

BAB I : Pendahuluan

Kondisi pembangunan kesehatan tahun 2005 merupakan kondisi pembangunan yang sangat kondusif bila dibandingkan dari 30 tahun pembangunan kesehatan sebelumnya dan merupakan tahun pertama setelah pasca bencana alam gempa / tsunami serta pasca penandatanganan MOU perdamaian antara GAM dan Pemerintah RI, untuk tahun-tahun sebelumnya Provinsi NAD merupakan daerah yang sangat rawan keamanan. Hampir semua sektor dapat dikatakan sangat sulit untuk berkembang diakibatkan suasana keamanan yang sangat tidak kondusif sehingga tidak mendukung terhadap pembangunan. Hal ini juga dirasakan di sektor kesehatan, banyak pembangunan sarana dan prasarana kesehatan di daerah-daerah terpencil dan kepulauan tidak dapat dilakukan dan diawasi secara baik, sehingga banyak fasilitas kesehatan dalam kondisi yang belum memadai tidak dapat dilakukan perbaikan. Penempatan petugas kesehatan juga mengalami masalah yang cukup berarti mengingat banyak petugas kesehatan baik medis dan non medis tidak dapat bertugas sepenuhnya, terutama di daerah-daerah terpencil dan beberapa daerah yang rawan terhadap gangguan keamanan, sehingga sangat mengganggu terhadap kinerja peningkatan pelayanan kesehatan secara menyeluruh di Provinsi NAD.

Untuk tahun 2005 kondisi keamanan di seluruh provinsi NAD telah cukup baik dan sangat mendukung terhadap peningkatan pelayanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat. Hal yang cukup signifikan adalah peningkatan jumlah anggaran untuk sektor kesehatan melalui anggaran APBN yang diberikan oleh Pemerintah Pusat melalui Dana Rekonstruksi dan Rehabilitasi dan bantuan Luar Negeri yang secara langsung melakukan perbaikan terhadap seluruh fasilitas kesehatan, baik fisik maupun non fisik yang mengalami kerusakan diakibatkan bencana tsunami.

Dukungan ini merupakan hal yang positif sebagai awal didalam peningkatan pelayanan kesehatan di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, yang dapat dikatakan cukup tertinggal dibanding dengan Provinsi lain. Tantangan yang masih perlu mendapat

perhatian khusus adalah terbatasnya SDM, baik yang membidangi manajemen maupun teknis kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota secara kuantitas maupun kualitas. Dukungan teknis masih sangat dibutuhkan dari semua pihak terutama pemerintah pusat maupun pihak terkait lainnya terhadap peningkatan mutu tenaga medis maupun non medis.

Hal yang sangat membanggakan saat ini adalah Dinas Kesehatan Provinsi NAD telah menyelesaikan Rencana Strategi (Renstra) Pembangunan Kesehatan untuk Provinsi NAD dalam jangka 5 (lima) tahun ke depan, dan ini merupakan acuan didalam pembangunan kesehatan di Provinsi NAD untuk masa yang akan datang.

Sejalan hal tersebut di atas, didalam usaha pemantauan peningkatan pelayanan kesehatan, profil kesehatan Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam Tahun 2005 telah dapat terbit yang didalamnya menyajikan informasi perkembangan pembangunan kesehatan secara menyeluruh. Profil Kesehatan Provinsi NAD merupakan lanjutan dari profil kesehatan tahun-tahun sebelumnya, untuk profil kesehatan tahun 2005 ini telah mengalami penambahan data terutama data kesakitan yang diambil dari data surveilans serta data lain yang digambarkan secara menyeluruh, analisa data disajikan dengan membandingkan perkembangan dari tahun sebelumnya, baik dalam bentuk grafik maupun tabel.

Sampai saat ini Profil Kesehatan Provinsi NAD masih mengacu kepada tabel Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Tabel Standar Pelayanan Minimal yang bersumber dari Program-Program Kesehatan, data yang diperoleh dari Kantor Statistik, BKKBN, Bappeda serta dukungan penuh dari Dinkes/RSU Kabupaten/Kota di seluruh Provinsi NAD.

BAB II : Gambar Umum

A. GEOGRAFI DAN KEPENDUDUKAN

1. Geografis

Nanggroe Aceh Darussalam merupakan provinsi yang terletak antara 2⁰ sampai 6⁰ lintang utara dan 95⁰ sampai 98⁰ bujur timur, temperatur rata-rata 25⁰C, dengan kelembaban rata-rata 85%, Curah hujan rata-rata setiap tahun berkisar 3,0 sampai 245,9 mm.

Secara geografis Provinsi NAD berbatasan sebagai berikut: sebelah utara berbatasan dengan Selat Malaka; sebelah selatan dengan Provinsi Sumatera Utara; sebelah timur berbatasan dengan Selat Malaka dan sebelah barat dengan Samudera Indonesia, luas Provinsi NAD kurang lebih 57.755,87 km², terdiri dari 21 Kabupaten/Kota, 227 Kecamatan, 5.254 Desa.

2. Kependudukan.

a. Jumlah dan Pertumbuhan Penduduk.

Jumlah penduduk Provinsi NAD tahun 2005 sebesar 4.031.589 jiwa. Laju pertumbuhan penduduk pada periode 2004-2005 sebesar 1,65 % pertahun hal ini tidak mengalami perubahan dibandingkan dengan periode sebelumnya. Jumlah penduduk laki-laki 2.005.763 dan perempuan 2.025.826 dengan sex rasio 1,01. (Sumber Statistik 2005).

b. Kepadatan Penduduk

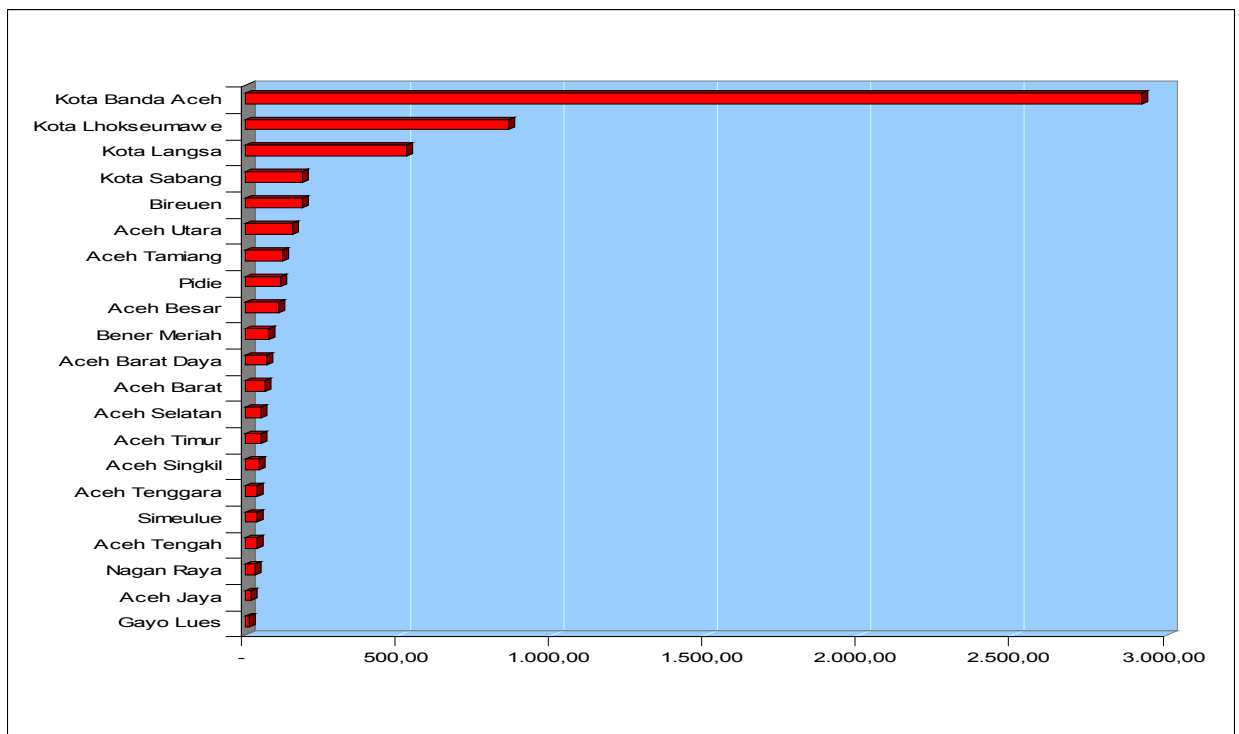
Kepadatan penduduk tahun 2005 di Provinsi NAD adalah 70.21/km², bila kepadatan penduduk dilihat untuk setiap kabupaten/kota maka kota Banda

Aceh dengan tingkat kepadatan tertinggi, yaitu 2.916 per km², sedangkan yang paling jarang adalah Kabupaten Gayo Lues dengan tingkat kepadatan 12,60 per km².

Kepadatan penduduk Provinsi NAD menurut Kabupaten/Kota pada tahun 2005 dapat dilihat pada gambar berikut:

Grafik II. 1

Kepadatan Penduduk menurut Kabupaten/Kota Tahun 2005



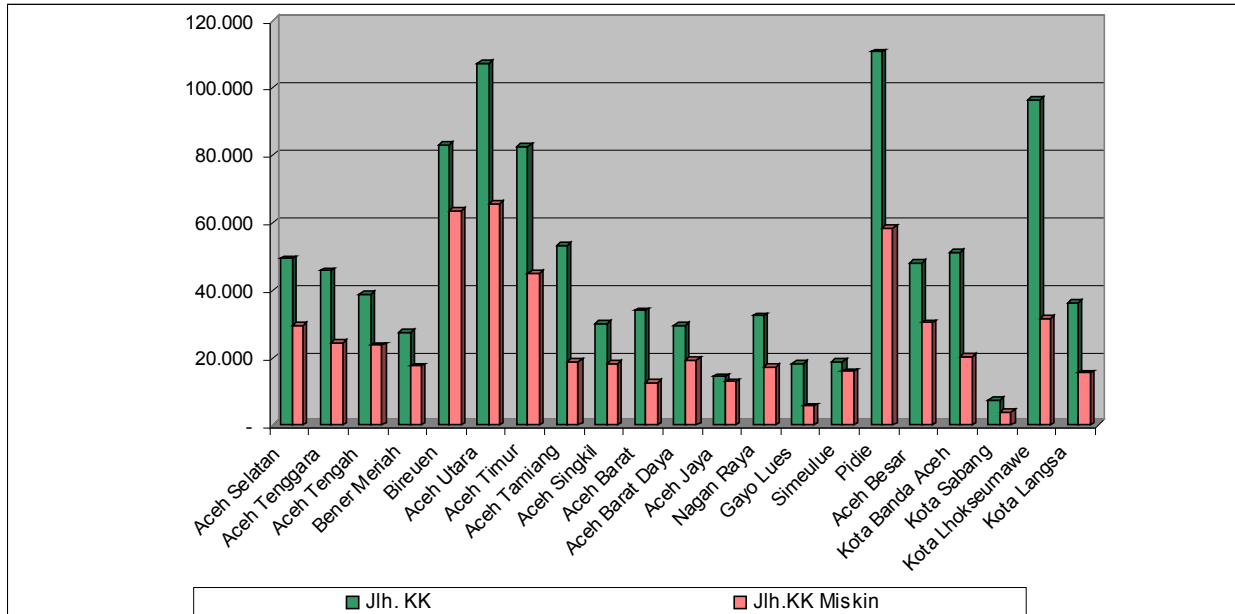
c. Keluarga Miskin

Penanganan keluarga miskin untuk pelayanan kesehatan di Provinsi NAD mendapat perhatian khusus dimana semua pelayanan kesehatan dasar tanpa dipungut biaya (gratis), berkaitan dengan keluarga miskin untuk tahun 2005 menunjukkan peningkatan bila dibandingkan tahun 2004 yaitu \pm

49,26% KK miskin sedangkan tahun 2005 ± 54,20% KK miskin. Distribusi KK miskin pada setiap Kabupaten/Kota adalah sebagai berikut:

Grafik II.2

Jumlah KK dan KK Miskin menurut Kabupaten/Kota Tahun 2005



Bila dilakukan persentase jumlah KK miskin dengan KK yang ada pada setiap Kabupaten/Kota maka Kabupaten Aceh Jaya terdapat 89,18% KK miskin, disusul Aceh Barat 86,66% dan Simeulue 85 %, untuk Kabupaten/Kota yang memiliki KK miskin dibawah 35% adalah Kabupaten Gayo Luwes 30,97 % dan Kota Lhokseumawe 32,94%.

B. LINGKUNGAN FISIK DAN BIOLOGIK

Untuk menilai keadaan lingkungan dan upaya yang dilakukan untuk menciptakan lingkungan sehat telah dipilih empat indikator yang diprogramkan dalam sektor kesehatan, yaitu presentase keluarga yang memiliki persediaan air minum sehat, presentase keluarga yang memiliki akses jamban sehat, persentase keluarga yang mengelola sampah dengan baik dan persentase keluarga mengelola air limbahnya dengan aman.

Sedangkan lingkungan yang dikembangkan sektor-sektor terkait mencakup kependudukan, kondisi lingkungan sosial dan kondisi ekonomi.

Indikator kependudukan yang terpenting adalah pertumbuhan penduduk rata-rata pertahun dan prevalensi aseptor keluarga berencana.

