agenda dua tahun pertama dalam Pembangunan Jangka Menengah Daerah 2016-2021, juga dimaksudkan sebagai upaya membangun fondasi untuk melakukan akselerasi yang berkelanjutan pada tahun-tahun berikutnya, disamping melayani kebutuhan-kebutuhan dasar masyarakat yang tergolong mendesak.

Dengan berlandaskan fondasi yang lebih kuat, pembangunan pada tahun-tahun berikutnya dapat dilaksanakan dengan lancar. Sementara, agen dalima tahun selama tahun 2016-2021 sendiri diharapkan juga akan meletakkan fondasi yang kokoh bagi tahap-tahap pembangunan selanjutnya. Dengan demikian, strategi pembangunan jangka menengah, termasuk

didalamnya strategi pada tahun 2016 dan 2017 adalah strategi untuk menghasilkan pertumbuhan bagi sebesar-besarnya kemakmuran rakyat secara berkelanjutan.

3.2. MISI

Misi adalah rumusan umum mengenai upaya-upaya yang akan dilaksanakan untuk mewujudkan visi. Rumusan misi yang baik membantu lebih jelas penggambaran visi yang ingin dicapai dan menguraikan upaya-upaya apa yang harus dilakukan. Dalam suatu dokumen perencanaan, rumusan misi menjadi penting untuk memberikan kerangka bagi tujuan dan sasaran serta arah kebijakan yang ingin dicapai dan menentukan jalan yang akan ditempuh untuk mencapai visi.

Rumusan misi dalam dokumen RPJMD dikembangkan dengan memperhatikan faktor-faktor lingkungan strategis, baik eksternal dan internal yang mempengaruhi serta kekuatan, kelemahan, peluang dan tantangan yang ada dalam pembangunan daerah. Misi diarahkan untuk memperjelas jalan atau langkah yang akan dilakukan dalam rangka mencapai perwujudan visi terwujudnya Sulawesi Utara yang berdikari dalam ekonomi, berdaulat dalam politik dan berkepribadian dalam budaya. Sesuai dengan harapan "Terwujudnya Sulawesi Utara Berdikari dalam Ekonomi, Berdaulat dalam Politik dan Berkepribadian dalam Budaya" maka ditetapkan Misi Pembangunan Sulawesi Utara 2016-2021 sebagai berikut.

MISI PEMBANGUNAN:

- 1) *Mewujudkan kemandirian ekonomi dengan memperkuat sektor pertanian dan sumberdaya kemaritiman serta mendorong sektor industri dan jasa*
- 2) *Memantapkan pembangunan sumberdaya manusia yang berkepribadian dan berdaya saing.*
- 3) *Mewujudkan Sulawesi Utara sebagai destinasi investasi dan pariwisata yang berdaya saing*
- 4) *Mewujudkan pemerataan kesejahteraan masyarakat yang adil, mandiri dan maju*
- 5) *Memantapkan pembangunan infrastruktur berdasarkan prinsip pembangunan berkelanjutan*
- 6) *Mewujudkan Sulawesi Utara sebagai pintu gerbang Indonesia di kawasan timur*
- 7) *Mewujudkan Sulawesi Utara yang berkepribadian melalui tata kelola pemerintahan yang baik.*

Tujuh misi pembangunan ini sesungguhnya merupakan refleksi dari visi pembangunan, dimana setiap misi Menunjukkan dengan jelas upaya-upaya yang akan dilakukan oleh Pemerintah Daerah dalam rangka mewujudkan visi daerah. Ketujuh misi ini disusun dan ditetapkan oleh Kepala Daerah dengan memperhatikan faktor-faktor lingkungan strategis eksternal dan internal daerah Provinsi Sulawesi Utara yang secara rinci dapat dijelaskan dalam table dberikut ini.

NO.	POKOK-POKOK VISI	MISI	PENJELASAN MISI
	Berdikari dalam ekonomi	Mewujudkan kemandirian ekonomi dengan memperkuat sektor pertanian dan sumberdaya kemaritiman sebagai penjabaran provinsi kepulauan, serta mendorong sektor industri dan jasa.	Dalam rangka mewujudkan berdikari dalam ekonomi maka pendekatan prioritas pembangunan dilakukan dnegan memperkuat sector pertanian, perkebunan, perikanan dan kelautan, industri dan jasa koperasi,IKM-UMKM serta sector pariwisata sebagai <i>leverage</i> pertumbuhan ekonomi yang berkualitas. Pembangunan Sulawesi Utara diharapkan dapat menjamin terpenuhinya kebutuhan dasar baik pangan, sandang maupun papan sebagai bentuk kemandirian wilayah, dan menjamin ketahanan ekonomi wilayah serta kemampuan menciptakan iklim investasi yang kondusif.
		Mewujudkan Sulawesi Utara sebagai destinasi investasi dan pariwisata yang berdaya saing	Misi ini mengarahkan pembangunan Sulawesi Utara agar mampu memperkuat perekonomian domestik berbasis keunggulan wilayah, seklaigus menguatkan peran aktifberbagaipemangkukepentingan, baikdaripemerintahpusat,pemerintahdaerah, maupun kalangan duniausahadalammengoptimalkan manfaat dari

			implementasi masyarakat ekonomi asean.
Berdaulat dalam politik	Mewujudkan Sulawesi Utara sebagai pintu gerbang indonesia di kawasan timur		<p>Misi ini mengarahkan pembangunan wilayah Sulawesi Utara agar dapat menjadi provinsi yang maju di Indonesia dan diperhitungkan dalam tataran pergaulan global sebagai gerbang internasional di kawasan timur Indonesia.</p> <p>Posisi geografis (geoposisi) Sulawesi Utara yang berbatasan dengan negara filipina dan berada pada ALKI II dan ALKIII ditunjang dengan penetapan pelabuhan Bitung sebagai hub internasional telah mengokohkan Sulawesi Utara sebagai wilayah prioritas dalam pengembangan pembangunan yang berorientasi global.</p> <p>Hubungan politis NKRI dengan negara republik philipina perlu dijaga sepenuhnya oleh pemerintah dan masyarakat Sulawesi Utara mengingat Konsulat General Negara Republik Philipina berada di kota Manado.</p> <p>Dalam attaran yang lebih luas lagi, Sulawesi Utara harus meampu menjadi penggerak, fasilitator dan motivator penyelenggaraan hubungan internasional negara-negara BIMP-EAGA.</p>
	Mewujudkan Sulawesi Utara yang berkepribadian melalui tata kelola pemerintahan yang baik.		<p>Proses demokratisasi, desentralisasi dan otonomi daerah yang berlangsung sejak reformasi telah merubah struktur hubungan antar berbagai lembaga, khususnya antar legislatif dan eksekutif, antara pemerintah pusat dan daerah, dan antar pemerintah dan masyarakat. Terlebih dengan penetapan UU 23 tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, Undang-Undang ASN, dan UU Desa. Berkaitan dengan hal tersebut misi ini berupaya memastikan adanya peningkatan pembangunan politik dan pemerintahan</p>

			<p>yang memiliki integritas, akuntabilitas, efektifitas, dan efisiensi birokrasi dalam penyelenggaraan pemerintahan, pembangunan, dan pelayanan public yang bertanggungjawab termasuk didalamnya upaya politis mempersiapkan daerah otonom baru prov. Bolaang Mongondow Raya, Kota Langowan, Kota Tahuna Dan Kab. Tabukan Selatan.</p> <p>Kualitas tatakelola pemerintahan diharapkan dapat memberikan kontribusi yang optimal untuk mendukung keberhasilan pembangunan dan peningkatan daya saing.</p>
Berkepribadian dalam budaya	Memantapkan pembangunan sumberdaya manusia yang berkepribadian dan berdaya saing	<p>Sumberdaya manusia yang berkepribadian, berdaya saing dan berkualitas tercermin dari meningkatnya akses pendidikan yang berkualitas pada semua jenjang pendidikan dengan memberikan perhatian lebih pada penduduk miskin, sekaligus meningkatnya rata-rata lama sekolah dan manajemen pendidikan yang memperhatikan kompetensi dan profesionalitas guru agar sesuai dengan SPM pendidikan.</p> <p>Selain itu, diupayakan peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan, terutama kepada para ibu, anak, remaja dan lansia, meningkatkan pelayanan gizimasyarakat yang berkualitas, peningkatan efektivitas pencegahan dan pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan, serta berkembangnya jaminan kesehatan</p>	

			menjadi sasaran pembangunan jangka menengah Sulawesi Utara 2016-2021.
		Mewujudkan pemerataan kesejahteraan masyarakat yang adil, mandiri dan maju	<p>Misi ini pada dasarnya mempertegas visi pembangunan yang hendak memulai pembangunan daripinggiran. Hal ini harus dipahami dalam perspektif yang utuh, yakni sebagai afirmasi untuk mendorong kegiatan ekonomi yang selama ini kurang diprioritaskan pemerintah. Kegiatan ekonomi dalam wujud wilayah (perdesaan/perbatasan/daerah tertinggal), sector (pertanian), pelaku (usaha mikro dan kecil), atau karakter aktivitas ekonomi (tradisional).</p> <p>Meskipun demikian, pemihakan kepada kegiatan ekonomi tersebut tidak harus dikotomikan dengan kegiatan ekonomi yang sebaliknya, sebab jika hal itu dilakukan akan mengganggu aktivitas ekonomi yang selalu menimbulkan paradoks, dualisme dan keterkaitan. Pembangunan daripinggiran harus diperlakukan sebagai model pembangunan yang mencoba membangun keterkaitan (<i>linkage</i>), keselarasan (<i>harmony</i>) dan kemitraan (<i>partnership</i>).</p> <p>Jika model ini dijalankan, maka kemajuan wilayah pedesaan, pertanian, usaha mikro dan kecil, dan tradisional sekaligus akan mendorong daerah perkotaan, industri/jasa, usaha menengah dan besar, serta aktivitas ekonomi modern.</p>

Dalam RPJMD Provinsi Sulawesi Utara terdapat 27 Isu strategis yaitu:

27 ISU STRATEGIS

1	STRATEGI PENANGGULANGAN KEMISKINAN DAERAH	10	PERIKANAN	19	PENGELOLAAN LINGKUNGAN HIDUP
2	PENANGANAN PENGANGGURAN	11	KEMARITIMAN	20	INFRASTRUKTUR
3	PENDIDIKAN	12	INVESTASI	21	KAWASAN EKONOMI KHUSUS BITUNG
4	KESEHATAN	13	PARIWISATA	22	PERTANIAN
5	SOSIAL	14	KAWASAN PERBATASAN DAN PULAU - PULAU KECIL	23	PERKEBUNAN
6	REVOLUSI MENTAL	15	PEMBANGUNAN PERDESAAN	24	INFRASTRUKTUR
7	PEMBANGUNAN PERUMAHAN DAN PEMUKIMAN	16	PEMBANGUNAN PERKOTAAN	25	TRANTIBMAS
8	KEDAULATAN PANGAN	17	PENGELOLAAN BENCANA	26	PENEGAKAN HUKUM DAN PERDA
9	KEDAULATAN ENERGI	18	ADAPTASI DAN MITIGASI IKLIM	27	BIROKRASI YG EFEKTIF DAN EFISIEN

Prioritas pembangunan dalam RPJMD Provinsi Sulawesi Utara adalah :

17 PRIORITAS PEMBANGUNAN

1	PENANGGULANGAN KEMISKINAN DAN PENGANGGURAN	11	PEMBANGUNAN PERDESAAN DAN PERKOTAAN
2	PEMBANGUNAN PENDIDIKAN	12	PENGELOLAAN BENCANA DAN MITIGASI IKLIM
3	PEMBANGUNAN KESEHATAN	13	REVITALISASI PERTANIAN DAN PERKEBUNAN
4	REVOLUSI MENTAL	14	PEMBANGUNAN INDUSTRI/KAWASAN EKONOMI KHUSUS
5	PEMBANGUNAN PERUMAHAN DAN PEMUKIMAN	15	INFRASTRUKTUR
6	KEDAULATAN PANGAN	16	TRANTIBMAS
7	PERIKANAN DAN KEMARITIMAN	17	REFORMASI BIROKRASI
8	PENINGKATAN DAYA SAING INVESTASI		
9	PEMBANGUNAN PARIWISATA		
10	PEMBANGUNAN KAWASAN PERBATASAN		

Dalam RPJMD Provinsi Sulawesi Utara 2016-2021 juga telah dirumuskan 97 Program Prioritas Gubernur dan Wakil Gubernur Sulawesi Utara yaitu:

1	Pendidikan Menengah
2	Pengembangan Sumber Daya Manusia Pendidikan Dan Penjaminan Mutu Pendidikan
3	Manajemen Pelayanan Pendidikan

4	Upaya Kesehatan Masyarakat
5	Promosi Kesehatan Dan Pemberdayaan Masyarakat
6	Pencegahan Dan Penanggulangan Penyakit Menular
7	Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin
8	Peningkatan Pelayanan Kesehatan Anak Dan Balita
9	Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan Dan Anak
1	Pengadaan/Peningkatan Sarana Dan Prasarana Rumah Sakit/Rumah Sakit Jiwa/Rumah Sakit Paru-Paru/Rumah Sakit Mata
11	Rehabilitasi Jalan Dan Jembatan
12	Pembangunan Sistem Informasi/Data Base Jalan Dan Jembatan
13	Peningkatan Sarana Dan Prasarana Kebinamargaan
14	Pengembangan Dan Pengelolaan Jaringan Irigasi,Rawa Dan Jaringan Pengairan Lainnya
15	Pengembangan Kinerja Pengelolaan Air Minum Dan Air Limbah
16	Perencanaan Tata Ruang
17	Pemeliharaan Jalan Dan Jembatan
18	Pengembangan Data/Informasi
19	Perencanaan Pembangunan Daerah
20	Perencanaan Pembangunan Ekonomi
21	Perencanaan Sosial Dan Budaya
22	Perencanaan Prasarana Wilayah Dan Sumber Daya Alam
23	Perencanaan Pengembangan Perkotaan Dan Perdesaan
24	Kajian Dan Penelitian Pengembangan Daerah
25	Pembangunan Prasarana Dan Fasilitas Perhubungan
26	Pengendalian Dan Pengamanan Lalu Lintas
27	Pengendalian Pencemaran Dan Perusakan Lingkungan Hidup

28	Perlindungan Dan Konservasi Sumber Daya Alam
29	Penguatan Kelembagaan Pengarusutamaan Gender Dan Anak
30	Pemberdayaan Fakir Miskin, Komunitas Adat Terpenci (KAT) Dan Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) Lainnya
31	Pelayanan Dan Rehabilitasi Kesejahteraan Sosial
32	Pemantapan Database Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) Dan Potensi Kesejahteraan Sosial (PSKS)
33	Perbaikan Prasarana Dan Sarana Umum
34	Pembangunan Sarana Dan Prasarana Sosial
35	Peningkatan Kualitas Dan Produktifitas Tenaga Kerja
36	Penciptaan Iklim Usaha Kecil Menengah Yang Kondusif
37	Peningkatan Daya Saing Penanaman Modal Di Daerah
38	Peningkatan Penyelenggaraan Pelayanan Perizinan
39	Pembinaan Dan Pemasyarakatan Olahraga
40	Pemeliharaan Kantrantibmas Dan Pencegahan Tindak Kriminal
41	Peningkatan Keamanan Dan Kenyamanan Lingkungan
42	Peningkatan Kapasitas Lembaga Perwakilan Rakyat Daerah
43	Peningkatan Pengawasan Akuntabilitas Keuangan
44	Pencegahan Dan Pemberantasan Korupsi
45	Pengelolaan Pendapatan Daerah
46	Pengadaan Dan Pengembangan Pegawai
47	Pengelolaan Kenaikan Pangkat, Pemindahan Dan Pensiun
48	Kerjasama Daerah Perbatasan
49	Pengelolaan Potensi Kawasan
50	Penganggaran Daerah
51	Pengelolaan Perbendaharaan Daerah

52	Pembinaan Dan Peningkatan Pengelolaan Keuangan Kabupaten/Kota
53	Peningkatan Ketahanan Pangan (Pertanian/Perkebunan)
54	Peningkatan Keberdayaan Masyarakat Perdesaan
55	Peningkatan Kapasitas Aparatur Pemerintah Desa
56	Peningkatan Kesejahteraan Petani
57	Peningkatan Produksi Hasil Peternakan
58	Rehabilitasi Hutan Dan Lahan
59	Pembinaan Dan Pengawasan Bidang Pertambangan
60	Pengembangan Pemasaran Pariwisata
61	Pengembangan Destinasi Pariwisata
62	Pengembangan Nilai Budaya
63	Pemberdayaan Ekonomi Masyarakat Pesisir
64	Pengembangan Produksi Perikanan
65	Tata Ruang Laut,Pesisir Dan Pulau-Pulau Kecil
66	Pengembangan Kawasan Ekonomi Khusus (KEK Bitung)
67	Pengembangan Industri Kecil Dan Menengah
68	Perencanaan SKPD
69	Pengurangan Resiko Bencana
70	Peningkatan Kompetensi Tenaga Kerja Dan Produktivitas
71	Pembinaan Kelembagaan Usaha,Bumn, Bumd Dan Perbankan
72	Sinkronisasi Dan Koordinasi Perencanaan, Penyusunan Dan Pelaksanaan Kebijakan Pembangunan Manusia Dan Kebudayaan Di Bidang Fasilitas Sosial,Keagamaan Dan Urusan Haji.
73	Penyelenggaraan Pengadaan Tanah Bagi Pembangunan Untuk Kepentingan Umum
74	Penunjang Kawasan Pengembangan Ekonomi Terpadu
75	Pengendalian Pelaksanaan Pembangunan

76	Peningkatan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan
77	Pengelolaan Dan Pemeliharaan Tmii Dan Asrama Mahasiswa
78	Program Implementasi Sistem Pengendalian Intern Pemerintah
79	Program Peningkatan Pengawasan Akuntabilitas Kinerja Pemerintah
80	Program Peningkatan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintah
81	Program Kesetaraan
82	Peningkatan Kapasitas Teknis Dan Fungsional Sumber Daya Aparatur
83	Pengembangan Data Dan Informasi Kepegawaian
84	Mitigasi Bencana
85	Pembinaan Dan Pengembangan Geologi Dan Sumber Daya Mineral
86	Pembangunan Pengembangan Ketenagalistrikan
87	Program Penjenjangan Fungsional
88	Peningkatan Kerjasama Antar Pemerintah Daerah
89	Pelayanan Umum Keprotokolan
90	Pelayanan Umum Rumah Tangga
91	Pengembangan Komunikasi, Informasi Dan Media Massa
92	Pelayanan Administrasi Perkantoran
93	Peningkatan Sarana Dan Prasarana Aparatur
94	Peningkatan Disiplin Aparatur
95	Peningkatan Kapasitas Sumberdaya Aparatur
96	Peningkatan Pengembangan Sistem Pelaporan Capaian Kinerja Dan Keuangan
97	Program Penyelenggaraan Hari-Hari Besar Kenegaraan/ Kedaerahan

