

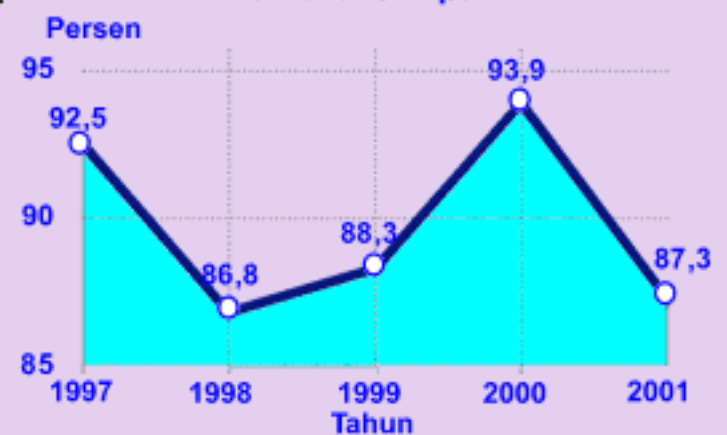
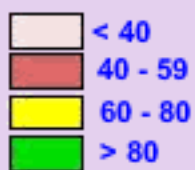


PROFIL KESEHATAN INDONESIA 2001

MENUJU INDONESIA SEHAT 2010



Persentase Cakupan Imunisasi Campak 2001



351.770 212
Ind
p

PROFIL
KESEHATAN INDONESIA
2001

DEPARTEMEN KESEHATAN R.I.
JAKARTA
2002

Katalog Dalam Terbitan. Departemen Kesehatan RI
351.770 212
Ind Indonesia. Departemen Kesehatan. Pusat Data Kesehatan
p Profil Kesehatan Indonesia 2001. - - Jakarta :
Departemen Kesehatan RI 2002

I. Judul 1. HEALTH STATISTICS

Buku ini merupakan lampiran dari Profil Kesehatan Indonesia 2001
Diterbitkan oleh
Departemen Kesehatan Republik Indonesia
Jalan HR Rasuna Said Blok X-5 Kav 4-9, Jakarta 12950
Telepon no: 62-21-5229590, 5221432
Fax no: 622-21-5203874
E-mail: pusdatin@depkes.go.id
Web site: <http://www.depkes.go.id>



KATA PENGANTAR

Penyusunan “Profil Kesehatan Indonesia 2001” ini memang cukup berat, mengingat tahun 2001 adalah tahun dimulainya pelaksanaan kebijakan desentralisasi ke arah otonomi daerah. Dengan pelaksanaan ini, maka praktis infrastruktur informasi kesehatan nasional yang pernah dibangun menjadi berubah sama sekali. Leburnya unit-unit vertikal Departemen Kesehatan ke dalam Dinas-dinas Kesehatan, telah memunculkan organisasi-organisasi kesehatan yang berbeda antara satu Daerah dengan Daerah lain. Tidak terkecuali organisasi yang mengelola data dan informasi. Pejabat-pejabatnya pun banyak yang baru, sehingga belum memahami benar apa yang selama ini telah berkembang di bidang pengelolaan data dan informasi kesehatan. Namun demikian, berkat rahmat Tuhan Yang Maha Kuasa dan kesediaan para pejabat pengelola data dan informasi kesehatan di Daerah untuk segera bekerjasama, “Profil Kesehatan Indonesia 2001” ini akhirnya dapat diterbitkan. Kepada Tim Penyusun serta para pejabat pengelola data dan informasi kesehatan di Daerah, saya sampaikan terima kasih yang tak terhingga.

Saya menyambut gembira inisiatif Pusat Data dan Informasi Departemen Kesehatan untuk mengubah format “Profil Kesehatan Indonesia 2001” ini sehingga dapat digunakan sebagai salah satu sarana untuk memantau perkembangan pencapaian Visi Indonesia Sehat 2010. Dengan menyimak profil kesehatan tahun 2001 ini, para pembaca akan dapat mengetahui sudah sampai seberapa jauh derajat kesehatan masyarakat yang kita inginkan tercapai. Selain itu, juga dapat disimak faktor-faktor apa kiranya yang dominan terhadap pencapaian tersebut dan masih harus ditingkatkan.

Mengikuti tradisi yang telah dikembangkan, “Profil Kesehatan Indonesia 2001” juga terdiri atas dua buku. Buku pertama berisi analisis dan narasi sedangkan buku kedua yang merupakan lampiran, khusus berisi tabel-tabel, baik yang digunakan dalam analisis maupun tabel-tabel lain yang sekiranya dapat dimanfaatkan.

Sebagaimana profil kesehatan tahun-tahun yang lalu, “Profil Kesehatan Indonesia 2001” ini juga masih menyimpan banyak kekurangan. Yang sudah jelas, terbitnya pun masih terlambat cukup lama. Oleh karena itu, dalam ruang ini saya menyampaikan maaf kepada pembaca sekalian. Sekaligus juga menghimbau saran dan masukan guna peningkatan kualitas profil kesehatan ini di masa mendatang.

Mudah-mudahan “Profil Kesehatan Indonesia 2001” ini betapa pun, masih bermanfaat, dalam mengisi kekosongan data dan informasi akibat transisi kebijakan dari sentralisasi ke desentralisasi.

Jakarta, 10 Desember 2002
Sekretaris Jenderal
Departemen Kesehatan RI

ttd

Dr. Dadi S. Argadiredja, MPH
NIP: 140 057 678



SAMBUTAN MENTERI KESEHATAN

Walaupun masih sangat terlambat, saya menyambut gembira terbitnya “Profil Kesehatan Indonesia 2001” ini. Semula saya ragu apakah Departemen Kesehatan bisa memiliki data tahun 2001, karena konon Sistem Informasi Kesehatan Nasional sedang tersendat-sendat akibat pelaksanaan desentralisasi.

Saya juga mendukung upaya Pusat Data dan Informasi Departemen Kesehatan yang sejak terbitan tahun 2001 ini, menjadikan “Profil Kesehatan Indonesia” sebagai salah satu alat untuk memantau pencapaian Visi Indonesia Sehat 2010. Yaitu dengan cara mengubah sistematika penyajiannya sehingga sesuai dengan deskripsi dari Visi Indonesia Sehat 2010 tersebut.

Ketersediaan data dan informasi saja memang tidaklah cukup. Bila Sistem Kesehatan Nasional kita inginkan untuk dapat mencapai Visi yang telah dicanangkan, maka pemanfaatan data dan informasi harus ditingkatkan. Perencanaan kesehatan yang dilakukan dan pengambilan keputusan-keputusan yang dibuat harus selalu didasarkan kepada data dan informasi (*evidence based*). Kita tidak boleh berdalih bahwa data yang tersedia kurang baik. Antara sistem informasi dan manajemen terdapat hubungan yang saling mempengaruhi. Bila manajemen mau menggunakan data dan informasi yang ada, maka lambat-laun sistem informasi akan menyesuaikan diri, yaitu dengan meningkatkan kualitas data dan informasi serta kecepatan penyediaannya. Oleh karena itu, dengan hadirnya “Profil Kesehatan Indonesia 2001” ini saya menghimbau seluruh jajaran kesehatan untuk memulai tradisi memanfaatkan data dan informasi dalam manajemen kesehatan yang kita praktikkan.

Harapan saya semoga kehadiran “Profil Kesehatan Indonesia 2001” ini besar manfaatnya. Tidak lupa, selain apresiasi terhadap semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan profil ini, saya juga berharap peningkatan kinerja sehingga profil kesehatan di masa mendatang dapat hadir lebih awal lagi.

Jakarta, 11 Desember 2002
Menteri Kesehatan RI

ttd

Dr. Achmad Sujudi

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
SAMBUTAN MENTERI KESEHATAN	iii
DAFTAR ISI	v
INDEKS TABEL, GAMBAR, DAN LAMPIRAN MENURUT SUBYEK	vii
BAB I: PENDAHULUAN	1
BAB II: GAMBARAN UMUM	
A. Keadaan Penduduk	4
B. Keadaan Ekonomi	5
C. Keadaan Pendidikan	6
BAB III: INDONESIA SEHAT 2010	
A. Derajat Kesehatan Yang Optimal	9
B. Lingkungan Sehat	10
C. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat	11
D. Pelayanan Kesehatan	11
E. Pembangunan Kesehatan	12
BAB IV: PEMBANGUNAN KESEHATAN TAHUN 2001	
A. Tujuan dan Sasaran	15
B. Target Yang Akan Dicapai	22
C. Kegiatan Yang Telah Dilaksanakan	23
BAB V: PENCAPAIAN INDONESIA SEHAT DI TAHUN 2001	
A. Derajat Kesehatan	29
B. Keadaan Lingkungan	55
C. Keadaan Perilaku Masyarakat	61
D. Keadaan Pelayanan Kesehatan	65
E. Kinerja Pembangunan Kesehatan	71
BAB VI: PERBANDINGAN INDONESIA DENGAN BEBERAPA NEGARA	
A. Penduduk	101
B. Derajat Kesehatan	102
C. Pembiayaan Kesehatan	104

BAB VII:	KESIMPULAN	
	A. Hasil Akhir (Derajat Kesehatan)	107
	B. Hasil Antara	108
	C. Pembangunan Kesehatan	110
	D. Perbandingan dengan Negara Lain	111
	E. Kesimpulan Umum	112

LAMPIRAN

Tim Penyusun Profil Kesehatan Indonesia 2001

INDEKS TABEL, GAMBAR, DAN LAMPIRAN MENURUT SUBYEK

Angka kematian: Tabel 2, Tabel 4, Tabel 5, Tabel 6, Tabel 61; Gambar 4, Gambar 16;
Lampiran 18, Lampiran 19, Lampiran 20

Angka kesakitan: Tabel 9, Tabel 10, Tabel 11, Tabel 12, Tabel 13, Tabel 14, Tabel 15,
Tabel 16, Tabel 17, Tabel 18, Tabel 19, Tabel 42, Tabel 43, Tabel 44;
Gambar 6, Gambar 7, Gambar 8, Gambar 9, Gambar 10, Gambar 11,
Gambar 12, Gambar 13, Gambar 14, Gambar 15; Lampiran 21, Lampiran 22,
Lampiran 23, Lampiran 24, Lampiran 25, Lampiran 26, Lampiran 27,
Lampiran 28, Lampiran 29, Lampiran 30, Lampiran 31, Lampiran 32,
Lampiran 33, Lampiran 34, Lampiran 35, Lampiran 36, Lampiran 37,
Lampiran 38, Lampiran 39, Lampiran 40, Lampiran 41, Lampiran 43,
Lampiran 44

Ekonomi: Lampiran 10, Lampiran 11, Lampiran 12

Gizi masyarakat: Tabel 24, Tabel 25; Gambar 17, Gambar 18, Gambar 19, Gambar 20;
Lampiran 45, Lampiran 46

Imunisasi: Lampiran 28, Lampiran 29, Lampiran 30, Lampiran 31, Lampiran 32,
Lampiran 33, Lampiran 78, Lampiran 79, Lampiran 80, Lampiran 81

Jaminan pembiayaan kesehatan: Tabel 37, Tabel 38

Kependudukan: Tabel 30, Tabel 60; Gambar 1, Gambar 2; Lampiran 1, Lampiran 2,
Lampiran 3, Lampiran 4, Lampiran 5, Lampiran 6, Lampiran 7, Lampiran 8,
Lampiran 9, Lampiran 10, Lampiran 11, Lampiran 12, Lampiran 13,
Lampiran 14, Lampiran 15, Lampiran 16, Lampiran 20

Kesehatan gigi dan mulut: Lampiran 82, Lampiran 83

Kesehatan keluarga: Tabel 39, Tabel 40, Gambar 26, Gambar 27, Gambar 28,
Gambar 29; Lampiran 9, Lampiran 20, Lampiran 69, Lampiran 70,
Lampiran 71, Lampiran 72, Lampiran 73, Lampiran 74, Lampiran 75,
Lampiran 76, Lampiran 77, Lampiran 78, Lampiran 79, Lampiran 80,
Lampiran 81

Obat, makanan, dan alat kesehatan: Tabel 46, Tabel 47, Tabel 48, Tabel 49;
Lampiran 55, Lampiran 93, Lampiran 94, Lampiran 95

Pembiayaan kesehatan: Tabel 50, Tabel 51, Tabel 52, Tabel 53, Tabel 54, Tabel 55, Tabel 56, Tabel 57, Tabel 58, Tabel 59, Tabel 62, Tabel 63; Gambar 36, Gambar 37; Lampiran 96, Lampiran 97, Lampiran 98, Lampiran 99, Lampiran 100, Lampiran 101

Pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan: Tabel 45; Gambar 35; Lampiran 90, Lampiran 91, Lampiran 92

Pendidikan: Lampiran 13, Lampiran 14, Lampiran 15, Lampiran 16

Penyakit bersumber binatang: Tabel 9, Tabel 18, Tabel 19, Tabel 42; Gambar 6, Gambar 7, Gambar 8, Gambar 15; Lampiran 21, Lampiran 22, Lampiran 23, Lampiran 24, Lampiran 25, Lampiran 40, Lampiran 41

Penyakit menular langsung: Tabel 10, Tabel 14, Tabel 15, Tabel 16, Tabel 17, Tabel 43, Tabel 44; Gambar 9, Gambar 10, Gambar 11, Gambar 12; Lampiran 25, Lampiran 26, Lampiran 27, Lampiran 34, Lampiran 35, Lampiran 36, Lampiran 37, Lampiran 38, Lampiran 39

Penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi: Tabel 11, Tabel 12, Tabel 13; Gambar 13, Gambar 14; Lampiran 28, Lampiran 29, Lampiran 30, Lampiran 31, Lampiran 32, Lampiran 33

Penyebab kematian: Tabel 3, Tabel 5, Tabel 7, Tabel 8, Tabel 20, Tabel 21, Tabel 22, Tabel 23; Lampiran 42

Penyehatan lingkungan, air, dan sanitasi: Tabel 26, Tabel 27, Tabel 28, Tabel 29; Lampiran 47, Lampiran 48, Lampiran 49, Lampiran 50, Lampiran 51, Lampiran 52, Lampiran 53

Sarana pelayanan kesehatan: Tabel 31, Tabel 32, Tabel 33, Tabel 34, Tabel 35, Tabel 36; Gambar 21, Gambar 22, Gambar 23, Gambar 24, Gambar 25; Lampiran 58, Lampiran 59, Lampiran 60, Lampiran 61, Lampiran 62, Lampiran 63, Lampiran 64, Lampiran 65, Lampiran 66, Lampiran 67, Lampiran 68, Lampiran 86

Tenaga kesehatan: Tabel 41, Tabel 45; Gambar 30, Gambar 31, Gambar 32, Gambar 33, Gambar 34, Gambar 35; Lampiran 84, Lampiran 85, Lampiran 86, Lampiran 87, Lampiran 88, Lampiran 89, Lampiran 90, Lampiran 91, Lampiran 92

Tenaga kesehatan PTT: Lampiran 87, Lampiran 88, Lampiran 89

Umur harapan hidup waktu lahir: Tabel 1, Tabel 61; Gambar 3; Lampiran 16, Lampiran 17

BAB I

PENDAHULUAN

Profil Kesehatan Indonesia adalah gambaran situasi Kesehatan di Indonesia yang diterbitkan setahun sekali sejak tahun 1988. Dalam setiap terbitan Profil Kesehatan Indonesia memuat berbagai data tentang kesehatan dan data pendukung lain yang berhubungan dengan kesehatan seperti data kependudukan dan keluarga berencana. Data dianalisis dengan analisis sederhana dan ditampilkan dalam bentuk tabel dan grafik.

Dalam setiap penerbitan Profil Kesehatan Indonesia, selalu dilakukan berbagai upaya perbaikan, baik dari segi materi, analisis maupun bentuk tampilan fisiknya, sesuai masukan dari para pengelola program di Departemen Kesehatan dan pemakai pada umumnya. Sejak terbitan tahun 1988 sampai dengan terbitan tahun 1999, tahun profil dan isi data berbeda satu tahun. Yaitu misalnya, Profil Kesehatan Indonesia 1999 berisi data tahun 1998. Namun sejak terbitan data tahun 2000 yang lalu, dilakukan perubahan di mana tahun yang tercantum dalam judul Profil Kesehatan Indonesia tersebut disesuaikan dengan isi data dalam Profil Kesehatan Indonesia. Contohnya, Profil Kesehatan Indonesia 2000 berisi data tahun 2000. Penampilan bentuk fisik juga mengalami perubahan. Sejak Profil Kesehatan Indonesia 1988 sampai dengan Profil Kesehatan Indonesia 1997 analisis dan lampiran diterbitkan dalam satu buku. Sejak terbitan tahun 1998 buku Profil Kesehatan Indonesia dibuat menjadi dua, yaitu buku Profil Kesehatan Indonesia yang memuat analisis dan buku Lampiran yang memuat tabel-tabel, baik yang digunakan dalam analisis maupun tabel-tabel lainnya.

World Health Organisation dalam salah satu publikasi pentingnya menyatakan bahwa Sistem Informasi Kesehatan tidak dapat berdiri sendiri. Ia harus merupakan bagian fungsional dari Sistem Kesehatan tersebut. Oleh karena itu, sejak terbitan tahun 2001 ini, Profil Kesehatan Indonesia diupayakan untuk lebih berkait dengan Sistem Kesehatan. Sebagaimana diketahui, pada saat ini Sistem Kesehatan diarahkan untuk mencapai Visi Indonesia Sehat 2010. Maka sejak terbitan tahun 2001 ini, Profil Kesehatan Indonesia bertepatan “Menuju Indonesia Sehat 2010”. Artinya, Profil Kesehatan Indonesia diformat agar dapat menjadi salah satu sarana untuk menilai pencapaian Pembangunan Kesehatan dalam rangka mencapai Visi Indonesia Sehat 2010.

Dengan demikian jelas bahwa tujuan diterbitkannya Profil Kesehatan Indonesia 2001 ini adalah dalam rangka menyediakan sarana untuk mengevaluasi pencapaian Pembangunan Kesehatan tahun 2001 dengan mengacu kepada Visi Indonesia Sehat 2010. Oleh karena itu maka gambaran yang disajikan dalam Profil Kesehatan Indonesia 2001 ini disusun secara sistematis mengikuti pengertian dari Visi Indonesia Sehat 2010. Jelasnya, sistematika penyajian Profil Kesehatan Indonesia 2001 ini adalah sebagai berikut.

Bab I-Pendahuluan. Bab ini menyajikan tentang maksud dan tujuan diterbitkannya Profil Kesehatan Indonesia ini dan sistematika dari penyajiannya.

Bab II-Gambaran Umum. Bab ini menyajikan tentang gambaran umum Indonesia. Selain uraian tentang letak geografis dan informasi umum lainnya, bab ini juga mengulas faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kesehatan dan faktor-faktor lain yang bersama-sama dengan kesehatan menentukan nilai Indeks Pembangunan Manusia (IPM) atau Human Development Index (HDI). Misalnya faktor-faktor kependudukan, kondisi ekonomi, perkembangan pendidikan, dan lain-lain.

Bab III-Indonesia Sehat 2010. Bab ini memberikan informasi tentang acuan kita, yaitu Visi Indonesia Sehat 2010. Dalam bab ini disajikan indikator-indikator untuk Indonesia Sehat dan besaran target-target yang ingin dicapai pada tahun 2010 kelak. Uraian dilakukan secara sistimatis, yaitu diawali dengan uraian tentang derajat kesehatan, yang disusul uraian tentang lingkungan sehat, perilaku sehat, dan pelayanan kesehatan, serta diakhiri dengan kinerja Pembangunan Kesehatan.

Bab IV-Pembangunan Kesehatan Tahun 2001. Bab ini berisi uraian tentang program-program pokok apa saja yang terdapat dalam Pembangunan Kesehatan di tahun 2001, apa tujuan dan sasarannya, serta target-target yang ingin dicapai. Bab ini diakhiri dengan uraian tentang kegiatan-kegiatan apa saja yang telah dilakukan dalam tahun 2001 untuk setiap program pokok dalam Pembangunan Kesehatan.

Bab V-Pencapaian Indonesia Sehat di Tahun 2001. Bab ini menguraikan apa saja yang telah dicapai selama tahun 2001, dengan mengacu kepada indikator-indikator dan target-target yang telah dipancang untuk Visi Indonesia Sehat 2010. Oleh karena itu maka sajiannya mencakup gambaran tentang derajat kesehatan, keadaan lingkungan, keadaan perilaku masyarakat, keadaan pelayanan kesehatan, dan kinerja dari pembangunan kesehatan. Selain narasi, sajian dalam bab ini dilengkapi dengan berbagai bentuk tabel dan grafik.

Bab VI-Perbandingan Indonesia dengan Beberapa Negara. Bab ini menguraikan secara singkat beberapa indikator kesehatan dan yang terkait di negara-negara Asia Tenggara dan Jepang pada tahun 2001 (beberapa tahun 2000). Indikator yang disajikan meliputi kependudukan, derajat kesehatan, dan pembiayaan kesehatan.

Bab VII-Kesimpulan. Bab ini mencoba menyajikan hal-hal penting yang perlu disimak dari profil kesehatan masyarakat Indonesia di tahun 2001. Selain keberhasilan-keberhasilan yang perlu dicatat, bab ini juga mengemukakan hal-hal yang dianggap masih kurang dalam rangka upaya mencapai Visi Indonesia Sehat 2010.

BAB II

GAMBARAN UMUM

Indonesia adalah negara kepulauan dengan jumlah pulau lebih kurang 17.000 buah. Rangkaian pulau-pulau ini terletak menyebar di sepanjang katulistiwa, yaitu antara 6 derajat lintang utara dan 11 derajat lintang selatan, dari 95 derajat sampai 141 derajat bujur timur. Terdapat banyak gunung berapi di pulau-pulau tersebut. Indonesia juga terletak di antara dua benua, yaitu Asia dan Australia dan di antara tiga lautan, yaitu Laut Cina Selatan, Lautan Pasifik, dan Lautan Hindia. Terdapat lima pulau besar di Indonesia, yaitu Sumatera, Jawa, Kalimantan, Sulawesi, dan Irian Jaya. Selain itu terdapat dua kelompok pulau-pulau, yaitu Kepulauan Maluku dan Kepulauan Nusa Tenggara. Pulau-pulau lainnya merupakan pulau-pulau kecil, dan sebagian besarnya tidak berpenghuni. Lebih dari 80 persen wilayah Indonesia berupa air. Luas daratannya hanya sekitar 1,9 juta kilometer persegi.

Letak negara yang dikelilingi samudera dan memiliki sejumlah gunung berapi yang masih aktif, menyebabkan Indonesia sering dilanda gempa. Pada tahun 2000, gempa dengan kekuatan terbesar yaitu 7,3 skala richter terjadi di Palembang, Bengkulu, dan Lampung. Gempa juga terjadi di Jakarta pada tanggal 4 Juni 2000 dengan kedalaman pusat gempa 33 km yang terletak pada 4,70 lintang selatan dan 102 bujur timur. Sedangkan gempa terbesar pada tahun 2001 sebesar 6,8 skala richter terjadi pada tanggal 19 Oktober 2001 dengan pusat gempa terletak pada 4,30 lintang selatan dan 124,60 bujur timur. Gempa tersebut melanda daerah Kendari dan Raha dengan kedalaman pusat gempa 26 km.

Indonesia beriklim tropis dengan dua musim, yaitu musim kemarau (yang biasanya berlangsung Mei-Oktober) dan musim penghujan (yang biasanya berlangsung November-April). Keadaan ini selain menguntungkan karena menyebabkan suburnya tanah, juga sering mendatangkan malapetaka berupa banjir. Beberapa kota seperti Jakarta, Bandung, Semarang, Medan, dan sejumlah daerah perdesaan selalu menjadi langganan banjir setiap tahun. Bencana banjir ini banyak menimbulkan kerugian berupa nyawa maupun harta benda. Tanaman padi dan palawija tidak jarang menjadi rusak karena dilanda banjir sebelum sempat dipanen.

Sejak tahun 2001, Indonesia melaksanakan kebijakan desentralisasi, yaitu dengan diberlakukannya Undang-undang Nomor 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah dan Undang-undang Nomor 25 tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Daerah. Semenjak dilaksanakannya kedua undang-undang tersebut, sejumlah Daerah mengembangkan administrasi pemerintahannya. Dengan demikian maka sampai saat ini di Indonesia terdapat 30 provinsi dengan 410 kabupaten dan kota.

Adapun gambaran umum Indonesia di tahun 2001 dalam berbagai seginya adalah sebagai berikut.

A. KEADAAN PENDUDUK

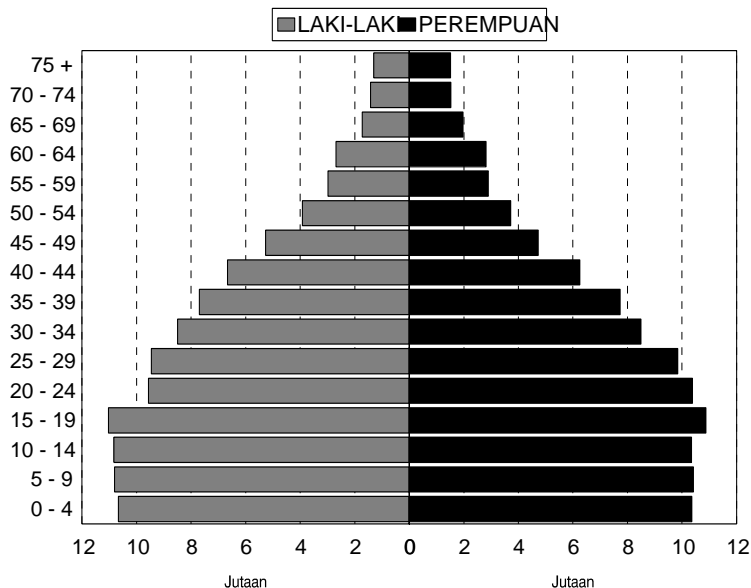
Uraian tentang kependudukan berikut ini sebagian besar diambil dari buku Statistik Kesejahteraan Rakyat 2001 terbitan Badan Pusat Statistik. Menurut dokumen ini, perkiraan jumlah penduduk pada tahun 2001 (belum termasuk provinsi Nanggroe Aceh Darussalam/NAD) adalah sebesar 201,70 juta jiwa, dengan tingkat kepadatan 108 jiwa perkilometer persegi.

Persebaran penduduk sampai tahun 2001, baik antar pulau maupun antar daerah sangat timpang. Hal ini dapat dilihat dari persentase penduduk antar pulau yang menunjukkan lebih dari separuh penduduk Indonesia (61,86%) berada di pulau Jawa/Bali, 19,43% berada di Sumatera (tanpa provinsi NAD), 5,51% di Kalimantan, 7,25% di Sulawesi, serta 5,94% di Nusa Tenggara, Maluku dan Papua.

Salah satu indikator pertumbuhan suatu bangsa tercermin dari peningkatan persentase penduduk yang tinggal di perkotaan. Di negara maju sebagian besar penduduknya tinggal di daerah perkotaan, karena sebagian desa telah diubah menjadi kota. Keadaan di Indonesia merupakan kebalikannya, yaitu sebagian besar penduduknya tinggal di perdesaan (56,87% berbanding 43,13%). Namun demikian dibandingkan satu dekade yang lalu (tahun 1990) penduduk perkotaan telah bertambah lebih dari 50%.

Komposisi penduduk Indonesia dirinci menurut kelompok umur dan jenis kelamin, menunjukkan penduduk laki-laki maupun perempuan terbanyak berada kelompok umur 5-9 dan 10-14 tahun. Gambaran komposisi penduduk secara lebih rinci dapat dilihat dari gambar berikut.

GAMBAR 1
PIRAMIDA PENDUDUK INDONESIA TAHUN 2001



Penduduk menurut kelompok umur menunjukkan bahwa 30,50% penduduk Indonesia berusia muda (0-14 tahun), 64,83% berusia produktif (umur 15-64 tahun), dan hanya 4,68% yang berumur 65 tahun lebih, sehingga diperoleh angka ketergantungan (dependency ratio) penduduk Indonesia sebesar 54,25 artinya, setiap 100 penduduk usia produktif menanggung sekitar 54 orang penduduk usia tidak produktif.

B. KEADAAN EKONOMI

Gambaran keadaan ekonomi tahun 2001 disajikan secara sangat umum meliputi sektor moneter, sektor riil, neraca pembayaran, inflasi, dan isu-isu khusus. Data dan informasi untuk penyajian ini terutama didapat dari Departemen Keuangan (Quarterly Economic Review).

Dari sektor moneter yang penting untuk dikemukakan adalah mengenai nilai tukar rupiah. Sejak pertengahan tahun 1999 sampai akhir tahun 2001, nilai tukar rupiah berfluktuasi. Sampai dengan bulan Juli 2001, nilai tukar rupiah berkisar pada angka di atas Rp 11.000 per 1 USD. Pada bulan Agustus 2001, rupiah mengalami apresiasi hingga mencapai Rp 8.425 per 1 USD. Hal ini salah satunya dikarenakan optimisme pasar akibat sukseksi yang damai dari Presiden Abdurrahman Wahid kepada Presiden Megawati Sukarnoputri pada 23 Juli 2001. Apa lagi karena sukseksi ini mendapat dukungan dari masyarakat internasional. Namun demikian ternyata keadaan ini tidak lama bertahan. Pada bulan-bulan berikutnya rupiah cenderung terdepresiasi lagi. Menjelang akhir tahun 2001, nilai tukar rupiah berkisar di atas Rp 9.500 per 1 USD (menunjukkan depresiasi sekitar 8,5%). Depresiasi ini sebagiannya dikarenakan meningkatnya defisit modal swasta dan lesunya situasi ekonomi global sebagai dampak dari serangan teroris terhadap World Trade Center pada tanggal 11 September 2001.

Sementara itu, selama tahun 2000 dan 2001, indeks harga saham di tingkat regional dan internasional cenderung menurun. Hal ini terutama sebagai dampak dari serangan teroris terhadap World Trade Center. Kelesuan indeks harga saham di tingkat regional dan internasional ini tentu saja berpengaruh terhadap Bursa Saham Jakarta atau Jakarta Stock Exchange (JSX). Pada saat Presiden Megawati baru naik, indeks harga saham memang naik sebesar 2,23%. Tetapi setelah itu lalu melemah lagi dengan 2,64%. Penurunan terus terjadi seiring dengan rencana Pemerintah untuk menaikkan harga bahan bakar minyak dan tarif dasar listrik. Kapitalisasi pasar menurun dari Rp 260 trilyun dalam tahun 2000 menjadi hanya Rp 232 trilyun dalam tahun 2001. Transaksi oleh para investor asing juga menurun, yaitu dari 20% dalam tahun 2000 menjadi hanya 15,68% dalam tahun 2001.

Dari sektor riil, gambaran yang perlu disampaikan adalah tentang Produk Domestik Bruto (PDB). Dalam tahun 1999, PDB meningkat secara tajam, walaupun menjelang akhir tahun 1999 itu mengalami sedikit penurunan. Hal ini dikarenakan lambannya upaya restrukturisasi bank dan BUMN yang menyebabkan menurunnya arus kredit ke sektor riil, tingginya suku bunga bank, dan kondisi keamanan serta stabilitas politik dalam negeri. Selama tahun 2001, PDB mengalami pertumbuhan antara 3-4%, dan mengalami sedikit peningkatan menjadi 3,52% menjelang akhir tahun. Peningkatan di akhir tahun ini antara lain disebabkan oleh meningkatnya stabilitas politik sehingga menciptakan iklim yang kondusif bagi dunia bisnis.

Surplus neraca pembayaran juga mengalami fluktuasi sejak akhir tahun 1999. Antara pertengahan sampai menjelang akhir tahun 2000, surplus neraca pembayaran mengalami peningkatan. Namun demikian setelah itu lalu cenderung menurun. Penurunan yang terus berlangsung sampai tahun 2001 itu dikarenakan penurunan volume ekspor lebih besar dibanding penurunan volume impor. Dengan penurunan ekspor, berarti kegiatan ekspor dalam tahun 2001 tidak memiliki kontribusi terhadap pertumbuhan PDB. Pertumbuhan PDB tampaknya banyak disokong oleh konsumsi privat dan pengeluaran pemerintah.

Indeks Harga Konsumen (IHK) dari 43 kota menunjukkan adanya peningkatan menjelang akhir tahun 2001. Yaitu misalnya dari 237,92 pada bulan Agustus 2001 menjadi 239,44 pada bulan September 2001. Hal ini menunjukkan bahwa laju inflasi bulanan pada bulan September itu adalah 0,64%. Angka inflasi sebesar ini berarti telah terjadi kenaikan inflasi sebesar 0,21% dibanding bulan-bulan sebelumnya. Dalam memorandum antara Pemerintah Indonesia dengan IMF tercantum bahwa target inflasi untuk tahun 2001 adalah 9-11%. Selama tahun 2001, ternyata inflasi berkisar di atas angka 8%.

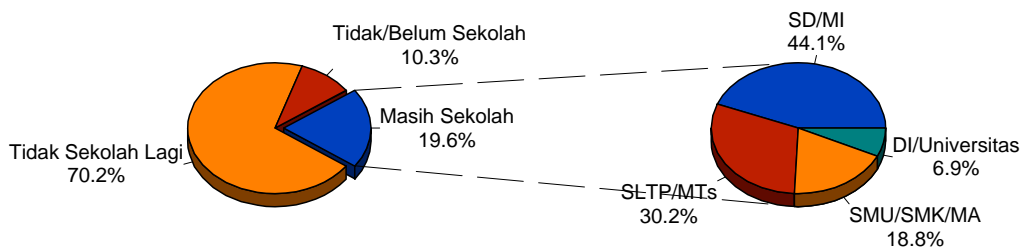
Tentang isu-isu khusus terdapat dua hal yang penting untuk dikemukakan, yaitu pariwisata dan ketenagakerjaan. Selama dua tahun sejak krisis ekonomi tahun 1997, jumlah wisatawan mancanegara (wisman) yang berkunjung ke Indonesia melalui 13 pintu gerbang menunjukkan peningkatan. Ini mungkin disebabkan oleh peningkatan stabilitas politik dan keamanan serta rendahnya nilai tukar rupiah. Keadaan ini ternyata tidak berubah sampai hampir sepanjang tahun 2001. Bahkan bila dibanding tahun 2000, dapat dikatakan telah terjadi peningkatan hampir 5%.

Masalah utama di bidang ketenagakerjaan adalah tingginya pertumbuhan dan rendahnya kualitas. Dari jumlah penduduk usia kerja yang ada di Indonesia, hanya lebih kurang 95% yang bekerja, yang terdiri atas sekitar 62% laki-laki dan 38% perempuan. Dari jumlah tersebut sekitar 39% berada di perkotaan, dan 61% di perdesaan. Kualitas mereka ternyata memang rendah. Sekitar 60% dari mereka hanya memiliki latar belakang pendidikan SD atau sederajat dan 16% berpendidikan SLTP atau sederajat. Hanya sekitar 19,5% yang memiliki latar pendidikan SLTA atau sederajat dan 4,5% berpendidikan perguruan tinggi.

C. KEADAAN PENDIDIKAN

Uraian tentang keadaan pendidikan berikut ini sebagian besar juga diambil dari buku Statistik Kesejahteraan Rakyat 2001 terbitan Badan Pusat Statistik. Menurut dokumen ini, persentase penduduk berusia 10 tahun ke atas yang tidak/belum pernah bersekolah adalah 10,25%. Angka persentase terendah adalah di provinsi Sulawesi Utara yaitu hanya 1,35% penduduknya yang tidak/belum pernah bersekolah, sedangkan yang tertinggi di Papua, yaitu sebesar 28,17%. Sementara itu secara nasional penduduk usia 10 tahun ke atas yang masih bersekolah sebesar 19,57% terdiri dari 8,63% bersekolah di SD/MI, 5,91% di SLTP/MTs, 3,67% di SMU/SMK/MA, dan 1,36% di akademi/Universitas. Secara nasional penduduk berumur 10 tahun ke atas yang tidak/belum pernah sekolah sebagian besar tinggal di perdesaan (13,69%) dibanding di perkotaan (5,84%). Dibandingkan menurut jenis kelamin, terlihat penduduk perempuan yang tidak/belum pernah sekolah besarnya dua kali lipat penduduk laki-laki (13,93% berbanding 6,51%). Hal ini terutama disebabkan tingginya angka persentase penduduk perempuan yang tidak/belum pernah sekolah pada kelompok umur dewasa/tua. Gambaran proporsi penduduk Indonesia berumur 10 tahun ke atas menurut status pendidikan pada tahun 2001 dapat dilihat pada Gambar 2.

GAMBAR 2
PROPORSI PENDUDUK INDONESIA BERUMUR 10 TAHUN KE ATAS
MENURUT STATUS PENDIDIKAN TAHUN 2001



Pada kelompok umur muda, angka persentase penduduk yang tidak/belum pernah sekolah relatif berimbang antara laki-laki dan perempuan. Hal ini dapat dilihat dari Angka Partisipasi Sekolah (APS).

Secara umum APS perempuan lebih besar dibanding APS laki-laki pada kelompok umur 7-12 tahun dan 13-15 tahun. Sementara pada kelompok umur 16-18 tahun, APS laki-laki lebih tinggi dibanding APS perempuan. Sedangkan dari segi tempat tinggal, dikatakan bahwa APS penduduk perkotaan lebih besar bila dibanding dengan APS penduduk perdesaan. Hal ini terjadi untuk semua kelompok umur, baik laki-laki maupun perempuan. Perbedaan menjadi semakin besar pada kelompok-kelompok umur yang lebih tua.

Sebagaimana APS, Angka Partisipasi Murni (APM) di daerah perkotaan juga lebih tinggi dibanding APM di daerah perdesaan untuk semua kelompok umur sekolah. APM menyatakan banyaknya penduduk usia sekolah yang masih sekolah pada jenjang pendidikan yang sesuai. APM SD/MI di perkotaan sebesar 93,09%, sementara di perdesaan hanya sebesar 92,74%. APM SLTP/MTs. di perkotaan sebesar 71,54%, sedangkan di perdesaan hanya sebesar 52,86%. Sementara itu APM SMU/SMK adalah 51,78% di perkotaan dan 24,39% di perdesaan.

Ijazah/STTB tertinggi yang dimiliki penduduk merupakan indikator pokok kualitas pendidikan formal. Semakin tinggi ijazah/STTB yang dimiliki oleh rata-rata penduduk suatu negara mencerminkan semakin tingginya taraf intelektualitas bangsa dari negara tersebut. Di Indonesia pada tahun 2001, penduduk berumur 10 tahun ke atas yang tidak/belum memiliki ijazah/STTB sebanyak 34,36%. Sedangkan yang sudah memiliki ijazah terdiri atas tamat SD/MI sebanyak 32,80%, tamat SLTP/MTs sebanyak 14,84%, tamat SMU/SMK sebanyak 14,70%, dan tamat Perguruan Tinggi sebanyak 3,31%.

Dilihat dari segi jenis kelamin, ijazah/STTB yang dimiliki oleh penduduk laki-laki ternyata masih lebih baik bila dibanding yang dimiliki perempuan. Sementara bila dilihat dari segi tempat tinggal, ijazah/STTB yang dimiliki penduduk yang tinggal di perkotaan lebih baik dibanding yang dimiliki oleh mereka yang tinggal di perdesaan.

Kemampuan membaca dan menulis atau baca-tulis merupakan keterampilan minimum yang dibutuhkan oleh penduduk untuk mencapai kesejahteraannya. Kemampuan baca-tulis ini tercermin dari Angka Melek Huruf, yaitu persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang dapat membaca dan menulis huruf latin dan huruf lainnya. Secara nasional diketahui bahwa penduduk yang dapat membaca huruf latin sebanyak 88,25%. Sedangkan mereka yang dapat membaca huruf lainnya sebanyak 1,02% dan

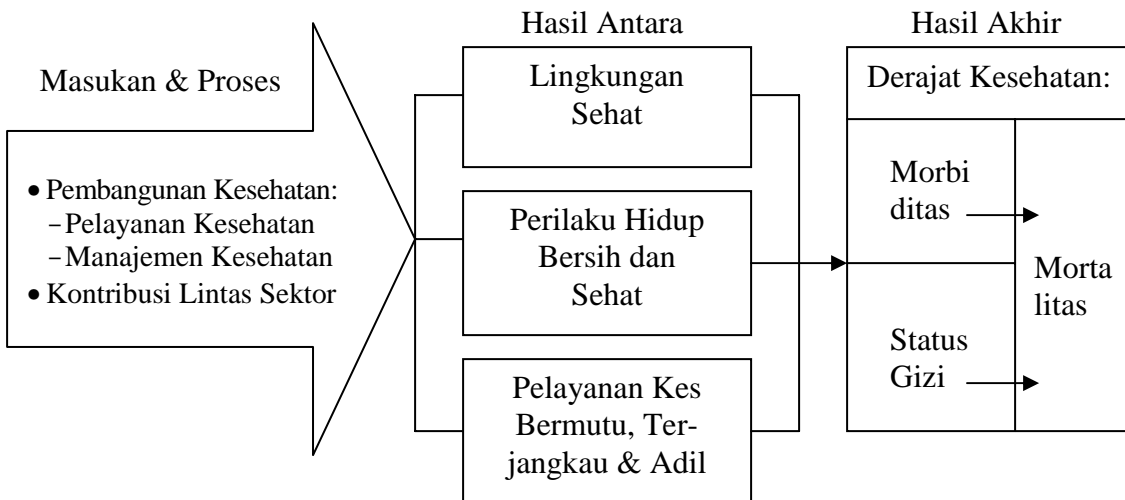
yang buta huruf sebanyak 10,73%. Di perdesaan, penduduk yang buta huruf lebih banyak dibanding di perkotaan (14,43% berbanding 5,99%).

Demikian gambaran umum negara Indonesia tahun 2001 secara ringkas. Gambaran yang ditonjolkan memang dibatasi pada aspek-aspek kependudukan, perekonomian, dan pendidikan. Hal ini tidak lain karena ketiganya, khususnya perekonomian dan pendidikan, bersama-sama dengan kesehatan menentukan besar/kecilnya Indeks Pembangunan Manusia (IPM) atau Human Development Index (HDI) bangsa Indonesia. Sebagaimana diketahui IPM Indonesia pada tahun 1990 adalah 63 dan pada tahun 1996 naik menjadi 68. Namun demikian keadaan krisis menyebabkan IPM Indonesia pada tahun 1999 turun menjadi 64. Angka ini lalu menempatkan Indonesia pada peringkat ke-109 di antara 180 negara di dunia. Itu berarti Indonesia berada di bawah peringkat Malaysia dan Thailand, apa lagi Singapura.

BAB III

INDONESIA SEHAT 2010

Sejak awal tahun 1999, telah ditetapkan Visi baru Pembangunan Kesehatan yang secara singkat dinyatakan sebagai INDONESIA SEHAT 2010. Dengan rumusan ini dimaksudkan bahwa pada tahun 2010 kelak bangsa Indonesia sudah akan hidup dalam lingkungan yang sehat, berperilaku hidup bersih dan sehat, serta dapat memilih, menjangkau dan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan berkeadilan, sehingga memiliki derajat kesehatan yang optimal.



A. DERAJAT KESEHATAN YANG OPTIMAL

Derajat kesehatan yang optimal akan dilihat dari unsur kualitas hidup serta unsur-unsur mortalitas dan yang mempengaruhinya, yaitu morbiditas dan status gizi. Untuk kualitas hidup, yang digunakan sebagai indikator adalah Angka Harapan Hidup Waktu Lahir (Lo). Sedangkan untuk mortalitas telah disepakati lima indikator, yaitu Angka Kematian Bayi (AKB) per-1000 Kelahiran Hidup, Angka Kematian Balita (AKABA) per-1000 Kelahiran Hidup, Angka Kematian Pneumonia Pada Balita per-1000 Balita, Angka Kematian Diare Pada Balita per-1000 Balita, dan Angka Kematian Ibu Melahirkan (AKI) per-100000 Kelahiran Hidup. Untuk morbiditas telah disepakati beberapa indikator, yaitu Angka Kesakitan Demam Berdarah Dengue (DBD) per-100000 Penduduk, Angka Kesakitan Malaria per-1000 Penduduk, Persentase Kesembuhan TB Paru, Persentase Penderita HIV/AIDS Terhadap Penduduk Berisiko, dan Angka “Acute Flaccid Paralysis” (AFP) Pada Anak Usia <15 Tahun per-100000 Anak.

Sementara itu untuk status gizi telah disepakati empat indikator, yaitu Persentase Bayi Dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), Persentase Anak Balita Dengan Gizi Baik, Prevalensi Anemia Gizi, dan Prevalensi Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY).

Adapun target masing-masing indikator tersebut di atas untuk tahun 2010 adalah sebagai berikut.

• Angka Harapan Hidup Waktu Lahir (Lo)	70
• Angka Kematian Bayi (AKB) per-1000 Kelahiran Hidup	40
• Angka Kematian Balita (AKABA) per-1000 Kelahiran Hidup	58
• Angka Kematian Pneumonia Balita per-1000 Balita	2
• Angka Kematian Diare Balita per-1000 Balita	1
• Angka Kematian Ibu Melahirkan (AKI) per-100000 Kelahiran Hidup	150
• Angka Kesakitan Demam Berdarah Dengue (DBD) per-100000 Penduduk	<1
• Angka Kesakitan Malaria per-1000 Penduduk	0,5
• Persentase Kesembuhan TB Paru	>85
• Persentase Penderita HIV/AIDS Terhadap Penduduk Berisiko	<1
• Angka “Acute Flaccid Paralysis” (AFP) Pada Anak Usia <15 Tahun per-100000 Anak	<1
• Persentase Bayi Dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)	5
• Persentase Balita Dengan Gizi Baik	80
• Persentase Ibu Hamil Yang Anemia Gizi	45
• Prevalensi Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY)	6
• Persentase Wanita Usia Subur (WUS) yang Kurang Energi Kronis (KEK)	10

B. LINGKUNGAN SEHAT

Untuk menilai keadaan lingkungan dan upaya yang dilakukan untuk menciptakan lingkungan sehat telah dipilih empat indikator yang diprogramkan dalam sektor kesehatan, yaitu Persentase Keluarga Yang Memiliki Persediaan Air Minum Sehat, Persentase Keluarga Yang Memiliki Akses Terhadap Jamban Sehat, Persentase Keluarga Yang Mengelola Sampah Dengan Baik, dan Persentase Keluarga Yang 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 per-Tahun (Persen) dan Prevalensi Akseptor Keluarga Berencana (Persentase Terhadap Pasangan Usia Subur). Kondisi lingkungan sosial akan dilihat dari indikator-indikator Persentase Penduduk Yang Tinggal di Perkotaan, Persentase Penduduk Miskin, Persentase Angkatan Kerja Menganggur, dan Persentase Penduduk Yang Melek Huruf. Sedangkan kondisi ekonomi akan dilihat terutama dari indikator Pendapatan per-Kapita per-Tahun (Jutaan Rupiah).

Adapun target atau yang diharapkan dari masing-masing indikator tersebut di atas untuk tahun 2010 adalah sebagai berikut.