Secara geografis wilayah Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam berada pada daerah tropis, dimana iklim dan lahannya cukup potensial untuk berkembang biaknya vektor serta kuman penyakit yang setiap saat dapat mengancam kesehatan masyarakat.

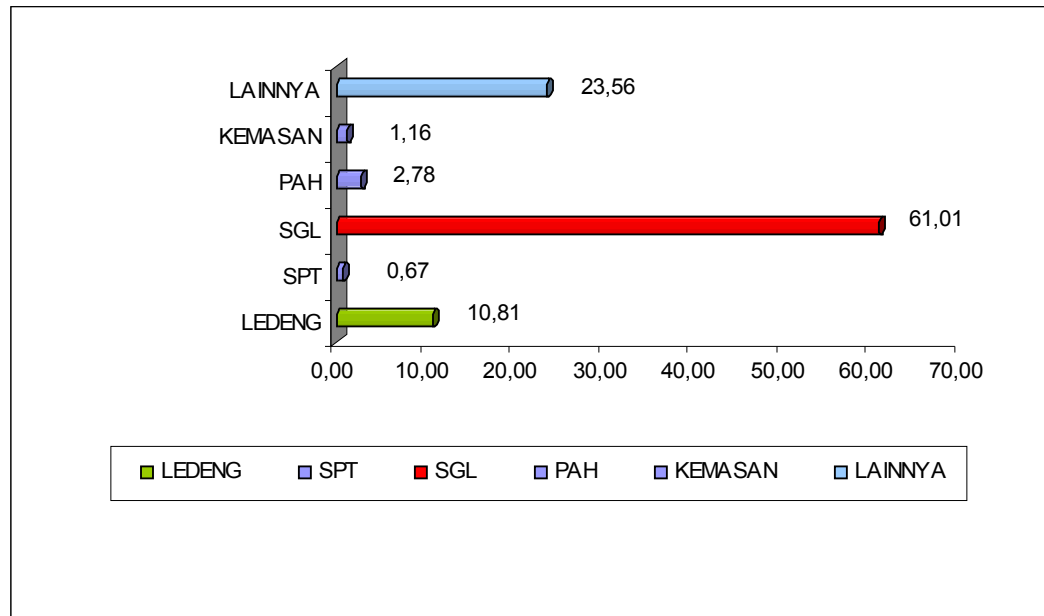
Beberapa upaya untuk memperkecil resiko turunnya kualitas lingkungan telah dilaksanakan oleh berbagai instansi terkait seperti pembangunan sarana sanitasi dasar, pemantauan dan penataan lingkungan, pengukuran dan pengendalian kualitas lingkungan.

Pembangunan sarana sanitasi dasar bagi masyarakat yang berkaitan langsung dengan masalah kesehatan meliputi penyediaan air bersih, jamban sehat, perumahan sehat yang biasanya ditangani secara lintas sektor. Sedangkan di jajaran Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota kegiatan yang dilaksanakan meliputi pemantauan kualitas air untuk minum, pemantauan sanitasi rumah sakit, pembinaan dan pemantuan sanitasi tempat-tempat umum (Hotel, Terminal), tempat pengolahan makanan, tempat pengolahan pestisida dan sebagainya.

1. Air Bersih

Untuk tahun 2005 jumlah keluarga yang diperiksa yang memiliki akses air bersih masih sangat minim. Dari hasil pengumpulan data melalui profil Kesehatan Kabupaten/kota penggunaan air bersih pada setiap keluarga yang paling tertinggi adalah sumur gali $\pm 61,01\%$, Lain-lain $\pm 23,56\%$, ledeng $\pm 10,81\%$, sumur pompa tangan $\pm 0,67\%$ dan Penampungan Air Hujan $\pm 2,28\%$, sedangkan penggunaan air kemasan 1,16%. Secara grafik dapat dilihat sebagai berikut:

Grafik II.3
Persentase Keluarga Memiliki Akses Air Bersih Tahun 2005



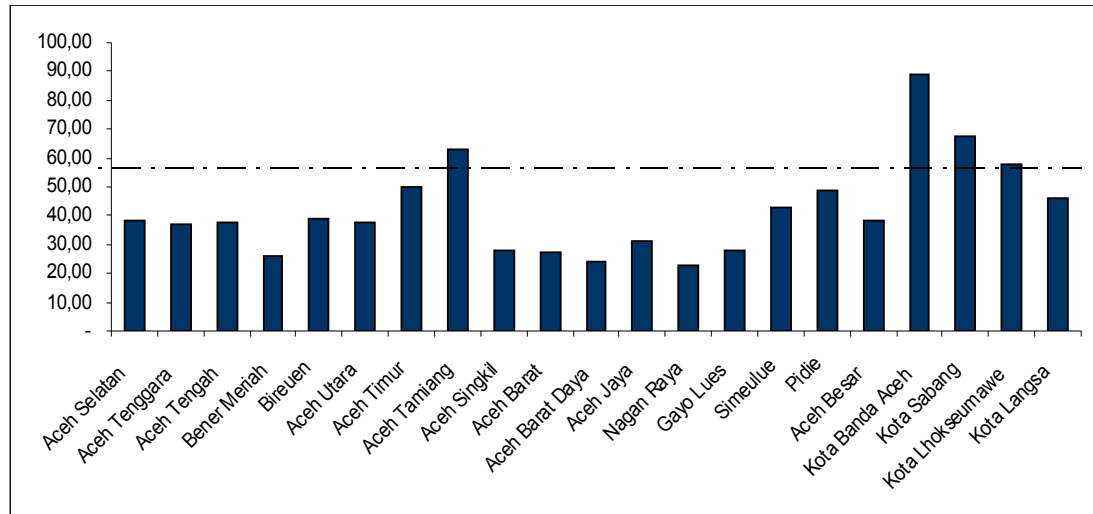
2. Rumah Sehat

Bagi sebagian besar masyarakat, rumah merupakan tempat berkumpul bagi semua anggota keluarga dan menghabiskan sebagian besar waktunya, sehingga kondisi kesehatan perumahan sangat berperan sebagai media penularan penyakit diantara anggota keluarga atau tetangga sekitarnya.

Pada tahun 2005 telah dilakukan pemeriksaan rumah sehat di beberapa Kabupaten/Kota menunjukkan kondisi 42,20% dinyatakan sehat dari 401.780 rumah yang dilakukan pemeriksaan.

Dari data yang ada maka program sosialisasi terhadap masyarakat untuk membangun rumah sehat perlu terus dilakukan sehingga pencegahan terhadap penyakit vektor dapat diperkecil dan penyebab penyakit lainnya dari lingkungan sekitar rumah.

Grafik II.4
Persentase Rumah Sehat Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2005



Dari Grafik diatas hampir seluruh kabupaten/kota memiliki rumah sehat dibawah 50% setelah dilakukan pemeriksaan sedangkan target dari indikator Indonesia sehat 2010 adalah 80%, maka strategi peningkatan rumah sehat perlu dilakukan.

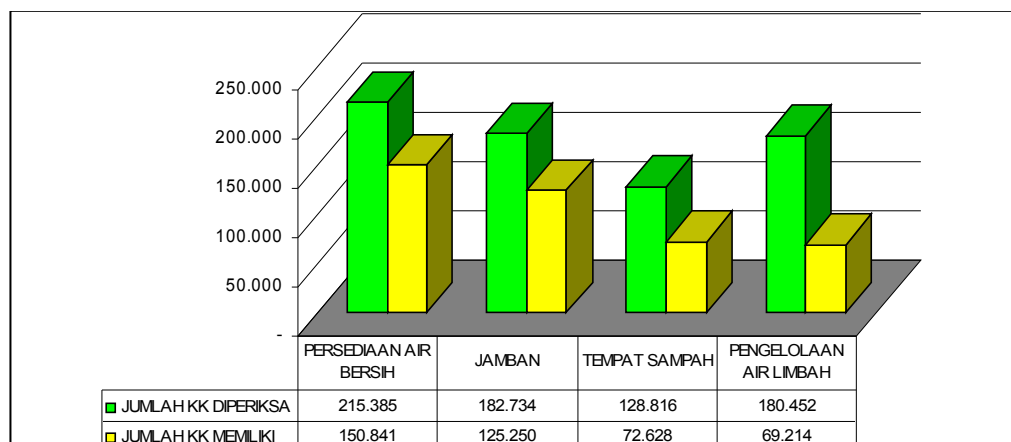
3. Keluarga Dengan Kepemilikan Sarana Sanitasi Dasar.

Keluarga dengan kepemilikan sarana sanitasi dasar meliputi persediaan air bersih, kepemilikan jamban keluarga, tempat sampah dan pengelolaan air limbah keluarga keseluruhan hal tersebut sangat diperlukan didalam peningkatan kesehatan lingkungan.

Dari hasil pendataan yang diberikan oleh kabupaten/kota melalui data profil menggambarkan sampai tahun 2005 persediaan air bersih mencapai 64,99%, ketersediaan jamban keluarga 68,54%, ketersediaan tempat

sampah 52,12% dan tempat pengelolaan air limbah keluarga 38,36%. Secara nominal dapat dilihat pada grafik berikut.

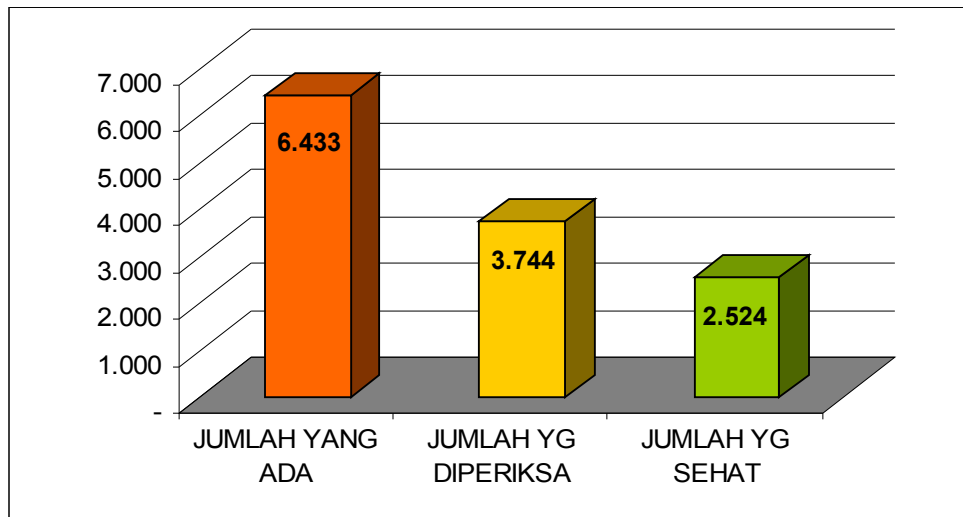
Grafik II.5
 Keluarga Dengan Kepemilikan Sarana Sanitasi Dasar Tahun 2005



4. Tempat Umum dan Pengolahan Makanan (TUPM)

Makanan termasuk minuman, merupakan kebutuhan pokok dan sumber utama bagi kehidupan manusia, namun makanan yang tidak dikelola dengan baik justru akan menjadi media yang sangat efektif didalam penularan penyakit saluran pencernaan (Food Borne Deseases). Terjadinya peristiwa keracunan dan penularan penyakit akut yang sering membawa kematian banyak bersumber dari makanan yang berasal dari tempat pengolahan makanan (TPM) khususnya jasaboga, rumah makan dan makanan jajanan yang pengelolaannya tidak memenuhi syarat kesehatan atau sanitasi lingkungan. Sehingga upaya pengawasan terhadap sanitasi makanan amat penting untuk menjaga kesehatan konsumen atau masyarakat. Hasil pengawasan terhadap kualitas penyehatan tempat umum dan pengolahan makanan tahun 2005 ± 72,88% dinyatakan sehat secara absolut dapat dilihat pada grafik berikut.

Grafik II.6
Persentase Tempat Umum Dan Pengelolaan Makanan (TUMP)
Yang Telah di Lakukan Pemeriksaan Tahun 2005



BAB III: Situasi Derajat Kesehatan

Pembahasan untuk Situasi Derajat Kesehatan di Provinsi NAD pada tahun 2005 membahas tentang Umur Harapan Hidup, Angka Kematian Bayi dan Ibu, Angka Kesakitan dan Penyakit Menular.

A. Angka Harapan Hidup

Untuk perkembangan angka harapan hidup di Provinsi NAD dari tahun ke tahun masih mempedomani angka nasional, dapat dilihat melalui tabel berikut ini :

Tabel III.1

Umur Harapan Hidup Di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam

Umur Harapan Hidup	2001	2002	2003	2004	2005
- Laki-Laki	65	65	68	68	68
- Perempuan	67	67	70	70	70

Data Dari Subbdin Kesga dan Gizi Dinkes Provinsi NAD

Bila dilihat dari tabel diatas umur harapan hidup mulai tahun 2003 sampai dengan 2005 baik laki-laki maupun perempuan belum mengalami penambahan Angka Harapan Hidup.