Dari 97 program prioritas tersebut, program yang terkait dengan tugas pokok dan fungsi dinas Kesehatan provinsi Sulawesi Utara adalah :

1. Upaya Kesehatan Masyarakat
2. Promosi Kesehatan Dan Pemberdayaan Masyarakat
3. Pencegahan Dan Penanggulangan Penyakit Menular
4. Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin
5. Peningkatan Pelayanan Kesehatan Anak Dan Balita
6. Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan Dan Anak
7. Pengadaan/Peningkatan Sarana Dan Prasarana Rumah Sakit/Rumah Sakit Jiwa/Rumah Sakit Paru-Paru/Rumah Sakit Mata
8. Pengembangan Data/Informasi
9. Perencanaan Pembangunan Daerah
10. Perencanaan Pembangunan Ekonomi
11. Perencanaan Sosial Dan Budaya
12. Pengembangan Kinerja Pengelolaan Air Minum Dan Air Limbah
13. Penguatan Kelembagaan Pengarusutamaan Gender Dan Anak
14. Pemberdayaan Fakir Miskin, Komunitas Adat Terpenci (KAT) Dan Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) Lainnya
15. Pelayanan Dan Rehabilitasi Kesejahteraan Sosial
16. Pemantapan Database Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) Dan Potensi Kesejahteraan Sosial (PSKS)
17. Pembinaan Dan Pemasarakatan Olahraga
18. Perencanaan SKPD
19. Pengurangan Resiko Bencana
20. Pembinaan Kelembagaan Usaha, Bumh, Bumd Dan Perbankan
21. Sinkronisasi Dan Koordinasi Perencanaan, Penyusunan Dan Pelaksanaan Kebijakan Pembangunan Manusia Dan Kebudayaan Di Bidang Fasilitas Sosial, Keagamaan Dan Urusan Haji.
22. Pelayanan Administrasi Perkantoran
23. Peningkatan Sarana Dan Prasarana Aparatur
24. Peningkatan Disiplin Aparatur
25. Peningkatan Kapasitas Sumberdaya Aparatur
26. Peningkatan Pengembangan Sistem Pelaporan Capaian Kinerja Dan Keuangan
27. Program Penyelenggaraan Hari-Hari Besar Kenegaraan/ Kedaerahan

VISI DAN MISI DINAS KESEHATAN DAERAH PROVINSI SULAWESI UTARA

Visi Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara : *“TERWUJUDNYA SULAWESI UTARA BERDIKARI DALAM EKONOMI, BERDAULAT DALAM POLITIK, DAN BERKEPRIBADIAN DALAM BUDAYA MELALUI PEMBANGUNAN KESEHATAN YANG BERKUALITAS SERTA BERDAYA SAING”*.

Misi Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara :

1. Mewujudkan masyarakat Sulawesi Utara yang sehat, kuat dan berdaya saing
2. Mewujudkan peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang merata dan berkeadilan melalui pemberdayaan masyarakat.
3. Mewujudkan akses pelayanan publik bidang kesehatan yang paripurna melalui pencapaian Standar pelayanan Minimal Kesehatan sesuai prinsip tata kelola pemerintahan yang baik.

3.3 TELAAHAN RENCANA TATA RUANG WILAYAH DAN KAJIAN LINGKUNGAN HIDUP STRATEGIS

Tujuan dari telaahan RTRW Provinsi Sulawesi Utara dalam kaitannya dengan pembangunan kesehatan adalah untuk melihat kemungkinan pembangunan kesehatan dalam struktur dan pola ruang yang ditetapkan dalam RTRW Provinsi Sulawesi Utara sebagaimana diamanatkan dalam Perda Provinsi Sulut nomor 1 tahun 2014.

Kontribusi pembangunan sector kesehatan dalam rangka mewujudkan ruang wilayah provinsi yang berkualitas, serasi, optimal sesuai kebutuhan dan daya dukung lingkungan dilakukan dengan mengakomodasikan keterkaitan kebijakan pembangunan nasional antar kawasan/kabupaten/kota berlandaskan wawasan nusantara dan ketahanan nasional agar tercipta pembangunan perekonomian dan lingkungan yang berkesinambungan (*sustainable*) demi peningkatan kesejahteraan masyarakat.

Berkaitan dengan pembangunan sarana dan prasarana kesehatan, maka kawasan peruntukan pemukiman menjadi lokus utama. Dalam RTRW Provinsi Sulawesi Utara telah ditetapkan kawasan peruntukan pemukiman yang berarti menjadi wilayah yang

diperbolehkan untuk membangun sarana dan prasarana/infrastruktur kesehatan. Kawasan Peruntukan Permukiman dalam RTRW provinsi Sulawesi Utara, terdiri atas:

- A. Kawasan permukiman perkotaan dan perdesaan, terdiri atas:
- a. klaster Manado - Airmadidi - Bitung;
 - b. klaster Manado - Wori;
 - c. klaster Manado - Tumpaan - Amurang;
 - d. klaster Tondano - Eris - Kombi;
 - e. klaster Tomohon - Kawangkoan - Tompaso;
 - f. klaster Tomohon - Tondano - Airmadidi;
 - g. klaster Manado - Pineleng - Tomohon;
 - h. klaster Airmadidi - Tatelu - Likupang;
 - i. klaster Amurang - Poigar - Inobonto;
 - j. klaster Amurang - Motoling - Tompaso Baru;
 - k. klaster Amurang - Kawangkoan;
 - l. klaster Kotamobagu - Dumoga;
 - m. klaster Kotamobagu - Tompaso Baru;
 - n. klaster Kotamobagu - Inobonto;
 - o. klaster Lolak - Bolang Itang - Boroko;
 - p. klaster Lolak - Kotamobagu - Dumoga;
 - q. klaster Dumoga - Molibagu - Pinolosian;
 - r. klaster Pinolosian - Kotabunan - Belang;
 - s. klaster Tompaso - Ratahan - Belang; dan
 - t. klaster Belang - Atepoko - Kema.
- B. Kawasan permukiman perkotaan dan perdesaan di kepulauan, terdiri atas:
- a. klaster P. Bunaken - P. Manado Tua - P. Nain - Manado;
 - b. klaster P. Talisei - P. Bangka - Likupang;
 - c. klaster P. Siau - P. Tagulandang - P. Biaro;
 - d. klaster Tahuna – Tatoareng – Dagho - Manalu;
 - e. klaster P. Marore - P. Kawaluso (perbatasan);
 - f. klaster Kepulauan Nanusa;
 - g. klaster Kabaruan - Salibabu - Karakelang; dan
 - h. klaster Miangas.

Selain kawasan peruntukan pemukiman, pembangunan kesehatan di Sulawesi Utara juga perlu memperhatikan penetapan kawasan strategis provinsi. Dalam RTRW Provinsi Sulawesi Utara disebutkan bahwa Kawasan strategis Provinsi (KSP) terdiri atas :

- a. Kawasan yang memiliki nilai strategis dari sudut kepentingan pertumbuhan ekonomi, terdiri atas :
 1. Kawasan koridor pantai pesisir utara (PANTURA) dari Manado sampai dengan Bolaang Mongondow Utara, yang dikembangkan sebagai kawasan untuk titik-titik lokasi kegiatan rekreasi, pariwisata, perdagangan dan jasa;

2. Kawasan koridor Bitung – Kema – Airmadidi, yang dikembangkan untuk kelompok lokasi Industri di Kota Bitung dan Minahasa Utara;
 3. Kawasan koridor pantai pesisir selatan (PANSELA) dari Minahasa sampai dengan Bolaang Mongondow Selatan yang dibangun dalam bentuk pengembangan infrastruktur kelautan dan perikanan, pariwisata, dan transmigrasi profesi terbatas;
 4. Kawasan Global Hub Port / Pelabuhan Internasional Bitung (International Hub Port) dan di Pulau Lembeh Bitung, yang dibangun untuk menunjang pertumbuhan ekonomi di wilayah KAPET Manado-Bitung;
 5. KEK (Kawasan Ekonomi Khusus) Tanjung Merah Bitung;
 6. Kawasan Strategis Perhubungan yaitu Pengembangan Bandar Udara Samratulangi (Kota Manado - Kabupaten Minahasa Utara) dan Pembangunan Bandar Udara di Tatapaan (Kabupaten Minahasa – Kabupaten Minahasa Selatan).
- b. Kawasan yang memiliki nilai strategis, dari sudut kepentingan sosial dan budaya, yang terdiri atas :
1. Kawasan Waruga yang berada di Sawangan Minahasa Utara dan Tonsewer Tompasu Lama Kabupaten Minahasa;
 2. Kawasan Benteng Amurang yang berada di Minahasa Selatan;
 3. Kawasan Pecinaan yang berada di Manado;
 4. Kawasan Kampung Arab yang berada di Manado;
 5. Kawasan Kampung Jawa di Tondano yang berada di Minahasa;

Terwujudnya keadaan sejahtera dan sehat bagi masyarakat Sulawesi Utara dapat dipengaruhi oleh beberapa factor yang tidak hanya menjadi tanggung jawab sector kesehatan, melainkan juga tanggung jawab dari berbagai sector terkait lainnya yang dapat bersinergi secara dinamis dengan berbagai system lainnya seperti system pendidikan, system perekonomian, system ketahanan pangan, system ketenaga kerjaan serta system-sistem lainnya.

3.4 PENENTUAN ISU – ISU STRATEGIS

Dengan memperhatikan analisis lingkungan eksternal dan internal, selanjutnya diangkat isu-isu strategis yang terkait dengan pembangunan kesehatan di daerah Sulawesi utara antara lain sebagai berikut :

1. Terbatasnya aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, terutama pada kelompok rentan seperti: penduduk miskin, daerah terpencil/tertinggal dan daerah kepulauan. Biaya kesehatan meningkat secara signifikan sehingga menyulitkan masyarakat “hampir miskin” yang tidak mendapatkan fasilitas jaminan kesehatan masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan yang baik.
2. Masih tingginya angka kematian ibu melahirkan.
3. Masih tingginya angka kematian bayi.
4. Masih tingginya kesakitan dan kematian akibat penyakit menular dan tidak menular.
5. Tingginya penyandang masalah kesehatan katarak, stroke, Diabettes Mellitus, obesitas dan stunting di Sulawesi utara
6. Belum terpenuhinya jumlah dan jenis, kualitas serta penyebaran sumberdaya manusia kesehatan.
7. Disparitas status kesehatan yang berbeda antara kabupaten/kota masih cukup lebar terutama di DTPK. Minat tenaga medis, khusus tenaga ahli untuk ditempatkan di daerah-daerah kecil atau terpencil masih kurang.
8. Berbagai jenis penyakit baru muncul sebagai akibat perubahan gaya hidup dan pencemaran lingkungan makin meningkat.
9. Kesadaran akan pola hidup sehat (PHBS) dan sanitasi lingkungan pada sebagian masyarakat terutama di kalangan berpendidikan rendah, miskin, dan menempati daerah kumuh masih rendah.

BAB IV

TUJUAN DAN SASARAN, STRATEGIS DAN KEBIJAKAN

TUJUAN DAN SASARAN, STRATEGI DAN KEBIJAKAN JANGKA MENENGAH DINAS KESEHATAN DAERAH

Tujuan yang akan dicapai oleh Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara secara umum adalah terselenggaranya pembangunan kesehatan secara berhasil-guna dan berdaya-guna dalam rangka mencapai derajat kesehatan masyarakat Sulawesi Utara yang setinggi-tingginya. Sumber Daya manusia (SDM) adalah modal utama dalam pembangunan nasional. Oleh karena itu kualitas sumber daya manusia perlu terus ditingkatkan sehingga mampu memberikan daya saing yang tinggi yang antara lain ditandai dengan meningkatnya derajat kesehatan dan gizi masyarakat. Pembangunan kesehatan dan gizi masyarakat adalah meningkatkan upaya promotif dan preventif; meningkatkan pelayanan kesehatan ibu anak, perbaikan gizi (spesifik dan sensitif), mengendalikan penyakit menular maupun tidak menular, meningkatkan pengawasan obat dan makanan, serta meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan. Disamping itu pembangunan kesehatan juga dihadapkan pada upaya untuk menurunkan disparitas akses dan mutu pelayanan kesehatan, pemenuhan sarana prasarana dan tenaga kesehatan.

Dalam upaya mencapai target tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam RPJMD Provinsi Sulawesi Utara 2016-2021, Dinas Kesehatan Daerah Provinsi Sulawesi Utara merumuskan tujuan dan sasaran jangka menengah Dinas Kesehatan. Pernyataan tujuan dan sasaran jangka menengah Dinas Kesehatan beserta indikator kinerja disajikan dalam tabel sebagai berikut :

TUJUAN	SASARAN	INDIKATOR TUJUAN/ SASARAN	2017	2018	2019	2020	2021
MEWUJUDKAN SDM YANG SEHAT DENGAN DERAJAT KESEHATAN DAN GIZI YANG TINGGI SEBAGAI BAGIAN DARI UPAYA PENCAPAIAN <i>SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS</i>	TERKENDALINYA KEMATIAN IBU MELAHIRKAN DAN KEMATIAN ANAK/BALITA	ANGKA KEMATIAN IBU	165	155	145	130	125
		ANGKA KEMATIAN BAYI	29	28	28	28	28
		ANGKA KEMATIAN ANAK	40	38	38	38	38
	TERWUJUDNYA PENINGKATAN PENGENDALIAN PENYAKIT	ANGKA USIA HARAPAN HIDUP	70,96 thn	70,98 thn	71 thn	71,02 thn	71,05 thn

TUJUAN	SASARAN	INDIKATOR TUJUAN/ SASARAN	2017	2018	2019	2020	2021
		RASIO RUMAH SAKIT PER SATUAN PENDUDUK	1/100000				1/100000
		CAKUPAN PERTOLONGAN PERSALINAN OLEH TENAGA KESEHATAN YANG MEMILIKI KOMPETENSI KEBIDANAN					
		CAKUPAN BALITA GIZI BURUK MENDAPAT PERAWATAN	100%	100%	100%	100%	100%
	TERSEDINYA SDM KESEHATAN/ TENAGA MEDIS YANG BER-KOMPETENSI DAN PROFESIONAL	RASIO DOKTER PER SATUAN PENDUDUK					
		CAKUPAN KOMPLIKASI KEBIDANAN YANG DITANGANI					

TUJUAN	SASARAN	INDIKATOR TUJUAN/ SASARAN	2017	2018	2019	2020	2021
		CAKUPAN PERTOLONGAN PERSALINAN OLEH TENAGA KESEHATAN YANG MEMILIKI KOMPETENSI KEBIDANAN					
		CAKUPAN BALITA GIZI BURUK MENDAPAT PERAWATAN					
		RASIO TENAGA MEDIS PER SATUAN PENDUDUK					
	TERWUJUDNYA MASYARAKAT SULAWESI UTARA YANG MEMILIKI USIA HARAPAN HIDUP YANG PANJANG	USIA HARAPAN HIDUP	70,96 thn	70,98 thn	71 thn	71,02 thn	71,05 thn
		PERSENTASE PUSKESMAS YANG MENERAPKAN STANDAR PELAYANAN MEDIK DASAR SEBESAR 90 %	90%	90%	90%	90%	90%

TUJUAN	SASARAN	INDIKATOR TUJUAN/ SASARAN	2017	2018	2019	2020	2021
		JUMLAH PUSKESMAS YANG MELAYANI KESEHATAN JIWA & NAPZA	30 PKM	35 PKM	40 PKM	50 PKM	60 PKM
		JUMLAH RS PONEK	8	9	10	11	11
		JUMLAH RUMAH SAKIT	39	39	39	40	40
		JUMLAH PUSKESMAS YANG MELAKSANAKAN KESTRAD	30PKM	60PKM	90PKM	100PKM	120PKM
		JUMLAH PUSKESMAS YANG MELAKSANAKAN PROGRAM PERKESMAS	30PKM	60PKM	90PKM	100PKM	120PKM

TUJUAN	SASARAN	INDIKATOR TUJUAN/SASARAN	2017	2018	2019	2020	2021
		JUMLAH POSKESDES	555	560	565	570	575
		RATIO PUSKESMAS/ 12.000 PENDUDUK	1:13307	1:13229	1:13144	1:13067	1:12000
		PELAYANAN KESEHATAN BAGI MASYARAKAT DI DAERAH DTPK	5 Kab dan 10 Desa	6 Kab dan 12 Desa	7 Kab dan 14 Desa	8 Kab dan 16 Desa	9 Kab dan 18 desa
		PENINGKATAN PELAYANAN KESEHATAN DASAR BAGI KAB	15 Kab/Kota	15 Kab/Kota	15 Kab/Kota	15 Kab/Kota	15 Kab/Kota

TUJUAN	SASARAN	INDIKATOR TUJUAN/SASARAN	2017	2018	2019	2020	2021
		DAN PUSKESMAS					
		PEMBERIAN REWARD BAGI NAKES DAN SARANA PELAYANAN KESEHATAN	15 Kab/Kota	15 Kab/Kota	15 Kab/Kota	15 Kab/Kota	15 Kab/Kota
		PENINGKATAN SDM BAGI PETUGAS KESEHATAN KAB/KOTA DAN PUSKESMAS	15 Kab/Kota	15 Kab/Kota	15 Kab/Kota	15 Kab/Kota	15 Kab/Kota

TUJUAN	SASARAN	INDIKATOR TUJUAN/ SASARAN	2017	2018	2019	2020	2021
		JUMLAH KUNJUNGAN DI FITNES CENTER BKOM DAN KLIEN/ MASYARAKAT YANG DILAKUKAN SCREENING KESEHATAN	100%	100%	100%	100%	100%
		JUMLAH PASIEN YANG MENDAPAT PELAYANAN KESEHATAN MATA	100%	100%	100%	100%	100%
		JUMLAH PASIEN YANG SUDAH TERLAYANI LEWAT JAMINAN KESEHATAN	100%	100%	100%	100%	100%

TUJUAN	SASARAN	INDIKATOR TUJUAN/SASARAN	2017	2018	2019	2020	2021
		NASIONAL (JKN)					
		MENINGKATNYA PELAYANAN KESEHATAN OLAHRAGA YANG BETT DI MASYARAKAT KAB/KOTA	100%	100%	100%	100%	100%
		MENINGKATNYA KESEHATAN DAN KEBUGARAN ANAK SEKOLAH, LANSIA, IBU HAMIL DAN OSTEOPOROSIS DAN JUMLAH KAB/KOTA YANG TER-MONITORING KESEHATAN	15 Kab/Kota	15 Kab/Kota	15 Kab/Kota	15 Kab/Kota	15 Kab/Kota