• Persentase Keluarga Yang Memiliki Persediaan Air Minum Sehat	94
• Persentase Keluarga Yang Memiliki Akses Terhadap Jamban Sehat	85
• Persentase Keluarga Yang Mengelola Sampah Dengan Baik	80
• Persentase Keluarga Yang Mengelola Air Limbahnya Dengan Aman	86
• Pertumbuhan Penduduk Rata-rata per-Tahun (Persen)	1,1
• Prevalensi Akseptor Keluarga Berencana (Persentase Terhadap PUS/ Pasangan Usia Subur)	66
• Persentase Penduduk Yang Tinggal di Perkotaan	60
• Persentase Penduduk Miskin	5
• Persentase Angkatan Kerja Menganggur	<2
• Persentase Penduduk Yang Melek Huruf	95
• Pendapatan per-Kapita per-Tahun (Jutaan Rupiah)	10,5

C. PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT

Perilaku hidup bersih dan sehat mencakup perilaku individu dan keluarga dalam rangka meningkatkan kesehatannya serta perilaku kelompok dan masyarakat untuk berperanserta dalam pembangunan kesehatan. Untuk ini telah disepakati empat indikator, yaitu Persentase Penduduk Usia 10 Tahun ke Atas Yang Melakukan Olah Raga Secara Teratur, Persentase Penduduk Usia 10 Tahun ke Atas Yang Tidak Merokok, Persentase Penduduk Yang Memanfaatkan Pelayanan Kesehatan (Rawat Jalan), dan Persentase Desa Yang Memiliki Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM).

Adapun target masing-masing indikator tersebut di atas untuk tahun 2010 adalah sebagai berikut.

• Persentase Penduduk Usia 10 Tahun ke Atas Yang Melakukan Olah Raga Secara Teratur	70
• Persentase Penduduk Usia 10 Tahun ke Atas Yang Tidak Merokok	80
• Persentase Penduduk Yang Memanfaatkan Pelayanan Kesehatan (Rawat Jalan)	80
• Persentase Desa Yang Memiliki Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM)	100

D. PELAYANAN KESEHATAN BERMUTU DAN TERJANGKAU

Untuk melihat pemerataan, mutu, keterjangkauan, dan keadilan pelayanan kesehatan telah disepakati delapan indikator, yaitu Rasio Puskesmas Terhadap Penduduk, Rasio Puskesmas Pembantu Terhadap Penduduk, Rasio Rumah Sakit Terhadap Penduduk, Rasio Tempat Tidur Rumah Sakit Terhadap Penduduk, Persentase Penduduk Yang Puas Memanfaatkan Pelayanan Rawat Jalan, Persentase Penduduk Yang Puas Memanfaatkan Pelayanan Rawat Inap, dan Persentase Penduduk Yang Tercakup Jaminan Pembiayaan Kesehatan.

Adapun target masing-masing indikator tersebut di atas untuk tahun 2010 adalah sebagai berikut.

• Rasio Puskesmas Terhadap Penduduk (per 100.000 penduduk)	8
• Rasio Puskesmas Pembantu Terhadap Penduduk	5
• Rasio Rumah Sakit Terhadap Penduduk (per 500.000 penduduk)	6
• Rasio Tempat Tidur Rumah Sakit Terhadap Penduduk (per 100.000 penduduk)	75
• Persentase Penduduk Yang Puas Memanfaatkan Pelayanan Rawat Jalan	90
• Persentase Penduduk Yang Puas Memanfaatkan Pelayanan Rawat Inap	90
• Persentase Penduduk Yang Tercakup Jaminan Pembiayaan Kesehatan	80

E. PEMBANGUNAN KESEHATAN

Hasil atau keluaran tersebut di atas dicapai melalui penyelenggaraan Pembangunan Kesehatan yang membawa empat Misi, yaitu (1) Pembangunan Kesehatan harus dapat menggerakkan Pembangunan Nasional yang berwawasan kesehatan, (2) Pembangunan Kesehatan harus dapat mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat, (3) Pembangunan Kesehatan harus dapat memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau, dan (4) Pembangunan Kesehatan harus dapat meningkatkan kesehatan individu, keluarga, masyarakat serta lingkungannya. Kesemuanya itu dilaksanakan melalui strategi utama yang berupa (1) Desentralisasi Kesehatan, yang berisi strategi-strategi (2) Pembangunan Berwawasan Kesehatan, (3) Profesionalisme, dan (4) Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat.

Untuk menggambarkan kegiatan Pembangunan Kesehatan telah disepakati adanya sebelas indikator pelayanan kesehatan dan enam indikator manajemen kesehatan. Indikator-indikator pelayanan kesehatan terdiri atas: Persentase Ibu Hamil Yang Mendapat Pelayanan K4, Persentase Ibu Hamil Yang Mendapat Tablet Fe(3), Persentase Ibu Hamil Yang Mendapat Kapsul Yodium, Persentase Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan, Persentase Bayi Baru Lahir Yang Mendapat Kunjungan Tenaga Kesehatan, Persentase Peserta KB Aktif, Persentase Balita Yang Mendapat Kapsul Vitamin A, Persentase Bayi Yang Mendapat Imunisasi Campak, Cakupan Pengobatan TB Paru, Persentase Rumah/Bangunan Yang Bebas Jentik Nyamuk, dan Persentase Murid SD/MI Yang Tercakup Perawatan Kesehatan Gigi. Sedangkan indikator-indikator manajemen kesehatan terdiri atas : Rasio Dokter Terhadap Penduduk, Rasio Dokter Gigi Terhadap Penduduk, Rasio Perawat Terhadap Penduduk, Rasio Bidan Terhadap Penduduk, Persentase Persediaan Obat Puskesmas Terhadap Kebutuhan, dan Persentase Anggaran Kesehatan Daerah Terhadap APBD.

Adapun target masing-masing indikator tersebut di atas untuk tahun 2010 adalah sebagai berikut.

1. Pelayanan Kesehatan

• Persentase Ibu Hamil Yang Mendapat Pelayanan K4	90
• Persentase Ibu Hamil Yang Mendapat Tablet Fe(3)	90
• Persentase Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan	90
• Persentase Bayi Baru Lahir Yang Mendapat Kunjungan Tenaga Kesehatan	90
• Persentase Peserta KB Aktif	70
• Persentase Balita Yang Mendapat Kapsul Vitamin A	100

• Persentase Bayi Yang Mendapat Imunisasi Campak	100
• Cakupan Pengobatan TB Paru	100
• Persentase Rumah/Bangunan Yang Bebas Jentik Nyamuk	95
• Persentase Murid SD/MI Yang Tercakup Perawatan Kesehatan Gigi	100

2. Manajemen Kesehatan

• Rasio Dokter Terhadap Penduduk (per 100.000 penduduk)	40
• Rasio Dokter Gigi Terhadap Penduduk (per 100.000 penduduk)	11
• Rasio Perawat Terhadap Penduduk (per 100.000 penduduk)	117,5
• Rasio Bidan Terhadap Penduduk (per 100.000 penduduk)	100
• Persentase Persediaan Obat Puskesmas Terhadap Kebutuhan	90
• Persentase Anggaran Kesehatan Daerah Terhadap APBD	15
• Persentase Kabupaten/Kota Yang Telah Membuat Profil Kesehatan	100
• Persentase Provinsi Yang Telah Memiliki “Povincial Health Account”	100

Perlu diketahui bahwa indikator-indikator dan targetnya tersebut di atas masih merupakan kesepakatan sementara. Pembahasan-pembahasan masih terus dilakukan di Departemen Kesehatan, sehingga tidak tertutup kemungkinan indikator dan target Indonesia Sehat 2010 yang pasti/resmi kelak berbeda dengan yang disajikan dalam Profil Kesehatan ini.

BAB IV

PEMBANGUNAN KESEHATAN

TAHUN 2001

Tahun 2001 merupakan awal dilaksanakannya kebijakan desentralisasi menuju Otonomi Daerah. Yaitu dengan mulai diterapkannya Undang-Undang Nomor 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah dan Undang-Undang Nomor 25 tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Daerah. Dengan demikian maka mulai tahun 2001, sebagian besar program kesehatan dilaksanakan di Daerah Kabupaten dan Daerah Kota. Dana yang semula untuk membiayai proyek-proyek Pusat, sebagian besar diubah menjadi Dana Alokasi Umum (DAU) dan diintegrasikan perencanaan serta penggunaannya dengan Anggaran Pembangunan Daerah (APBD). Sementara itu, kepada Daerah Provinsi diberikan dana dekonsentrasi dalam bentuk berbagai proyek kesehatan. Untuk hal-hal tertentu, Pemerintah Pusat menyediakan Dana Alokasi Khusus (DAK) yang diberikan kepada Daerah sesuai dengan usulan Daerah dan kemampuan Pemerintah Pusat.

A. TUJUAN DAN SASARAN

Program Pembangunan Kesehatan tahun 2001 merupakan bagian dari Rencana Strategis (Renstra) tahun 2001-2004 bidang Kesehatan. Dalam Renstra disebutkan bahwa Pembangunan Kesehatan selama kurun waktu 2001-2004 bertujuan untuk terselenggaranya program/proyek/kegiatan yang dapat memberikan jaminan bagi tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya sesuai dengan Visi Indonesia Sehat 2010. Terdapat enam Program Pokok dalam Pembangunan Kesehatan, yaitu: (1) Program Pokok Lingkungan Sehat, Perilaku Sehat dan Pemberdayaan Masyarakat; (2) Program Pokok Upaya Kesehatan; (3) Program Pokok Perbaikan Gizi Masyarakat; (4) Program Pokok Sumberdaya Kesehatan; (5) Program Pokok Obat, Makanan dan Bahan Berbahaya; serta (6) Program Pokok Kebijakan dan Manajemen Kesehatan. Adapun tujuan dan sasaran program-program pembangunan kesehatan di tahun 2001, sesuai dengan yang tercantum dalam Renstra, adalah sebagai berikut.

1. Program Pokok Lingkungan Sehat, Perilaku Sehat dan Pemberdayaan Masyarakat

Tujuan dari program Lingkungan Sehat adalah terwujudnya lingkungan hidup sehat yang mendukung tumbuh kembangnya anak dan remaja, memenuhi kebutuhan dasar untuk hidup sehat, memungkinkan interaksi sosial, serta melindungi masyarakat dari ancaman bahaya yang berasal dari lingkungan, sehingga tercapai derajat kesehatan individu, keluarga dan masyarakat yang optimal. Tujuan dari program Perilaku Sehat dan

Pemberdayaan Masyarakat adalah terbentuknya perilaku masyarakat yang bersifat proaktif untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan, mencegah terjadinya risiko penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit, serta mendorong partisipasi aktif seluruh anggota masyarakat dalam gerakan peningkatan kesehatan masyarakat.

Sasaran dari program Lingkungan Sehat adalah:

- a. Tersusunnya kebijakan dan konsep peningkatan kualitas lingkungan di tingkat lokal, regional, dan nasional dengan kesepakatan lintas sektoral tentang tanggung jawab perencanaan, pelaksanaan dan pengawasan.
- b. Terselenggaranya upaya peningkatan lingkungan fisik, sosial, dan budaya masyarakat dengan memaksimalkan potensi sumberdaya secara mandiri.
- c. Meningkatnya kesadaran dan tanggung jawab masyarakat untuk memelihara lingkungan sehat.
- d. Meningkatnya cakupan keluarga yang mempunyai akses terhadap air bersih yang memenuhi kualitas secara bakteriologis dan sanitasi lingkungan di perkotaan dan perdesaan.
- e. Tercapainya permukiman dan lingkungan perumahan yang memenuhi syarat kesehatan di perdesaan dan perkotaan, termasuk penanganan daerah kumuh.
- f. Terpenuhinya persyaratan kesehatan di tempat-tempat umum, termasuk sarana dan cara pengelolaannya.
- g. Terpenuhinya lingkungan sekolah dengan ruang yang memadai dan kondusif untuk menciptakan interaksi sosial dan mendukung perilaku hidup sehat.
- h. Terpenuhinya persyaratan kesehatan di seluruh Rumah Sakit dan sarana pelayanan kesehatan lain termasuk pengolahan limbahnya.
- i. Terlaksananya pengolahan limbah industri dan polusi udara oleh industri maupun sarana transportasi.
- j. Menurunnya tingkat paparan pestisida dan insektisida di lingkungan kerja pertanian dan industri serta pengawasan terhadap produk-produknya untuk keamanan konsumen.

Sasaran dari program Perilaku Sehat dan Pemberdayaan Masyarakat adalah:

- a. Meningkatnya perwujudan kepedulian perilaku hidup bersih dan sehat dalam kehidupan masyarakat.
- b. Menurunnya prevalensi perokok, penyalahgunaan narkoba, psikotropika dan zat adiktif (napza), serta meningkatnya lingkungan sehat bebas napza.

- c. Menurunnya angka kematian dan kecacatan akibat kelahiran/persalinan, kecelakaan, dan rudapaksa.
- d. Menurunnya prevalensi dan dampak gangguan jiwa masyarakat.
- e. Meningkatnya keterlibatan dan tanggung jawab laki-laki dalam kesehatan keluarga.
- f. Berkembangnya sistem jaringan dukungan masyarakat, sehingga pada akhirnya kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan masyarakat dapat meningkat.
- g. Meningkatnya kebugaran fisik masyarakat dalam kelompok-kelompok tertentu.
- h. Meningkatnya partisipasi masyarakat dalam bidang kesehatan melalui pengembangan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM).

2. Program Pokok Upaya Kesehatan

Tujuan dari program pokok ini adalah dicegahnya kejadian dan penyebaran penyakit menular sehingga tidak menjadi masalah kesehatan masyarakat; menurunnya angka kesakitan, kematian dan kecacatan dari penyakit menular dan penyakit tidak menular termasuk penyakit gigi; meningkat dan meluasnya jangkauan dan pemerataan pelayanan kesehatan dasar; meningkat dan mantapnya mutu pelayanan kesehatan dasar, rujukan dan penunjangnya; meningkatnya penggunaan obat rasional dan cara pengobatan tradisional yang aman dan bermanfaat baik secara tersendiri maupun terpadu dalam jaringan pelayanan kesehatan paripurna; meningkatnya status kesehatan reproduksi bagi wanita usia subur termasuk anak, remaja, ibu hamil dan ibu menyusui; meningkatnya kesadaran, kemauan dan kemampuan manusia dalam menghadapi kondisi matra yang berubah secara bermakna; terhindarnya manusia dan lingkungannya dari dampak bencana yang terjadi baik akibat ulah manusia maupun alam, melalui upaya-upaya surveilans epidemiologi, pencegahan dan penanggulangan bencana secara terpadu dan dengan peran aktif masyarakat; dikembangkannya pelayanan rehabilitasi bagi kelompok yang memerlukan pelayanan khusus; dan meningkatnya pelayanan kesehatan bagi kelompok lanjut usia.

Sasaran dari Program Pokok Upaya Kesehatan adalah:

- a. Menurunnya angka kesakitan demam berdarah dengue dan malaria, prevalensi HIV, angka kematian pneumonia balita, angka kematian diare balita, meningkatnya angka kesembuhan tuberculosis, tereliminasi kusta, dicapainya universal child immunization, tercapainya eradikasi polio, serta tercegah masuknya penyakit-penyakit baru seperti ebola dan radang otak.
- b. Menurunnya kejadian penyakit tidak menular seperti penyakit jantung, stroke, gangguan mental, dan kematian akibat kecelakaan.

- c. Meningkatnya rasio tenaga dan fasilitas pelayanan kesehatan terhadap jumlah penduduk, serta terjangkau masyarakat di daerah rawan kesehatan oleh pelayanan kesehatan.
- d. Meningkatnya persentase fasilitas pelayanan kesehatan dasar dan rujukan yang memenuhi standar baku mutu dan meningkatnya kepuasan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.
- e. Meningkatnya penggunaan obat secara rasional.
- f. Meningkatnya cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, cakupan penanganan komplikasi kasus obstetric, cakupan pembinaan kesehatan anak balita dan anak usia pra-sekolah, cakupan pelayanan antenatal, postnatal dan neonatal.
- g. Menurunnya angka kematian akibat perubahan kondisi matra seperti angka kematian jemaah haji dan pengungsi.
- h. Berkembangnya pelaksanaan sistem kewaspadaan dini kejadian luar biasa, pencegahan dan penanggulangan bencana secara terpadu dan melibatkan peran aktif masyarakat.
- i. Berkembangnya pelayanan kesehatan rehabilitasi medik bagi kelompok penderita kecacatan dan pelayanan kesehatan bagi kelompok lanjut usia.

3. Program Pokok Perbaikan Gizi Masyarakat

Program pokok ini bertujuan meningkatnya kemandirian keluarga dalam upaya perbaikan status gizi, meningkatnya pelayanan gizi untuk mencapai keadaan gizi yang baik dengan menurunkan prevalensi gizi kurang dan gizi lebih, serta meningkatnya penganekaragaman konsumsi pangan bermutu untuk memantapkan ketahanan pangan tingkat rumah tangga.

Sasaran Program Pokok Perbaikan Gizi adalah:

- a. Menurunnya prevalensi bayi dengan berat lahir rendah (BBLR), gizi kurang di kalangan balita, prevalensi gangguan akibat kurang yodium (GAKY) pada anak, anemia gizi besi di kalangan ibu hamil, dan kurang energi kronis (KEK) di kalangan ibu hamil.
- b. Tidak ditemukannya kekurangan vitamin A klinis di kalangan balita dan ibu hamil.
- c. Dapat dicegahnya peningkatan prevalensi gizi lebih.
- d. Meningkatnya persentase rumah tangga yang mengkonsumsi garam beryodium, pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif, dan pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI).

- e. Tercapainya konsumsi gizi seimbang dengan rata-rata konsumsi energi sebesar 2.200 kkal per kapita per hari dan protein 50 gram per kapita per hari, serta meningkatnya persentase keluarga yang sadar gizi.

4. Program Pokok Sumberdaya Kesehatan

Tujuan dari program pokok ini adalah meningkatnya jumlah, mutu dan penyebaran tenaga kesehatan; meningkatnya jumlah, efektivitas dan efisiensi penggunaan biaya kesehatan; meningkatnya ketersediaan sarana, prasarana, dan dukungan logistik yang semakin merata, terjangkau dan dimanfaatkan oleh masyarakat.

Sasaran Program Pokok Sumberdaya Kesehatan adalah:

- a. Terdapatnya kebijakan dan rencana pengembangan tenaga kesehatan dari masyarakat dan pemerintah di semua tingkat.
- b. Meningkatnya pendayagunaan tenaga kesehatan yang ada dan pengembangan pembinaan karier seluruh tenaga kesehatan.
- c. Meningkatnya fungsi lembaga pendidikan dan pelatihan kesehatan yang mengutamakan pengembangan peserta didik dalam rangka meningkatkan profesionalisme.
- d. Meningkatnya persentase penduduk yang menjadi peserta sistem pemeliharaan kesehatan dengan pembiayaan pra-upaya.
- e. Meningkatnya jumlah badan usaha yang menyelenggarakan upaya sistem pembiayaan pra-upaya.
- f. Tersedianya jaringan pemberi pelayanan kesehatan paripurna yang bermutu, baik pemerintah maupun swasta, sesuai dengan kebutuhan sistem pembiayaan pra-upaya.
- g. Meningkatnya jaringan pelayanan dokter keluarga sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan paripurna dan bermutu, dengan sistem pembiayaan pra-upaya.
- h. Tersedianya peralatan kesehatan baik medis maupun non-medis yang benar-benar sesuai dengan kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan.
- i. Tersedianya perbekalan kesehatan yang memadai baik jenis maupun jumlahnya, sesuai dengan permasalahan dan kebutuhan masyarakat setempat.

5. Program Pokok Obat, Makanan dan Bahan Berbahaya

Program pokok ini bertujuan terbinanya pelayanan farmasi komunitas dan klinik; terbinanya penggunaan obat yang rasional; tersedianya obat publik dan perbekalan kesehatan dalam jenis yang lengkap, jumlah yang cukup, harga yang terjangkau, kualitas yang baik, digunakan secara rasional, serta dapat diperoleh setiap saat diperlukan melalui

penerapan good distribution; terbinanya usaha industri farmasi dan obat asli Indonesia melalui penerapan prinsip-prinsip good manufacturing; tersusunnya rumusan standar, norma, pedoman, kriteria dan prosedur di bidang farmasi komunitas dan klinik, penggunaan obat rasional, obat publik dan perbekalan kesehatan, usaha industri farmasi, serta usaha obat asli; terlindunginya masyarakat dari bahaya penyalahgunaan dan kesalahgunaan obat, narkotika, psikotropika, dan zat adiktif serta bahan berbahaya lainnya; terlindunginya masyarakat dari penggunaan sediaan farmasi, makanan dan alat kesehatan yang tidak memenuhi persyaratan mutu dan keamanan; terjaminnya ketersediaan, keterjangkauan, dan pemerataan obat yang bermutu yang dibutuhkan masyarakat; serta meningkatnya potensi daya saing industri farmasi, terutama yang berbasis sumber daya alam dalam negeri.

Sasaran Program Pokok Obat, Makanan dan Bahan Berbahaya adalah:

- a. Semakin terbinanya farmasi komunitas dan farmasi rumah sakit, penggunaan obat secara rasional, industri farmasi dan obat asli Indonesia, serta tersedianya obat publik dan perbekalan kesehatan publik.
- b. Terkendalinya penyaluran obat dan napza, serta terhindarnya masyarakat dari penyalahgunaan dan kesalahgunaan obat dan napza.
- c. Tercegahnya risiko atau akibat samping penggunaan bahan kimia berbahaya sebagai akibat pengelolaan yang tidak memenuhi standar.
- d. Terjaminnya mutu produk farmasi dan alat kesehatan yang beredar serta terhindarnya masyarakat dari informasi penggunaan produk farmasi dan alat kesehatan yang tidak obyektif dan menyesatkan.
- e. Tercapainya tujuan medis penggunaan obat secara efektif dan aman serta efisiensi pembiayaan obat.
- f. Tercapainya penerapan petunjuk pengaturan produk farmasi dan alat kesehatan melalui peningkatan pelayanan perizinan/registrasi yang profesional dan tepat waktu.
- g. Tercapainya pengakuan kemampuan pengujian Pusat Pemeriksaan Obat dan Makanan serta Balai Pemeriksaan Obat dan Makanan dalam sistem akreditasi internasional.
- h. Meningkatnya potensi daya saing industri farmasi nasional menghadapi globalisasi, serta terjaminnya sarana cara produksi obat yang baik.
- i. Terjaminnya kecukupan obat esensial generik di sektor publik bagi pelayanan kesehatan dasar.
- j. Terjaminnya mutu pengelolaan obat di Kabupaten/Kota dalam rangka desentralisasi.

6. Program Pokok Kebijakan dan Manajemen Pembangunan

Tujuan dari program pokok ini adalah semakin mantapnya kebijakan kesehatan nasional; tersedianya masukan program pembangunan kesehatan dalam jumlah yang memadai, lengkap sesuai kebutuhan, dan tepat waktu; terlaksananya program/proyek/kegiatan sesuai dengan panduan/pedoman/petunjuk pelaksanaan/petunjuk teknis; termanfaatkannya informasi yang diperoleh dari pencatatan/pelaporan dan hasil supervisi/bimbingan teknis untuk perbaikan pelaksanaan program/proyek /kegiatan; serta tercapainya target program/proyek/kegiatan yang telah ditetapkan secara tepat waktu, efektif, berkualitas, dan berkesinambungan.

Sasaran dari Program Pokok Kebijakan dan Manajemen Pembangunan adalah:

- a. Terciptanya kebijakan kesehatan yang menjamin tercapainya sistem kesehatan yang efisien, efektif, berkualitas, dan berkesinambungan, serta mendukung reformasi bidang kesehatan.
- b. Tersedianya sumber daya manusia di bidang kesehatan yang mampu melakukan berbagai kajian kebijakan kesehatan.
- c. Berjalannya sistem perencanaan kesehatan melalui pendekatan wilayah dan sektoral dalam mendukung desentralisasi.
- d. Terciptanya organisasi dan tatalaksana di berbagai tingkat administrasi kesehatan sesuai dengan azas desentralisasi dan penyelenggaraan pemerintahan yang baik.
- e. Tertatanya administrasi keuangan dan perlengkapan yang efisien dan fleksibel di seluruh jajaran kesehatan.
- f. Terciptanya mekanisme pengawasan dan pengendalian di seluruh jajaran kesehatan.
- g. Tersusunnya berbagai perangkat hukum di bidang kesehatan secara menyeluruh.
- h. Terlaksananya inventarisasi, kajian, dan analisis secara akademis seluruh perangkat hukum yang berkaitan dengan penyelenggaraan upaya kesehatan.
- i. Tersedianya perangkat hukum guna dilaksanakannya proses legislasi dan mitigasi dalam penyelesaian konflik hukum bidang kesehatan.
- j. Tersedianya informasi kesehatan yang akurat, tepat waktu, dan lengkap sebagai bahan untuk proses pengambilan dalam pengelolaan pembangunan kesehatan, serta untuk perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, evaluasi program kesehatan dan meningkatkan kewaspadaan di semua tingkat administrasi kesehatan.
- k. Tersusunnya kebijakan dan konsep pengelolaan program kesehatan untuk mendukung desentralisasi.

B. TARGET YANG AKAN DICAPAI

Target-target yang akan dicapai dalam pelaksanaan Pembangunan Kesehatan di tahun 2001 adalah sebagai berikut.

1. Program Pokok Lingkungan Sehat, Perilaku Sehat dan Pemberdayaan Masyarakat

- Persentase Keluarga Yang Memiliki Persediaan Air Minum Sehat 77,5%
- Persentase Keluarga Yang Memiliki Akses Terhadap Jamban Sehat 63%
- Persentase Keluarga Yang Mengelola Sampah Dengan Baik 47%
- Persentase Keluarga Yang Mengelola Air Limbahnya Dengan Aman 47%
- Persentase Penduduk Usia 10 Tahun ke Atas Yang Melakukan Olah Raga Secara Teratur 30%
- Persentase Penduduk Usia 10 Tahun ke Atas Yang Tidak Merokok 70%
- Persentase Akseptor Keluarga Berencana (Persentase Terhadap PUS) 60%
- Persentase Penduduk Yang Memanfaatkan Pelayanan Kesehatan (Rawat Jalan) 65%
- Persentase Desa Yang Memiliki Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) 90%
- Persentase Penduduk Yang Tercakup Jaminan Pembiayaan Kesehatan 18%

2. Program Pokok Upaya Kesehatan

- Persentase Ibu Hamil Yang Mendapat Pelayanan K4 71%
- Persentase Ibu Hamil Yang Mendapat Kapsul Yodium 40%
- Persentase Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan 66%
- Persentase Bayi Baru Lahir Yang Mendapat Kunjungan Tenaga Kesehatan 70%
- Persentase Bayi Yang Mendapat Imunisasi Campak 85%
- Angka "Acute Flaccid Paralysis" (AFP) Pada Anak Usia <15 Tahun per-100000 Anak 0,6
- Cakupan Pengobatan TB Paru 85%
- Persentase Rumah/Bangunan Yang Bebas Jentik Nyamuk 82%
- Persentase Murid SD/MI Yang Tercakup Perawatan Kesehatan Gigi 60%
- Persentase Penduduk Yang Puas Memanfaatkan Pelayanan Rawat Jalan 80%
- Persentase Penduduk Yang Puas Memanfaatkan Pelayanan Rawat Inap 85%

3. Program Pokok Perbaikan Gizi Masyarakat

- Persentase Balita Yang Mendapat Kapsul Vitamin A 90%
- Persentase Ibu Hamil Yang Mendapat Tablet Fe(3) 62%
- Persentase Bayi Dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) 13%
- Persentase Balita Dengan Gizi Baik 80%
- Persentase Ibu Hamil Yang Anemia Gizi 50%
- Prevalensi Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY) 64%
- Persentase Wanita Usia Subur (WUS) yang Kurang Energi Kronis (KEK) 20%
- Persentase Ibu Hamil Yang Mendapat Kapsul Yodium 35%

- 4. Program Pokok Sumberdaya Kesehatan**
- Rasio Puskesmas Terhadap Penduduk (per 100.000 penduduk) 4
 - Rasio Puskesmas Pembantu Terhadap Puskesmas 3
 - Rasio Rumah Sakit Terhadap Penduduk (per 500.000 penduduk) 3
 - Rasio Tempat Tidur Rumah Sakit Terhadap Penduduk (per 100.000 penduduk) 65
 - Rasio Dokter Terhadap Penduduk (per 100.000 penduduk) 11
 - Rasio Dokter Gigi Terhadap Penduduk (per 100.000 penduduk) 3
 - Rasio Perawat Terhadap Penduduk (per 100.000 penduduk) 45
 - Rasio Bidan Terhadap Penduduk (per 100.000 penduduk) 9
- 5. Program Pokok Obat, Makanan dan Bahan Berbahaya**
- Persentase Persediaan Obat Puskesmas Terhadap Kebutuhan 90%
- 6. Program Pokok Kebijakan dan Manajemen Kesehatan**
- Persentase Kabupaten/Kota Yang Telah Membuat Profil Kesehatan 70%
 - Persentase Anggaran Kesehatan Daerah Terhadap APBD 10%
 - Persentase Provinsi Yang Telah Memiliki “Provincial Health Account” 0%

C. KEGIATAN YANG TELAH DILAKSANAKAN

Guna mencapai target-target tersebut di atas, dalam tahun 2001 telah dilaksanakan berbagai kegiatan. Adapun kegiatan untuk setiap program pokok secara garis besar adalah sebagai berikut.

1. Program Pokok Lingkungan Sehat, Perilaku Sehat dan Pemberdayaan Masyarakat

Dalam rangka mewujudkan lingkungan fisik, khususnya udara yang sehat, selain ditetapkan berbagai standar dan persyaratan oleh Departemen Kesehatan, juga dilakukan sejumlah upaya oleh Daerah. Disadari bahwa upaya mewujudkan udara sehat tidak mungkin dilakukan hanya oleh sektor kesehatan. Oleh karenanya upaya-upaya yang dilakukan umumnya bersifat lintas sektor, dengan melalui koordinasi, integrasi dan kemitraan. Misalnya berupa program udara bersih, program kota sehat, program penghapusan timbal dalam bahan bakar minyak, dan program pengendalian pencemaran dalam ruangan (untuk mencegah infeksi pernapasan akut dan tuberkulosa paru). Di samping itu, dilakukan pula kajian-kajian tentang dampak pencemaran udara di tempat-tempat penting seperti sarana kesehatan, sarana pendidikan, kawasan perdagangan, kawasan industri, kawasan pariwisata, dan lingkungan permukiman. Khususnya dampak terhadap penduduk usia produktif dan anak usia sekolah.

Untuk menjamin tersedianya makanan dan minuman yang sehat (saniter), oleh Departemen Kesehatan ditetapkan berbagai pedoman dan prosedur kerja. Selain itu juga digalang kemitraan dengan asosiasi pengelola makanan dan minuman, dibuat percontohan bagi pedagang asongan untuk meningkatkan kemampuan dan kemandirian dalam mengupayakan makanan dan minuman sehat (saniter), serta ditingkatkan kinerja

pengamatan dan dikembangkan jejaring kerja baik dengan sektor-sektor terkait maupun dengan Daerah.

Guna mewujudkan tersedianya air bersih dan jamban sehat, oleh Departemen Kesehatan ditetapkan standar, pedoman dan prosedur kerja. Selain itu Departemen Kesehatan juga mengembangkan klinik sanitasi, meningkatkan kemampuan unit-unit pelaksana teknis kesehatan lingkungan, meningkatkan kinerja pengamatan dan jejaring laboratorium pengawasan kualitas air, serta meningkatkan kerjasama, kemitraan dan jejaring kerja, baik dengan sektor-sektor terkait maupun Daerah.

Dalam rangka mengupayakan kesehatan lingkungan (sanitasi) bagi sarana dan bangunan, Departemen Kesehatan juga membuat standar, persyaratan dan pedoman. Selain itu dilakukan pula kajian dampak kesehatan lingkungan dari sarana dan bangunan penting seperti sarana kesehatan, sarana pendidikan, sarana transportasi, serta dikembangkan teknologi dan rekayasa sosial untuk meningkatkan kepedulian terhadap kesehatan sarana dan bangunan. Kinerja pengamatan juga ditingkatkan, demikian pula jejaring kerja baik dengan sektor-sektor terkait maupun dengan Daerah.

Untuk pengelolaan limbah dan bahan-bahan berbahaya, Departemen Kesehatan juga menetapkan berbagai standar dan membuat pedoman-pedoman. Selain itu dilakukan pula kajian dampak kesehatan lingkungan dari penggunaan bahan-bahan berbahaya, digali atau dikembangkan teknologi/rekayasa kesehatan lingkungan untuk pengamanan penggunaan bahan-bahan berbahaya, ditingkatkan kemampuan unit-unit pelaksana teknis kesehatan lingkungan, ditingkatkan kinerja pengamatan, serta digalang kerjasama, kemitraan dan jejaring kerja baik dengan sektor-sektor terkait maupun dengan Daerah.

Dalam rangka melindungi masyarakat dari kontaminasi radiasi, selain dibuat pedoman-pedoman oleh Departemen Kesehatan, juga dilakukan berbagai upaya lain. Upaya-upaya itu adalah kajian terhadap sumber radiasi alam dan radiasi buatan, peningkatan kemampuan unit-unit pelaksana teknis kesehatan lingkungan, peningkatan kinerja pengamatan, serta penggalangan kerjasama, kemitraan dan jejaring kerja baik dengan sektor-sektor terkait maupun dengan Daerah.

Untuk mengendalikan vektor penyakit, Departemen Kesehatan membuat pedoman, menyiapkan sumber daya manusia, dan membuat peta berbagai vektor penyakit yang potensial di daerah endemis dan kawasan strategis. Selain itu juga dilakukan kajian, pengembangan teknologi tepat-guna pengendalian vektor yang ramah lingkungan, dan pengembangan program pengendalian vektor dengan mengutamakan pengelolaan dan atau rekayasa teknologi yang ramah lingkungan. Jejaring kerja dengan Daerah juga dikembangkan.

Dalam rangka mengembangkan perilaku sehat, dilaksanakan berbagai bentuk kegiatan, yaitu (1) advokasi bagi para penentu kebijakan atau pengambil keputusan, dalam bentuk pendekatan atau "lobby" ke berbagai pihak melalui penyajian data/informasi, pertemuan intensif, orientasi, dan lain-lain, (2) bina suasana melalui pendayagunaan media massa, peningkatan kemitraan dengan lembaga swadaya masyarakat, tokoh-tokoh masyarakat, serta peningkatan peran dan kepedulian petugas kesehatan, (3) pemberdayaan masyarakat melalui pengembangan perilaku hidup bersih dan sehat, dengan mengembangkan tatanan sehat (keluarga, sekolah, tempat kerja, tempat umum, dan sarana kesehatan). Ini dicapai melalui pendidikan, pelatihan, penyuluhan, kunjungan rumah, dan lain-lain. Kegiatan tersebut melibatkan berbagai mitra, baik pemerintah, organisasi masyarakat, swasta, LSM, maupun lainnya.

Pemberdayaan masyarakat juga dilaksanakan dengan terus mengembangkan peran-serta masyarakat di bidang kesehatan. Misalnya dengan terus menggerakkan prakarsa masyarakat mendirikan Pos-pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), Pos Obat Desa (POD), dan Pondok Bersalin di Desa (Polindes). Perkembangan upaya-upaya kesehatan bersumber-daya masyarakat ini dipacu dengan tetap dilakukannya evaluasi dan pengklasifikasian. Misalnya untuk Posyandu, dilakukan klasifikasi menjadi Posyandu Pratama, Posyandu Madya, Posyandu Purnama, dan Posyandu Mandiri.

2. Program Pokok Upaya Kesehatan

Dalam rangka pelayanan kesehatan ibu dan anak dilakukan (1) pelayanan pemeriksaan ibu hamil, (2) imunisasi, (3) pertolongan persalinan, (4) penanggulangan penyakit-penyakit penyebab kematian, (5) deteksi dini dan stimulasi tumbuh kembang anak, dan (6) usaha kesehatan sekolah.

Untuk meningkatkan pelayanan keluarga berencana dilakukan berbagai hal, yaitu antara lain (1) sosialisasi dan motivasi penggunaan alat kontrasepsi, (2) pelayanan pencegahan dan penanganan efek samping dan komplikasi, (3) pengembangan upaya integrasi ke dalam kegiatan kesehatan reproduksi, dan (4) pengembangan upaya pencegahan dan penanggulangan penyakit menular seksual, termasuk HIV/AIDS melalui pelayanan keluarga berencana.

Pelayanan kesehatan usia lanjut dikembangkan melalui kegiatan-kegiatan (1) pengadaan paket pelayanan kesehatan Usila Minimal dan perluasannya, (2) upaya pemantauan program secara sistematis, serta (3) pengembangan keterampilan pelaksana pelayanan di tingkat pelayanan dasar dan rujukan.

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 tuberkulosis 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) penanggulangan HIV/AIDS dengan mengintensifkan Komisi Penanggulangan AIDS baik tingkat Pusat maupun Daerah yang telah dibentuk pada tahun 1994, (6) pemberantasan penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi.

Untuk menunjang pemberantasan penyakit menular, pelaksanaan pengamatan epidemiologi penyakit digalakkan melalui (1) pengembangan sistem pengamatan penyakit nasional, (2) pengembangan mekanisme pengambilan keputusan berdasar fakta, (3) pengembangan jejaring nasional pengamatan epidemiologi penyakit, (4) pemantapan sistem kewaspadaan dini dan pemantauan wilayah setempat, serta (5) peningkatan kemampuan deteksi dan penanggulangan kejadian luar biasa (KLB).

Dalam rangka pencegahan penyakit melalui imunisasi dilakukan (1) pemerataan cakupan imunisasi tingkat desa dengan melakukan tindakan koreksi melalui kunjungan rumah, (2) pemberian vaksin polio melalui Pekan Imunisasi Nasional yang merupakan kelanjutan dari kegiatan yang telah dilaksanakan setiap tahun dari tahun 1995 sampai dengan tahun 2000, (3) imunisasi DPT terhadap bayi usia 0-11 bulan, TT rutin terhadap ibu hamil dan calon pengantin serta akselerasi terhadap wanita usia subur, dan Bulan Imunisasi Anak Sekolah untuk meningkatkan kekebalan terhadap tetanus, (4) imunisasi

campak pada anak-anak SD dan pemberian vitamin A di daerah rawan campak dan daerah kumuh.

Pengembangan pelayanan kesehatan matra dilaksanakan melalui (1) diterbitkannya Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1215 tahun 2001 tentang Pedoman Kesehatan Matra, (2) sosialisasi tentang pentingnya upaya kesehatan matra kepada petugas kesehatan dan petugas lintas sektor terkait, (3) pelatihan kesehatan matra untuk tenaga kesehatan, serta (4) peningkatan pelayanan kesehatan haji di Indonesia dan di Arab Saudi melalui peningkatan kemampuan petugas kesehatan haji, pembinaan kesehatan calon jemaah haji, dan pemantapan sistem pelayanan kesehatan haji.

Peningkatan pelayanan kesehatan jiwa masyarakat dilaksanakan melalui kegiatan-kegiatan (1) pencegahan masalah kesehatan jiwa oleh Puskesmas melalui penyuluhan, (2) pengembangan tenaga pelayanan kesehatan jiwa, (3) pertambahan sarana pelayanan kesehatan jiwa, dan (4) penyediaan obat untuk kesehatan jiwa baik di Puskesmas maupun di Rumah Sakit.

Pelayanan kesehatan kerja dikembangkan melalui kegiatan-kegiatan (1) peningkatan profesionalisme para pelaku dalam pembinaan dan pelayanan kesehatan kerja, baik di Pusat, Provinsi, maupun Kabupaten/Kota, (2) pengembangan jaringan kerjasama dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan kerja, (3) pengembangan sistem informasi manajemen kesehatan kerja sebagai upaya pemantapan pengamatan penyakit dan kecelakaan kerja, (5) pengembangan kerjasama lintas sektor dan kemitraan dengan lembaga swadaya masyarakat dan organisasi profesi, (6) pengembangan iklim yang mendorong dunia usaha yang partisipatif dan pelembagaan kesehatan kerja di tempat kerja, (7) motivasi agar masyarakat pekerja ikut serta dalam asuransi kesehatan sebagai perwujudan partisipasi dalam upaya pemeliharaan kesehatan diri dan masyarakat, (8) pengembangan tenaga ahli kesehatan kerja, dokter dan perawat kesehatan kerja sebagai pemberi pelayanan kesehatan kerja paripurna.

Dalam rangka penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana telah diterbitkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1349 tahun 2001 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sanitasi Darurat.

Dalam rangka meningkatkan pelayanan Rumah Sakit, dilakukan (1) perubahan kebijakan bagi dokter yang baru lulus, yaitu dapat menunda masa baktinya dan langsung mengikuti pendidikan spesialis, (2) penetapan 13 Rumah Sakit Pendidikan menjadi Perusahaan Jawatan dengan Peraturan Pemerintah Nomor 116 sampai dengan 128 tahun 2000, (3) pengurangan pegawai yang tidak berdayaguna melalui pemindahan atau pensiun dini serta pengadaan pegawai yang dibutuhkan melalui kontrak kerja, (5) program jaminan pelayanan sosial untuk melayani pasien kurang mampu di Rumah Sakit Pemerintah, (6) peningkatan anggaran pemeliharaan peralatan di Rumah Sakit, (7) peningkatan kerjasama antar Rumah Sakit dalam rangka optimalisasi pemanfaatan peralatan canggih di Rumah Sakit, (8) peningkatan peran-serta masyarakat dan swasta dalam pelayanan Rumah Sakit, terutama bagi golongan masyarakat kurang mampu, (9) penyusunan standar minimal ketenagaan RS Swasta, dan (10) penyusunan Rancangan Peraturan Pemerintah tentang Rumah Sakit.

3. Program Pokok Perbaikan Gizi Masyarakat

Untuk perbaikan gizi dilaksanakan berbagai kegiatan, yaitu (1) penyusunan rencana aksi pangan dan gizi nasional yang merupakan dokumen kebijakan dan

perencanaan pangan dan gizi, (2) program jaring pengaman sosial bidang kesehatan untuk menolong anak dan keluarga yang terpuruk akibat krisis ekonomi, (3) revitalisasi sistem kewaspadaan pangan dan gizi melalui pemberian makanan tambahan untuk bayi dan anak usia 6-24 bulan serta ibu hamil dan ibu menyusui yang berasal dari keluarga miskin, (4) revitalisasi Posyandu, serta (5) penyusunan peta situasi pangan dan gizi.

4. Program Pokok Sumber Daya Kesehatan

Pengembangan tenaga kesehatan dilakukan melalui berbagai kegiatan, yaitu antara lain (1) penerbitan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 850 tahun 2000 tentang Kebijakan Pengembangan Tenaga Kesehatan, (2) pembentukan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumberdaya Manusia Kesehatan, dan (3) penataan kembali kepegawaian kesehatan yang meliputi (a) pengadaan formasi calon pegawai negeri sipil untuk mengisi kekosongan tenaga kesehatan di Daerah dan unit-unit pelaksana teknis, (b) peninjauan kembali kebijakan perpanjangan kontrak bidan PTT, (c) penyelesaian kenaikan pangkat tepat pada waktunya, (d) pengembangan jabatan fungsional bidang kesehatan, dan (e) pendataan ulang pegawai negeri sipil kesehatan.

Untuk mengembangkan pembiayaan kesehatan dilakukan kegiatan-kegiatan (1) pengembangan Sistem Akuntansi Kesehatan Nasional yang merupakan sistem perhitungan pembiayaan kesehatan, khususnya untuk biaya yang bersumber dari pemerintah, (2) pengembangan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) melalui (a) peningkatan kepesertaan melalui Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan, (b) pemantapan sarana pemberi pelayanan kesehatan, (c) pengembangan badan-badan penyelenggara dan kelembagaan pembina JPKM, serta (d) sosialisasi program JPKM.

Sedangkan untuk mengembangkan prasarana, sarana dan dukungan logistik pelayanan kesehatan dilaksanakan inventarisasi terhadap prasarana dan sarana kesehatan. Langkah ini selanjutnya akan diteruskan dengan penerbitan standar, pengaturan dan pedoman-pedoman, serta dikembangkannya Sistem Informasi Sarana Kesehatan.

5. Program Pokok Obat, Makanan dan Bahan Berbahaya

Pengawasan obat, bahan berbahaya, makanan dan minuman ditingkatkan melalui kegiatan-kegiatan (1) pengaturan, regulasi dan standarisasi, (2) lisensi dan sertifikasi industri di bidang farmasi berdasarkan cara-cara produksi yang baik, (3) evaluasi produk sebelum diijinkan beredar, (4) pengawasan pasca pemasaran, termasuk pengambilan contoh (sample) dan pengujian laboratorium, pemeriksaan sarana produksi dan distribusi, serta penyidikan dan penegakan hukum, (5) pengawasan iklan dan promosi produk, (6) penelitian tentang pelaksanaan kebijakan pengawasan obat dan makanan, (7) komunikasi, informasi dan edukasi masyarakat termasuk pemberian peringatan kepada masyarakat, (8) peningkatan cakupan dan kualitas pelayanan kefarmasian dan alat kesehatan, (9) pembinaan pelayanan farmasi komunitas dan klinik, (10) pembinaan penggunaan obat rasional, serta (11) pembinaan manajemen logistik sediaan farmasi dan alat kesehatan.

6. Program Pokok Kebijakan dan Manajemen Kesehatan

Dalam rangka pengembangan kebijakan kesehatan, telah dibentuk Pusat Pengkajian Pembangunan Kesehatan di Departemen Kesehatan. Pusat ini saat sekarang

sedang melakukan pengkajian terhadap sejumlah kebijakan di bidang kesehatan. Selain itu, di Departemen Kesehatan juga sedang dilakukan upaya untuk meninjau kembali Undang-undang Kesehatan, Sistem Kesehatan Nasional, Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, dan lain-lain. Perumusan kewenangan dekonsentrasi di bidang kesehatan untuk dilimpahkan ke Daerah Provinsi juga sedang dilakukan. Demikian pun perumusan Indikator dan Target Indonesia Sehat 2010.

Dalam rangka pengembangan manajemen kesehatan, saat ini sedang disusun kebijakan dan pedoman-pedoman untuk penyelenggaraan manajemen pasien/klien (di pelayanan kesehatan dasar dan pelayanan kesehatan rujukan), manajemen unit (manajemen Puskesmas, manajemen Rumah Sakit, manajemen Dinas Kesehatan, dan lain-lain), serta manajemen sistem kesehatan (sistem kesehatan kabupaten/kota, sistem kesehatan provinsi, sistem kesehatan nasional).

Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan dilakukan melalui kegiatan-kegiatan (1) penyederhanaan dan pengintegrasian sistem informasi kesehatan, (2) fasilitasi pengembangan sistem-sistem informasi kesehatan Daerah, (3) pengembangan pelayanan data dan informasi baik untuk manajemen kesehatan maupun untuk masyarakat, (4) pengembangan teknologi dan sumber-daya informasi kesehatan.

Dalam rangka meningkatkan IPTEK kesehatan melalui penelitian dan pengembangan kesehatan, dilaksanakan langkah-langkah untuk merealisasikan segala sesuatu yang tercantum dalam Peraturan Pemerintah Nomor 39 tahun 1995 tentang Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Menurut PP tersebut, kegiatan litbang kesehatan dapat dilakukan oleh setiap peneliti, lembaga atau badan hukum, baik milik negara maupun swasta. Dalam hal ini Departemen Kesehatan melalui aparatnya, yaitu Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, berperan sebagai pembinanya, selain juga sebagai pelaksana. Berkaitan dengan penyediaan data dan informasi yang berasal dari masyarakat, telah ditingkatkan pelaksanaan survei-survei kesehatan. Survei Kesehatan Rumah Tangga yang selama ini dilaksanakan oleh Departemen Kesehatan diintegrasikan penyelenggaraannya dengan survei-survei yang dilaksanakan Badan Pusat Statistik, sehingga menjadi Survei Kesehatan Nasional (Surkesnas). Kemampuan Daerah dalam penyelenggaraan survei akan ditingkatkan melalui pengembangan Survei Kesehatan Daerah (Surkesda). Kemampuan ini selanjutnya akan dikembangkan ke arah kemampuan menyelenggarakan litbangkes secara keseluruhan.