B. Angka Kematian Ibu dan Bayi

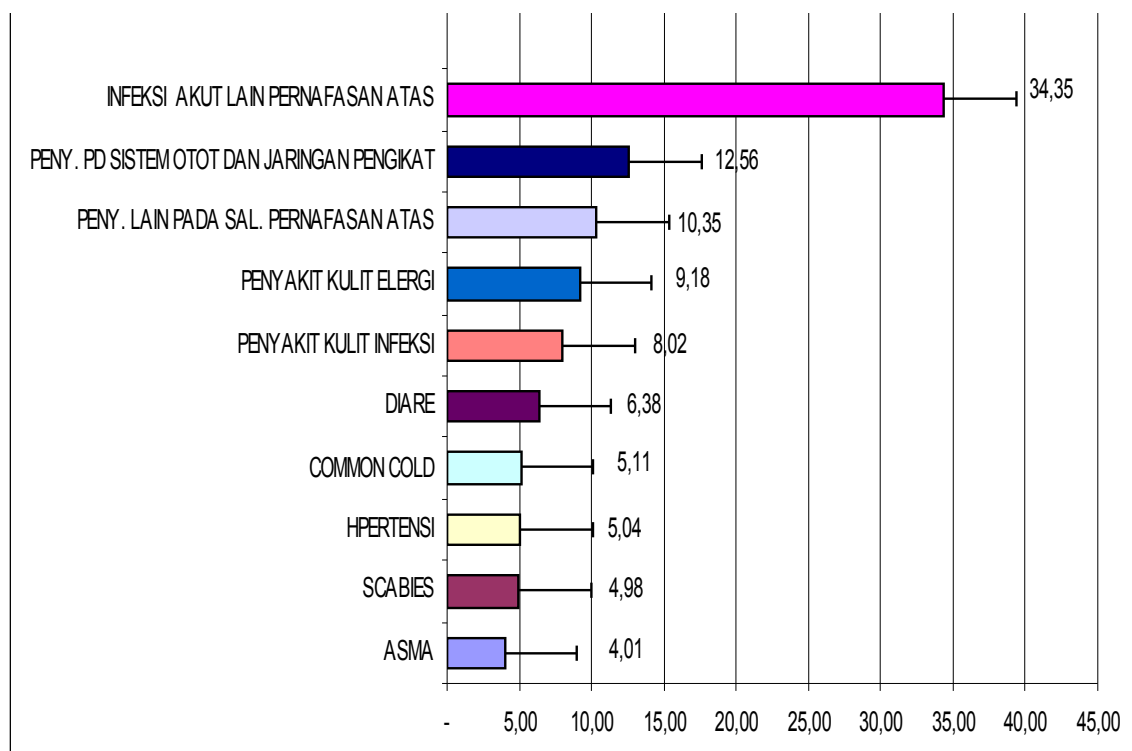
Indikator lain yang spesifik yang digunakan untuk menilai derajat kesehatan adalah Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Kedua angka tersebut (AKI dan AKB) dapat dihitung dari Profil Kesehatan Provinsi tahun 2005, AKI untuk Provinsi NAD tahun 2005 adalah 354/100.000 kelahiran

hidup, sedangkan AKB sebesar 21/1.000 kelahiran hidup. Sedangkan secara Nasional 2005 AKI adalah 307/100.000 dan AKB 35/1.000.

C. Angka Kesakitan

Dari hasil pencatatan dan pengumpulan data melalui formulir SP2TP yang dikumpulkan pada tahun 2005 menunjukkan jumlah kunjungan penyakit Infeksi Akut Lain Pernafasan Atas menjadi penyakit utama yang dikeluhkan oleh masyarakat dan bila dilihat secara umum penyakit kulit masih menjadi keluhan di daerah. Secara umum dapat dilihat dari grafik berikut:

Grafik III.1
Kunjungan Kasus Penyakit di Puskesmas Tahun 2005



Bila dilihat dari data surveilans terpadu penyakit berbasis puskesmas dapat diurut kasus-kasus penyakit sebagai berikut :

Tabel III.2
Kasus Penyakit di Puskesmas dan Rumah Sakit
Berdasarkan Data Surveilans Tahun 2005

Penyakit Berbasis Puskesmas
Tahun 2005

Penyakit Berbasis Rumah Sakit
Tahun 2005

No	Nama Penyakit	Jumlah Kasus
1	Influenza	183.459
2	Diare	68.610
3	Diare berdarah	8.758
4	Malaria klinis	8.531
5	Tersangka TBC paru	6.086
6	Pneumonia	4.513
7	Tifus perut klinis	2.888
8	TBC paru BTA(+)	1.900
9	Batuk rejan	1.505
10	Malaria falsifarum	942
11	Campak	926
12	Kusta MB	768
13	Hepatitis klinis	568
14	Malaria vivax	406
15	Kusta PB	395
16	Difteri	359
17	Filariasis	228
18	Demam berdarah dengue	145
19	Sifilis	119
20	Tetanus	114
21	Malaria mix	57
22	Frambusia	43
23	Gonorrhoe	13
24	Demam dengue	8
25	Kolera	-

Nama Penyakit	Jumlah Kasus
Influenza	1.506
Diare	1.027
Tifus perut widal/kultur (+)	216
Batuk rejan	171
Pneumonia	131
TBC paru BTA (+)	123
Tersangka TBC paru	108
Tifus perut klinis	105
Hepatitis Klinis	57
Malaria klinis	51
Hepatitis Hbs Ag (+)	40
Campak	29
Demam berdarah dengue	21
Tetanus	18
Malaria vivax	14
Malaria falsifarum	12
Demam dengue	8
Diare berdarah	6
Difteri	2
Kolera	-
Kusta PB	-
Kusta MB	-
Malaria mix	-
Sifilis	-
Gonorrhoe	-

Bila dilihat dari hasil pengumpulan data melalui Data penyakit yang diperoleh dari laporan rumah sakit berupa RL 2a1 dan RI 2b1 yang dikirimkan secara

rutin setiap bulannya. Data ini berupa data morbiditas penyakit rawat jalan dan rawat inap.

Dari pola penyakit rawat jalan di RS, keseluruhan data yang masuk ternyata penyakit ISPA mendominasi pola penyakit pada setiap kelompok umur. Hal tersebut dapat kita lihat pada tabel dan diagram dibawah ini

Tabel III. 3
Pola Penyakit Rawat Jalan Umur < 1 tahun
Di RS Pemerintah Provinsi NAD Tahun 2005

No.	Nama Penyakit	Jumlah	%
1	ISPA	1213	29.45
2	DIARE & GASTRO ENTERITIS	987	23.96
3	LARINGITIS & TRACHEATIS AKUT	678	16.46
4	BRONKITIS & BRONKIOLITIS AKUT	355	8.62
5	DEMAM THYPOID & PARA THYPOID	287	6.97
6	BATUK REJAN/ PERTUSIS	199	4.83
7	TONSILITIS AKUT	76	1.85
8	TETANUS NEONATORUM	42	1.02
9	MALARIA	15	0.36
10	TB PARU BTA (+)	9	0.22
11	LAIN-LAIN	258	6.26
	Jumlah	4119	100.00

Tabel III.5.
Pola Penyakit Rawat Jalan Umur 1 – 4 tahun
Di RS Pemerintah Provinsi NAD Tahun 2005

No.	Nama Penyakit	Jumlah	%
1	ISPA	1975	43.55
2	DIARE & GASTRO ENTERITIS	958	21.12
3	BRONKITIS & BRONKIOLITIS AKUT	544	12.00
4	DEMAM THYPOID & PARA THYPOID	358	7.89
5	CAMPAK	155	3.42
6	LARINGITIS DAN TRACHEATIS AKUT	98	2.16
7	PNEUMONIA	75	1.65
8	BATUK REJAN / PERTUSIS	66	1.46
9	TETANUS LAINNYA	24	0.53
10	MALARIA	13	0.29
11	LAIN-LAIN	269	5.93
	Jumlah	4535	100.00

Tabel III.6
Pola Penyakit Rawat Jalan Umur 5-14 tahun
di RS Pemerintah Prov. NAD Tahun 2005

No.	Nama Penyakit	Jumlah	%
1	ISPA	1528	25.71
2	DIARE & GASTRO ENTERITIS	899	15.12
3	LARINGITIS & TRACHEATIS AKUT	785	13.21
4	BRONKITIS & BRONKIOLITIS AKUT	578	9.72
5	DEMAM THYPOID & PARA THYPOID	689	11.59
6	BATUK REJAN/ PERTUSIS	423	7.12
7	TONSILITIS AKUT	296	4.98
8	TETANUS NEONATORUM	256	4.31
9	MALARIA	198	3.33
10	TB PARU BTA (+)	95	1.60
11	LAIN-LAIN	197	3.31
	JUMLAH	5944	100.00

Tabel III.7
Pola Penyakit Rawat Jalan Umur 15 - 24 tahun
Di RS Pemerintah Prov. NAD Tahun 2005

No.	Nama Penyakit	Jumlah	%
1	ISPA	1689	23.19
2	DIARE & GASTRO ENTERITIS	1254	17.22
3	LARINGITIS & TRACHEATIS AKUT	955	13.11
4	BRONKITIS & BRONKIOLITIS AKUT	789	10.83
5	DEMAM THYPOID & PARA THYPOID	699	9.60
6	BATUK REJAN/ PERTUSIS	578	7.94
7	TONSILITIS AKUT	456	6.26
8	TETANUS NEONATORUM	365	5.01
9	MALARIA	199	2.73
10	TB PARU BTA (+)	152	2.09
11	LAIN-LAIN	148	2.03
	JUMLAH	7284	100.00

Tabel III. 8
Pola Penyakit Rawat Jalan Umur 25 - 44 tahun
di RS Pemerintah Prov. NAD tahun 2005

No.	Nama Penyakit	Jumlah	%
1	ISPA	2845	38.20
2	DIARE & GASTRO ENTERITIS	1548	20.79
3	LARINGITIS & TRACHEATIS AKUT	758	10.18
4	BRONKITIS & BRONKIOLITIS AKUT	566	7.60
5	DEMAM THYPOID & PARA THYPOID	470	6.31
6	BATUK REJAN/ PERTUSIS	387	5.20
7	TONSILITIS AKUT	289	3.88
8	TETANUS NEONATORUM	185	2.48
9	MALARIA	176	2.36
10	TB PARU BTA (+)	98	1.32
11	LAIN-LAIN	125	1.68
	JUMLAH	7447	100.00

Tabel III.9.
Pola Penyakit Rawat Jalan Umur 45 - 64 tahun
Di RS Pemerintah Prov. NAD Tahun 2005

No.	Nama Penyakit	Jumlah	%
1	ISPA	1564	38.67
2	DIARE & GASTRO ENTERITIS	724	17.90
3	DEMAM THYPOID & PARA THYPOID	546	13.50
4	BRONKITIS & BRONKIOLITIS AKUT	388	9.59
5	TONSILITIS AKUT	179	4.43
6	BATUK REJAN/ PERTUSIS	156	3.86
7	LARINGITIS & TRACHEATIS AKUT	98	2.42
8	TETANUS NEONATORUM	75	1.85
9	MALARIA	72	1.78
10	TB PARU BTA (+)	58	1.43
11	LAIN-LAIN	185	4.57
	JUMLAH	4045	100.00

Tabel 7. Pola Penyakit Rawat Jalan Umur 65 + tahun
di RS Pemerintah Prov. NAD Tahun 2005

No.	Nama Penyakit	Jumlah	%
1	ISPA	1200	23.20
2	DIARE & GASTRO ENTERITIS	998	19.30
3	DEMAM THYPOID & PARA THYPOID	786	15.20
4	BRONKITIS & BRONKIOLITIS AKUT	558	10.79
5	LARINGITIS & TRACHEATIS AKUT	497	9.61
6	BATUK REJAN/ PERTUSIS	338	6.54
7	TONSILITIS AKUT	196	3.79
8	TETANUS NEONATORUM	150	2.90
9	MALARIA	98	1.89
10	TB PARU BTA (+)	52	1.01
11	LAIN-LAIN	299	5.78
	Jumlah	5172	100.00

D. Penyakit Menular

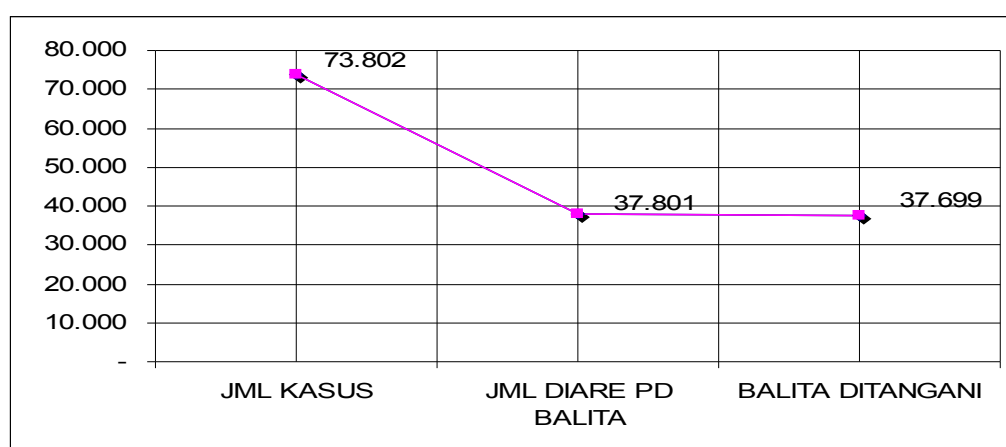
Dalam rangka penanggulangan penyakit menular dilakukan berbagai kegiatan antara lain: (1) Gebrak Malaria yaitu gerakan untuk memberantas malaria dengan dukungan sektor terkait, masyarakat dan swasta, (2) Gerdunas TB, yaitu gerakan penanggulangan tuberkolosis melalui penggalangan kemitraan dengan sektor terkait dan masyarakat dan penerapan strategi pengobatan jangka pendek yang diawasi secara langsung, (3) pemberantasan demam berdarah dengue melalui pemberantasan sarang nyamuk, (4) pemberantasan kusta dengan mencari penderita sampai ke pulau-pulau dan daerah-daerah terpencil (5) pemberantasan penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Data-data yang dapat disajikan sebagai berikut:

1. Diare

Penyakit diare adalah penyakit yang banyak menyerang golongan umur anak-anak terutama balita. Dimana hal ini dapat mempengaruhi perkembangan pertumbuhan dan kualitas hidup anak. Upaya program pemberantasan melalui edukasi dan peningkatan kemampuan penanggulangan kasus oleh petugas lapangan terus dilakukan. Pada tahun 2004 jumlah penderita diare pada balita sebanyak 32.466 orang, untuk tahun 2005 kasus penderita pada balita yaitu 37.801 balita sehingga terjadi peningkatan sebanyak 5.335 penderita atau peningkatan sebanyak 16,43%. Sedangkan bila dibandingkan dengan jumlah kasus pada balita dengan jumlah kasus keseluruhan yaitu 73.892 kasus atau sebesar 51,22% namun dari kasus yang ada dijumpai kematian sebanyak 32 orang.