TUJUAN	SASARAN	INDIKATOR TUJUAN/SASARAN	2017	2018	2019	2020	2021
		OLAH RAGA					
		MENINGKATNYA SDM KESEHATAN BAGI PENDERITA DM, OBESITAS, HIPERTENSI	15 Kab/Kota	15 Kab/Kota	15 Kab/Kota	15 Kab/Kota	15 Kab/Kota
		PERSENTASE RUMAH TANGGA BERPERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT	55%	60	65%	70%	75%

TUJUAN	SASARAN	INDIKATOR TUJUAN/SASARAN	2017	2018	2019	2020	2021
		PERSENTASE BALITA GIZI BURUK YANG MENDAPAT PERAWATAN	100%	100%	100%	100%	100%
		PERSENTASE BALITA DITIMBANG BERAT BADANNYA (D/S)	70%	75%	80%	85%	90%
		PERSENTASE	70%	75%	80%	85%	90%

TUJUAN	SASARAN	INDIKATOR TUJUAN/ SASARAN	2017	2018	2019	2020	2021
		BALITA NAIK BERAT BADAN (N/S)					
		% PENDUDUK YANG MEMILIKI AKSES TERHADAP AIR MINUM BERKUALITAS	62,0%	63,0%	66,0%	67,0%	70,0%
		PERSENTASE PUSKESMAS YANG MENERAPKAN STANDAR PELAYANAN MEDIK DASAR SEBESAR 90 %	90%	90%	90%	90%	90%

TUJUAN	SASARAN	INDIKATOR TUJUAN/SASARAN	2017	2018	2019	2020	2021
	TERWUJUDNYA KETERSEDIAAN INFRASTRUKTUR DAN FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN DASAR YANG SESUAI SPM KESEHATAN	CAKUPAN KOMPLIKASI KEBIDANAN YANG DITANGANI	70%	73%	75%	76%	78%
		CAKUPAN PERTOLONGAN PERSALINAN OLEH TENAGA KESEHATAN YANG MEMILIKI KOMPETENSI KEBIDANAN	75%	78%	80%	82%	85%
		RASIO POSYANDU PER SATUAN BALITA	1:175	1:150	1:130	1:125	1:100

TUJUAN	SASARAN	INDIKATOR TUJUAN/SASARAN	2017	2018	2019	2020	2021
		RASIO PUSKESMAS, POLIKLINIK, PUSTU PER SATUAN PENDUDUK	1:1.290	1:1.280	1:1.260	1:1.230	1:1.200
		RASIO RUMAH SAKIT PER SATUAN PENDUDUK	1:65000	1:60000	1:55000	1:55000	1:50000
		RASIO DOKTER PER SATUAN PENDUDUK	1:22000	1:20000	1:18000	1:17000	1:16000
		RASIO TENAGA MEDIS PER SATUAN PENDUDUK	1:16000	1:15000	1:12000	1:11000	1:10000
		CAKUPAN DESA/KELURAHAN UNIVERSAL CHILD IMMUNIZATION (UCI)	75%	78%	79%	80%	82%

TUJUAN	SASARAN	INDIKATOR TUJUAN/ SASARAN	2017	2018	2019	2020	2021
		CAKUPAN BALITA GIZI BURUK MENDAPAT PERAWATAN	100%	100%	100%	100%	100%
	TERWUJUDNYA BUDAYA POLA HIDUP BERSIH DAN SEHAT DALAM KEHIDUPAN MASYARAKAT SULAWESI UTARA	AKSES AIR BERSIH	62%	63%	66%	67%	70%
		RASIO TEMPAT PEMBUANGAN SAMPAH (TPS) PER SATUAN PENDUDUK	43,57%	47,93%	52,72%	52,72%	52,72%
		PERSENTASE RUMAH TINGGAL BERSANITASI	50,54%	55,59%	61,15%	62,50%	63,15%
	TERWUJUDNYA AKSES, KEMANDIRIAN DAN MUTU KESEDIAAN FARMASI DAN ALAT KESEHATAN	PERSENTASE KAB/KOTA YANG MELAKUKAN PENGENDALIAN VEKTOR TERPADU	100%	100%	100%	100%	100%

TUJUAN	SASARAN	INDIKATOR TUJUAN/ SASARAN	2017	2018	2019	2020	2021
		PERSENTASE KAB/KOTA DENGAN IR DBD < 49 / 100.000 PENDUDUK	70%	75%	80	85	85
		JUMLAH KAB/KOTA DENGAN API MALARIA <1 / 1.000 PENDUDUK	13	14%	14%	14%	14%
		PERSENTASE KABUPATEN KOTA ELIMINASI RABIES	15	30%	35	35	50

TUJUAN	SASARAN	INDIKATOR TUJUAN/ SASARAN	2017	2018	2019	2020	2021
		JUMLAH KAB/KOTA DENGAN ANGKA MIKROFILARIA < 1 %	15	1500%	75	80	80
		JUMLAH KAB/KOTA YANG MELAKSANAKAN POPM KECACINGAN	15	15	15	15	15
		PERSENTASE KAB/KOTA DENGAN ANGKA KEBERHASILAN PENGOBATAN TB PARU BTA POSITIF (SUCCESS RATE) MINIMAL 85 %	93%	100%	100%	100%	100%

TUJUAN	SASARAN	INDIKATOR TUJUAN/SASARAN	2017	2018	2019	2020	2021
		JUMLAH KASUS TB TERCATAT PER 100.000 PENDUDUK	282	320	320	320	320
		PERSENTASE PENEMUAN KASUS KUSTA BARU TANPA CACAT	95	96	97	98	98
		% KAB/KOTA YANG MELAKSANAKAN PENCEGAHAN PENULARAN IMS SESUAI PEDOMAN	15	30	35	50	50
		PERSENTASE ANGKA KASUS HIV YANG DIobati	100	100	100	100	100

TUJUAN	SASARAN	INDIKATOR TUJUAN/ SASARAN	2017	2018	2019	2020	2021
		PERSENTASE KABUPATEN KOTA YANG MELAKSANAKAN LROA DIARE AKTIF	20	40	60	70	80
MEMBENTUK SDM YANG BERTAQWA KEPADA TUHAN YANG MAHA ESA	TERWUJUDNYA HARMONI SOSIAL DAN KERUKUNAN UMAT BERAGAMA	PRESENTASE HASILPEMERIKSA AN KESEHATAN JEMAAH HAJI	80%	85%	90%	95%	95%

BAB V

RENCANA PROGRAM DAN KEGIATAN, INDIKATOR KINERJA, KELOMPOK SASARAN, DAN PENDANAAN INDIKATIF

Indikasi Rencana Program Prioritas Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara yang disertai dengan kebutuhan pendanaan sepanjang tahun 2016 sampai 2021, disusun dengan mengacu pada sasaran dan tujuan yang ditetapkan dalam RPJMD Provinsi Sulawesi Utara 2016-2021. Program pembangunan kesehatan dan rincian kegiatan kegiatan yang akan dilaksanakan diupayakan menjawab persoalan, permasalahan, dan tantangan pembangunan kesehatan yang sudah diuraikan pada bagian sebelumnya (Bab 2 dan Bab 3). Di bawah ini akan diuraikan beberapa program dan kegiatan strategis yang akan dilakukan, untuk menjelaskan proses penetapan indikator kinerja utama bidang kesehatan di Sulawesi Utara sepanjang 2016-2021. Uraian penjelasan di bawah ini akan membahas benang merah antara program kegiatan yang dipilih atau ditetapkan dengan indikator kinerja yang menyertainya.

Dalam rencana program kegiatan Dinas Kesehatan 2016-2021, focus pelaksanaan pembangunan akan diarahkan pada upaya penanganan lima penyebab kematian ibu terbesar yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan (HDK), infeksi, partus lama/macet, dan abortus. Kematian ibu di Sulawesi Utara masih didominasi oleh tiga penyebab utama kematian yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan (HDK), dan infeksi. Namun proporsinya telah berubah, dimana perdarahan dan infeksi cenderung mengalami penurunan sedangkan HDK proporsinya semakin meningkat. Hasil kajian kesehatan memperkirakan bahwa dari rata-rata kehamilan yang terjadi pada lima tahun kedepan, diperkirakan 20% akan mengalami komplikasi. Sebagian komplikasi ini dapat mengancam jiwa, tetapi sebagian besar komplikasi dapat dicegah dan ditangani bila: 1) ibu segera mencari pertolongan ke tenaga kesehatan; 2) tenaga kesehatan melakukan prosedur penanganan yang sesuai, antara lain penggunaan partograf untuk memantau perkembangan persalinan, dan pelaksanaan manajemen aktif kala III (MAKIII) untuk mencegah perdarahan pasca-salin; 3) tenaga kesehatan mampu melakukan identifikasi dini komplikasi; 4) apabila komplikasi terjadi, tenaga kesehatan dapat memberikan pertolongan pertama dan melakukan tindakan stabilisasi pasien sebelum melakukan rujukan; 5) proses rujukan efektif; 6) pelayanan di RS yang cepat dan tepat guna.

Terdapat tiga jenis area intervensi yang dilakukan untuk menurunkan angka kematian dan kesakitan ibu dan neonatal yaitu melalui: 1) peningkatan pelayanan antenatal yang mampu mendeteksi dan menangani kasus risiko tinggi secara memadai; 2) pertolongan persalinan yang bersih dan aman oleh tenaga kesehatan terampil, pelayanan pascapersalinan dan kelahiran; serta 3) pelayanan emergensi obstetric dan neonatal dasar (PONED) dan komprehensif (PONEK) yang dapat dijangkau secara tepat waktu oleh masyarakat yang membutuhkan.

Upaya terobosan dalam penurunan AKI dan AKB di Sulawesi Utara salah satunya dilakukan melalui Program peningkatan keselamatan ibu melahirkan dan anak. Program tersebut menitikberatkan kepedulian dan peran keluarga dan masyarakat dalam melakukan upaya deteksi dini, menghindari risiko kesehatan pada ibu hamil, serta menyediakan akses dan pelayanan kegawatdaruratan obstetric dan neonatal dasar ditingkat Puskesmas (PONED) dan pelayanan kegawatdaruratan obstetric dan neonatal komprehensif di Rumah Sakit (PONEK). Dalam implementasinya, program peningkatan keselamatan ibu melahirkan dan anak merupakan salah satu unsure dari Desa Siaga. Program ini berupaya membantu keluarga dalam membuat perencanaan persalinan yang baik dan meningkatkan kesiapsiagaan keluarga dalam menghadapi tanda bahaya kehamilan, persalinan, dan nifas agar dapat mengambil tindakan yang tepat.

Untuk menunjang program peningkatan keselamatan ibu melahirkan, dilakukan pula kegiatan Audit Maternal Perinatal (AMP), yang merupakan upaya dalam penilaian pelaksanaan serta peningkatan mutu pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir.

Kegiatan ini dilakukan melalui pembahasan kasus kematian ibu atau bayi baru lahir sejak di level masyarakat sampai di level fasilitas pelayanan kesehatan. Salah satu hasil kajian yang didapat dari AMP adalah kendala yang timbul dalam upaya penyelamatan ibu pada saat terjadi kegawatdaruratan maternal dan bayi baru lahir. Kajian tersebut juga menghasilkan rekomendasi intervensi dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan ibu dan bayi di masa mendatang.

Kebijakan bidang kesehatan yang juga menjadi focus Pemerintah Sulawesi Utara adalah pelayanan kontrasepsi. Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014 Tentang Perkembangan Kependudukan Dan Pembangunan Keluarga, Keluarga Berencana, Dan Sistem Informasi Keluarga, yang dimaksud dengan program keluarga berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan

hakreproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas. Sejalan dengan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014 Tentang Perkembangan Kependudukan Dan Pembangunan Keluarga, Keluarga Berencana, Dan Sistem Informasi Keluarga, program Keluarga Berencana (KB) merupakan salah satu strategi untuk mengurangi kematian ibu khususnya ibu dengan kondisi 4T; terlalu muda melahirkan (di bawah usia 20 tahun), terlalu sering melahirkan, terlalu dekat jarak melahirkan, dan terlalu tua melahirkan (di atas usia 35 tahun). Selain itu, program KB juga bertujuan untuk meningkatkan kualitas keluarga agar dapat timbul rasa aman, tentram, dan harapan masa depan yang lebih baik dalam mewujudkan kesejahteraan lahir dan kebahagiaan batin.

Keluarga Berencana yang saat ini dikenal dengan program Kampung KB merupakan salah satu cara yang paling efektif untuk meningkatkan ketahanan keluarga, kesehatan, dan keselamatan ibu, anak, serta perempuan. Pelayanan KB menyediakan informasi, pendidikan, dan cara-cara bagi laki-laki dan perempuan untuk dapat merencanakan kapan akan mempunyai anak, berapa jumlah anak, berapa tahun jarak usia antara anak, serta kapan akan berhenti mempunyai anak. Baik suami maupun istri memiliki hak yang sama untuk menetapkan berapa jumlah anak yang akan dimiliki dan kapan akan memiliki anak. Melalui tahapan konseling pelayanan KB, pasangan usia subur (PUS) dapat menentukan pilihan kontrasepsi sesuai dengan kondisi dan kebutuhannya berdasarkan informasi yang telah mereka pahami, termasuk keuntungan dan kerugian, risiko metode kontrasepsi dari petugas kesehatan.

Program Keluarga Berencana (KB) dilakukan diantaranya dalam rangka mengatur jumlah kelahiran atau menjarangkan kelahiran. Sasaran program KB adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang lebih dititik beratkan pada kelompok Wanita Usia Subur (WUS) yang berada pada kisaran usia 15-49 tahun. Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, Pemerintah wajib menjamin ketersediaan sarana informasi dan sarana pelayanan kesehatan reproduksi yang aman, bermutu, dan terjangkau masyarakat, termasuk keluarga berencana. Pelayanan kesehatan dalam keluarga berencana dimaksudkan untuk pengaturan kehamilan bagi pasangan usia subur untuk membentuk generasi penerus yang sehat dan cerdas. PUS bias mendapatkan pelayanan kontrasepsi di tempat-tempat yang melayani program KB. Secara nasional, pada saat ini.

Arahan pembangunan kesehatan yang juga menjadi perhatian penting sepanjang tahun 2016 sampai 2021 dalam Renstra Dinas Kesehatan provinsi Sulawesi Utara adalah Upaya

pemeliharaan kesehatan anak. Upaya pemeliharaan kesehatan anak ditujukan untuk mempersiapkan generasi yang akan datang yang sehat, cerdas, dan berkualitas serta untuk menurunkan angka kematian anak. Upaya pemeliharaan kesehatan anak dilakukan sejak janin masih dalam kandungan, dilahirkan, setelah dilahirkan, dan sampai berusia 18 (delapan belas) tahun. Upaya kesehatan anak antara lain diharapkan mampu menurunkan angka kematian anak. Indikator angka kematian yang berhubungan dengan anak yakni Angka Kematian Neonatal (AKN), Angka Kematian Bayi (AKB), dan Angka Kematian Balita (AKABA). Perhatian terhadap upaya penurunan angka kematian neonatal (0-28 hari) menjadi penting karena kematian neonatal memberi kontribusi terhadap 59% kematian bayi. Untuk mencapai target penurunan AKB pada SDGs 2030 yaitu sebesar 18 per 1.000 kelahiran hidup maka peningkatan akses dan kualitas pelayanan bagi bayi baru lahir (neonatal) menjadi prioritas utama. Komitmen global dalam SDG's menetapkan target terkait kematian anak yaitu menurunkan angka kematian anak hingga satu pertiga dalam kurun waktu 2015-2030.

Pendekatan yang dilakukan untuk upaya pemeliharaan kesehatan anak diantaranya adalah penanganan terhadap Berat badan lahir bayi. Berat badan lahir bayi adalah berat badan bayi yang ditimbang dalam waktu satu jam pertama setelah lahir. Jika dilihat dari hubungan antara waktu kelahiran dengan umur kehamilan, kelahiran bayi dapat dikelompokkan menjadi tiga.

Pertama yakni kelompok bayi kurang bulan (prematurn), yaitu bayi yang dilahirkan dengan masa gestasi (kehamilan) <37 minggu (<259 hari). Kedua, bayi cukup bulan, yaitu bayi yang dilahirkan dengan masa gestasi antara 37-42 minggu (259-293 hari). Kelompok ke tiga adalah bayi lebih bulan, ialah bayi yang dilahirkan dengan masa gestasi >42 minggu (>294 hari). Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) ialah bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2500 gram. BBLR tidak hanya dapat terjadi pada bayi prematur, tapi juga pada bayi cukup bulan yang mengalami hambatan pertumbuhan selama kehamilan. Masalah BBLR terutama pada kelahiran prematur terjadi karena ketidakmatangan system organ pada bayi tersebut. Bayi berat lahir rendah mempunyai kecenderungan kearah peningkatan terjadinya infeksi dan mudah terserang komplikasi. Masalah pada BBLR yang sering terjadi adalah gangguan pada sistem pernafasan, susunan saraf pusat, *kardiovaskular, hematologi, gastro intestinal, ginjal, dan termoregulasi.*

Pendekatan lainnya yang akan dilakukan adalah penanganan terhadap komplikasi neonatal. Neonatal dengan komplikasi adalah neonatal dengan penyakit dan atau kelainan yang dapat menyebabkan kecacatan dan atau kematian, seperti *asfiksia*, ikterus, hipotermia, tetanus neonatorum, infeksi/sepsis, trauma lahir, BBLR, sindroma gangguan pernafasan, dan kelainan congenital maupun yang termasuk klasifikasi kuning dan merah pada pemeriksaan dengan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM). Komplikasi yang menjadi penyebab kematian terbanyak yaitu asfiksia, bayi berat lahir rendah, dan infeksi. Komplikasi ini sebetulnya dapat dicegah dan ditangani, namun terkendala oleh akses ke pelayanan kesehatan, kemampuan tenaga kesehatan, keadaan social ekonomi, system rujukan yang belum berjalan dengan baik, terlambatnya deteksi dini, dan kesadaran orang tua untuk mencari pertolongan kesehatan.