BAB V

PENCAPAIAN INDONESIA SEHAT DI TAHUN 2001

Mengacu kepada sistematika dari uraian Visi Indonesia Sehat 2010, bab ini akan menyajikan gambaran tentang hasil-hasil yang telah dicapai dalam tahun 2001. Dengan demikian uraian akan diawali dengan penyajian gambaran tentang derajat kesehatan, yang disusul dengan gambaran tentang keadaan lingkungan, keadaan perilaku masyarakat, dan keadaan pelayanan kesehatan. Terakhir, akan disajikan pula kinerja dari Pembangunan Kesehatan yang telah dilaksanakan dalam tahun 2001.

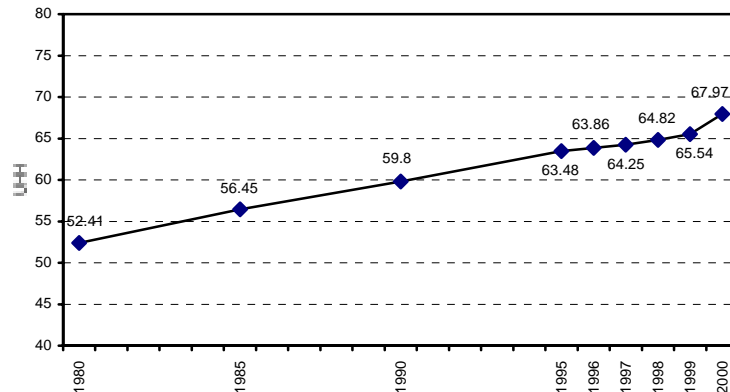
A. DERAJAT KESEHATAN

Sebagaimana diutarakan dalam Bab III, gambaran tentang derajat kesehatan berisi uraian tentang indikator-indikator kualitas hidup, mortalitas, morbiditas, dan status gizi. Kualitas hidup antara lain dilihat dari indikator Angka Harapan Hidup Waktu Lahir, sedangkan mortalitas dilihat dari indikator-indikator Angka Kematian Bayi (AKB) per-1.000 Kelahiran Hidup, Angka Kematian Balita (AKABA) per-1.000 Kelahiran Hidup, Angka Kematian Pneumonia Pada Balita per-1.000 Balita, Angka Kematian Diare Pada Balita per-1.000 Balita, dan Angka Kematian Ibu Melahirkan (AKI) per-100.000 Kelahiran Hidup. Morbiditas dilihat dari indikator-indikator Angka Kesakitan Demam Berdarah Dengue (DBD) per-100.000 Penduduk, Angka Kesakitan Malaria per-1.000 Penduduk, Persentase Kesembuhan TB Paru, Persentase Penderita HIV/AIDS Terhadap Penduduk Berisiko, dan Angka “Acute Flacid Paralysis” (AFP) Pada Anak Usia <15 Tahun per-100.000 Anak. Sedangkan status gizi dilihat dari indikator-indikator Persentase Bayi Dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), Persentase Balita Dengan Gizi Baik, Persentase Wanita Usia Subur (WUS) Yang Kurang Energi Kronis (KEK), Prevalensi Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY), dan Prevalensi Anemia Gizi.

1. Umur Harapan Hidup Waktu Lahir (E_0)

Umur Harapan Hidup (E_0), penduduk Indonesia dari tahun ke tahun terus mengalami peningkatan yang sangat berarti terutama pada periode tahun 1980-1995. Estimasi umur harapan hidup pada tahun 1980 menurut Sensus Penduduk 1980 diperkirakan 52,41 tahun, meningkat menjadi 63,48 pada tahun 1995 (SUPAS 1995), dan meningkat kembali menjadi 67,97 pada tahun 2000 (SP 2000). Sedangkan gambaran perkembangan umur harapan hidup dalam 20 tahun terakhir dapat dilihat pada Gambar 3 berikut.

GAMBAR 3
ESTIMASI UMUR HARAPAN HIDUP WAKTU LAHIR (E_0)
TAHUN 1980-2000



Sumber: Indikator Kesejahteraan Anak 2000 (estimasi SUPAS 1995)

Umur harapan hidup perempuan dari waktu ke waktu menunjukkan angka lebih tinggi dibandingkan laki-laki sebagaimana terlihat dalam Tabel 1 berikut.

TABEL 1
ESTIMASI UMUR HARAPAN HIDUP WAKTU LAHIR (E_0)
MENURUT JENIS KELAMIN DI INDONESIA TAHUN 1980-2000

Tahun	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki dan Perempuan
1980	50,90	54,00	52,41
1985	54,80	58,20	56,45
1990	58,10	61,50	59,80
1995	61,54	65,31	63,48
1996	61,91	65,71	63,86
1997	62,29	66,10	64,25
1998	62,84	66,68	64,82
1999	63,55	67,41	65,54
2000	65,92	69,90	67,97

Sumber: Indikator Kesejahteraan Anak 2000 (estimasi SUPAS 1995)

Sementara itu perkiraan umur harapan hidup di provinsi pada tahun 2002 sangat bervariasi, terendah 63,88 tahun di Provinsi Nusa Tenggara Barat dan tertinggi 74,17 tahun di Provinsi DI Yogyakarta. Perkiraan umur harapan hidup untuk provinsi lainnya pada tahun 2002 disajikan pada Lampiran 17.

Meningkatnya umur harapan hidup ini secara tidak langsung juga memberi gambaran tentang adanya kemungkinan peningkatan kualitas hidup dan kesehatan dalam masyarakat sehingga dapat menurunkan angka kematian.

2. Mortalitas

Peristiwa kematian pada dasarnya merupakan proses akumulasi akhir dari berbagai penyebab kematian langsung maupun tidak langsung. Secara umum kejadian kematian pada manusia berhubungan erat dengan permasalahan kesehatan sebagai akibat dari gangguan penyakit atau akibat dari proses interaksi berbagai faktor yang secara

sendiri-sendiri atau bersama-sama mengakibatkan kematian dalam masyarakat. Kejadian kematian dalam masyarakat dari waktu ke waktu dapat memberi gambaran perkembangan derajat kesehatan masyarakat atau dapat digunakan sebagai indikator dalam penilaian keberhasilan pelayanan kesehatan dan program pembangunan bidang kesehatan.

Pengukuran angka kematian pada umumnya dihitung secara estimasi dengan menggunakan hasil Sensus Penduduk (SP), Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) atau penelitian lainnya, sedangkan untuk penyebab kematian dilakukan dengan cara menindaklanjuti semua peristiwa kematian yang ditemukan dalam pelaksanaan SUSENAS, SDKI melalui studi mortalitas dan Surkesnas. Berikut ini diuraikan perkembangan tingkat kematian dan penyakit-penyakit penyebab utama kematian yang terjadi pada periode terakhir.

a. Angka Kematian Bayi

Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia dalam beberapa tahun terakhir (kecuali tahun 2001) telah banyak mengalami penurunan yang cukup menggembirakan. Pada tahun 1971 AKB diperkirakan sebesar 152 per 1.000 kelahiran hidup, kemudian turun menjadi 117 pada tahun 1980, dan turun kembali menjadi 44 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2000. Sedangkan AKB tahun 2001 menurut hasil Surkesnas diperkirakan sebesar 50 per 1.000 kelahiran hidup. Gambaran perkembangan AKB dari tahun 1995 s.d. tahun 2001 dapat dilihat pada Tabel 2 berikut.

TABEL 2
ANGKA KEMATIAN BAYI (AKB) PER 1.000 KELAHIRAN HIDUP
DI INDONESIA MENURUT ESTIMASI SUPAS 1995 DAN SUSENAS
TAHUN 1995 S.D TAHUN 2001

Tahun	Estimasi SUPAS 1995	Estimasi SUSENAS
1995	55	56
1996	54	
1997	52	
1998	49	49
1999	46	
2000	44	
2001	-	50

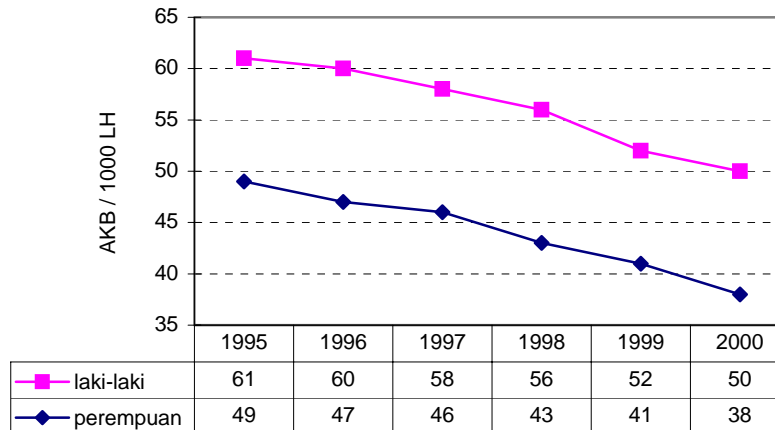
Sumber: Indikator Kesejahteraan Anak 2000 (estimasi SUPAS 1995) dan Surkesnas 2001

Dari gambaran hasil penghitungan estimasi AKB menurut SUPAS 1995 dan SUSENAS pada awalnya dapat dikatakan sama, namun demikian hasil SUSENAS 2001 menunjukkan adanya peningkatan yang perlu mendapat perhatian bila dibandingkan dengan hasil estimasi SUPAS 1995. Perbedaan ini dapat dimaklumi karena hasil estimasi (menurut SUPAS 1995) kurang memperhatikan berbagai perubahan faktor risiko yang terjadi di masyarakat sedangkan pada SUSENAS 2001 merupakan hasil yang dijumpai di lapangan pada saat survei dilaksanakan.

Bila dikaitkan dengan jenis kelamin, angka kematian pada bayi laki-laki selalu lebih tinggi dibandingkan dengan bayi perempuan. Angka kematian pada bayi keduanya mempunyai kecenderungan penurunan (kecuali untuk tahun 2001), sebagaimana terlihat

dalam Gambar 4 di bawah ini. Perbedaan kematian menurut jenis kelamin tersebut, belum dapat dijelaskan secara rinci karena belum ada informasi yang pasti mengenai hal tersebut.

GAMBAR 4
ESTIMASI ANGKA KEMATIAN BAYI (AKB) PER 1.000 KELAHIRAN HIDUP
DI INDONESIA MENURUT JENIS KELAMIN
TAHUN 1995 S.D. TAHUN 2000



Sumber: Indikator Kesejahteraan Anak 2000 (estimasi SUPAS 1995)

Sementara itu AKB antar provinsi pada tahun 2000 sangat bervariasi dengan rentangan terendah 22 per 1.000 kelahiran hidup di Provinsi DKI Jakarta, menyusul 24 per 1.000 kelahiran hidup di Provinsi DI Yogyakarta, sedangkan yang tertinggi 77 per 1.000 kelahiran hidup di Provinsi Nusa Tenggara Barat. AKB menurut provinsi pada tahun 2000 dapat dilihat pada Lampiran 18.

Menurunnya AKB dalam beberapa waktu terakhir tersebut juga memberi gambaran adanya kemungkinan peningkatan dalam kualitas hidup dan pelayanan kesehatan masyarakat.

Sedangkan dari hasil penelitian mendalam terhadap semua kasus kematian yang ditemukan dalam SKRT 1992, 1995 serta Surkesnas tahun 2001 diperoleh gambaran proporsi sebab utama kematian bayi sebagaimana dapat dilihat pada Tabel 3 berikut.

TABEL 3
PROPORSI PENYAKIT PENYEBAB KEMATIAN BAYI DI INDONESIA
HASIL SKRT 1992, 1995, DAN SURKESNAS 2001

SKRT 1992		SKRT 1995		SURKESNAS 2001	
Jenis penyakit	%	Jenis penyakit	%	Jenis penyakit	%
1. ISPA	36%	1. Penyakit Sistem Pernafasan	29,5%	1. Gangguan Perinatal	34,7 %
2. Diare	11%	2. Gangguan Perinatal	29,3%	2. Sistem Pernafasan	27,6 %
3. Tetanus Neonatorum	9,8%	3. Diare	13,9%	3. Diare	9,4 %
4. Penyakit Sistem Syaraf	5,4%	4. Penyakit Sistem Syaraf	5,5%	4. Sistem pencernaan	4,3 %
5. Gangguan Perinatal	4,3%	5. Tetanus	3,68%	5. Gejala tidak jelas	4,1 %
6. Difteria, Pertusis, dan Campak	3,3%	6. Infeksi dan Parasit Lain	3,5%	6. Tetanus	3,4 %
				7. Syaraf	3,2 %

Sumber: Badan Litbangkes, Publikasi hasil SKRT 1992 dan 1995, serta SURKESNAS 2001

Tabel di atas menunjukkan bahwa pola penyakit penyebab kematian bayi dari SKRT tahun 1992 hingga Surkesnas 2001 tidak terlalu banyak mengalami perubahan dan masih didominasi dengan penyakit infeksi dan gangguan perinatal.

b. Angka Kematian Balita (AKABA)

Angka Kematian Balita di Indonesia dalam beberapa tahun terakhir (kecuali tahun 2001) terlihat mengalami penurunan yang cukup bermakna. Pada tahun 1986 AKABA diperkirakan sebesar 111 per 1.000 kelahiran hidup, kemudian turun menjadi 81 pada tahun 1993 dan turun kembali menjadi 44,7 pada tahun 2000. Sedangkan AKABA pada tahun 2001 menurut hasil Surkesnas 2001 diperkirakan sebesar 64 Per 1.000 kelahiran hidup. Gambaran perkembangan AKABA dalam 15 tahun terakhir dapat dilihat pada Tabel 4 berikut.

TABEL 4
ANGKA KEMATIAN BALITA (AKABA) PER 1.000 KELAHIRAN HIDUP
DI INDONESIA MENURUT ESTIMASI SUPAS 1995 DAN SUSENAS 2001
TAHUN 1995 S.D. TAHUN 2001

Tahun	Estimasi SUPAS 1995	Estimasi SUSENAS
1986	111	
1993	81	
1995	75	73
1998	64,28	64
1999	59,55	
2000	44,7	
2001	-	64

Sumber: Indikator Kesejahteraan Anak 2000 (estimasi SUPAS 1995) dan SUSENAS 2001

Dari gambaran Estimasi SUPAS 1995 dan SUSENAS 2001 pada awalnya dapat dikatakan sama, namun demikian hasil SUSENAS 2001 menunjukkan adanya peningkatan yang perlu mendapat perhatian bila dibandingkan dengan hasil estimasi SUPAS tahun 1995. Perbedaan ini dapat dimaklumi karena hasil estimasi yang didasarkan atas SUPAS 1995 tidak mempertimbangkan berbagai perubahan faktor risiko yang terjadi di masyarakat dalam kurun waktu setelah SUPAS, sedangkan pada SUSENAS 2001 merupakan hasil yang dijumpai di lapangan pada saat survei dilaksanakan selama tahun 2001 dengan berbagai perkembangan faktor risiko yang terjadi di masyarakat.

Menurunnya AKABA dalam beberapa waktu terakhir juga memberi gambaran adanya kemungkinan peningkatan status ekonomi dan peningkatan pelayanan kesehatan pada masyarakat.

Sedangkan AKABA antar provinsi pada tahun 2000 menurut hasil estimasi Sensus Penduduk 1990 sangat bervariasi dengan kisaran angka terendah 26,29 per 1.000 kelahiran hidup di Provinsi DKI Jakarta, menyusul 28,44 di Provinsi DI Yogyakarta, dan yang tertinggi sebesar 107,2 per 1.000 kelahiran hidup di Provinsi Nusa Tenggara Barat. AKABA menurut provinsi pada tahun 2000 dapat dilihat pada Lampiran 19.

Sementara itu, dari hasil penelitian mendalam terhadap semua kasus kematian AKABA yang ditemukan dalam SKRT 1995 dan Surkesnas 2001 diperoleh gambaran besarnya proporsi sebab utama kematian Balita dapat dilihat pada Tabel 5 berikut.

TABEL 5
POLA PENYAKIT PENYEBAB KEMATIAN BALITA DI INDONESIA
HASIL SKRT 1995 DAN SURKESNAS 2001

SKRT 1995		SURKESNAS 2001	
Jenis penyakit	%	Jenis penyakit	%
1. Gangguan sistem pernafasan	30,8 %	1. Sistem Pernafasan (Pneumonia)	22,8 %
2. Gangguan perinatal	21,6 %	2. Diare	13,2 %
3. Diare	15,3 %	3. Syaraf	11,8 %
4. Infeksi dan parasit lain	6,3 %	4. Tifus	11,0 %
5. Syaraf	5,5 %	5. Sistem pencernaan	5,9 %
6. Tetanus	3,6 %	6. Infeksi lain	5,1 %

Sumber: Badan Litbangkes, Publikasi hasil SKRT 1995 dan SURKESNAS 2001

Tabel di atas menunjukkan bahwa pola penyakit penyebab kematian Balita menurut hasil SKRT 1995 dan Surkesnas 2001 tidak terlalu banyak mengalami perubahan, masih didominasi oleh penyakit infeksi. Pada tahun 2001, kematian Balita yang tertinggi adalah kematian akibat Pneumonia yang angkanya adalah 4,6 per 1000 Balita, disusul oleh kematian akibat Diare yang angkanya adalah 2,3 per 1000 Balita.

c. Angka Kematian Ibu Maternal (AKI)

Angka kematian ibu diperoleh melalui berbagai studi yang dilakukan secara khusus untuk mengetahui tingkat kematian ibu seperti survei di rumah sakit dan beberapa survei di masyarakat dengan cakupan wilayah yang terbatas. Bersamaan dengan pelaksanaan Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) dan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), penelitian kematian ibu menjadi bagian dari penelitian sehingga cakupan wilayahnya menjadi lebih luas.

Pada pelaksanaan SKRT 1980 AKI diperkirakan sebesar 150 per 100.000 kelahiran hidup, hasil ini relatif rendah dibandingkan dengan hasil penelitian/survei berikutnya karena SKRT 1980 tidak mencakup semua provinsi, sedangkan pada SKRT 1992 dan seterusnya cakupan provinsi diperluas. Hasil SKRT 1992 AKI diperkirakan sebesar 425 per 100.000 kelahiran hidup, pada SKRT 1995 diperkirakan turun menjadi 373 per 100.000 kelahiran hidup. Angka yang didapat dari berbagai survei tersebut disajikan pada Tabel 6 berikut.

TABEL 6
ANGKA KEMATIAN IBU MATERNAL (PER 100.000 KELAHIRAN HIDUP)
DI INDONESIA HASIL BERBAGAI PENELITIAN, TAHUN 1977 S.D. TAHUN 1995

No	Jenis Penelitian/Survei	Tahun pelaksanaan	Perkiraan AKI
1	Penelitian pd pencatatan 12 RS Pendidikan	1977-1980	370
2	Penelitian UNPAD di Ujung Berung	1978-1980	170
3	S K R T	1980	150
4	S D K I	1982	450
5	S K R T	1986	450
6	S K R T	1992	425
7	S K R T	1994	390
8	S K R T	1995	373

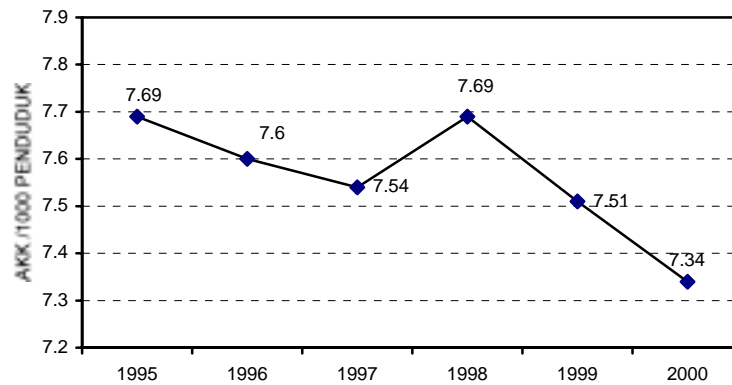
Sumber: Badan Litbangkes, Publikasi hasil SKRT 1980 s.d. 1995

Angka kematian ibu yang berasal dari kegiatan SKRT dan SDKI tersebut merupakan angka nasional dan tidak dapat diuraikan untuk angka provinsi karena jumlah kasusnya terlalu kecil. Setelah pelaksanaan SKRT 1995, belum ada lagi penelitian yang berkaitan dengan angka kematian ibu.

d. Angka Kematian Kasar (AKK)

Angka kematian kasar yang didapat juga merupakan hasil estimasi dari kegiatan Sensus Penduduk dan Survei Penduduk Antar Sensus. Estimasi berdasarkan hasil SUPAS 1995 menunjukkan bahwa pada tahun 1995 AKK diperkirakan sebesar 7,69 per 1.000 penduduk dan diperkirakan turun menjadi 7,34 per 1.000 penduduk pada tahun 2000. Perkembangan angka kematian kasar pada tahun 1995 s.d. 2000 dapat dilihat dalam Gambar 5 berikut.

GAMBAR 5
ANGKA KEMATIAN KASAR PER 1.000 PENDUDUK
DI INDONESIA TAHUN 1995-2000



Sumber: Indikator Kesejahteraan Anak 2000 (estimasi SUPAS 1995)

Gambar 5 di atas menunjukkan bahwa angka kematian kasar dalam kurun waktu tahun 1995-2000 terakhir dapat dikatakan relatif stabil dengan penurunan yang sangat kecil, kecuali dalam periode 1997-1998 sedikit mengalami peningkatan. Adapun gambaran angka kematian kasar untuk tingkat provinsi sangat bervariasi dengan rentangan angka terendah sebesar 4,48 per 1.000 penduduk di Provinsi DKI Jakarta dan tertinggi sebesar 9,43 di Provinsi DI Yogyakarta. AKK menurut provinsi pada tahun 2000 dapat dilihat pada Lampiran 20.

Sementara itu, dari hasil penelitian mendalam terhadap semua kasus kematian yang ditemukan dalam SKRT 1995 dan SURKESNAS 2001 diperoleh gambaran proporsi sebab utama kematian yang dapat dilihat pada Tabel 7 berikut.

TABEL 7
POLA PENYAKIT PENYEBAB KEMATIAN UMUM DI INDONESIA
HASIL SKRT 1992, 1995 DAN SURKESNAS 2001

SKRT 1992		SKRT 1995		SURKESNAS 2001	
Jenis penyakit	%	Jenis penyakit	%	Jenis penyakit	%
1. Penyakit Sistem Sirkulasi	16,0 %	1. Penyakit Sistem Sirkulasi	18,9 %	1. Penyakit Sistem Sirkulasi	26,4 %
2. TBC	11,0 %	2. Sistem pernafasan	15,7 %	2. Peny. Sistem Pernafasan	12,7 %
3. Keadaan tidak jelas	9,8 %	3. TBC	9,6 %	3. TBC	9,4 %
4. Infeksi saluran pernafasan	9,5 %	4. Infeksi Parasit lain	7,9 %	4. Peny. Sistem Pencernaan	7,0 %
5. Diare	8,0 %	5. Diare	7,4 %	5. Neoplasma	6,0 %
6. Peny Infeksi lain	7,8 %	6. Peny. Sistem pencernaan	6,6 %	6. Kecelakaan	5,6 %
7. Bronchitis,asma/empisema	5,6 %	7. Gangguan Perinatal	5,2 %	7. Perinatal	4,9 %
8. Trauma,Keracunan,Kecelakaan	5,3 %	8. Sebab lain/kecelakaan	5,2 %	8. Tifus	4,3 %
9. Pany Sistem Pencernaan	5,1%	9. Neoplasma	5,0 %	9. Diare	3,8 %
10. Neoplasma	4,0%	10. Penyakit Syaraf	2,5 %	10.Endokrin & Metabolik	2,7 %

Sumber: Badan Litbangkes, Publikasi hasil SKRT 1992 dan 1995 serta Surkesnas 2001

Sedangkan penyebab kematian terbanyak dari penderita rawat inap di rumah sakit pada tahun 1999 - 2000 dapat dilihat pada Tabel 8 berikut.

TABEL 8
POLA PENYAKIT PENYEBAB KEMATIAN SEMUA UMUR PER 1.000 PASIEN KELUAR
PENDERITA RAWAT INAP DI RSU DI INDONESIA TAHUN 1999 DAN 2000

SP2RS 1999		SP2RS 2000	
Jenis penyakit	AK ^(a)	Jenis penyakit	AK ^(a)
1. Bronkhitis,empisema & obstruktif lain	106,5	1. Tuberculosis paru lainnya	101,4
2. Diare,GE oleh penyebab infeksi tertentu	106,5	2. Pneumonia	84,3
3. Pneumonia	96,4	3. Demam tifoid dan paratifoid	73,9
4. Asma	96,1	4. Hipertensi esensial (primer)	61,9
5. Tuberculosis paru lainnya	56,3	5. Diare,GE oleh penyebab infeksi tertentu	49,8
6. Cedera Intrakranial	28,5	6. Gangguan jaringan lunak lainnya	32,2
7. Demam tifoid dan paratifoid	12,9	7. Infeksi saluran nafas atas akut	30,8
8. Penyulit kehamilan / persalinan lain	6,2	8. Gastritis dan duodenitis	26,9
9. Gastritis dan duodenitis	3,9	9. Malaria (includes all malaria)	22,8
10. Infeksi saluran nafas atas akut	0,5	10. Demam Berdarah Dengue	22,1

Sumber: Bagian Program dan Informasi, Ditjen Yanmedik, Depkes RI

Catatan: ^(a) Angka kematian per 1.000 pasien keluar

3. Morbiditas

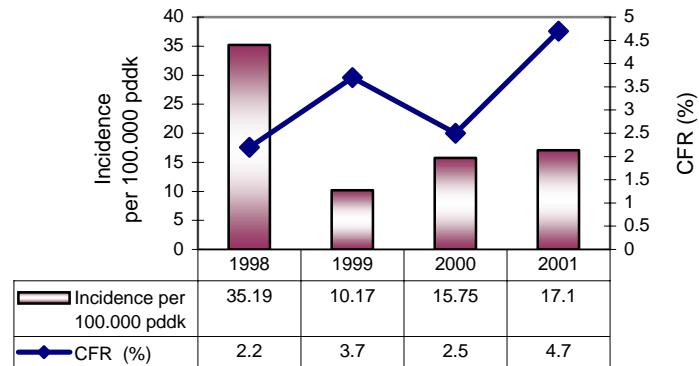
Angka kesakitan pada penduduk berasal dari community based data yang diperoleh melalui studi morbiditas dan facility based data yang diperoleh dari fasilitas pelayanan kesehatan melalui sistem pencatatan dan pelaporan rutin dan insidental.

a. Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD)

Penyakit Demam Berdarah Dengue telah menyebar secara luas ke seluruh kawasan dengan jumlah kabupaten/kota terjangkau semakin meningkat hingga ke wilayah pedalaman. Penyakit ini sering muncul sebagai KLB sehingga angka kesakitan dan kematian yang terjadi dianggap merupakan gambaran dari penyakit di masyarakat. Angka insidens DBD secara nasional sangat berfluktuasi dengan siklus puncak 4-5 tahunan. Selama dua tahun terakhir ini terjadi peningkatan kasus DBD, incidence rate meningkat

dari 10,17 per 100.000 pada tahun 1999 menjadi 15,75 per 100.000 pada tahun 2000, dan meningkat lagi menjadi 17,2 per 100.000 penduduk pada tahun 2001. Angka kesakitan dan kematian secara nasional dalam kurun waktu 4 tahun terakhir disajikan pada Gambar 6 berikut.

GAMBAR 6
INCIDENCE (PER 100.00 PENDUDUK) DAN CFR (%)
PENYAKIT DEMAM BERDARAH DENGUE TAHUN 1998 - 2001



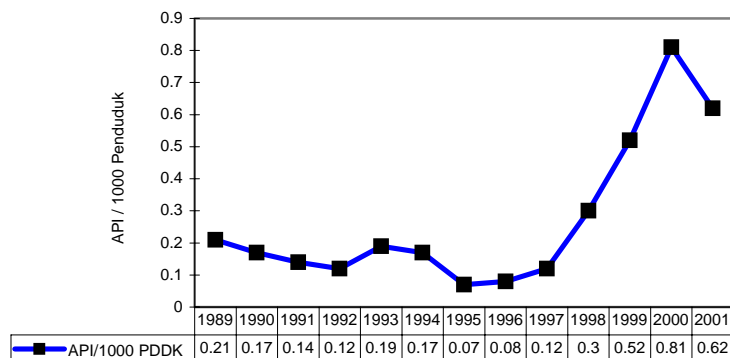
Sumber: Ditjen PPMPD Depkes RI

Gambaran jumlah penderita, CFR, dan angka insidens, serta jumlah kabupaten/kota yang terjangkit penyakit DBD menurut provinsi dapat dilihat pada Lampiran 21 sampai dengan Lampiran 22.

b. Penyakit Malaria

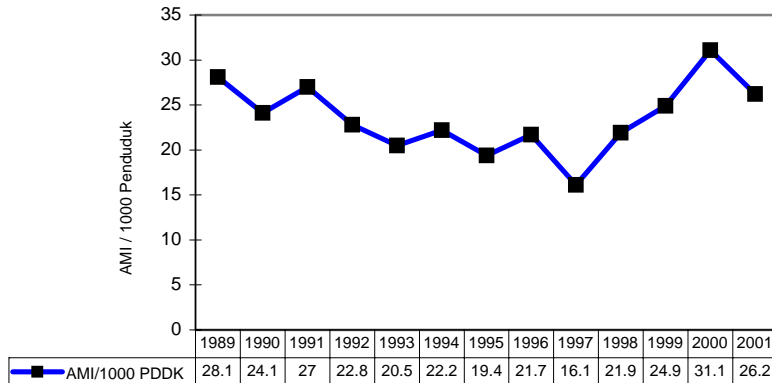
Penyakit Malaria menyebar cukup merata di seluruh kawasan Indonesia, namun paling banyak dijumpai di luar wilayah Jawa-Bali, bahkan di beberapa tempat dapat dikatakan sebagai daerah endemis malaria. Menurut hasil pemantauan program diperkirakan sebesar 35% penduduk Indonesia tinggal di daerah endemis Malaria. Perkembangan penyakit Malaria pada beberapa tahun terakhir cenderung mengalami peningkatan di semua wilayah. Di Jawa-Bali kenaikan tersebut ditandai dengan meningkatnya API sedangkan di luar Jawa-Bali ditandai dengan peningkatan AMI sebagaimana terlihat dalam Gambar 7 dan Gambar 8 berikut

GAMBAR 7
ANNUAL PARASIT INCIDENCE MALARIA (API ‰)
DI WILAYAH JAWA BALI TAHUN 1989-2001



Sumber: Ditjen PPMPD Depkes RI

GAMBAR 8
ANNUAL MALARIA INCIDENCE (AMI%)
DI WILAYAH LUAR JAWA-BALI TAHUN 1989-2001



Sumber: Ditjen PPMPD Depkes RI

Kedua gambar di atas memberikan gambaran bahwa peningkatan kasus Malaria terjadi pada periode 1997-2000 kemudian menurun pada tahun 2001. Di wilayah Jawa-Bali kasus Malaria meningkat dari 12 per 100.000 penduduk pada tahun 1997 menjadi 81 pada tahun 2000, kemudian turun menjadi 62 per 100.000 penduduk pada tahun 2001. Demikian juga untuk wilayah Luar Jawa-Bali meningkat dari 1.600 per 100.000 penduduk tahun 1997 meningkat menjadi 3.100 pada tahun 2000 dan turun menjadi 2.600 kasus per 100.000 penduduk pada tahun 2001. Peningkatan kasus tersebut juga diikuti dengan beberapa kali peristiwa KLB yang menyerang 105 desa pada 16 kabupaten di 11 provinsi dengan jumlah kasus dan kematiannya dapat dilihat pada Tabel 9 berikut.

TABEL 9
JUMLAH DESA, PENDERITA, DAN KEMATIAN
AKIBAT KLB MALARIA DARI TAHUN 1998 S.D 2001

No	Nama Provinsi	Nama Kab/Kota	Σ Desa	Σ Penderita	Σ Meninggal	CFR (%)
1	Sumatera Selatan	1. Belitung	3	396	4	0,81
2	DI Yogyakarta	1. Kulonprogo	14	10.678	33	0,31
3	Lampung	1. Lampung Selatan	4	1.447	2	0,14
4	Jawa Tengah	1. Purworejo	34	4.555	0	0
		2. Cilacap	2	206	3	1,46
		3. Purbalingga	2	190	4	2,11
		4. Banyumas	1	126	0	0
5	Sumatera Utara	1. Asahan	3	1.180	1	0,08
		2. Labuhan Batu	2	350	11	3,14
6	Nusa Tenggara Barat	1. Lombok Timur	4	82	4	4,88
7	Nusa Tenggara Timur	1. Belu	4	74	8	10,81
8	Jawa Timur	1. Sumenep	17	515	0	0
9	Sumatera Barat	1. Pesisir Selatan	1	206	1	0,49
		2. Pasaman	6	420	6	1,43
10	Jawa Barat	1. Ciamis	4	95	4	4,21
11	DKI Jakarta	1. Jakarta Utara (P. Pari)	4	165	3	1,82

Sumber: Ditjen PPMPD Depkes RI

Gambaran angka kesakitan Malaria menurut provinsi dapat dilihat pada Lampiran 23 dan Lampiran 24.

c. Penyakit TB Paru

Angka kesakitan penyakit TB Paru yang terbaru belum diketahui secara pasti, karena belum pernah dilakukan penelitian yang berskala Nasional. Dari hasil survei prevalensi di 15 provinsi yang dilaksanakan pada tahun 1979-1982 diperoleh gambaran angka kesakitan antara 200-400 penderita per 100.000 penduduk, sedangkan angka provinsi sangat bervariasi misalnya Provinsi Kalimantan Barat <200 dan Provinsi Nusa Tenggara Timur >700 dan provinsi lainnya antara 200-700 penderita per 100.000 penduduk.

Menurut SKRT 1995, TB Paru termasuk urutan ke-3 penyebab kematian secara umum. Sedangkan menurut laporan RS, selama tahun 2000 dan 2001 penyakit TB paru termasuk 10 besar penderita yang dirawat di RS sekaligus merupakan 10 besar penyebab kematian pasien rawat inap di rumah sakit (lihat Tabel 8)

WHO memperkirakan pada saat ini, Indonesia merupakan negara penyumbang kasus TB terbesar ke-3 di dunia, yang setiap tahunnya diperkirakan terdapat penderita baru TB menular sebanyak 262.000 orang (44,9% dari 583.000 penderita TB baru) dan 140.000 orang diperkirakan meninggal karena penyakit TBC. Angka tersebut diyakini sangat dimungkinkan, apalagi bila dikaitkan dengan kondisi lingkungan perumahan, sosial ekonomi masyarakat, serta kecenderungan peningkatan penderita HIV/AIDS di Indonesia saat ini.

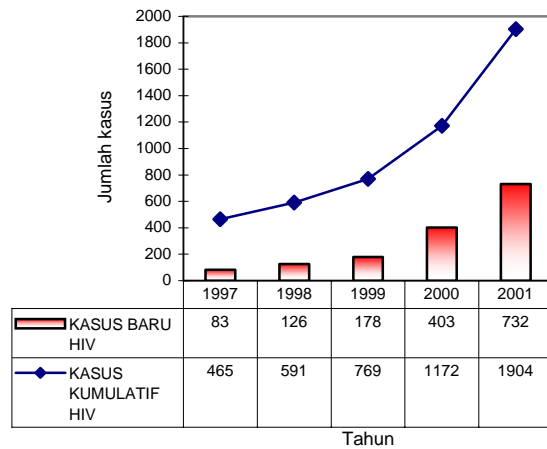
Gambaran penderita TB dengan konfirmasi BTA positif, yang terdeteksi di sarana pelayanan kesehatan menurut provinsi pada tahun 2000 dan 2001 dapat dilihat pada Lampiran 25 sampai dengan Lampiran 27. Dari penderita TB BTA positif yang ada, sebanyak 85% dapat disembuhkan.

d. HIV/AIDS dan Penyakit Menular Melalui Hubungan Seksual (PMS)

Penyakit HIV/AIDS yang merupakan *new emerging diseases*, dan merupakan pandemi pada semua kawasan, beberapa tahun terakhir ini telah menunjukkan peningkatan yang sangat mengkhawatirkan. Dengan semakin mudahnya komunikasi antar wilayah serta semakin menyebarnya sentra-sentra pembangunan ekonomi di Indonesia ternyata secara simultan juga telah memperbesar tingkat risiko dalam penyebaran terhadap HIV/AIDS.

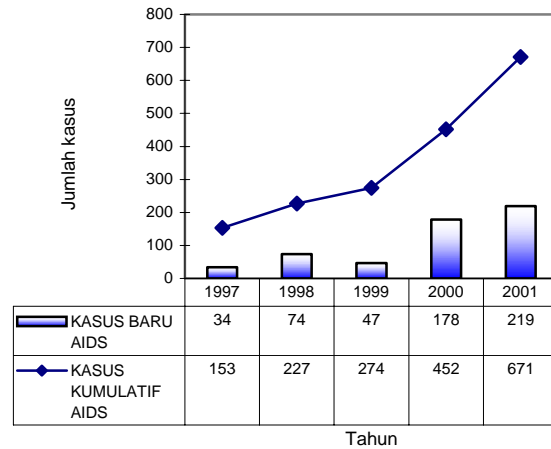
Penyakit yang kemunculannya seperti fenomena gunung es (iceberg phenomena) ini sudah menyebar di sebagian besar provinsi di Indonesia. Jumlah pengidap infeksi HIV/AIDS yang sebenarnya di Indonesia sangat sulit diukur dan belum diketahui secara pasti. Sampai dengan akhir Desember 2001 kasus HIV dan AIDS yang dilaporkan masing-masing HIV sebanyak 2.593 kasus dan AIDS sebanyak 671 kasus. Cara penularan HIV/AIDS yang menonjol dalam dua tahun terakhir adalah melalui hubungan seks (heteroseks) dan penyalahgunaan NAPZA melalui suntik (IDU). Di Indonesia pada tahun 2001 diperkirakan terdapat 80.000-120.000 pengidap infeksi HIV. Berikut ini gambaran mengenai perkembangan dan karakteristik penderita HIV/AIDS di beberapa sarana pelayanan kesehatan.

GAMBAR 9
JUMLAH KASUS BARU DAN KUMULATIF PENDERITA HIV
YANG TERDETEKSI DARI BERBAGAI SARANA KESEHATAN
TAHUN 1997-2001



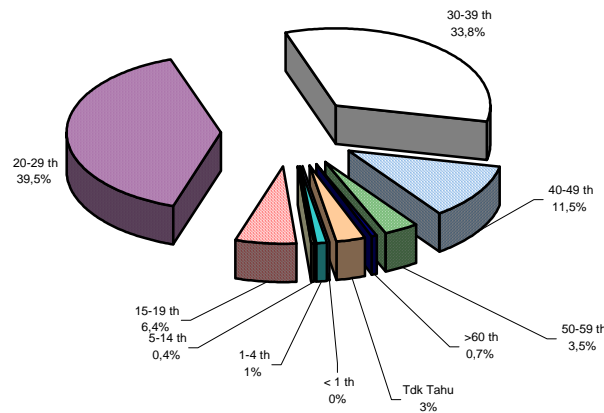
Sumber: Ditjen PPMPD Depkes RI

GAMBAR 10
JUMLAH KASUS BARU DAN KUMULATIF PENDERITA AIDS
YANG TERDETEKSI DARI BERBAGAI SARANA KESEHATAN
TAHUN 1997-2001



Sumber: Ditjen PPMPD Depkes RI

GAMBAR 11
PROPORSI PENDERITA AIDS SECARA KUMULATIF
MENURUT KELOMPOK UMUR S.D. TAHUN 2001



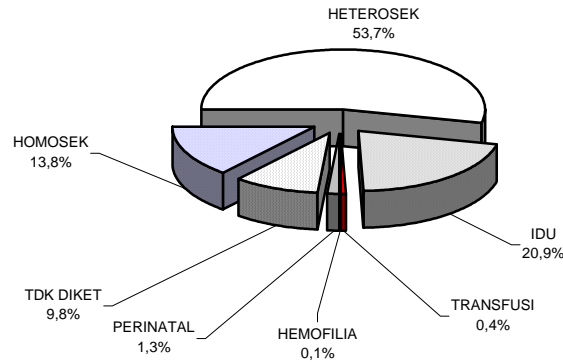
Sumber: Ditjen PPMPD Depkes RI

Gambar 11 menunjukkan bahwa secara kumulatif sebagian besar penderita AIDS di Indonesia merupakan kelompok usia produktif 20-49 tahun (84,9%). Bila perkembangan kondisi ini terus terjadi, maka dalam jangka panjang di samping akan menjadi beban anggaran keluarga dan pemerintah juga akan menjadi ancaman bagi produktivitas tenaga kerja di Indonesia.

Sedangkan Gambar 12 memberikan informasi bahwa hubungan heteroseksual dan IDU (*intravena drug use*) merupakan cara penularan yang paling banyak dijumpai di Indonesia dengan persentase 67,5%. Dalam hal ini dapat dikatakan bahwa perilaku seksual yang tidak sehat bisa meningkatkan terjadinya penularan penyakit melalui

hubungan seksual (PMS) yang sekaligus merupakan indikasi dari meningkatnya risiko tertular HIV/AIDS.

GAMBAR 12
PROPORSI PENGIDAP AIDS SECARA KUMULATIF
MENURUT CARA PENULARAN S.D. TAHUN 2001



Dari kegiatan Sistem Surveilens Terpadu diperoleh gambaran jumlah kasus baru penyakit menular melalui hubungan seksual yang dilayani di Puskesmas dan rumah sakit selama tahun 1997-2000 seperti terlihat dalam Tabel 10 berikut.

TABEL 10
JUMLAH PENDERITA PENYAKIT MENULAR MELALUI HUBUNGAN SEKSUAL
MENURUT SARANA PELAYANAN KESEHATAN, TAHUN 1997-2000

Tahun	Penderita GO			Penderita Sipilis		
	Di Rumah Sakit		Rawat Jalan Puskesmas	Di Rumah Sakit		Rawat Jalan Puskesmas
	Rawat Jalan	Rawat Inap		Rawat Jalan	Rawat Inap	
1997	1.976	198	545	19.316	93	2.768
1998	2.960	332	1.092	36.055	132	9.057
1999	3.677	963	480	15.720	309	1.629
2000	1.680	227	501	18.165	271	14.106

Sumber: Data surveilens tahun 2000, Dit Epim-Kesma Ditjen PPM & PL Depkes RI

Tabel di atas memberikan gambaran masih tingginya angka kesakitan PMS yang merupakan ancaman yang sangat serius dan sangat mengkhawatirkan dalam penyebaran penyakit HIV/AIDS di masa datang pada kehidupan keluarga.

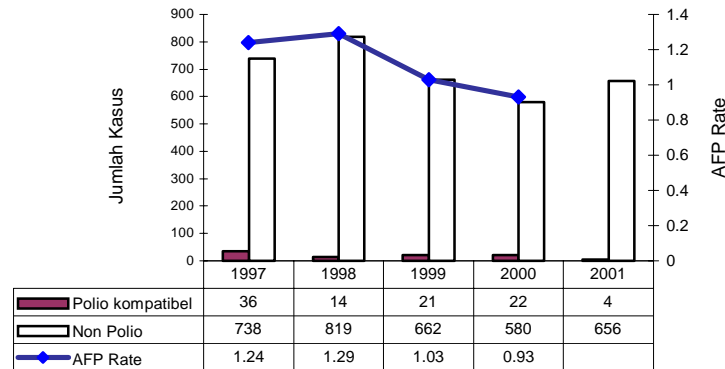
e. AFP (Acute Flaccid Paralysis)

Kejadian AFP pada saat ini diproyeksikan sebagai indikator untuk menilai keberhasilan program Eradikasi Polio (Erapo). Erapo dilaksanakan melalui gerakan Pekan Imunisasi Polio (PIN) dan merupakan wujud dari kesepakatan global dalam pembasmian penyakit Polio di Indonesia. Upaya pemantauan terhadap keberhasilan Erapo yaitu dengan melaksanakan kegiatan “Surveilans secara aktif” untuk menemukan kasus AFP sebagai upaya mendeteksi secara dini munculnya virus polio liar yang mungkin ada di masyarakat untuk segera dilakukan penanggulangannya.

Kasus AFP yang ada di masyarakat diperkirakan sebesar 1 orang per 100.000 penduduk usia <15 tahun. Selama empat tahun terakhir kegiatan surveilans secara aktif

dapat menemukan beberapa kasus AFP dengan klasifikasi kriteria klinis yang didukung pemeriksaan laboratorium seperti terlihat dalam Gambar 13 berikut.

GAMBAR 13
AFP RATE DAN KLASIFIKASI KLINIS PENDERITA AFP
MENURUT DATA SURVEILENS TAHUN 1997-2001



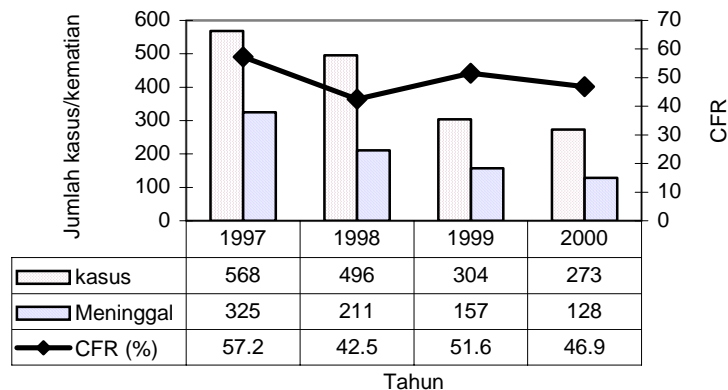
Sumber: Data surveilens tahun 2001, Dit Epim-Kesma Ditjen PPMPD Depkes RI

Gambaran hasil surveilans AFP menurut provinsi pada tahun 2001 secara lengkap disajikan pada Lampiran 28.

f. Tetanus Neonatorum

Angka kesakitan dan kematian Tetanus Neonatorum (TN) walaupun ada penurunan namun dirasakan masih cukup tinggi. Melalui program Eliminasi Tetanus Neonatorum (ETN) dengan kegiatan surveilens yang intensif di rumah sakit dan Puskesmas, diperoleh gambaran jumlah kasus dan kematian akibat TN yang dapat dilihat pada Gambar 14 berikut.

GAMBAR 14
JUMLAH KASUS DAN CASE FATALITY RATE (CFR) TETANUS NEONATORUM
DI INDONESIA TAHUN 1997-2000



Sumber: Data surveilens tahun 2000, Dit Epim-Kesma Ditjen PPMPD Depkes RI

Dari gambar di atas terlihat bahwa jumlah kasus dan kematian Tetanus Neonatorum menunjukkan penurunan yang cukup menggembirakan namun *case fatality rate* (CFR) masih terlihat fluktuatif.

Sementara itu, jumlah kasus Tetanus terbanyak pada tahun 2000 dijumpai di Provinsi Jawa Barat, Jawa Timur, dan Jawa Tengah. Data jumlah kasus Tetanus menurut provinsi pada tahun 2000 disajikan pada Lampiran 29.

g. Campak

Hasil pelacakan terhadap peristiwa KLB Campak selama 5 tahun terakhir diperoleh gambaran frekuensi, jumlah penderita dan CFR seperti terlihat dalam Tabel 12 berikut.