Grafik III.2

Kasus Diare Di Provinsi NAD Tahun 2005

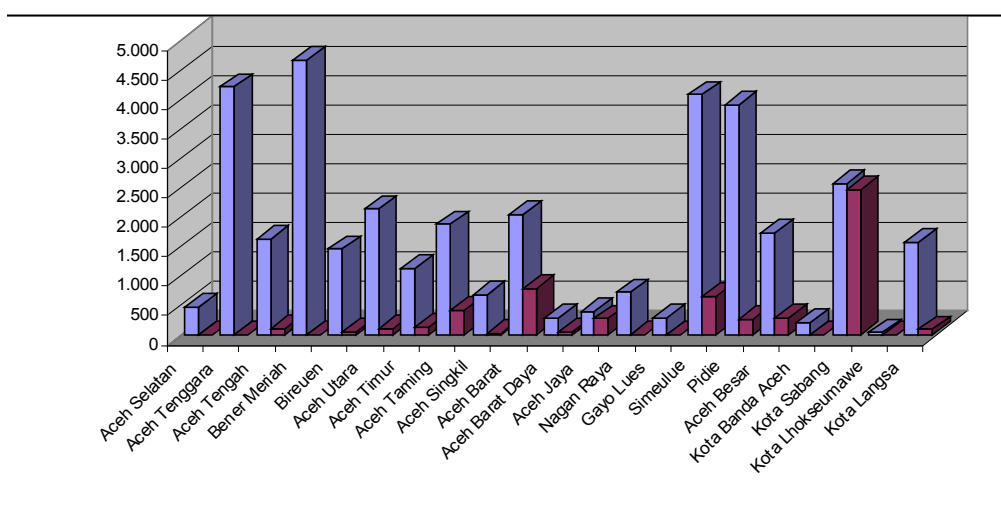


2. Malaria

Bentuk peran serta masyarakat yang diharapkan dalam upaya penanggulangan malaria antara lain melalui : (1) kepatuhan minum obat anti malaria agar setiap penderita dapat minum obat secara tuntas, (2) pencegahan gigitan nyamuk melalui pemakaian kelambu, pemasangan kasat kasa di rumah, pemakaian obat gosok penolak nyamuk (repellent), pemakaian baju tebal dan (3) pencegahan terjadinya sarang nyamuk malaria melalui pembersihan lumut di lagum, menghindari penebangan bakau yang tidak terencana, pencegahan terbentuknya genangan air, memelihara ikan pemakan jentik di genangan air serta pencegahan terbentuknya sarang nyamuk.

Untuk Kasus Malaria masih merupakan penyakit endemis di beberapa Kabupaten di Provinsi NAD. Pada tahun 2005 Malaria Klinis 36.012 kasus klinis dan yg positif 5.738 kasus, secara umum dapat dilihat pada grafik berikut:

Grafik III.3
Kasus Malaria Klinis dan Positif
Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2005

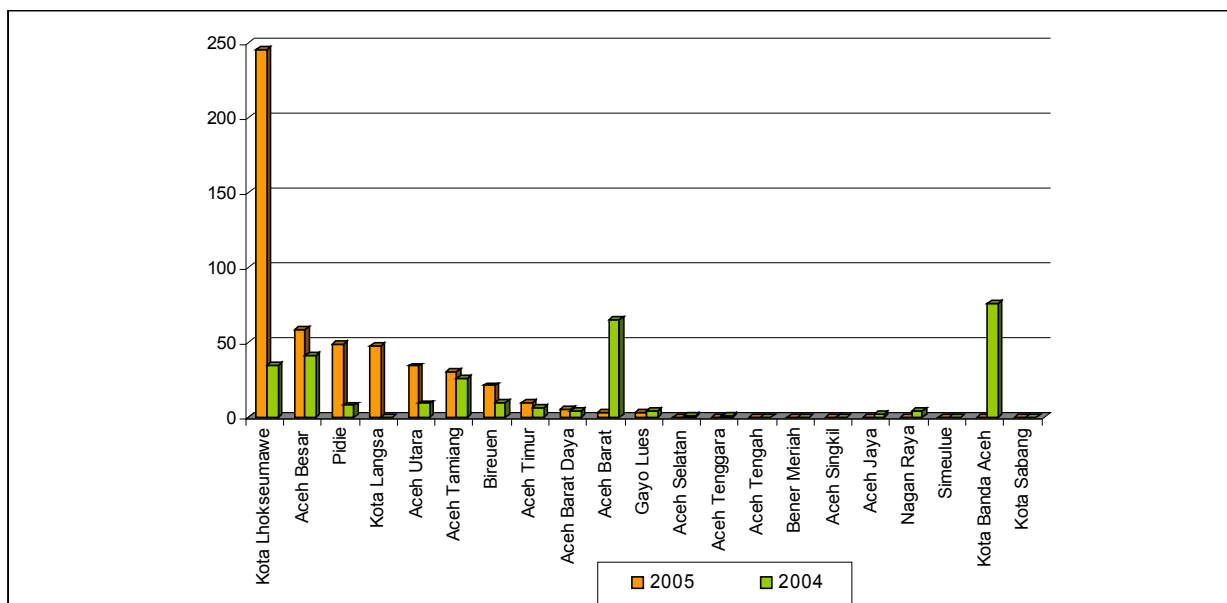


Dari grafik diatas menunjukan kasus malaria positif tertinggi masih berada di Sabang, Aceh Barat, Simeulue dan Tamiang.

3. Demam Berdarah Dengue (DBD)

Bila dilihat Angka Inciden DBD menurut Kabupaten/Kota yang dilaporkan melalui profil kesehatan Kab/Kota sebagai berikut:

Grafik III.4
 Kasus Demam Berdarah Dengue (DBD)
 Menurut Kabupaten/Kota Pada Tahun 2005 dan 2004



Dari Grafik di atas menunjukkan Kota Lhokseumawe memiliki kasus yang terbanyak yaitu 246 kasus disusul Aceh Besar, Pidie, Kota Langsa, Aceh Utara, Aceh Tamiang, Bireuen dan sebahagian kecil pada Kabupaten Aceh Timur dan Aceh Barat Daya.

Bila dibandingkan dengan tahun 2004 maka untuk Kota Banda Aceh dan Aceh Barat telah mengalami penurunan yang cukup signifikan.

BAB IV : Situasi Upaya Kesehatan

Upaya penyelenggaraan program kesehatan diarahkan untuk meningkatkan mutu dan keterjangkauan pelayanan kesehatan untuk seluruh masyarakat dalam rangka meningkatkan status kesehatan masyarakat, khususnya pada kelompok rentan yaitu bayi, anak balita, ibu hamil dan ibu menyusui.

Upaya pelayanan kesehatan dapat diukur dengan beberapa indikator terpilih diantaranya: K1, K4 dan cakupan pertolongan persalinan untuk upaya kesehatan anak, untuk upaya keluarga berencana diukur dengan cakupan peserta KB Baru dan KB Aktif. Upaya imunisasi diukur dengan cakupan imunisasi lengkap. Upaya keterjangkauan fasilitas kesehatan baik pelayanan dasar maupun rujukan dilihat dari rasio sarana dan sumber daya kesehatan per 100.000 penduduk.

Peningkatan status gizi masyarakat merupakan salah satu upaya penting untuk meningkatkan kesehatan ibu hamil, menurunkan angka kematian ibu, bayi dan

anak balita, meningkatkan kemampuan tumbuh kembang fisik, mental dan sosial anak, untuk meningkatkan produktifitas kerja serta prestasi akademik maupun prestasi olahraga. Oleh karena keadaan gizi masyarakat merupakan salah satu indikator penting dari kualitas sumber daya manusia, upaya perbaikan gizi masyarakat tidak mungkin dilaksanakan oleh sektor kesehatan saja, tetapi harus ditanggulangi secara bersama dengan sektor yang terkait.

Hasil pencapaian secara Nasional (Indonesia), menunjukkan adanya penurunan angka prevalensi KEP (Kekurangan Energi Protein) dan KVA (Kekurangan Vitamin A). Terlihat adanya penurunan masalah KEP nyata 18,95 % (1978) menjadi 11,8 % (1992). Masalah KVA berdasarkan Prevalensi xerophthalmia telah menurun dari 1,3 % (1978) menjadi 0,33 % (1992). Namun sejak krisis moneter melanda (1997) telah terjadi peningkatan penderita KEP berat / gizi buruk dengan kondisi marasmus atau kwashiorkor. Hal ini dapat dilihat dari susenas 1995 dan 1998, dimana terjadi peningkatan penderita KEP terutama pada kelompok usia 6 – 23 bulan dari 29,0 % menjadi 30,5 %.

Masalah GAKI juga terjadi penurunan, dimana prevalensi Total Goitre Rate (TGR) pada periode 1980/1982 sebesar 37,2 turun menjadi 27,7 % pada periode 1987 / 1990 dan 9,8 % pada pemetaan GAKI tahun 1998. Begitu pula dengan Visible Goitre Rate (VGR) atau gondok nyata dengan periode yang sama turun dari 9,3 % menjadi 6,8 %.

Adapun masalah Anemia Gizi Besi (AGB) pada Ibu Hamil dan Anak Balita masih cukup tinggi. Berdasarkan hasil survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1992 menunjukkan bahwa prevalensi AGB yaitu masing – masing 63,5 % dan 55,1 % dengan kadar Hb < 11 gram %.

Untuk Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam masih belum memberikan hasil yang memuaskan, kecuali Prevalensi KVA yang menurun sangat drastis yaitu 2,4 %

menjadi 1%. Untuk masalah Anemia Gizi Besi dapat diturunkan yaitu dari 70% menjadi 43,5% pada Ibu Hamil dan dari 60% menjadi 23,1 % pada anak balita.

Survey kesehatan dan gizi yang dilakukan pada bulan September 2005, menunjukkan kondisi status gizi masyarakat sebagai berikut:

- Prevalensi gizi kurang (yang dihitung berdasarkan BB/TB) sebesar 44,2%
- Prevalensi gizi buruk sebesar 9,8% dan anak pendek (TB/U) sebesar 40,2%, sementara prevalensi anemia pada ibu hamil sebesar 59,7%.

A. UPAYA KESEHATAN IBU DAN ANAK

1. Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan

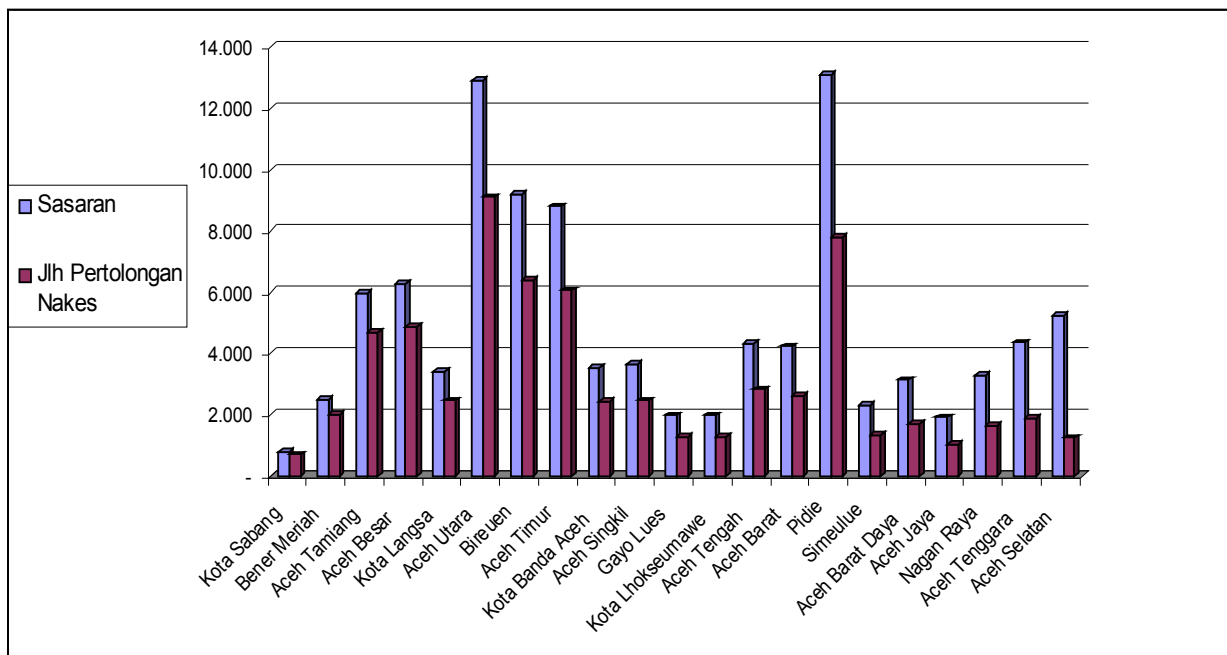
Pertolongan persalinan dapat dibedakan menjadi dua kategori yaitu tenaga profesional (dokter spesialis kebidanan, dokter umum, bidan, pembantu bidan dan perawat bidan) dan tenaga non kesehatan yaitu dukun bayi (dukun bayi dilatih dan tidak dilatih).