Penanganan neonatal dengan komplikasi adalah penanganan terhadap neonatal sakit dan atau neonatal dengan kelainan atau komplikasi/kegawatdaruratan yang mendapat pelayanan sesuai standar oleh tenaga kesehatan (dokter, bidan atau perawat) terlatih baik di rumah, sarana pelayanan kesehatan dasar maupun sarana pelayanan kesehatan rujukan. Pelayanan sesuai standar antara lain sesuai dengan standar MTBM, manajemen Asfiksia Bayi Baru Lahir, manajemen Bayi Berat Lahir Rendah, pedoman pelayanan neonatal essensial di tingkat pelayanan kesehatan dasar, PONEK, PONEK atau standar operasional pelayanan lainnya.

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

Kejadian kematian tertinggi pada bayi dan balita terjadi pada masa neonatus. Hasil Riskesdas 2007 menunjukkan bahwa 78,5% dari kematian neonatal terjadi pada umur 0-6 hari. Dengan melihat adanya risiko kematian yang tinggi dan berbagai serangan komplikasi pada minggu pertama kelahiran, maka setiap bayi baru lahir harus mendapatkan pemeriksaan sesuai standar lebih sering, minimal dua kali dalam minggu pertama. Langkah ini dilakukan untuk menemukan secara dini jika terdapat penyakit atau tanda bahaya apada neonates sehingga

pertolongan dapat segera diberikan untuk mencegah penyakit bertambah berat yang dapat menyebabkan kematian.

Kunjungan neonates merupakan salahsatu intervensi untuk menurunkan kematian bayi baru lahir. Terkait hal tersebut, pada tahun 2008 ditetapkan perubahan kebijakan dalam pelaksanaan kunjungan neonatal, dari dua kali (satu kali pada minggu pertama dan satu kali pada 8-28 hari) menjadi tiga kali (dua kali pada minggu pertama dan satu kali pada 8-28 hari).

Dengan demikian, jadwal kunjungan neonatal yang dilaksanakan saat ini yaitu pada umur 6-48 jam, umur 3-7 hari, dan umur 8-28 hari. Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program Kesehatan Ibu Anak (KIA) dalam menyelenggarakan pelayanan neonatal yang komprehensif.

Kunjungan neonatal pertama (KN1) adalah cakupan pelayanan kesehatan bayi baru lahir (umur 6 jam– 48 jam) disatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu yang ditangani sesuai standar oleh tenaga kesehatan terlatihdi seluruh sarana pelayanan kesehatan. Pelayanan yang diberikan saat kunjungan neonatal yaitu pemeriksaan sesuai standar Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) dan konseling perawatan bayi baru lahir termasuk ASI eksklusif dan perawatan tali pusat. Pada kunjungan neonatal pertama (KN1), bayi baru lahir mendapatkan vitamin K1 injeksi dan imunisasi hepatitis B0 (bila belum diberikan pada saat lahir).

Selain KN1,indicator yang menggambarkan pelayanan kesehatan bagi neonatal adalah Kunjungan Neonatal Lengkap (KN lengkap) yang mengharuskan agar setiap bayi baru lahir memperoleh pelayanan Kunjungan Neonatal minimal tiga kali sesuai standar disatu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun.

Kegiatan bidang kesehatan selama 2016-2021 di Provinsi Sulawesi Utara juga focus pada upaya kesehatan bayi dan balita. Kesehatan bayi dan balita harus selalu dipantau untuk memastikan kesehatan mereka selalu dalam kondisi optimal. Pelayanan kesehatan bayi termasuk salah satu dari beberapa indicator yang bias menjadi ukuran keberhasilan upaya peningkatan kesehatan bayi dan balita. Pelayanan kesehatan pada bayi ditujukan pada bayi usia 29 hari sampai dengan 11 bulan dengan memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis kesehatan (dokter, bidan, dan perawat) minimal empat kali, yaitu pada usia 29 hari–2 bulan,usia 3–5 bulan, usia6–8 bulan dan usia 9–12 bulan sesuai standar disatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Pelayanan ini terdiri dari

penimbangan berat badan, pemberian imunisasi dasar (BCG, DPT/HB1-3, Polio1-4, dan Campak), Stimulasi Deteksi Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) bayi, pemberian vitamin A pada bayi, penyuluhan perawatan kesehatan bayi serta penyuluhan ASI Eksklusif dan pemberian makanan pendamping ASI (MP ASI).

Cakupan pelayanan kesehatan bayi dapat menggambarkan upaya pemerintah dalam meningkatkan akses bayi untuk memperoleh pelayanan kesehatan dasar, mengetahui dini mungkin adanya kelainan atau penyakit, pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit, serta peningkatan kualitas hidup bayi.

Pemberian Air Susu Ibu melalui IMD di Sulawesi Utara harus ditingkatkan lebih baik lagi mengingat dalam hal ini sudah 4 tahun terakhir target kinerja pada bidang ini belum juga tercapai. Air Susu Ibu (ASI) eksklusif berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012 adalah ASI yang diberikan kepada bayi sejak dilahirkan selama enam bulan, tanpa menambahkan dan/atau mengganti dengan makanan atau minuman lain(kecuali obat, vitamin dan mineral). Pengaturan pemberian ASI eksklusif bertujuan untuk menjamin pemenuhan hak bayi untuk mendapatkan ASI eksklusif sejak dilahirkan sampai dengan berusia enam bulan dengan memperhatikan pertumbuhan dan perkembangannya, berguna juga untuk memberikan perlindungan kepada ibu dalam memberikan ASI eksklusif kepada bayinya; serta meningkatkan peran dan dukungan keluarga, masyarakat, pemerintah daerah, dan pemerintah terhadap ASI eksklusif. ASI mengandung kolostrum yang kaya akan anti body karena mengandung protein untuk daya tahan tubuh dan pembunuh kuman dalam jumlah tinggi sehingga pemberian ASI eksklusif dapat mengurangi risiko kematian pada bayi. Kolostrum berwarna kekuningan dihasilkan pada hari pertama sampai hari ketiga. Hari keempat sampai hari kesepuluh ASI mengandung immunoglobulin, protein, dan laktosa lebih sedikit dibandingkan kolostrum tetapi lemak dan kalori lebih tinggi dengan warna susu lebih putih. Selain mengandung zat-zat makanan, ASI juga mengandung zat penyerap berupa enzim tersendiri yang tidak akan mengganggu enzim di usus. Susu formula tidak mengandung enzim sehingga penyerapan makanan tergantung pada enzim yang terdapat di usus bayi.

Upaya kesehatan anak dan balita di Sulawesi Utara juga akan ditingkatkan melalui pemberian vitamin A. Vitamin A adalah salah satu zat gizi penting yang larut dalam lemak, disimpan dalam hati, dan tidak dapat diproduksi oleh tubuh sehingga harus dipenuhi dari luar tubuh. Manfaat vitamin A diantaranya (1) meningkatkan daya tahan tubuh terhadap penyakit dan infeksi seperti

campak dan diare, (2) membantu proses penglihatan dalam adaptasi terang ketempat yang gelap, (3) mencegah kelainan pada sel-sel epitel termasuk selaput lender mata, (4) mencegah terjadinya proses metaplasia sel-sel epitel sehingga kelenjar tidak memproduksi cairan yang dapat menyebabkan kekeringan mata, (5) mencegah terjadinya kerusakan mata hingga kebutaan, dan (6) vitamin A esensial untuk membantu proses pertumbuhan. Suplementasi kapsul vitamin A pada balita usia 6-59 bulan bertujuan tidak hanya untuk mencegah kebutaan tetapi juga untuk penanggulangan Kurang Vitamin A (KVA) yaitu suatu kondisi dimana simpanan vitamin A dalam tubuh berkurang, akan berdampak kelainan pada mata yang umumnya terjadi pada Anak usia 6 bulan sampai dengan 4 tahun yang menjadi penyebab utama kebutaan. KVA biasa terjadi pada anak yang menderita kurang energy protein atau gizi buruk tetapi dapat juga terjadi karena gangguan penyerapan pada usus. Tahap awal KVA ditandai dengan gejala rabun senja atau kurang jelas melihat pada malam hari atau menurunnya kadar serum retinol dalam darah. Selanjutnya terdapat kelainan jaringan epitel pada paru-paru, usus, kulit, dan mata. Penanggulangan masalah KVA pada anak balita sudah dilaksanakan secara intensif sejak tahun 1970-an, melalui distribusi kapsul vitamin A di posyandu setiap enam bulan yaitu bulan Februari dan Agustus dan peningkatan promosi konsumsi makanan sumber vitamin A. Ada dua jenis vitamin A yang diberikan, yaitu yang berwarna biru (100.000 IU) untuk bayi usia 6-11 bulan dan yang berwarna merah (200.000 IU) untuk anak usia 12-59 bulan.

Imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga bila suatu saat terpapar dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan. Beberapa penyakit menular yang termasuk kedalam Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I) antara lain: TBC, Difteri, Tetanus, Hepatitis B, Pertusis, Campak, Polio, radang selaput otak, dan radang paru-paru. Anak yang telah diberi imunisasi akan terlindungi dari berbagai penyakit berbahaya tersebut, yang dapat menimbulkan kecacatan atau kematian.

Proses perjalanan penyakit diawali ketika virus/bakteri/protozoa/jamur, masuk ke dalam tubuh. Setiap makhluk hidup yang masuk kedalam tubuh manusia akan dianggap benda asing oleh tubuh atau yang disebut dengan antigen. Secara alamiah system kekebalan tubuh akan membentuk zat anti yang disebut antibody untuk melumpuhkan antigen. Pada saat pertama kali antibody berinteraksi dengan antigen, respon yang diberikan tidak terlalu kuat. Hal ini disebabkan antibody belum mengenali antigen. Pada interaksi antibody-antigen yang kedua dan seterusnya, system kekebalan tubuh sudah mengenali antigen yang masuk kedalam tubuh,

sehingga antibody yang terbentuk lebih banyak dan dalam waktu yang lebih cepat. Proses pembentukan antibody untuk melawan antigen secara alamiah disebut imunisasi alamiah. Sedangkan program imunisasi melalui pemberian vaksin adalah upaya stimulasi terhadap system kekebalan tubuh untuk menghasilkan antibody dalam upaya melawan penyakit dengan melumpuhkan antigen yang telah dilemahkan yang berasal dari vaksin. Program imunisasi merupakan salah satu upaya untuk melindungi penduduk terhadap penyakit tertentu. Program imunisasi diberikan kepada populasi yang dianggap rentan terjangkit penyakit menular, yaitu bayi, balita, anak-anak, wanita usia subur, dan ibu hamil. Imunisasi melindungi anak terhadap beberapa Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I). Seorang anak diimunisasi dengan vaksin yang disuntikkan pada lokasi tertentu atau diteteskan melalui mulut.

Sebagai salah satu kelompok yang menjadi sasaran program imunisasi, setiap bayi wajib mendapatkan imunisasi dasar Lengkap yang terdiri dari: 1 dosis BCG, 3 dosis DPT-HB dan atau DPT-HB-Hib, 4 dosis polio, dan 1 dosis campak. Dari imunisasi dasar lengkap yang diwajibkan tersebut, campak merupakan imunisasi yang mendapat perhatian lebih, hal ini sesuai komitmen Indonesia pada global untuk mempertahankan cakupan imunisasi campak sebesar 90% secara tinggi dan merata. Hal ini terkait dengan realita bahwa campak adalah salah satu penyebab utama kematian pada balita. Dengan demikian pencegahan campak memiliki peran signifikan dalam penurunan angka kematian balita.

Imunisasi dasar pada bayi seharusnya diberikan pada anak sesuai dengan umurnya. Pada kondisi ini, diharapkan system kekebalan tubuh dapat bekerja secara optimal. Namun demikian, pada kondisi tertentu beberapa bayi tidak mendapatkan imunisasi dasar secara lengkap. Kelompok inilah yang disebut dengan *dropout* (DO) imunisasi. Bayi yang mendapatkan imunisasi DPT/HB1 pada awal pemberian imunisasi, namun tidak mendapatkan imunisasi campak, disebut angka *dropout* imunisasi DPT/HB1 - Campak. Indikator ini diperoleh dengan menghitung selisih penurunan cakupan imunisasi Campak terhadap cakupan imunisasi DPT/HB1. Angka *dropout* imunisasi DPT/HB1 – Campak pada tahun 2014 sebesar 3,1%. Angka ini lebih rendah dibandingkan tahun 2012 yang sebesar 3,3%. Angka *dropout* imunisasi DPT/HB1 – Campak menunjukkan kecenderungan penurunan sejak tahun 2007 sampai dengan tahun 2014 yang asumsinya semakin sedikit bayi yang tidak mendapatkan imunisasi dasar secara lengkap. DO rate DPT/HB1-Campak diharapkan agar tidak melebihi 5%.

Indikator lain yang diukur untuk menilai keberhasilan pelaksanaan imunisasi yaitu *Universal Child Immunization* (UCI) desa/kelurahan. UCI desa/kelurahan adalah gambaran suatu desa/kelurahan dimana $\geq 80\%$ dari jumlah bayi (0-11bulan) yang ada didesa/kelurahan tersebut sudah mendapat imunisasi dasar lengkap.

Kehidupan anak, usia dibawah lima tahun merupakan bagian yang sangat penting. Usia tersebut merupakan landasan yang membentuk masa depan kesehatan, kebahagiaan, pertumbuhan, perkembangan, dan hasil pembelajaran anak disekolah, keluarga, masyarakat dan kehidupan secara umum. Kesehatan bayi dan balita harus dipantau untuk memastikan kesehatan mereka selalu dalam kondisi optimal. Untuk itu dipakai indikator – indikator yang bias menjadi ukuran keberhasilan upaya peningkatan kesehatan bayi dan balita, salah satu diantaranya adalah pelayanan kesehatan anak balita. Adapun batasan anak balita adalah setiap anakyangberada pada kisaran umur 12-59 bulan. Pelayanan kesehatan pada anak balita yang dilakukan oleh tenaga kesehatan meliputi:

1. Pelayanan pemantauan pertumbuhan minimal delapan kali setahun (penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan minimal delapan kali dalam setahun).
2. Pemberian vitamin A dua kali dalam setahun yakni setiap bulan Februari dan Agustus
3. Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang balita minimal dua kali dalam setahun.
4. Pelayanan Anak Balita Sakit sesuai standar menggunakan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS).

Mulai masuk sekolah merupakan hal penting bagi tahap perkembangan anak. Banyak masalah kesehatan terjadi pada anak usia sekolah, seperti misalnya pelaksanaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) seperti menggosok gigi dengan baik dan benar, mencuci tangan menggunakan sabun, karies gigi, kecacingan, kelainan refraksi/ketajaman penglihatan dan masalah gizi. Pelayanan kesehatan pada anak termasuk pula intervensi pada anak usia sekolah. Anak usia sekolah merupakan sasaran yang strategis untuk pelaksanaan program kesehatan, karena selain jumlahnya yang besar, mereka juga merupakan sasaran yang mudah dijangkau karena terorganisir dengan baik. Sasaran dari pelaksanaan kegiatan ini diutamakan untuk siswa SD/ sederajat kelas satu.

Pemeriksaan kesehatan dilaksanakan oleh tenaga kesehatan bersama tenaga lainnya yang terlatih (guru UKS/UKSG dan dokter kecil). Tenaga kesehatan yang dimaksud yaitu tenaga medis, tenaga keperawatan atau petugas puskesmas lainnya yang telah dilatih sebagai tenaga pelaksana UKS/UKGS. Guru UKS/UKGS adalah guru kelas atau guru yang ditunjuk sebagai pembina UKS/UKGS di sekolah dan telah dilatih tentang UKS/UKGS. Dokter kecil adalah kader kesehatan sekolah yang biasanya berasal dari murid kelas 4 dan 5SD dan setingkat yang telah mendapatkan pelatihan dokter kecil. Hal ini dimaksudkan agar pembelajaran tentang kebersihan dan kesehatan gigi bisa dilaksanakan sedini mungkin. Kegiatan ini dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan siswa tentang pentingnya menjaga kesehatan gigi dan mulut pada khususnya dan kesehatan tubuh serta lingkungan pada umumnya. Upaya kesehatan pada kelompok ini yang dilakukan melalui penjangkauan kesehatan terhadap murid SD/MI kelas satu juga menjadi salah satu indikator yang dievaluasi keberhasilannya melalui Renstra Kementerian Kesehatan. Kegiatan penjangkauan kesehatan selain untuk mengetahui secara dini masalah-masalah kesehatan anak sekolah sehingga dapat dilakukan tindakan secepatnya untuk mencegah keadaan yang lebih buruk, juga untuk memperoleh data atau informasi dalam menilai perkembangan kesehatan anak sekolah, maupun untuk dijadikan pertimbangan dalam menyusun perencanaan, pemantauan dan evaluasi kegiatan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS). Salah satu upaya kesehatan anak yang ditetapkan melalui Instruksi Presiden yaitu Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) dipuskesmas. Program ini mulai dikembangkan pada tahun 2003 yang bertujuan khusus untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan remaja tentang kesehatan reproduksi dan perilaku hidup sehat serta memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada remaja. Puskesmas yang memiliki program PKPR memberikan layanan baik didalam maupun di luar gedung yang ditujukan bagi kelompok remaja berbasis sekolah ataupun masyarakat. Hal ini dilakukan agar layanan yang diberikan dapat menjangkau semua kelompok remaja (usia 10-18 tahun). Kriteria yang ditetapkan bagi puskesmas yang mampu laksana PKPR yaitu :

- 1) Melakukan pembinaan pada minimal satu sekolah (sekolah umum, sekolah berbasis agama) dengan melaksanakan kegiatan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) di sekolah binaan minimal dua kali dalam setahun;
- 2) Melatih kader kesehatan remaja disekolah minimal sebanyak 10% dari jumlah murid di sekolah binaan; dan

- 3) Memberikan pelayanan konseling pada semua remaja yang memerlukan konseling yang kontak dengan petugas PKPR.

Layanan PKPR merupakan pendekatan yang komprehensif dan menekankan pada upaya promotif/preventif berupa pembekalan kesehatan dan peningkatan keterampilan psikososial dengan Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat (PKHS). Layanan konseling menjadi ciri dari PKPR mengingat permasalahan remaja yang tidak hanya berhubungan dengan fisik tetapi juga psikososial. Upaya penjangkauan terhadap kelompok remaja juga dilakukan melalui kegiatan Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE), *Focus Group Discussion* (FGD), dan penyuluhan ke sekolah - sekolah dan kelompok remaja lainnya.

Fenomena *peer groups* (kelompok sebaya) juga menjadi perhatian pada program PKPR. Oleh karena itu, program ini juga memberdayakan remaja sebagai konselor sebaya yang diharapkan mampu menjadi agen pengubah (*agen to fchange*) dikelompoknya. Konselor sebaya ini sangat potensial karena adanya kecenderungan pada remaja untuk memilih teman sebaya sebagai tempat berdiskusi dan rujukan informasi. Selain pemberian informasi, edukasi, dan kegiatan seperti disebutkan diatas, pelayanan kesehatan sekolah ini meliputi pemeriksaan kesehatan, pemeriksaan perkembangan kecerdasan, pemberian imunisasi, penemuan kasus-kasus dini yang mungkin terjadi, pengobatan sederhana, pertolongan pertama serta rujukan bila menemukan kasus yang tidak dapat ditanggulangi di sekolah.

