



**GERMAS**  
Gerakan Masyarakat  
Hidup Sehat



KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK  
INDONESIA

**bangga  
melayani  
bangsa**

**BerAKHLAK**  
Berorientasi Pelayanan Akuntabel Kompeten  
Harmonis Loyal Adaptif Kolaboratif



# PROFIL KESEHATAN PROVINSI MALUKU UTARA TAHUN 2024

**PEMERINTAH PROVINSI MALUKU UTARA  
DINAS KESEHATAN**

JL. RAYA SULTAN NUKU NO 40, SOFIFI



[www.dinkes.malutprov.co.id](http://www.dinkes.malutprov.co.id)



[dinkesmalut](#)



[Dinkes Malut](#)



[dinaskesehatanmalut](#)

Diterbitkan oleh :  
**DINAS KESEHATAN  
PROVINSI MALUKU UTARA**

Jl. Km 40, Sofifi

*E-Mail* : [dinkes.mu@gmail.com](mailto:dinkes.mu@gmail.com)

## **TIM PENYUSUN**

**Pembimbing** : Kepala Dinas Kesehatan

**Ketua** : Sekretaris Dinas Kesehatan

**Sekretaris** : Koordinator Perencanaan

**Tim Editor** : Tim Perencanaan

### **Penanggung Jawab Penyusun Profil Bidang Pelayanan Kesehatan**

**Koordinator** : Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan

**Anggota** : 1. Kasie Pelayanan Kesehatan Rujukan  
2. Kasie Pelayanan Kesehatan Primer

### **Penanggung Jawab Penyusun Profil Bidang Kesehatan Masyarakat**

**Koordinator** : Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat

**Anggota** : 1. Kasie Promosi Kesehatan  
2. Kasie Kesehatan Masyarakat & Gizi

### **Penanggung Jawab Penyusun Profil Bidang Pencegahan & Pengendalian Penyakit**

**Koordinator** : Kepala Bidang Pencegahan & Pengendalian Penyakit

**Anggota** : 1. Kasie Pencegahan dan Pengendalian Peny. Menular  
2. Kasie Surveilans & Imunisasi

### **Penanggung Jawab Penyusun Profil Bidang Sumber Daya Kesehatan**

**Koordinator** : Kepala Bidang Sumber Daya Kesehatan

**Anggota** : 1. Kasie Kefarmasian  
2. Kasie SDM Kesehatan

### **Koordinator Kesekretariatan**

**Koordinator** : Kasubag Umum & Kepegawaian

**Anggota** : 1. Koordinator Keuangan  
2. Kasie Pelayanan Kesehatan Primer

**Tim Pengumpul Data** : Staf Perencanaan

## **KATA PENGANTAR**

### **KEPALA DINAS KESEHATAN PROVINSI MALUKU UTARA**

*P*uji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala limpahan rahmat dan karuniaNya sehingga kami dapat menyelesaikan penyusunan Profil Kesehatan Provinsi Maluku Utara tahun 2024.

Profil Kesehatan Provinsi Maluku Utara tahun 2024 merupakan salah satu upaya mewujudkan akuntabilitas Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara dalam menyampaikan data dan informasi terkait kesehatan yang terjadi di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024 kepada Pemerintah Pusat, Pemerintahan Daerah dan Masyarakat.

Profil Kesehatan Provinsi Maluku Utara tahun 2024 ini berisi berbagai data dan informasi terkait kesehatan, baik itu ; data umum, data derajat kesehatan, data upaya kesehatan, data sumber daya kesehatan dan data terkait kesehatan lainnya. Data dan Informasi tersebut di harapkan dapat menjadi salah satu sumber acuan bagi para penentu kebijakan baik itu di Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah.

Kami menyadari bahwa masih terdapat kekurangan dalam penyusunan Profil Kesehatan tahun 2024 ini. Kami berharap masukan dan saran dari berbagai pihak agar mendorong Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara dalam Penyusunan Profil Kesehatan tahun mendatang kearah yang lebih baik lagi.

Sofifi, Agustus 2025

**Kepala Dinas Kesehatan**

**Provinsi Maluku Utara**



**Dr. Julys Giscard Kroons**

Nip. 19800704 200804 1 001

KATA PENGANTAR .....	Error! Bookmark not defined.
<b>TIM PENYUSUN</b> .....	<b>i</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>i</b>
DAFTAR GAMBAR .....	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR TABEL .....	Error! Bookmark not defined.
<b>BAB I DEMOGRAFI</b> .....	<b>1</b>
A. KONDISI GEOGRAFIS .....	1
1. Luas wilayah.....	2
2. Jumlah Desa Kelurahan .....	3
B. JUMLAH PENDUDUK .....	4
1. Jumlah Penduduk Menurut Jenis Umur dan Kelompok Umur .....	4
2. Kepadatan Penduduk.....	5
3. Tingkat Ketergantungan/ <i>Dependency Ratio</i> .....	6
C. KEADAAN PENDIDIKAN.....	6
<b>BAB II SARANA KESEHATAN</b> .....	<b>9</b>
A. PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT.....	9
Perkembangan Puskesmas Rawat Inap dan Puskesmas Non Rawat Inap.....	14
B. JARINGAN PUSKESMAS .....	16
C. JEJARING PUSKESMAS .....	19
1. Klinik .....	19
2. Praktik Mandiri Tenaga Kesehatan .....	23
D. RUMAH SAKIT.....	25
1. Klasifikasi Rumah Sakit .....	26
2. Rumah Sakit Berdasarkan Kepemilikan .....	27
3. Rasio Jumlah Tempat Tidur Rumah Sakit per 1000 Penduduk. 27	

4.	Akreditasi Rumah Sakit .....	29
5.	Tingkat Kelulusan Akreditasi Rumah Sakit.....	31
6.	Kunjungan Rumah Sakit.....	31
7.	Indikator Pelayanan Rumah Sakit .....	33
<b>E.</b>	<b>KETERSEDIAAN OBAT DAN VAKSIN.....</b>	<b>35</b>
1.	Persentase Puskesmas dengan Ketersediaan Obat Esensial ...	35
2.	Persentase Kabupaten/Kota dengan Ketersediaan Obat Esensial .....	41
3.	Persentase Puskesmas dengan Ketersediaan Vaksin Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) .....	42
<b>F.</b>	<b>SARANA KEFARMASIAN DAN ALAT KESEHATAN .....</b>	<b>43</b>
1.	Sarana Produksi Kefarmasian dan Alat Kesehatan .....	43
2.	Sarana Distribusi Kefarmasian dan Alat Kesehatan.....	43
<b>G.</b>	<b>UPAYA KESEHATAN BERSUMBER DAYA MASYARAKAT.....</b>	<b>45</b>
<b>BAB III</b>	<b>TENAGA KESEHATAN.....</b>	<b>47</b>
<b>A.</b>	<b>JUMLAH TENAGA KESEHATAN .....</b>	<b>47</b>
1.	Tenaga Kesehatan Di Puskesmas .....	49
2.	Tenaga Kesehatan Di Rumah Sakit .....	63
<b>B.</b>	<b>REGISTRASI TENAGA KESEHATAN .....</b>	<b>75</b>
1.	Pendayagunaan Tenaga Kesehatan di Provinsi Maluku Utara ..	77
2.	Penugasan Khusus (Nusantara Sehat).....	78
3.	Pendayagunaan Dokter Spesialis .....	80
4.	Program Internship Dokter Indonesia.....	81
5.	Program Pendidikan Dokter Spesialis.....	83
9.	Tenaga Kerja Kesehatan Indonesia.....	90
10.	Tenaga Kesehatan Warga Negara Asing (TKWNA).....	90
<b>BAB IV</b>	<b>PEMBIAYAAN KESEHATAN .....</b>	<b>91</b>
<b>A.</b>	<b>ANGGARAN DINAS KESEHATAN .....</b>	<b>91</b>

B. BELANJA KESEHATAN DAN JAMINAN KESEHATAN.....	92
<b>BAB V KESEHATAN KELUARGA.....</b>	<b>100</b>
A. KESEHATAN IBU.....	100
1. Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil.....	102
2. Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin.....	105
3. Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas.....	109
4. Pelayanan Komplikasi Kebidanan.....	111
5. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Calon Pengantin.....	113
6. Pelayanan Keluarga Berencana (KB).....	116
7. Pelayanan Imunisasi Tetanus Difteri bagi Wanita Usia Subur (WUS).....	118
8. Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) pada Ibu Hamil.....	120
B. KESEHATAN ANAK.....	124
1. Pelayanan Kesehatan Neonatal.....	127
2. Pelayanan Kesehatan Bayi dan Kesehatan Anak Balita.....	132
3. Imunisasi.....	140
4. Pelayanan Kesehatan Usia Sekolah dan Remaja.....	145
C. GIZI.....	154
1. Prevalensi <i>Underweight</i> pada Balita.....	156
2. Prevalensi <i>Stunting</i> pada Balita.....	159
3. Prevalensi <i>Wasting</i> pada Balita.....	163
4. Prevalensi <i>Overweight</i> pada Balita.....	167
D. UPAYA PENCEGAHAN DAN PENANGANAN MASALAH GIZI.....	169
1. Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan Pemberian ASI Eksklusif.....	169
2. Penimbangan Balita.....	173
3. Pemberian Kapsul Vitamin A pada Bayi 6-11 Bulan.....	175
4. Pemberian Kapsul Vitamin A pada Balita 12-59 Bulan.....	177

5. Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) bagi Remaja Putri (Rematri) .....	179
6. Pemberian Makanan Tambahan (PMT) .....	182
<b>E. USIA LANJUT .....</b>	<b>184</b>
<b>F. KESEHATAN JIWA.....</b>	<b>188</b>
<b>G. PELAYANAN KESEHATAN TRADISIONAL .....</b>	<b>191</b>
<b>BAB VI PENGENDALIAN PENYAKIT .....</b>	<b>197</b>
<b>A. PENYAKIT MENULAR LANGSUNG .....</b>	<b>197</b>
1. Tuberkulosis (TBC) .....	197
2. <i>Human Immunodeficiency Virus (HIV)</i> .....	206
3. Kusta .....	208
4. Diare .....	211
5. Pneumonia .....	213
6. Hepatitis .....	215
<b>B. PENYAKIT YANG DAPAT DICEGAH DENGAN IMUNISASI (PD3I) ..</b>	<b>217</b>
1. Tetanus Neonatorum .....	217
2. Campak .....	217
3. Difteri .....	218
4. Polio dan <i>Acute Flaccid Paralysis (AFP)</i> / Lumpuh Layu .....	218
5. Pertusis .....	220
<b>C. PENYAKIT TULAR VEKTOR DAN ZONOSIS .....</b>	<b>220</b>
1. Demam Berdarah Dengue (DBD).....	220
2. Filariasis.....	223
3. Malaria .....	223
<b>D. PENYAKIT TIDAK MENULAR.....</b>	<b>226</b>
1. Pelayanan Kesehatan Usia Produktif menurut Jenis Kelamin. 226	
2. Tekanan Darah Tinggi (Hipertensi).....	226
3. Diabetes Melitus (DM) .....	229

4. Deteksi Dini Kanker Leher Rahim dan Payudara.....	230
E. KEJADIAN LUAR BIASA (KLB) .....	234
<b>BAB VII KESEHATAN LINGKUNGAN .....</b>	<b>238</b>
F. AIR MINUM .....	239
G. AKSES SANITASI LAYAK .....	241
H. SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT (STBM) .....	243
I. TEMPAT DAN FASILITAS UMUM (TFU) YANG DILAKUKAN PENGAWASAN SESUAI STANDAR .....	244
J. TEMPAT PENGELOLAAN PANGAN (TPP) .....	246
K. KABUPATEN / KOTA SEHAT (KKS).....	248
L. PENGELOLAAN LIMBAH DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN .....	251
1. Pengelolaan Limbah di Puskesmas .....	252
2. Pengelolaan Limbah di Fasyankes Rumah Sakit.....	254

# BAB I

## DEMOGRAFI

### A. KONDISI GEOGRAFIS

Provinsi Maluku Utara termasuk salah satu provinsi yang terletak di Indonesia bagian timur Indonesia dan berada diantara 3° Lintang Utara hingga 3° Lintang Selatan dan 124° hingga 129° Bujur Timur dengan batas wilayah sebagai berikut:

- Sebelah Utara : Samudera Pasifik
- Sebelah Selatan : Laut Seram
- Sebelah Barat : Laut Maluku
- Sebelah Timur : Laut Halmahera

(Sumber : Maluku Utara dalam Angka 2024, BPS Maluku Utara 2025)

Gambar 1. 1 Peta Administrasi Provinsi Maluku Utara



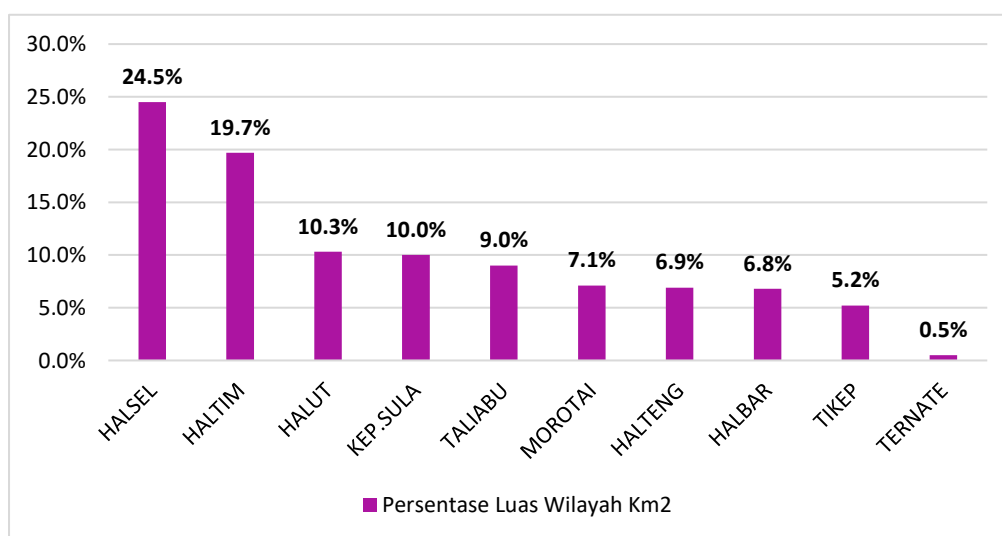
Sumber : Badan Informasi Geospasial (BIG) dalam <https://big.go.id>

## 1. Luas wilayah

Provinsi Maluku Utara memiliki gugus pulau sebanyak 395 pulau besar dan kecil, dari jumlah itu, sebanyak 64 pulau telah dihuni, sedangkan 331 pulau lainnya belum berpenghuni, dengan Pulau Halmahera merupakan pulau terbesar.

Luas wilayah Provinsi Maluku Utara, adalah berupa daratan seluas 32.998,696 km<sup>2</sup>. berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri No 100.1.1-6117 Tahun 2022 tentang luas daratan masing-masing Kabupaten/ Kota di Provinsi Maluku Utara, sebagai berikut : Halmahera Barat (2.239,114 km<sup>2</sup>), Halmahera Tengah (2.276,903 km<sup>2</sup>), Kepulauan Sula (3.304,629 km<sup>2</sup>), Halmahera Selatan (8.096,397 km<sup>2</sup>), Halmahera Utara (3.404,320 km<sup>2</sup>), Halmahera Timur (6.488,730 km<sup>2</sup>), Pulau Morotai (2.337,331 km<sup>2</sup>), Pulau Taliabu (2.985,748 km<sup>2</sup>), Ternate (162,202 km<sup>2</sup>) dan Tidore Kepulauan (1.703,322 km<sup>2</sup>).

Gambar 1.2 Proporsi Luas Daerah Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Tahun 2024



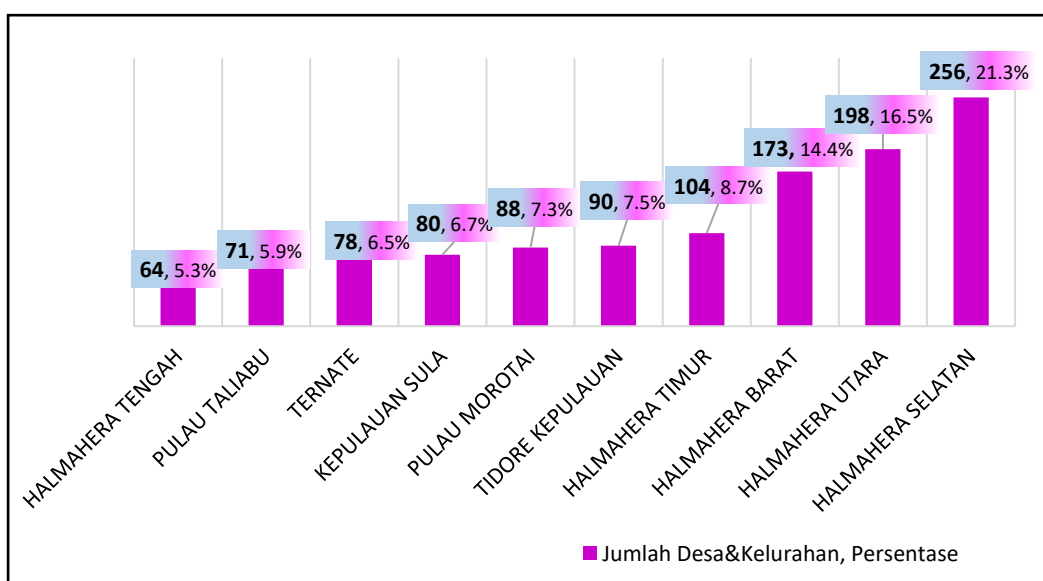
Sumber : BPS Provinsi Maluku Utara, 2024

Kabupaten Halmahera Selatan merupakan Kabupaten/Kota yang memiliki wilayah daratan paling luas dengan proporsi sebesar 24,5% sedangkan Kota Ternate merupakan Kabupaten/Kota dengan daratan terkecil di antara kabupaten/kota lainnya di Provinsi Maluku Utara dengan proporsi 0.5%.

## 2. Jumlah Desa Kelurahan

Secara administratif, Provinsi Maluku Utara terdiri dari 8 kabupaten, 2 kota yakni, Kabupaten Halmahera Barat, Halmahera Tengah, Kepulauan Sula, Halmahera Selatan, Halmahera Utara, Halmahera Timur, Pulau Morotai, Pulau Taliabu serta Kota Ternate dan Kota Tidore Kepulauan.

Gambar 1. 3 Jumlah dan Proporsi Desa dan Kelurahan dan di Provinsi Maluku Utara, 2024



Sumber : BPS Provinsi Maluku Utara, 2024

Wilayah administrasi Maluku Utara terdiri dari 118 kecamatan, 1.083 desa dan 119 kelurahan. Jumlah kecamatan dan desa/kelurahan terbanyak terdapat di Halmahera Selatan yaitu 30 kecamatan dan 256 desa sedangkan yang paling sedikit adalah Kabupaten Halmahera Tengah dengan 10 kecamatan dan 64 desa.