Untuk pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Provinsi NAD tahun 2005 adalah 64,7% (*Sumber: Tabel IIS G1*) sedangkan target diharapkan sesuai indikator Indonesia Sehat/SPM adalah 90%, bila dilihat berdasarkan kabupaten/kota maka cakupan yang terendah yaitu Kabupaten Aceh Selatan yaitu 23,60%, Aceh Tenggara 43,08% dan Nagan Raya 50,43% dan cakupan yang tertinggi Kota Sabang yaitu 87,23%, Bener Meriah 80,80%, Aceh Tamiang 78,81%.

Dengan demikian untuk program persalinan oleh tenaga kesehatan di Kabupaten/Kota pada tahun 2005 belum ada yang yang mencapai target

Grafik berikut memberikan gambaran cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan menurut Kab/Kota dengan membandingkan sasaran dengan jumlah pertolongan oleh tenaga kesehatan (grafik. IV.1)

Grafik IV.1
Cakupan Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan
Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2005



Bila dilihat dari perbandingan sasaran dengan jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan menunjukkan bahwa persalinan masih belum dapat dicaver secara maksimal. Kondisi ini berawal dari lepasnya pantauan petugas terhadap sasaran setelah ibu hamil kontak pada K4 dengan tenaga kesehatan, sebagaimana diketahui bahwa dalam sistim manajemen program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), bahwa indikator persalinan tenaga kesehatan merupakan salah satu indikator kualitas pelayanan kesehatan KIA. Bila cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan masih rendah maka dapat dinyatakan bahwa kualitas pelayanan kesehatan ibu masih rendah.

2. Cakupan K1 dan K4

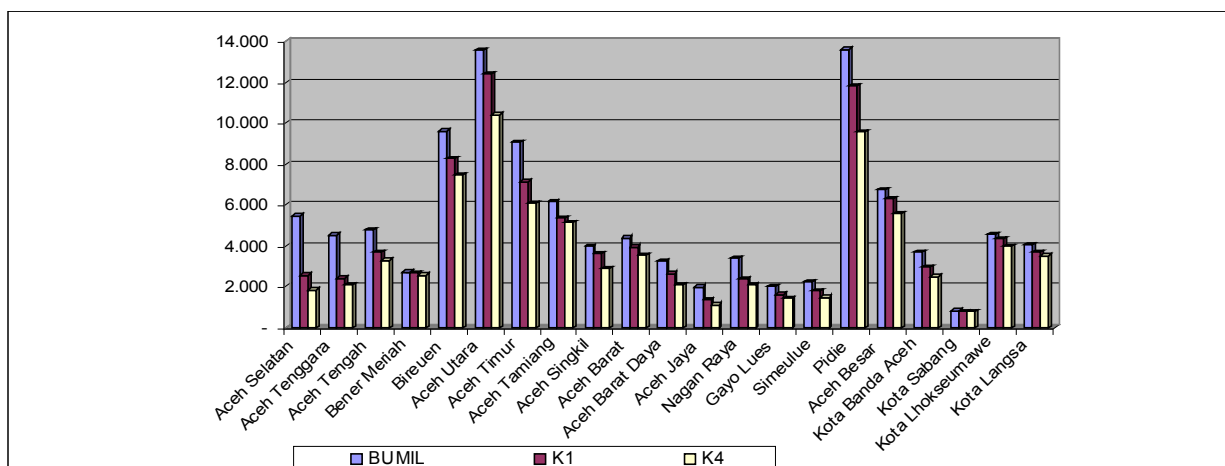
Cakupan pelayanan antenatal dapat dipantau melalui pelayanan kunjungan baru ibu hamil (K1) dengan standar 5T yang menggambarkan aksesibilitas

sementara itu pelayanan ibu hamil (K4) minimal 4 kali memeriksa kehamilannya pada petugas kesehatan yaitu ANC satukali pada semester I, ANC dua kali pada semester II, ANC satu kali pada semester III. Bila seorang ibu hamil tidak memenuhi syarat tersebut maka tidak dihitung sebagai K4 sehingga hal inilah yang cenderung menyebabkan perbedaan antara K1, K4 dan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan cukup tinggi.

Cakupan K1 pada tahun 2005 adalah 83,12% sedangkan cakupan K4 tahun 2005 adalah 71,92%.

Grafik berikut memberi gambaran cakupan K1 dan K4 menurut Kabupaten/kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam (grafik IV.2):

Grafik IV.2
Cakupan K1 dan K4
Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2005



Tabel IV.1
Cakupan K1 dan K4
Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2005

NO	KABUPATEN/KOTA	SASARAN BUMIL	CAKUPAN DAN PRESENTASE			
			K1	%	K4	%
1	Aceh Selatan	5.463	2.561	46,88	1.834	33,57
2	Aceh Tenggara	4.523	2.425	53,61	2.075	45,88
3	Aceh Tengah	4.765	3.710	77,86	3.306	69,38
4	Bener Meriah	2.714	2.691	99,15	2.578	94,99
5	Bireuen	9.605	8.271	86,11	7.474	77,81
6	Aceh Utara	13.551	12.421	91,66	10.426	76,94
7	Aceh Timur	9.086	7.136	78,54	6.097	67,10
8	Aceh Tamiang	6.188	5.385	87,02	5.171	83,56
9	Aceh Singkil	3.962	3.613	91,19	2.888	72,89
10	Aceh Barat	4.386	3.947	89,99	3.554	81,03
11	Aceh Barat Daya	3.272	2.652	81,05	2.090	63,88
12	Aceh Jaya	1.981	1.363	68,80	1.117	56,39
13	Nagan Raya	3.398	2.395	70,48	2.108	62,04
14	Gayo Lues	2.046	1.620	79,18	1.443	70,53
15	Simeulue	2.232	1.802	80,73	1.480	66,31
16	Pidie	13.602	11.834	87,00	9.565	70,32
17	Aceh Besar	6.770	6.329	93,49	5.586	82,51
18	Kota Banda Aceh	3.695	2.950	79,84	2.487	67,31
19	Kota Sabang	816	810	99,26	802	98,28
20	Kota Lhokseumawe	4.546	4.351	95,71	3.971	87,35
21	Kota Langsa	4.035	3.695	91,57	3.515	87,11
	JUMLAH	110.636	91.961	83,12	66.517	71,92

3. Pemberian ASI Eksklusif

Pemberian ASI Eksklusif masih jauh dari target yang diharapkan. Faktor dominant yang menghambat pemberian ASI Eksklusif ini umumnya adalah kebiasaan masyarakat memberikan makanan / minuman beberapa saat setelah lahir berupa madu, larutan gula, susu bubuk, pisang Wak, dsb yang merupakan tradisi turun temurun. Persentase pemberian ASI Eksklusif hanya 6 %, sementara pemberian ASI dan minuman lainnya / pemberian makanan & minuman selain ASI di NAD juga masih tinggi.

B. PENANGGULANGAN GIZI KURANG.

1. Penanggulangan Kekurangan Energi Protein

Penanggulangan KEP dilakukan melalui beberapa intervensi yang dilakukan pada saat skreening kasus, intervensi antara lain penyuluhan individual dan konseling, pengetahuan tentang pola asuh keluarga dan PMT. Pemberian makanan tambahan (PMT) pemulihan dan bila keadaan status gizi anak belum mengalami perbaikan maka diteruskan dengan pemberian makanan tambahan pemeliharaan. Pada kasus - kasus kronis yang memerlukan rawatan di fasilitas pelayanan kesehatan dasar (Puskesmas) maka kasus di rawat inapkan bahkan bila memerlukan rawatan lanjutan dapat di rujuk ke RSUD, biaya rujukan sementara di dapat dari biaya APBN. Paket PMT berasal dari APBN, sumber APBD I adalah seperti terlihat pada tabel berikut

Tabel IV.2
Jumlah Sasaran dan Pengadaan MP-ASI
Untuk Anak 6 – 24 Bulan untuk Gakin Tahun 2005

No	Kabupaten/Kota	Bayi Anak		Jumlah Mp ASI (Kg)	
		6-11 BL	12 – 24 BL	Bubur	Biskuit
		4	5	6	7
1	Aceh Selatan	870	910	830	9828
2	Aceh Tenggara	990	990	8910	8698
3	Aceh Timur	1920	2180	17280	28644
4	Aceh Tengah	750	790	6750	8832
5	Aceh Barat	650	690	5850	7458
6	Aceh Besar	970	990	8730	10692
7	Aceh Utara	1980	1100	17820	14880
8	Simeulue	350	390	3450	4212
9	Aceh Singkil	730	790	6536	8532
10	Pidie	3190	2320	25710	25056
11	Bireuen	910	1090	8190	14772
12	Gayo Lues	940	1010	8460	10908
13	Aceh Barat Daya	200	260	1800	2808
14	Aceh Tamiang	960	1020	8640	10908
15	Nagan Raya	950	970	8550	10476
16	Aceh Jaya	550	590	4950	6372
17	Banda Aceh	2530	1750	22770	18900
18	Sabang	200	270	1800	2916
19	Langsa	970	1010	8730	10308
20	Lhokseumawe	530	580	4770	6264
	Jumlah	21.140	19.690	190.266	202.652

Paket PMT yang berasal dari APBD Provinsi NAD dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel IV.3
Rencana Distribusi PMT Bayi, Balita KEP dan Bumil KEK
Sumber Dana APBD tahun 2005

No	Kab / Kota	SusuBayi KEP	SusuBalita KEP	Biscuit Balita KEP	PMT Bumil KEK
1	Banda Aceh	900	1230	1030	1170
2	Aceh Besar	570	1430	1190	1990
3	Pidie	2100	3390	2850	4420
4	Bireuen	1995	1920	1700	3020
5	Bener Meriah	578	1070	900	860
6	Aceh Tengah	100	1230	1100	1500
7	Lhokseumawe	1050	1770	1500	1450
8	Aceh Utara	1575	5340	4500	4260
9	Langsa	490	900	800	1130
10	Aceh Timur	1355	2200	1900	2870
11	Aceh Tamiang	770	1610	1400	1950
12	Aceh Tenggara	872	710	600	1420
13	Gayo Lues	240	900	800	640
14	Aceh Jaya	420	800	700	500
15	Aceh Barat	945	1360	1150	1390
16	Nagan Raya	865	850	700	1060
17	Abdya	1155	850	700	1030
18	Simeulue	368	620	550	600
19	Aceh Selatan	470	3610	3100	1650
20	Singkil	945	1500	1250	1250
21	Sabang	105	160	150	270
22	Stok PROVINSI	32	50	30	20
	Jumlah	17.900	33.500	28.600	34.450

2. Penanggulangan Akibat Kekurangan Yodium

Penanggulangan GAKY di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam adalah sebagai berikut :

- Pendistribusian Kapsul minyak beryodium (KMB) di kecamatan dengan kriteria endemic sedang dan ringan.

-Garam beryodium (Kandungan yodium garam yang dianjurkan untuk dikonsumsi masyarakat adalah garam dengan kandungan ≥ 30 ppm).

Data Prevalensi TGR terbaru yang kita miliki adalah Hasil Survei Pemetaan GAKI Tahun 1998 yang dilakukan oleh Direktorat Bina Gizi Masyarakat Ditjen Binkesmas dan Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi Badan Litbangkes Depkes RI bekerjasama dengan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang (Korwil I Survei Pemetaan GAKI Nasional).

Hasil survey menunjukkan bahwa dari 142 Kecamatan yang ada, 54 Kecamatan diantaranya masih mengalami gondok endemic dengan prevalensi TGR > 5 % dan bahkan ada 4 Kecamatan tergolong endemic tingkat sedang dengan prevalensi TGR antara 20 – 30 %, namun tidak ada satupun kecamatan yang tergolong endemic berat.

3. Penanggulangan Anemia Gizi Besi (AGB).

Suplementasi dilakukan melalui pemberian tablet Fe yang dicakup dalam ANC 5T.

Rata-rata cakupan distribusi tablet besi di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam tahun 2005 adalah sebesar 63,6 %. Angka ini masih jauh dari target yang ditetapkan yaitu 80 %. Tidak tercapainya target distribusi tablet besi disebabkan karena rasa yang kurang enak dan menimbulkan efek samping seperti mual dan sembelit. Selain itu juga lemahnya sistem pencatatan dan pelaporan yang ada sehingga tidak diketahui apakah diminum oleh sasaran atau tidak.