**TABEL 11
FREKUENSI, JUMLAH KASUS, DAN CFR KLB CAMPAK
TAHUN 1997-2001**

Tahun	Frekuensi KLB	Jumlah Kasus	CFR (%)
1997	40	1.326	1,7
1998	18	267	1,5
1999	244	4.605	1,5
2000	101	1.259	0,3
2001	32	85	1,6

Sumber: Data surveilens tahun 2000, Dit Epim-Kesma Ditjen PPMPD Depkes RI

Dari tabel di atas terlihat bahwa rata-rata setiap episode KLB selama 5 tahun terakhir ditemukan kasus antara 3 s.d. 33 penderita, sedangkan angka CFR relatif tidak banyak mengalami perubahan yaitu sekitar 1,6% kecuali pada KLB tahun 2000 yang hanya 0,3%.

Sedangkan dari kegiatan Sistem Surveilens Terpadu diperoleh gambaran jumlah kasus baru yang ditangani di Puskesmas dan rumah sakit selama 4 tahun terakhir dapat dilihat dalam Tabel 13 berikut.

**TABEL 12
JUMLAH KASUS CAMPAK MENURUT SARANA KESEHATAN
TAHUN 1997-2000**

Tahun	Penderita Dirawat di Rumah Sakit		Penderita Rawat Jalan di Puskesmas
	Rawat Inap	Rawat Jalan	
1997	1.498	2.842	23.541
1998	4.958	6.601	41.465
1999	8.599	10.063	55.301
2000	2.735	5.995	39.059

Sumber: Data surveilens tahun 2000, Dit Epim-Kesma Ditjen PPMPD Depkes RI

Gambaran penyakit Campak menurut provinsi pada tahun 2001 secara lengkap disajikan pada Lampiran 30.

Sedangkan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi lainnya yang masih sering menimbulkan kejadian luar biasa di beberapa daerah, dapat dilihat pada Tabel 11 berikut.

TABEL 13
FREKUENSI, JUMLAH KASUS, DAN CFR KLB
PENYAKIT DIFTERI, PERTUSIS, DAN HEPATITIS DI INDONESIA TAHUN 1997-2001

Tahun	Difteri			Pertusis			Hepatitis		
	Frek. KLB	Jumlah kasus	CFR (%)	Frek. KLB	Jumlah kasus	CFR (%)	Frek. KLB	Jumlah kasus	CFR (%)
1997	24	24	21	2	27	0	2	30	0
1998	4	7	57	0	0	0	5	251	0
1999	30	36	30	3	4	0	0	0	0
2000	31	36	28	2	5	0	2	65	0
2001	8	8	37	2	1	50	8	239	0

Sumber: Data surveilens tahun 2001, Dit Epim-Kesma Ditjen PPMPD Depkes RI

Gambaran beberapa penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi menurut provinsi dapat dilihat pada Lampiran 31 sampai dengan Lampiran 33.

Selain penyakit-penyakit tersebut di atas, berikut ini disajikan pula beberapa penyakit penting, antara lain penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut, Diare, Frambosia dan Kusta, Rabies, dan beberapa penyakit menular lain, serta penyakit tidak menular.

h. Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA)

Angka kesakitan ISPA khususnya Pnemonia dirasakan masih cukup tinggi di mana berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) dengan angka prevalensi menurut kelompok umur tertinggi dapat dilihat dalam Tabel 14 berikut.

TABEL 14
ANGKA KESAKITAN PNEMONIA MENURUT SDKI 1992, 1994, DAN 1997

Tahun SDKI	Angka Kesakitan		Kelompok Umur dengan Prevalensi Tertinggi
	Prevalensi	Insidens	
1991	9,8%	-	12 - 23 bln
1994	10%	9%	6 - 35 bln
1997	9%	8%	6 - 11 bln

Sedangkan menurut hasil beberapa kali SKRT penyakit ISPA dan Sistem Pernafasan merupakan penyebab utama kematian bayi dan Balita sebagaimana terlihat dalam Tabel 15 berikut.

TABEL 15
PROPORSI DAN PERINGKAT ISPA/SISTEM PERNAFASAN
SEBAGAI PENYEBAB KEMATIAN BAYI DAN BALITA
BERDASARKAN HASIL SKRT 1986, 1992, DAN 1995, SERTA SURKESNAS 2001

Tahun SKRT/ Surkesnas	Penyebab kematian Bayi			Penyebab kematian Balita		
	Jenis penyakit	Proporsi	Peringkat	Jenis penyakit	Proporsi	Peringkat
SKRT 1986	ISPA	12,4%	4	-	-	-
SKRT 1992	ISPA	36%	1	-	-	-
SKRT 1995	Sistem Pernafasan	29,5%	1	Sistem Pernafasan	30,8%	1
Surkesnas 2001	Sistem Pernafasan	27,6%	2	Sistem Pernafasan	22,8%	1

Hasil survei dimaksud juga dapat diekstrapolasi angka kematian pada Balita karena Pnemonia diperkirakan sebesar 6 per 1.000 Balita dan kematian penyakit sistem

pernafasan pada Balita sebesar 4,9 per 1.000 Balita. Pada tahun 2000 di 20 provinsi dilaporkan ditemukan penderita pneumonia pada Balita sebanyak 479.283 penderita. Jumlah penemuan penderita pneumonia Balita pada tahun 2001 di 20 provinsi sebanyak 487.735 penderita. Gambaran kasus dan kematian akibat Pnemonia yang ditemukan di sarana pelayanan kesehatan menurut provinsi dapat dilihat pada Lampiran 34.

i. Penyakit Diare

Hasil survei yang dilakukan oleh program diperoleh angka kesakitan Diare untuk tahun 2000 sebesar 301 per 1.000 penduduk, angka ini meningkat bila dibandingkan dengan hasil survei yang sama pada tahun 1996 sebesar 280 per 1.000 penduduk. Menurut hasil SKRT dalam beberapa survei, penyakit Diare masih merupakan penyebab utama kematian bayi dan balita sebagaimana disajikan pada Tabel 16 berikut.

TABEL 16
PROPORSI DAN PERINGKAT PENYAKIT DIARE SEBAGAI
PENYEBAB KEMATIAN BAYI DAN BALITA, TAHUN 1986, 1992, 1995, DAN 2001

Tahun Survei	Penyebab Kematian Bayi		Penyebab Kematian Balita	
	Proporsi	Peringkat	Proporsi	Peringkat
SKRT 1986	15,5%	3	-	-
SKRT 1992	11%	2	-	-
SKRT 1995	13,9%	3	15,3 %	3
Surkesnas 2001	9,4 %	3	13,2 %	2

Melalui Sistem Surveilans Terpadu (SST), pada tahun 2000 penyakit diare dilaporkan oleh 24 provinsi, jumlah penderita penyakit diare yang rawat jalan sebanyak 4.364.786 penderita, yang terdiri atas rawat jalan di rumah sakit sebanyak 278.711 penderita dan yang rawat jalan di Puskesmas sebanyak 4.086.075 penderita (angka kesakitan 21,45 per 1.000 penduduk). Sedangkan yang rawat inap di rumah sakit sebanyak 125.463 penderita dengan 662 kematian (CFR : 5,27 per 1.000 penderita).

Berdasarkan laporan rumah sakit selama dua tahun terakhir, penyakit Diare juga merupakan pola penyakit dan penyebab kematian terbanyak penderita dirawat di rumah sakit. Penyakit ini juga masih sering menimbulkan kejadian luar biasa di beberapa wilayah dengan jumlah penderita dan kematian yang cukup tinggi. Gambaran KLB dalam kurun waktu 5 tahun terakhir dapat dilihat pada Tabel 17 berikut.

TABEL 17
KLB DIARE MENURUT FREKUENSI, JUMLAH KASUS, DAN CFR
TAHUN 1997-2001

Tahun	Frekuensi KLB	Jumlah Kasus	CFR (%)
1997	86	4.898	2,2
1998	47	6.010	1,1
1999	85	5.147	1,2
2000	67	535	2,4
2001	58	2.293	1,8

Sumber: Data surveilans tahun 2001, Dit Epim-Kesma Ditjen PPMPD Depkes RI

Gambaran angka kesakitan penyakit diare, CFR, dan peristiwa KLB diare menurut provinsi dapat dilihat pada Lampiran 35 sampai dengan Lampiran 36.

j. Penyakit Frambosia dan Kusta

Penyakit Frambosia dan Kusta juga masih menjadi masalah kesehatan masyarakat walaupun secara nasional terlihat adanya penurunan, namun angka prevalensi antar wilayah sangat bervariasi. Secara nasional angka prevalensi Frambosia menurun dari 95 per 100.000 penduduk pada tahun 1989/1990 menjadi 10,3 per 100.000 penduduk pada tahun 1998/1999. Angka prevalensi ini pada tahun 2000 menurun lagi menjadi 2,8 per 100.000 penduduk. Jumlah penderita penyakit Framboesia menurut provinsi pada tahun 2000 disajikan pada Lampiran 38.

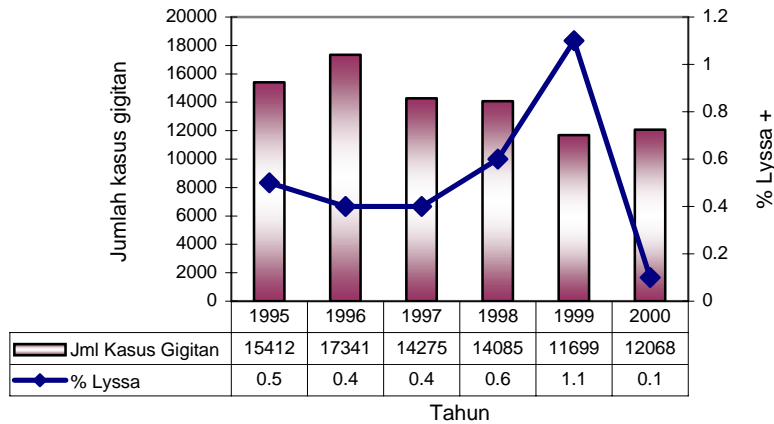
Sementara itu angka prevalensi Kusta menurun dari 4,5 per 10.000 penduduk pada tahun 1991 menjadi 0,85 per 10.000 penduduk pada tahun 2001 dan secara nasional telah mencapai target eliminasi Kusta. Indonesia saat ini menduduki peringkat keempat penyumbang penderita kusta di dunia. Pada tahun 1991 World Health Assembly telah mengeluarkan suatu resolusi yaitu Eliminasi Kusta Tahun 2000 (EKT 2000). Sejalan dengan komitmen ini, Indonesia melaksanakan Program Eliminasi Kusta 2000 secara intensif sejak tahun 1991. Dalam kurun waktu 10 tahun ini (1991 – 2001), angka prevalensi penyaki Kusta secara nasional telah turun dari 4,5 per 10.000 penduduk pada tahun 1991 menjadi 0,84 per 10.000 penduduk pada tahun 2001. Secara nasional, Indonesia sudah dapat mencapai eliminasi Kusta pada bulan Juni 2000. Namun, masih ada beberapa provinsi dan beberapa kabupaten/kota yang belum mencapai eliminasi. Untuk itu terus dilakukan kegiatan penemuan dan pengobatan penderita.

Jumlah penderita penyakit Kusta yang ditemukan pada tahun 1999 sebanyak 21.024 penderita dengan rincian tipe PB sebanyak 3.523 dan tipe MB sebanyak 17.501 penderita (angka case detection rate/CDR 8,28 per 100.000 penduduk). Pada tahun 2000 jumlah penderita penyakit Kusta yang ditemukan sebanyak 14.697 penderita dengan rincian tipe PB sebanyak 3.430 dan tipe MB sebanyak 11.267 penderita (angka CDR 7,22 per 100.000 penduduk). Sedangkan pada tahun 2001 jumlah penderita penyakit Kusta yang ditemukan sebanyak 14.061 penderita dengan rincian tipe PB sebanyak 3.293 dan tipe MB sebanyak 10.768 penderita (angka CDR 6,91 per 100.000 penduduk). Sampai dengan bulan Desember 2001, baru 18 provinsi dari 30 provinsi dan 219 kabupaten dari 321 kabupaten yang dapat mencapai eliminasi penyakit Kusta. Sebanyak 4 provinsi (Sulawesi Selatan, Maluku, Maluku Utara, dan Papua) dengan angka prevalensi masih > 2 penderita kusta per 10.000 penduduk. Jumlah penderita penyakit Kusta menurut provinsi pada tahun 2001 dapat dilihat pada Lampiran 39.

k. Penyakit Rabies

Penyakit Rabies pada beberapa tahun terakhir semakin menyebar ke berbagai wilayah yang selama ini dianggap aman atau daerah bebas rabies. Pada tahun 2000 Provinsi Nusa Tenggara Timur melaporkan adanya KLB di beberapa wilayah yang selama ini dinyatakan bebas Rabies, antara lain di Kabupaten Ngada dilaporkan sebanyak 1.711 kasus dengan kematian 1 orang, Kabupaten Ende sebanyak 122 kasus dengan kematian 3 orang, dan di Flores Timur sebanyak 23 kasus dengan kematian 1 orang. Sedangkan jumlah kasus gigitan hewan dan jumlah Lyssa positif pada tahun 1995 - 2000 dapat dilihat dalam Gambar 15 berikut.

GAMBAR 15
JUMLAH KASUS GIGITAN RABIES DAN LYSSA POSITIF
TAHUN 1995-2000



Sumber: Ditjen PPMPD Depkes RI

l. Penyakit Menular Lain

Beberapa penyakit menular lain yang perlu diwaspadai adalah penyakit Anthrax, Japanese Encephalitis, dan Filariasis yang dapat menimbulkan KLB.

Penyakit Anthrax selama beberapa tahun terakhir kembali muncul pada beberapa tempat yang diketahui memang endemis namun bila tidak ditangani dengan benar tidak tertutup kemungkinan akan meluas ke daerah-daerah yang selama ini dianggap bebas Anthrax. Dari hasil pelacakan kasus Anthrax pada manusia diperoleh gambaran sebaran kasus seperti terlihat pada Tabel 18 berikut.

TABEL 18
JUMLAH PENDERITA DAN KEMATIAN ANTHRAX PADA MANUSIA
MENURUT PROVINSI TAHUN 1996 - 2001

Tahun	Jawa Barat		Jawa Tengah		NTB		NTT	
	P	M	P	M	P	M	P	M
1996	28	0	2	0	3	0	18	0
1997	11	0	0	0	6	0	7	0
1998	0	0	3	0	0	0	17	0
1999	13	0	5	0	0	0	29	1
2000	32	0	2	0	0	0	0	0
2001	22	2	0	0	0	0	0	0

Sumber: Ditjen PPMPD Depkes RI

Sedangkan keberadaan penyakit Japanese Encephalitis pada manusia perlu diwaspadai karena dari hasil pemeriksaan specimen binatang di beberapa provinsi yang dilakukan sejak tahun 1993 memberi gambaran tingkat positive rate yang cukup tinggi sebagaimana terlihat dalam Tabel 19 berikut.

TABEL 19
HASIL PEMERIKSAAN SPECIMEN HEWAN TERHADAP VIRUS JAPANESE ENCEPHALITIS
MENURUT PROVINSI TAHUN 1993 - 2000

Provinsi	1993/1994		1995/1996		1996/1997		2000	
	ΣSp	Sp+ (%)	ΣSp	Sp+ (%)	ΣSp	Sp+ (%)	ΣSp	Sp+ (%)
1. Bali	548 280	28,3 41,8	-	-	15	46,7	-	-
2. Riau	523	40,3	-	-	19	42,1	-	-
3. Jawa Barat	391	38,4	-	-	-	-	-	-
4. Jawa Tengah	235	67,2	-	-	-	-	-	-
5. Lampung	165	41,8	-	-	53	11,3	-	-
6. Nusa Tenggara Barat	153	39,9	-	-	-	-	-	-
7. Sumatera Utara	-	-	183	9,3	-	-	-	-
8. Kalimantan Barat	-	-	183	13,7	-	-	-	-
9. Sulawesi Selatan	-	-	176	11,4	-	-	-	-
10. Jawa Timur	-	-	-	-	20	0	-	-
11. Nusa Tenggara Timur	-	-	-	-	-	-	125	40,0

Sumber: Ditjen PPMPD Depkes RI

Hasil survei cepat pada tahun 2000 melaporkan bahwa ditemukan sebanyak 6.233 kasus Filariasis di 26 provinsi di Indonesia yang tersebar di 318 kabupaten/kota yang meliputi 1.533 desa.

m. Penyakit Tidak Menular yang Diamati

Semakin meningkatnya arus globalisasi di segala bidang, telah banyak membawa perubahan pada perilaku dan gaya hidup masyarakat termasuk dalam pola konsumsi makanan keluarga. Perubahan tersebut tanpa disadari telah memberi pengaruh terhadap terjadinya transisi epidemiologi dengan semakin meningkatnya kasus-kasus penyakit tidak menular seperti Penyakit Jantung, Tumor, Diabetes, Hipertensi, Gagal ginjal, Gangguan jiwa/mental, dan sebagainya.

Berdasarkan hasil analisis SP2RS tahun 2000, diperoleh gambaran penyakit tidak menular sebagai penyebab utama kematian penderita rawat inap di RS sebagaimana terlihat pada Tabel 20 berikut.

TABEL 20
PROPORSI PENYAKIT TIDAK MENULAR
SEBAGAI PENYEBAB KEMATIAN TERBANYAK, TAHUN 2000

No	Jenis Penyakit	% ^(a)
1	Stroke tak menyebut perdarahan	4,8
2	Gagal Ginjal lainnya	3,7
3	Penyakit jantung lainnya	3,7
4	Perdarahan Intracarnial	2,8
5	Cedera Intracarnial	2,3
6	Diabetes Melitus tak bergantung Insulin	2,1
7	Penyakit Jantung Iskemik lainnya	2,1

^(a) % dari seluruh kematian

Sumber: Ditjen Yanmedik Depkes RI

Sedangkan CFR Penyakit tidak menular terbanyak selama tahun 2000 dapat dilihat pada Tabel 21 berikut.

TABEL 21
CFR PENYAKIT TIDAK MENULAR TERBANYAK
PENDERITA RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT, TAHUN 2000

No	Jenis Penyakit	%
1	Neoplasma Ganas korpus uteri	61,1
2	Perdarahan Intracarnial	54,8
3	Septisemia	40,0
4	Gagal Ginjal lainnya	30,0
5	Penyakit Radang susunan syaraf Pusat	29,5
6	Neoplasma ganas esophagus	28,8
7	Gagal Napas	26,0
8	Penyakit jantung lainnya	23,9
9	Penyakit Bacteria lainnya	23,8
10	Bronkiektasis	22,9

Sumber: Ditjen Yanmedik Depkes RI

Gambaran morbiditas yang disajikan di atas berdasar kepada data yang umumnya didapat dari sarana pelayanan kesehatan (facility based). Apabila dilihat polanya, maka dapat disajikan gambaran sebagai berikut. Gambaran ini didasarkan kepada data dari rumah sakit umum. Selain karena datanya relatif lebih lengkap, data dari rumah sakit umum juga berasal dari diagnosa yang lebih akurat karena didukung sarana penunjang medik seperti laboratorium, radiologi, dan sebagainya. Dari data pasien rawat jalan diperoleh gambaran/pola sepuluh penyakit terbanyak sebagai berikut.

TABEL 22
POLA 10 PENYAKIT TERBANYAK PADA PENDERITA RAWAT JALAN DI RSU
DI INDONESIA TAHUN 1999-2000

SP2RS 1999		SP2RS 2000	
Jenis penyakit	DTD	Jenis penyakit	DTD
1. Infeksi saluran nafas bagian atas akut lain	167	1. Diare, GE oleh penyebab infeksi tertentu	005
2. Diare, GE oleh penyebab infeksi tertentu	005	2. Infeksi saluran nafas bagian atas akut lain	167
3. Peny kulit dan jaringan sub cutan lainnya	199	3. Peny kulit dan jaringan sub cutan lainnya	199
4. Influenza	168	4. Gastritis dan duodenitis	184
5. Faringitis akut	165.0	5. Gangguan jaringan lunak lainnya	270.9
6. Penyakit Pulpa dan periapikal	181.2	6. Faringitis akut	165.0
7. Gastritis dan duodenitis	184	7. Hipertensi esensial (primer)	145
8. Tuberculosis paru lainnya	007.1	8. Penyakit Pulpa dan periapikal	181.2
9. Hipertensi esensial (primer)	145	9. Influenza	168
10. Infeksi kulit dan jaringan sub-cutan	198	10. Konjungtivitis & gangguan lainnya	131

Sumber: Bagian Program dan Informasi Ditjen Yanmedik, Depkes RI

Sedangkan dari data pasien rawat inap diperoleh gambaran/pola sepuluh penyakit terbanyak sebagai berikut.

TABEL 23
POLA 10 PENYAKIT TERBANYAK PENDERITA RAWAT INAP DI RSU
DI INDONESIA TAHUN 1999-2000

SP2RS 1999		SP2RS 2000	
Jenis penyakit	DTD	Jenis penyakit	DTD
1. Diare, GE oleh penyebab infeksi tertentu	005	1. Diare, GE oleh penyebab infeksi tertentu	005
2. Demam tifoid dan paratifoid	002	2. Demam tifoid dan paratifoid	002
3. Cedera Intrakranial	278	3. Gastritis dan duodenitis	184
4. Gastritis dan duodenitis	184	4. Demam Berdarah Dengue	032.1
5. Infeksi saluran nafas atas akut	167	5. Infeksi saluran nafas atas akut	167
6. Pneumonia	169	6. Pneumonia	169
7. Penyulit kehamilan / persalinan lain	242.9	7. Gangguan jaringan lunak lainnya	270.9
8. Tuberculosis paru lainnya	007.1	8. Malaria (includes all malaria)	043
9. Asma	176	9. Tuberculosis paru lainnya	007.1
10. Bronkhitis, emfisema, dan obstruktif lain	175	10. Hipertensi esensial (primer)	145

Sumber: Bagian Program dan Informasi Ditjen Yanmedik, Depkes RI

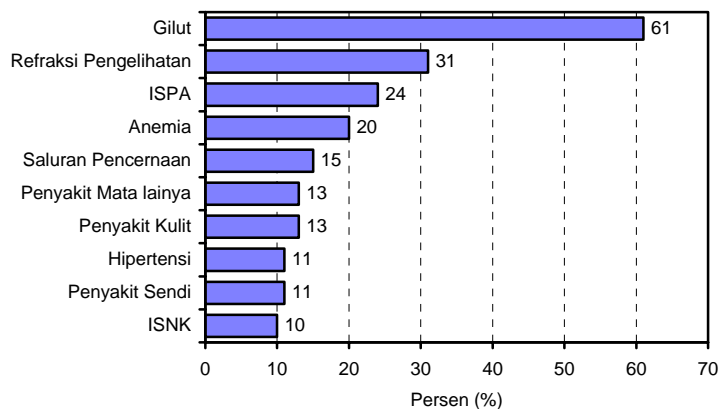
Pola penyakit rawat jalan dan rawat inap pada tahun 1999 - 2000 tidak banyak mengalami perubahan dan masih didominasi penyakit infeksi, namun beberapa penyakit tidak menular seperti hipertensi dan gangguan jaringan lunak dan lain-lain sudah mulai ada peningkatan dan masuk dalam kelompok 10 besar penyakit yang dilayani di sarana pelayanan kesehatan.

Untuk melengkapi gambaran tersebut di atas, berikut ini akan disajikan gambaran morbiditas yang didasarkan kepada data dari survei.

Melalui studi morbiditas dalam Susenas 2001 diperoleh gambaran bahwa 25,18% penduduk yang diamati mengeluhkan adanya gangguan kesehatan dalam sebulan terakhir. Gambaran keluhan sakit menurut provinsi dapat dilihat pada Lampiran 44.

Sedangkan 10 besar prevalensi penyakit yang dikeluhkan oleh masyarakat selama studi morbiditas dapat dilihat pada Gambar 16 berikut.

GAMBAR 16
PREVALENSI 10 KELOMPOK PENYAKIT TERBANYAK
DI INDONESIA, TAHUN 2001



Sumber: Studi morbiditas Susenas 2001, Badan Litbangkes; publikasi hasil Surkesnas 2001

3. Status Gizi

Status gizi seseorang sangat erat kaitannya dengan permasalahan kesehatan secara umum, karena di samping merupakan faktor predisposisi yang dapat memperparah penyakit infeksi secara langsung juga dapat menyebabkan terjadinya gangguan kesehatan individual. Bahkan status gizi janin yang masih berada dalam kandungan dan bayi yang sedang menyusui sangat dipengaruhi oleh status gizi ibu hamil atau ibu menyusui.

Berikut ini akan disajikan gambaran mengenai indikator-indikator status gizi yaitu Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah, Gizi Balita, Gizi Ibu Hamil Kurang Energi Kronis, dan Gangguan Akibat Kekurangan Yodium.

a. Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR <2500 gram)

Secara khusus kita belum pernah melakukan penelitian untuk mengetahui secara pasti angka BBLR yang terjadi di masyarakat, namun dari berbagai penelitian kesehatan lain (SDKI, SKRT, Susenas) dan beberapa pengamatan intensif telah didapatkan perkiraan angka BBLR yang ada di masyarakat.

Pada periode 1990 - 2000, proporsi BBLR diestimasikan sebesar 7% - 14%, sedangkan dari hasil pengumpulan data indikator kesehatan provinsi yang berasal dari fasilitas pelayanan kesehatan proporsi BBLR pada tahun 2000 berkisar antara 0,91% (Gorontalo) dan 18,89% (Jawa Tengah), sedangkan pada tahun 2001 berkisar antara 0,54% (Nanggroe Aceh Darussalam) dan 6,90% (Sumatera Utara). Angka tersebut belum mencerminkan kondisi sebenarnya yang ada di masyarakat, karena belum semua berat badan bayi yang dilahirkan dapat dipantau oleh petugas kesehatan, khususnya yang ditolong oleh dukun atau tenaga non kesehatan lainnya. Gambaran untuk masing-masing provinsi yang sudah mengirimkan data dimaksud dapat dilihat pada Lampiran 45.

b. Gizi Balita

Pengukuran gizi pada Balita difokuskan pada tingkat kecukupan gizinya yang diukur melalui berat badan terhadap umur (BB/U) atau berat badan terhadap tinggi badan (BB/TB).

Dari hasil Susenas 2001, persentase Balita yang bergizi baik adalah sebesar 64,14%, yang bergizi sedang 21,51%, dan sisanya 9,35% adalah Balita bergizi kurang/buruk atau yang dikenal dengan istilah Kurang Kalori Protein (KKP). Balita bergizi baik di perkotaan (72,6%) relatif lebih tinggi dibandingkan di perdesaan (66,8%). Sedangkan Balita yang bergizi kurang/buruk di perdesaan (10,3%) lebih tinggi dibandingkan di perkotaan (8,0%).

Bila dibandingkan menurut jenis kelamin, persentase Balita perempuan yang bergizi baik relatif lebih tinggi daripada Balita laki-laki. Demikian pula gizi kurang/buruk lebih tinggi pada Balita laki-laki dibandingkan Balita perempuan. Hal ini dapat dilihat pada tabel berikut ini.

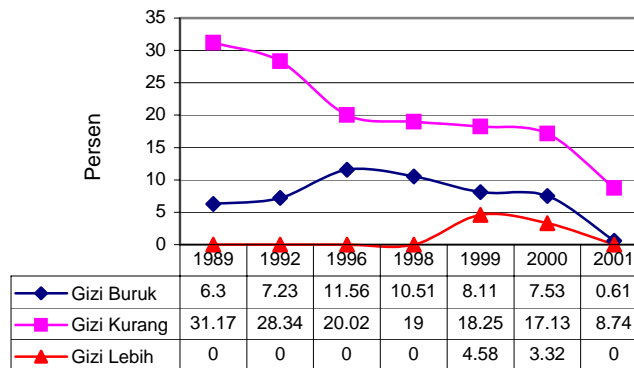
TABEL 24
PERSENTASE BALITA (0-59 BULAN)
MENURUT STATUS GIZI DAN JENIS KELAMIN
TAHUN 2001

Status Gizi	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki + Perempuan
Baik	67,49	70,94	69,14
Sedang	22,54	20,38	21,51
Kurang/Buruk	9,96	8,68	9,35

Sumber: Susenas 2001

Dari berbagai penelitian/survei yang dilakukan dalam beberapa tahun terakhir, diperoleh gambaran perkembangan status gizi Balita seperti terlihat pada Gambar 17 berikut.

GAMBAR 17
PERSENTASE BALITA
GIZI BURUK, GIZI KURANG, DAN GIZI LEBIH
TAHUN 1989 - 2001



Sumber: BPS, SUSENAS 1999-2001

Gambaran gizi Balita menurut provinsi secara lengkap dapat dilihat pada Lampiran 46. Sementara itu, dari beberapa studi/survei yang lainnya dilakukan pengukuran gizi dengan menggunakan indikator BB/TB. Pada umumnya, pengukuran BB/TB menunjukkan keadaan gizi kurang yang lebih jelas dan sensitif/peka dibandingkan prevalensi berdasarkan pengukuran berat badan menurut umur, sebagaimana disajikan pada Tabel 25 berikut.

TABEL 25
PREVALENSI WASTING (BB/TB < - 2SD), 1990-1999

	IBT, 90	Suvita, 92	SKIA, 95	SKRT, 95	Ev.JPS, 99
Total	9.7	8.6	13.4	11.6	13.7
Laki-laki	10.8	9.5	13.9	13.3	
Perempuan	8.7	7.6	12.7	10.0	
Kota			13.5		14.0
Desa			13.3		13.7

Keterangan:
 IBT – Survei Indonesia Bagian Timur
 Suvita – Survei Nasional Vitamin A
 SKIA – Survei Kesehatan Ibu dan Anak
 Ev. JPS – Evaluasi Jaring Pengaman Sosial

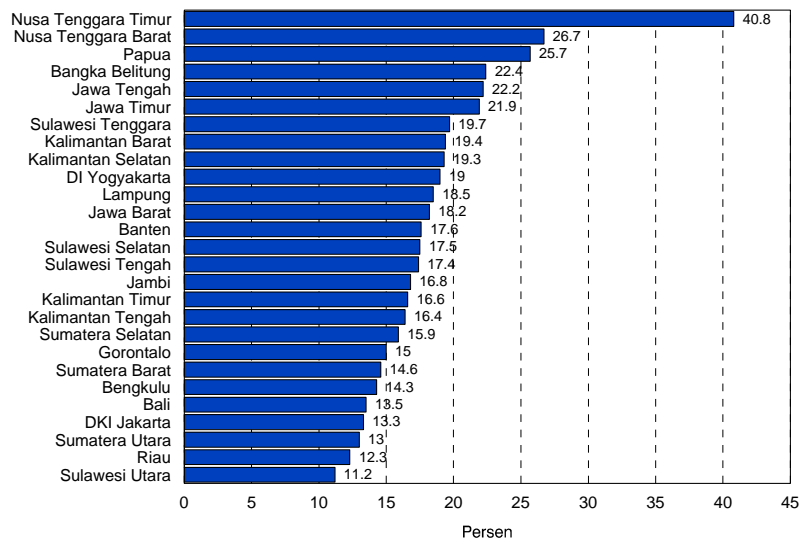
Akibat dari tingginya BBLR dan gizi kurang pada balita, berkelanjutan pada anak usia baru masuk sekolah. Indonesia telah melaksanakan pengukuran tinggi badan pada kelompok anak ini secara nasional pada tahun 1994 dan 1999. Tidak terlihat perubahan perbaikan gizi yang bermakna dari hasil pengukuran tersebut. Pada tahun 1994, prevalensi gizi kurang menurut tinggi badan anak usia 5 – 9 tahun (anak pendek) adalah 39,8%. Pengukuran yang sama dilakukan pada tahun 1999, prevalensi ini hanya berkurang 3,7%, yaitu menjadi 36,1%. Jika proporsi anak usia 5 – 9 tahun adalah 10% dari total penduduk, maka terdapat 7.616.518 anak usia 5 – 9 tahun dengan status pendek.

c. Kurang Energi Kronis (KEK)

Indikator KEK dimaksudkan untuk mengetahui status gizi wanita usia subur (WUS) 15-49 tahun dengan menggunakan standard lingkaran lengan atas (LILA) <23,5cm.

Hasil Susenas 2001 menunjukkan sebesar 21,53% WUS menderita KEK. Di perkotaan persentase WUS yang menderita KEK lebih rendah dibandingkan di perdesaan yaitu masing-masing 19,39% dan 23,36%. Persentase terbesar WUS menderita KEK di Provinsi Nusa Tenggara Timur (44,03%), Nusa Tenggara Barat (29,69%), dan Papua (27,86%). Sedangkan yang terendah di Provinsi Sulawesi Utara (12,64%), Riau (14,45%), dan Sumatera Utara (14,94%). Sebaran WUS yang menderita KEK menurut provinsi dapat diuraikan dalam Gambar 18 berikut.

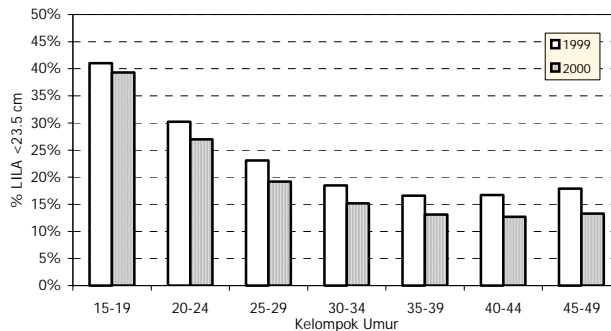
GAMBAR 18
PERSENTASE WANITA USIA SUBUR (WUS) YANG MEMPUNYAI RISIKO KEK
MENURUT PROVINSI TAHUN 2001



Pada gambar di atas bisa dilihat bahwa ada sembilan provinsi dengan angka melebihi rata-rata angka nasional (19,1%), dan di antaranya satu provinsi mempunyai risiko KEK berat (> 30%), yaitu Nusa Tenggara Timur (40,8%). Sedangkan lima provinsi mempunyai risiko KEK sedang (20 – 30%), yaitu Nusa Tenggara Barat (26,7%), Papua (25,7%), Bangka Belitung (22,4%), Jawa Tengah (22,2%), dan Jawa Timur (21,9%).

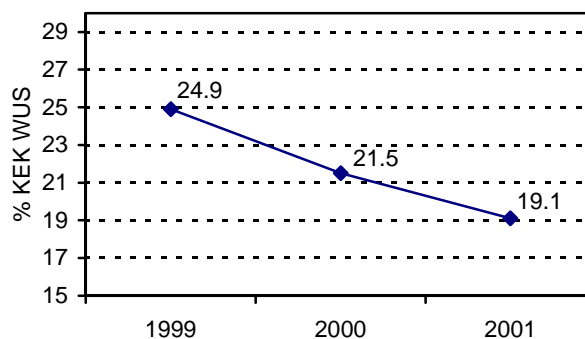
Dari hasil survei tahun 1999-2000 diperoleh gambaran KEK menurut kelompok umur, seperti terlihat dalam Gambar 19 berikut.

GAMBAR 19
PERSENTASE WANITA USIA SUBUR DENGAN LILA <23,5 CM
SUSENAS 1999-2000



Dari penelitian Susenas selama 3 tahun terakhir diperoleh gambaran KEK secara nasional seperti terlihat pada Gambar 20 berikut.

GAMBAR 20
PERSENTASE KEK PADA WANITA USIA SUBUR (15-49 TAHUN)
TAHUN 1999-2001



Sumber: Hasil SUSENAS, BPS

d. Gangguan Akibat Kekurangan Yodium

Untuk mengetahui masalah kurang yodium, telah dilakukan survei nasional tahun 1980 dan 1998. Pada tahun 1980, prevalensi gangguan akibat kurang yodium (GAKY) pada anak usia sekolah adalah 30%, prevalensi ini menurun menjadi 9,8% pada tahun 1998. Walaupun terjadi penurunan yang cukup berarti, GAKY masih dianggap masalah kesehatan masyarakat, karena secara umum prevalensi masih di atas 5%.

Hasil Susenas menunjukkan persentase rumah tangga yang mengkonsumsi garam dengan kandungan yodium cukup antara tahun 1999 sampai 2001 mengalami peningkatan yaitu dari 63,56% tahun 1999 menjadi 64,48% tahun 2000, dan 65,43% tahun 2001. Sedangkan persentase keluarga yang mengkonsumsi garam tanpa yodium pada kurun waktu yang sama adalah 18,49% tahun 1999, menurun menjadi 17,03% tahun 2000, dan meningkat kembali menjadi 17,91% tahun 2001.

e. Prevalensi Anemia Gizi

Kajian SKRT 1995 menunjukkan bahwa prevalensi anemia pada ibu hamil adalah 50,9%, pada wanita usia subur 39,5%, pada remaja putri 57,1%, dan pada Balita 40,5%.

B. KEADAAN LINGKUNGAN

Untuk menggambarkan keadaan lingkungan, akan disajikan indikator-indikator yang merupakan hasil dari upaya sektor kesehatan dan hasil dari upaya sektor-sektor lain yang sangat terkait. Indikator-indikator tersebut adalah: Persentase Keluarga Yang Memiliki Persediaan Air Minum Sehat, Persentase Keluarga Yang Memiliki Akses Terhadap Jamban Sehat, Persentase Keluarga Yang Mengelola Sampahnya Dengan Aman, Persentase Keluarga Yang Mengelola Air Limbahnya Dengan Aman, Laju Pertumbuhan Penduduk, Prevalensi Akseptor KB, Persentase Penduduk Yang Tinggal Di Perkotaan, Persentase Penduduk Miskin, Persentase Angkatan Kerja Yang Menganggur, Persentase Penduduk Yang Melek Huruf, dan Pendapatan Penduduk Per-Kapita.

1. Persediaan Air Minum Sehat

Sumber air minum dibedakan menjadi dua jenis sumber yakni sumber air minum terlindung dan tidak terlindung. Sumber air minum terlindung (jenis sarana yang dianggap memenuhi persyaratan kesehatan) adalah air kemasan, ledeng, pompa, sumur terlindung dan mata air terlindung. Susenas 2001 memberi gambaran bahwa 75% rumah tangga telah menggunakan sumber air terlindung, 83% ditemukan di Jawa-Bali diikuti Kawasan Timur Indonesia (KTI) (60%), dan Sumatera (59%). Di antara wilayah KTI, persentase penduduk yang menggunakan sumber air terlindung yang terendah adalah di Kalimantan (41,2%). Jenis sumber air terbanyak didominasi oleh sumur terlindung dan ditemukan paling banyak digunakan penduduk di Jawa-Bali. Penggunaan ledeng sebagai sumber air baru 19,5% dan paling tinggi persentasenya ditemukan di Kawasan Timur Indonesia yaitu Sulawesi dan Kalimantan.

Pemakaian ledeng paling banyak digunakan oleh keluarga di daerah perkotaan (35,9%), di perdesaan hanya 6,8%. Sedangkan pemakaian sumur terlindung ditemukan paling banyak pada keluarga di daerah perdesaan (36,3%), di perkotaan sebesar 28,0%.

Sumber air minum yang tidak terlindung adalah jenis sarana yang dianggap tidak memenuhi persyaratan kesehatan seperti sumur yang tidak terlindung, air sungai, penampungan air hujan, dan mata air tidak terlindung.

Rincian persentase keluarga menurut sumber air minum berdasar kawasan pada tahun 2001 dapat dilihat pada tabel berikut. Apabila persediaan air minum sehat adalah air kemasan, ledeng, pompa, sumur terlindung, dan mata air terlindung, maka dapat dikatakan bahwa keluarga di Indonesia yang memiliki persediaan air minum sehat baru 75%.

TABEL 26
PERSENTASE KELUARGA MENURUT SUMBER AIR MINUM
DI INDONESIA TAHUN 2001

VARIABEL	JENIS SUMBER AIR MINUM										
	Air Kemasan	Ledeng	Pompa	Sumur Terlindung	Sumur tidak Terlindung	Mata air terlindung	Mata air tidak terlindung	Air hujan	Air sungai	Lainnya	RT akses ke air bersih
Kawasan											
Sumatera	0,6	17,0	4,5	33,1	23,5	3,9	3,8	5,8	6,9	0,8	59,1
Jawa Bali	2,0	19,1	18,2	35,1	10,4	8,6	4,7	0,9	0,6	0,4	83,0
KTI	0,6	23,7	6,9	22,5	14,1	6,3	7,1	8,0	10,5	0,3	60,0
Kalimantan	0,4	24,4	7,8	7,4	14,1	1,2	2,1	17,8	24,4	0,4	41,2
Sulawesi	0,7	25,3	8,1	29,3	15,7	8,9	7,9	1,5	2,5	0,2	72,3
NTB/NTT/Papua	0,2	20,2	3,9	30,7	11,9	8,8	12,0	6,1	5,5	0,2	63,8
Daerah											
Perkotaan	3,1	35,9	20,2	28,0	7,3	2,2	0,6	1,5	0,7	0,6	89,4
Perdesaan	0,5	6,8	9,0	36,3	17,1	11,4	8,2	4,1	5,4	0,3	64,0
INDONESIA	1,5	19,5	13,9	32,7	13,4	7,4	4,9	2,9	3,4	0,4	75,0

Sumber: Badan Litbangkes, Surkesnas 2001

2. Jamban Sehat

Hampir dua pertiga penduduk Indonesia pada tahun 2001 telah menggunakan jamban leher angsa sebagai sarana pembuangan kotoran. Dibandingkan Susenas 1998 persentase ini jauh lebih tinggi. Jamban dengan jenis ini paling banyak digunakan penduduk di Jawa-Bali dan Kawasan Timur Indonesia. Di antara tiga pulau di Kawasan Timur Indonesia, jenis leher angsa paling banyak digunakan oleh penduduk di Sulawesi (66,9%), menyamai penggunaan di Jawa-Bali (66%). Sepertiga dari penduduk di pulau Sumatera masih menggunakan kakus cemplung sebagai sarana pembuangan kotoran, 10% lebih tinggi bila dibandingkan dengan angka nasional. Persentase keluarga yang menggunakan kakus leher angsa hampir dua kali lebih besar di daerah perkotaan dibandingkan dengan daerah perdesaan. Persentase keluarga yang tidak memakai kakus sebagai tempat buang air besar lima kali lebih besar digunakan keluarga di daerah perdesaan dibandingkan dengan keluarga di daerah perkotaan (lihat tabel berikut). Apabila akses terhadap jamban sehat ditinjau dari jenis jamban yang dimiliki, maka dapat dikatakan 61,8% keluarga di Indonesia sudah memiliki akses terhadap jamban sehat.

TABEL 27
PERSENTASE KELUARGA MENURUT JENIS JAMBAN
DI INDONESIA TAHUN 2001

VARIABEL	JENIS JAMBAN			
	LEHER ANGSA	PLENGSENGAN	CEMPLUNG	TIDAK PAKAI
Kawasan				
Sumatera	49,5	11,0	29,1	10,4
Jawa Bali	66,0	11,3	17,5	5,2
KTI	58,3	13,0	17,9	10,9
Kalimantan	53,5	11,4	17,6	17,5
Sulawesi	66,9	11,0	16,5	5,7
NTB/NTT/Papua	51,9	18,6	20,4	9,1
Daerah				
Perkotaan	79,1	11,8	6,6	2,5
Perdesaan	42,7	11,1	34,2	12,0
INDONESIA	61,8	11,5	19,7	7,0

Sumber: Badan Litbangkes, Surkesnas 2001

Akan tetapi, jamban sehat juga dapat dilihat dari segi pembuangan akhir tinjanya. Pemakaian tangki septik sebagai tempat pembuangan akhir tinja erat kaitannya dengan pencegahan pencemaran air tanah dan dalam kaitannya dengan pemakaian sumur sebagai sumber air bersih/minum. Di daerah perkotaan 62,9% keluarga sudah menggunakan tangki septik, sedangkan di daerah perdesaan tempat pembuangan akhir tinja sebagian besar masih menggunakan lubang tanah (30,5%) dan sungai (28,6%). Secara keseluruhan hanya 38,5% keluarga yang mempunyai tangki septik untuk pembuangan akhir tinja, 23,7% menggunakan sungai/danau, dan 23,0% menggunakan lubang tanah sebagai tempat pembuangan akhir kotoran. Apabila akses terhadap jamban sehat dikaitkan dengan pembuangan akhir tinjanya, maka dapat dikatakan baru 38,5% keluarga di Indonesia yang memiliki akses terhadap jamban sehat.

3. Air Limbah Rumah Tangga

Sarana pembuangan air limbah (SPAL) merupakan salah satu persyaratan dari rumah sehat. SPAL yang baik adalah yang tertutup, sehingga tidak mudah menjadi tempat persembunyian serangga seperti kecoak, tikus, dan sebagainya. Pada tahun 2001 hanya 25% keluarga yang memiliki SPAL yang sudah memakai saluran tertutup sebagai tempat pembuangan air limbah. Persentase keluarga dengan pembuangan air limbah menurut kawasan dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Ditinjau menurut kawasan persentase paling tinggi keluarga memiliki pembuangan air limbah dengan saluran tertutup ditemukan di Jawa-Bali (32,0%) dan terendah di KTI (8,9%). Kalimantan merupakan kawasan yang paling tidak sehat di KTI (hampir dua pertiga keluarga tidak mempunyai saluran pembuangan limbah). Di daerah perkotaan, persentase keluarga yang sudah memakai saluran pembuangan air limbah tertutup (43,3%) jauh lebih tinggi dibandingkan dengan rumah tangga di daerah perdesaan (10,9%). Kebiasaan membuang air limbah secara sembarangan masih banyak ditemukan di daerah perdesaan (42,7% tanpa saluran).

TABEL 28
PERSENTASE KELUARGA MENURUT PEMBUANGAN AIR LIMBAH
DI INDONESIA TAHUN 2001

VARIABEL	PEMBUANGAN AIR LIMBAH		
	SALURAN TERTUTUP	SALURAN TERBUKA	TANPA SALURAN
Kawasan			
Sumatera	14,6	52,9	32,5
Jawa Bali	32,0	46,1	21,9
KTI	8,9	34,5	56,6
Kalimantan	7,2	27,8	64,9
Sulawesi	9,3	47,3	43,4
NTB/NTT/Papua	10,6	23,3	66,1
Daerah			
Perkotaan	43,3	44,0	12,6
Perdesaan	10,9	46,4	42,7
INDONESIA	25,0	45,5	29,4

Sumber: Badan Litbangkes, Surkesnas 2001

4. Pembuangan Sampah

Pembakaran sampah merupakan hal yang tidak dianjurkan karena akan mempengaruhi kualitas udara setempat. Keluarga di Indonesia 44% masih mempunyai kebiasaan membakar sampah. Di Sumatera dan Kalimantan persentase keluarga yang membakar sampah paling tinggi di antara kawasan lainnya (58,6% dan 56%). Persentase keluarga menurut pembuangan sampah rumah tangganya berdasar kawasan dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Persentase keluarga yang membuang sampah diangkut petugas paling tinggi ditemukan di Jawa-Bali (21,8%). Di daerah perdesaan separuh keluarga mempunyai kebiasaan membakar sampah dan 13,7% keluarga mempunyai kebiasaan membuang sampahnya secara sembarangan. Sedangkan di daerah perkotaan keluarga membuang sampahnya lebih banyak diangkut petugas (40,1%) daripada dibakar (35,5%).

Apabila pengelolaan sampah yang baik adalah yang dibuang dengan diangkut oleh petugas, maka dapat dikatakan baru 18% keluarga di Indonesia mengelola sampah rumah tangganya dengan baik.