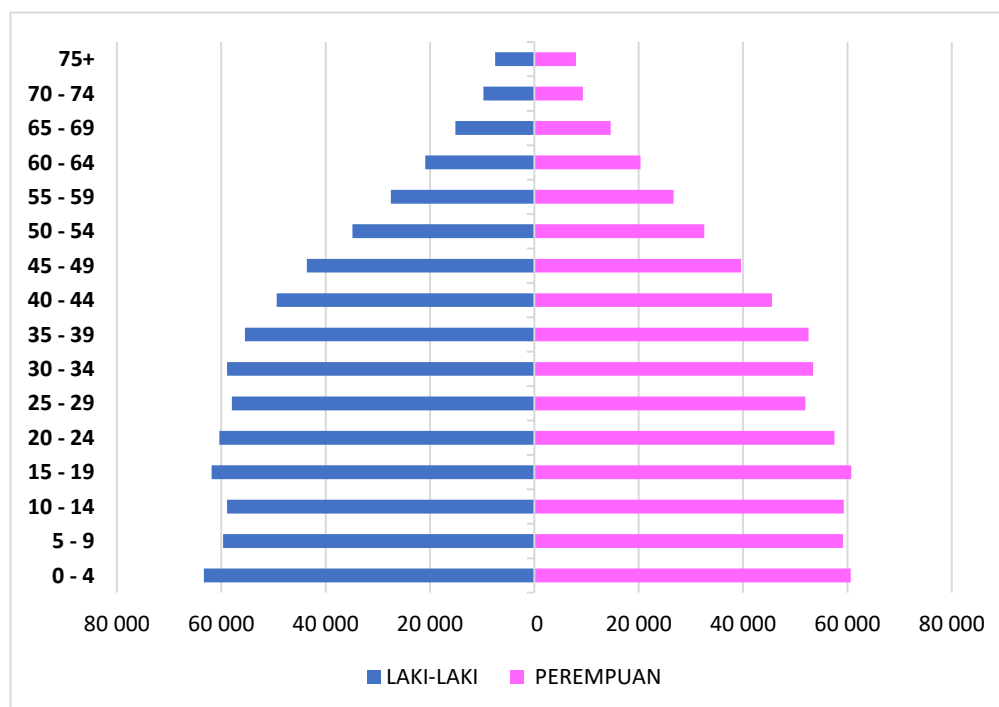
Berdasarkan data Podes tahun 2021 dengan menggunakan metode citra satelit, terdeteksi bahwa sebagian besar desa yang ada di Maluku Utara merupakan desa yang berada di tepi laut yakni sebanyak 934 desa/ kelurahan. Selebihnya sebanyak 305 desa/kelurahan bukan tepi laut.

## B. JUMLAH PENDUDUK

### 1. Jumlah Penduduk Menurut Jenis Umur dan Kelompok Umur

Jumlah penduduk Provinsi Maluku Utara Tahun 2024 sebesar 1.355.630 jiwa dengan penduduk yang berjenis kelamin laki-laki lebih banyak dibanding dengan perempuan. Rincian jumlah penduduk laki-laki 694.650 jiwa dan penduduk perempuan 660.980 jiwa. Daerah dengan jumlah penduduk terbanyak adalah Kabupaten Halmahera Selatan (264.930 jiwa), sedangkan 2 Kabupaten Kota dengan jumlah penduduk paling sedikit adalah Kab Halmahera Tengah (61.790 jiwa) dan Kabupaten Taliabu (61.370 jiwa).

Gambar 1. 4 Piramida Penduduk Provinsi Maluku Utara, Tahun 2024



Sumber : BPS Provinsi Maluku Utara, 2024

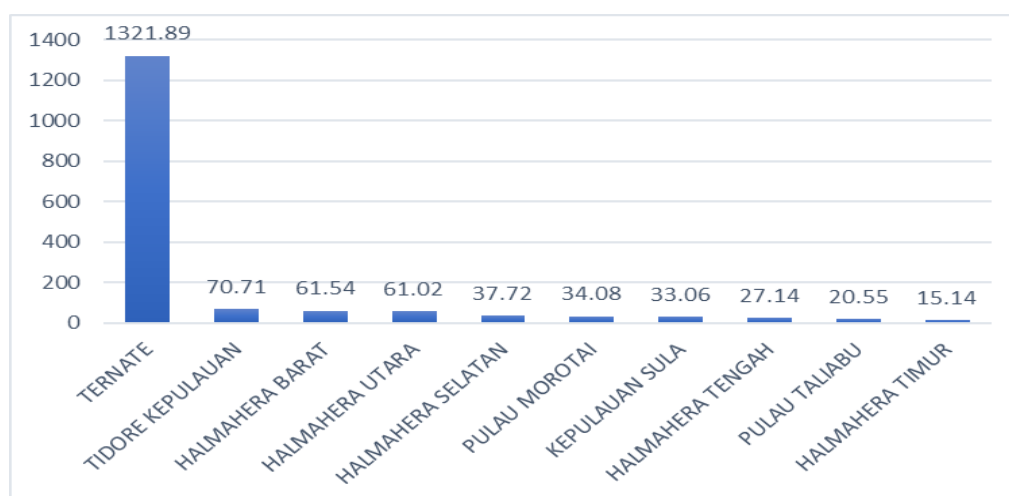
Gambar piramida di atas dapat dilihat proporsi penduduk menurut klasifikasi umur provinsi Maluku Utara Tahun 2024, Struktur penduduknya dapat dikategorikan sebagai tipe ekspansif dimana sebagian besar penduduk berada pada kelompok umur muda. Hal ini mengindikasikan angka kelahiran yang cukup tinggi hal ini ditunjukkan oleh lebarnya dasar piramida.

Untuk komposisi penduduk terbesar adalah kelompok umur 0–4 tahun dengan jumlah penduduk 124.270 jiwa dengan rincian, laki-laki 63.460 jiwa dan jumlah penduduk perempuan 60.810 jiwa. Sedangkan komposisi penduduk paling sedikit adalah kelompok umur 75 tahun keatas dengan jumlah penduduk laki-laki 7.920 jiwa dan jumlah penduduk perempuan 8.400 jiwa.

## 2. Kepadatan Penduduk

Kepadatan Penduduk per km<sup>2</sup> pada tahun 2024 sebesar 40,52 dengan artian rata-rata setiap km<sup>2</sup> wilayah Maluku Utara, ditinggali 40-41 orang penduduk. Kepadatan penduduk di kota relatif lebih tinggi dibandingkan dengan kabupaten. Bila dilihat dari kepadatan penduduk, Kota Ternate merupakan wilayah terpadat dengan tingkat kepadatan 1.321,89 jiwa/km<sup>2</sup> , sementara itu, Halmahera Timur merupakan wilayah yang terjarang penduduknya yaitu hanya 14 jiwa/km<sup>2</sup> . Hal ini menunjukkan adanya ketidakmerataan distribusi penduduk di Maluku Utara.

Gambar 1.5 Kepadatan Penduduk Provinsi Maluku Utara, 2024



Sumber : BPS Provinsi Maluku Utara, 2024

### 3. Tingkat Ketergantungan/*Dependency Ratio*

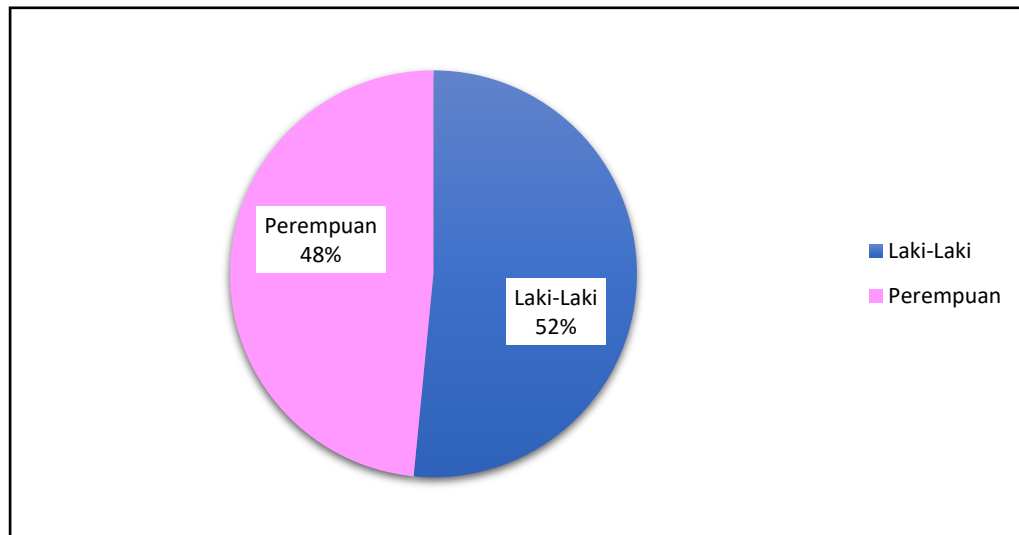
Di dalam publikasi *Proyeksi Penduduk Indonesia 2020-2025 Hasil Sensus Penduduk 2020* yang dirilis Mei 2024, angka beban tanggungan/*dependency ratio* penduduk Provinsi Maluku Utara pada tahun 2020 sebesar 47,60 dan pada tahun 2025 di proyeksikan sebesar 46,20. Angka Beban Tanggungan/*dependency ratio* adalah perbandingan antara jumlah penduduk yang berumur 0-14 tahun, ditambah dengan jumlah penduduk 65 tahun keatas yang mana kedua kalisifikasi umur tersebut disebut dengan bukan angkatan kerja/usia nonproduktif, dibandingkan dengan jumlah penduduk usia 15-64 tahun (angkatan kerja/usia produktif).