Menurut Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, yang dimaksud dengan anak adalah seseorang yang belum berusia delapan belas tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan. Semua anak mempunyai hak untuk mendapatkan perlindungan. Perlindungan anak adalah segala kegiatan untuk menjamin dan melindungi anak dan hak-haknya agar dapat hidup, tumbuh, berkembang dan berpartisipasi, serta mendapat perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi.

Dari juta anak yang tidak mendapat perlindungan penuh, banyak diantara mereka terlibat dalam kekerasan, terbuang, terlantar, dijadikan pekerja, terabaikan dan dilecehkan. Berbagai bentuk kekerasan membatasi kesempatan anak-anak untuk bertahan hidup, tumbuh, berkembang dan mewujudkan impian mereka. Menurut KOMNAS Perlindungan Anak (2006), pemicu kekerasan terhadap anak diantaranya adalah: 1) Kekerasan dalam rumah tangga, yaitu dalam keluarga terjadi kekerasan yang melibatkan baik pihak ayah, ibu dan saudara yang lainnya. Anak sering kali menjadi sasaran kemarahan orangtua, 2) Disfungsi keluarga, yaitu

peran orang tua tidak berjalan sebagaimana seharusnya. Adanya disfungsi peran ayah sebagai pemimpin keluarga dan peran ibu sebagai sosok yang membimbing dan menyalurkan, 3) Faktor ekonomi, yaitu kekerasan timbul karena tekanan ekonomi. 4) Pandangan keliru tentang posisi anak dalam keluarga. Orang tua menganggap bahwa anak adalah seseorang yang tidak tahu apa-apa. Dengan demikian pola asuh apapun berhak dilakukan oleh orangtua. Disamping itu, kekerasan pada anak terinspirasi dari tayangan-tayangan televisi maupun media-media lainnya yang tersebar dilingkungan masyarakat.

Organisasi Kesehatan Dunia/WHO mendefinisikan kekerasan terhadap anak sebagai semua bentuk tindakan/perlakuan menyakitkan secara fisik ataupun emosional, penyalahgunaan seksual, penelantaran, eksploitasi, komersial atau lainnya yang mengakibatkan cedera/kerugian nyata ataupun potensial terhadap kesehatan anak, kelangsungan hidup anak, tumbuh kembang anak atau martabat anak, yang dilakukan dalam konteks hubungan tanggung-jawab.

Dalam bidang kesehatan, pemerintah melakukan intervensi dalam bentuk penyediaan akses pelayanan kesehatan bagi korban kekerasan pada anak yang terdiri dari pelayanan di tingkat dasar melalui puskesmas. Pendekatan pelayanan kesehatan di puskesmas dilakukan melalui tiga aspek yaitu meliputi aspek medis (pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang), medicolegal (*visum et repertum*) dan psikosocial (rumah aman). Penatalaksanaan kasus merupakan multidisiplin dengan melibatkan lembaga pelayanan kesehatan, lembaga perlindungan anak, lembaga bantuan hukum, aparat penegak hukum dan lembaga social lainnya, yang terbentuk dalam mekanisme kerja jejaring.

Pelayanan kesehatan lebih difokuskan pada upaya promotive dan preventif seperti penyuluhan mengenai dampak KtA terhadap tumbuh kembang anak baik secara fisik maupun psikologis disekolah melalui program UKS dan di tingkat masyarakat memberikan penyuluhan kepada ibu-ibu PKK dan lain-lain. Selain itu, puskesmas juga memberikan pelayanan kuratif yaitu penanganan darurat medis, pelayanan rehabilitative dengan memberikan konseling. Pelayanan rujukan medicolegal dan psikososial.

Program KtA diarahkan untuk menyediakan akses pelayanan kesehatan secara komprehensif dipelayanan tingkat dasar dan rujukan. Target puskesmas mampu tatalaksana KtA adalah setiap kabupaten/kota memiliki minimal dua puskesmas mampu tata laksana KtA. Kriterianya adalah memiliki tenaga terlatih tatalaksana kasus KtA (dokter atau dokter gigi dan

perawat atau bidan) dan melakukan pelayanan rujukan kasus KtA.

Upaya peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan melalui penyiapan fasilitator pusat dan daerah serta tenaga pemberi pelayanan dipuskesmas yang dilakukan dengan menyelenggarakan pelatihan (training of trainer) secara berjenjang dalam rangka menyediakan puskesmas mampu tatalaksana KtA dengan menggunakan dana APBN maupun dekonsentrasi.

Pada tahun 2014 target program perlindungan kesehatan anak yaitu puskesmas mampu tatalaksana KtA dengan indikator tiap kabupaten/kota memiliki minimal dua puskesmas yang mampu tatalaksana kasus KtA sebesar 90% belum tercapai. Hal itu disebabkan Karena program tersebut bukan merupakan program prioritas. Akibatnya dukungan dan komitmen pemerintah daerah terhadap program KtA dirasakan kurang. Hal itu dapat dilihat dari dukungan anggaran yang belum memadai dan sebagian besar tenaga kesehatan yang telah dilatih penanganan KtA dimutasi khususnya dokter. Dalam Pasal 108 KUHAP ayat (3) dinyatakan bahwa setiap pegawai negeri dalam rangka melaksanakan tugasnya yang mengetahui tentang terjadinya peristiwa yang merupakan tindak pidana wajib segera melaporkan hal itu kepada penyidik atau penyidik. Untuk itu, telah dibuat Permenkes Nomor 68 tahun 2013 tentang Kewajiban Pemberi Layanan Kesehatan untuk memberikan informasi atas adanya dugaan kekerasan terhadap anak.

Upaya kesehatan anak juga dilakukan untuk menjangkau kelompok anak terlantar dan anak jalanan. Kelompok umur remaja (usia 14–18 tahun) merupakan bagian terbesar dari kelompok anak jalanan. Salah satu masalah kesehatan yang dihadapi anak jalanan terkait dengan perilaku hidup bersih dan sehat. Hal ini tidak terlepas dari kondisi anak jalanan yang tidak memiliki tempat tinggal yang sehat. Anak jalanan menghabiskan sebagian besar waktunya di jalanan yang meningkatkan kerentanan mereka terhadap gangguan kesehatan seperti infeksi saluran pernapasan, diare, kulit, dan lain sebagainya. Anak jalanan secara psikologis memiliki konsep diri negatif, tidak atau kurang percaya diri, mudah tersinggung, ketergantungan pada orang lain, dan emosi yang tidak stabil. Kondisi ini menyebabkan mereka mudah terpengaruh orang lain dan cenderung berperilaku antisosial (berkelahi, mencuri, merampas, menggunakan dan menjalankan bisnis NAPZA, dan perilaku seks bebas). Selain itu, anak dapat mengalami berbagai bentuk kekerasan baik fisik, psikis, dan seksual. Mereka juga dapat mengalami eksploitasi fisik dan seksual terutama oleh orang dewasa hingga kehilangan nyawa, sehingga timbul masalah kesehatan yang terkait kesehatan reproduksi seperti Infeksi Menular Seksual

(IMS / PMS) dan HIV/AIDS.

Upaya kesehatan bagi anak terlantar dilakukan pada kelompok-kelompok sasaran seperti dipanti / LKSA anak terlantar / anak jalanan, *shelter*, rumah singgah dan lain-lain. Upaya kesehatan yang dilakukan mencakup aspek promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif melalui pelayanan kesehatan. Tenaga kesehatan yang bertugas dipuskesmas bekerjasama dengan unsur dari sector terkait dan LSM memberikan pelayanan kesehatan bagianak terlantar dan anak jalanan.

Puskesmas melakukan pembinaan kesehatan bagi bayi, balita, anak usia sekolah dan remaja dipanti (LKSA) adalah puskesmas yang melakukan pelayanan kesehatan terhadap anak dipanti/LKSA serta diberikan berdasarkan paket-paket pelayananyang disesuaikan dengan kelompok usia anak yang meliputi: Pelayanan kesehatan bayi, pelayanan kesehatan anak balita dan pelayanan kesehatan anak usia sekolah dan remaja. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengobatan, pelayanan imunisasi, pelayanan gizi, promosi kesehatan, penyehatan lingkungan, pengendalian penyakit, kesehatan jiwa dan pemeriksaan serta pemeliharaan kebersihan diri.

Sesuai amanat dari Undang-undang Nomor23 Tahun 2001 tentang Perlindungan Anak, anak dengan disabilitas merupakan bagian dari anak Indonesia yang perlu mendapat perhatian dan perlindungan oleh pemerintah, masyarakat, dan keluarga.

Upaya perlindungan bagi anak dengan disabilitas sama dengan anak lainnya yaitu upaya pemenuhan kebutuhan dasar anak, agar mereka dapat hidup, tumbuh, dan berkembang secara optimal serta berpartisipasi sesuai dengan kemampuan yang dimiliki. Kebutuhan dasar anak tersebut meliputi asah, asih, dan asuh yang dapat diperoleh melalui upaya dibidang kesehatan maupun pendidikan dan sosial. Sebagai salah satu Negara yang melakukan ratifikasi terhadap konvensihak-hak penyandang disabilitas (*Convention on the Rights of Persons with Disabilities/CRPD*) melalui Undang-undang Nomor 19 tahun 2011, Indonesia menghormati, melindungi, memenuhi, dan memajukan hak-hak penyandang disabilitas. Oleh karena itu, Indonesia harus melaporkan perkembangan program kesehatan bagi ADD oleh Kementerian Kesehatan melalui Kementerian Luar Negeri ditingkat internasional

Prinsip umum konvensi yaitu meningkatkan pemenuhan hak-hak penyandang disabilitas termasuk dalam hal aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan. Terkait anak dengan disabilitas, pemerintah melalui Kementerian Kesehatan telah melakukan upaya diantaranya deteksi dini,

stimulasi dan intervensi tumbuh kembang anak, skrining hipotiroid congenital dan melibatkan anak dengan disabilitas untuk menjadi kader kesehatan di Sekolah Luar Biasa (SLB) melalui Upaya Kesehatan Sekolah (UKS).

Program yang dilakukan bagi ADD selain melalui program UKS di SLB, juga melalui pembinaan kesehatan ADD ditingkat keluarga. Pembinaan kesehatan ADD ditingkat keluarga dikembangkan, mengingat sebagian besar ADD berada di masyarakat sehingga perlu untuk meningkatkan kesadaran masyarakat (*community awareness*) tentang hak-hak anak dengan disabilitas dan upaya pemberdayaan masyarakat/keluarga/orangtua, agar dapat melakukan pengasuhan yang benar apabila memiliki anak dengan disabilitas. Diharapkan program ini dapat menumbuhkan kemandirian orangtua/keluarga untuk mampu membimbing dan melatih anak tentang aktivitas hidup sehari-hari seperti *toilet training*, kebersihan diri termasuk menyikat gigi sendiri, memperhatikan tumbuh kembang anak dengan memberikan asupan gizi yang memadai, mengenal tanda-tanda penyakit dan upaya pencegahannya serta memberikan latihan sederhana bagian agar dapat mencapai kemampuan optimal sesuai potensi yang dimiliki. Target pembinaan SLB oleh puskesmas adalah puskesmas yang melakukan satu atau lebih pelayanan kesehatan melalui UKS di SLB, antara lain penyuluhan tentang kesehatan anak, penyuluhan tentang kesehatan lingkungan, penjangkaran kesehatan, pemberantasan sarang nyamuk, imunisasi, pengobatan, dan lain-lain.

Fokus pembangunan kesehatan selama 2016-2021 di provinsi Sulawesi Utara juga diarahkan pada penanganan Angka kesakitan dan kematian penyakit. Angka kesakitan dan kematian penyakit merupakan indikator dalam menilai derajat kesehatan suatu masyarakat. Untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian penyakit perlu upaya pengendalian penyakit. Pengendalian penyakit yang akan dibahas pada bab ini yaitu pengendalian penyakit menular meliputi penyakit menular langsung dan penyakit yang ditularkan melalui binatang. Selain membahas pengendalian penyakit yang menjadi prioritas pembangunan kesehatan nasional, .

Tuberkulosis merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Penyakit ini menyebar melalui *droplet* orang yang telah terinfeksi basil tuberkulosis. Beban penyakit yang disebabkan oleh tuberkulosis dapat diukur dengan *Case Notification Rate* (CNR), prevalensi (didefinisikan sebagai jumlah kasus tuberkulosis pada suatu titik waktu tertentu), dan mortalitas/kematian (didefinisikan sebagai jumlah kematian akibat tuberkulosis dalam jangka waktu tertentu). Menurut jenis kelamin, kasus BTA+ pada laki-

laki lebih tinggi dari pada perempuan yaitu 1,5 kali dibandingkan kasus BTA+ pada perempuan. Disparitas paling tinggi antara laki-laki dan perempuan terjadi di Kep. Bangka Belitung, kasus pada laki-laki hampir dua kali lipat dari kasus pada perempuan. Menurut kelompok umur, kasus baru paling banyak ditemukan pada kelompok umur 25-34 tahun yaitu sebesar 20,76% diikuti kelompok umur 45-54 tahun sebesar 19,57% dan pada kelompok umur 35-44 tahun sebesar 19,24%. Angka notifikasi kasus adalah angka yang menunjukkan jumlah pasien baru yang ditemukan dan tercatat diantara 100.000 penduduk disuatu wilayah tertentu. Angka ini apabila dikumpulkan serial akan menggambarkan kecenderungan penemuan kasus dari tahun ke tahun di wilayah tersebut. Angka ini berguna untuk menunjukkan kecenderungan (*trend*) meningkat atau menurunnya penemuan pasien pada wilayah tersebut. Salah satu upaya untuk mengendalikan TB yaitu dengan pengobatan. Indikator yang digunakan sebagai evaluasi pengobatan yaitu angka keberhasilan pengobatan (*successrate*). Angka keberhasilan pengobatan ini dibentuk dari angka kesembuhan (*cure rate*) dan angka pengobatan lengkap.

Indikator kinerja utama lainnya dalam renstra ini adalah Prevalensi HIV-AIDs, Penunonia DBD serta penyakit akibat binatang yaitu rabies.

HIV/AIDS merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi *Human Immunodeficiency Virus* yang menyerang sistem kekebalan tubuh. Infeksi tersebut menyebabkan penderita mengalami penurunan ketahanan tubuh sehingga sangat mudah untuk terinfeksi berbagai macam penyakit lain. Sebelum memasuki fase AIDS, penderita terlebih dulu dinyatakan sebagai HIV positif. Jumlah HIV positif yang ada dimasyarakat dapat diketahui melalui 3 metode, yaitu pada layanan *Voluntary, Counseling, and Testing (VCT)*, *serosurvey*, dan Survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP). Untuk mengukur kinerja penanganan HIV/AIDS dilakukan dengan melihat prevalensi HIV/AIDS dan Angka kematian atau *Case Fatality Rate (CFR)* akibat AIDS

Pneumonia adalah penyakit yang disebabkan kuman *Pneumo coccus*, *Staphylococcus*, *Streptococcus*, dan virus. Gejala penyakit pneumonia yaitu menggigil, demam, sakit kepala, batuk, mengeluarkan dahak, dan sesak napas. Populasi yang rentan terserang pneumonia adalah anak-anak usia kurang dari 2 tahun, usia lanjut lebih dari 65 tahun dan orang yang memiliki masalah kesehatan (malnutrisi, gangguan imunologi). Menurut umur, *period prevalence* pneumonia tertinggi terjadi pada kelompok umur balita terutama usia <1 tahun. Menurut daerah tempat tinggal, *period prevalence* pneumonia di perdesaan (2,0%) lebih tinggi dibandingkan

diperkotaan (1,6%). Sedangkan menurut status ekonomi dengan menggunakan indeks kepemilikan, semakin rendah status ekonomi semakin tinggi *period prevalence* pneumonia. Salah satu upaya yang dilakukan untuk mengendalikan penyakit ini yaitu dengan meningkatkan penemuan pneumonia pada balita. Perkiraan kasus pneumonia pada balita di suatu wilayah sebesar 10% dari jumlah balita di wilayah tersebut.

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue yang tergolong *Arthropod-Borne Virus*, genus *Flavivirus*, dan famili *Flaviviridae*. DBD ditularkan melalui gigitan nyamuk dari genus *Aedes*, terutama *Aedes aegypti* atau *Aedes albopictus*. Penyakit DBD dapat muncul sepanjang tahun dan dapat menyerang seluruh kelompok umur. Penyakit ini berkaitan dengan kondisi lingkungan dan perilaku masyarakat. Kematian akibat DBD dikategorikan tinggi jika CFR > 2%. Untuk penagannan DBD masih perlu upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dan peningkatan kualitas dan kuantitas SDM kesehatan dirumah sakit dan puskesmas (dokter, perawat dan lain-lain) termasuk peningkatan sarana-sarana penunjang diagnostik dan penatalaksanaan bagi penderita disarana-sarana pelayanan kesehatan.

Rabies merupakan penyakit mematikan baik pada manusia maupun hewan yang disebabkan oleh infeksi virus (golongan Rabdovirus) yang ditularkan melalui gigitan hewan seperti anjing, kucing, kelelawar, kera, musang dan serigala yang di dalam tubuhnya mengandung virus. Terdapat beberapa indicator yang digunakan dalam memantau upaya pengendalian rabies, yaitu: GHPR (kasus Gigitan Hewan Penular Rabies), PET/*Post Exposure Treatment* (penatalaksanaan kasus gigitan), dan kasus yang positif rabies dan mati berdasarkan uji *Lyssa*. Kasus kematian Karena rabies (*Lyssa*) di Sulawesi Utara merupakan yang tertinggi di Indonesia.