TABEL 29
PERSENTASE KELUARGA MENURUT PEMBUANGAN SAMPAH
DI INDONESIA TAHUN 2001

VARIABEL	PEMBUANGAN SAMPAH						
	Diangkut petugas	Ditimbun	Dibuat kompos	Dibakar	Dibuang ke kali/selokan	Dibuang sembarangan	Lainnya
Kawasan							
Sumatera	10,5	4,6	1,4	58,6	2,6	5,9	0,9
Jawa Bali	21,8	13,3	4,8	2,7	3,0	0,4	0,2
KTI	11,2	5,7	0,8	52,0	2,1	14,5	7,7
Kalimantan	12,4	5,6	0,3	56,0	7,9	9,5	10,0
Sulawesi	12,3	6,2	0,6	40,6	6,1	6,5	6,9
NTB/NTT/Papua	8,9	5,3	1,7	43,0	10,9	19,7	8,6
Daerah							
Perkotaan	40,1	7,5	1,6	35,5	5,8	3,5	5,9
Perdesaan	1,0	12,7	5,0	50,1	8,3	13,7	9,1
INDONESIA	18,0	10,5	3,5	43,8	7,2	9,3	7,7

Sumber: Badan Litbangkes, Surkesnas 2001

5. Laju Pertumbuhan Penduduk dan Prevalensi Akseptor KB

Penduduk Indonesia ternyata terus bertambah dari tahun ke tahun. Hal ini dikarenakan laju pertumbuhan penduduk Indonesia masih sangat tinggi. Selama dasawarsa 1970an laju pertumbuhan penduduk berkisar pada 2,3% setahun, dasawarsa 1980an sekitar 2% setahun, dan dasawarsa 1990an sekitar 1,5% setahun. Menurut BPS, laju pertumbuhan penduduk Indonesia pada tahun 2001 ini sebesar 1,2% setahun.

Hal ini memang erat berkaitan dengan prevalensi akseptor KB. Menurut Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional Pusat, persentase akseptor KB terhadap pasangan usia subur memang baru mencapai 52,5%.

6. Penduduk Yang Tinggal Di Perkotaan

Kemajuan suatu negara dapat pula diukur dari banyaknya daerah perdesaan yang berubah menjadi daerah perkotaan. Semakin maju suatu negara, berarti semakin banyak desa yang dibangun sehingga berubah menjadi perkotaan.

Menurut data dari Badan Pusat Statistik, baru 43,13% penduduk Indonesia dalam tahun 2001 ini tinggal di perkotaan. Yang lebih besar, yaitu 56,87% masih tinggal di perdesaan. Ini berarti bahwa sampai tahun 2001 belum banyak desa yang dibangun sehingga menjadi kota (urban).

7. Penduduk Miskin dan Pendapatan Per-Kapita

Kemiskinan merupakan salah satu masalah yang muncul dalam pembangunan bersama-sama dengan pengangguran dan kesenjangan sosial, di mana ketiganya saling terkait satu sama lain. Untuk mengukur kemiskinan pada umumnya dilakukan melalui pengukuran tingkat pendapatan. Kemiskinan dapat dibedakan dalam tiga pengertian, yaitu kemiskinan absolut, kemiskinan relatif atau kemiskinan struktural, dan kemiskinan kultural.

Seiring dengan pesatnya pembangunan ekonomi selama periode 1976 – 2001 persentase penduduk miskin di Indonesia turun sangat pesat yaitu 54,1% pada tahun 1976 menjadi 18,4% pada tahun 2001. Bersamaan dengan kenaikan harga dan penurunan pendapatan sebagai dampak krisis ekonomi, jumlah penduduk miskin diperkirakan masih 49,5 juta orang (24,2%) pada Desember 1998 atau meningkat sebesar 27 juta orang dibandingkan tahun 1996. Peningkatan sebesar 27 juta tersebut tidak sepenuhnya mencerminkan perkembangan murni, karena sebagian terjadi akibat perubahan standar yang digunakan. Peningkatan murni diperkirakan 11,5 juta (dari 38 juta menjadi 49,5 juta) meningkat 5% dibanding 1999. Selebihnya karena perubahan standar dengan standar baru jumlah penduduk miskin pada Desember 1998 di kota 17,6 juta (21,9%), desa 31,9 juta (25,7%). Gambaran jumlah dan persentase penduduk miskin tahun 1976 – 2001 disajikan pada tabel berikut ini.

TABEL 30
BATAS MISKIN, PERSENTASE, DAN JUMLAH PENDUDUK MISKIN
DI INDONESIA, TAHUN 1976 – 2001

Tahun	Batas Miskin (Rupiah/Kapita/Bulan)		Persentase Penduduk Miskin			Jumlah Penduduk Miskin (Juta Orang)		
	Perkotaan	Perdesaan	Perkotaan	Perdesaan	K + D	Perkotaan	Perdesaan	K + D
1976	4522	2849	38,8	40,4	40,1	10,0	44,2	54,2
1978	4969	2981	30,8	33,4	33,3	8,3	38,9	47,2
1980	6831	4449	29,0	28,4	28,6	9,5	32,8	42,3
1981	9777	5877	28,1	26,5	26,9	9,3	31,3	40,6
1984	13731	7746	23,1	21,2	21,6	9,3	25,7	35,0
1987	17381	10294	20,1	16,1	17,4	9,7	20,3	30,0
1990	20614	13295	16,8	14,3	15,1	9,4	17,8	27,2
1993	27905	18244	13,4	13,8	13,7	8,7	17,2	25,9
1996	38246	27413	9,7	12,3	11,3	7,2	15,3	22,5
1996 ⁽¹⁾⁽³⁾	42032	31366	13,6	19,9	17,7	9,6	24,9	34,5
1998 ⁽¹⁾⁽²⁾	96959	72780	21,9	25,7	24,2	17,6	31,9	49,5
1999 ⁽¹⁾⁽³⁾	92409	74272	19,4	26,0	23,4	15,6	32,3	48,0
1999 ⁽¹⁾⁽⁴⁾	89845	69420	15,0	20,0	18,0	12,3	24,8	37,1
2000 ⁽¹⁾⁽⁵⁾	91632	73648	14,6	22,1	19,0	12,1	25,2	37,3
2001 ⁽¹⁾⁽⁶⁾	100011	80382	9,8	25,0	18,4	8,5	28,6	37,1

Sumber: Badan Pusat Statistik, Statistik Indonesia 2001

Catatan: ⁽¹⁾ Berdasarkan standar 1998 yang disesuaikan dengan pola konsumsi tahun yang bersangkutan

⁽²⁾ Hasil Susenas Desember 1998

⁽³⁾ Hasil Susenas Februari (reguler)

⁽⁴⁾ Hasil Susenas Agustus 1999

⁽⁵⁾ Hasil estimasi Susenas 2000 tanpa Aceh dan Maluku

⁽⁶⁾ Hasil estimasi Susenas 2001 tanpa Aceh

Penduduk miskin yang sedemikian banyak berpengaruh terhadap pendapatan per-kapita, apabila sejak krisis ekonomi tahun 1997 sampai saat ini keadaan ekonomi Indonesia belum pulih. Menurut laporan Badan Pusat Statistik, pendapatan nasional per-kapita atas dasar harga berlaku meningkat dari 5,7 juta rupiah pada tahun 2000 menjadi sekitar 6,4 juta rupiah pada tahun 2001. Namun bila dilihat berdasarkan harga konstan (1993), pertumbuhan pendapatan ini menurun sebesar 1,64%.

8. Angkatan Kerja dan Tingkat Pendidikan

Di Bab II dinyatakan bahwa dari angkatan kerja yang ada di Indonesia, di tahun 2001 ini hanya 95% yang bekerja. Ini berarti terdapat 5% angkatan kerja yang menganggur.

Dari segi pendidikan, angkatan kerja yang ada pun kualitasnya masih rendah. Penduduk berumur 10 tahun ke atas yang tidak mempunyai ijazah pendidikan formal ada 23,47%, yang memiliki ijazah Sekolah Dasar / Madrasah Ibtidaiyah 27,28%, dan yang memiliki ijazah Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama / Madrasah Tsanawiyah 18,59%. Yang memiliki ijazah Sekolah Menengah Umum atau sederajat ke atas hanya 30,65%. Sedangkan dari segi kemampuan baca tulis, penduduk berumur 10 tahun ke atas yang melek huruf latin ada 88,25%.

C. KEADAAN PERILAKU MASYARAKAT

Sebagaimana dikemukakan dalam Bab III, keadaan perilaku masyarakat yang berpengaruh terhadap derajat kesehatan digambarkan melalui indikator-indikator Persentase Penduduk Usia 10 Tahun Ke Atas Yang Melakukan Olah Raga Secara Teratur, Persentase Penduduk Usia 10 Tahun Ke Atas Yang Tidak Merokok, Persentase Penduduk Yang Memanfaatkan Pelayanan Kesehatan, dan Persentase Desa Yang Memiliki UKBM.

1. Olah Raga Secara Teratur

Olahraga yang dilakukan secara proporsional dan teratur dapat membuat tubuh menjadi bugar dan sehat, sehingga mampu melakukan aktifitas dengan baik.

Hasil Susenas 2001 menyatakan bahwa secara nasional partisipasi penduduk usia 10 tahun ke atas yang berolahraga secara teratur baru mencapai 22,6%. Penduduk laki-laki yang melakukan kegiatan olahraga lebih banyak dibandingkan perempuan (27,2% berbanding 18,0%). Dilihat dari tipe daerah, persentase penduduk perkotaan yang berolahraga lebih besar daripada di perdesaan, yaitu 28,7% berbanding 18,0%.

Dilihat dari tujuan berolahraga, pada umumnya penduduk mengaku untuk menjaga kesehatan (60,3%) dan 6,2% untuk prestasi, sisanya sebesar 33,5% adalah lainnya, misalnya untuk refreshing.

Sebagian besar penduduk melakukan olahraga melalui sekolah (56,1%), atas inisiatif sendiri 24,3%, melalui perkumpulan 9,4%, olahraga di tempat kerja 5,2%, dan lainnya sebesar 4,9%. Tampaknya penduduk yang mengaku berolahraga didominasi oleh mereka yang masih bersekolah sehingga masih perlu perhatian agar penduduk yang tidak bersekolah ditingkatkan kesadarannya untuk berolahraga.

Olahraga yang dilakukan secara teratur biasanya akan memberikan hasil yang lebih optimal. Dari penduduk yang melakukan olahraga, sebesar 6,5% melakukan olahraga setiap hari (6-7 kali dalam seminggu), 11,5% dengan frekuensi 3-5 kali dalam seminggu, dan 82,0% berolahraga 1-2 kali seminggu.

2. Kebiasaan Merokok

Kebiasaan merokok di Indonesia telah merambah segala usia, mulai dari anak-anak sampai usia lanjut. Di masyarakat banyak ditemui remaja belia yang menjadi pecandu rokok, dan sulit bagi mereka terlepas dari kebiasaan merokok.

Hasil Susenas 2001 menyebutkan bahwa 27,7% penduduk berusia di atas 10 tahun menyatakan merokok dalam satu bulan terakhir. Jadi, mereka yang tidak merokok sebesar 72,3%. Jika diperhatikan prevalensi merokok menurut jenis kelamin, didapatkan perbedaan persentase merokok yang mencolok antara penduduk laki-laki (54,5%) dan perempuan (1,2%). Dalam kurun waktu 6 tahun (1995 – 2001) terdapat peningkatan sebesar 4% penduduk umur di atas 10 tahun yang merokok.

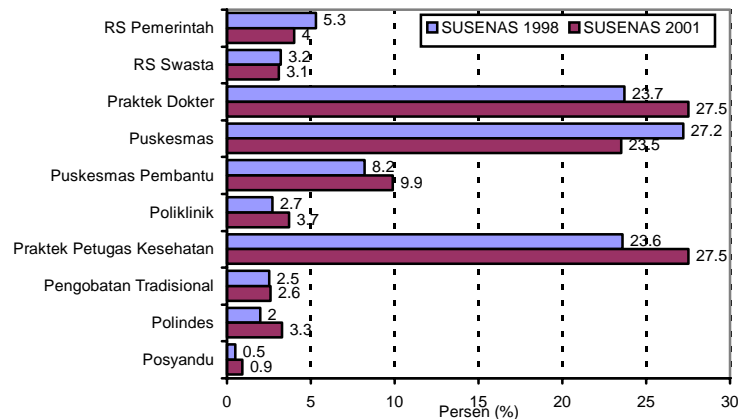
Proporsi terbesar (92,0%) dari mereka yang merokok menyatakan kebiasaannya merokok di dalam rumah ketika bersama anggota rumah tangga lainnya. Hal ini memberikan gambaran bahwa bagian terbesar dari anggota rumah tangga dapat dikategorikan sebagai perokok pasif.

Persentase penduduk perokok yang mulai merokok pada usia di bawah 20 tahun meningkat dari 60,0% (Susenas 1995) menjadi 68,0% (Susenas 2001) yang memberikan gambaran usia merokok cenderung lebih awal (muda). Sebesar 23,8% mulai merokok pada usia 20 – 24 tahun.

3. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

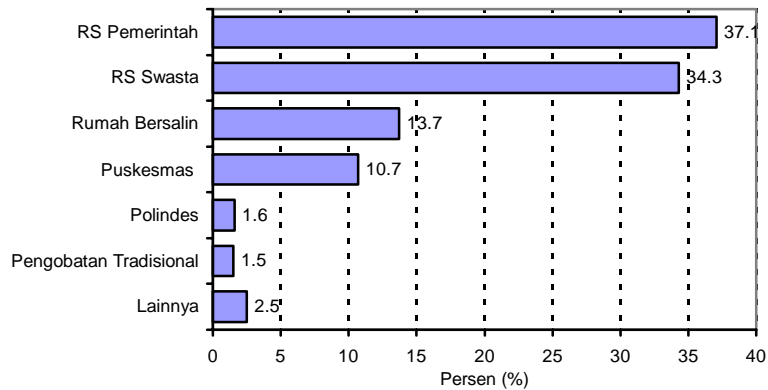
Dengan semakin terbarnya sarana pelayanan dan tenaga kesehatan, diharapkan masyarakat dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan secara benar. Berdasarkan hasil Susenas 2001, dalam satu bulan terakhir saat survei dilakukan dari masyarakat yang mengeluh sakit sebanyak 40% telah mencari pertolongan dengan rawat jalan dan sebanyak 4,3% dengan pertolongan rawat inap. Berikut ini disajikan gambaran pola pencarian pengobatan masyarakat menurut jenis sarana kesehatan yang digunakannya.

GAMBAR 21
PERSENTASE PENDUDUK YANG BEROBAT JALAN
DALAM PERIODE 1 BULAN TERAKHIR MENURUT JENIS SARANA KESEHATAN
DI INDONESIA TAHUN 1998 DAN 2001



Sumber: Hasil Susenas 1998 dan 2001, Badan Litbangkes; Publikasi hasil Surkesnas

GAMBAR 22
PERSENTASE PENDUDUK YANG PERNAH MENJALANI RAWAT INAP 1 TAHUN TERAKHIR
MENURUT JENIS SARANA PELAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA
TAHUN 2001



Sumber: Studi Morbiditas Susenas 1998 dan 2001, Badan Litbangkes; Publikasi Surkesnas 2001

Pola pencarian pelayanan kesehatan secara berobat jalan menurut wilayah (perkotaan-perdesaan) dan menurut jenis kelamin (laki-perempuan) terlihat tidak jauh berbeda. Masyarakat perkotaan yang berobat jalan sebesar 42% dan masyarakat perdesaan sebesar 39%, sementara itu penduduk laki-laki sebesar 40% dan penduduk perempuan 41%.

Mereka yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan melakukan pengobatan sendiri. Berdasarkan hasil Susenas 1998 dan 2001, masyarakat yang melakukan upaya pengobatan sendiri mengalami penurunan dari 62,2% pada tahun 1998 menjadi 56,3% pada tahun 2001. Adapun perbandingan jenis pengobatan yang dipilih masyarakat dapat dilihat pada Tabel 31 berikut.

TABEL 31
PERSENTASE PENDUDUK MENGELUHKAN KESEHATANNYA YANG MENCARI
PENGOBATAN SENDIRI DAN JENIS OBAT YANG DIGUNAKAN
DI INDONESIA TAHUN 2001

No.	Variabel	% Mengobati Sendiri	Jenis Obat yang Digunakan		
			Modern	Tradisional	Lainnya
1	Menurut pelaksanaan				
	- Susenas 1998	62,2	88,5	15,2	2,4
	- Susenas 2001	56,3	84,3	28,7	8,5
2	Menurut wilayah				
	- Perdesaan	55,8	82,8	30,2	8,9
	- Perkotaan	56,7	85,9	26,9	7,9
3	Menurut jenis kelamin				
	- Laki-laki	57,4	84,1	28,9	8,4
	- Perempuan	55,1	84,4	28,5	8,5

Sumber: Publikasi Surkesnas 2001, Badan Litbangkes Depkes RI

4. Pengembangan UKBM

Sebagai indikator peran aktif masyarakat melalui pengembangan UKBM digunakan persentase desa yang memiliki Posyandu. Karena belum tersedia data tahun 2001 tentang kepemilikan Posyandu, maka digunakan data Potensi Desa (PODES) tahun 2000.

Dari hasil PODES tahun 2000 dilaporkan desa yang memiliki Posyandu 92%. Di antara desa yang tidak memiliki Posyandu, 50% menyatakan mudah menjangkau Posyandu. Berdasarkan data tersebut secara keseluruhan 96% desa secara fisik akses ke Posyandu dengan mudah. Dari tabel berikut ini terlihat bahwa 40% Balita dilaporkan dibawa ke Posyandu dalam 1 bulan terakhir dan 28% Balita tidak pernah dibawa mengunjungi Posyandu.

Jika diperhatikan menurut kelompok umur Balita menunjukkan bahwa selama 1 bulan terakhir persentase bayi (0-11 bulan) yang dibawa ke Posyandu sebesar 53,9%. Selanjutnya persentase tersebut terlihat menurun seiring dengan meningkatnya umur, yaitu 49% untuk kelompok umur 12-23 bulan dan 32% untuk kelompok umur 24-59 bulan.

Persentase Balita yang dibawa ke Posyandu satu bulan terakhir beragam menurut kawasan/provinsi. Persentase tertinggi di Provinsi Nusa Tenggara Timur (55,7%), DI Yogyakarta (55,4%), Jawa Tengah (54,3%). Sedangkan yang terendah di Sumatera Utara (17,6%), Bangka Belitung (20,6%), dan Gorontalo (23,3). Di daerah perkotaan lebih banyak Balita yang tidak pernah dibawa ke Posyandu (30,6%) dibandingkan di daerah perdesaan (25,7%).

TABEL 32
PERSENTASE BALITA YANG DIBAWA KE POSYANDU
DI INDONESIA TAHUN 2001

Variabel	Persentase Balita Dibawa ke Posyandu			
	<1 bulan yang lalu	1-2 bulan yang lalu	>2 bulan yang lalu	Tidak pernah
Kawasan				
Sumatera	28,2	15,5	20,1	36,2
Jawa Bali	45,7	16,3	13,3	24,2
KTI	34,3	15,1	20,0	30,6
Kalimantan	27,3	13,9	20,3	38,4
Sulawesi	28,5	15,2	21,0	35,3
NTB/NTT/Papua	50,5	15,9	17,9	15,8
Daerah				
Perkotaan	40,8	14,5	14,1	30,6
Perdesaan	39,4	17,3	17,7	25,7
INDONESIA	40,0	16,1	16,2	27,7

Sumber: Publikasi Surkesnas 2001, Badan Litbangkes Depkes RI

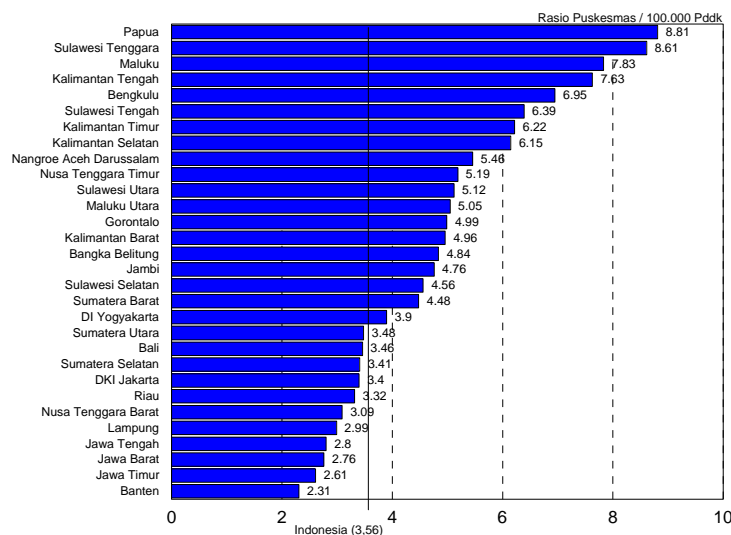
D. KEADAAN PELAYANAN KESEHATAN

Gambaran keadaan pelayanan kesehatan disajikan melalui uraian tentang indikator-indikator Rasio Puskesmas Terhadap Penduduk, Rasio Puskesmas Pembantu Terhadap Penduduk, Rasio Puskesmas Keliling Terhadap Puskesmas, Rasio Rumah Sakit Terhadap Penduduk, Rasio Tempat Tidur Terhadap Penduduk, Persentase Penduduk Yang Puas Memanfaatkan Rawat Inap, dan Persentase Penduduk Yang Tercakup Jaminan Pembiayaan Kesehatan.

1. Puskesmas, Puskesmas Pembantu, dan Puskesmas Keliling

Distribusi Puskesmas dan Puskesmas Pembantu sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan dasar telah lebih merata. Bila pada tahun 1995 jumlah Puskesmas sebanyak 7.038 buah dan Puskesmas Pembantu 20.286 buah, pada tahun 2001 jumlah Puskesmas meningkat menjadi 7.277 buah dan Puskesmas Pembantu sejumlah 21.587 buah. Dengan demikian rata-rata rasio Puskesmas terhadap 100.000 penduduk adalah 3,5 dan rasio Puskesmas Pembantu terhadap Puskesmas adalah 2,9:1. Ini berarti bahwa setiap 100.000 penduduk rata-rata dilayani oleh 3 atau 4 Puskesmas. Gambaran rasio Puskesmas per 100.000 penduduk menurut provinsi dapat dilihat pada Gambar 23 dan data secara rinci dapat dilihat pada Lampiran 60.

GAMBAR 23
RASIO PUSKESMAS PER 100.000 PENDUDUK
MENURUT PROVINSI TAHUN 2001



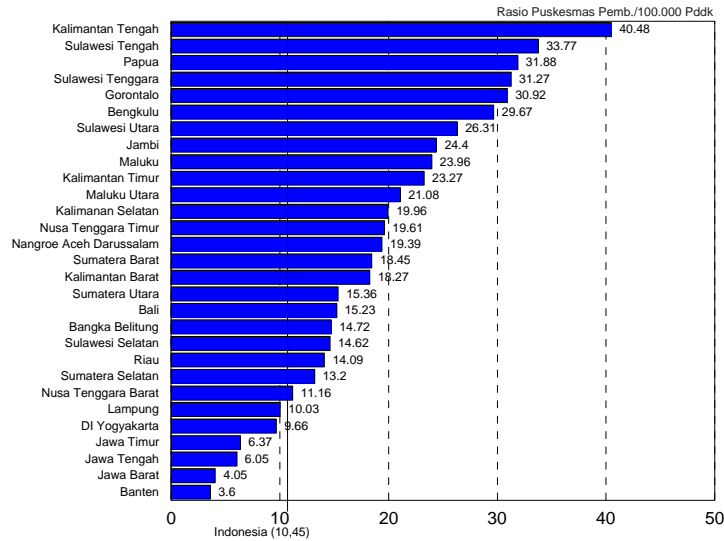
Bila dibandingkan dengan konsep wilayah kerja Puskesmas, di mana sasaran penduduk yang dilayani oleh sebuah Puskesmas rata-rata 30.000 penduduk, maka jumlah Puskesmas per 30.000 penduduk pada tahun 2001 rata-rata adalah 1,1 unit. Ini berarti bahwa secara nasional Puskesmas diharapkan sudah dapat menjangkau penduduk sasaran di wilayah kerjanya.

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan Puskesmas, sejak Repelita III sejumlah Puskesmas telah ditingkatkan fungsinya menjadi Puskesmas dengan tempat perawatan. Puskesmas Perawatan ini terutama yang berlokasi jauh dari rumah sakit, di

jalur-jalur jalan raya yang rawan kecelakaan, serta di wilayah atau pulau-pulau yang terpencil. Pada tahun 2001 jumlah Puskesmas Perawatan telah meningkat menjadi 1.818. Data selengkapnya disajikan pada Lampiran 61.

Sementara itu, jika dilihat rasio Puskesmas Pembantu per 100.000 penduduk maka secara nasional pada tahun 2001 adalah 10,5 per 100.000 penduduk. Gambaran jumlah Puskesmas Pembantu per 100.000 penduduk menurut provinsi tahun 2001 dapat dilihat pada Gambar 24 dan data selengkapnya dapat dilihat pada Lampiran 60.

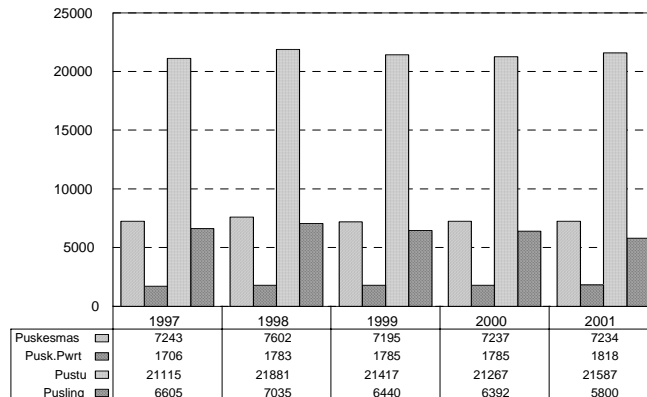
GAMBAR 24
RASIO PUSKESMAS PEMBANTU PER 100.000
PENDUDUK MENURUT PROVINSI TAHUN 2001



Sedangkan jumlah Puskesmas Keliling mengalami penurunan. Pada tahun 2001 jumlah Puskesmas Keliling di seluruh Indonesia sebesar 5.800, dengan rasio Puskesmas Keliling terhadap Puskesmas pada tahun 2001 adalah 0,8. Data selengkapnya dapat dilihat pada Lampiran 62.

Gambar 25 berikut ini menyajikan gambaran jumlah Puskesmas, Puskesmas Perawatan, Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Keliling.

GAMBAR 25
JUMLAH PUSKESMAS, PUSKESMAS PERAWATAN, PUSKESMAS PEMBANTU,
DAN PUSKESMAS KELILING, DI INDONESIA TAHUN 1997 – 2001



2. Rumah Sakit dan Tempat Tidur Rumah Sakit

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.

Perkembangan jumlah RS di Indonesia dari 1.145 pada tahun 2000 bertambah menjadi 1.179 pada tahun 2001. Sedangkan jumlah tempat tidur rumah sakit pada tahun 2001 sebanyak tempat tidur sebanyak 127.217 buah. Ini berarti bahwa Rasio Rumah Sakit Terhadap Penduduk adalah 2,8 RS per 500.000 penduduk. Sedangkan Rasio Tempat Tidur Terhadap Penduduk adalah 61 TT per 100.000 penduduk. Jumlah RSU, RS Jiwa, RS Khusus lainnya, dan tempat tidur, serta rasio TT/100.000 penduduk pada tahun 1996 - 2001 disajikan pada Tabel 33 berikut ini.

TABEL 33
JUMLAH RSU, RS JIWA, RS KHUSUS LAINNYA, DAN TEMPAT TIDUR (TT)
SERTA RASIO TT / 100.000 PENDUDUK TAHUN 1996 - 2001

Indikator	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Jumlah RS Umum	858	873	888	887	910	935
Jumlah Tempat Tidur	102.042	103.886	105.274	105.783	107.537	109.948
Rasio TT/100000 penduduk	51,48	51,65	43,79	51,66	52,86	54,64
Jumlah RS Jiwa	49	49	50	50	50	50
Jumlah Tempat Tidur	8.187	8.208	7.921	7.863	7.834	7.834
Rasio TT/100000 penduduk	4,13	4,08	3,29	3,84	3,85	3,89
Jumlah RS Khusus Lainnya	167	168	174	174	185	193
Jumlah Tempat Tidur	9.845	9.902	9.973	9.952	10.136	10.502
Rasio TT/100000 penduduk	4,97	4,92	4,14	4,86	4,98	5,22

Tabel di atas memberikan informasi bahwa perkembangan jumlah sarana rumah sakit pada tahun 1996 sampai dengan tahun 2001 cenderung meningkat. Bila dilihat menurut kepemilikannya, jumlah RS Pemerintah sebanyak 598 RS (50,7%) dan jumlah RS Non Pemerintah sebanyak 581 RS (49,3%). Dari seluruh rumah sakit tersebut, 935 RS (79,3%) merupakan RS Umum dan 244 RS (20,7%) adalah RS Khusus. Apabila dilihat distribusinya menurut provinsi, terlihat bahwa provinsi yang mempunyai rumah sakit terbanyak adalah Jawa Tengah (165 RS) dan yang paling sedikit di Provinsi Gorontalo (3 RS). Jumlah RS menurut provinsi dan pengelolanya pada tahun 2001 disajikan pada Lampiran 63.

Sementara itu perkembangan data RSU yang dikelola Depkes dan Pemda menurut kelasnya pada tahun 1991 - 2001 disajikan pada Tabel 34 berikut ini.

TABEL 34
JUMLAH RSU YANG DIKELOLA DEPKES DAN PEMDA DAN TEMPAT TIDUR
MENURUT KELAS TAHUN 1991 - 2001

KELAS RSU	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Kelas A Jumlah RS	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Tempat Tidur	3.041	3.450	3.452	3.496	3.481	3.610	3.534	3.559	3.856	3.810	3.702
Kelas B Jumlah RS	24	29	33	34	41	42	54	54	59	59	60
Tempat Tidur	12.501	13.740	15.088	15.458	17.002	17.163	20.298	20.145	21.151	20.983	21.407
Kelas C Jumlah RS	121	127	168	167	173	194	213	219	225	225	228
Tempat Tidur	20.023	19.923	22.534	22.782	22.153	23.542	22.881	23.483	23.421	23.767	24.097
Kelas D Jumlah RS	184	175	132	131	120	100	71	68	51	54	52
Tempat Tidur	11.617	10.501	6.915	7.077	6.456	5.307	3.721	3.569	3.244	2.722	2.572
Jumlah RSU	332	335	337	336	338	340	342	345	339	342	344
Tempat Tidur	47.182	47.614	47.989	48.813	49.092	49.622	50.434	50.746	50.839	51.282	51.778

Tabel di atas memberikan informasi bahwa pada periode 1991 - 2001 jumlah RSU Kelas B dan Kelas C mengalami kenaikan, sedangkan jumlah RSU Kelas D justru mengalami penurunan. Hal ini disebabkan perubahan status (kelas) RSU pada periode tersebut, baik dari kelas D menjadi kelas C maupun dari kelas C menjadi kelas B, di samping memang adanya pembangunan rumah sakit baru.

Dalam rangka mengetahui seberapa jauh upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit tercapai, telah dilakukan pengembangan sistem akreditasi rumah sakit yang dimulai sejak tahun 1996. Telah dilakukan akreditasi terhadap rumah sakit, baik yang dikelola pemerintah, swasta, BUMN, maupun TNI-POLRI. Sampai dengan Desember 2000 telah dinyatakan lulus akreditasi 5 pelayanan sebanyak 312 rumah sakit dari 1.145 rumah sakit yang ada (27,2%). Apabila dilihat dari kepemilikan, maka rumah sakit pemerintah yang telah lulus akreditasi tersebut adalah 181 dari 416 rumah sakit (44%), swasta 115 dari 550 rumah sakit (20,9%), BUMN 13 dari 68 rumah sakit yang ada (19,1%), TNI-POLRI 3 dari 111 rumah sakit yang ada (2,7%). Untuk rumah sakit swasta, yang terbanyak lulus akreditasi (5 pelayanan) adalah di wilayah DKI Jakarta, diikuti DI Yogyakarta, dan Bali.

Pada umumnya rujukan dilaksanakan dari unit pelayanan kesehatan pemerintah atau swasta ke RS Pemerintah (RSU/RSUD) yang lebih lengkap baik sumber daya manusia, fasilitas, maupun sarannya. Secara nasional rujukan dari unit pelayanan kesehatan yang kurang lengkap SDM dan fasilitas/sarana kesehatannya ke unit yang lebih lengkap melebihi 5%, sedangkan rujukan sebaliknya kurang dari 5%. Tetapi apabila dilihat per provinsi sangat bervariasi. Persentase rujukan dari bawah terbanyak adalah di Provinsi Bengkulu (19,9%), dan paling sedikit adalah di Kalimantan Selatan (1,3%). Persentase rujukan dari atas terbanyak di Provinsi Kalimantan Timur (1,7%) sedangkan yang sedikit (0,1%) adalah Sumatera Utara, Jambi, DI Yogyakarta, Jawa Timur, dan Papua.

3. Kepuasan Penduduk Yang Memanfaatkan Pelayanan Kesehatan

Di antara penduduk yang berobat jalan, hanya sebesar 33,4% yang berobat jalan ke Puskesmas dan Puskesmas Pembantu, 27,5% ke dokter praktek, 7,1% ke rumah sakit, 27,5% ke petugas kesehatan, dan 3,5% ke pengobatan tradisional/Polindes/Posyandu.

Meskipun angka rata-rata kunjungan per hari di Puskesmas pada tahun 1996 sudah cukup tinggi (108 kunjungan/Puskesmas/hari), namun saat ini tidak sedikit Puskesmas yang kunjungan rata-ratanya per hari di bawah 10 orang.

Pemanfaatan rumah sakit juga diukur dengan Bed Occupancy Rate (BOR), Length of Stay (LOS), Turn Over Interval (TOI), Bed Turn Over (BTO), Net Death Rate (NDR), dan Gross Death Rate (GDR).

Secara nasional rata-rata BOR sebesar 55%, LOS adalah 5 hari, TOI 4 hari, BTO 40 kali, NDR 18 pasien per 1.000 pasien keluar, dan GDR 37 pasien per 1.000 pasien keluar. Rincian menurut provinsi, hampir seluruh BOR, LOS, TOI, BTO, NDR, dan GDR di rumah sakit mendekati angka rata-rata nasional. Terlihat bahwa BOR tertinggi adalah untuk rumah sakit di Kalimantan Timur (sebesar 64,8%), sedangkan yang terendah di Bengkulu (sebesar 41,5%), sementara itu LOS hampir merata, TOI yang tertinggi di Bengkulu (7 hari) dan yang terendah di Lampung (3 hari).

Persentase penduduk yang akses pada pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan rawat inap pada 1 tahun terakhir secara nasional (tahun 2001) yang terbanyak pada rumah sakit pemerintah (37,94%), rumah sakit swasta (34,26%), dan rumah bersalin

atau praktek bidan (13,71%). Bila dilihat menurut provinsi, maka penduduk yang akses pada rumah sakit pemerintah untuk mendapatkan pelayanan rawat inap terbanyak di Provinsi Bengkulu (87,22%), dan pada rumah sakit swasta terbanyak di Provinsi DKI Jakarta (50,30%).

Secara nasional rata-rata persentase kunjungan rawat darurat di rumah sakit sebesar 8,55% dari jumlah kunjungan RS. Persentase rujukan ke unit darurat sebesar 9,7% dari jumlah kunjungan. Rata-rata tindak lanjut dari pasien rujukan secara nasional sebesar 42,4% dirawat, 2,5% dirujuk, 54,3% dipulangkan, dan 0,8% meninggal.

Persentase kunjungan rawat darurat terbesar di Provinsi Bali (19,1%), dan yang terendah di Sulawesi Tenggara (1,5%). Persentase rujukan terbesar di Provinsi Kalimantan Tengah (30,5%) dan yang terkecil di Sulawesi Tenggara (1,5%). Sedangkan untuk tindak lanjut pasien dirawat, persentase terbesar di Provinsi Kalimantan Tengah (71,5%), paling sedikit di Papua. Pasien dirujuk terbanyak di Provinsi Kalimantan Timur (24,2%), paling sedikit di Nusa Tenggara Barat (0,3%). Pasien dipulangkan terbanyak Papua (73,5%) dan paling sedikit Kalimantan Selatan (25,6%). Pasien mati dari pelayanan darurat terbanyak Lampung (4,8%) dan paling sedikit adalah Kalimantan Timur (0,2%).

Secara nasional rata-rata persentase rujukan persalinan normal sebesar 45,1%. Sedangkan persalinan dengan komplikasi sebesar 30,7%. Persentase persalinan dengan komplikasi tertinggi di Provinsi Jambi (44,8%), diikuti Bengkulu (44,7%), dan Sulawesi Tengah (43,1%), sedangkan yang terendah di Sulawesi Utara (9,0%). Dilihat dari jenis komplikasi, yang terbesar adalah lain-lain (54%) dan perdarahan (22,1%), diikuti eklamsi (18,1%), dan infeksi (5,8%). Persalinan dengan sectio pada pasien rujukan rata-rata sebesar 24,2%. Bila dilihat menurut provinsi maka persentase sectio terbesar di Provinsi Bali (42,6%), diikuti Kalimantan Tengah (37,6%), dan Sumatera Utara (37%). Sedangkan paling yang terendah di Maluku (5,9%).

Dari Susenas 2001 diketahui bahwa penduduk yang menggunakan pelayanan kesehatan sebagian besar menyatakan puas. Adapun gambaran tentang persebaran penduduk yang memanfaatkan rawat jalan menurut tingkat kepuasannya dapat dilihat pada Tabel 35 berikut.

TABEL 35
PERSENTASE PENDUDUK YANG MEMANFAATKAN RAWAT JALAN
MENURUT TINGKAT KEPUASANNYA, TAHUN 2001

No	Sarana Pelayanan Kesehatan	Tingkat Kepuasan Terhadap Pelayanan		
		Puas	Kurang puas	Tidak puas
1	Praktek dokter	91,7	7,3	1,0
2	Poliklinik	91,1	8,3	0,5
3	Praktek petugas kesehatan	89,3	9,9	0,8
4	RS Swasta	88,9	9,3	1,7
5	Polindes	88,8	10,5	0,7
6	Posyandu	86,4	9,5	4,1
7	Puskesmas	83,9	14,8	1,3
8	Puskesmas Pembantu	81,9	16,6	1,5
9	RS Pemerintah	80,2	18,1	1,8
10	Pengobatan tradisional	75,8	20,4	3,8

Sumber: Badan Litbangkes, Publikasi Surkesnas 2001

Sedangkan gambaran tentang persebaran penduduk yang memanfaatkan rawat inap menurut tingkat kepuasannya dapat dilihat pada Tabel 36 berikut.

TABEL 36
PERSENTASE PENDUDUK YANG MEMANFAATKAN RAWAT INAP
MENURUT TINGKAT KEPUASANNYA, TAHUN 2001

No	Sarana Pelayanan Kesehatan	Tingkat Kepuasan Terhadap Pelayanan		
		Puas	Kurang puas	Tidak puas
1	RS Bersalin	94,0	6,0	0,0
2	Puskesmas	89,4	10,6	0,0
3	RS Swasta	88,8	9,9	1,3
4	RS Pemerintah	80,2	16,8	3,0
5	Polindes	79,3	17,1	3,6
6	Tradisional	44,7	46,8	8,5
7	Lainnya	92,4	6,1	1,5

Sumber: Badan Litbangkes, Publikasi Surkesnas 2001

5. Cakupan Jaminan Pembiayaan Kesehatan

Sejak lama sudah dikembangkan berbagai cara untuk memberikan jaminan kesehatan bagi masyarakat. Pada saat ini berkembang berbagai cara pembiayaan biaya kesehatan praupaya, yaitu dana sehat, asuransi kesehatan, asuransi tenaga kerja (Astek) / jaminan sosial tenaga kerja (Jamsostek), Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM), dan asuransi jiwa lain. Untuk penduduk miskin disediakan Kartu Sehat, sehingga mereka tidak perlu membayar pelayanan kesehatan yang digunakannya (karena telah dibayar oleh pemerintah).

Namun demikian cakupan atau kepesertaan masyarakat terhadap berbagai jaminan pembiayaan kesehatan ini masih sangat rendah. Menurut data Susenas 2001, masyarakat yang tercakup jaminan pembiayaan kesehatan baru 20,2%. Bila dilihat dari jenis jaminan pembiayaannya, sebagian besar tercakup dalam Askes (7,4%), menyusul kemudian kartu sehat (6,3%), Astek/Jamsostek (2,9%), asuransi perusahaan (2,4%), JPKM (1,2%), dana sehat (0,5%), dan asuransi lain (0,4%).

TABEL 37
PERSENTASE PENDUDUK YANG TERCAKUP JAMINAN PEMBIAYAAN KESEHATAN
MENURUT JENIS JAMINAN PEMBIAYAAN KESEHATAN, TAHUN 2001

Variabel	Askes	Astek/ Jamsos tek	Perusa haan/ Kantor	Asuran si lain	Dana sehat	Kartu sehat	JPKM
Kawasan							
Sumatera	7,5	2,4	2,3	0,3	0,3	4,2	0,6
Jawa Bali	7,1	3,3	2,9	0,4	0,5	6,3	1,2
KTI	8,6	2,0	2,1	0,3	0,6	8,8	1,5
Kalimantan	7,4	3,8	3,5	0,4	0,4	3,8	0,4
Sulawesi	9,2	1,3	1,8	0,2	0,7	6,3	1,2
NTB/NTT/Papua	9,1	1,0	1,2	0,4	0,8	18,0	3,1
Daerah							
Perkotaan	12,4	5,1	4,8	0,6	0,5	3,8	0,6
Perdesaan	3,6	1,2	1,0	0,1	0,4	8,3	1,6
INDONESIA	7,4	2,9	2,6	0,4	0,5	6,3	1,2

Sumber: Publikasi Surkesnas 2001, Badan Litbangkes Depkes RI

Kepesertaan Jaminan Pembiayaan Kesehatan menurut daerah menunjukkan persentase terbesar di perkotaan adalah Askes (12,4%), menyusul Astek/Jamsostek (5,1%). Sedangkan kepesertaan Kartu Sehat dan JPKM lebih banyak di daerah pedesaan (masing-masing 8,3% dan 1,6%).

Penduduk dengan jaminan pembiayaan kesehatan dari Askes yang melebihi 10% dilaporkan di 5 provinsi yaitu di DI Yogyakarta (15,4%), Sumatera Barat (10,6%), Papua (10,5%), Sulawesi Tenggara (10,3%), dan Sulawesi Utara (10,2%). Sementara untuk Kartu Sehat yang tertinggi di NTT (22,3%), diikuti NTB (16,5%), Jawa Tengah (13,8%), Gorontalo (13,4%), Papua (12,9%), dan Lampung (10,3%).

Keragaman ketersediaan jaminan pembiayaan kesehatan terlihat pula menurut strata ekonomi masyarakat. Untuk kelompok dengan strata ekonomi tinggi tersedia jaminan pembiayaan kesehatan dari Askes, Astek/Jamsostek atau dari Perusahaan/kantor. Sebaliknya untuk kelompok dengan strata ekonomi yang rendah tersedia jaminan pembiayaan kesehatan dari Kartu Sehat dan JPKM. Namun demikian ternyata tidak demikian yang terjadi, khususnya untuk Kartu Sehat. Tabel berikut menunjukkan persebaran kepesertaan berbagai jenis jaminan pembiayaan kesehatan menurut strata ekonomi masyarakat berdasar quintile pengeluaran rumah tangga (dengan rentang 1 sampai dengan 5 atau dari yang termiskin sampai terkaya). Dari tabel tersebut terlihat bahwa Kartu Sehat banyak dimiliki juga oleh mereka yang tergolong kaya.

TABEL 38
PERSENTASE PENDUDUK YANG TERCAKUP JAMINAN PEMBIAYAAN KESEHATAN
MENURUT STRATA EKONOMI, TAHUN 2001

Jenis Jaminan	Strata (quintile)				
	1	2	3	4	5
Askes	1,8	3,3	6,1	12,3	24,0
Astek/Jamsostek	0,9	2,5	4,7	5,6	8,1
Perusahaan/kantor	0,9	1,7	3,0	4,7	8,0
Asuransi lain	0,1	0,2	0,4	0,6	2,0
Dana sehat	0,6	0,5	0,6	0,4	0,5
Kartu sehat	11,2	8,4	6,1	4,5	2,0
JPKM	2,5	1,5	1,2	0,9	0,4

Sumber: Publikasi Surkesnas 2001, Badan Litbangkes Depkes RI

Keterangan: 1 = termiskin; 2 = miskin; 3 = hampir miskin; 4 = kaya; 5 = terkaya

E. PEMBANGUNAN KESEHATAN

Untuk menggambarkan kegiatan Pembangunan Kesehatan dalam tahun 2001, disajikan uraian tentang indikator-indikator pelayanan kesehatan dan indikator-indikator manajemen kesehatan. Indikator-indikator pelayanan kesehatan terdiri atas: Persentase Ibu Hamil Yang Mendapat Pelayanan K4, Persentase Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan, Persentase Bayi Baru Lahir Yang Mendapat Kunjungan Tenaga Kesehatan, Persentase Peserta KB Aktif, Persentase Ibu Hamil Yang Mendapat Tablet Fe(3), Persentase Ibu Hamil Yang Mendapat Kapsul Yodium, Persentase Wanita Usia Subur Yang Mendapat Kapsul Yodium, Persentase Balita Yang Mendapat Kapsul Vitamin A, Persentase Bayi Yang Mendapat Imunisasi Campak, Cakupan Pengobatan TB Paru, Persentase Rumah/Bangunan Yang Bebas Jentik Nyamuk, dan Persentase Murid

SD/MI Yang Tercakup Perawatan Kesehatan Gigi. Sedangkan indikator-indikator manajemen kesehatan terdiri atas: Rasio Dokter Terhadap Penduduk, Rasio Dokter Gigi Terhadap Penduduk, Rasio Perawat Terhadap Penduduk, Rasio Bidan Terhadap Penduduk, Persentase Persediaan Obat Puskesmas Terhadap Kebutuhan, dan Persentase Anggaran Kesehatan Daerah Terhadap APBD.

1. Pelayanan Kesehatan

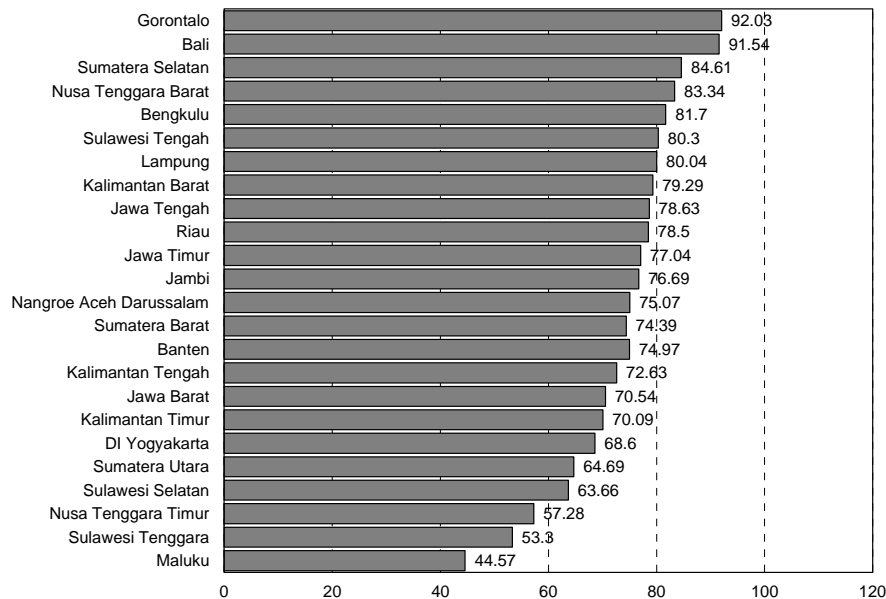
a. Pelayanan Antenatal

Cakupan pelayanan antenatal dapat dipantau melalui pelayanan kunjungan baru ibu hamil (K1) untuk melihat akses dan pelayanan kesehatan ibu hamil sesuai standar paling sedikit empat kali (K4) dengan distribusi sekali pada triwulan pertama, sekali pada triwulan dua, dan dua kali pada triwulan ketiga untuk melihat kualitas.