Dari hasil survey yang dilakukan oleh UNICEF di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam pada bulan maret 2005 terdapat 30,2 % WUS menderita anemia. Tabel berikut memperlihatkan hasil pengukuran Status gizi WUS

Tabel IV.5
Status Gizi & Prevalensi anemia pada wanita
usia subur/WUS (18-45 tahun), %

	IMT (Indeks Massa Tubuh) (kg/m ²) n=3735				Anemia n = 1908
	Kurus n= 397	Normal n = 2252	Berat lebih n = 835	Obesitas n = 251	
Bireuen	7.7	56.1	28.4	7.7	21.3
Lhokseumawe	10.1	51.5	28.0	10.4	33.6
Aceh Utara	7.1	61.0	23.8	8.2	46.0
Aceh Timur	10.1	55.4	25.4	9.1	17.6
Pidie	8.7	65.5	20.9	4.9	26.6
Aceh Jaya	14.7	74.9	8.5	2.0	37.1
Nagan Raya	9.7	65.8	19.1	5.4	31.4
Aceh Barat	7.7	57.3	24.3	10.7	34.0
Simeulue	16.5	65.7	14.5	3.3	42.6
Aceh Barat Daya	14.8	62.4	16.7	6.1	15.9
Aceh Selatan	12.0	57.3	23.7	7.1	40.0
Aceh Besar	8.8	55.5	29.0	6.7	27.0
Banda Aceh	9.5	52.7	31.0	6.8	22.8
Total	10.6	60.3	22.4	6.7	30.2

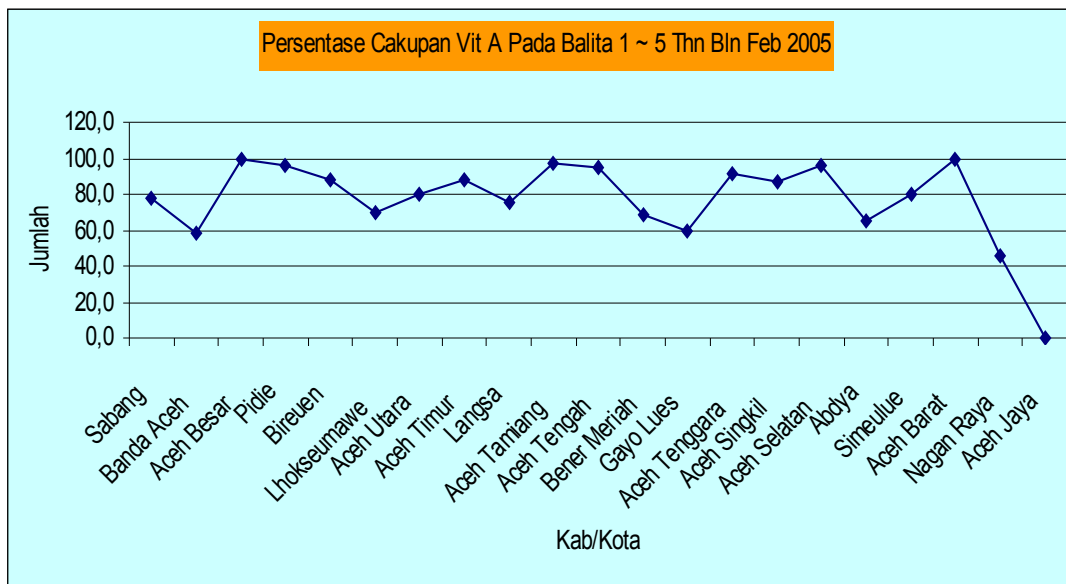
4. Penanggulangan Kekurangan Vitamin A (KVA)

Program penanggulangan KVA telah dimulai sejak tahun 1970-an namun sampai saat ini masalah KVA masih menjadi salah satu masalah gizi utama di Indonesia. KVA tingkat berat (Xerophthalmia) yang dapat menyebabkan kebutaan sudah jarang ditemui, tetapi KVA tingkat sub-Klinis yaitu KVA yang belum menampakkan gejala nyata masih diderita oleh sekitar 50 % balita di Indonesia.

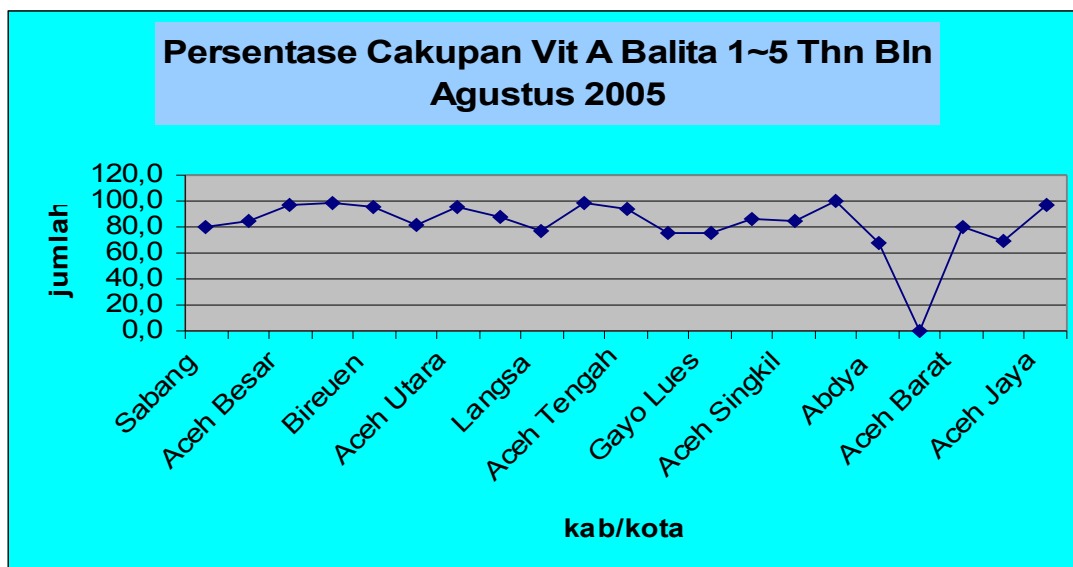
Sampai saat ini strategi penanggulangan KVA masih bertumpu pada pemberian kapsul Vitamin A dosis tinggi. Kapsul Vitamin A biru (100.000 IU) diberikan kepada bayi (6-11 bulan) satu kali dalam setahun yaitu pada bulan Februari atau Agustus, sedangkan kapsul Vitamin A merah (200.000 IU)

diberikan kepada anak balita (1-5 tahun) setiap bulan Februari dan Agustus, serta kepada ibu nifas paling lambat 30 hari setelah melahirkan.

Grafik IV.3
Cakupan Vit. A pada bayi bulan Agustus 2005 untuk Prov NAD



Grafik IV.4
Cakupan Pemberian Vitamin A bulan Februari 2005 pada Balita di Provinsi NAD



Dari data diatas diketahui bahwa pemberian kapsul vitamin A pada balita bulan Februari dan Agustus rata-rata sudah mencapai 80 %.

5 Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi (SKPG)

Pada tahun 2005, kegiatan SKPG meliputi pemantauan status gizi (PSG), Pemantauan Tinggi Badan Anak Baru masuk Sekolah (TBABS) dan Pelacakan KLB gizi buruk.

1. Pemantauan Status Gizi (PSG)

PSG balita dilakukan secara rutin setiap tahun di puskesmas yang ada dalam Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam.

Dari hasil analisa data PSG diketahui prevalensi status gizi buruk balita di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam adalah sebesar 3.99 %. Secara rinci dapat dilihat pada data *terlampir*

Tabel IV.6
Data Pemantauan Status Gizi Berdasarkan Hasil PSG
Di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam

No	Hasil PSG							Kategori	Kecenderungan
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005		
1	69.4	72.1	75.6	73.1	72.4	71	77.5	Baik	Naik
2	20.4	21.5	17	19.7	21.7	22.7	15.2	Kurang	Turun
3	7.9	4	5.27	5.07	3.19	4.3	3.9	Buruk	Turun
4	2.3	2.4	2.15	2.13	2.71	2.11	3.3	Lebih	Naik

2. Pemantauan Tinggi Badan Anak Baru Masuk Sekolah (TBABS)

Salah satu indikator untuk menilai peningkatan kualitas SDM adalah pertumbuhan fisik penduduk yang dilakukan melalui pengukuran TBABS. Depkes RI telah menetapkan pemantauan TBABS dilakukan secara rutin dalam jangka waktu 5 tahunan. Yang menjadi sample pada pengukuran ini adalah murid kelas I SD/MI yang ada pada desa terpilih. Untuk tahun 2005 ini di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam dilakukan pada 34.359 Murid SD/ MI yang ada diwilayah kerja puskesmas.

Tabel IV.7

Rekapitulasi Laporan Pemantauan Pertumbuhan Pada Anak Sekolah (TBABS) Pada Program Perbaikan Gizi Masyarakat Prov. NAD Tahun 2005

No.	Kab/Kota	Jumlah Anak SD/MI Kls 1 Yg diukur	Kategori					
			Sangat Pendek		Pendek		Normal	
			n	%	n	%	n	%
1	Sabang	283	7	2,47	48	16,96	228	80,57
2	Banda Aceh	896	32	3,57	104	11,61	744	83,04
3	Aceh Besar	2314	170	7,35	566	24,46	1597	69,01
4	Pidie	3159	529	16,75	717	22,70	1995	63,15
5	Bireuen	2015	87	4,32	321	15,93	1484	73,65
6	Lhokseumawe	1247	32	2,57	176	14,11	1058	84,84
7	Aceh Utara	4022	105	2,61	240	5,97	781	19,42
8	Aceh Timur	2932	2	0,07	190	6,48	2710	92,43
9	Langsa	976	26	2,66	186	19,06	762	78,07
10	Aceh Tamiang	1646	89	5,41	315	19,14	1303	79,16
11	Bener Meriah	1064	109	10,24	235	22,09	730	68,61
12	Aceh Tengah	2928	106	3,62	406	13,87	1030	35,18
13	Aceh Barat	1061			175	16,49	888	83,69
14	Simeulue	730	185	25,34		0	548	75,07
15	Aceh Jaya	627	103	16,43	231	36,84	293	46,73
16	Nagan Raya	1005		0	1005	100		0
17	Abdya	958	90	9,39	266	27,77	602	62,84
18	Aceh Selatan	1749	201	11,49	286	16,35	1262	72,16
19	Gayo Lues	1082	114	10,54	208	19,22	760	70,24
20	Aceh Tenggara	1465		0	1465	100		0
21	Aceh Singkil	2200	331	15,05	629	28,59	1240	56,36

Jumlah	34.359	2.318	6,75	7.769	22,61	20.015	58,25
--------	--------	-------	------	-------	-------	--------	-------

3. Pelacakan KLB Gizi Buruk

Pelacakan KLB gizi buruk terus dilakukan pada tahun 2005 ditemukan ± 100 kasus anak gizi buruk, setelah dilakukan pelacakan, diketahui bahwa penyebab karena kurang asupan pangan dan gizi serta kurangnya perhatian orang tua / pola asuh yang kurang baik dan penyakit infeksi yang diderita oleh anak.

Tabel IV.7
Pelacakan KLB Gizi Buruk Di Provinsi NAD
Tahun 2005

No	Kabupaten / Kota	Jumlah Puskesmas	Puskesmas yagLapor	Jumlah Balita Gizi Buruk	Yg Msh Dirawat	Rwt Jalan	Ket
1	Lhokseumawe	5	5	41			
2	Bireuen	17	14	95	1	23	1 Meninggal
3	Aceh Utara	26	12	39	1	34	1 Meninggal
4	Pidie	30	18	662			
5	Aceh Besar	19	13	768			
6	Banda Aceh	7	4	26			Membaik
7	Sabang	4	1	8			Membaik
8	Aceh Jaya	8	1	10		10	1 Meninggal
9	Aceh Barat	10	3	8			
10	Simeulue	8	8	397	24	4	1 Meninggal
11	Nagan Raya	9	9	197			
12	Aceh Barat Daya	7	3	282		9	2 Meninggal
13	Aceh Selatan	18	17	92	3	9	3 Meninggal
14	Aceh Singkil	13	11	501		9	
15	Aceh Tenggara	14	4	7			3 Meninggal
16	Gayo Lues	6	7	54		8	
17	Aceh Tamiang	10	9	95			
18	Aceh Timur	16	8	16	6	24	1 Meninggal
19	Langsa	4	U6	53			
20	Aceh Tengah	13	13	446			
21	Bener Meriah	9	7	30			
22		253	173	3827	35	130	

BAB V : Situasi Sumber Daya Kesehatan

Sumber daya kesehatan tahun 2005 menunjukkan peningkatan yang signifikan bila dibandingkan tahun sebelumnya, baik fisik maupun non fisik. Untuk perbaikan sarana dan prasarana kesehatan akibat musibah tsunami, telah dilakukan renovasi dan rehabilitasi menyeluruh baik yang mengalami kerusakan maupun kehancuran, dimana 44 puskesmas yang rusak telah beroperasi kembali sedangkan RSUD yang masih dalam tahap pembangunannya hanya RSUD Meuraxa Banda Aceh. Untuk tenaga kesehatan yang mengalami musibah meninggal telah disantuni sebagai ucapan terima kasih terhadap pengabdianya selama ini.

Setelah pasca rekonstruksi yang dilaksanakan di Provinsi NAD, dilihat dari kualitas SDM yang ada, perlu mendapat perhatian khusus dari semua pihak mengingat masih banyak tenaga kesehatan di seluruh Provinsi NAD yang memerlukan peningkatan strata pendidikan dan pelatihan teknis yang mengacu kepada kompetensi.