Dalam hal kesehatan lingkungan, indikator kinerja pembangunan kesehatan di Provinsi Sulawesi Utara selama 2016-2021 dititik beratkan pada indikator-indikator dibawah ini. Peraturan Pemerintah Nomor 66 tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan menyatakan bahwa kesehatan lingkungan adalah upaya pencegahan penyakit dan/atau gangguan kesehatan dari factor risiko lingkungan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat baik dari aspek fisik, kimia, biologi, maupun sosial. Sedangkan menurut WHO, kesehatan lingkungan meliputi seluruh faktor fisik, kimia, dan biologi dari luar tubuh manusia dan segala faktor yang dapat mempengaruhi perilaku manusia. Kondisi dan kontrol dari kesehatan lingkungan berpotensi

untuk mempengaruhi kesehatan. Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan menegaskan bahwa upaya kesehatan lingkungan ditujukan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat, baik fisik, kimia, biologi, maupun social yang memungkinkan setiap orang mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Lingkungan sehat mencakup lingkungan permukiman, tempat kerja, tempat rekreasi, serta tempat dan fasilitas umum, harus bebas dari unsur-unsur yang menimbulkan gangguan, diantaranya limbah (cair, padat, dan gas), sampah yang tidak diproses sesuai dengan persyaratan, vector penyakit, zat kimia berbahaya, kebisingan yang melebihi ambang batas, radiasi, air yang tercemar, udara yang tercemar, dan makanan yang terkontaminasi.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2014 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat, yang dimaksud dengan STBM adalah pendekatan untuk mengubah perilaku higienis dan saniter melalui pemberdayaan masyarakat dengan cara pemucuan. Penyelenggaraan STBM bertujuan untuk mewujudkan perilaku yang higienis dan saniter secara mandiri dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Dalam pelaksanaan STBM berpedoman pada lima pilar yaitu:

1. Stop buang air besar sembarangan (BABS),
2. Cuci tangan pakai sabun,
3. Pengelolaan air minum dan makanan rumah tangga,
4. Pengamanan sampah rumah tangga, dan
5. Pengamanan limbah cair rumah tangga

Desa STBM adalah desa yang sudah stop BABS minimal 1 dusun, mempunyai tim kerja STBM atau *natural leader*, dan telah mempunyai rencana kerja STBM atau rencana tindak lanjut. Jumlah desa STBM mengalami peningkatan setiap tahunnya. Dalam upaya pencapaian ini masih ada beberapa kendala yang dihadapi diantaranya dalam hal perubahan perilaku dan kesenjangan pencapaian desa/kelurahan yang melaksanakan STBM. Proses perubahan perilaku membutuhkan waktu yang relative lama dan tidak dapat dilakukan secara instan sehingga diperlukan pendampingan dari petugas agar masyarakat mau berubah untuk menerapkan perilaku yang lebih sehat dan tetap konsisten dalam menjalankannya. Kesenjangan pencapaian desa/kelurahan STBM disebabkan oleh belum semua petugas melaporkan hasil kegiatan didaerahnya.

Dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, Kementerian Kesehatan melalui Pusat Promosi Kesehatan menerapkan program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). PHBS adalah sekumpulan perilaku yang dipraktikkan atas dasar kesadaran sebagai hasil pembelajaran, yang menjadikan seseorang, keluarga, kelompok dan masyarakat mampu menolong dirinya sendiri (mandiri) dibidang kesehatan dan berperan aktif dalam mewujudkan kesehatan masyarakat. PHBS merupakan suatu tindakan pencegahan agar masyarakat terhindar dari penyakit dan gangguan kesehatan.

PHBS dapat dilakukan di berbagai tatanan masyarakat, seperti tatanan rumah tangga, sekolah, tempat kerja dan tempat-tempat umum. PHBS ditatanan rumah tangga adalah upaya untuk memberdayakan anggota rumah tangga agar tahu, mau, dan mampu mempraktikkan perilaku hidup bersih dan sehat serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan di masyarakat. Untuk mencapai rumah tangga ber-PHBS, terdapat sepuluh upaya yang harus dilakukan, yaitu:

1. Persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan
2. Memberi bayi ASI eksklusif
3. Menimbang balita setiap bulan
4. Menggunakan air bersih
5. Mencuci tangan dengan air bersih dan sabun
6. Menggunakan jamban sehat
7. Memberantas jentik di rumah sekali seminggu
8. Makan sayur dan buah setiap hari
9. Melakukan aktivitas fisik setiap hari
10. Tidak merokok di dalam rumah

Kabupaten / Kota Sehat (KKS) merupakan salah satu indikator pelaksanaan kegiatan penyehatan lingkungan dalam RPJMN dan Renstra 2010-2014. Dalam Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2005 dan Nomor 1138/Menkes/PB/VIII/2005 tentang Penyelenggaraan Kabupaten/Kota Sehat (KKS), KKS

adalah suatu kondisi kabupaten/kota yang bersih, nyaman, aman dan sehat untuk dihuni penduduk, yang dicapai melalui terselenggaranya penerapan beberapa tatanan dengan kegiatan yang terintegrasi yang disepakati masyarakat dan pemerintah kabupaten/kota.

Kabupaten/kota yang menyelenggarakan KKS adalah kabupaten/kota yang telah memiliki atau membentuk forum kabupaten/kota sehat (forum komunikasi di tingkat kecamatan dan kelompok kerja kelurahan/desa) dan tim Pembina kabupaten/kota yang aktif (melakukan pembinaan dan fasilitasi) yang ditetapkan melalui SK pemerintah daerah setempat serta memiliki tatanan sesuai dengan kriteria dalam klasifikasi Swasti Saba yaitu Padapa, Wiwerda dan Wistara. Tatanan yang dinilai dalam KKS meliputi tatanan wajib dan pilihan. Tatanan wajib meliputi: 1). Kawasan permukiman, sarana dan prasarana umum dan 2). Kehidupan masyarakat sehat yang mandiri. Sedangkan tatanan pilihan meliputi:

1. Kawasan sarana lalu lintas tertib dan pelayanan transportasi
2. Kawasan pertambangan sehat
3. Kawasan hutan sehat
4. Kawasan industri dan perkantoran sehat
5. Kawasan pariwisata sehat
6. Kawasan pangan dan gizi
7. Kehidupan sosial yang sehat

Penghargaan tertinggi bagi kabupaten/kota yang melaksanakan KKS adalah penghargaan Swasti Saba dengan kategori Padapa, Wiwerda dan Wistara. Kategori Padapa adalah bagi kabupaten/kota yang memilih dan melaksanakan dua tatanan wajib, Wiwerda bagi kabupaten/kota yang memilih dan melaksanakan tiga sampai empat tatanan (dua tatanan wajib dan satu sampai dengan dua tatanan pilihan), dan Wistara bagi kabupaten/kota yang memilih dan melaksanakan lima tatanan atau lebih (dua tatanan wajib dan tiga sampai dengan tujuh tatanan pilihan). Pemberian penghargaan ini telah diselenggarakan sejak tahun 2005 dan dilakukan setiap dua tahun sekali.

Dalam pelaksanaan kegiatan KKS ini, masih terdapat masalah yang dihadapi, diantaranya

standar indikator pelaksanaan kegiatan pertataan dalam KKS masih belum sempurna, koordinasi lintas sector yang masih sulit antara kementerian/lembaga terkait dalam merespon kerjasama dengan Kemenkes untuk mewujudkan KKS, kurangnya sosialisasi dan komitmen pemerintah daerah dalam pengambilan keputusan akibat seringnya mutasi kepegawaian di daerah, fungsi tim Pembina yang belum optimal baik ditingkat pusat, provinsi maupun kabupaten/kota, dan kurangnya advokasi dan sosialisasi kegiatan penyehatan kawasan yang terdiri dari KKS, pasar sehat, pelabuhan sehat dan DTPK disetiap kabupaten/kota. Untuk mengatasi masalah tersebut, upaya yang dapat dilakukan adalah mengembangkan jejaring dengan lintas sector dan lintas program yang terkait dengan penyelenggaraan KKS dan menyusun rancangan Peraturan Presiden tentang KKS.

Indikator kinerja bidang penyehatan lingkungan juga adalah penanganan air minum.. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 492/MENKES/PER/IV/2010 tentang Persyaratan Kualitas Air Minum, air minum adalah air yang melalui proses pengolahan atau tanpa proses pengolahan yang memenuhi syarat kesehatan dan dapat langsung diminum. Pada Permenkes tersebut juga disebutkan bahwa penyelenggara air minum wajib menjamin air minum yang diproduksinya aman bagi kesehatan. Dalam hal ini penyelenggara air minum diantaranya adalah Badan Usaha Milik Negara (BUMN)/ Badan Usaha Milik Daerah (BUMD), koperasi, badan usaha swasta, usaha perorangan, kelompok masyarakat dan/atau individual yang menyelenggarakan penyediaan air minum. Air minum yang aman bagi kesehatan adalah air minum yang memenuhi persyaratan secara fisik, mikrobiologis, kimia, dan radioaktif. Secara fisik, air minum yang sehat adalah tidak berbau, tidak berasa, tidak berwarna serta memiliki total zat padat terlarut, kekeruhan, dan suhu sesuai ambang batas yang ditetapkan. Secara mikrobiologis, air minum yang sehat harus bebas dari bakteri *E.Coli* dan total bakteri koliform. Secara kimiawi, zat kimia yang terkandung dalam air minum seperti besi, aluminium, klor, arsen, dan lainnya harus dibawah ambang batas yang ditentukan. Secara radioaktif, kadar *gross alphaactivity* tidak boleh melebihi 0,1 becquerel per liter (Bq/l) dan kadar *gross betaactivity* tidak boleh melebihi 1Bq/l.

Belum optimalnya pelaksanaan pengambilan sampel uji kualitas air minum disebabkan pengawasan kualitas air minum belum menjadi prioritas kegiatan di provinsi dan kabupaten/kota sehingga dukungan kebijakan dan pendanaan masih minim. Selain itu belum semua kabupaten/kota memiliki laboratorium uji kualitas air minum, peralatan uji kualitas air yang memenuhi standar dan SDM yang kompeten. Peran aktif unit pelaksana teknis (UPT) yaitu

Balai Besar Teknik Kesehatan Lingkungan dan Pengendalian Penyakit (B/BTKLPP) dan Kantor Kesehatan Pelabuhan (KKP) dalam hal pengawasan, pembinaan, dan koordinasi dengan lintas sector terutama PDAM juga menjadi faktor penentu keberhasilan pelaksanaan kegiatan uji kualitas air minum. Untuk mengatasi masalah tersebut, upaya yang dapat dilakukan adalah melakukan advokasi dan sosialisasi Permenkes nomor 492/MENKES/PER/IV/2010 tentang Persyaratan Kualitas Air Minum dan Permenkes nomor 736/MENKES/PER/VI/2010 tentang Tata Laksana Pengawasan Kualitas Air Minum, meningkatkan Kemitraan Pemerintah– Swasta (KPS) serta melibatkan lintas program, lintas sector dan lembaga Internasional seperti WHO, mendukung ketersediaan peralatan pengawasan kualitas air minum untuk seluruh provinsi dan kabupaten/kota, mengoptimalkan peran UPT (B/BTKLPP), dan monitoring dan evaluasi yang berkelanjutan.

Badan Pusat Statistik setiap tahunnya melaksanakan Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) yang diantaranya melakukan survey rumah tangga yang memiliki akses air minum layak. Berdasarkan kuesioner Susenas, rumah tangga dikatakan menggunakan/mempunyai akses air minum layak apabila sumber air minum yang digunakan rumah tangga berasal dari leding (leding meteran dan eceran), air terlindung (pompa/sumur bor, sumur terlindung, mata air terlindung) dengan jarak ≥ 10 m dari penampungan kotoran/limbah, atau air hujan. Apabila sumber air minum utama tidak berasal dari leding, air terlindung dengan jarak ≥ 10 m dari penampungan kotoran/limbah, dan air hujan maka tetap mempunyai akses air minum layak apabila sumber air mandi/cucinya yang berasal dari leding (leding meteran dan eceran), air terlindung (pompa/sumur bor, sumur terlindung, mata air terlindung) atau air hujan.

Kendala yang dihadapi dalam upaya peningkatan akses air minum layak. Adanya kecenderungan meningkatnya penggunaan air kemasan dan isi ulang sebagai sumber air minum, sementara itu air kemasan dan isi ulang tidak termasuk sebagai sumber air minum layak. Hal ini terjadi disebabkan oleh pendataan yang dilakukan saat ini hanya memotret akses terhadap sumber air yang digunakan untuk minum, belum memperhitungkan kondisi rumah tangga yang memiliki lebih dari satu sumber air yang layak untuk diminum. Penyediaan infrastruktur air minum yang ada juga belum dapat mengimbangi laju pertumbuhan penduduk. Selain itu, anggaran daerah untuk perbaikan sarana air minum yang dipakai di masyarakat belum teralokasi, termasuk sumber air minum bukan jaringan perpipaan yang tidak terlindungi.

Akses terhadap sanitasi layak merupakan salah satu pondasi inti dari masyarakat yang

sehat. Sanitasi yang baik merupakan elemen penting yang menunjang kesehatan manusia. Sanitasi berhubungan dengan kesehatan lingkungan yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Buruknya kondisi sanitasi akan berdampak negative di banyak aspek kehidupan, mulai dari turunnya kualitas lingkungan hidup masyarakat, tercemarnya sumber air minum bagi masyarakat, meningkatnya jumlah kejadian diare dan munculnya beberapa penyakit. Berdasarkan konsep dan definisi SDGs, rumah tangga memiliki akses sanitasi layak apabila fasilitas sanitasi yang digunakan memenuhi syarat kesehatan antara lain dilengkapi dengan leher angsa, tanki septik (*septic tank*)/ Sistem Pengolahan Air Limbah (SPAL), yang digunakan sendiri atau bersama.

Pembangunan sanitasi masih belum menjadi kegiatan prioritas di kabupaten/kota. Hal ini berdampak pada ketersediaan sarana sanitasi yang mudah, murah, dan terjangkau oleh masyarakat. Kendala lain pada program sanitasi diantaranya kerjasama dan kemitraan ada program sanitasi yang belum optimal dan investasi pada sektor sanitasi masih minim karena belum mempunyai nilai ekonomis secara langsung. Selain itu perubahan perilaku masyarakat terhadap PHBS yang relatif lama juga menjadi kendala tersendiri.

Upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi kendala-kendala di atas, yaitu dengan melakukan advokasi dan sosialisasi secara terpadu bersama lintas program dan lintas sektor, mengalokasikan anggaran APBD yang cukup untuk monitoring dan pendampingan kepada masyarakat oleh sanitarian/fasilitator/kader untuk mewujudkan perubahan perilaku hygiene di masyarakat secara berkesinambungan, melakukan pelatihan dan pembinaan calon wirausaha sanitasi di provinsi dan kabupaten/kota, dan mengoptimalkan peran UPT (B/BTKLPP) dalam menciptakan pilihan opsi teknologi sarana sanitasi untuk daerah khusus seperti daerah pasang surut, daerah sulit air, dan sebagainya.

Untuk menunjang pelaksanaan Strategi Penanggulangan Kemiskinan – Operasi Daerah Selesaikan Kemiskinan maka dalam pembangunan rumah tinggal layak huni, Dinas Kesehatan provinsi Sulawesi Utara akan memberikan perhatian terhadap prasyarat pembangunan rumah sehat. Rumah sehat adalah rumah yang memiliki kriteria minimal akses air minum, akses jamban sehat, lantai, pencahayaan, dan ventilasi sesuai dengan Kepmenkes RI Nomor 829/MENKES/SK/VII/1999 tentang Persyaratan Kesehatan Perumahan dan Permenkes Nomor 1077/MENKES/PER/2012 tentang Pedoman Penyehatan Udara dalam Ruang Rumah. Menurut Kepmenkes RI No.829/MENKES/SK/VII/1999 tentang Persyaratan Kesehatan Perumahan,

ketentuan rumah yang memenuhi persyaratan kesehatan sebagai berikut:

1. Bahan bangunan

- a. Tidak terbuat dari bahan yang dapat melepaskan bahan yang dapat membahayakan kesehatan, antara lain: debu total kurang dari $150 \mu\text{g}/\text{m}^2$, asbestos kurang dari $0,5 \text{ serat}/\text{m}^3$ per 24 jam, dan timah hitam (Pb) kurang dari $300 \text{ mg}/\text{kg}$
- b. Tidak terbuat dari bahan yang dapat menjadi tumbuh dan berkembangnya mikroorganisme patogen

2. Komponen dan penataan ruangan rumah

- a. Lantai kedap air dan mudah dibersihkan
- b. Dinding rumah memiliki ventilasi, di kamar mandi dan kamar cuci kedap air dan mudah dibersihkan
- c. Langit-langit rumah mudah dibersihkan dan tidak rawan kecelakaan
- d. Bubungan rumah 10 m dan ada penangkal petir
- e. Ruang ditata sesuai dengan fungsi dan peruntukannya
- f. Dapur harus memiliki sarana pembuangan asap

3. Pencahayaan

Pencahayaan alam dan/atau buatan langsung maupun tidak langsung dapat menerangi seluruh ruangan dengan intensitas penerangan minimal 60 lux dan tidak menyilaukan mata.

4. Kualitas udara

- a. Suhu udara nyaman antara $18-30^{\circ}\text{C}$
- b. Kelembaban udara 40 – 70 %
- c. Gas SO_2 kurang dari $0,10 \text{ ppm}/24 \text{ jam}$
- d. Pertukaran udara $5 \text{ kali}^3/\text{menit}/\text{penghuni}$

- e. Gas CO kurang dari 100 ppm/8 jam
 - f. Gas formaldehid kurang dari 120 mg/m³
5. Ventilasi Luas lubang ventilasi alamiah yang permanen minimal 10% luas lantai
 6. Vektor penyakit; Tidak ada lalat, nyamuk ataupun tikus yang bersarang didalam rumah
 7. Penyediaan air
 - a. Tersedia sarana penyediaan air bersih dengan kapasitas minimal 60 liter/orang/hari
 - b. Kualitas air harus memenuhi persyaratan kesehatan air bersih dan/atau air minum
 8. Sarana penyimpanan makanan. Tersedia sarana penyimpanan makanan yang aman
 9. Pembuangan Limbah. Limbah cair yang berasal dari rumah tangga tidak mencemari sumber air, tidak menimbulkan bau, dan tidak mencemari permukaan tanah sedangkan Limbah padat harus dikelola dengan baik agar tidak menimbulkan bau, tidak mencemari permukaan tanah dan air tanah
 10. Kepadatan hunian. Luas kamar tidur minimal 8 m² dan tidak dianjurkan untuk lebih dari dua orang tidur. Persyaratan ini juga berlaku juga terhadap rumah susun atau kondominium, rumah toko, dan rumah kantor pada zona permukiman.

Penyehatan pemukiman memang belum menjadi prioritas kabupaten/kota di Sulawesi Utara. Selain itu koordinasi dan kemitraan terkait penyehatan pemukiman yang belum optimal dan minimnya SDM dan dana untuk melakukan penilaian rumah sehat juga menjadi penghambat dalam program penyehatan pemukiman. Hambatan lainnya adalah tidak semua pemilik rumah mampu memperbaiki rumah sesuai rekomendasi sanitarian puskesmas. Upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi hambatan tersebut antara lain melakukan koordinasi dan kemitraan antar stakeholder yang terkait, advokasi dan sosialisasi ke daerah untuk melakukan penilaian dan pendataan rumah sehat, menyebarluaskan media komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) terkait rumah sehat, dan mengoptimalkan kegiatan pelayanan kesehatan lingkungan (klinik sanitasi) di puskesmas.