Cakupan K1 pada tahun 2001 secara nasional adalah 90,5%, dengan kisaran antara 57,9% (di Provinsi Maluku) dan 99,83% (di Provinsi Gorontalo). Bila dibandingkan dengan tahun 2000 (88,3%) terjadi peningkatan.

Gambar di bawah ini menunjukkan cakupan K4 menurut provinsi pada tahun 2001. Secara nasional cakupan K4 sebesar 74,25% dengan kisaran 44,57% (Provinsi Maluku dan 92,03% (Provinsi Gorontalo). Bila dibandingkan tahun 2000 yang sebesar 74,98% maka ada sedikit penurunan. Cakupan K1 dan K4 menurut provinsi pada tahun 1997 - 2001 disajikan pada Lampiran 69.

GAMBAR 26
CAKUPAN PELAYANAN ANTENATAL (K4)
DI INDONESIA TAHUN 2001

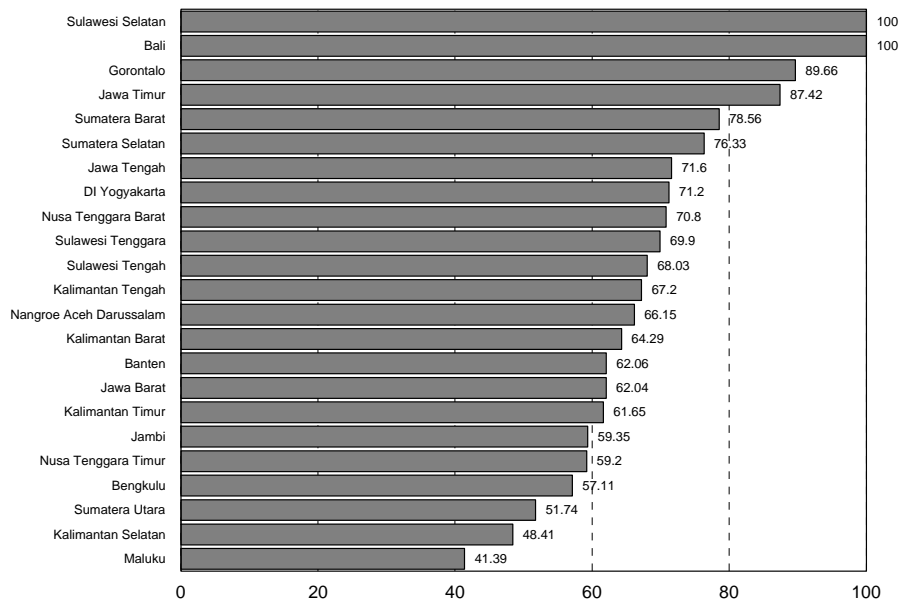


b. Pertolongan Persalinan

Tenaga yang dapat memberikan pertolongan persalinan dapat dibedakan menjadi dua, yaitu tenaga profesional (dokter spesialis kebidanan, dokter umum, bidan, pembantu bidan, dan perawat bidan) dan dukun bayi (dukun bayi terlatih dan tidak terlatih).

Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan (profesional, termasuk oleh dukun bayi terlatih yang didampingi) secara nasional pada tahun 2001 sebesar 67,69% dengan kisaran antara 41,39% (di Provinsi Maluku) dan 100% (di Provinsi Bali dan Sulawesi Selatan). Dibandingkan dengan tahun 2000 yang sebesar 74,47% terjadi penurunan (lihat Lampiran 70. Gambaran cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan disajikan pada gambar 27 berikut.

**GAMBAR 27
CAKUPAN PERSALINAN OLEH TENAGA KESEHATAN
DI INDONESIA TAHUN 2001**



Sebagai penolong pertama kelahiran, tenaga kesehatan lebih banyak dibanding tenaga non-kesehatan (58,9% dibanding 41,1%). Sebagai penolong terakhir, persentase persalinan yang ditolong tenaga kesehatan semakin besar, yaitu sebesar 64% dibanding 36% yang ditolong tenaga non-kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa dibanding sebagai penolong pertama persalinan, tenaga kesehatan ternyata lebih banyak sebagai penolong terakhir persalinan. Artinya, pada beberapa persalinan yang pada awalnya ditolong oleh tenaga non-kesehatan, pada akhirnya ditolong/dilanjutkan oleh tenaga kesehatan. Persentase penolong persalinan menurut kawasan dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

TABEL 39
PERSENTASE PENOLONG PERTAMA DAN TERAKHIR DARI KELAHIRAN ANAK
DI BAWAH UMUR 5 TAHUN MENURUT KAWASAN
DI INDONESIA TAHUN 2001

Kawasan	Penolong Pertama Kelahiran							
	Nakes				Non Nakes			
	Dokter	Bidan	Paramedis lain	Total	Dukun	Keluarga	Lainnya	Total
Sumatera	6,2	61,4	1,2	68,8	28,3	2,4	0,5	31,2
Jawa Bali	9,8	48,8	0,6	59,2	40,0	0,7	0,1	40,8
KTI	6,6	40,2	1,3	48,1	44,6	6,6	0,7	51,9
Kalimantan	6,7	50,6	1,1	58,4	37,8	3,2	0,6	41,6
Sulawesi	7,1	38,3	1,2	46,6	49,0	4,2	0,3	53,5
NTB/NTT/Papua	5,9	33,0	1,4	40,3	45,4	12,9	1,4	59,7
INDONESIA	8,4	49,7	0,8	58,9	38,5	2,3	0,3	41,1
Kawasan	Penolong Terakhir Kelahiran							
	Nakes				Non Nakes			
	Dokter	Bidan	Paramedis lain	Total	Dukun	Keluarga	Lainnya	Total
Sumatera	6,5	64,5	1,5	72,5	24,7	1,6	1,1	27,4
Jawa Bali	10,8	52,8	0,7	64,3	35,1	0,4	0,1	35,6
KTI	6,8	45,4	2,0	54,2	39,8	5,1	0,9	45,8
Kalimantan	7,5	56,2	1,6	65,3	32,1	2,2	0,3	34,6
Sulawesi	6,6	44,6	2,1	53,3	42,9	2,8	1,2	46,9
NTB/NTT/Papua	6,6	36,5	2,2	45,3	42,9	10,7	1,2	54,8
INDONESIA	9,1	53,8	1,1	64,0	33,9	1,6	0,5	36,0

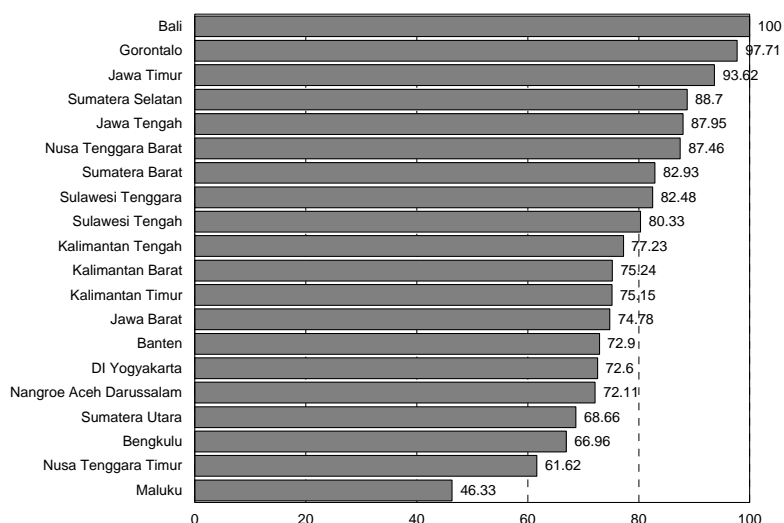
Sumber: Publikasi Surkesnas 2001, Badan Litbangkes Depkes RI

Dari kelahiran yang ditolong terakhir oleh tenaga kesehatan, persentase tertinggi ditemukan di Provinsi DKI Jakarta (96%), diikuti Bali (86%), dan DI Yogyakarta (83%). Sedangkan persentase rendah ditemukan di Nusa Tenggara Timur (38%), Sulawesi Tenggara (39%), dan Nusa Tenggara Barat (42%). Persentase penolong kelahiran oleh dukun relatif tinggi di beberapa provinsi di Kawasan Timur Indonesia, seperti Sulawesi Tenggara (59%), Gorontalo (58%), Nusa Tenggara Barat (53%). Sedangkan penolong kelahiran oleh keluarga masih relatif tinggi di Provinsi Papua (29%), Nusa Tenggara Timur (15%) dan Sulawesi Selatan (7%).

c. Pemeriksaan Bayi Baru Lahir (Neonatal)

Cakupan kunjungan neonatal (KN) adalah persentase neonatal (bayi kurang dari satu bulan) yang memperoleh pelayanan kesehatan minimal dua kali dari tenaga kesehatan, satu kali pada umur 0-7 hari dan satu kali pada umur 8-28 hari dan ini digunakan untuk melihat jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan neonatal. Cakupan neonatal pada tahun 2001 secara nasional adalah 76,26% dengan kisaran antara 46,33% (di Provinsi Maluku) dan 100% (di Provinsi Bali). Bila dibandingkan dengan cakupan tahun 2000 mengalami penurunan. Gambaran cakupan neonatal per provinsi dapat dilihat pada gambar di bawah ini.

GAMBAR 28
CAKUPAN NEONATAL DI INDONESIA TAHUN 2001



d. Pelayanan Keluarga Berencana

Hasil Susenas 2001 menyatakan bahwa pada tahun 2001 persentase peserta KB aktif, yaitu pasangan usia 15-49 tahun yang berstatus kawin dan sedang menggunakan/memakai salah satu alat kontrasepsi adalah sebesar 52,54%. Di wilayah perkotaan persentase mereka yang menggunakan alat kontrasepsi (54,6%) sedikit lebih tinggi daripada di perdesaan (51,0%). Dari mereka yang sedang menggunakan/memakai alat kontrasepsi, sebagian besar (47,36%) menggunakan alat/cara KB suntik, 25,99% menggunakan pil KB, 11,31% menggunakan AKDR/IUD, dan sisanya 15,34% menggunakan alat/cara KB MOW, MOP, susuk, kondom, dan lainnya. Rincian persentase alat kontrasepsi yang digunakan di perkotaan dan perdesaan dapat dilihat pada tabel berikut ini.

TABEL 40
PERSENTASE PASANGAN USIA SUBUR YANG SEDANG BER-KB
(PESERTA KB AKTIF) MENURUT ALAT KONTRASEPSI DI INDONESIA TAHUN 2001

Alat/Cara KB	Perkotaan	Perdesaan	Perkotaan + Perdesaan
Suntik	47,86	46,98	47,36
Pil KB	25,23	26,57	25,99
AKDR/IUD	14,11	9,14	11,31
Susuk KB	4,90	11,92	8,86
MOW	4,66	3,24	3,86
MOP	0,80	0,65	0,72
Kondom	0,67	0,18	0,39
Alat/Cara Tradisional	1,57	1,27	1,40
Lainnya	0,20	0,06	0,12

Sumber: Susenas 2001

Untuk meningkatkan jumlah peserta KB aktif, terus diupayakan penambahan peserta KB baru. Pada tabel berikut tampak adanya peningkatan persentase penggunaan alat kontrasepsi suntik dari 56,4% pada tahun 2000 menjadi 57,42% pada tahun 2001 dan peningkatan persentase penggunaan implant dari 3,2% pada tahun 2000 menjadi 5,51%

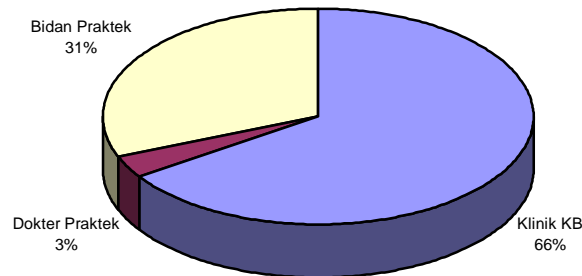
pada tahun 2001 serta terjadi penurunan penggunaan pil dari 32,6% pada tahun 2000 menjadi 27,17% pada tahun 2001. Untuk mengetahui pola penggunaan alat kontrasepsi peserta KB baru menurut provinsi tahun 2001 dapat dilihat pada Lampiran 72.

TABEL 41
PERSENTASE POLA PENGGUNAAN ALAT KONTRASEPSI
AKSEPTOR KB BARU DI INDONESIA TAHUN 2000 DAN 2001

Pola Penggunaan Alat Kontrasepsi	2000		2001	
	%	Kisaran menurut provinsi	%	Kisaran menurut provinsi
IUD	6	1 - 30,2	6,87	0,83 - 27,57
Pil	32,6	14 - 55,5	27,17	9,13 - 57,19
Kondom	0,8	0,1 - 8,8	1,00	0,13 - 3,26
MOP	-	-	0,3	0,0 - 0,94
MOW	-	-	1,51	0,01 - 4,14
Suntik	56,4	41,3 - 68,1	57,42	36,21 - 69,95
Implant	3,2	0,2 - 8,7	5,51	1,4 - 10,96
OV	0,1	0 - 0,4	0,22	0 - 7,09

Ternyata dalam tahun 2001, peserta KB baru banyak diperoleh di Klinik KB (66%). Baru kemudian menyusul Bidan Praktek (31%), dan Dokter Praktek (3%).

GAMBAR 29
PROPORSI PESERTA KB BARU MENURUT TEMPAT PELAYANAN
DI INDONESIA TAHUN 2001



Bila dibandingkan, Klinik KB yang banyak digunakan oleh peserta KB baru adalah Klinik KB Pemerintah yaitu sebesar 86,49%, sementara peserta KB baru yang menggunakan Klinik KB Swasta hanya sebesar 13,51%.

Cakupan peserta KB baru dengan MKJP (metoda kontrasepsi jangka panjang) terhadap PPM (perkiraan permintaan masyarakat) terbesar adalah metoda kontrasepsi MOP (231,41%) dan MOW (128,91%) dan yang terkecil adalah metoda kontrasepsi IUD (44,57%). Apabila dilihat dari persentase peserta KB baru dengan MKJP secara keseluruhan terhadap PPM seluruhnya adalah sebesar 54,37%. Untuk mengetahui cakupan peserta KB baru dengan MKJP menurut provinsi tahun 2001 dapat dilihat pada Lampiran 73.

e. Pelayanan Gizi

Dalam rangka penanggulangan masalah gizi (anemia gizi, GAKY, dan kurang vitamin A) telah dilakukan upaya distribusi obat program melalui kegiatan di setiap posyandu. Cakupan distribusi tablet tambah darah ibu hamil tahun 2001 (Fe1: 67,49%

dan Fe3: 63,08%), dan cakupan distribusi kapsul yodium (ibu hamil: 37,90%, ibu nifas:39,62%, dan WUS lainnya: 36,23%). Sedangkan cakupan distribusi kapsul vitamin A (pada bayi: 51,32% dan pada ibu nifas: 51,65%). Secara rinci dapat dilihat pada Lampiran 75 sampai dengan Lampiran 77.

f. Imunisasi

Dalam kondisi yang sangat tidak kondusif, di beberapa wilayah dengan kondisi ekonomi dan keamanan yang kurang menguntungkan, kegiatan rutin program imunisasi juga terganggu. Hal ini diatasi dengan melakukan beberapa kegiatan antara lain *crash program* Campak dan Pekan Imunisasi Sub Nasional yang lebih dikenal dengan Sub PIN. Selain itu di daerah kumuh perkotaan juga mendapat perhatian mengingat daerah tersebut merupakan daerah rawan gizi dan rawan terhadap kejadian luar biasa (KLB) Campak.

Sementara itu kegiatan rutin diusahakan tetap berjalan seperti biasa dan di daerah yang tidak mencapai *universal child immunization* (UCI) dilakukan *sweeping* desa non UCI dan daerah yang merupakan risiko tinggi/kantong campak dilakukan *crash program* Campak. Akselerasi program dalam rangka eliminasi Tetanus Neonatorum diselenggarakan dengan melakukan imunisasi *Tetanus Toxoid* (TT) pada wanita usia subur (WUS) terutama untuk wilayah risiko tinggi serta melanjutkan imunisasi TT pada WUS di wilayah yang pernah melakukan kegiatan akselerasi ini sebelumnya.

Dalam rangka meningkatkan kualitas program, antara lain dengan meningkatkan pelayanan dalam hal *safe injection* maka di beberapa kabupaten di 6 provinsi wilayah proyek ICDC yaitu Sumatera Selatan, Jawa Barat, Jawa Tengah, Sulawesi Tengah, Nusa Tenggara Timur, dan Kalimantan Selatan, serta 3 provinsi lainnya yaitu Jawa Timur, DI. Yogyakarta, dan Nusa Tenggara Barat telah dilakukan pemberian imunisasi Hepatitis B pada bayi yang berumur 0-7 hari dengan menggunakan *uniject* HB. Selain itu di Kabupaten Kendari dan Buton, Sulawesi Tenggara juga dilakukan kegiatan serupa.

Perkiraan jumlah bayi yang menjadi sasaran imunisasi pada tahun 2001 tercatat sebanyak 4.730.457 bayi. Cakupan imunisasi BCG dan DPT-1 masing-masing sebesar 96,3% dan 97,0%. Beberapa provinsi dengan cakupan DPT-1 melebihi 100% adalah Sulawesi Utara (112,9%), Gorontalo (111,3%), DI Yogyakarta (109,1%), Bali (108,3%), Banten (105%), DKI Jakarta (104%), Jawa Timur (103%), Bengkulu (100,5%), dan Jawa Tengah (100,2%). Sedangkan yang cakupannya masih di bawah 80% adalah Kalimantan Timur (60,3%), Maluku (69,7%), Papua (77,1%) dan Maluku Utara (78,3%).

Cakupan imunisasi campak secara nasional sebesar 87,3% dengan kisaran antara 54,2% (di Kalimantan Timur) dan 106,7% (di Sulawesi Utara). Beberapa provinsi dengan cakupan melebihi 100%, selain Sulawesi Utara adalah DKI Jakarta (103,4%), DI Yogyakarta (103,3%), Gorontalo (102,6%), dan Banten (100,1%). Sedangkan yang cakupannya masih di bawah 80%, selain Kalimantan Timur adalah Papua (62,2%), Maluku Utara (66,2%), Maluku (68,2%), Jawa Timur (71,8%), dan Nanggroe Aceh Darussalam (72,1%). Sementara itu angka *drop out* cakupan imunisasi DPT1-Campak pada bayi secara nasional sebesar 10,1%. Provinsi dengan angka *drop out* terendah adalah DKI Jakarta (0,6%), Maluku (2,1%), dan Nusa Tenggara Barat (2,9%). Sedangkan provinsi dengan angka *drop out* tertinggi adalah Jawa Timur (30,3%), Papua (19,3%), dan Nanggroe Aceh Darussalam serta Maluku Utara (15,6%). Rincian cakupan imunisasi dasar pada bayi per provinsi pada tahun 2001 dapat dilihat pada Lampiran 78. Sedangkan angka *drop out* (DPT1-Campak) pada tahun 1996 - 2001 dapat dilihat pada Lampiran 79.

Imunisasi Hepatitis B (HB1, HB2, dan HB3) diberikan juga kepada bayi (beberapa provinsi melaksanakan imunisasi HB1 pada bayi umur 0 - 7 hari). Cakupan imunisasi HB1 pada tahun 2001 secara nasional sebesar 74,6%. Sebanyak 3 provinsi dengan cakupan di atas 100%, yaitu Provinsi DI Yogyakarta (122,9%), Bali (113,0%), dan DKI Jakarta (103,2%), dan. Sedangkan yang terendah adalah di Jawa Barat (56,6%), Kalimantan Timur (57,8%), dan Riau (59,5%). Secara nasional cakupan imunisasi HB3 sebesar 66,7%, dengan cakupan tertinggi di Provinsi DI Yogyakarta (105,0%) dan DKI Jakarta (100%). Sedangkan yang terendah adalah di Maluku Utara (42,6%) dan Papua (47,1%). Rincian cakupan imunisasi Hepatitis B pada bayi per provinsi dapat dilihat pada Lampiran 80.

Perkiraan jumlah ibu hamil yang menjadi sasaran imunisasi TT pada tahun 2001 tercatat sebanyak 4.894.952 ibu hamil. Cakupan imunisasi TT1 dan TT2 secara nasional (laporan dari 28 provinsi, kecuali DKI Jakarta dan Maluku Utara) masing-masing sebesar 78,5% dan 71,6%. Provinsi dengan cakupan tertinggi untuk TT1 adalah Bangka Belitung (94,5%), Nusa Tenggara Barat (91,8%), dan Banten (89,3%). Sedangkan yang terendah adalah Kalimantan Timur (42,0%), Papua (47,7%), dan Sulawesi Tenggara (48,8%). Cakupan tertinggi untuk TT2 adalah di Provinsi Bangka Belitung (89,6%), Nusa Tenggara Barat (86,3%), dan Banten (82,8%). Sedangkan yang terendah adalah Papua (38,2%), Kalimantan Timur (38,5%), dan Nanggroe Aceh Darussalam (45,6%). Data menurut provinsi dapat dilihat pada Lampiran 81.

g. Pemberantasan Penyakit

Untuk memerangi penyakit TBC, Pemerintah Indonesia telah menyatakan komitmennya untuk memutuskan rantai penularan penyakit TBC melalui pengobatan penderita. Untuk mendukung komitmen tersebut, ditetapkan target pengobatan penderita tuberkulosis yang ingin dicapai pada tahun 2005 adalah mencapai penemuan kasus ($CDR=Case\ Detection\ Rate$) di atas 70%, dengan angka kesembuhan (*cure rate*) di atas 85% serta meningkatkan mutu pelayanan dengan angka kesalahan pemeriksaan laboratorium di bawah 5%. Sampai dengan tahun 2001, pengembangan Program Penanggulangan Penyakit TBC dengan strategi DOTS (Directly Observed Treatment Short Course Chemotherapy) telah dilaksanakan di 360 kabupaten/kota (100%) dari kabupaten/kota yang ada, di 6.994 Puskesmas (97%) dari seluruh Puskesmas yang ada.

Hasil yang dicapai selama 3 tahun terakhir untuk penemuan dan pengobatan penderita ada kecenderungan menurun, seperti terlihat pada tabel berikut ini.

TABEL 42
HASIL PENGOBATAN PENDERITA TBC, TAHUN 1999 – 2001

URAIAN	1999	2000	2001
Target	264.275	269.668	273.631
Penderita BTA Positif Diobati	46.584	54.816	56.673
Persentase	18%	20,3%	20,7%
Penderita BTA Neg Ro Pos dan lain-lain	22.651	29.775	36.365
Total Penderita	69.235	84.591	93.038

Sumber: Ditjen PPM-PL Depkes RI

Melihat tabel di atas, dapat diketahui bahwa cakupan pengobatan penderita TBC baru mencapai 60,9%.

Upaya pemberantasan penyakit malaria dilakukan melalui: (1) penemuan dan pengobatan penderita yaitu penemuan penderita secara aktif (ACD = *active case detection*) oleh petugas lapangan juru malaria desa (JMD) dan penemuan secara pasif (PCD = *passive case detection*) melalui unit pelayanan kesehatan yang kemudian diberi pengobatan cepat dan tepat, dan (2) peningkatan sistem kewaspadaan dini KLB, tatalaksana kasus, pemberantasan vektor yang dilakukan dengan penyemprotan rumah dengan insektisida, pemakaian kelambu yang dicelup dengan insektisida, penebaran ikan pemakan jentik nyamuk, pemberantasan jentik nyamuk dengan larvaciding, dan pengelolaan lingkungan.

Sesuai dengan “Gerakan Berantas Kembali Malaria atau GEBRAK MALARIA” yang dicanangkan Menteri Kesehatan tanggal 8 April 2000 di Kupang, Nusa Tenggara Timur, maka dilakukan intensifikasi kegiatan pemberantasan malaria di 6 provinsi (Jawa Barat, Jawa Tengah, Sumatera Selatan, Kalimantan Selatan, Sulawesi Tengah, dan Nusa Tenggara Timur) yang meliputi 16 kabupaten serta intensifikasi pemberantasan di daerah Bukit Menoreh (Jawa Tengah) yang meliputi 3 kabupaten. Dalam intensifikasi kegiatan tersebut, diharapkan dapat dilakukan upaya pemberdayaan masyarakat untuk hidup sehat dan melindungi diri dari penularan malaria serta menggalang kemitraan dalam pemberantasan 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 kawat kasa di rumah, pemakaian obat gosok penolak nyamuk (*repellent*), pemakaian baju tebal dan (3) pencegahan terjadinya sarang nyamuk malaria melalui pembersihan lumut di lagun, menghindari penebangan bakau yang tidak terencana, pencegahan terbentuknya genangan air, memelihara ikan pemakan jentik di genangan air serta pencegahan terbentuknya sarang jentik.

Melalui Sistem Surveilans Terpadu (SST), pada tahun 2000 dilaporkan sebanyak 165.639 penderita Malaria Falsiparum yang rawat jalan di Rumah Sakit dan Puskesmas dan 3.031 penderita rawat inap di Rumah Sakit dengan 17 kematian (CFR : 5,6 per 1.000 penderita). Pada tahun yang sama dilaporkan sebanyak 43.209 penderita Malaria Vivax yang rawat jalan di Rumah Sakit dan Puskesmas dan 1.174 penderita rawat inap di Rumah Sakit dengan 11 kematian (CFR : 9,4 per 1.000 penderita). Jumlah penderita Malaria Mix yang dilaporkan rawat jalan di Rumah Sakit dan Puskesmas sebanyak 6.183 dan yang rawat inap di Rumah Sakit sebanyak 76 penderita dengan 4 penderita (CFR : 52,6%). Untuk penderita Malaria Klinis, pada tahun 2000 dilaporkan sebanyak 1.104.981 penderita kasus rawat jalan (sebanyak 30.179 penderita rawat jalan di Rumah Sakit dan 1.074.802 penderita di Puskesmas). Sedangkan yang rawat inap di Rumah Sakit sebanyak 5.653 penderita dengan 62 kematian (CFR : 10,9 per 1.000 penderita). Pada umumnya penderita malaria ditemukan pada daerah-daerah terpencil dan sebagian besar penderitanya dari golongan ekonomi lemah. Dalam empat tahun terakhir ini, angka kesakitan (*annual parasite incidence/API*) untuk Jawa-Bali cenderung meningkat dari 0,31 per 1.000 penduduk pada tahun 1998 menjadi 0,52 pada tahun 1999, meningkat lagi menjadi 0,81 pada tahun 2000, dan sedikit menurun menjadi 0,62 per 1.000 penduduk pada tahun 2001. Angka kesakitan malaria di daerah Luar Jawa-Bali juga terjadi

kecenderungan meningkat. Angka penderita klinis malaria (annual malaria incidence/AMI) meningkat dari 21,97 per 1.000 penduduk pada tahun 1998 menjadi 24,97 pada tahun 1999 dan 31,09 pada tahun 2000, serta sedikit menurun menjadi 26,2 penderita per 1.000 penduduk pada tahun 2001.

Metode yang tepat guna untuk pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah melalui (1) pemberantasan sarang nyamuk 3M (menguras, menutup, dan mengubur) dan (2) menurunkan angka kematian DBD melalui tatalaksana kasus DBD yang benar.

Angka bebas jentik (ABJ) pada tahun 1998 adalah 83,71% dan pada tahun 1999 menjadi 83,74%. Sedangkan ABJ yang diharapkan dapat membatasi penyebaran DBD adalah $\geq 95\%$. Sementara itu untuk dapat melakukan tatalaksana kasus yang tepat dan benar dilakukan melalui pelatihan dokter rumah sakit dan Puskesmas.

Melalui Sistem Surveilans Terpadu (SST), pada tahun 2000 dilaporkan sebanyak 30.174 penderita DBD yang dirawat jalan (sebanyak 18.622 penderita rawat jalan di rumah sakit dan 11.552 penderita di Puskesmas). Sedangkan yang rawat inap di rumah sakit sebanyak 28.538 penderita dengan 231 kematian (CFR : 8,1 per 1.000 penderita).

Tatalaksana penderita diare di daerah sentinel maupun non sentinel pada umumnya masih menggunakan antibiotika dan obat-obatan lain. Di Puskesmas non sentinel pemberian oralit lebih tinggi daripada di daerah sentinel dan pemberian antibiotika, antidiare, dan obat lainnya proporsinya lebih kecil. Hasil pemantauan penderita diare dapat dilihat pada tabel berikut.

TABEL 43
HASIL TATALAKSANA PENDERITA DIARE DI PUSKESMAS SENTINEL (15 PUSKESMAS)
DAN PUSKESMAS NON SENTINEL (24 PUSKESMAS)
TAHUN 2000

Kualitas Tatalaksana	Puskesmas Sentinel (%)	Puskesmas Non Sentinel (%)
Angka penggunaan oralit	72,9	83,5
Angka penggunaan antibiotika	70,2	51,3
Angka penggunaan antidiare	17,1	7,8
Angka penggunaan obat lain	92,3	76,1

Sumber: Ditjen PPM-PL Depkes RI

Dalam rangka mencegah kematian akibat diare, upaya yang dilakukan adalah melalui pemantauan tatalaksana pada penemuan dan pengobatan penderita diare serta manajemen terpadu balita sakit (MTBS). Berikut ini gambaran penatalaksanaan penderita diare sebelum dan sesudah MTBS.

TABEL 44
PERUBAHAN TATALAKSANA PENDERITA DIARE MELALUI
PENDEKATAN MTBS (20 PUSKESMAS) TAHUN 2000

Kualitas Tatalaksana	Sebelum MTBS (%)	Sesudah MTBS (%)
Angka penggunaan oralit	71,2	87,6
Angka penggunaan antibiotika	57,6	32
Angka penggunaan antidiare	8,2	1,2
Angka penggunaan obat lain	71,2	24,8

Sumber: Ditjen PPM-PL Depkes RI

Kualitas tatalaksana penderita diare pada Puskesmas yang melaksanakan MTBS telah ada perubahan tatalaksana dia re ke arah yang lebih standar.

Upaya pemberantasan filariasis telah dilakukan sejak tahun 1975, namun karena luasnya daerah yang endemis dan terbatasnya dana dan sarana, maka tidak banyak yang dapat dilakukan untuk mengurangi kesakitan dan kecacatan akibat penyakit tersebut. Pada tahun 2000, WHO telah menetapkan kesepakatan global untuk mengeliminasi penyakit Kaki Gajah secara bertahap sampai tahun 2020. Mulai tahun 2002 telah disepakati untuk melaksanakan program eliminasi di 5 kabupaten percontohan yaitu Kabupaten Tanjung Jabung Timur (Jambi), Musi Banyuasin (Sumatera Selatan), Pasir (Kalimantan Timur), Buton (Sumatera Utara), dan Alor (Nusa Tenggara Timur).

h. Pelayanan Kesehatan Gigi

Hasil analisis cakupan perawatan gigi pada murid SD kelas selektif tahun 2000, dari 25 provinsi yang melapor (kecuali Jawa Tengah) menunjukkan angka rata-rata nasional 55,79%, keadaan ini tidak banyak berbeda dengan tahun 1999 (55,11%). Cakupan menurut provinsi, 3 provinsi telah memenuhi bahkan melebihi target nasional (80%), yaitu provinsi DKI Jakarta (99,05%), Nusa Tenggara Timur (94,28%) dan Kalimantan Tengah (80,89%). Bila dikaitkan dengan sumber data ketenagaan dokter gigi, sebagai salah satu faktor pendukung kondisi ini adalah sudah mencukupinya jumlah tenaga dokter gigi di provinsi tersebut. Sedangkan provinsi yang masih jauh dari target adalah Kalimantan Barat (11,95%), Sumatera Utara (29,86%), Sulawesi Selatan (37,80%), dan Maluku (38,46%).

Gambaran pemanfaatan pelayanan Balai Pengobatan Gigi (BPG) di Puskesmas dapat dilihat berdasarkan rata-rata jumlah kunjungan masyarakat yang berobat gigi ke Puskesmas per hari. Hasil analisis dari 26 provinsi yang melaporkan pada tahun 2000 menunjukkan rata-rata nasional kunjungan rawat jalan gigi di BPG Puskesmas belum ada peningkatan yaitu masih tetap 5 orang per hari. Kunjungan rawat jalan gigi ke Puskesmas terendah adalah Provinsi Papua (0,29 orang per hari), Sulawesi Selatan (0,85 orang per hari), dan Maluku (0,97 orang per hari), dan baru 3 provinsi yang telah memenuhi/melebihi target nasional (9 orang per hari), yaitu Provinsi Kalimantan Timur (21 orang/hari), Bali (11 orang/hari), dan DKI Jakarta (9 orang/hari). Data secara rinci disajikan pada Lampiran 82.

Rendahnya pemanfaatan BPG Puskesmas di provinsi tampaknya ada kontradiksi dengan data yang bersumber dari SKRT 1995 yang menyatakan masih tingginya prevalensi penyakit gigi (karies aktif) yaitu sebesar 63%, maka perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang faktor penyebabnya.

Upaya mempertahankan gigi tetap pada masyarakat dapat diukur dengan rasio tambal dibandingkan cabut. Indikator ini berhubungan dengan efektifitas upaya promotif-preventif yang dilaksanakan. Efektifitas upaya mempertahankan gigi dari masyarakat yang datang berobat ke Puskesmas rata-rata nasional adalah 1 : 2,7, keadaan ini masih di bawah target nasional yang diharapkan yaitu tambal : cabut adalah 1 : 1. Rasio tambal dan cabut dari 26 provinsi yang melapor menunjukkan dua provinsi hampir memenuhi target nasional yaitu provinsi Bali (1 : 1,3) dan DKI Jakarta (1 : 1,4). Sedangkan provinsi yang masih jauh dari target nasional yaitu Lampung (1 : 17,5), Kalimantan Barat (1 : 13), Sulawesi Utara (1 : 9,5), dan Maluku (1 : 9,2). Rincian per provinsi dapat dilihat pada Lampiran 83.

Untuk mengetahui pengembangan pelayanan spesialisik gigi dan mulut di setiap tingkat kelas RSUD dan Pemda, dapat dinilai dengan indikator persentase pelayanan spesialisik yaitu jumlah kegiatan pelayanan spesialisik dibagi dengan total kegiatan pelayanan kesehatan gigi (pelayanan dasar dan pelayanan spesialisik) dikalikan 100%.

Jenis kegiatan pelayanan spesialisik yang dapat dianalisis dari data yang bersumber dari SPRS (Sistem Pelaporan Rumah Sakit) keadaan tahun 2000, masih terbatas pada 3 bidang besar spesialisik yaitu bedah mulut, orthodonti dan prosthodonti, sedangkan spesialisik lainnya belum bisa dipantau karena terbatasnya variabel data kesehatan gigi dan mulut dalam SPRS. Ini menyebabkan kecilnya persentase pelayanan spesialisik gigi dan mulut di RSUD.

Hasil analisis persentase pelayanan spesialisik di RSUD kelas A menunjukkan bahwa ada 2 RSUD yang telah melebihi target nasional (sebesar 10%), yaitu RSUD Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta (18,08%) dan RSUD Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar (10,51%). Sedangkan RSUD H. Adam Malik Medan masih jauh dari target yaitu hanya 1,11% dan RSUD Dr. Sutomo Surabaya tidak menunjukkan adanya kegiatan pelayanan spesialisik gigi dan mulut. Rata-rata pelayanan spesialisik gigi yang paling menonjol berturut-turut adalah orthodonti (44,07%), bedah mulut (41,83%), kemudian prosthodonti (14,10%).

Dari 59 RSUD kelas B, ada 11 RSUD (18,64%) yang tidak menunjukkan adanya pelayanan spesialisik gigi dan mulut. Hasil analisis persentase pelayanan spesialisik dari 48 RSUD menunjukkan 26 RSUD (44,01%) telah melebihi target nasional (sebesar 2,8%), dengan rata-rata pelayanan spesialisik gigi yang paling menonjol adalah bedah mulut (49,82%), orthodonti (33,83%), dan prosthodonti (16,4%).

Dari 225 RSUD kelas C, ada 138 RSUD (61,33%) yang tidak menunjukkan adanya pelayanan spesialisik gigi. Hasil analisis dari 87 RSUD menunjukkan 28 RSUD (12,44%) telah melebihi target nasional (sebesar 1,6%) dengan rata-rata pelayanan spesialisik yang paling menonjol adalah bedah mulut (56,5%), prosthodonti (33,11%), dan orthodonti (10,39%).

Selain pelayanan-pelayanan kesehatan tersebut di atas, kiranya perlu juga disajikan pelayanan-pelayanan kesehatan yang bersifat khusus, yaitu pelayanan kesehatan saat bencana dan pelayanan kesehatan untuk keluarga miskin.

i. Pelayanan Kesehatan Saat Bencana

Berbagai peristiwa kerusuhan/konflik yang terjadi telah mengakibatkan timbulnya masalah kesehatan dan adanya pengungsian secara besar-besaran. Terjadi pemutusan hubungan kerja, meningkatnya harga kebutuhan hidup, hilangnya kepemilikan, hilangnya

mata pencaharian, dan berakibat menurunnya derajat kesehatan dan kesejahteraan sosial pada warga masyarakat.

Kasus-kasus penyakit yang sering dijumpai di lokasi pengungsian antara lain ISPA, Diare, dan penyakit kulit, serta kasus gizi kurang. Di beberapa daerah, di mana kasus penyakit yang muncul sesuai dengan pola penyakit daerah setempat seperti di Nusa Tenggara Timur dengan tingginya kasus Malaria.

Data pengungsi seluruh Indonesia (19 provinsi) sesuai yang tercatat di Bakornas sampai dengan tanggal 14 Agustus 2001 berjumlah 273.802 KK atau 1.304.733 jiwa. Jumlah pengungsi yang telah direlokasikan sebanyak 262.841 KK atau 1.172.841 jiwa. Pelayanan kesehatan pengungsi dan korban bencana alam diberikan di 19 lokasi yang meliputi pelayanan dasar, rujukan, surveilans penyakit, sanitasi lingkungan, dan lain-lain.

j. Pelayanan Kesehatan Keluarga Miskin (GAKIN/JPSBK)

Krisis ekonomi yang merupakan akibat dari krisis moneter yang terjadi sejak tahun 1997 dan masih berlangsung sampai saat ini telah mengakibatkan dampak buruk terhadap derajat kesehatan, terutama keluarga miskin. Oleh karena itu sejak pertengahan tahun 1998 pemerintah melaksanakan salah satu upaya penyelamatan dalam bidang kesehatan untuk mengatasi dampak krisis ekonomi terhadap keluarga miskin melalui program jaring pengaman sosial bidang kesehatan (JPSBK).

Pelayanan kesehatan Gakin terdiri atas pelayanan kesehatan dasar, pelayanan kebidanan dasar, dan pelayanan perbaikan gizi.

Sebanyak 3.606.882 Gakin (93,1%) dari 3.875.169 sasaran pelayanan kesehatan dasar Gakin pada 94 kabupaten/kota di 22 provinsi memiliki kartu sehat dan sebanyak 358.263 Gakin (9,9%) telah memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada. Jumlah kunjungan anggota Gakin ke unit-unit pelayanan dan fasilitas kesehatan tercatat sebanyak 811.353 kunjungan atau 2.26 kali kunjungan untuk setiap Gakin.

Sasaran kegiatan pelayanan kebidanan dasar adalah 78.023 orang ibu hamil, 29.009 orang ibu melahirkan, dan 32.238 orang ibu nifas. Dari sasaran tersebut, dilaporkan bahwa cakupan ibu-ibu yang mendapat pelayanan kebidanan dasar adalah 58.361 orang ibu hamil (74,8%), 16.720 orang ibu melahirkan (57,6%), pelayanan postnatal pada 24.135 orang ibu nifas (74,9%). Jumlah ibu hamil, ibu bersalin, atau ibu nifas yang dirujuk ke Puskesmas perawatan atau rumah sakit sebanyak 3.597 orang ibu (6,2% dari jumlah ibu hamil) yang terdiri dari rujukan oleh bidan di desa 2.387 orang dan yang dirujuk oleh Puskesmas 1.210 orang.

Bila dihitung dari Gakin yang telah memanfaatkan kartu sehat yaitu 358.263 keluarga maka jumlah penduduk miskin yang telah memanfaatkan adalah 1.433.052 orang (family size = 4) sehingga dengan CBR 21.5 per 1.000 penduduk, maka akan ada sejumlah 32.351 orang ibu bersalin (penduduk miskin x CBR x 1.05), dan sebesar 30.809 ibu nifas Gakin (penduduk miskin x CBR).

Seperti kebanyakan laporan KIA selama ini, untuk ibu hamil sering terjadi pelaporan ganda, dan sulit melakukan pendataan sasaran ibu bersalin, sehingga bila dapat tercakup sejumlah 16.720 persalinan Gakin, sesungguhnya cakupan telah dapat mencapai 54.3%, dan 78.3% cakupan ibu nifas. Pelaporan bidan di desa dalam menolong ibu hamil atau bersalin dan ibu nifas tidak terlepas dari bimbingan bidan senior Puskesmas dan bidan koordinator atau Kepala Seksi KIA Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan menggunakan cara pemantauan wilayah setempat dan perhitungannya.

Perlu dilakukan pemutakhiran data cakupan ini mengingat tujuan program JPSBK adalah memberikan pertolongan kebidanan pada minimal 80% ibu hamil Gakin. Walaupun sebagian Puskesmas atau bidan di desa telah menghentikan pertolongan pelayanan kebidanan Gakin sehubungan dengan keterlambatan biaya yang disalurkan, namun konsistensi sistim pelaporan perlu dilakukan agar monitoring pelayanan ibu bersalin Gakin dapat lebih baik, sehingga pencegahan kematian ibu dapat dilakukan sedini mungkin.

Sebanyak 1.987 Puskesmas dari 94 kabupaten/kota di 22 provinsi yang mengirim laporan bulanan, menunjukkan bahwa sasaran pelayanan perbaikan gizi pada sasaran Gakin yang memiliki kartu sehat mencakup 135.498 bayi umur 6-11 bulan, 240.382 anak umur 12-23 bulan, 413.375 anak umur 24-59 bulan dan 30.220 ibu hamil KEK. Dari sasaran tersebut, cakupan yang mendapat PMT pemulihan adalah 54.484 bayi umur 6-11 bulan (40,2%), 92.920 anak umur 12-23 bulan (38,7%), 16.972 orang ibu hamil KEK (56,2%), dan yang mendapat PMT penyuluhan sebanyak 164.605 anak umur 24-59 bulan (39,8%).

Perlu dicatat bahwa untuk tahap III dan IV tahun 1999/2000 penyaluran dana untuk revitalisasi Posyandu dihentikan, sehingga dengan telah disalurkannya dana untuk revitalisasi posyandu tahap I dan II semua posyandu pratama atau madya telah direvitalisasi dan tetap menjadi aktif pada masa yang akan datang. Untuk tahun 2001 penyaluran dana untuk perbaikan gizi tidak sebanyak tahun sebelumnya karena untuk *blended food* disalurkan langsung dalam bentuk tepung makanan yang siap diolah bagi semua Gakin.

2. Manajemen Kesehatan

a. Pengelolaan Tenaga Kesehatan

Jumlah tenaga kesehatan yang bekerja di daerah pada tahun 2001 sebanyak 171.852 orang (pegawai kesehatan). Proporsi jenis tenaga kesehatan yang terbesar adalah perawat yaitu 41,23% (70.857 orang), kemudian bidan sebesar 9,37% (16.103 orang), dan dokter umum sebesar 8,98% (15.428 orang). Rincian distribusi tenaga kesehatan dapat dilihat pada Lampiran 84.

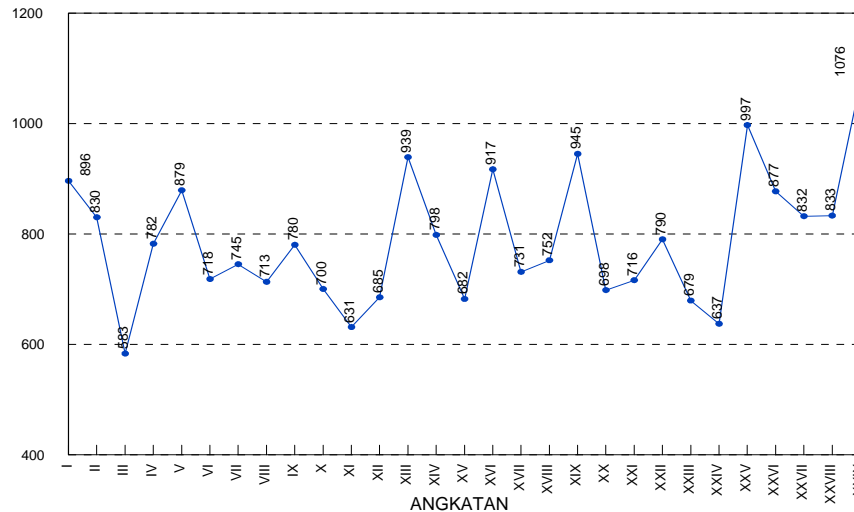
Rasio dokter (dokter umum dan dokter spesialis) dan dokter gigi terhadap 100.000 penduduk adalah 10,6 dan 2,7. Sedangkan rasio untuk perawat dan bidan adalah 40,3 dan 7,9. Data selengkapnya dapat dilihat pada Lampiran 85. Sementara itu, rasio tenaga perawat Puskesmas per Puskesmas adalah 4,88. Ini berarti bahwa setiap Puskesmas rata-rata mempunyai 4 sampai 5 orang perawat. Sedangkan rasio tempat tidur di rumah sakit terhadap perawat yang bertugas di rumah sakit adalah 2,61. Jadi rata-rata setiap perawat di rumah sakit melayani 2 sampai 3 tempat tidur. Data mengenai rasio perawat terhadap tempat tidur di rumah sakit dan rasio tenaga perawat terhadap Puskesmas dapat dilihat pada Lampiran 86.

Dalam rangka memenuhi kebutuhan tenaga dokter di Puskesmas, sejak tahun 1991 telah dilaksanakan program pengangkatan dokter sebagai pegawai tidak tetap (dokter PTT). Daerah penempatannya dikategorikan menjadi 3 wilayah, yaitu: daerah biasa, daerah terpencil, dan sangat terpencil.