Semakin tinggi persentase *dependency ratio* menunjukkan semakin tinggi beban yang harus ditanggung penduduk yang produktif untuk membiayai hidup penduduk yang belum produktif dan tidak produktif lagi. Sedangkan persentase *dependency ratio* yang semakin rendah menunjukkan semakin rendahnya beban yang ditanggung penduduk yang produktif untuk membiayai penduduk yang belum produktif dan tidak produktif lagi.

## C. KEADAAN PENDIDIKAN

Pendidikan dan kesehatan adalah dua aspek penting dalam kehidupan manusia yang saling terkait. Berikut adalah gambaran tingkat melek huruf penduduk berumur diatas 15 tahun menurut jenis kelamin dan tingkat pendidikan yang ditamatkan. Penduduk berumur 15 tahun ke atas di Provinsi Maluku Utara tahun 2024 sebanyak 994.070 jiwa dengan proporsi laki-laki sebesar 52% dan Perempuan 48%.

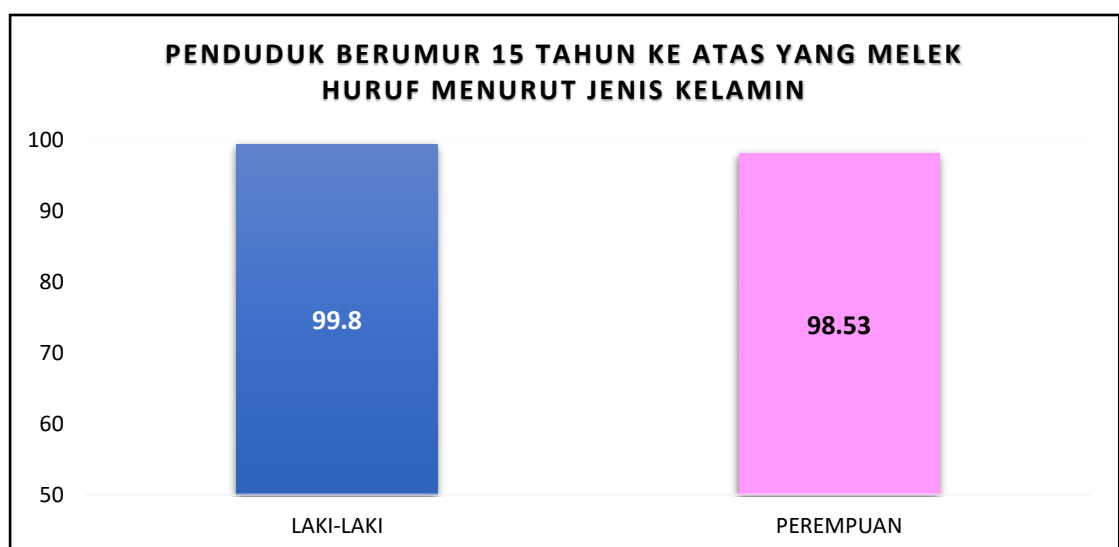
Gambar 1.6 Perbandingan Jenis Kelamin menurut Penduduk Umur 15 Tahun Keatas Provinsi Maluku Utara, 2024



Sumber : BPS Provinsi Maluku Utara, 2024

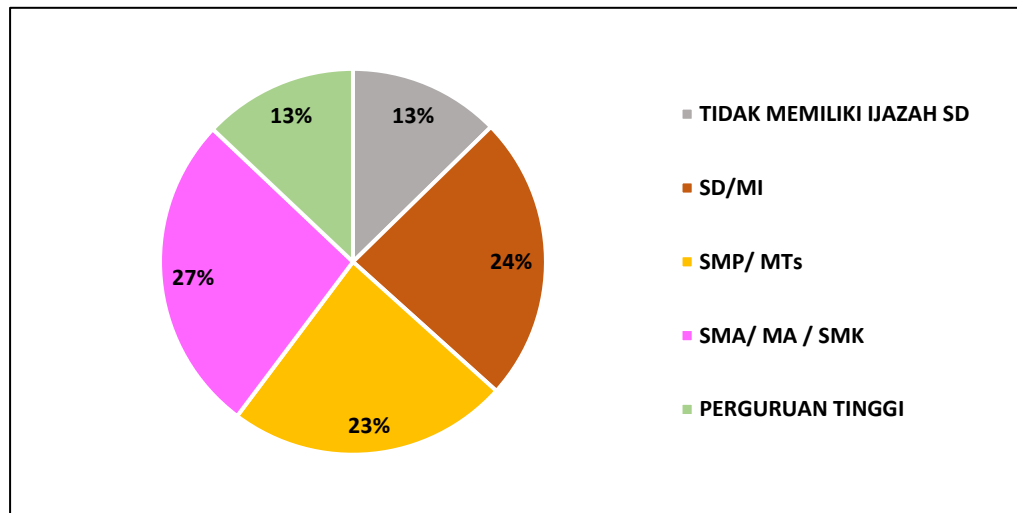
Penduduk berumur 15 tahun ke atas yang melek huruf sebesar 98,80 %, menurut jenis kelamin laki-laki 99,8 % dan perempuan 98,53%. Sedangkan persentase penduduk berumur 15 tahun ke atas yang melek huruf menurut daerah tempat tinggal adalah 99,5% bertempat tinggal di perkotaan dan 98,49 % bertempat tinggal di pedesaan.

Gambar 1.7 Penduduk Berumur 15 Tahun Keatas yang Melek Huruf Menurut Jenis Kelamin, Tahun 2024



Sumber : BPS Provinsi Maluku Utara, 2024

Gambar 1.8 Tingkat Pendidikan Yang di Tamatkan Provinsi Maluku Utara, Tahun 2024



Sumber : BPS Provinsi Maluku Utara, 2024

Dilihat dari gambar diatas untuk persentase tingkat pendidikan yang ditamatkan antara lain ; tidak memilik ijazah SD sebanyak 13%, yang memiliki ijazah SD atau MI sebanyak 24%, SMP atau MTs sebanyak 23%, SMA/MA/SMK sebanyak 27% dan yang memiliki ijazah perguruan tinggi sebanyak 13%.



## **BAB II**

### **SARANA KESEHATAN**

#### **A. PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT**

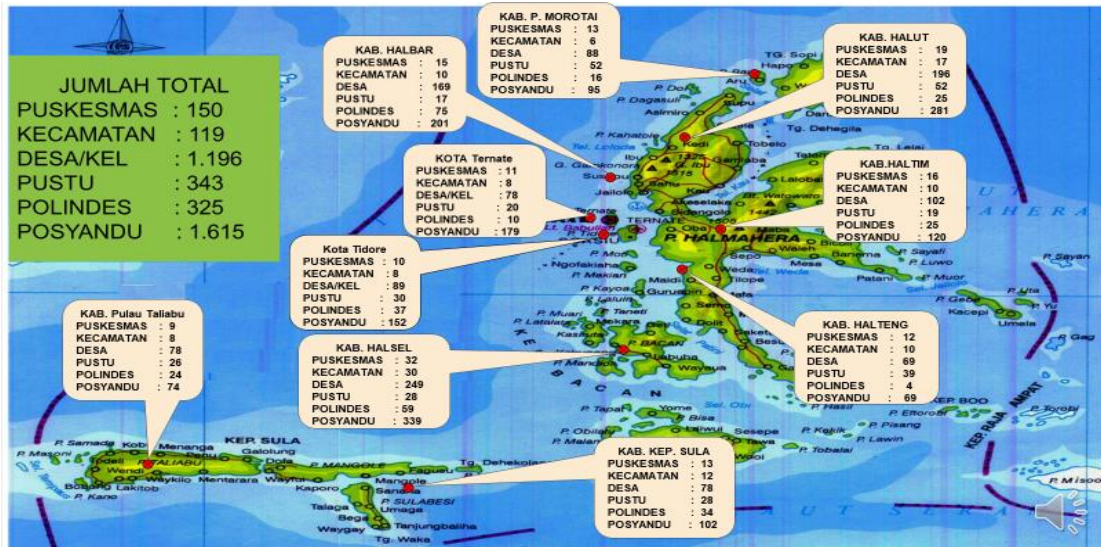
Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas disebutkan bahwa Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya.

Puskesmas merupakan unjuk tombak pelayanan Kesehatan dasar dan berperan strategis dalam pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan. Penguatan pelayanan kesehatan primer, serta peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Perkembangan jumlah puskesmas mencerminkan komitmen pemerintah dalam menjamin akses, keterjangkauan dan pemerataan, khususnya di wilayah kepulauan.

Pada tahun 2020, jumlah puskesmas tercatat sebanyak 141 puskesmas, angka ini menjadi beseline awal dalam melihat perkembangan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama. Pada periode ini focus Pembangunan masih di arahkan pada pemerataan akses layanan dasar Kesehatan, khususnya di wilayah kepulauan dan daerah keterbatasan infrastruktur.

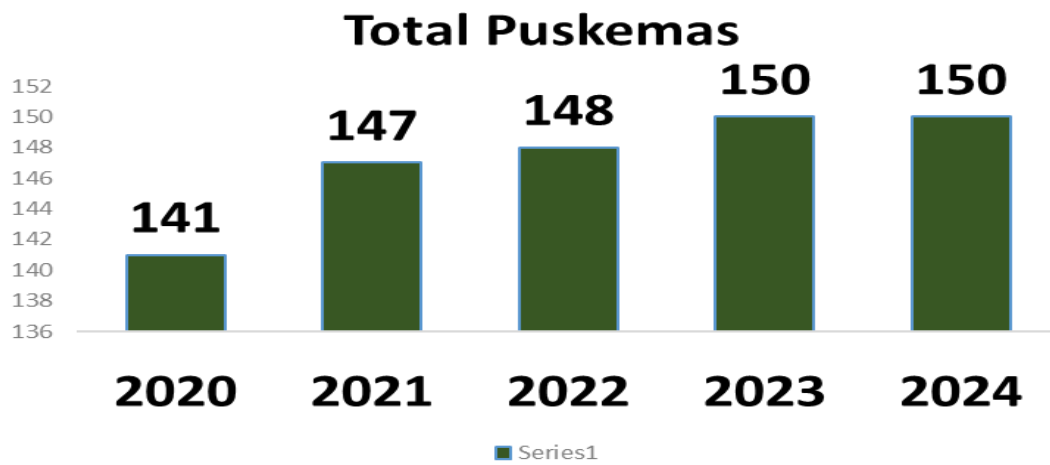
Sampai dengan Tahun 2024, jumlah puskesmas di Provinsi Maluku Utara sebanyak 150 puskesmas yang terdiri dari 57 puskesmas rawat inap dengan total tempat tidur 478 dan 93 puskesmas non rawat inap.