Sumber daya kesehatan dapat diukur dengan beberapa indikator kecukupan antara lain:

A. TENAGA KESEHATAN

Tenaga kesehatan merupakan bagian terpenting didalam peningkatan pelayanan kesehatan di Provinsi NAD, kuantitas dan kualitas menjadi faktor utama yang harus terus mendapatkan perhatian oleh pemerintah daerah dan pusat, peningkatan kuantitas masih diperlukan disebabkan sebahagian besar tenaga yang bekerja di unit-unit pelayanan dasar dan rujukan masih dalam status pegawai honorer, sedangkan didalam peningkatan kuantitas diperlukan

mengingat tenaga kesehatan saat ini belum sepenuhnya berpendidikan D-III serta S-1 sedangkan yang berpendidikan SPK serta sederajat minim terhadap pelatihan tehnik.

Bila peningkatan kuantitas dan kualitas dapat dijalankan secara bertahap maka peningkatan pelayanan kesehatan dapat dicapai sepenuhnya.

1. Jenis Tenaga Kesehatan Berdasarkan Ratio dan Proporsi

Secara rasio tenaga kesehatan untuk tahun 2005 dapat dilihat pada tabel berikut ini dan dibandingkan dengan tahun 2004.

Tabel V.1

Jenis Tenaga berdasarkan Ratio dan Proporsi
di Provinsi NAD Tahun 2005 dan 2004

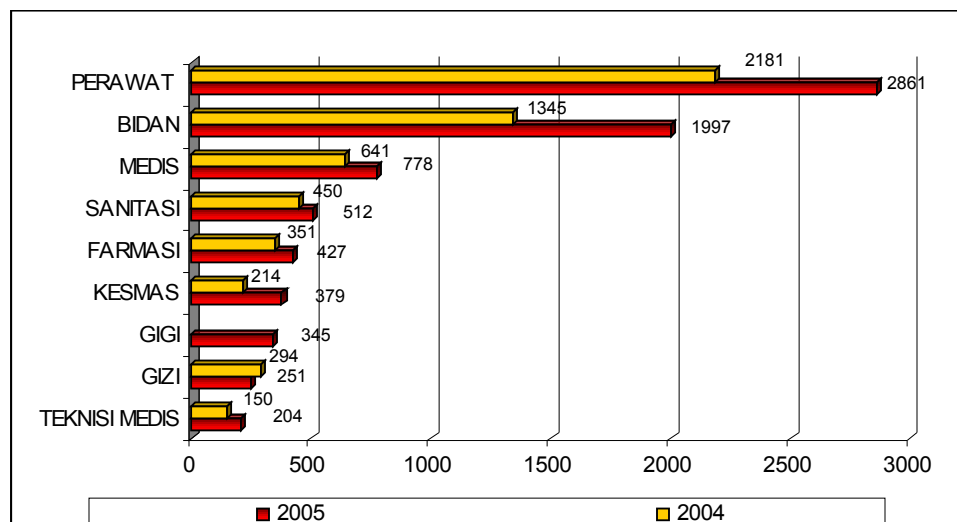
No	Jenis Tenaga	JLH PENDUDUK : 4.031.589			JLH PENDUDUK : 4.213.177		
		2005		2004		2004	
	JENIS KETENAGAAN	Jumlah	Ratio Per 100.000 Pddk	Proporsi (%)	Jumlah	Ratio Per 100.000 Pddk	Proporsi (%)
1	DR SPESIALIS	142	3,52	1,25	120	2.85	1.10
2	DOKTER UMUM	511	12,67	4,51	399	9.47	3.67
3	DOKTER GIGI	125	3,10	1,10	122	2.90	1.12
4	APOTEKER	37	0,92	0,33	29	0.69	0.27
5	SARJANA KESMAS	380	9,43	3,35	242	5.74	2.23
6	SARJANA KEP	80	1,98	0,71	30	0.71	0.28
7	D-III PERAWAT	1.126	27,93	9,94	701	16.64	6.45
8	D-III FARMASI	34	0,84	0,30	40	0.95	0.37
9	D-III GIZI	163	4,04	1,44	167	3.96	1.54
10	D-III GIGI	42	1,04	0,37			
11	D-III + D IV BIDAN	361	8,95	3,19	114	2.71	1.05
12	D-III SANITASI	234	5,80	2,06	214	5.08	1.97
13	ATEM & P RONTG	69	1,71	0,61	51	1.21	0.47
14	P. ANESTESI	15	0,37	0,13	22	0.52	0.20
15	FISIOTERAPIS	26	0,64	0,23	24	0.57	0.22
16	ASS APOTEKER	356	8,83	3,14	282	6.69	2.60
17	D-I GIZI	84	2,08	0,74	127	3.01	1.17
18	D-I GIGI	290	7,19	2,56			
19	SPK	1.657	41,10	14,62	1,967	46.69	18.11
20	BIDAN	1.652	40,98	14,58	2,476	58.77	22.80
21	D-I SANITASI	304	7,54	2,68	246	5.84	2.26
22	ANALIS LAB	72	1,79	0,64	53	1.26	0.49
23	BIDIDES	3.572	88,60	31,52	3,436	81.55	31.63
	TOTAL	11.33	281,0	100,00	10,862	257.81	100.00

		2	8				
--	--	---	---	--	--	--	--

2. Jumlah dan Proporsi Tenaga Kesehatan Menurut Katagori

Untuk mengetahui jumlah dan proporsi tenaga kesehatan daerah menurut 9 katagori tenaga kesehatan dapat dilihat pada Grafik V.1

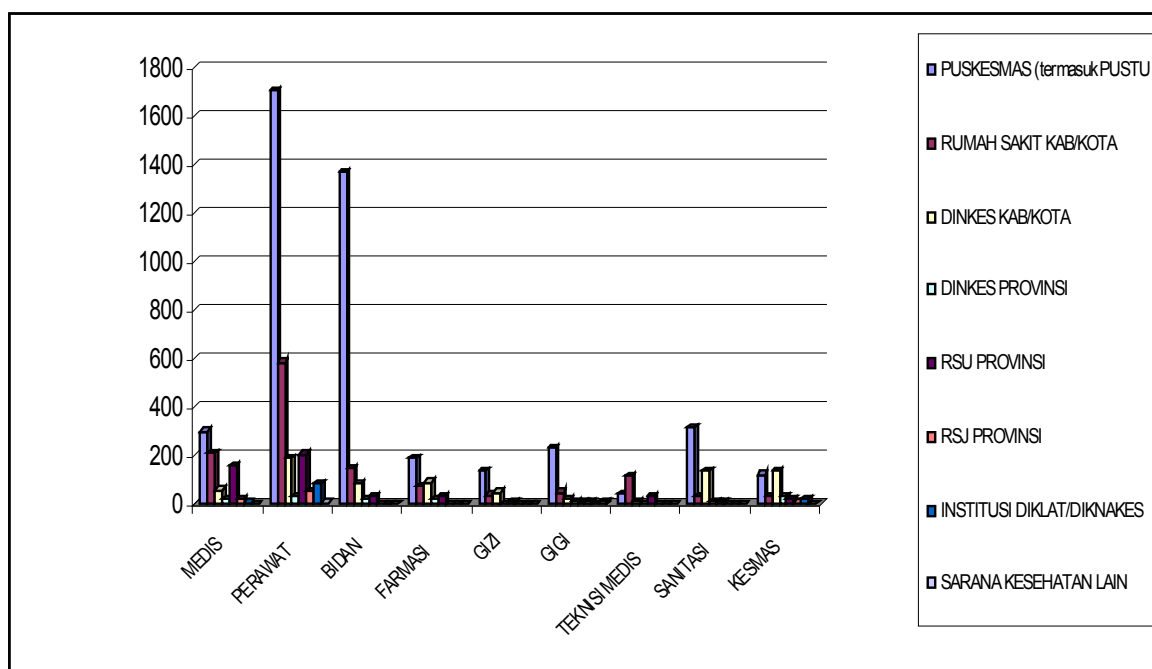
Grafik V.1
Jumlah dan Proporsi Tenaga Kesehatan
Menurut Katagori Tenaga Kesehatan Tahun 2005 dan 2004



Dari Grafik diatas menunjukan secara kuantitas memberi gambaran penambahan jumlah ketenagaan diseluruh katagori ketenagaan pada tahun 2005 tenaga perawat dan bidan mendominasi ketenagaan kesehatan dan tenaga tehnis medis menduduki peringkat terakhir.

Distribusi tenaga kesehatan berdasarkan unit kerja diprovinsi NAD tahun 2005.

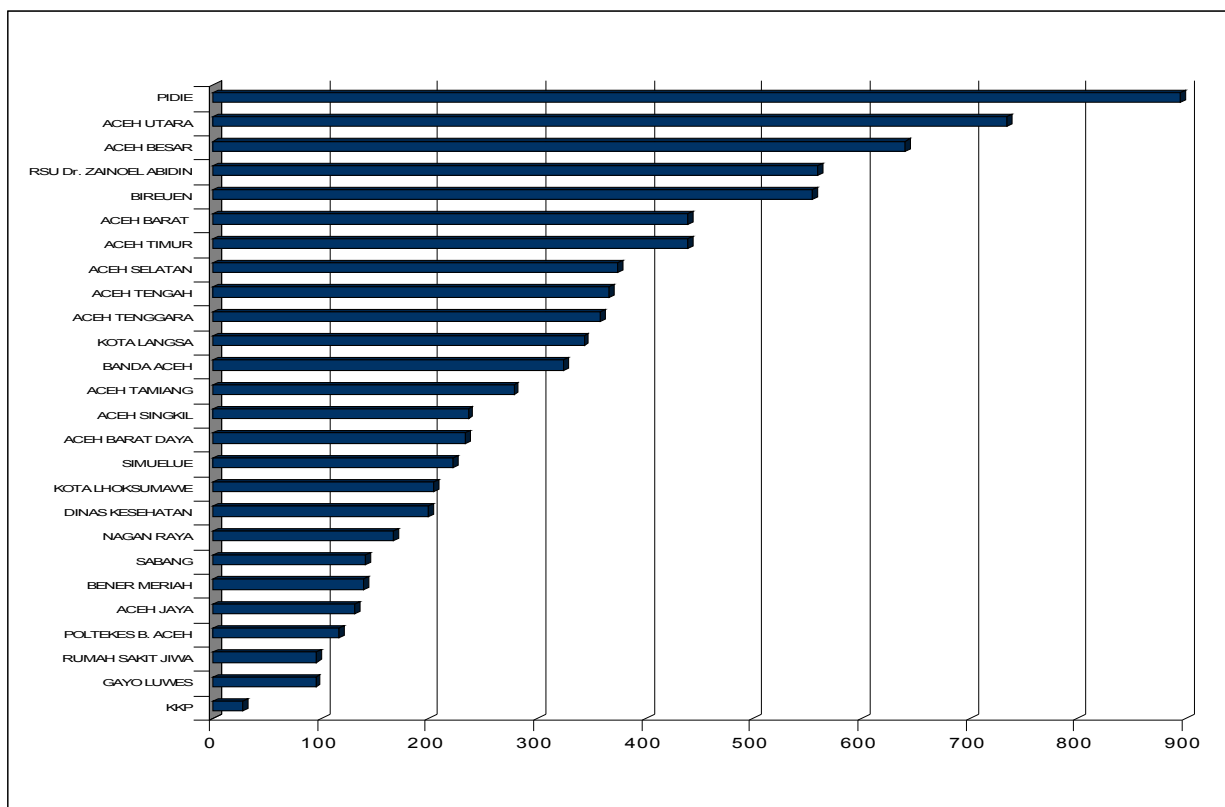
Grafik V.2
Jumlah dan Proporsi Tenaga Kesehatan
Menurut Unit Kerja Tahun 2005



4. Jumlah Tenaga Kesehatan Menurut Kab/Kota dan Provinsi

Distribusi tenaga kesehatan berdasarkan Kabupaten/Kota diprovinsi NAD tahun 2005 dapat dilihat pada tabel berikut ini

Grafik V.3
Jumlah Tenaga Kesehatan
Menurut Kab/Kota dan Provinsi Tahun 2005

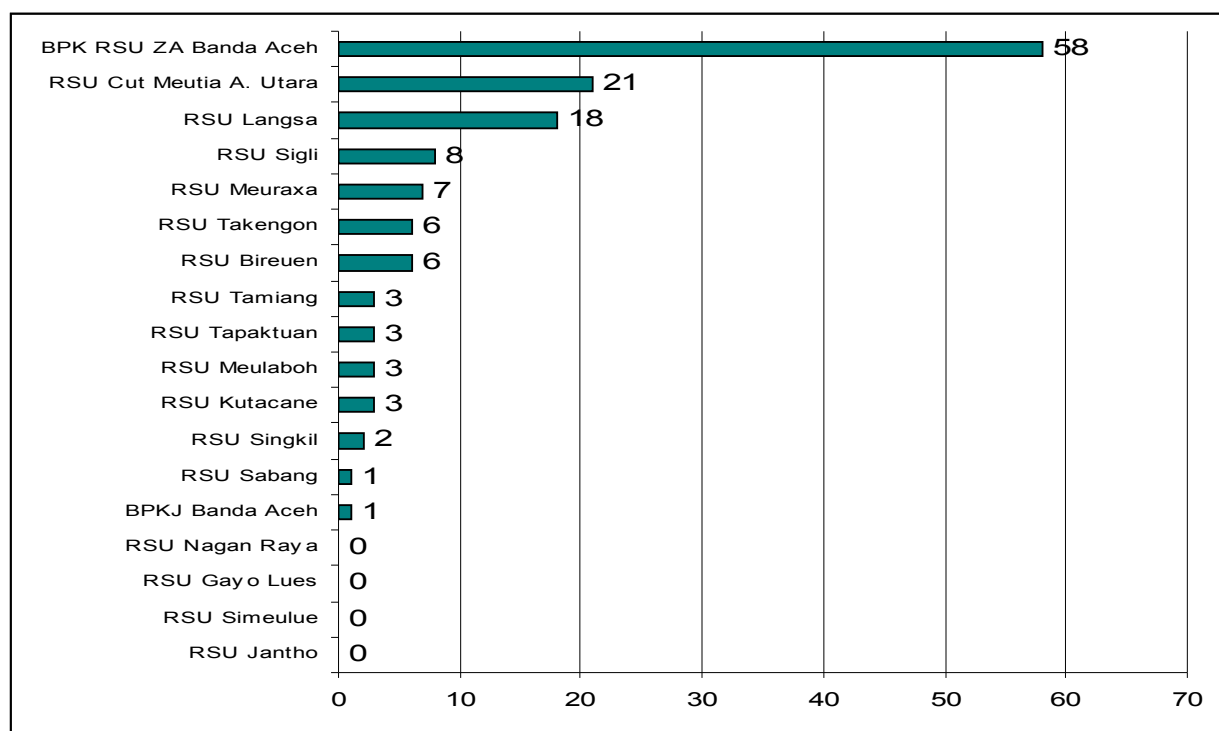


Dari Grafik V.3 di atas terlihat bahwa tenaga kesehatan terbanyak adalah Kabupaten Pidie, Aceh Timur, Aceh Utara dan Aceh Besar sedangkan yang terkecil adalah Gayo Lwes.