Jumlah kumulatif penempatan dokter PTT mulai dari angkatan I (Februari 1992) sampai dengan angkatan XXIX (2001) adalah sebanyak 22.841 orang. Sampai dengan angkatan XXVI jumlah kumulatif penempatan di daerah biasa sebanyak 13.449 orang

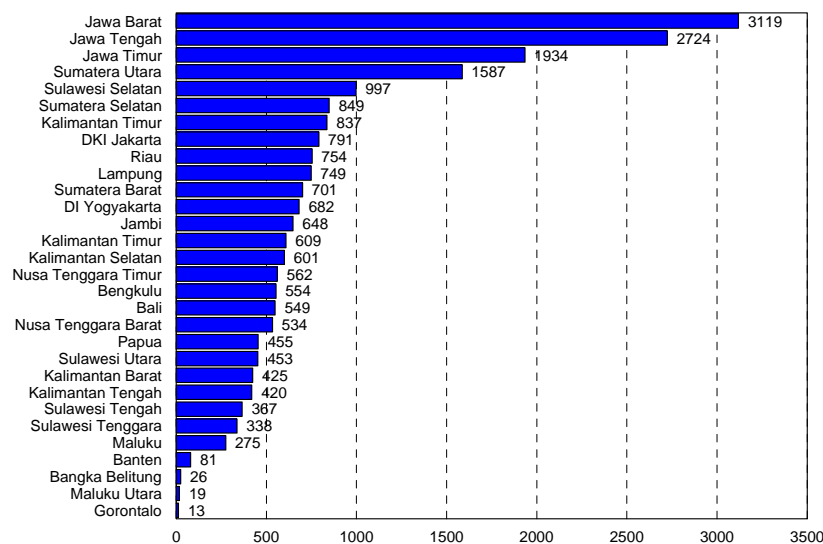
(65,73%), di daerah terpencil sebanyak 4.813 orang (23,52%), dan di daerah sangat terpencil sebanyak 2.178 orang (10,47%). Selanjutnya mulai angkatan XXVII, kebijaksanaan kategori daerah penempatan diserahkan kepada daerah. Jumlah penempatan dokter PTT pada setiap angkatan berkisar antara 583 - 1076 orang dengan rata-rata 788 orang per angkatan. Jumlah penempatan dokter PTT mulai angkatan I - XXIX disajikan pada Gambar 30 berikut.

GAMBAR 30
JUMLAH PENEMPATAN DOKTER PTT SELAMA ANGKATAN I - XXIX



Selanjutnya, Gambar 31 berikut ini menyajikan jumlah kumulatif penempatan dokter PTT menurut provinsi mulai dari angkatan I sampai dengan XXIX.

GAMBAR 31
JUMLAH KUMULATIP PENEMPATAN DOKTER PTT
ANGKATAN I - XXIX MENURUT PROVINSI

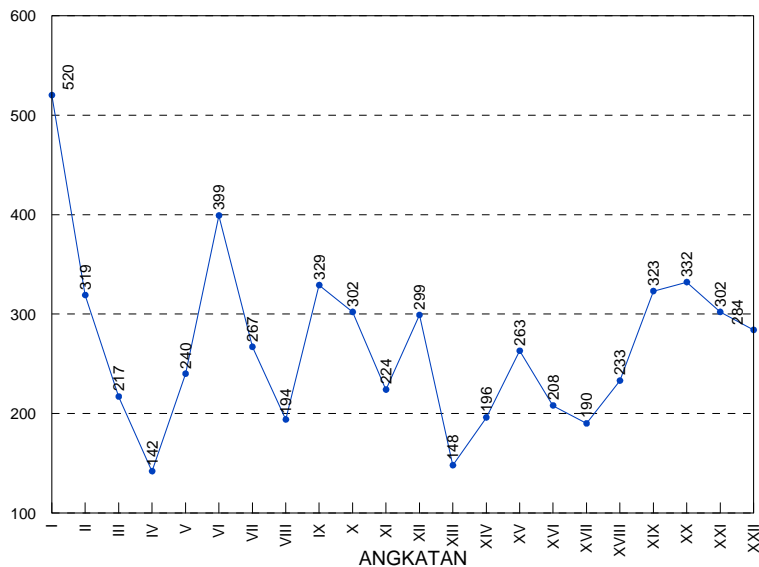


Pada gambar di atas terlihat bahwa provinsi yang paling besar penempatan dokter PTT adalah Provinsi Jawa Barat, Jawa Tengah, dan Jawa Timur. Sedangkan yang paling sedikit adalah provinsi-provinsi baru, yaitu: Gorontalo, Maluku Utara, Bangka Belitung, dan Banten. Oleh karena masa bakti dokter PTT adalah 3 tahun, maka setelah melewati masa tersebut jumlah seluruh dokter PTT yang pernah ditempatkan di suatu wilayah/provinsi tidak menggambarkan keberadaan dokter PTT di wilayah tersebut. Data selengkapnya dapat dilihat pada Lampiran 87.

Sebagaimana dokter PTT, untuk memenuhi kebutuhan tenaga dokter gigi di Puskesmas dalam upaya meningkatkan kesehatan gigi, sejak tahun 1994 telah diprogramkan penempatan dokter gigi sebagai pegawai tidak tetap (dokter gigi PTT). Daerah penempatannya sama dengan kategori penempatan dokter PTT, yang dikategorikan menjadi 3 wilayah, yaitu daerah biasa, daerah terpencil, dan sangat terpencil. Jumlah kumulatif pengangkatan dokter gigi PTT angkatan I sampai dengan angkatan XXII sebanyak 5.931 orang, secara rinci menurut angkatan dapat dilihat pada Lampiran 88.

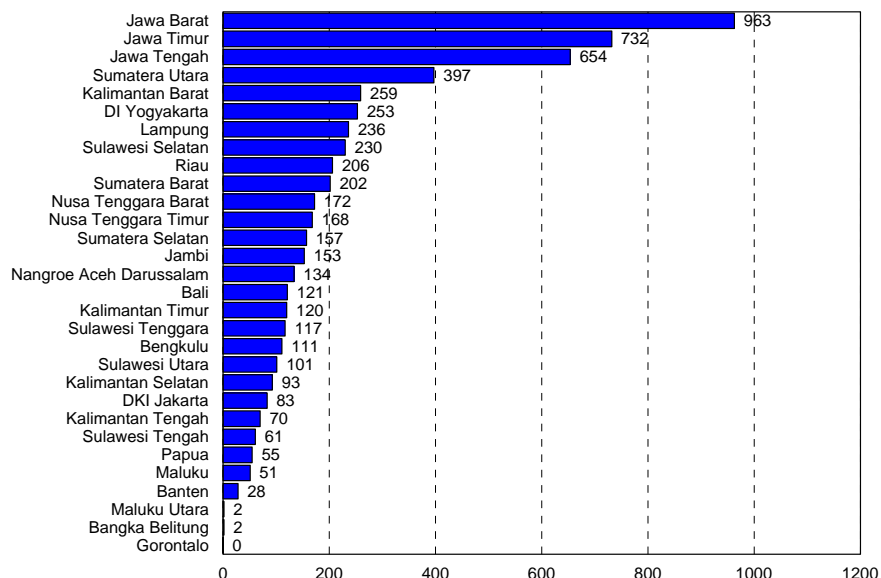
Proporsi penempatan dokter gigi PTT angkatan I - XIX di daerah biasa, terpencil, dan sangat terpencil berturut-turut adalah 72,86 %; 21,14 %; dan 5,99 %. Selanjutnya seperti halnya dengan dokter PTT, mulai angkatan XX, kebijaksanaan kategori daerah penempatan diserahkan kepada daerah. Jumlah penempatan dokter gigi PTT setiap angkatan berkisar antara 142 - 520 orang dengan rata-rata 270 orang per angkatan. Gambar 32 berikut ini menyajikan jumlah penempatan dokter gigi PTT angkatan I - XXII.

GAMBAR 32
JUMLAH PENEMPATAN DOKTER GIGI PTT
SELAMA ANGKATAN I - XXII



Selanjutnya, Gambar 33 berikut ini menyajikan jumlah kumulatif penempatan dokter gigi PTT menurut provinsi mulai dari angkatan I sampai dengan XXII.

GAMBAR 33
JUMLAH KUMULATIF PENEMPATAN DOKTER GIGI PTT
ANGKATAN I – XXII MENURUT PROVINSI

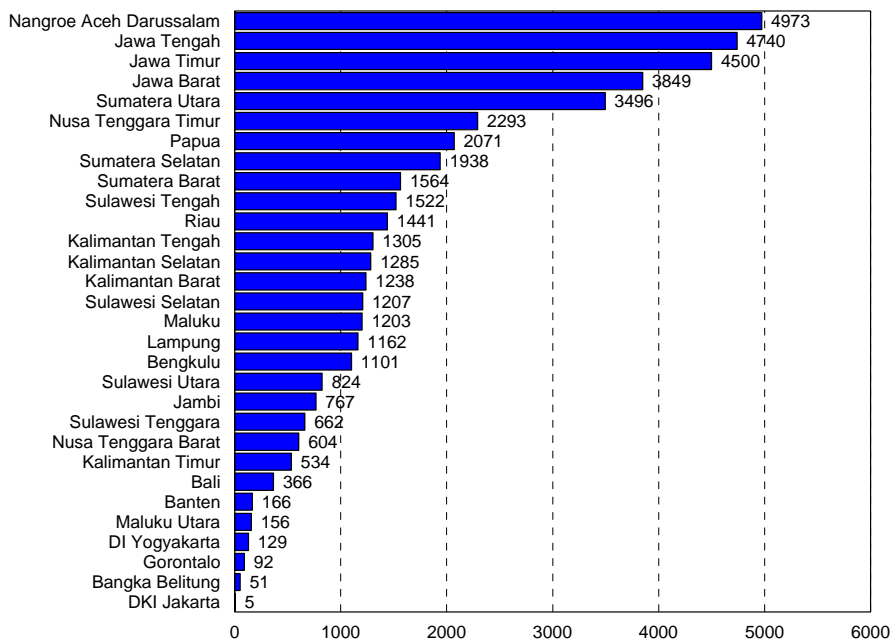


Pada gambar di atas terlihat bahwa provinsi yang paling besar penempatan dokter gigi PTT adalah Provinsi Jawa Barat, Jawa Timur, dan Jawa Tengah. Sedangkan yang paling sedikit adalah Provinsi Maluku, Papua, dan Sulawesi Tengah serta provinsi-provinsi baru. Oleh karena masa bakti dokter gigi PTT juga 3 tahun, maka setelah melewati masa tersebut jumlah seluruh dokter gigi PTT yang pernah ditempatkan di suatu wilayah/provinsi tidak lagi menggambarkan keberadaan dokter gigi PTT di wilayah tersebut. Data selengkapnya dapat dilihat pada Lampiran 88.

Untuk meningkatkan pelayanan kesehatan ibu dan anak di daerah perdesaan ditempatkan bidan di desa. Upaya ini telah dilakukan sejak Pelita V, untuk memenuhi 54.120 desa yang belum terjangkau oleh pelayanan tersebut. Sementara itu sejak Pelita VI pendidikan bidan terus ditingkatkan dan lulusan yang dihasilkan semakin bertambah.

Realisasi penempatan bidan di desa sejak tahun 1989/1990 sampai dengan tahun 1992/1993 melalui pengangkatan bidan PNS mencapai 19.494 orang. Untuk selanjutnya, pemenuhan kebutuhan bidan di desa melalui pengangkatan dan perpanjangan bidan PTT. Jumlah pengangkatan bidan PTT sejak tahun 1998/99 sampai dengan tahun 2001 adalah sebanyak 7.691 orang. Sementara jumlah bidan PTT yang melakukan perpanjangan dari tahun 1998/99 sampai dengan tahun 2001 (angkatan V) adalah sebanyak 37.553 orang. Gambaran realisasi pemenuhan kebutuhan bidan di desa melalui pengangkatan dan perpanjangan bidan dapat dilihat pada Gambar 34 dan Lampiran 89.

GAMBAR 34
JUMLAH PENGANGKATAN DAN PERPANJANGAN BIDAN PTT
MENURUT PROVINSI, 1998/1999 – 2001



b. Pendidikan Tenaga Kesehatan

Pada tahun 2001, institusi pendidikan tenaga kesehatan mengalami perubahan status dari akademi menjadi politeknik kesehatan (Poltekkes), khususnya institusi pendidikan tenaga kesehatan milik Departemen Kesehatan. Jumlah politeknik kesehatan di seluruh Indonesia sebanyak 32 buah dengan 13 jurusan yaitu keperawatan, kebidanan, kesehatan lingkungan, gizi, kesehatan gigi, farmasi, analis kesehatan, teknik elektromedik, teknik radiodiagnostik, teknik gigi, analis farmasi dan makanan, fisioterapi dan okupasi terapi. Pada umumnya setiap politeknik kesehatan menyelenggarakan lebih dari satu jurusan, misalnya Poltekkes Medan menyelenggarakan 7 jurusan yaitu keperawatan, kebidanan, kesehatan gigi, farmasi, analis kesehatan, gizi, dan kesehatan lingkungan. Berdasarkan jurusan yang diselenggarakan oleh setiap Poltekkes, maka jumlah jurusan keseluruhan yang diselenggarakan oleh 32 Poltekkes sebanyak 175 buah.

Jumlah institusi yang di luar Poltekkes pada tahun 2002 (sampai dengan September) sebanyak 645 institusi yang terdiri dari keperawatan 450 institusi (69,77%), kefarmasian 75 institusi (11,63%), kesehatan masyarakat 35 institusi (5,43%), keterampilan 15 institusi (2,33%), dan lainnya 70 institusi (10,85%). Data jumlah institusi Diknakes Non Poltekkes tahun 2002 disajikan pada Lampiran 90. Bila dirinci menurut kepemilikannya atau pengelolanya maka milik pemerintah daerah sebanyak 108 institusi (16,74%), TNI/Polri 40 institusi (6,2%), swasta 461 institusi (71,47%), dan milik Departemen Kesehatan yang belum masuk ke Poltekkes sebanyak 36 institusi (5,58%).

Pada tahun 2000 jumlah institusi yang telah diakreditasi sebanyak 381 institusi (64,03%), dengan hasil strata A sebanyak 34 institusi (8,92%), strata B sebanyak 267 institusi (70,08%), strata C sebanyak 78 institusi (20,47%), dan non akreditasi sebanyak 2 institusi (0,52%), sementara itu 214 institusi (35,97%) belum diakreditasi.

Dari 381 institusi yang telah diakreditasi pada tahun 2000, provinsi yang seluruh institusinya telah diakreditasi adalah DI Yogyakarta (13 institusi) dan Bali (4 institusi). Sedangkan provinsi yang institusinya paling sedikit diakreditasi adalah Kalimantan Tengah dari 4 institusi yang ada seluruhnya belum diakreditasi, Jambi dari 8 institusi yang ada baru 2 institusi yang diakreditasi (25%), Maluku dari 4 institusi yang ada baru 1 institusi yang diakreditasi (25%).

Secara kumulatif jumlah peserta didik tenaga kesehatan pada periode tahun 1996 sampai dengan 2001 tercatat sebanyak 766.425 orang. Dengan demikian rata-rata per tahun jumlah peserta didik tenaga kesehatan sebanyak 127.737 orang. Pada tahun 2001 jumlah peserta didik sebanyak 133.243 orang. Jumlah tersebut terdiri dari peserta didik Poltekkes sebanyak 25.780 orang dan yang di luar Poltekkes sebanyak 107.463 orang. Dari tahun 1996 sampai dengan tahun 2001, jumlah peserta didik tenaga kesehatan untuk tingkat JPM (jenjang pendidikan menengah) cenderung menurun, dan peserta didik JPTD-III (jenjang pendidikan tinggi setingkat diploma-III) cenderung meningkat tajam. Hal ini seiring dengan kebijaksanaan konversi institusi Diknakes dari JPM menjadi JPTD-III.

Jumlah lulusan Diknakes tahun 2001 adalah sebanyak 42.057 orang, yang terdiri atas JPTD-III sebanyak 29.974 orang (71,27%), JPM sebanyak 11.916 orang (28,33%) dan JPTD-I sebanyak 167 orang (0,40%). Jumlah lulusan Diknakes pada tahun 2001 tersebut mengalami kenaikan sebesar 3.639 orang (9,47%) dari 38.016 orang pada tahun sebelumnya.

Dari tahun 1997 sampai dengan tahun 2001, jumlah lulusan Diknakes cenderung mengalami kenaikan khususnya untuk jenjang diploma III (kenaikan tersebut sangat tajam untuk tahun 2001). Peningkatan lulusan ini akan cenderung berlanjut pada tahun-tahun berikutnya, sesuai dengan jumlah peserta didik yang ada.

Institusi pendidikan tenaga kesehatan tersebut di atas adalah institusi pendidikan yang menghasilkan tenaga paramedis. Untuk tenaga medis, yaitu dokter umum, dokter gigi, dan dokter spesialis dihasilkan oleh Universitas. Demikian pula tenaga Sarjana Kesehatan Masyarakat.

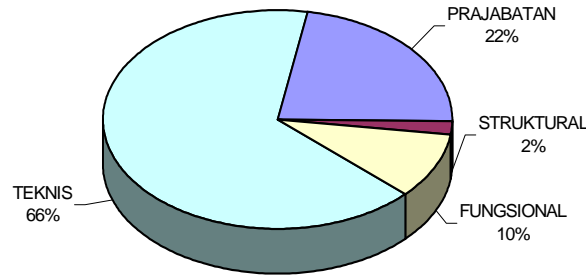
Jumlah lulusan dokter umum dari tahun 1986 sampai dengan 1999 sebanyak 27.421 orang, yang berasal dari 29 universitas di seluruh Indonesia, baik milik pemerintah maupun swasta. Ini berarti rata-rata jumlah lulusan dokter umum per tahun sebanyak 1.959 orang. Sedangkan jumlah lulusan dokter gigi dari tahun 1988 sampai dengan tahun 1998 sejumlah 7.983 orang, yang berarti rata-rata jumlah lulusan dokter gigi per tahun sebanyak 726 orang atau 37,1% dari lulusan dokter umum. Sementara itu jumlah lulusan tenaga kesehatan masyarakat dari tahun 1990 sampai dengan 1998 sejumlah 2.924 orang, yang berarti rata-rata jumlah lulusan tenaga kesehatan masyarakat per tahun sebanyak 325 orang. Kemudian jumlah lulusan dokter spesialis dari tahun 1988 sampai dengan 2001 sebanyak 5.886 orang, yang berarti setiap tahun rata-rata jumlah lulusan dokter spesialis sebanyak 420 orang.

c. Pelatihan Tenaga Kesehatan

Pelatihan bagi tenaga kesehatan terdiri atas pelatihan pra-jabatan atau pra-tugas, pelatihan struktural, pelatihan fungsional, dan pelatihan teknis. Data pelatihan bagi tenaga kesehatan didapat dari laporan kegiatan Bapelkes dan dari permintaan sertifikat pelatihan. Sedangkan data pelatihan lainnya yang kegiatannya tidak di Bapelkes dan

sertifikatnya tidak diperoleh melalui Pusdiklat, tidak tercatat pada informasi ini. Pada tahun 2001 jumlah peserta pelatihan sebanyak 10.973 orang, dengan rincian diklat pra-jabatan sebanyak 2.485 orang (22,65%), diklat struktural sebanyak 220 orang (2%), diklat fungsional sebanyak 1.060 orang (9,66%), dan diklat teknis sebanyak 7.228 orang (65,87%), sebagaimana disajikan pada Gambar 35 berikut.

GAMBAR 35
PROPORSI TENAGA KESEHATAN YANG MENGIKUTI
PELATIHAN MENURUT JENISNYA TAHUN 2001



Perkembangan jumlah tenaga kesehatan yang mengikuti berbagai jenis pelatihan dari tahun 1997/1998 sampai dengan tahun 2001 disajikan pada Tabel 45.

TABEL 45
JUMLAH DAN PROPORSI TENAGA KESEHATAN YANG MENGIKUTI
BERBAGAI JENIS PELATIHAN TAHUN 1997/1998 S.D. TAHUN 2001

No	JENIS PELATIHAN	97/98		98/99		99/2000		2000		2001	
		Jml.	%	Jml.	%	Jml.	%	Jml.	%	Jml.	%
1.	Pelatihan Struktural	1.615	4	1.853	5	1.279	4	437	3	220	2
2.	Pelatihan Fungsional	6.379	16	3.637	9	8.609	29	1.489	9	1.060	10
3.	Pelatihan Teknis	19.781	49	22.699	58	14.929	50	11.013	63	7.228	66
4.	Pelatihan Pra-Jabatan	12.584	30	11.211	28	5.196	17	4.368	25	2.465	22

d. Pengelolaan Obat, Alat Kesehatan, dan Makanan-Minuman

Sarana produksi dan distribusi obat, alat kesehatan, dan makanan-minuman cenderung meningkat jumlahnya dari tahun ke tahun. Perkembangan jumlah sarana produksi obat-obatan dan alat kesehatan di Indonesia dari tahun 1996 – 2001 dapat dilihat pada Tabel 46 di bawah ini.

TABEL 46
SARANA PRODUKSI OBAT DAN ALAT KESEHATAN
MENURUT JENIS TAHUN 1996-2001

No	Jenis Sarana	1996	1997	1998	1999	2000	2001
1.	Industri Farmasi	224	235	205	195	198	199
2.	Industri Farmasi memproduksi Psikotropika	53	51	50	50	50	
3.	Industri Farmasi memproduksi Narkotika	1	2	1	2	2	
4.	Produsen Minuman Keras	95	96	99	82	..	
5.	Produsen Kosmetika	613	659	642			
6.	Produsen PKRT	416	438	441			
7.	Produsen Alat Kesehatan	150	198	173			
8.	Industri Obat Tradisional	66	77	79	87	93	98
9.	Industri Kecil Obat Tradisional	517	559	608	722	872	899

Menghadapi otonomi daerah pada tahun 2001, terdapat kecenderungan peningkatan jumlah pedagang besar farmasi di daerah sebagai antisipasi pengadaan obat yang akan didesentralisasikan di masing-masing kabupaten/kota. Sarana distribusi menurut jenis dapat dilihat pada tabel berikut.

TABEL 47
SARANA DISTRIBUSI OBAT DAN ALAT KESEHATAN
MENURUT JENIS TAHUN 1996-2001

No	Jenis Sarana	1996	1997	1998	1999	2000	2001
1.	Pedagang Besar Farmasi	1.584	1.631	1.718	1.819	2.026	2.238
2.	Apotek	7.063	6.903	7.467	7.794	6.196	6.832
3.	Toko Obat Berizin	6.824	7.101	5.028	7.000	5.246	5.247
4.	Pedagang Besar Minuman Keras	82	96	102	87
5.	Importir Minuman Keras	2	2	2	2
6.	Penyalur Alat Kesehatan	240	265	282			
7.	Cabang Penyalur Alat Kesehatan	275	290	292			
8.	Sub Penyalur Alat Kesehatan	608	621	722			

Dalam aspek mutu obat generik, dilakukan pengawasan secara sistemik dan ketat. Izin produksi obat generik hanya diberikan kepada industri farmasi yang telah mendapat Sertifikat CPOB (cara pembuatan obat dengan baik) dan menerapkan *in-process control* secara ketat serta melakukan monitoring terhadap mutu produknya yang ada di peredaran. Bersamaan dengan itu dilakukan juga *sampling* dan pengujian laboratorium oleh Balai POM terhadap obat generik yang beredar di pasaran.

Produksi dan penggunaan obat generik terus meningkat, pada tahun 1997 nilai peredaran obat generik sekitar Rp 470 milyar dan pada tahun 2000 meningkat menjadi sekitar Rp 1.006 milyar. Meskipun mengalami peningkatan dari tahun ke tahun, penggunaan obat generik di Indonesia dalam nilai masih rendah dibandingkan dengan nilai obat secara keseluruhan/nasional. Hal ini sangat berbeda dengan di negara maju, seperti Amerika Serikat, Jepang, dan Jerman di mana obat generik mempunyai bagian pasar lebih dari 20%.

Perkembangan distribusi obat generik berlogo dari tahun 1996/1997 sampai dengan tahun 2000 dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

TABEL 48
PERKEMBANGAN DISTRIBUSI OBAT GENERIK BERLOGO
TAHUN 1996/1997 - 2000

Dalam milyar rupiah

No	Sumber Daya	1996/1997	1997/1998	1998/1999	1999/2000	2000
1.	Inpres	178,30	190,36	210,81	432,57	317,582
2.	Anggaran sektoral	24,60	22,39	11,31	5,11	21,442
3.	Askes/PHB	23,18	27,85	89,41	108,23	110,000
4.	Pemda	13,80	7,42	14,29	1,35	11,579
5.	Swasta	137,75	222,05	388,93	434,88	655,530
Total		377,63	470,07	714,75	982,14	1.006,243

Nilai total penjualan obat generik berlogo dibandingkan dengan nilai total obat secara keseluruhan dapat dilihat pada tabel berikut ini.

TABEL 49
PERSENTASE NILAI TOTAL OBAT GENERIK BERLOGO
TERHADAP NILAI TOTAL SELURUH OBAT YANG BEREDAR
DI INDONESIA TAHUN 1996/1997 - 1999/2000

Dalam milyar rupiah

Uraian	1996/1997		1997/1998		1998/1999		1999/2000	
	Nilai	%	Nilai	%	Nilai	%	Nilai	%
Obat Generik	378.000	13	470.070	15	714.750	17	982.190	20
Obat <i>Branded</i>	2.432.133	87	2.734.798	85	3.588.991	83	3.837.409	80
Total Keseluruhan	2.810.133	100	3.204.868	100	4.303.741	100	4.819.599	100

Hasil studi yang dilakukan terhadap beberapa butir obat generik dan *branded* menunjukkan bahwa rasio perbandingan harga antara obat generik dengan harga obat *branded* berkisar antara 1 berbanding 2 sampai dengan 7.

Untuk mendapatkan informasi ketersediaan obat generik berlogo (OGB) di apotek dalam kurun waktu tiga bulan, kecenderungan peredaran OGB di apotek, kecenderungan persebaran OGB oleh dokter spesialis, serta kendala yang berkaitan dengan ketersediaan OGB di apotek, dilakukan kegiatan monitoring dan evaluasi penggunaan obat generik berlogo di apotek.

Kesimpulan monitoring penggunaan OGB tahun 2000 itu adalah: (1) dengan menggunakan uji korelasi didapatkan bahwa jarak apotek dengan rumah sakit berhubungan negatif dengan jumlah resep obat generik berlogo, dan status kepemilikan apotek (swasta, BUMN, koperasi, atau perorangan) berhubungan positif dengan jumlah resep obat generik berlogo; (2) perbandingan antara jumlah resep OGB dengan resep obat umum (nasional) adalah 1 : 7; (3) perbandingan antara harga rata-rata R/ OGB dengan harga rata-rata R/ obat umum adalah 1 : 5; (4) dokter spesialis yang banyak menulis resep OGB yaitu dokter spesialis anak, spesialis dalam, spesialis paru, spesialis kebidanan dan kandungan dan spesialis kulit; (5) rata-rata jumlah pasien yang meminta

untuk diberikan OGB adalah 11 orang; (6) rata-rata jumlah *item* OGB yang tersedia di apotek adalah 97 *item*; (7) alasan apotek mengenai ketersediaan OGB yang tidak lengkap adalah tidak ada permintaan (41,41%), tidak laku (38,69%), tidak tersedia di PBF (19,90%); dan (8) alasan apotek mengenai kekosongan OGB adalah terlambat memesan (12,03%), obat belum diterima (51,48%), pesanan tidak dipenuhi (36,49%).

e. Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan bersumber dari pemerintah dan masyarakat, termasuk swasta. Sejak dilaksanakannya kebijakan desentralisasi pada tahun 2001 ini, biaya untuk pelaksanaan upaya kesehatan dari pemerintah diharapkan sebagian besar berasal dari Pemerintah Daerah.

Pada tahun 2000, dalam pertemuan antara Departemen Kesehatan dengan seluruh Bupati/Walikota se-Indonesia, disepakati bahwa Pemerintah Daerah akan mengalokasikan 15% dari APBD-nya untuk pembiayaan kesehatan.

Sampai saat ini, data mengenai alokasi biaya kesehatan di kabupaten/kota secara lengkap belum dapat diperoleh. Namun, data yang disampaikan oleh beberapa kabupaten/kota menunjukkan persentase anggaran kesehatan terhadap total APBD pada tahun 2001 berkisar antara 2% - 6%.

Anggaran Departemen Kesehatan ternyata tidak menurun pada tahun 2001 ini. Anggaran Departemen Kesehatan pada tahun 2001 adalah sebesar 3.268,4 milyar rupiah terdiri atas anggaran pembangunan sebesar 1.757,3 milyar rupiah meliputi DIP Sektoral 1.078,5 milyar rupiah murni dan PLN 674,8 milyar rupiah serta anggaran rutin sebesar 1.511,1 milyar terdiri dari 1.102 milyar rupiah untuk Sektoral dan Suplemen sebesar 409,1 milyar rupiah. Adapun rincian anggaran Departemen Kesehatan menurut sumber dapat dilihat pada tabel berikut.

TABEL 50
ANGGARAN DEPARTEMEN KESEHATAN MENURUT
SUMBER PEMBIAYAAN, TAHUN 1997/98 – 2001

dalam jutaan rupiah

NO	SUMBER ANGGARAN	TAHUN ANGGARAN					% perubahan ^(b)
		1997/1998	1998/1999	1999/2000	2000 ^(a)	2001	
A	Anggaran Pembangunan	1.850.256,9	3.782.010,1	3.406.203,0	1.532.617,7	1.753.250,3	14,39
1	DIP Sektoral	1.311.731,5	2.573.775,0	2.378.051,5	794.778,6	-	
	a. Rupiah murni	627.244,5	1.252.622,3	1.102.728,2	794.778,6	1.078.485,5	35,69
	b. Inpres	684.487,0	1.321.152,7	1.275.323,3	-	-	
2	PLN	538.525,4	1.208.235,1	1.028.151,5	737.839,2	674.764,8	-8,54
B	Anggaran Rutin	1.089.107,1	1.213.816,6	1.507.684,1	1.380.694,9	1.511.095,7	9,44
1	DIK	1.034.107,1	1.140.816,6	1.420.353,2	1.297.076,5	1.101.964,3	-15,04
	a. Belanja Pegawai	812.897,7	826.396,6	821.988,4	1.044.452,5	886.517,2	-15,12
	b. Belanja Non Pegawai	221.209,4	314.420,0	598.364,8	252.624,0	215.447,1	-14,71
2	SBBO-RSD	55.000,0	73.000,0	87.330,9	83.618,4	-	
3	Suplemen					409.131,4	
	JUMLAH	2.382.501,6	2.939.364,0	4.995.826,7	2.913.312,6	3.264.346,0	12,0

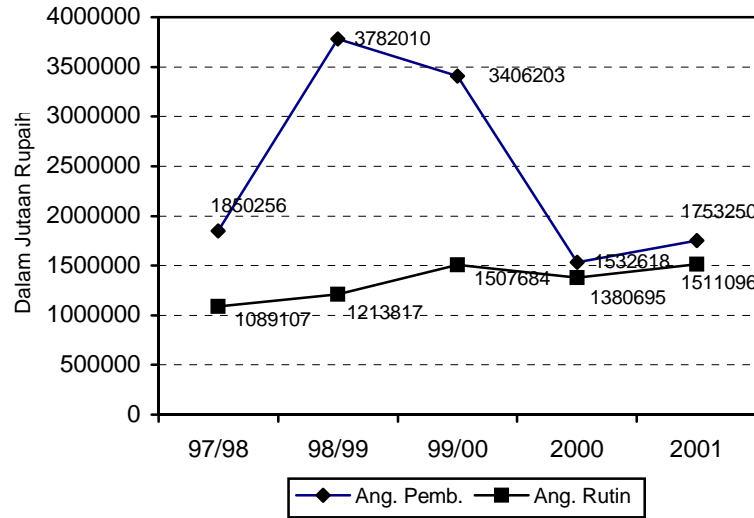
Keterangan: (a) Tahun anggaran 2000 (9 bulan : 1 April s.d. 31 Desember 2000)

(b) Persentase perubahan tahun 2001 terhadap tahun 2000

Sumber: Biro Keuangan dan Perlengkapan Depkes RI

Pada tabel di atas dapat dilihat bahwa anggaran Departemen Kesehatan tahun 2001 mengalami peningkatan sebesar 12,0% dibandingkan dengan anggaran tahun 2000 yaitu dari 2.913,31 milyar rupiah menjadi 3.268,4 milyar rupiah. Anggaran pembangunan mengalami peningkatan sebesar 14,39 %, sedangkan anggaran rutin mengalami 9,44%. Untuk melihat kecenderungan anggaran pembangunan dan anggaran rutin Departemen Kesehatan mulai tahun 1997/1998 - 2001 dapat dilihat pada Gambar 36.

GAMBAR 36
KECENDERUNGAN ANGGARAN PEMBANGUNAN DAN RUTIN
DEPARTEMEN KESEHATAN, TAHUN 1997/1998 – 2001



1) Anggaran Pembangunan Departemen Kesehatan

Perkembangan anggaran pembangunan Departemen Kesehatan menurut sumber pembiayaan (DIP Sektoral dan PLN,) dari tahun 1997/1998 – 2001 dan kecenderungannya dapat dilihat pada tabel dan gambar berikut.

TABEL 51
ALOKASI ANGGARAN PEMBANGUNAN DEPARTEMEN KESEHATAN
MENURUT JENIS ANGGARAN, TAHUN 1997/1998 – 2001

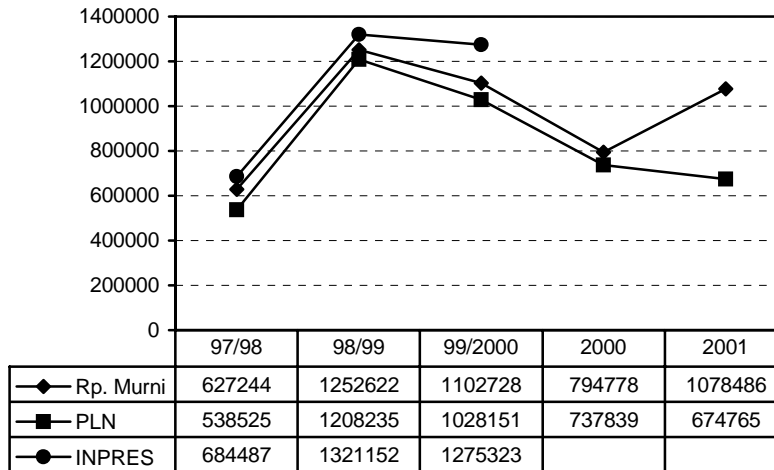
Dalam jutaan rupiah

No	JENIS ANGGARAN	1997/1998	1998/1999	1999/2000	2000 ^(a)	2001
1.	Rupiah Murni	627.244	1.252.622	1.102.728	794.778	1.078.485,5
	Perubahan (%)	10,86	99,70	(11,97)	(27,93)	35,69
2.	PLN	538.525	1.208.235	1.028.151	737.839	674.764,8
	Perubahan (%)	46,99	124,36	(14,90)	(28,24)	-8,54
3.	INPRES	684.487	1.321.152	1.275.323	-	-
	Perubahan (%)	3,49	93,01	(3,47)		
	Total	1.850.256	3.782.010	3.406.203	1.532.617	1.753.250,3
	Perubahan (%)	16,11	104,40	(9,94)	(55,01)	14,39

Keterangan: ^(a) Alokasi dana untuk 9 (sembilan) bulan
Sumber: Biro Keuangan dan Perlengkapan, Depkes RI

Pada tahun 1998/1999 anggaran pembangunan meningkat besar sekali yaitu 104,40% karena pada tahun tersebut mulai dialokasikan anggaran untuk pelayanan keluarga miskin yang disebut dengan program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) dan pada tahun 1999/2000 masih dilanjutkan program JPS-BK. Pada tahun 2000 kelihatannya menurun tajam karena waktu pelaksanaan hanya 9 bulan (1 April – 31 Desember 2000) dan alokasi dana Inpres tidak ada lagi di sektor, tapi sudah dialihkan ke alokasi anggaran daerah. Gambaran perubahan alokasi anggaran pembangunan tahun 1997/1998 - 2001 dapat dilihat pada Gambar 37.

GAMBAR 37
PERUBAHAN ALOKASI ANGGARAN PEMBANGUNAN
DEPARTEMEN KESEHATAN TAHUN 1997 - 2001



Alokasi anggaran pembangunan menurut unit utama dialokasikan untuk 6 unit utama di lingkungan Departemen Kesehatan dan gambarannya dapat dilihat dalam Tabel 52 berikut ini.

TABEL 52
ANGGARAN PEMBANGUNAN DEPARTEMEN KESEHATAN
MENURUT UNIT UTAMA, TAHUN 1997/98 – 2001

Dalam ribuan rupiah

No	Unit Utama	1997/1998	1998/1999	1999/2000	2000	2001
1	Sekretariat Jenderal	114.350.281	173.540.443	230.769.355	90.295.580	1.686.737.596
2	Ditjen Binkesmas	884.111.579	2.317.184.096	1.817.815.830	275.263.770	97.535.513
3	Ditjen Yanmed	353.901.391	630.969.019	687.219.046	668.997.590	
4	Ditjen PPM & PL	449.898.829	594.554.847	629.191.261	465.553.872	15.141.898
5	Ditjen POM	42.006.611	50.936.313	26.715.953	22.406.525	44.716.160
6	Badan Litbangkes	5.988.195	14.825.343	14.491.566	10.100.382	9.119.076
	Total	1.850.256.886	3.782.010.061	3.406.203.011	1.532.617.719	1.853.250.242

Sumber: Biro Keuangan dan Perlengkapan, Depkes RI

Pada tabel di atas dapat dilihat anggaran pembangunan Departemen Kesehatan secara berturut-turut terbesar pada unit utama adalah (a) Sekretaris Jenderal, (b) Direktorat Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat dan (c) Direktorat Jenderal

Pengawasan Obat dan Makanan, dan masing-masing unit utama tersebut anggarannya tiap tahun cenderung meningkat. Gambaran anggaran kesehatan menurut program sektor kesehatan dan program di luar sektor kesehatan dapat dilihat pada Lampiran 99.

Realisasi anggaran pembangunan pada tahun 2001 adalah sebesar 965.477,8 juta rupiah atau 52,44%. Gambaran realisasi anggaran pembangunan dapat dilihat pada Tabel 53. Dari angka tersebut menunjukkan bahwa realisasi tahun 2001, daya serapnya masih rendah. Hal ini disebabkan penyerapan anggaran PLN masih rendah yaitu sebesar 15,32% atau 103.380,3 juta rupiah di mana rupiah murni sudah mencapai 84,03%.

TABEL 53
ALOKASI DAN REALISASI ANGGARAN PEMBANGUNAN
PADA TAHUN 2001

Dalam rupiah

No	Jenis Anggaran	Alokasi	Realisasi	%
1.	Rupiah Murni	1.178.485.461.452	863.789.663.778	73,29
2.	PLN	674.764.781.000	103.380.300.658	15,32
	Total	1.853.250.242.452	967.169.964.436	52,19

Sumber: Biro Keuangan dan Perlengkapan, Depkes RI

Realisasi anggaran pembangunan Departemen Kesehatan menurut unit utama pada tahun 2001 dapat dilihat dalam Tabel 54.

TABEL 54
ALOKASI DAN REALISASI ANGGARAN PEMBANGUNAN
DEPARTEMEN KESEHATAN, MENURUT UNIT UTAMA, TAHUN 2001

dalam rupiah

No.	UNIT UTAMA	ALOKASI	REALISASI	%
1	Sekretariat Jenderal	1.686.737.595.452	836.530.814.744	49,59
2	Ditjen Bina Kesmas	97.535.513.000	74.313.413.119	98,46
3	Ditjen Yanmed	-	-	-
4	Ditjen P2M & PL	15.141.898.000	8.863.550.792	58,54
5	Ditjen POM	44.716.160.000	37.352.277.403	83,53
6	Badan Litbangkes	9.119.076.000	8.978.817.038	76,19
	Jumlah	1.853.250.242.452	966.038.873.096	52,13

Sumber: Biro Perencanaan dan Anggaran (Laporan Triwulan Tahun 2001)

Pada Tabel 54 di atas dapat dilihat bahwa realisasi anggaran pembangunan pada 6 unit utama secara berturut-turut yang terbesar adalah Ditjen POM (98,46%) dan Ditjen PPMPL (83,53%) sedangkan yang terendah adalah Sekretariat Jendral (49,59%). Realisasi anggaran dirinci menurut provinsi dan unit utama selama 5 tahun yaitu dari tahun 1997/1998 - 2001 pada dapat dilihat dalam Lampiran 98.

2) Anggaran Rutin Departemen Kesehatan

Anggaran rutin Departemen Kesehatan tahun 2001 adalah sebesar 1.308,69 milyar rupiah, ini mengalami penurunan sekitar 8% atau sebesar 118,99 milyar rupiah dari tahun 1999/2000 yang sebesar 1.507,68 milyar rupiah. Penurunan ini disebabkan

adanya pengurangan provinsi (dari 27 provinsi menjadi 26 provinsi), satuan kerja (menjadi 963 satuan kerja pada tahun 2000) serta waktu pelaksanaan kegiatan (dari 12 bulan menjadi 9 bulan).

Anggaran rutin ini termasuk anggaran lintas sektor yaitu yang berasal dari anggaran Subsidi Bantuan Operasional Rumah Sakit Umum Daerah (SBO-RSUD) yang pada tahun 2000 sebesar 83,62 miliar rupiah mengalami penurunan sebesar 4% atau sebesar 3,7 miliar rupiah dibandingkan anggaran tahun 1999/2000.

Gambaran umum alokasi anggaran rutin Departemen Kesehatan menurut sumber pembiayaan dapat dilihat pada Tabel 55.

TABEL 55
KECENDERUNGAN ALOKASI ANGGARAN RUTIN DEPARTEMEN KESEHATAN
MENURUT SUMBER ANGGARAN 1997 - 2001

Dalam ribuan rupiah

N0.	SUMBER ANGGARAN	1997/1998	1998/1999	1999/2000	2000*)	2001
1.	DIK	1.034.107.099,00	1.140.816.643,00	1.420.353.212,00	1.297.076.480,00	1.101.964.338,44
	Penurunan/kenaikan (%)	40%	10%	25%	-9%	-15%
2.	SBO- RSUD	55.000.000,00	73.000.000,00	87.330.925,00	83.618.370,00	
	Penurunan/kenaikan (%)	11%	33%	20%	-4%	
3	Suplemen					409.131.379,40
	Total	1.089.107.099,00	1.213.816.643,00	1.507.684.137,00	1.380.694.850,00	1.511.095.707,8
	Penurunan/kenaikan (%)	38%	11%	24%	-8%	9%

Pada tabel di atas dapat dilihat bahwa selama kurun waktu 5 tahun dari tahun 1997/1998 sampai dengan 2001 anggaran rutin dari ke dua sumber pembiayaan terus mengalami peningkatan, kecuali untuk tahun 2000 (untuk 9 bulan) yang mengalami penurunan.

Dari anggaran rutin pada daftar isian kegiatan (DIK), digunakan untuk membiayai belanja pegawai dan pemeliharaan (non belanja pegawai). Gambaran umum kedua jenis belanja ini dapat dilihat pada Tabel 56.

TABEL 56
ALOKASI ANGGARAN RUTIN DEPKES (DIK) DAN SUPLEMEN
MENURUT JENIS BELANJA TAHUN 1997 - 2001

N0.	JENIS BELANJA	1997/1998	1998/1999	1999/2000	2000*)	2001
1.	Belanja Pegawai	812.897.666,00	826.396.638,00	821.988.407,00	1.044.452.498,00	1.055.306.280,4
	% Bel. Peg	79%	72%	58%	81%	70%
2.	Belanja Non Pegawai	221.209.433,00	314.420.005,00	598.364.805,00	252.623.982,00	455.789.437,4
	% Bel. Non Peg dari DIK & Suplemen	21%	28%	42%	19%	30%
	Total	1.034.107.099,00	1.140.816.643,00	1.420.353.212,00	1.297.076.480,00	1.511.095.707,8

Pada tabel di atas terlihat bahwa alokasi untuk belanja pegawai selalu di atas 50% dari alokasi DIK. Untuk tahun 1997/1998 alokasi belanja pegawai mencapai 79% dan terus mengalami penurunan sampai dengan tahun 1999/2000 (58%), tahun 2000 kembali

mengalami kenaikan mencapai 81%. Pada tahun 2001 proporsi alokasi belanja pegawai kembali menurun menjadi 70%.

Alokasi dan proporsi anggaran rutin pada 6 unit utama yang ada di lingkungan Departemen kesehatan selama 4 tahun dapat dilihat pada Tabel 57.

TABEL 57
ALOKASI DAN PROPORSI ANGGARAN (DIK) MENURUT UNIT UTAMA
SELAMA 4 TAHUN (1997/98 - 2000)

dalam ribuan rupiah

NO.	UNIT UTAMA	1997/1998	1998/1999	1999/2000	2000*)
1	SETJEN	671.983.206,00	716.347.373,00	885.684.616,00	920.243.763,00
		64,98%	62,79%	62,36%	70%
2	ITJEN	5.743.271,00	6.837.725,00	7.373.343,00	5.176.868,00
		0,56%	0,60%	0,52%	0,4%
3	DITJEN BINKESMAS	14.989.004,00	16.563.485,00	20.771.071,00	14.690.848,00
		1,45%	1,45%	1,46%	1,13%
4	DITJEN YANMEDIK	277.532.974,00	326.449.927,00	414.891.614,00	292.428.769,00
		26,84%	28,62%	29,21%	22,55%
5	DITJEN PPMP	28.456.315,00	33.273.084,00	40.251.217,00	28.716.559,00
		2,76%	2,92%	2,83%	2,21%
6	DITJEN POM	22.880.830,00	27.312.122,00	33.924.343,00	23.601.308,00
		2,22%	2,40%	2,38%	1,82%
7	BALITBANGKES	12.521.499,00	14.032.927,00	17.457.008,00	12.218.365,00
		1,21%	1,3%	1,3%	0,94%
JUMLAH		1.034.107.099,00	1.140.816.643,00	1.420.353.212,00	1.297.076.480,00

Anggaran rutin Departemen Kesehatan terdiri atas 3 point besar yaitu DIK, SBO-RSD, dan DIK-S yang keseluruhan digunakan untuk biaya operasional. Total anggaran rutin selama lima tahun (1997/98 - 2001) sebesar Rp 7.076.984.383.800,- di mana rata-rata kenaikan sebesar 22%, sebagaimana disajikan pada Tabel 58 berikut.

TABEL 58
REALISASI ANGGARAN RUTIN DEPARTEMEN KESEHATAN
TAHUN 1997/98 - 2001

No	Sumber Anggaran	1997/1998	1998/1999	1999/2000	2000	2001
1	DIK	659.287.453	1.127.022.363	1.055.278.608	1.559.769.825	1.101.964.338,44
	% Kenaikan	-5%	71%	-6%	48%	
2	SBO-RSD	24.763.054	48.831.214	87.330.925	83.618.370	
	% Kenaikan	-22%	97%	79%	-4%	
3	DIK-S	106.448.821	153.588.174	353.210.883	306.738.986	409.131.379,40
	% Kenaikan	12%	44%	130%	-13%	
Jumlah		790.499.328	1.329.441.751	1.495.820.416	1.950.127.181	1.511.095.707,84
% Kenaikan		-4%	68%	13%	30%	

Anggaran DIK selama lima tahun (1997/1998) - 2001) sebesar Rp 5.095.571.303.000 atau 79,8% dari total anggaran rutin, sedangkan anggaran SBO-RSD selama lima tahun sebesar Rp. 276.139.559.000 atau 4,3% dari total anggaran rutin,

selanjutnya untuk anggaran DIK-S selama lima tahun sebesar Rp. 1.015.246.248.000 atau 15,9% dari total anggaran rutin.