Gambar 2.1 Peta Penyebaran Jumlah Puskesmas Di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Gambar 2.2 Perkembangan Jumlah Puskesmas Di Maluku Utara Tahun 2020-2024



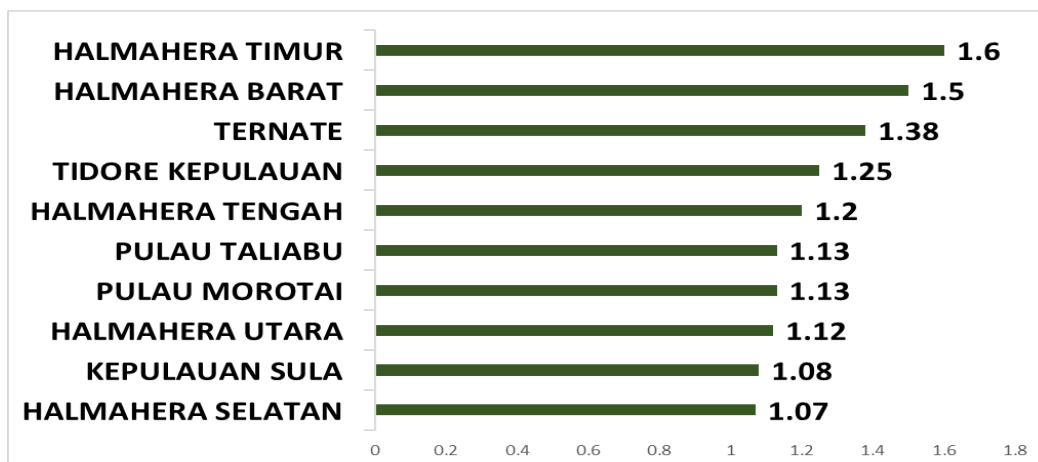
Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Berdasarkan grafik di atas terlihat adanya peningkatan jumlah puskesmas di Maluku Utara sebanyak (6,38 %) selama periode 2020 - 2024, peningkatan tertinggi terjadi pada tahun 2021, sedangkan tahun 2024 menunjukkan kondisi stagnan. peningkatan jumlah puskesmas ini mencerminkan adanya komitmen pemerintah daerah dalam memperluas akses pelayanan kesehatan dasar. Pada tahun 2021 terjadi penambahan 6 puskesmas (4,26%), pada tahun 2022 penambahan lagi 1 (satu) puskesmas (0,68 %), pada tahun 2024 terjadi penambahan lagi 2 puskesmas (1,35 %),

terjadi peningkatan kembali namun masih relatif kecil. pada Tahun 2024 tidak terdapat penambahan puskesmas, yang menunjukkan pergeseran fokus kebijakan dari penambahan jumlah menuju penguatan kualitas dan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan. sehingga total puskesmas di Maluku Utara tahun 2024 mencapai 150 puskesmas. trend pertumbuhan puskesmas mencerminkan upaya pemerintah daerah dalam memperluas akses pelayanan kesehatan dasar secara bertahap dan berkelanjutan, dengan penekanan pada pemerataan wilayah dan peningkatan mutu layanan.

Pemenuhan kebutuhan pelayanan masyarakat terhadap fasilitas pelayanan kesehatan primer dapat diukur secara umum dari rasio puskesmas terhadap jumlah penduduk rasio puskesmas terhadap kecamatan idealnya adalah yaitu minimal satu puskesmas di satu kecamatan.

Gambar 2.3 Rasio Puskesmas Per Kecamatan di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Gambar di atas menunjukkan bahwa rasio puskesmas per kecamatan di Provinsi Maluku Utara berada pada angka 1,25 yang berarti setiap kecamatan rata-rata telah memiliki lebih dari satu puskesmas, kondisi ini menunjukkan bahwa akses pelayanan kesehatan tingkat pertama secara struktural telah terpenuhi, meskipun pemerataan antar kabupaten/kota masih menunjukkan variasi.

Kabupaten Halmahera Timur dan Halmahera Barat memiliki rasio paling tinggi, kondisi ini mencerminkan ketersediaan puskesmas yang relatif lebih baik perkecamatan, mengindikasikan sebaran puskesmas relatif

merata, dukungan akses layanan diwilayah dengan tantangan geografis dan potensi kualitas layanan dibandingkan penambahan jumlah.

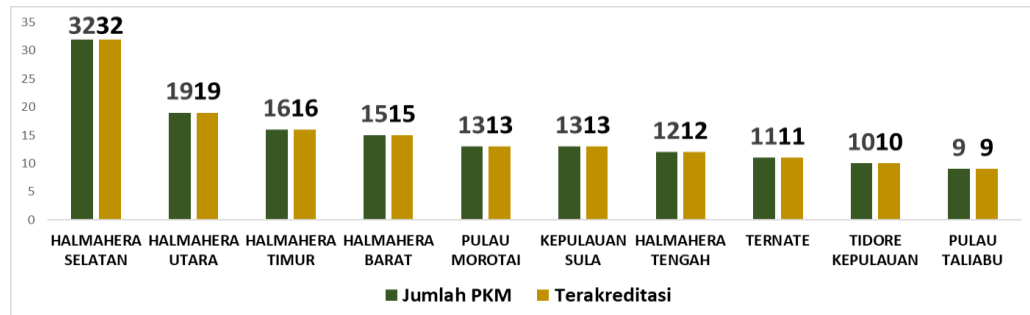
Kota Ternate (1,39), Kota Tikep (1,25) dan Kabupaten Halmahera Tengah (1,20 ), menunjukkan rasio yang cukup ideal. Dengan rata-rata lebih dari satu puskesmas per kecamatan. diwilayah perkotaan seperti Ternate dan Tidore rasio ini perlu diimbangi dengan peningkatan kapasitas layanan dan penguatan SDM dan sarana prasarana, karena beban kunjungan biasanya lebih tinggi berpotensi mendukung jangkauan pelayanan yang lebih merata terutama di wilayah geografis luas. rasio relatif rendah berada di Pulau Taliabu (1,13), Pulau Morotai (1,13), Halmahera Utara (1,12), Kepulauan Sula (1,08) dan Halmahera Selatan (1,07), meskipun masih diatas angka 1 puskesmas per kecamatan, wilayah ini memiliki margin ketersediaan yang relatif sempit, dengan kondisi geografis kepulauan dan sebaran penduduk yang berjauhan wilayah ini berpotensi membutuhkan: penguatan puskesmas pembantu dan layanan keliling, penambahan puskesmas di kecamatan dengan wilayah luas dan peningkatan akses transportasi kesehatan.

Terdapat kesenjangan rasio dari (1,07) Halmahera Selatan hingga (1,60) Halmahera Timur. wilayah kepulauan cenderung memiliki rasio mendekati batas minimal, sehingga akses layanan kesehatan masih menjadi tantangan, meskipun secara angka telah memenuhi standar.

### **Akreditasi Puskesmas**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2022 tentang akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi, Pasal 4 menyatakan bahwa Puskesmas yang telah terakreditasi wajib dilakukan akreditasi secara berkala setiap 5 (lima) tahun.

Gambar 2.4 Jumlah Puskesmas telah Terakreditasi Kabupaten/Kota Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Berdasarkan data diatas menunjukkan bahwa Maluku Utara telah mencapai cakupan akreditasi puskesmas sebesar 100 %, dengan total 150 puskesmas yang seluruhnya terkareditasi di 10 kabupaten/ kota, capaian ini mencerminkan keberhasilan pemerintah daerah dalam memastikan mutu pelayanan kesehatan primer secara merata, termasuk diwilayah kepulauan dan daerah dengan tantangan geografis. ke depan fokus kebijakan diarahkan pada pemeliharaan mutu, peningkatan kinerja layanan serta optimalisasi peran puskesmas dalam mendukung transformasi sistem kesehatan nasional.