Tempat-Tempat Umum (TTU) adalah tempat atau sarana umum yang digunakan untuk kegiatan masyarakat dan diselenggarakan oleh pemerintah/swasta atau perorangan, antara lain sarana pendidikan (sekolah dasar/madrasah ibtidaiyah, sekolah menengah pertama/madrasah tsanawiyah, sekolah menengah atas/sekolah menengah kejuruan/madrasah aliyah), fasilitas

pelayanan kesehatan (rumah sakit dan Puskesmas), serta hotel bintang dan non bintang. TTU dinyatakan sehat sesuai dengan Kepmenkes RI No 1204/MENKES/SK/X/2004 tentang Kesehatan Lingkungan RS, Kepmenkes RI No 1429/MENKES/SK/XII/2006 tentang Penyelenggaraan Kesehatan Lingkungan Sekolah, dan Permenkes No 80/MENKES/Per/II/1990 tentang Persyaratan Kesehatan Hotel. Beberapa hal yang menjadi ketentuan TTU sehat dilingkungan rumah sakit, sekolah, dan hotel yaitu:

1. Lokasi TTU
2. Konstruksi bangunan seperti atap, langit-langit, dinding, lantai, tangga, pintu, jendela, dan pembuangan air hujan
3. Kualitas udara
4. Pencahayaan,
5. Ventilasi
6. Kebisingan
7. Fasilitas air bersih, air minum, dan sarana pembuangan limbah
8. Kondisi ruangan dan penggunaan sesuai peruntukannya

Masalah yang dihadapi dalam pelaksanaan peningkatan jumlah TTU yang memenuhi syarat diantaranya adalah koordinasi antar program dan lintas sektor yang belum optimal, alokasi dana dalam anggaran daerah untuk kegiatan penyehatan dan pengawasan TTU yang masih terbatas, mekanisme pendataan dan pelaporan yang belum efektif, dan peralatan pengukuran parameter kualitas lingkungan yang belum lengkap. Oleh karena itu, dapat dilakukan upaya-upaya untuk mengatasi masalah tersebut, yaitu dengan melakukan advokasi dan sosialisasi terpadu antar program dan lintas sektor, memenuhi kebutuhan peralatan pengukuran parameter kesehatan lingkungan, meningkatkan sistem monitoring dan evaluasi, dan meningkatkan kapasitas pemilik/penyelenggara TTU agar ikut serta dalam peningkatan kualitas kesehatan lingkungan.

Tempat pengelolaan makanan (TPM) adalah usaha pengelolaan makanan yang meliputi jasa boga atau katering, rumah makan dan restoran, depot air minum, kantin, dan makanan jajanan. TPM dinyatakan sehat sesuai dengan Kepmenkes Nomor 1098/MENKES/SK/VII/2003 tentang Persyaratan Higiene Sanitasi Rumah Makan dan Restoran. Berdasarkan Kepmenkes Nomor 1098/Menkes/SK/VII/2003 tentang Persyaratan Higiene Sanitasi Rumah Makan dan Restoran, persyaratan hygiene sanitasi yang harus dipenuhi meliputi:

1. Persyaratan lokasi dan bangunan
2. Persyaratan fasilitas sanitasi

3. Persyaratan dapur, rumah makan, dan gudang makanan
4. Persyaratan bahan makanan dan makanan jadi
5. Persyaratan pengolahan makanan
6. Persyaratan penyimpanan bahan makanan dan makanan jadi
7. Persyaratan penyajian makanan jadi
8. Persyaratan peralatan yang digunakan

Dalam rencana strategis Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara Angka Kecukupan Gizi (AKG) pada tahun 2015 sudah mencapai target nasional. AKG yang dianjurkan adalah suatu kecukupan rata-rata zat gizi setiap hari bagi semua orang menurut golongan umur, jenis kelamin, ukuran tubuh, aktifitas tubuh untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal. Rata-rata kecukupan energi dan protein sebesar 2.150 kilo kalori dan 57 gram per orang per hari. AKG rata-rata viniper orang per hari menurut kelompok umur, jenis kelamin, berat badan dan tinggi badan tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2013. Menurut pedoman gizi seimbang rata-rata kecukupan energi dan protein bagi penduduk Indonesia adalah 2.150 kilo kalori dan 57 gram protein per orang per hari. Dari gambar di atas, terlihat bahwa proporsi asupan energi penduduk Indonesia terbesar berasal dari karbohidrat 57,4%

Berdasarkan kajian Neraca Bahan Makanan (NBM), ketersediaan energi penduduk Sulawesi Utara Tahun 2014 (aram II 2014) sebesar 4.498 kkal/kapita/hari dan ketersediaan protein sebesar 124 gram/kapita/hari. Angka ketersediaan Energi dan Protein ini sudah melebihi anjuran Widya Karya Pangan dan Gizi Tahun 2004 yaitu Energi 2.200 kkal/kapita/hr dan Protein 57 gr/kapita/hr. Dengan demikian Sulawesi Utara sudah Swasembada Pangan

Pelaksanaan Percepatan Penganekaragaman Konsumsi Pangan guna peningkatan mutu konsumsi pangan di Sulawesi Utara telah dilakukan melalui berbagai kegiatan: (1) Fasilitasi bibit, benih sayuran dan buah-buahan, pupuk untuk peningkatan konsumsi pangan bagi 15 organisasi wanita/dasawisma di 7 kabupaten/kota, (2) Pengembangan unit usaha pengolahan pangan lokal berupa alat pengolahan bagi 2 KWT/PKK di Kab.Minahasa Selatan dan Kab.Minahasa Tenggara; (3) Promosi ketahanan

Dalam rangka upaya peningkatan pembangunan ketahanan pangan, maka telah dilakukan pemberian reward terhadap insan/pelaku pembangunan ketahanan pangan melalui *Adhikarya Pangan Nusantara (APN)*. Penghargaan dibidang ketahanan panganyang diberikan kepada perorangan/ kelompok/gabungan kelompok masyarakat pengelola program ketahanan

pangan yang berprestasi dan memberikan kontribusi nyata dalam mewujudkan ketahanan pangan.

Rincian Rencana Program, Kegiatan, Indikator Kinerja, Kelompok Sasaran, dan Pendanaan Indikatif SKPD Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara disajikan dalam tabel 5.1.

BAB VI
INDIKATOR KINERJA DINAS KESEHATAN YANG MENGACU PADA TUJUAN
DAN SASARAN RPJMD PR0V SULUT 2016-2021

Penetapan indikator kinerja Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara sebagai ukuran keberhasilan pencapaian visi dan misi Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara digambarkan pada Tabel 6.1 berikut :

Tabel 6.1 Indikator Kinerja Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara

NO	Indikator	Kondisi Kinerja pada awal periode RPJMD Tahun 2016	Target Capaian Setiap Tahun					Kondisi Kinerja pada akhir periode RPJMD
			Tahun 2017	Tahun 2018	Tahun 2019	Tahun 2020	Tahun 2021	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
1.	Cakupan kematian Neo Natal / 1000 Kelahiran Hidup	21	20	19	18	18	18	18
2.	Angka Kematian Anak/ 1000 Kelahiran Hidup (kasus)	42	40	38	38	38	38	38
3.	Angka Kematian Bayi / 1000 Kelahiran Hidup (kasus)	29	27	26	26	26	26	26
4.	Angka Usia Harapan Hidup	70,94 tahun	70,96 tahun	70,98 tahun	71 tahun	71, 02 tahun	71,05 tahun	71,05 tahun
5.	Presentase gizi buruk	3%	2%	2%	1%	1%	1	1%

6.	Ratio Puskesmas/12.000 penduduk	1 : 13.475	1 : 13307	1 : 13229	1 : 13144	1 : 13067	1 : 12000	1 : 12000
7.	Prevalensi dengan berat badan rendah/kekurangan gizi	8,30%	8,00%	7,00%	6,00%	5,00%	4,00%	4,00%
8.	Persentase Rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat	50%	55%	60	65%	70%	75%	75%
9.	Jumlah Kab/Kota dengan API Malaria <1 / 1.000 penduduk	13	13	14%	14%	14%	14%	14%
10.	Jumlah Kasus TB tercatat per 100.000 penduduk	282	282	320	320	320	320	320
11.	Persentase kab/kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap pada bayi	74,1	85	90	95	95	100	100
12.	Persentase angka kasus HIV yang diobati	100	100	100	100	100	100	100
13	Presentase Kab/kota yang melaksanakan kebijakan kawasan tanpa rokok di minimal 50 % sekolah	80%	80%	85%	86%	88%	90%	90%

14	Jumlah Kab/kota yang memiliki RSUD daerah yang tersertifikasi/A kreditasi	0	2	4	6	8	10	10
15	Jumlah Kecamatan yang memiliki minimal 1 puskesmas yang tersertifikasi/a kreditasi	10 PKM	30 PKM	70 PKM	110 PKM	140 PKM	187 PKM	187 PKM

BAB VII

PENUTUP

Dengan memanjatkan puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Kuasa, Rencana Strategis Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara Tahun 2016 – 2021 dapat disusun. Rencana Strategis ini disusun dan ditetapkan untuk menjawab dan memfokuskan upaya Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara menghadapi tantangan pembangunan kesehatan yang makin kompleks, berlangsung pesat dan tidak menentu.

Rencana Strategis Dinas Kesehatan ini diharapkan dapat digunakan sebagai acuan dalam perencanaan - pelaksanaan dan penilaian upaya Dinas Kesehatan dalam kurun waktu lima tahun (2016 – 2021) sehingga hasil pencapaiannya dapat diukur dan dipergunakan sebagai bahan penyusunan laporan kinerja tahunan Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara. Diharapkan upaya Dinas Kesehatan sampai tahun 2021 dapat lebih terarah dan terukur serta perencanaan pendanaan pembangunan kesehatan dapat tertata berdasarkan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Provinsi Sulawesi Utara.

Kepada semua pihak yang terlibat dalam penyusunan Renstra ini diucapkan terima kasih. Tentunya Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara tahun 2016 – 2021 ini dapat dilaksanakan dan mencapai tujuannya, bila dilakukan dengan dedikasi yang tinggi dan kerja keras dari segenap aparatur kesehatan di lingkungan Dinas Kesehatan dan Jajarannya baik dari tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota serta masyarakat.

**KEPALA DINAS KESEHATAN
PROVINSI SULAWESI UTARA**

dr. DEBIE K.R KALALO, MSc.PH
PEMBINA TINGKAT I

TABEL RUMUSAN PROGRAM, KEGIATAN DAN PENDANAAN

No. Kode	Bidang Urusan Pemerintahan dan program Prioritas Pembangunan	Indikator Kinerja Program (Outcome)	Kondisi Indikator Kinerja pada awal RPJMD (2016)	Capaian Kinerja Progam dan Kerangka Pendanaan										Kondisi Indikator Kinerja pada akhir RPJMD (2021)	Perangkat Daerah Penanggung Jawab
				2017		2018		2019		2020		2021			
				Target	Rp.	Target	Rp.	Target	Rp.	Target	Rp.	Target	Rp.		
1	URUSAN WAJIB														
	DINAS KESEHATAN DAERAH														
BELANJA TIDAK LANGSUNG					76,770,221,512		85,853,328,000		85,853,328,000		87,999,661,200		90,199,652,730		
Belanja Pegawai					76,770,221,512		85,853,328,000		85,853,328,000		87,999,661,200		90,199,652,730		
BELANJA LANGSUNG					184,249,838,286		611,951,954,896		512,751,954,896		531,987,936,828		545,287,635,249		
1	Program Pelayanan Administrasi Perkantoran	Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah Dinas Kesehatan ; NILAI LKIP SKPD DINAS KESEHATAN RATA - RATA MINIMUM B	NILAI AKUNTABILITAS KINERJA SKPD DINAS KESEHATAN RATA - RATA MINIMUM B	NILAI AKUNTABILITAS KINERJA SKPD DINAS KESEHATAN RATA - RATA MINIMUM B	14,035,701,746	NILAI AKUNTABILITAS KINERJA SKPD DINAS KESEHATAN RATA - RATA MINIMUM B	61,302,042,826	NILAI AKUNTABILITAS KINERJA SKPD DINAS KESEHATAN RATA - RATA MINIMUM B	31,055,322,175	NILAI AKUNTABILITAS KINERJA SKPD DINAS KESEHATAN RATA - RATA MINIMUM B	31,831,705,229	NILAI AKUNTABILITAS KINERJA SKPD DINAS KESEHATAN RATA - RATA MINIMUM B	32,627,497,860	NILAI AKUNTABILITAS KINERJA SKPD DINAS KESEHATAN RATA - RATA MINIMUM B	Dinas Kesehatan
2	Program Peningkatan Sarana dan Prasarana Aparatur	Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah Dinas Kesehatan ; NILAI LKIP SKPD DINAS KESEHATAN RATA - RATA MINIMUM B	NDEKS NILAI AKUNTABILITAS KINERJA SKPD DINAS KESEHATAN RATA - RATA MINIMUM B	NDEKS NILAI AKUNTABILITAS KINERJA SKPD DINAS KESEHATAN RATA - RATA MINIMUM B	18,183,002,544	NDEKS NILAI AKUNTABILITAS KINERJA SKPD DINAS KESEHATAN RATA - RATA MINIMUM B	11,604,747,715	NDEKS NILAI AKUNTABILITAS KINERJA SKPD DINAS KESEHATAN RATA - RATA MINIMUM B	14,608,490,353	NDEKS NILAI AKUNTABILITAS KINERJA SKPD DINAS KESEHATAN RATA - RATA MINIMUM B	14,973,702,612	NDEKS NILAI AKUNTABILITAS KINERJA SKPD DINAS KESEHATAN RATA - RATA MINIMUM B	15,348,045,177	NDEKS NILAI AKUNTABILITAS KINERJA SKPD DINAS KESEHATAN RATA - RATA MINIMUM B	Dinas Kesehatan
3	Program Peningkatan Disiplin Aparatur	Prosentase ASN Perangkat Daerah yang tidak dikenai sanksi disiplin	95%	95%	456,250,000	95%	947,300,000	97%	1,134,750,000	97%	1,163,118,750	97%	1,192,196,719	97%	Dinas Kesehatan
4	Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Aparatur	Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah Dinas Kesehatan ; NILAI LKIP SKPD DINAS KESEHATAN RATA - RATA MINIMUM B	NDEKS NILAI AKUNTABILITAS KINERJA SKPD DINAS KESEHATAN RATA - RATA MINIMUM B	NDEKS NILAI AKUNTABILITAS KINERJA SKPD DINAS KESEHATAN RATA - RATA MINIMUM B	890,756,547	NDEKS NILAI AKUNTABILITAS KINERJA SKPD DINAS KESEHATAN RATA - RATA MINIMUM B	1,112,134,000	NDEKS NILAI AKUNTABILITAS KINERJA SKPD DINAS KESEHATAN RATA - RATA MINIMUM B	1,593,328,895	NDEKS NILAI AKUNTABILITAS KINERJA SKPD DINAS KESEHATAN RATA - RATA MINIMUM B	1,633,162,117	NDEKS NILAI AKUNTABILITAS KINERJA SKPD DINAS KESEHATAN RATA - RATA MINIMUM B	1,673,991,170	NDEKS NILAI AKUNTABILITAS KINERJA SKPD DINAS KESEHATAN RATA - RATA MINIMUM B	Dinas Kesehatan
5	Program Peningkatan Pengembangan Sistem Pelaporan Capaian Kinerja dan Keuangan	Cakupan pelaporan capaian kinerja dan keuangan; Laporan/tahun sesuai peraturan perundangan	100% dari 42 Laporan (LKIP, LAPORAN TAHUNAN, LPPD SKPD, LKPJ SKPD, 12 Laporan Bulanan, 12 Laporan fungsional bendahara, Laporan semesteran, 12 Laporan EPRA)	100% dari 42 Laporan (LKIP, LAPORAN TAHUNAN, LPPD SKPD, LKPJ SKPD, 12 Laporan Bulanan, 12 Laporan fungsional bendahara, Laporan semesteran, 12 Laporan EPRA)	183,867,849	100% dari 42 Laporan (LKIP, LAPORAN TAHUNAN, LPPD SKPD, LKPJ SKPD, 12 Laporan Bulanan, 12 Laporan fungsional bendahara, Laporan semesteran, 12 Laporan EPRA)	135,880,000	100% dari 42 Laporan (LKIP, LAPORAN TAHUNAN, LPPD SKPD, LKPJ SKPD, 12 Laporan Bulanan, 12 Laporan fungsional bendahara, Laporan semesteran, 12 Laporan EPRA)	177,031,600	100% dari 42 Laporan (LKIP, LAPORAN TAHUNAN, LPPD SKPD, LKPJ SKPD, 12 Laporan Bulanan, 12 Laporan fungsional bendahara, Laporan semesteran, 12 Laporan EPRA)	181,457,390	100% dari 42 Laporan (LKIP, LAPORAN TAHUNAN, LPPD SKPD, LKPJ SKPD, 12 Laporan Bulanan, 12 Laporan fungsional bendahara, Laporan semesteran, 12 Laporan EPRA)	185,993,825	100% dari 42 Laporan (LKIP, LAPORAN TAHUNAN, LPPD SKPD, LKPJ SKPD, 12 Laporan Bulanan, 12 Laporan fungsional bendahara, Laporan semesteran, 12 Laporan EPRA)	Dinas Kesehatan
6	Program Penyelenggaraan Hari-Hari Besar Kenegaraan/Kedaerahan	Terseleenggaranya Hari-Hari Besar Kenegaraan/Kedaerahan	100%	100%	264,415,000	100%	200,350,000	100%	426,992,000	100%	437,666,800	100%	448,608,470	100%	Dinas Kesehatan