Fluktuasi anggaran rutin terlihat adanya penurunan pada tahun 1997/1998 sebesar 4% sedangkan tahun-tahun selanjutnya meningkat dengan tajam. Namun bila dilihat nilai nominalnya maka anggaran rutin terbesar ada pada tahun 2000, sedangkan angka kenaikan tertinggi terjadi pada tahun 1998/1999, yaitu sebesar 68%. Untuk lebih jelasnya, perkembangan menurut jenis belanja rutin selama 5 tahun dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

TABEL 59
REALISASI ANGGARAN RUTIN DEPARTEMEN KESEHATAN
TAHUN 1997/98 – 2001

Dalam ribuan rupiah

No	Sumber Anggaran	1997/1998	1998/1999	1999/2000	2000	2001
1	DIK	659.287.453	1.127.022.363	1.055.278.608	1.559.769.825	1.101.964.338,44
	Bel. Pegawai	384.096.066	859.191.109	741.429.676	1.323.644.936	1.055.306.280,4
	Non Bel. Pegawai	275.191.387	267.831.254	313.848.932	236.124.889	455.789.437,4
	% bel.pegawai	58%	76%	70%	85%	
2	SBO-RSD	24.763.054	48.831.214	87.330.925	83.618.370	
	% Kenaikan	-22%	97%	79%	-4%	
3	DIK-S	106.448.821	153.588.174	353.210.883	306.738.986	
	Bel. Pegawai	44.032.187	61.135.729	122.830.694	111.184.660	
	Non Bel. Pegawai	62.416.634	92.452.445	230.380.189	195.554.326	
	% bel.pegawai	41%	40%	35%	36%	
	Jumlah	790.499.328	1.329.441.751	1.495.820.416	1.950.127.181	
	% Kenaikan	-4%	68%	13%	30%	

Dari tabel di atas terlihat bahwa belanja pegawai dalam lima tahun mencapai Rp 4.702.851.337.000 atau 65% dari total anggaran rutin. Sedangkan dalam anggaran DIK, jumlah anggaran belanja pegawai mencapai Rp 4.363.668.067.000 atau 79% dari anggaran DIK, selanjutnya belanja pegawai sebesar Rp 339.183.270.000 atau 37% dari anggaran DIK-S. Proporsi belanja pegawai terbesar didapat dari DIK, sedangkan belanja pegawai dari DIK-S adalah belanja untuk para pegawai yang non pegawai negeri. Hal ini menandakan bahwa belanja pegawai suatu Unit Pelaksana Teknis (UPT) kesehatan sangat besar yang tidak dapat dipenuhi hanya dari DIK. Untuk itu sumber daya UPT harus ditingkatkan demi keberadaan UPT dan perkembangannya. Dari tabel tersebut terlihat bahwa belanja pegawai selama lima tahun dari anggaran DIK mencapai 60% sampai 85%, sedangkan dari anggaran DIK-S mencapai 35% sampai 40%.

Peningkatan anggaran rutin secara nilai nominal terbesar terjadi pada tahun 2000, hal ini karena adanya kenaikan belanja pegawai. Kenaikan belanja pegawai terbesar terjadi pada tahun 2000, yaitu sebesar 85 %, karena pada tahun ini ada peraturan yang menetapkan kenaikan gaji pegawai. Dari total anggaran rutin, penggunaan belanja pegawai mencapai 65%, ini berarti yang digunakan untuk kegiatan rutin atau biaya operasional hanya sebesar 35% saja, sehingga apabila belanja pegawai ini (sesuai dengan peraturan perundangan) menjadi tanggungjawab daerah maka akan sangat memberatkan

APBD daerah. Pada tahun 2000 terjadi penurunan anggaran (non belanja pegawai) sebesar 24,8%, karena tahun ini anggaran hanya berlaku untuk 9 (sembilan) bulan.

Anggaran rutin lainnya adalah anggaran SBO-RSD yaitu anggaran tambahan untuk biaya operasional khusus rumah sakit daerah, dan ini dikeluarkan dari mata anggaran 16 (Departemen Keuangan) bukan dari mata anggaran 24 (Departemen Kesehatan), jadi anggaran ini langsung menempel pada anggaran rumah sakit, sehingga untuk realisasi penggunaan anggaran ini sulit dipantau, untuk itu realisasinya diprediksi sebanyak anggaran alokasinya.

Proporsi alokasi anggaran (DIK) menurut Unit Utama selama 5 tahun (1997/1998 – 2000) dapat dilihat pada tabel 57, di mana terlihat bahwa porsi terbesar ada di Sekretariat Jenderal dari tahun 1997/1998 sampai tahun 2000 yang berkisar antara 64% - 70%, hal ini disebabkan pada anggaran rutin semua kegiatan daerah (Kanwil, Kandepkes, dan Gudang farmasi) di bawah koordinasi Sekretariat Jenderal. Sedangkan proporsi terbesar selanjutnya ada pada Ditjen Pelayanan Medik, yaitu berkisar antara 22% - 30%.

f. Profil Kesehatan

Di bidang kesehatan, kebutuhan data dan informasi yang akurat sangat besar baik di pusat, provinsi, maupun kabupaten/kota. Data dan informasi ini dibutuhkan di setiap tahap manajemen kesehatan, yaitu perencanaan, penggerakan pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi program kesehatan. Untuk memenuhi kebutuhan data dan informasi tersebut, pada tahun 1998 telah dikembangkan paket sajian data dan informasi dalam bentuk Profil Kesehatan Indonesia. Selanjutnya, pada tahun 1990 dikembangkan pula profil kesehatan daerah (provinsi dan kabupaten/kota). Dalam perkembangannya, profil kesehatan ini menjadi paket sajian data dan informasi yang sangat penting, karena sangat dibutuhkan baik oleh jajaran kesehatan, lintas sektor, maupun masyarakat.

Sejak ditetapkan visi Indonesia Sehat 2010 dan pemberlakuan otonomi daerah, profil kesehatan menjadi lebih strategis. Profil kesehatan provinsi, melalui indikator-indikator yang disepakati, dapat digunakan sebagai salah satu sarana untuk memantau dan mengevaluasi pencapaian visi Provinsi Sehat. Demikian pula, profil kesehatan kabupaten/kota dapat digunakan sebagai salah satu sarana untuk memantau dan mengevaluasi pencapaian visi Kabupaten/Kota Sehat, yang mana pencapaian visi Provinsi Sehat dan pencapaian visi Kabupaten/Kota Sehat merupakan modal dasar bagi tercapainya visi Indonesia Sehat 2010.

Pada tahun 2001, proporsi provinsi yang mampu menyediakan profil kesehatan provinsi sebesar 87%, sementara itu, proporsi kabupaten/kota yang mampu menyediakan profil kesehatan kabupaten/kota baru sebesar 65%.

BAB VI

PERBANDINGAN INDONESIA DENGAN BEBERAPA NEGARA

Data dan informasi yang disajikan untuk menggambarkan perbandingan antara Indonesia dengan beberapa negara lain, khususnya negara-negara yang tergabung dalam Perhimpunan Negara-negara Asia Tenggara (ASEAN) pada bab ini tidak seluruhnya data tahun 2001. Beberapa indikator menggunakan data tahun sebelumnya (tahun 2000). Hal ini dikarenakan tidak diperolehnya data tahun 2001 di berbagai publikasi yang dijadikan sumber data.

A. KEPENDUDUKAN

Di antara negara-negara yang tergabung dalam ASEAN, Indonesia merupakan negara yang paling besar jumlah penduduknya. Jumlah penduduk Indonesia tahun 2001 mencapai 208.405 ribu jiwa. Sementara itu negara berikutnya dengan jumlah penduduk terbanyak kedua adalah Vietnam, yaitu sebesar 79.174 ribu jiwa, diikuti oleh Filipina sebesar 77.130 ribu jiwa. Penduduk Thailand dan Myanmar pada tahun yang sama masing-masing sebesar 63.583 ribu jiwa dan 48.363 ribu jiwa. Sedangkan Laos, Singapura, dan Brunei Darussalam merupakan negara-negara dengan jumlah penduduk di bawah 10 juta jiwa, bahkan jumlah penduduk Brunei Darussalam pada tahun 2001 hanya 334 ribu jiwa.

Laju pertumbuhan penduduk untuk periode tahun 1991-2001 di negara-negara ASEAN menunjukkan bahwa Kamboja, Laos, dan Brunei Darussalam merupakan negara dengan laju pertumbuhan penduduk per tahun tertinggi yaitu masing-masing sebesar 3,0%; 2,5%; dan 2,4%. Sementara itu laju pertumbuhan penduduk Indonesia sebesar 1,5%, dan Singapura merupakan negara di kawasan Asia Tenggara dengan laju pertumbuhan penduduk terendah yaitu sebesar 0,8% per tahun.

Dari komposisi penduduk menurut golongan umur ditinjau dari aspek ekonomi (umur belum produktif, umur produktif, dan umur tidak produktif lagi), dapat diketahui besarnya angka beban tanggungan (dependency ratio). Angka beban tanggungan yang tertinggi di antara negara-negara ASEAN adalah Kamboja dan Laos (keduanya sebesar 85%), menyusul Filipina (sebesar 69%), dan Malaysia serta Vietnam (keduanya 61%). Dibandingkan negara-negara ASEAN lainnya, angka beban tanggungan di Indonesia termasuk yang rendah (yaitu 54%), di mana yang terendah adalah Singapura (41%).

Sebagai perbandingan, Jepang (yang merupakan negara paling maju di Asia, bahkan di dunia) pada tahun yang sama mempunyai penduduk sebesar 127.334 ribu jiwa, dengan laju pertumbuhan 0,3% per tahun, dan angka beban tanggungan 48%. Jumlah penduduk, laju pertumbuhan, dan angka beban tanggungan negara-negara ASEAN dan Jepang pada tahun 2001 dapat dilihat pada tabel berikut ini.

TABEL 60
JUMLAH PENDUDUK, LAJU PERTUMBUHAN, DAN ANGKA BEBAN TANGGUNGAN
NEGARA-NEGARA ASEAN DAN JEPANG TAHUN 2001

NO.	Negara	Jumlah Penduduk (ribuan jiwa)	Laju Pertumbuhan 1991-2001 per Tahun (%)	Angka Beban Tanggungan (%)
1.	Brunei Darussalam	334	2,4	53
2.	Kamboja	13.44	3,0	85
3.	INDONESIA	208.405	1,5	54
4.	Laos	5.402	2,5	85
5.	Malaysia	22.632	2,2	61
6.	Myanmar	48.363	1,6	60
7.	Filipina	77.13	2,1	69
8.	Singapura	4.107	0,8	41
9.	Thailand	63.583	1,4	46
10.	Vietnam	79.174	1,6	61
11.	Jepang	127.334	0,3	48

Sumber: WHO, The World Health Report, 2002

B. DERAJAT KESEHATAN

Pada tahun 2001, Singapura merupakan negara ASEAN dengan Umur Harapan Hidup Waktu Lahir yang tertinggi di antara negara-negara ASEAN, yaitu sebesar 78,8 tahun, menyusul kemudian Brunei Darussalam (74,4 tahun), dan Malaysia (71,7 tahun). Sedangkan yang terendah adalah Kamboja (56,2 tahun), menyusul kemudian Laos (57,2 tahun), dan Myanmar (64,1 tahun). Umur Harapan Hidup Waktu Lahir untuk Indonesia sebesar 67,8 tahun.

Healthy Life Expectancy (HALE) yang menggambarkan umur harapan hidup penduduk dalam keadaan sehat merupakan salah satu indikator derajat kesehatan yang baik untuk suatu bangsa/daerah. HALE at Birth (waktu lahir) yang tertinggi di antara negara-negara ASEAN pada tahun 2001 adalah Singapura (68,7 tahun), menyusul kemudian Brunei Darussalam (62,0 tahun), dan Malaysia (60,4 tahun). Sedangkan yang terendah adalah Laos (44,2 tahun), Kamboja (46,4 tahun), dan Myanmar (48,9 tahun). HALE at Birth di Indonesia pada urutan ke 6 di antara 10 negara ASEAN, yaitu sebesar 56,7 tahun (masih di bawah Malaysia dan Brunei Darussalam).

Angka Kematian Bayi (AKB) negara-negara ASEAN pada tahun 2000 yang disampaikan United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (ESCAP) menunjukkan bahwa Kamboja merupakan negara dengan AKB tertinggi (103 per 1000 kelahiran hidup), menyusul kemudian Laos (82,2 per 1000 kelahiran hidup), dan Myanmar (47,1 per 1000 kelahiran hidup). Sedangkan AKB terendah adalah Singapura (2,5 per 1000 kelahiran hidup), Thailand (6,2 per 1000 kelahiran hidup), dan Brunei Darussalam (7,4 per 1000 kelahiran hidup). Pada tahun yang sama AKB

Indonesia dilaporkan sebesar 42 per 1000 kelahiran hidup (lebih rendah dibanding Myanmar, namun masih lebih tinggi dibanding Thailand dan Brunei Darussalam).

Probabilitas Kematian Balita (0-4 tahun) yang terendah di negara-negara ASEAN pada tahun yang sama adalah Singapura (11 per 1000 balita untuk laki-laki dan 8 per 1000 balita untuk perempuan), menyusul kemudian Malaysia (13 untuk laki-laki dan 11 untuk perempuan) dan Brunei Darussalam (14 untuk laki-laki dan juga perempuan). Sedangkan yang tertinggi adalah Kamboja (130 untuk laki-laki dan 114 untuk perempuan), menyusul kemudian Laos (121 untuk laki-laki dan 106 untuk perempuan) dan Myanmar (72 untuk laki-laki dan 55 untuk perempuan). Probabilitas kematian balita di Indonesia pada tahun 2001 menduduki urutan keempat tertinggi yaitu sebesar 50 per 1000 balita untuk laki-laki dan 40 per 1000 balita untuk perempuan. Sebagai perbandingan, pada tahun yang sama, Umur Harapan Hidup Waktu Lahir di Jepang sebesar 81,4 tahun, HALE at Birth sebesar 73,6 tahun, dan Probabilitas Kematian Balita hanya sebesar 5 per 1000 balita untuk laki-laki dan 4 per 1000 balita untuk perempuan.

Umur Harapan Hidup Waktu Lahir, HALE, Angka Kematian Bayi, dan Probabilitas Kematian Balita negara-negara ASEAN dan Jepang pada tahun 2001 dapat dilihat pada tabel berikut ini.

TABEL 61
UMUR HARAPAN HIDUP, HALE, ANGKA KEMATIAN BAYI, DAN
PROBABILITAS KEMATIAN BALITA
DI NEGARA-NEGARA ASEAN DAN JEPANG TAHUN 2001

No.	Negara	Umur Harapan Hidup Waktu Lahir (tahun)	HALE at Birth (tahun)	AKB (per 1000 lh) Th. 2000 ^[a]	Probabilitas Kematian Balita (per 1000 balita)	
					Laki-laki	Perempuan
1.	Brunei Darussalam	74,4	62,0	7,4	14	14
2.	Kamboja	56,2	46,4	103,0	130	114
3.	INDONESIA	67,8	56,7	42,0	50	40
4.	Laos	57,2	44,2	82,2	121	106
5.	Malaysia	71,7	60,4	7,9	13	11
6.	Myanmar	64,1	48,9	47,1	72	55
7.	Filipina	67,7	55,5	31,5	46	33
8.	Singapura	78,8	68,7	2,5	11	8
9.	Thailand	68,9	58,6	6,2	38	31
10.	Vietnam	69,3	58,6	30,0	44	35
11.	Jepang	81,4	73,6	^[b] 3,2	5	4

Sumber: WHO, The World Health Report, 2002

^[a]Statistics Division, United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (ESCAP)

^[b]SEAMIC/IMFJ, SEAMIC Health Statistics, 2001

C. PEMBIAYAAN KESEHATAN

Beberapa indikator tentang pembiayaan kesehatan untuk negara-negara ASEAN pada tahun 2000 adalah: persentase biaya kesehatan terhadap produk domestik bruto (PDB), persentase anggaran pemerintah untuk kesehatan terhadap total anggaran pemerintah, persentase biaya kesehatan oleh masyarakat terhadap total biaya kesehatan, besarnya biaya kesehatan per kapita, serta besarnya anggaran pemerintah untuk kesehatan per kapita.

Pada tahun 2000, negara ASEAN dengan persentase biaya kesehatan terhadap PDB tertinggi adalah Kamboja (sebesar 8,1%), menyusul kemudian Vietnam (5,2%), Thailand (3,7%), dan Singapura (3,5%). Sedangkan yang terendah adalah Myanmar (2,2%), Malaysia (2,5%), dan Indonesia (2,7%).

Di antara negara-negara ASEAN, persentase anggaran pemerintah untuk kesehatan terhadap total anggaran kesehatan yang tertinggi pada tahun 2000 adalah Kamboja (sebesar 20,5%), menyusul kemudian Thailand (11,4%), dan Singapura serta Filipina (keduanya 6,7%). Sedangkan persentase terendah adalah Indonesia (3,1%), Laos (5,0%), dan Brunei Darussalam (5,4%).

Untuk persentase biaya kesehatan yang dikeluarkan masyarakat terhadap total biaya kesehatan yang tertinggi di antara negara-negara ASEAN pada tahun 2000 adalah Myanmar (82,9%), menyusul kemudian Indonesia (76,3%), dan Kamboja (75,7%). Sedangkan yang terendah adalah Brunei Darussalam (20%), Malaysia (41,2%), dan Thailand (42,6%). Ini berarti bahwa besarnya anggaran kesehatan yang disediakan pemerintah Brunei Darussalam terhadap total biaya kesehatan sebesar 80%, selanjutnya di Malaysia mencapai 58,8% dari total biaya kesehatan, dan di Thailand mencapai 57,4% dari total biaya kesehatan. Sedangkan di Indonesia hanya 23,7% dari total biaya kesehatan, di Kamboja hanya 24,3% dari total biaya kesehatan, dan di Myanmar bahkan hanya 17,1%.

Pada tahun yang sama, besarnya ketiga indikator tersebut untuk Jepang adalah persentase total biaya kesehatan terhadap PDB sebesar 7,8%, persentase anggaran pemerintah untuk kesehatan terhadap total anggaran sebesar 15,4%, dan persentase pengeluaran masyarakat untuk kesehatan terhadap total biaya kesehatan sebesar 23,3%. Rincian indikator-indikator tersebut di negara-negara ASEAN dan Jepang pada tahun 2000 dapat dilihat pada tabel berikut ini.

TABEL 62
PERSENTASE ANGGARAN KESEHATAN TERHADAP PDB, PERSENTASE ANGGARAN PEMERINTAH
UNTUK KESEHATAN TERHADAP TOTAL ANGGARAN, DAN PERSENTASE PENGELUARAN
MASYARAKAT UNTUK KESEHATAN TERHADAP TOTAL BIAYA KESEHATAN
DI NEGARA-NEGARA ASEAN DAN JEPANG TAHUN 2001

No.	Negara	Total Biaya Kesehatan terhadap PDB (%)	Anggaran Pemerintah untuk Kesehatan terhadap Total Anggaran (%)	Pengeluaran Masyarakat untuk Kesehatan terhadap Total Biaya Kesehatan (%)
1.	Brunei Darussalam	3.1	5.4	20,0
2.	Kamboja	8.1	20.5	75.5
3.	INDONESIA	2.7	3.1	76.3
4.	Laos	3.4	5,0	62,0
5.	Malaysia	2.5	5.8	41.2
6.	Myanmar	2.2	6.5	82.9
7.	Filipina	3.4	6.7	54.3
8.	Singapura	3.5	6.7	64.3
9.	Thailand	3.7	11.4	42.6
10.	Vietnam	5.2	6.5	74.2
11.	Jepang	7,8	15,4	23,3

Sumber: WHO, The World Health Report, 2002

Besarnya biaya kesehatan per kapita di negara-negara ASEAN pada tahun 2000 menunjukkan bahwa Singapura merupakan negara dengan biaya kesehatan terbesar (US\$ 814), US\$ 290 atau 35,6% di antaranya merupakan anggaran yang dikeluarkan pemerintah. Negara ASEAN dengan biaya kesehatan per kapita terbesar kedua adalah Brunei Darussalam, yaitu sebesar US\$ 490, US\$ 392 (80%) di antaranya bersumber dari anggaran pemerintah. Sedangkan negara dengan biaya kesehatan per kapita yang terendah ialah Laos, yaitu sebesar US\$ 11 (US\$ 4 atau 36,4% di antaranya adalah anggaran pemerintah), menyusul kemudian Kamboja bersama-sama Indonesia dengan US\$ 19 (US\$ 5 atau 26,4% merupakan anggaran pemerintah). Pada tahun yang sama biaya kesehatan per kapita di Jepang sebesar US\$ 2.908 (US\$ 2.230 atau 76,7% di antaranya bersumber dari anggaran pemerintah). Rincian besarnya biaya kesehatan per kapita dan anggaran kesehatan yang bersumber pemerintah di negara-negara ASEAN dan Jepang dapat dilihat pada tabel berikut ini.

TABEL 63
BIAYA KESEHATAN PER KAPITA DAN
ANGGARAN PEMERINTAH UNTUK KESEHATAN PER KAPITA
DI NEGARA-NEGARA ASEAN DAN JEPANG TAHUN 2000

No.	Negara	Biaya Kesehatan per Kapita (US \$)	Anggaran Pemerintah untuk Kesehatan per Kapita	
			US \$	%
1.	Brunei Darussalam	490	392	80,0
2.	Kamboja	19	5	26,3
3.	INDONESIA	19	5	26,3
4.	Laos	11	4	36,4
5.	Malaysia	101	60	59,4
6.	Myanmar	153 ?	26 ?	17,0 ?
7.	Filipina	33	15	45,5
8.	Singapura	814	290	35,6
9.	Thailand	71	41	57,7
10.	Vietnam	21	5	23,8
11.	Jepang	2.908	2.230	76,7

Sumber: WHO, The World Health Report, 2002

Melihat perbandingan-perbandingan tersebut di atas, nampak bahwa di antara negara-negara ASEAN, Indonesia memang bukan yang terburuk. Namun dengan negara-negara seperti Malaysia dan Thailand, yang dulu pernah sejajar, saat ini Indonesia sudah tertinggal.

BAB VII

KESIMPULAN

Dalam kesimpulan ini akan disajikan perbandingan antara pencapaian di tahun 2001 dari indikator-indikator Indonesia Sehat 2010, terhadap target tahun 2001 dan tahun 2010. Sistematika penyajiannya mengikuti model/definisi Indonesia Sehat 2010 sebagaimana diutarakan di bab terdahulu.

A. HASIL AKHIR (DERAJAT KESEHATAN)

1. Mortalitas

Umur Harapan Hidup (UHH) sebesar 67,97 tahun yang tercantum di Profil Kesehatan Indonesia ini adalah hasil perhitungan UHH yang didapat dari Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). Angka Kematian Bayi (AKB) yang tercantum, yaitu sebesar 50 adalah hasil dari Surkesnas 2001, sedangkan Angka Kematian Balita (AKABA) merupakan hasil perhitungan Departemen Kesehatan. Sementara itu, Angka Kematian Ibu (AKI) yang digunakan adalah data tahun 1995, karena belum terdapat data yang lebih mutakhir. Tampaknya memang tidak ditentukan targetnya secara pasti untuk tahun 2001 bagi UHH, AKB, AKABA, dan AKI. Tetapi karena sudah ditetapkan target untuk tahun 2010, maka tetap masih dapat dilakukan pengacuan (benchmarking), yaitu ke target tahun 2010.

Karena pada tahun 2010 ditargetkan AKI sebesar 150, maka tampaknya keadaan tahun 1995 (SKRT) yang sebesar 373, masih amat jauh dari tolok ukur. Demikian juga untuk AKABA yang ditargetkan menjadi 58 pada tahun 2010 (pencapaian tahun 2001: 64). Bahkan yang lebih menimbulkan kekhawatiran adalah bila disimak AKB tahun 2001. Bila dibandingkan dengan AKB yang ingin dicapai di tahun 2010, angka tahun 2001 masih jauh. Namun yang lebih dikhawatirkan adalah kecenderungan terjadinya stagnasi AKB. Menurut kompilasi angka AKB dari berbagai survei nasional (Susenas, Supas, SDKI dan SP) AKB Indonesia belum pernah melampaui angka di bawah 45 per 1000. AKB menurut SDKI 97 diperhitungkan sebesar 46 per 1000. SP 2000 memberikan angka 47 per 1000 dan Susenas 2001 menunjukkan angka sekitar 50 per 1000. AKI sebagai indikator kesehatan ibu masih tinggi bahkan tertinggi di antara negara tetangga. AKI dilaporkan 450 per 100.000 menurut SKRT 1986, 390 per 100.000 menurut SDKI 1994, dan SKRT 1995 melaporkan 373 per 100.000. Seperti halnya AKB ada indikasi AKI pada akhir-akhir ini juga stagnan. Kesemuanya itu lalu menyebabkan keraguan dalam pencapaian target tahun 2010 untuk UHH. Dengan keadaan variabel penentu yang demikian itu, mungkinkah UHH tahun 2010 mencapai 70 tahun? Walaupun pada saat ini sudah 67,97 tahun.

Angka kematian pneumonia pada balita yang saat ini 6 berarti meleset dari target tahun 2001 yang ditetapkan sebesar 4,6 saja. Demikian pula untuk pencapaian angka

kematian diare pada balita tahun 2001 yang terpaut 2,97 dengan target tahun 2010. Bila dibandingkan dengan target tahun 2010 bahkan masih lebih jauh lagi (kematian pneumonia: 2, kematian diare: 1).

2. Morbiditas

Penyakit-penyakit yang tercantum dalam indikator Indonesia Sehat adalah penyakit-penyakit yang berkaitan dengan komitmen global. Untuk malaria, indikator yang digunakan adalah Annual Parasite Incidence (API) dengan mengacu angka dari Jawa-Bali. Beberapa tahun terakhir ini malaria memang cenderung meningkat (reemerging). Oleh karena itu maka target tahun 2001 yang sebesar 0,45 per-1.000, hanya tercapai 0,62 per-1.000. Ke target tahun 2010 yang 0,5 per-1.000 masih agak jauh. DBD juga cenderung meningkat dan bahkan menyebar. Target angka kesakitan BDB tahun 2001 sebesar 5,7 per-100.000 tidak tercapai, karena pada kenyataannya angka kesakitan BDB di tahun 2001 justru melonjak menjadi 17,2 per 100.000. Tentu saja untuk mencapai target tahun 2010 yang <1 per-100.000 diperlukan kerja keras. Pemberantasan TBC dari sisi pengobatannya tampaknya cukup menggembirakan. Target kesembuhan penderita TBC tahun 2001 yang sebesar 85%, ternyata dapat dicapai. Dengan demikian ke arah pencapaian target tahun 2010 (>85%) akan lebih mudah. Prevalensi HIV/AIDS sejauh ini juga masih dapat dipertahankan <1, walaupun di beberapa kantong memang terjadi peningkatan. Bila upaya-upaya untuk meredam peningkatan ini dapat dilakukan, maka target tahun 2010 untuk setidaknya-tidaknya mempertahankan prevalensi tetap <1 akan tercapai. Sementara itu, menuju ke arah Indonesia Bebas Polio, target AFP <1 tampaknya akan dapat dicapai, walaupun target tahun 2001 yang sebesar 0,6 pencapaiannya meleset sedikit (pencapaian tahun 2001:1).

3. Status Gizi

BBLR diharapkan pada tahun 2010 tinggal 5%, dan target tahun 2001 adalah 13%. Ternyata target tahun 2001 ini telah dapat jauh terlampaui, karena di tahun 2001 ini BBLR dilaporkan hanya ada 6,9%. Namun demikian gizi balita tampaknya belum berhasil ditangani dengan baik. Target balita bergizi baik sebanyak 80% baik untuk tahun 2001 maupun 2010, ternyata hanya tercapai 64,14% di tahun 2001. Persentase ibu hamil yang anemia yang pada tahun 2010 ditargetkan 45% dan di tahun 2001 50% ternyata tercapai 50,9%. Ini berarti pencapaian tidak jauh dari target yang diharapkan. Pencapaian target penurunan prevalensi GAKY juga sangat menggembirakan. Target tahun 2001 yang 64,5% ternyata jauh terlampaui sehingga mencapai 17,91%, walaupun ini masih jauh dari target tahun 2010 (yang hanya 6%). Sedangkan persentase WUS yang menderita KEK, target (20%) belum dapat dicapai (21,53%). Padahal target tahun 2010 masih jauh (10%).

B. HASIL ANTARA

1. Keadaan Lingkungan

Persentase keluarga yang memiliki air minum sehat pada tahun 2001 ditargetkan sebanyak 77,5%. Walaupun meleset, tetapi pencapaian tahun 2001 cukup memuaskan (75%). Namun demikian ke arah target tahun 2010 yang 94% memang masih jauh.

Persentase keluarga yang memiliki akses jamban sehat juga demikian. Dari target tahun 2001 sebesar 63%, dapat dicapai sebanyak 61,8% (target tahun 2020: 85%). Yang sedikit mengecewakan adalah pencapaian untuk pengelolaan sampah dan air limbah. Persentase keluarga yang mengelola sampah dengan baik, yang pada tahun 2001 ditargetkan 47%, hanya tercapai 18% (target tahun 2010: 80%). Sedangkan persentase keluarga yang mengelola air limbah dengan aman, yang pada tahun 2001 ditargetkan 47% juga, hanya tercapai 25% (target tahun 2010: 86%).

2. Perilaku Masyarakat

Membiasakan masyarakat untuk berolahraga secara teratur dan memanfaatkan pelayanan kesehatan, rupanya merupakan hal yang sulit sekali dilakukan. Persentase penduduk yang berolahraga secara teratur, tahun 2001 ditargetkan sebanyak 30%. Tetapi ternyata yang dapat dicapai di tahun 2001 hanya 22,6% (target tahun 2010: 70%). Persentase penduduk yang memanfaatkan pelayanan kesehatan hanya tercapai 40% di tahun 2001 ini (target tahun 2001: 65% dan target tahun 2010: 80%). Persentase penduduk yang tidak merokok, walaupun angkanya masih agak diragukan, tetapi angka itu menunjukkan dilampauinya target tahun 2001. Target yang ingin dicapai 70%, sementara yang berhasil dicapai 72,3% (target tahun 2010: 80%). Target tahun 2001 untuk persentase desa yang memiliki UKBM (90%) juga dapat dilampaui (92%). Ke arah pencapaian target tahun 2010 (100%), betapa pun masih cukup jauh. Penduduk yang tercakup JPKM memang masih sangat rendah bila dibanding target tahun 2010 (80%). Namun demikian, target tahun 2001 yang sebesar 18%, ternyata dapat dilampaui (20,2%).

3. Mutu dan Akses Pelayanan Kesehatan

Target untuk meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan, baik melalui peningkatan jumlah sarana kesehatan dasar maupun sarana kesehatan rujukan, tampaknya dapat dicapai dengan cukup baik. Rasio Puskesmas terhadap 100.000 penduduk yang pada tahun 2001 ditargetkan 4, ternyata dapat dicapai 3,5 (target tahun 2010: 8). Rasio Puskesmas Pembantu terhadap Puskesmas yang tahun 2001 ditargetkan 3, dapat dicapai 2,9 (target tahun 2010: 5). Rasio Rumah Sakit terhadap 500.000 penduduk yang pada tahun 2001 ini ditargetkan 3, ternyata dapat dicapai 2,8 (target tahun 2010: 6). Sedangkan Rasio Tempat Tidur RS terhadap 100.000 penduduk dapat dicapai 61 dari target tahun 2001 sebesar 65 (target tahun 2010: 75). Sementara itu, target kepuasan penduduk dalam menggunakan pelayanan rawat jalan maupun rawat inap dapat dilampaui. Persentase penduduk yang puas terhadap rawat jalan di tahun 2001 ditargetkan hanya 80%. Demikian juga untuk rawat inap. Ternyata kedua target itu dapat dilampaui, yaitu masing-masing dapat mencapai 90%, sesuai dengan target untuk tahun 2010. Karena data pencapaian tentang kepuasan ini diperoleh dari survei, tentu tidak dapat mewakili gambaran secara keseluruhan. Oleh karena upaya untuk meningkatkan kepuasan penduduk harus terus dilakukan.

C. PEMBANGUNAN KESEHATAN

1. Pelayanan Kesehatan

Persentase ibu hamil yang mendapat pelayanan K4 ternyata dapat melampaui target. Target tahun 2001 yang sebesar 71% dapat dicapai sebesar 74,25%. Namun demikian angka ini memang masih sangat jauh dari target tahun 2010 yang sebesar 90%. Demikian juga yang terjadi pada pertolongan persalinan. Target tahun 2001 untuk persentase pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang sebesar 66%, ternyata dapat dilampaui, yaitu mencapai 67,69%. Tetapi ini pun masih jauh dari target tahun 2001 yang sebesar 90%. Dari segi gizi, perawatan terhadap ibu hamil dapat dikatakan masih kurang memuaskan. Walaupun persentase ibu hamil yang mendapat tablet Fe(3) pencapaiannya (63%) melampaui target (60%), tetapi persentase ibu hamil yang mendapat kapsul yodium yang ditargetkan 40%, ternyata hanya tercapai 37,9%. Padahal target tahun 2001 untuk kedua hal itu masih sangat jauh dibanding target tahun 2010 (masing-masing 90%). Pelayanan kesehatan untuk bayi dapat dikatakan baik. Persentase bayi baru lahir yang mendapat kunjungan tenaga kesehatan mencapai 76,26%, yang berarti melampaui target yang 70%. Persentase bayi yang mendapat imunisasi campak mencapai 87,3%, sedangkan target tahun 2001 sebesar 85%. Namun demikian kedua prestasi tersebut memang masih cukup jauh dari target tahun 2010 yang masing-masing sebesar 90% dan 100%. Pelayanan kesehatan terhadap balita yang tampaknya kurang memuaskan. Persentase balita yang mendapat kapsul vitamin A, yang seharusnya 90% untuk tahun 2001 (dan 100% untuk tahun 2010), hanya dicapai 51%.

Walaupun persentase kesembuhan TBC Paru cukup bagus, tetapi cakupan pengobatannya ternyata masih rendah. Dari target tahun 2001 sebesar 85% hanya tercapai 60,9% (target tahun 2010: 100%). Untuk menurunkan angka kesakitan DBD, pencapaian target persentase rumah/bangunan yang bebas jentik nyamuk, cukup menggembirakan. Target tahun 2001 (82%) dapat sedikit dilampaui (83%). Namun demikian untuk mencapai target tahun 2010 (95%) tampaknya juga masih cukup jauh. Perawatan kesehatan gigi, khususnya bagi anak-anak, juga masih memerlukan peningkatan. Target tahun 2001 untuk persentase murid SD/MI yang tercakup perawatan kesehatan gigi (60%), hanya dapat dicapai 55,79% (target tahun 2010: 100%).

2. Manajemen Kesehatan

Manajemen kesehatan tampaknya masih menghadapi tantangan yang cukup berat. Tenaga kesehatan memang masih sangat kurang jumlahnya (belum lagi kualitas dan pemerataannya). Target tahun 2001 pun yang cukup rendah, masih tidak dapat terpenuhi. Rasio dokter terhadap 100.000 penduduk, yang ditargetkan 11 untuk tahun 2001, ternyata hanya tercapai 10,6. Padahal tahun 2010 ditargetkan 40. Rasio dokter gigi terhadap 100.000 penduduk, yang untuk tahun 2001 ditargetkan 3, hanya tercapai 2,7 (target tahun 2010: 11). Rasio perawat terhadap 100.000 penduduk, yang tahun 2001 ditargetkan 45, hanya tercapai 43 (target tahun 2010: 117,5). Sedangkan rasio bidan terhadap 100.000 penduduk, yang pada tahun 2001 ditargetkan 9, hanya tercapai 7,9. Padahal target tahun 2010 adalah 100.

Sistem Informasi Kesehatan pun belum berkembang dengan baik. Semenjak berlakunya otonomi daerah, kegiatan pelaporan data memang menurun drastis. Dengan demikian penyusunan Profil Kesehatan pun menjadi tersendat. Persentase Kabupaten/

Kota yang memiliki Profil Kesehatan, pada tahun 2001 ditargetkan 70% saja. Tetapi target ini pun tidak tercapai (hanya tercapai 65%). Sedangkan target untuk tahun 2010 adalah 100%. Dalam tahun 2001, Provincial Health Account juga belum dikembangkan. Oleh karena itu wajar bila belum satu pun provinsi yang memiliki Provincial Health Account. Kesemuanya itu masih diperparah dengan keadaan anggaran kesehatan daerah. Tahun 2001 ditargetkan setiap kabupaten/kota mengalokasikan anggarannya sebesar 10% untuk kesehatan. Kenyataannya, rata-rata mereka hanya mengalokasikan 2-6% saja dari APBDnya untuk kesehatan.

3. Kontribusi Sektor-sektor Terkait

Pencapaian derajat kesehatan memang harus didukung oleh upaya-upaya dari sektor-sektor lain terkait. Namun pada tahun 2001 ini, dukungan sektor-sektor terkait itu tampaknya belum terasa benar. Yang dapat dikatakan cukup baik adalah dari sektor pendidikan dan sektor keluarga berencana. Penduduk yang melek huruf, pada tahun 2001 mencapai 88,25% (target 2010: 95%), sedangkan akseptor KB mencapai 52,5% dari PUS (target tahun 2001: 60%, tahun 2010: 66%). Sektor-sektor lain, bila diacu ke target tahun 2010, tampaknya masih jauh. Di tahun 2001 ini, laju pertumbuhan penduduk masih 1,2 (target tahun 2010: 1), penduduk yang tinggal di perkotaan baru 43,13% (target tahun 2010: 60%), penduduk miskin masih 18,4% (target tahun 2010: 5%), angkatan kerja yang menganggur masih 5% (target tahun 2010: <2%), dan pendapatan per-kapita baru Rp. 6.400.000 (target tahun 2010: Rp. 10.500).

D. PERBANDINGAN DENGAN NEGARA LAIN

Di antara negara-negara yang tergabung dalam ASEAN, Indonesia merupakan negara yang paling besar jumlah penduduknya yaitu mencapai 208.405 ribu jiwa pada tahun 2001. Pada periode tahun 1991 - 2001, Indonesia merupakan negara dengan laju pertumbuhan penduduk terendah kedua (1,5%) setelah Singapura (0,8%), sedangkan yang tertinggi adalah Kamboja (3,0%). Sementara itu, angka beban tanggungan di Indonesia termasuk yang rendah (54%), di mana yang terendah adalah Singapura (41%).

Pada tahun 2001, umur harapan hidup waktu lahir penduduk Indonesia sebesar 67,8 tahun. Di antara negara-negara ASEAN, yang tertinggi adalah Singapura (78,8 tahun) dan yang terendah adalah Kamboja (56,2 tahun). HALE at birth penduduk Indonesia pada tahun 2001 berada pada urutan ke 6 di antara 10 negara ASEAN yaitu sebesar 56,7 tahun, dimana yang tertinggi adalah Singapura (68,7 tahun) dan yang terendah adalah Laos (44,2 tahun). Pada tahun 2000, AKB Indonesia termasuk tertinggi keempat yaitu sebesar 42 per 1000 kelahiran hidup, setelah Kamboja (103 per 1000 lh), Laos, dan Myanmar, sedangkan AKB terendah adalah Singapura (2,5 per 1000 lh). Sementara itu, probabilitas kematian balita di Indonesia pada tahun 2001 menduduki urutan keempat tertinggi, yaitu sebesar 50 per 1000 balita untuk laki-laki dan 40 per 1000 balita untuk perempuan, di mana yang terendah adalah Singapura (11 per 1000 balita untuk laki-laki dan 8 per 1000 balita untuk perempuan) dan yang tertinggi adalah Kamboja (130 untuk laki-laki dan 114 untuk perempuan).

Pada tahun 2001, di antara negara-negara ASEAN, Indonesia termasuk negara dengan persentase biaya kesehatan terhadap PDB yang rendah yaitu sebesar 2,7%, di

mana yang tertinggi adalah Kamboja (8,1%) dan yang terendah adalah Myanmar (2,2%). Sedangkan persentase anggaran pemerintah untuk kesehatan terhadap total anggaran kesehatan terendah adalah Indonesia (3,1%) dan yang tertinggi Kamboja (sebesar 20,5%). Sementara itu, persentase biaya kesehatan yang dikeluarkan masyarakat terhadap total biaya kesehatan di Indonesia sebesar 76,3% yaitu tertinggi kedua setelah Myanmar (82,9%), di mana yang terendah adalah Brunei Darussalam (20%). Selanjutnya, besarnya biaya kesehatan per kapita Indonesia pada tahun 2000 termasuk yang terendah bersama-sama Kamboja yaitu sebesar US\$ 19 setelah Laos US\$ 11, sedangkan yang terbesar adalah Singapura US\$ 814.

Pencapaian derajat kesehatan Indonesia tahun 2001 dibandingkan dengan negara-negara di Asia Tenggara masih perlu ditingkatkan. Dengan demikian secara umum dapat disimpulkan bahwa pada tahun 2001 ini, di antara negara-negara ASEAN, Indonesia memang bukan yang terburuk, namun dengan negara-negara seperti Malaysia dan Thailand, yang dulu pernah sejajar, saat ini Indonesia relatif sudah tertinggal.

E. KESIMPULAN UMUM

Dengan demikian secara umum dapat disimpulkan bahwa pada tahun 2001 ini pencapaian target-target untuk sebagian besar indikator Indonesia Sehat 2010 masih jauh. Dari segi masukan dan proses (Pembangunan Kesehatan), beberapa hal patut dikemukakan, yaitu:

1. Pelayanan untuk ibu, bayi, dan anak, baik pelayanan ante-natal, persalinan, maupun post-natal, termasuk pelayanan gizi, pelayanan imunisasi, dan manajemen penyakit pada balita (khususnya pneumonia dan diare) perlu terus ditingkatkan.
2. Manajemen kesehatan perlu mendapatkan prioritas untuk peningkatannya, terutama dalam hal pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan dan anggaran kesehatan, serta dukungan data dan informasi. Berkaitan dengan itu, berbagai upaya untuk meningkatkan cakupan penduduk dalam JPKM atau sistem jaminan kesehatan yang lain harus terus digalakkan.
3. Namun demikian, keberhasilan Pembangunan Kesehatan tidak dapat dipikulkan hanya kepada sektor kesehatan. Kontribusi sektor-sektor lain terkait perlu diperhatikan bila diinginkan agar target-target yang telah ditetapkan untuk Indonesia Sehat 2010 dapat dicapai.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik; *Estimasi Parameter Demografi SUPAS 1995*, BPS, Jakarta 1995
- _____ ; *Gender Statistics and Indicators*, BPS, Jakarta, 2000
- _____ ; *Indonesia, Laporan Pembangunan Manusia 2001, Menuju Konsensus Baru: Demokrasi dan Pembangunan Manusia di Indonesia*, BPS-Bappenas-UNDP, Jakarta, 2001
- _____ ; *Indikator Kesejahteraan Anak 2000*, BPS, Jakarta, 2000
- _____ ; *Indikator Kesejahteraan Rakyat 1999*, BPS, Jakarta, 2000
- _____ ; *Penduduk Indonesia, Hasil Sensus Penduduk Tahun 1990*, BPS, Jakarta, 1992
- _____ ; *Penduduk Indonesia, Hasil Sensus Penduduk Tahun 2000*, BPS, Jakarta, 2000
- _____ ; *Profil Kesehatan Ibu dan Anak 2001*, BPS, Jakarta, 2002
- _____ ; *Proyeksi Penduduk Indonesia Per Propinsi Tahun 1995 - 2005*, BPS, Jakarta
- _____ ; *Statistik Indonesia 2001*, BPS, Jakarta, 2002
- _____ ; *Statistik Kesejahteraan Rakyat 2000*, BPS, Jakarta, 2000
- _____ ; *Statistik Kesejahteraan Rakyat 2001*, BPS, Jakarta, 2001
- _____ ; *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI)*, BPS/BKKBN/Depkes, Jakarta 1997
- Departemen Kesehatan; *Data Informasi Kependudukan Menurut Sensus Tahun 1971, 1980, 1990, Supas 1995 dan Proyeksinya, Edisi Keenam Tahun 2000*, Pusdatinkes, Jakarta 2000
- _____ ; *Data Informasi Kependudukan Menurut Sensus Tahun 1971, 1980, 1990, 2000, dan Proyeksinya, Edisi Ketujuh Tahun 2002*, Pusdatin, Jakarta 2002

- _____; *Data Surveilans Tahun 2000*, Direktorat Epim-Kesma, Ditjen PPM-PL, Jakarta, 2001
- _____; *Indikator Indonesia Sehat 2010: Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan RI*, Depkes, Jakarta, 2002
- _____; *Kebijakan dan Strategi Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKNAS)*, Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 511/MENKES/SK/V/2002, Depkes, Jakarta, 2002
- _____; *Profil Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan 2001*, Ditjen PPM-PL, Jakarta, 2002
- _____; *Publikasi Hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga 1995*, Badan Litbangkes, Jakarta, 1996
- _____; *Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Indikator Menuju Indonesia Sehat 2010: Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan RI*, Depkes, Jakarta, 2002
- _____; *Recana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010*, Depkes, Jakarta, 1999
- _____; *Recana Strategis Pembangunan Kesehatan 2001-2004*, Depkes, Jakarta, 2001
- _____; *Survei Kesehatan Nasional 2001, Laporan Data Susenas 2001: Status Kesehatan, Pelayanan Kesehatan, Perilaku Hidup Sehat, dan Kesehatan Lingkungan*, Badan Litbangkes, Jakarta, 2001
- _____; *Survei Kesehatan Nasional 2001, Laporan Studi Mortalitas 2001: Pola Penyakit Penyebab Kematian di Indonesia*, Badan Litbangkes, Jakarta, 2001
- _____; *Survei Kesehatan Rumah Tangga Tahun 1995*, Jakarta, 1995
- Departemen Dalam Negeri dan Otonomi Daerah; *Keputusan Menteri Dalam Negeri dan Otonomi Daerah Nomor 13 Tahun 2001*, Depdagri-Otda, Jakarta, 2001
- Dinas Kesehatan Provinsi se Indonesia; *Profil Kesehatan Provinsi 2002*, Dinkes Provinsi, 2002
- Indonesia; Undang-undangan Nomor 25 Tahun 2001 Tentang Program Pembangunan Nasional (Propenas) Tahun 2001-2004, Bappenas, Jakarta, 2001
- SEAMIC; *SEAMIC Health Statistic 1996*, SEAMIC/IMFJ, Tokyo, 1997
- _____; *SEAMIC Health Statistic 1997*, SEAMIC/IMFJ, Tokyo, 1998

_____; *SEAMIC Health Statistic 1998*, SEAMIC/IMFJ, Tokyo, 1999

_____; *SEAMIC Health Statistic 1999*, SEAMIC/IMFJ, Tokyo, 2000

_____; *SEAMIC Health Statistic 2000*, SEAMIC/IMFJ, Tokyo, 2001

_____; *SEAMIC Health Statistic 2001*, SEAMIC/IMFJ, Tokyo, 2002

UNDP; *Human Development Report 1997*, UNDP, 1997

UNICEF; *Situasi Kesehatan Anak di Dunia*. UNICEF, Jakarta 1997

WHO; *The World Health Report 1999*, WHO-Geneva, 2000

_____; *The World Health Report 2000*, WHO-Geneva, 2001

_____; *The World Health Report 2001*, WHO-Geneva, 2002

TIM PENYUSUN

Pengarah

Dr. Dadi S. Argadiredja, MPH
Sekretaris Jenderal Depkes RI

Ketua

Bambang Hartono, SKM, MSc, MM
Kepala Pusat Data dan Informasi Depkes

Anggota

Dra. Rahmaniar Brahim, Apt, MKes
Endang Sri Widyaningsih, SKM, MKes
Hary Purwanto, SKM, MKes, MMSI
Arin Wilujeng Hartati, SKM
Aris Purwanto, BE, SKM, MKes
Boga Hardhana, SSi, MM
Dwiari, SKM
Machyati, SKM, MKes
Drs. Mudjihardjo, MKes
Dr. Pattiselano Robert Johan, MARS
Sugito, SKM, MKes
Sunaryadi, SKM, MKes
Yudianto, SKM

Sekretariat

Slamet Basuki
Yudha Nugraha, AMD