Tabel 2. 1 Predikat Akreditasi Puskesmas Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

NO	KABUPATEN/ KOTA	JUMLAH PUSKESMAS	PUSKESMAS TERAKREDITASI	HASIL AKREDITASI			
				DASAR	MADYA	UTAMA	PARIPURNA
1	KOTA TERNATE	11	11	-	-	5	6
2	KOTA TIKEP	10	10	-	1	3	6
3	HALMAHERA UTARA	19	19	-	7	9	3
4	HALMAHERA TENGAH	12	12	-	2	6	4
5	HALMAHERA TIMUR	16	16	-	5	10	1
6	HALMAHERA BARAT	16	16	1	2	7	5
7	HALMAHERA SELATAN	32	32	-	17	11	4

NO	KABUPATEN/ KOTA	JUMLAH PUSKESMAS	PUSKESMAS TERAKREDITASI	HASIL AKREDITASI			
				DASAR	MADYA	UTAMA	PARIPURNA
8	PULAU MOROTAI	13	13	-	1	3	9
9	KEPPULAUAN SULA	13	13	-	5	5	3
10	PULAU TALIABU	9	9	-	5	2	3
<b>Jumlah</b>		<b>150</b>	<b>150</b>	<b>1</b>	<b>45</b>	<b>60</b>	<b>44</b>

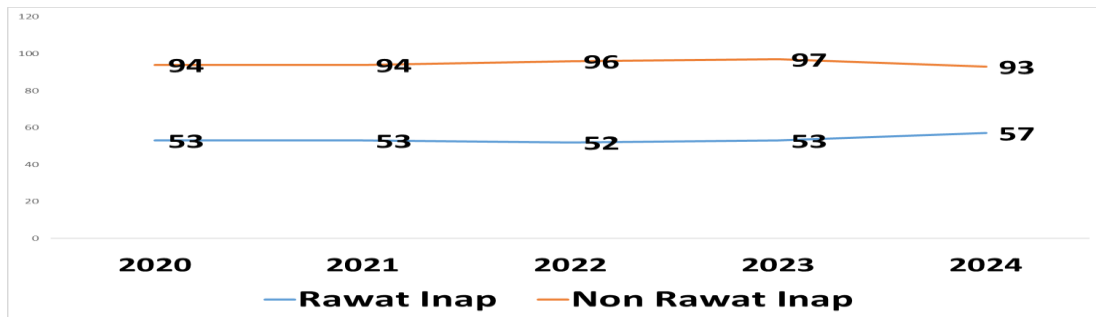
*Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024*

Dari tabel di atas menunjukkan status akreditasi puskesmas di Maluku Utara bervariasi yaitu: terdapat 1 puskesmas ( 0,67 %) di Kabupaten Halmahera Barat mendapatkan akreditasi dasar. secara sistem tidak mempengaruhi capaian mutu provinsi, namun perlu perhatian khusus agar terjadi peningkatan status akreditasi. dari 45 Puskesmas (30 %) terakreditasi madya menunjukkan standar pelayanan dasar, manajemen dan keselamatan pasien telah terpenuhi namun masih terdapat penguatan manajemen risiko dan penguatan tata kelola dan integrasi layanan, 60 puskesmas (40 %) terakreditasi utama yang berarti sistem manajemen mutu sudah berjalan dengan baik dan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara terstandar dan konsisten. 44 puskesmas (29%) terakreditasi paripurna yang merupakan tingkat akreditasi tertinggi. menandakan puskesmas telah menunjukkan kinerja unggul dan berkelanjutan, pelayanan berorientasi pada keselamatan pasien dan kepuasan masyarakat, artinya secara kualitas mutu provinsi jika digabungkan antara akreditasi utama dan akreditasi paripurna maka terdapat 104 (69%) ini mencerminkan keberhasilan pembinaan, pendampingan dan komitmen pemerintah daerah dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan primer.

### **Perkembangan Puskesmas Rawat Inap dan Puskesmas Non Rawat Inap**

Berdasarkan kemampuan pelayanan yang diberikan maka Puskesmas dibagi atas dua kategori yaitu puskesmas rawat inap dan puskesmas non rawat inap. Berikut disajikan perkembangan jumlah puskesmas rawat inap. Berikut disajikan perkembangan jumlah Puskesmas rawat inap dan non rawat inap dari tahun 2020 sampai dengan Tahun 2024.

Gambar 2.5 Tren Perkembangan Puskesmas Rawat Inap Dan Non Rawat Inap di Maluku Utara Tahun 2020-2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Pada periode 2024 - 2024, jumlah puskesmas di Maluku Utara sebanyak 150 unit, namun terjadi pergeseran komposisi jenis pelayanan, jumlah puskesmas rawat inap meningkat, sementara puskesmas non rawat inap mengalami penurunan, yang menunjukkan adanya transformasi fungsi layanan puskesmas menuju penguatan layanan rawat inap.

Tren puskesmas rawat inap tahun 2024 sebanyak 53 unit, tahun 2024 sebanyak 57 unit bertambah 4 unit atau meningkat 7,5 %, peningkatan jumlah rawat inap menunjukkan adanya peningkatan kapasitas layanan dasar, khususnya di wilayah yang jauh dari rumah sakit, upaya pemerintah daerah dalam memperkuat layanan kegawatdaruratan dan rawat inap dasar serta respon terhadap kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang lebih komprehensif di tingkat primer. tren ini sejalan dengan kondisi geografis maluku utara yang kepulauan, sehingga puskesmas rawat inap menjadi strategis untuk mengurangi rujukan ke rumah sakit.

Puskesmas non rawat inap tahun 2024 sebanyak 97 unit, tahun 2024 sebanyak 93 unit berkurang 4 unit atau menurun 4,1%. penurunan ini mengindikasikan sebagian puskesmas non rawat inap ditingkatkan statusnya menjadi rawat inap, adanya kebijakan fungsi puskesmas tanpa penambahan unit baru dan penyesuaian pelayanan sesuai kebutuhan wilayah dan beban kasus. Tidak terjadi perubahan jumlah total puskesmas, namun perubahan struktur pelayanan, kedepan fokus kebijakan diarahkan pada pemenuhan standar sarana dan SDM puskesmas rawat inap, peningkatan mutu pelayanan dan penguatan sisten rujukan dari puskesmas ke rumah sakit.

## B. JARINGAN PUSKESMAS

Dalam rangka meningkatkan aksesibilitas pelayanan, puskesmas didukung oleh jaringan pelayanan puskesmas dan jejaring fasilitas kesehatan. Jaringan pelayanan puskesmas terdiri atas puskesmas pembantu, puskesmas keliling (Pusling) dan bidan desa, sedangkan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan terdiri atas klinik, rumah sakit, laboratorium dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.

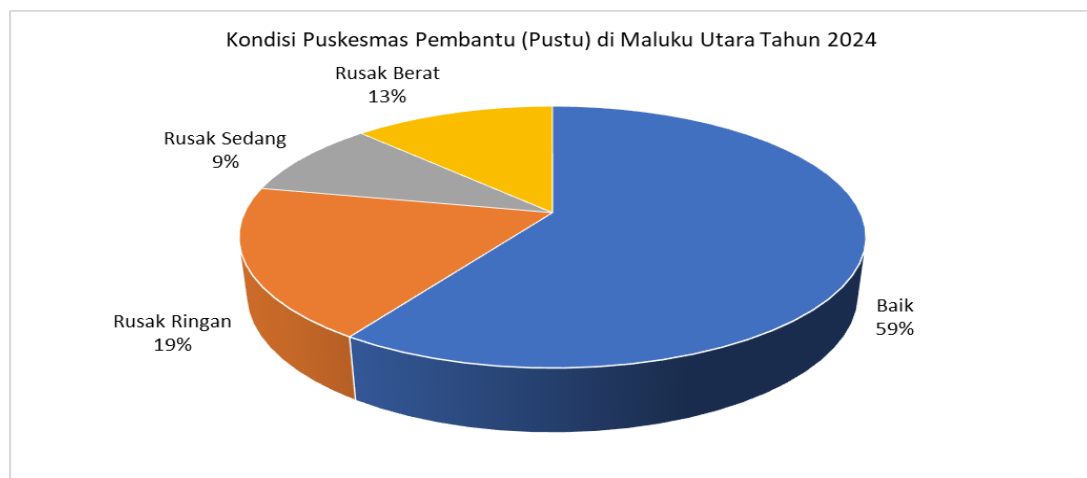
Puskesmas pembantu (Pustu) memberikan pelayanan kesehatan secara permanen di suatu lokasi dalam wilayah kerja puskesmas. Jumlah puskesmas pembantu di Maluku Utara sebanyak 303 puskesmas pembantu.

Puskesmas Pembantu (Pustu) merupakan jaringan pelayanan Puskesmas yang memberikan pelayanan kesehatan secara permanen di suatu lokasi dalam wilayah kerja Puskesmas. Puskesmas Pembantu merupakan bagian integral Puskesmas, yang harus dibina secara berkala oleh Puskesmas. Tujuan Puskesmas Pembantu adalah untuk meningkatkan jangkauan dan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat di wilayah kerjanya.

Jumlah Pustu di Maluku Utara hingga tahun 2024 adalah sebanyak 309 Pustu. Kondisi bangunan Pustu sebanyak 169 unit kondisi baik dan layak, 68 unit dalam kondisi Rusak Ringan, 31 unit kondisi Rusak sedang dan 41 unit dalam kondisi rusak berat. Dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Puskesmas keliling memberikan pelayanan kesehatan yang sifatnya bergerak (mobile) untuk meningkatkan jangkauan dan mutu pelayanan bagi masyarakat di wilayah kerja puskesmas yang belum terjangkau oleh pelayanan dalam gedung puskesmas. Jumlah puskesmas keliling di Maluku Utara pada Tahun 2024 sebanyak 116 unit.

Gambar 2.6 Persentase Kondisi Puskesmas Pembantu (Pustu) di Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Kondisi Puskesmas Pembantu (Pustu) di Provinsi Maluku Utara pada tahun 2024 menunjukkan bahwa sebagian besar fasilitas berada dalam kondisi baik. Dari seluruh Pustu yang ada, sebanyak 59% berada dalam kondisi baik dan masih layak digunakan untuk mendukung pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat.