No. Kode	Bidang Urusan Pemerintahan dan program Prioritas Pembangunan	Indikator Kinerja Program (Outcome)	Kondisi Indikator Kinerja pada awal RPJMD (2016)	Capaian Kinerja Progam dan Kerangka Pendanaan										Kondisi Indikator Kinerja pada akhir RPJMD (2021)	Perangkat Daerah Penanggung Jawab
				2017		2018		2019		2020		2021			
				Target	Rp.	Target	Rp.	Target	Rp.	Target	Rp.	Target	Rp.		
7	Program Perencanaan Perangkat Daerah	Terciptanya sinkronisasi dan sinergi pelaksanaan pembangunan daerah dalam upaya mencapai daya guna dan hasil guna yang sebesar-besarnya. (Cakupan dokumen perencanaan yang sinkron, konsisten, dan bersinergi terhadap RPJMD dan RKPD)	100% dari total 12 dokumen perencanaan (Rancangan Awal Renstra SKPD 2016-2021, Rancangan Renstra SKPD 2016-2021, Rancangan Akhir Renstra SKPD 2016-2021, Renstra SKPD 2016-2021, Renstra Perubahan SKPD 2016-2021, Rancangan Awal Renja SKPD, Rancangan Renja SKPD, Rancangan Akhir Renja SKPD, Renja SKPD, Renja Perubahan SKPD, RKA, RKA Perubahan)	100% dari total 7 dokumen perencanaan (Rancangan Awal Renja SKPD 2018, Rancangan Renja SKPD 2018, Rancangan Akhir Renja SKPD 2018, Renja SKPD 2018, Renja Perubahan SKPD 2017, RKA 2018, RKA Perubahan 2017)	99,541,400	635,301,730	100% dari total 11 dokumen perencanaan (Rancangan Awal Renja SKPD 2020, Rancangan Renja SKPD 2020, Rancangan Akhir Renja SKPD 2020, Renja SKPD 2020, Renja Perubahan SKPD 2019, RKA 2020, RKA Perubahan 2019)	521,400,130	100% dari total 7 dokumen perencanaan (Rancangan Awal Renja SKPD 2021, Rancangan Renja SKPD 2021, Rancangan Akhir Renja SKPD 2021, Renja SKPD 2021, Renja Perubahan SKPD 2020, RKA 2021, RKA Perubahan 2020)	534,435,133	100% dari total 11 dokumen perencanaan (Rancangan Awal Renja SKPD 2022, Rancangan Renja SKPD 2022, Rancangan Akhir Renja SKPD 2022, Renja SKPD 2022, Renja Perubahan SKPD 2021, RKA 2022, RKA Perubahan 2021, Rancangan Awal Renstra SKPD 2021-2026, Rancangan Akhir Renstra SKPD 2021-2026, Renstra SKPD 2021-2026, Renstra SKPD 2021-2026,)	547,796,012	100% (43 DOKUMEN PERENCANAAN yang sinkron, konsisten, dan bersinergi terhadap RPJMD dan RKPD)	Dinas Kesehatan	
8	Program Perbaikan Gizi Masyarakat	Persentase balita gizi buruk yang mendapat perawatan	100%	100%	1,207,738,000	100%	1,215,808,000	100%	1,410,000,000	100%	1,445,250,000	100%	1,481,381,250	100%	Dinas Kesehatan
9	Program Pengembangan Lingkungan Sehat	% Penduduk Yang memiliki akses terhadap air minum berkualitas	60.0%	62.0%	141,820,000	63.0%	123,782,000	66.0%	1,198,219,143	67.0%	1,228,174,622	70.0%	1,258,878,987	70%	Dinas Kesehatan
10	Program Promosi dan Pemberdayaan Masyarakat	Jumlah Puskesmas yang melakukan pendataan dan intervensi dengan pendekatan keluarga	0 PKM	42 PKM	520,016,200	142 PKM	545,078,500	195 PKM	802,740,650	195 PKM	822,809,166	195 PKM	843,379,395	75%	Dinas Kesehatan
		% Persentase penduduk yang menggunakan jamban sehat	65.00%	67.0%	-	69.0%	-	72.0%	-	75.0%	-	80.0%	-	80%	
11	Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular	Jumlah kab/kota yang melaksanakan pelayanan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular	15 kab/Kota	15 kab/Kota	1,173,428,100	15 kab/Kota	2,357,988,550	15 kab/Kota	2,153,409,900	15 kab/Kota	2,207,245,148	15 kab/Kota	2,262,426,276	15 kab/kota	Dinas Kesehatan
		Persentase Kab/Kota dengan IR DBD < 49 / 100.000 penduduk	70%	70%	-	75%	-	80%	-	85%	-	85%	-	85%	
		Jumlah Kab/Kota dengan API Malaria <1 / 1.000 penduduk	13 kab/kota	13 kab/kota	-	13 kab/kota	-	14 kab/kota	-	15 kab/kota	-	15 kab/kota	-	15 kab/kota	
		Persentase kabupaten kota eliminasi rabies	8%	13%	-	30%	-	35%	-	35%	-	50%	-	50%	
		Jumlah Kab/Kota yang melaksanakan POPM Kecacingan	15	15	-	15	-	15	-	15	-	15	-	15	
		Persentase Kabupaten Kota yang mampu memberikan pelayanan TBC sesuai standar kepada orang terduga TBC (spm no.11)	33%	33%	-	40%	-	100%	-	100%	-	100%	-	100%	
		Jumlah Kasus TB tercatat per 100.000 penduduk yang diobati	282	282	-	295	-	331	-	333	-	340	-	340	

No. Kode	Bidang Urusan Pemerintahan dan program Prioritas Pembangunan	Indikator Kinerja Program (Outcome)	Kondisi Indikator Kinerja pada awal RPJMD (2016)	Capaian Kinerja Progam dan Kerangka Pendanaan										Kondisi Indikator Kinerja pada akhir RPJMD (2021)	Perangkat Daerah Penanggung Jawab
				2017		2018		2019		2020		2021			
				Target	Rp.	Target	Rp.	Target	Rp.	Target	Rp.	Target	Rp.		
1		Persentase penemuan kasus kusta baru tanpa cacat	94	95	-	96	-	97	-	98	-	98	-	98	-
		Persentase kabupaten kota yang mampu memberikan pemeriksaan HIV sesuai standar kepada orang yang berisiko terinfeksi HIV (SPM No.12)	20%	20%	-	40%	-	100%	-	100%	-	100%	-	100%	-
		Persentase kabupaten kota yang melaksanakan LROA Diare aktif	10	20	-	40	-	60	-	70	-	80	-	80	-
		Persentase Kab/Kota yang melaksanakan kegiatan deteksi dini hepatitis B pada kelompok berisiko	60	70	-	80	-	90	-	90	-	100	-	100	-
		Terlaksananya pelayanan kesehatan bagi penduduk terdampak krisis kesehatan akibat bencana provinsi dan atau berpotensi bencana provinsi	100%	100%	-	100%	-	100%	-	100%	-	100%	-	100%	-
12	Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular	Persentase Kab/Kota melaksanakan pelayanan kesehatan sesuai standar pada setiap penderita Diabetes Mellitus dan Hipertensi (SPM no.9)	10%	20%	2,804,756,400	30%	970,394,000	40%	1,083,861,900	50%	1,110,958,448	60%	1,138,732,409	80%	Dinas Kesehatan
		Presentase Kab/kota yang melaksanakan kebijakan kawasan tanpa rokok di minimal 50 % sekolah	50%	60%	-	65%	-	70%	-	80%	-	90%	-	100%	-
		Persentase desa kelurahan yang melaksanakan monitoring FRPTM melalui kegiatan Posbindu PTM (spm no.6)	10%	20%	-	30%	-	40%	-	60%	-	80%	-	100%	-
		Jumlah Perempuan Usia 30-50 tahun yang dideteksi dini kanker leher rahim dan kanker payudara setiap tahunnya	1000 orang	1500 orang	-	2000 orang	-	3000 orang	-	4000 orang	-	5000 orang	-	100%	-
		Jumlah Puskesmas yang mampu memberikan pelayanan kesehatan jiwa dan Napza sesuai standard (spm no. 10)	10 pkm	20 pkm	-	30 pkm	-	40 PKM	-	50 PKM	-	60 PKM	-	80 PKM	-
13	Program Standarisasi Pelayanan Kesehatan	Jumlah Kab/kota yang melaksanakan standarisasi pelayanan kesehatan			239,293,700			972,337,000		2,303,822,500		2,361,418,063		2,420,453,514	
14	Program Obat Dan Perbekalan Kesehatan	Presentase Ketersediaan Obat dan Vaksin di Faskes	80%	86%	4,004,712,620	90%	7,074,410,000	95%	5,376,241,137	100%	5,510,647,165	100%	5,648,413,345	100%	Dinas Kesehatan
		Jumlah Kab/Kota yang melaksanakan deteksi keamanan pangan	15 kab/Kota		-	15 kab/kota	-	15 kab/kota	-	15 kab/kota	-	15 kab/kota	-	15 kab/kota	-
15	Program Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin	Jumlah Kab/kota yang melaksanakan pelayanan penduduk miskin	15 kab/Kota	15 kab/Kota	1,670,905,800	15 kab/Kota	1,056,390,000	15 kab/Kota	1,220,491,000	15 kab/Kota	1,251,003,275	15 kab/Kota	1,282,278,357	15 kab/Kota	Dinas kesehatan
16	Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Anak dan Balita	Setiap Bayi Baru lahir mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standard (SPM No.3)	76,6%	80,0%	849,977,200	83,0%	1,057,410,000	85,0%	1,045,000,000	86,0%	1,071,125,000	88,0%	1,097,903,125	88%	Dinas Kesehatan

No. Kode	Bidang Urusan Pemerintahan dan program Prioritas Pembangunan	Indikator Kinerja Program (Outcome)	Kondisi Indikator Kinerja pada awal RPJMD (2016)	Capaian Kinerja Progam dan Kerangka Pendanaan										Kondisi Indikator Kinerja pada akhir RPJMD (2021)	Perangkat Daerah Penanggung Jawab
				2017		2018		2019		2020		2021			
				Target	Rp.	Target	Rp.	Target	Rp.	Target	Rp.	Target	Rp.		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
20	Program Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat	Presentase masyarakat miskin yang mendapatkan pelayanan Kesehatan			-		1,750,000,000				1,838,593,750		1,884,558,594		Dinas Kesehatan
21	Program Kesehatan Haji	Presentase hasil pemeriksaan kesehatan jemaah haji	80%	80%	47,500,000	85%	52,710,000	90%	55,125,000	95%	56,503,125	95%	57,915,703	95%	Dinas Kesehatan
22	Program Pengembangan Sumber Daya Manusia Kesehatan	Ratio dokter spesialis terhadap jumlah penduduk	22 dokter spesialis	10 dokter	-	10 dokter	598,545,200	10 dokter	797,500,000	11 dokter	817,437,500	11 dokter	837,873,438	75 dokter	Dinas Kesehatan
		Ratio dokter umum terhadap jumlah penduduk	33 dokter umum	40	-	40	-	45	-	45	-	45	-	-	
		Ratio dokter gigi terhadap jumlah penduduk	4 dokter gigi	12	-	12	-	13	-	13	-	13	-	-	
		Ratio Perawat terhadap jumlah penduduk	187 perawat	158	-	158	-	180	-	180	-	180	-	-	
		Ratio Bidan terhadap jumlah penduduk	46 Bidan	100	-	100	-	120	-	120	-	120	-	-	
23	Program Surveillance dan Imunisasi	Persentase anak 0 - 11 bulan yang mendapat imunisasi dasar lengkap	73%	75%	522,158,100	76%	1,077,258,500	78.0%	591,250,000	79.0%	606,031,250	80.0%	621,182,031	85%	Dinas Kesehatan
		Tertanganinya Kejadian Luar Biasa < 24 Jam	95%	95%	-	95%	-	95%	-	95%	-	95%	-	95%	
		Terlaksananya pelayanan Kesehatan bagi penduduk pada kondisi KLB Provinsi	100%	100%	-	100%	-	100%	-	100%	-	100%	-	-	
24	Program JKN	Jumlah Kab/Kota yang mencapai Universal Coverage	0 Kab/Kota	0 Kab/Kota	-	5 Kab/Kota	163,018,000	10 Kab/Kota	742,000,000	13 Kab/Kota	760,550,000	15 Kab/Kota	779,563,750	100%	Dinas Kesehatan
25	Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga	Jumlah Kabupaten Kota yang melaksanakan Program PIS-PK	0 Kab/Kota	-	-	5 Kab/kota	184,969,000	15 kab/Kota	202,846,000	15 Kab/kota	207,917,150	15 kab/Kota	213,115,079	15 kab/Kota	Dinas Kesehatan
26	Program Kemitraan Peningkatan Pelayanan Kesehatan	Penduduk Mempunyai Jaminan (Universal Coverage)	60.00%	65.0%	13,596,930,000	70.0%	13,776,000,000	70.0%	26,510,274,092	90.0%	27,173,030,944	90.0%	27,852,356,718	90%	Dinas Kesehatan
27	Program Pengadaan, Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit/ Rumah Sakit Jiwa/ Rumah Sakit Paru-paru/ Rumah Sakit Mata	Jumlah gedung, alat kesehatan, logistik, obat-obatan, interior dan perlengkapan Rumah Sakit.	3 RS	3 RS	54,521,029,020	3 RS	441,554,240,300	4 RSUD	347,495,399,318	4 RSUD	356,182,784,301	5 RSUD	365,087,353,908	5 RSUD	Dinas Kesehatan
		Jumlah RS Rujukan Tingkat Provinsi Sulawesi Utara (RSUD Provinsi)	0 RS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	UPTD RSUD Provinsi
		Jumlah RS Rujukan di tingkat Regional (RS. Noongan)	1 RS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	UPTD RS Noongan
		Jumlah RS Rujukan di daerah kawasan ekonomi khusus (RS. Manembonembo)	0 RS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	UPTD RS Manembonembo
		Jumlah RS Rujukan Jiwa (RS. Ratumbusang)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	UPTD RS Ratumbusang
28	Program Pemeliharaan, Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit/ Rumah Sakit Jiwa/ Rumah Sakit Paru-paru/ Rumah Sakit Mata	jumlah alat-alat kesehatan, ruang perawatan, ruang poliklinik, gawat darurat, IPAL, yang terpelihara	95%	95.0%	718,300,000	95.0%	1,069,356,310	95.0%	1,167,500,000	95.0%	1,196,687,500	95.0%	1,226,604,688	95%	Dinas Kesehatan (BKMM)

No. Kode	Bidang Urusan Pemerintahan dan program Prioritas Pembangunan	Indikator Kinerja Program (Outcome)	Kondisi Indikator Kinerja pada awal RPJMD (2016)	Capaian Kinerja Progam dan Kerangka Pendanaan										Kondisi Indikator Kinerja pada akhir RPJMD (2021)	Perangkat Daerah Penanggung Jawab
				2017		2018		2019		2020		2021			
				Target	Rp.	Target	Rp.	Target	Rp.	Target	Rp.	Target	Rp.		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
29	Program Pelayanan Kesehatan dan Penanggulangan Kegawatdaruratan Terpadu	Ketersediaan Tim PSC di RS dan Kab/Kota	0%	0%	-	30%	219,036,500	50%	343,760,703	100%	352,354,721	100%	361,163,589	100%	Dinkes (Balai Pelayanan Kesehatan dan Kegawat Daruratan)
30	Program Pelayanan Umum Kesehatan Poliklinik	Jumlah pasien yang mendapat pelayanan kesehatan di poliklinik	-	-	-	600 pasien	181,740,970	650 pasien	112,870,485	650 pasien	115,692,247	pasien	118,584,553	-	Dinas Kesehatan
31	Program Penanggulangan Wabah dan Bencana	Persentase kabupaten kota yang memiliki SDM Kesehatan yang mampu dalam penanggulangan gawat darurat bencana	100%	100%	-	100%	-	100%	103,588,695	100%	106,178,412	100%	108,832,873	100%	Dinas Kesehatan
32	Program Penyediaan Data Kesehatan	Jumlah Kabupaten/Kota yang menerapkan Teknologi SIKDA	5	6	474,412,032	10	-	15	387,572,500	15	397,261,813	15	407,193,358	600%	Dinas Kesehatan (UPTD BALAI DATA)
33	Program Penelitian dan Pengembangan Kesehatan	Jumlah Penelitian Kesehatan yang dilakukan setiap tahun	0	4	713,190,800	8	-	12	-	15	1,537,500,000	15	1,575,937,500	-	Dinas Kesehatan
		Jumlah RS yang memiliki SDM sesuai standard	0 RS	7 RS	-	10 RS	-	15 RS	-	20 RS	-	25 RS	-	15 Kab/Kota	
34	Program Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan	Terpenuhinya jumlah tenaga kesehatan yang mendapat sertifikat pada pelatihan teknis kesehatan	150 sertifikat	150 sertifikat	684,916,190	450 sertifikat	-	600 sertifikat	-	650 sertifikat	717,500,000	700 sertifikat	735,437,500	2550 sertifikat	Bapelkes
		Terpenuhinya jumlah tenaga kesehatan yang mendapat sertifikat pada pelatihan pada jabatan fungsional/manajemen kesehatan	120 sertifikat	120 sertifikat	-	400 sertifikat	-	550 sertifikat	-	120 sertifikat	-	120 sertifikat	-	sertifikat	
35	Program Upaya Pelayanan Kesehatan	Jumlah Pasien yang mendapat pelayanan kesehatan mata	100%	100%	-	100%	-	100%	45,492,100,000	100%	46,629,402,500	100%	47,795,137,563	100%	Dinas Kesehatan (BKMM)
		Jumlah Kab/Kota yang dilaksanakan kegiatan skrining kesehatan mata	90%	90%	-	95%	-	95%	-	100%	-	100%	-	100	
		Jumlah Pasien Mata yang sudah terlayani lewat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)	100%	100%	-	100%	-	100%	-	100%	-	100%	-	100%	
36	Program Pelayanan Kesehatan Mata Penduduk Miskin	Tertanganinya Penderita Katarak pada penduduk Miskin	80%	80%	-	85%	-	85%	-	85%	2,260,125,000	85%	2,316,628,125	85%	Dinas Kesehatan (BKMM)
37	Program Peningkatan Kualitas Lab. Kesehatan	Jumlah Lab Kab/Kota yang dibina	0%	0%	-	20%	-	40%	-	50%	63,464,310	60%	65,050,918	-	Dinkes (BPPK)
		Presentasi PKM dan RS yang melaksanakan pengelolaan limbah medis sesuai standard	10%	10%	-	20%	-	30%	-	40%	-	50%	-	-	
BELANJA LANGSUNG + BELANJA TIDAK LANGSUNG					261,020,059,798	697,805,282,896	598,605,282,896	619,987,598,028	635,487,287,979						

No. Kode	Bidang Urusan Pemerintahan dan program Prioritas Pembangunan	Indikator Kinerja Program (Outcome)	Kondisi Indikator Kinerja pada awal RPJMD (2016)	Capaian Kinerja Progam dan Kerangka Pendanaan										Kondisi Indikator Kinerja pada akhir RPJMD (2021)	Perangkat Daerah Penanggung Jawab
				2017		2018		2019		2020		2021			
				Target	Rp.	Target	Rp.	Target	Rp.	Target	Rp.	Target	Rp.		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16