1. Tenaga Dokter Spesialis Di Rumah Sakit Umum

Penempatan dokter spesialis di Rumah Sakit Umum merupakan salah satu bagian terpenting didalam peningkatan pelayanan rujukan, terutama 4 spesialis dasar.

Grafik V.4
Jumlah dan Proporsi Dokter Spesialis
Pada RSU di Provinsi NAD Tahun 2005



Dari Grafik V.4 menunjukkan tenaga spesialis masih terbanyak di RSUD Dr. Zainoel Abidin, sedangkan RSUD yang masih kurang 4 spesialis dasar adalah RSUD Tamiang, Tapaktuan, Meulaboh, Kutacane, Singkil dan Sabang dan yang belum memiliki dokter spesialis adalah RSUD Nagan Raya, Gayo Luwes dan Simeulue.

B. PEMBIAYAAN KESEHATAN

Pembiayaan terhadap peningkatan pelayanan kesehatan menjadi salah satu faktor utama didalam peningkatan pelayanan kesehatan, baik untuk belanja modal maupun belanja barang. Didalam upaya peningkatan pembiayaan terhadap sektor kesehatan dianggarkan melalui dana APBN, APBD I & II, BLN dan bantuan hibah dari negara luar (NGO).

Untuk tahun 2005 secara umum pembiayaan terhadap sektor kesehatan sangat besar terutama dana yang bersumber dari APBN khususnya Dana Rehabilitasi dan Rekonstruksi, bila dilihat secara seksama jumlah anggaran kesehatan tahun 2005 dapat dilihat pada lampiran tabel IIS H9.

C. SARANA KESEHATAN

Pada saat bencana alam tsunami kondisi sarana kesehatan yang mengalami kerusakan baik ringan, sedang dan berat berjumlah 41 unit puskesmas, 59 unit puskesmas dan 6 unit Rumah Sakit. Sebagai gambaran dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel V.2

Jumlah Sarana Kesehatan Yang Mengalami Kerusakan Akibat Tsunami
Di Provinsi NAD Tahun 2005

Fasilitas	Sarana Kesehatan			
	Jumlah	Rusak Berat	Rusak Sedang	Rusak Ringan
Rumah Sakit	6	1	3	2
Puskesmas	41	26	5	10
Pustu	59	37	12	10

Hingga akhir tahun 2005 semua sarana kesehatan telah dapat dioperasikan kembali dan hampir seluruh puskesmas dalam penyelesaian pembangunannya, sedangkan Pustu sebahagian besar belum mengalami perbaikan mengingat lokasi awal sudah tidak dapat digunakan kembali. Untuk RSUD Meuraxa yang mengalami kehancuran yang cukup fatal akan direlokasi ketempat lain, sedangkan operasionalnya sementara dipindahkan ke lokasi Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh. Pada saat pasca rehabilitasi pelayanan kesehatan di Provinsi NAD dibantu dengan pembangunan Pos Kesehatan Satelit (Poskeslit) di beberapa titik pengungsi yaitu sebanyak 55 unit yang tersebar di 10 Kabupaten/kota secara rinci dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel V.3
Jumlah Poskeslit dan Tenaga Kesehatan
Di Provinsi NAD Tahun 2005

No	Kab/Kota	Jlh POS	Jenis Tenaga							Jlh
			DU	BID	SKM	AKPER	AKZI	AKL	SMF/ AKFAR	
	Aceh Timur	1	1	1	1	4	1	1	1	10
	Lhoksuewawe	2	2	2	2	8	2	2	2	20
	Aceh Utara	5	5	5	5	20	5	5	5	50
	Bireuen	7	7	7	7	28	7	7	7	70
	Pidie	5	5	5	5	20	5	5	5	50

	Aceh Besar	23	23	23	23	92	23	23	23	230
	Banda Aceh	1	1	1	1	4	1	1	1	10
	Aceh Besar	5	5	5	5	20	5	5	5	50
	Nagan Raya	2	2	2	2	8	2	2	2	20
	Aceh Jaya	4	4	4	4	16	4	4	4	40
	Jumlah	55	55	55	55	220	55	55	55	550

1. Sarana Kesehatan Dasar

Pembangunan sarana kesehatan dasar diarahkan untuk memudahkan masyarakat mendapatkan akses pelayanan kesehatan dasar, dalam upaya mencapai tujuan tersebut penyediaan sarana kesehatan dasar merupakan hal yang terpenting.

Situasi sarana kesehatan dasar di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam pada tahun 2005 sesuai dengan tabel berikut:

Tabel V.4
Jumlah Sarana Kesehatan Dasar
Di Provinsi NAD Tahun 2005

No	Kabupaten / Kota	Puskesmas 2005					
		Puskesmas 2005			PUSTU	Puskesmas Keliling	
		NON TT	TT	Jumlah		Ambulance	Perahu Bermotor
1	Simeulue	2	6	8	21	8	1
2	Aceh Singkil	12	3	15	59	13	1
3	Aceh Selatan	12	6	18	55	14	0
4	Aceh Tenggara	10	3	13	32	13	0
5	Aceh Timur	4	16	20	67	21	0
6	Aceh Tengah	9	4	13	48	13	0
7	Aceh Barat	9	4	13	36	13	0
8	Aceh Besar	15	7	22	63	22	0
9	Pidie	22	11	33	86	31	0
10	Bireuen	9	5	14	37	14	0
11	Aceh Utara	15	11	26	81	22	0
12	Aceh Barat Daya	5	3	8	27	8	0
13	Gayo Lues	10	2	12	29	6	0
14	Aceh Tamiang	7	3	10	34	10	0
15	Nagan Raya	5	5	10	34	7	0
16	Aceh Jaya	6	3	9	29	9	0
17	Banda Aceh	6	0	6	21	6	0
18	Sabang	3	1	4	7	4	0
19	Langsa	3	1	4	7	4	0
20	Lhokseumawe	4	1	5	13	5	0

21	Bener Meriah	6	3	9	33	8	0
	Jumlah Th. 2005	174	98	272	819	251	2
	JUMLAH 2004	174	85	259	821	244	1
	2003			240	779	237	1
	2002			233	691	193	2
	2001			224	803	203	10
	2000			220	766	208	9

Dari tabel diatas menunjukkan pada tahun 2005 telah bertambahnya jumlah Puskesmas sebanyak 13 unit, Pustu mengalami pengurangan sebanyak 32 unit, Pusling bertambah 9 unit sedangkan perahu bermotor untuk kabupaten Simelue dan Kabupaten Singkil telah beroperasi kembali sebagai sarana pelayanan kesehatan antar pulau.

a. Ratio Puskesmas per 100.000 penduduk

Besarnya ratio Puskesmas terhadap 100.000 penduduk adalah 6,73. Hal ini berarti rata-rata setiap puskesmas melayani kurang lebih 14.822 penduduk. Berdasarkan ratio kecukupan puskesmas secara nasional sebesar 28.000 penduduk/puskesmas, berarti ketersediaan fasilitas di Nanggroe Aceh Darussalam cukup memadai. Rata-rata jangkauan penduduk oleh puskesmas meningkat tajam bila dibandingkan dengan tahun tahun sebelumnya.

b. Ratio Puskesmas Pembantu per Puskesmas

Ratio Pustu per Puskesmas di Provinsi NAD tahun 2005 adalah 3,02 sehingga dapat dikatakan setiap puskesmas telah memiliki jaringan pelayanan sebanyak 2-3 buah Pustu. Hal yang perlu mendapat perhatian adalah kondisi fisik dan sanitasi dilingkungan Pustu.

c. Ratio Puskesmas Keliling per Puskesmas

Ratio Pusling per Puskesmas di Provinsi NAD tahun 2005 adalah 0,93 hingga dapat dikatakan setiap puskesmas telah memiliki Pusling namun beberapa puskesmas pusling yang ada perlu mendapat penggantian mengingat masa operasionalnya yang sudah melebihi 10 tahun.

2. Sarana Kesehatan Rujukan

Indikator yang digunakan untuk menilai perkembangan sarana rumah sakit antara lain dengan melihat perkembangan fasilitas perawatan yang biasanya diukur dengan jumlah rumah sakit dan tempat tidurnya serta rasionya terhadap jumlah penduduk.

Tabel V.5
Jumlah Sarana Rumah Sakit
Di Provinsi NAD Tahun 2005

NO	KABUPATEN/KOTA	RUMAH SAKIT									
		UMUM		SWASTA		TNI		POLRI		RSJ	
		JLH	TT	JLH	TT	JLH	TT	JLH	TT	JLH	TT
1	Aceh Selatan	1	72	0	0	0	0	0	0	0	0
2	Aceh Tenggara	1	60	0	0	0	0	0	0	0	0
3	Aceh Tengah	1	65	0	0	0	0	0	0	0	0
4	Bener Meriah*)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	Bireuen	1	63	0	0	0	0	0	0	0	0
6	Aceh Utara**)	1	0	2	101	0	0	0	0	0	0
7	Aceh Timur**)	1	0	3	174	0	0	0	0	0	0
8	Aceh Tamiang	1	57	0	0	0	0	0	0	0	0
9	Aceh Singkil	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	Aceh Barat	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0
11	Aceh Barat Daya**)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	Aceh Jaya**)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	Nagan Raya*)	1	40	0	0	0	0	0	0	0	0

14	Gayo Lues*)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	Simeulue	1	75	0	0	0	0	0	0	0	0
16	Pidie	2	140	0	0	0	0	0	0	0	0
17	Aceh Besar	1	50	0	0	0	0	0	0	0	0
18	Kota Banda Aceh*)	1	35	5	182	1	123	1	55	0	0
19	Kota Sabang	1	54	0	0	1	40	0	0	0	0
20	Kota Lhokseumawe	1	118	3	130	1	122	0	0	0	0
21	Kota Langsa	1	204	0	0	0	0	0	0	0	0
22	Provinsi	1	200	0	0	0	0	0	0	1	280
	JUMLAH	23	1333	13	587	3	285	1	55	1	280

Ket : TT = Tempat Tidur *) Operasional (dalam pembangunan) **) Belum Operasional (dalam pembangunan)

Dari tabel diatas menunjukkan hampir semua Kabupaten telah memiliki RSU dan ini akan terus bertambah sesuai dengan perkembangan Kabupaten di Provinsi NAD. Namun yang masih terlihat kekurangan adalah Rumah Sakit Jiwa yang baru ada berjumlah 1 unit sedangkan kebutuhan akan pelayanan RSJ di Provinsi NAD.

BAB VI : PENUTUP

Demikian penyajian Profil Kesehatan Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam Tahun 2005, diharapkan dapat membantu memberikan penjelasan yang lebih mendalam mengenai situasi derajat kesehatan, upaya kesehatan, sumber daya kesehatan beserta hasil kegiatannya selama kurun waktu tahun 2005.

Secara umum dapat disampaikan bahwa pencapaian upaya kesehatan sudah lebih baik, namun perlu terus dilakukan upaya-upaya peningkatan partisipasi masyarakat didalam upaya peningkatan kesehatan masyarakat baik kegiatan preventif, kuratif dan rehabilitatif, serta masih perlunya peningkatan pembiayaan kesehatan secara menyeluruh. Untuk perbaikan kedepan terhadap substansi

penyajian maupun waktu terbit dari profil ini dibutuhkan adanya komitmen bersama. Keseriusan dan dukungan khususnya dari pengelola program terkait di Dinas Kesehatan Provinsi maupun Kabupaten/Kota termasuk RSUD, sehingga tujuan profil kesehatan ini dapat menjadi salah satu sumber data dan informasi kesehatan dapat tercapai.

Demikian kami sampaikan atas segala upaya dan bantuan semua pihak yang telah memberikan kontribusinya sehingga profil ini dapat terselesaikan, kami sampaikan terima kasih.

Wassalam