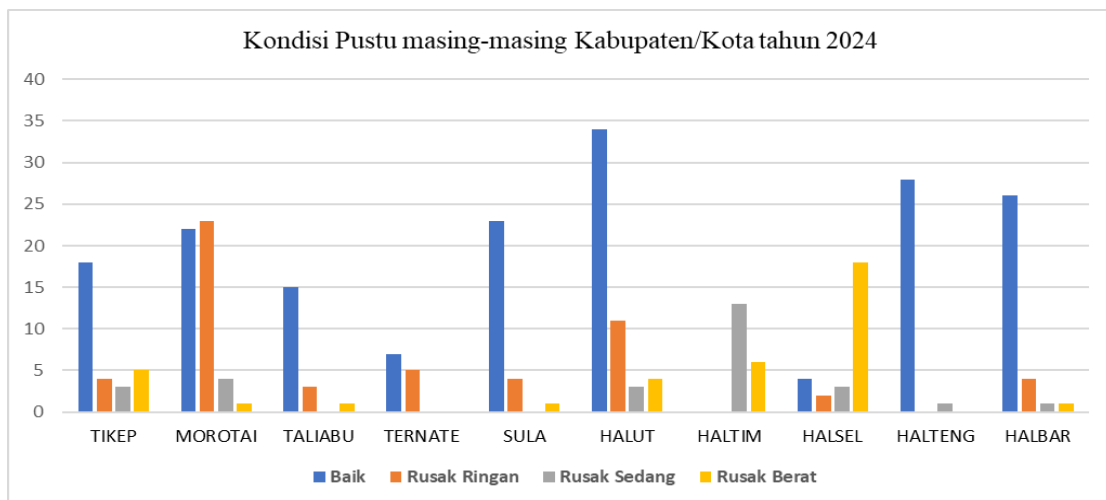
Namun demikian, masih terdapat 41% Pustu yang berada dalam kondisi tidak optimal, terdiri atas 19% rusak ringan, 9% rusak sedang, dan 13% rusak berat. Pustu dengan kondisi rusak ringan umumnya masih dapat digunakan, meskipun memerlukan perbaikan pada beberapa bagian bangunan atau sarana pendukung. Sementara itu, Pustu dengan kondisi rusak sedang dan rusak berat berpotensi mengalami keterbatasan fungsi dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, sehingga memerlukan perhatian lebih lanjut.

Proporsi Pustu dengan kondisi rusak sedang dan berat yang mencapai 22% perlu menjadi perhatian dalam upaya peningkatan kualitas sarana pelayanan kesehatan. Kondisi fisik bangunan yang tidak optimal dapat memengaruhi kenyamanan, keamanan, dan kelancaran pelayanan kesehatan, baik bagi tenaga kesehatan maupun masyarakat.

Secara umum, data ini menunjukkan bahwa meskipun sebagian besar Pustu di Provinsi Maluku Utara masih berada dalam kondisi baik, upaya

pemeliharaan dan perbaikan sarana prasarana tetap diperlukan secara berkelanjutan.

Gambar 2.7 Persentase Kondisi Puskesmas Pembantu (Pustu) di masing-masing Kabupaten/Kota Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Kondisi Puskesmas Pembantu (Pustu) menurut kabupaten/kota di Provinsi Maluku Utara tahun 2024 menunjukkan perbedaan yang cukup nyata antar wilayah. Kabupaten Halmahera Utara memiliki jumlah Pustu kondisi baik terbanyak, yaitu 34 unit, disertai 11 unit rusak ringan, 3 unit rusak sedang, dan 4 unit rusak berat. Kabupaten Halmahera Tengah dan Halmahera Barat juga didominasi Pustu kondisi baik, masing-masing 28 unit dan 26 unit, dengan jumlah Pustu rusak sedang dan berat yang relatif terbatas. Kabupaten Pulau Morotai memiliki 22 Pustu kondisi baik, namun jumlah Pustu rusak ringan cukup tinggi yaitu 23 unit, sedangkan Kabupaten Kepulauan Sula memiliki 23 Pustu kondisi baik, 4 unit rusak ringan, dan 1 unit rusak berat.

Beberapa wilayah memerlukan perhatian lebih lanjut terkait kondisi sarana prasarana. Kabupaten Halmahera Selatan mencatat jumlah Pustu rusak berat tertinggi, yaitu 18 unit, sementara Pustu kondisi baik hanya 4 unit. Kabupaten Halmahera Timur memiliki 13 Pustu rusak sedang dan 6 unit rusak berat, meskipun masih terdapat 13 unit kondisi baik. Di Kota Ternate terdapat 7 Pustu kondisi baik, 5 unit rusak ringan, dan 1 unit rusak berat, sedangkan Kota Tidore Kepulauan memiliki 18 unit kondisi baik, 4 unit rusak ringan, 3 unit rusak sedang, dan 5 unit rusak berat. Secara umum, data ini menunjukkan

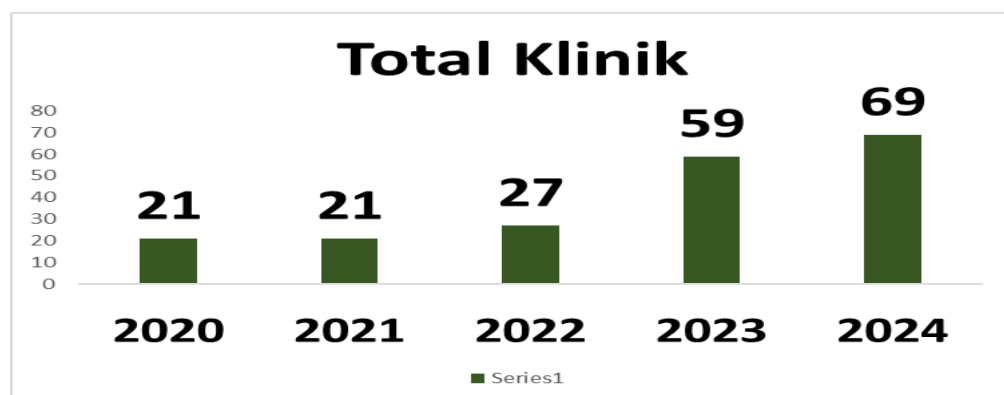
bahwa meskipun sebagian besar Pustu masih berada dalam kondisi baik, keberadaan Pustu rusak ringan hingga berat di beberapa kabupaten/kota perlu menjadi perhatian dalam perencanaan pemeliharaan dan perbaikan fasilitas kesehatan.

## C. JEJARING PUSKESMAS

### 1. Klinik

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2014 tentang klinik, disebutkan bahwa klinik adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan pelayanan medik dasar dan/atau spesialisik secara komprehensif. Dengan adanya kebijakan untuk registrasi klinik supaya mendapatkan kode dan terstandar secara nasional.

Gambar 2.8 Jumlah Klinik Teregristrasi di Provinsi Maluku Utara Tahun 2020-2024



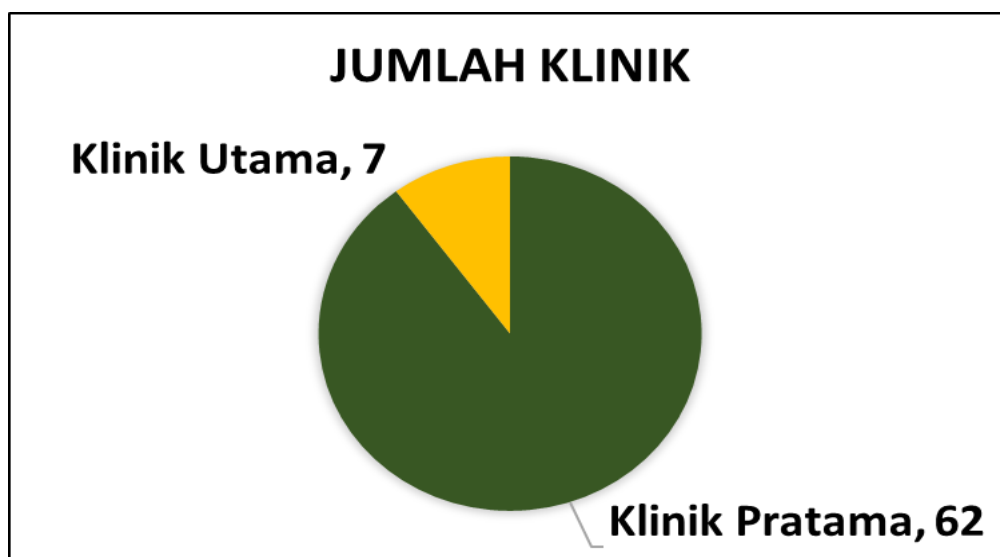
Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Data diatas jumlah klinik di Maluku Utara menunjukkan trend peningkatan yang signifikan dalam kurun waktu lima tahun terakhir. pada tahun 2020 terdapat 21 klinik dan jumlah tetap stabil tahun 2021 dengan jumlah yang sama yaitu 21 kilinik, kemudian pada tahun 2022 jumlah klinik mengalami peningkatan menjadi 27 klinik atau naik 28,57 % dibandingkan dengan tahun 2021. peningkatan ini menunjukkan mulai bertambahnya peran fasilitas pelayanan kesehatan swasta maupun pemerintah dalam memperluas akses layanan kesehatan. peningkatan yang signifikan terjadi pada tahun 2024, dimana jumlah klinik menjadi 59 klinik atau meningkat sebesar 118,52 %, peningkatan ini

mengindikasikan adanya percepatan pembangunan dan perizinan klinik, seiring meningkatnya kebutuhan layanan kesehatan masyarakat.

Pada tahun 2024 jumlah klinik kembali bertambah menjadi 69 klinik atau terjadi peningkatan 16,95%. Meskipun presentasi pertumbuhan lebih rendah dibandingkan tahun sebelumnya, peningkatan ini menunjukkan tren pertumbuhan yang tetap berkelanjutan. Peningkatan jumlah klinik cukup tajam pada periode tahun 2022-2024 menunjukkan meningkatnya kebutuhan pelayanan perorangan, bertambahnya peran sektor swasta dalam penyediaan pelayanan kesehatan dan adanya peluang pemerataan akses pelayanan kesehatan di wilayah perkotaan dan kepulauan.

Gambar 2.9 Jumlah Klinik Utama dan Pratama di Maluku Utara Tahun 2024



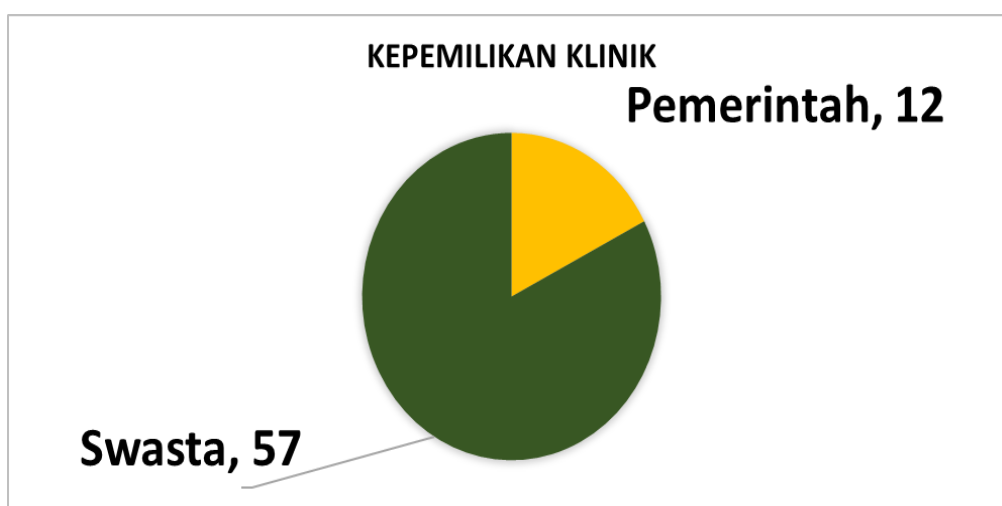
Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Data di atas menunjukkan pada tahun 2024 jumlah klinik di Maluku Utara tercatat 69 klinik (100%) yang tersebar di 10 Kabupaten/ Kota. Dari jumlah tersebut terdapat 7 klinik utama dan 62 klinik pratama. Secara proporsional, klinik utama berjumlah 7 unit atau 10,4% dari total klinik, sedangkan klinik pratama berjumlah 62 unit atau 89,86%. Komposisi ini menunjukkan bahwa penyediaan pelayanan kesehatan perorangan di Maluku Utara didominasi oleh klinik pratama.

Sedangkan untuk kepemilikan klinik Maluku Utara tahun 2024 tercatat 69 klinik yang tersebar di kabupaten / kota. Dari sisi kepemilikan 57 klinik (82,6%) merupakan milik swasta dan 12 klinik (17,39%)

dikelola oleh pemerintah. artinya pelayanan kesehatan perorangan melalui klinik sangat bergantung pada peran sektor swasta. kondisi ini perlu diimbangi dengan penguatan fungsi pengawasan, kemitraan strategis dan perencanaan berbasis sebaran wilayah agar layanan lebih merata.

Gambar 2.10 Jumlah Klinik Menurut Kepemilikan Di Maluku Utara Tahun 2024

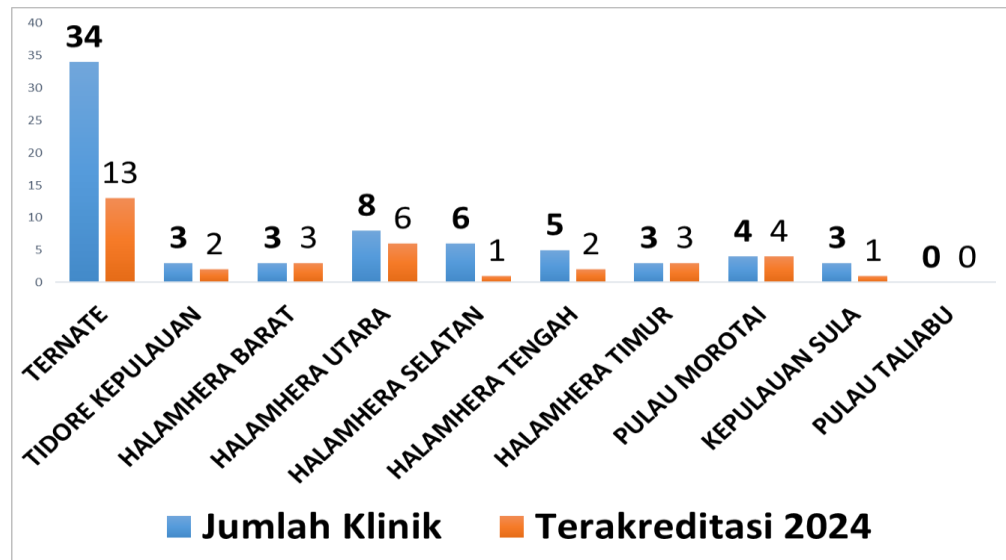


Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Berdasarkan grafik di atas jumlah klinik di Provinsi Maluku Utara sebanyak 69 klinik, dengan mayoritas dikelola oleh pihak swasta berjumlah 57 unit ( 82,6 % ), sedangkan klinik yang dikelola pemerintah sebanyak 12 unit (17,4 %), komposisi ini menunjukkan bahwa sektor swasta memegang peran dominan dalam menyediakan pelayanan kesehatan tingkat pertama, terutama di wilayah perkotaan dan pusat pertumbuhan ekonomi.

Klinik pemerintah meskipun jumlahnya terbatas, tetap strategis sebagai pendukung program kesehatan pemerintah. pengembangan klinik perlu diarahkan pada pemerataan distribusi antar wilayah, peningkatan kualitas dan standar pelayanan dan integrasi sistem pelayanan antar swasta dan pemerintah.

Gambar 2.11 Jumlah Akreditasi Klinik Di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Berdasarkan data akreditasi klinik di Maluku Utara, dari total 69 klinik terdapat 35 klinik ( 50,72 % ) telah terakreditasi bervariasi antar kabupaten / kota dengan beberapa wilayah mencapai 100 %, sementara wilayah lain masih di bawah 40 %, menunjukkan perlunya penguatan pembinaan mutu layanan secara merata. Wilayah dengan capaian akreditasi tertinggi yaitu kabupaten Halmahera barat, Halmahera Timur dan Pulau morotai mencapai 100 % akreditasi, menandakan seluruh klinik telah memenuhi standar mutu.

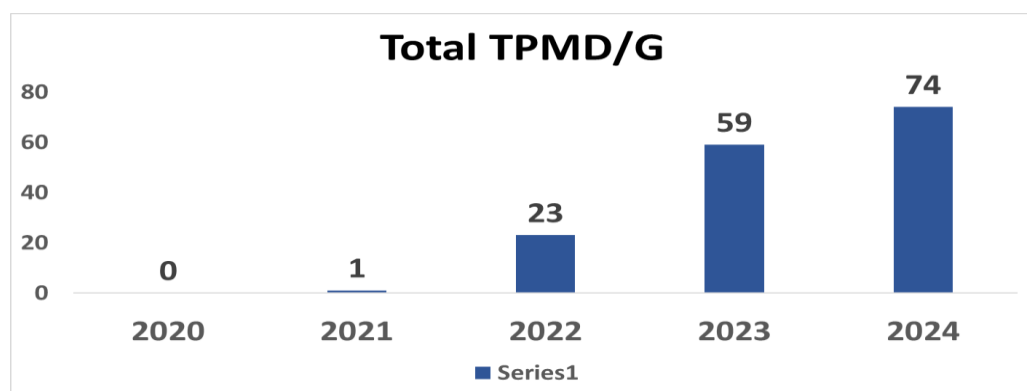
Wilayah dengan capaian menengah terdapat di tidore kepulauan 66, 67 % dan Halmahera Tengah (40 %) sedangkan Kota Ternate meski memiliki jumlah klinik terbanyak 34 namun presentasi akreditasinya relatif rendah. terdapat dua kabupaten yang capaian akreditasi rendah yaitu Kabupaten Halmahera Selatan (16, 67%) dan Kepulauan Sula (33,33%) diperlukan intervensi kebijakan dan pendampingan teknis serta fasilitasi akreditasi. sementara ini masih terdapat 34 klinik (49, 28%) belum terakreditasi diharapkan dapat segera memenuhi standar untuk segera melakukan pengajuan proses survei akreditasi pada tahun 2026, baik yang telah bekerjasama dengan BPJS maupun yang belum kerjasama.

## 2. Praktik Mandiri Tenaga Kesehatan

Tempat praktik mandiri tenaga kesehatan adalah tempat tenaga kesehatan melakukan praktik secara perorangan sesuai dengan kompetensi, kewenangan dan izin praktik yang dimiliki, di luar fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas, klinik dan rumah sakit. tempat praktik ini bersifat mandiri, dikelola langsung oleh tenaga kesehatan yang bersangkutan dan memberikan pekayaan kesehatan terbatas sesuai profesinya.

Tenaga kesehatan yang menjalankan praktik mandiri wajib memiliki SIP (Surat Izin Praktik) yang diberikan dinas kesehatan kabupaten/kota dan Surat Tanda Registrasi (STR) yang diberikan oleh Konsil Tenaga Kesehatan untuk yang memenuhi persyaratan. Jumlah praktik mandiri tenaga kesehatan di Maluku Utara pada Tahun 2024 berjumlah 74 TPMD/TPMDG yang terdiri dari tempat praktik mandiri dokter dan dokter gigi, dapat ditunjukkan sebagaimana gambar berikut :

Gambar 2.12 Jumlah Tempat Praktik Mandiri Di Provinsi Maluku Utara Tahun 2020-2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

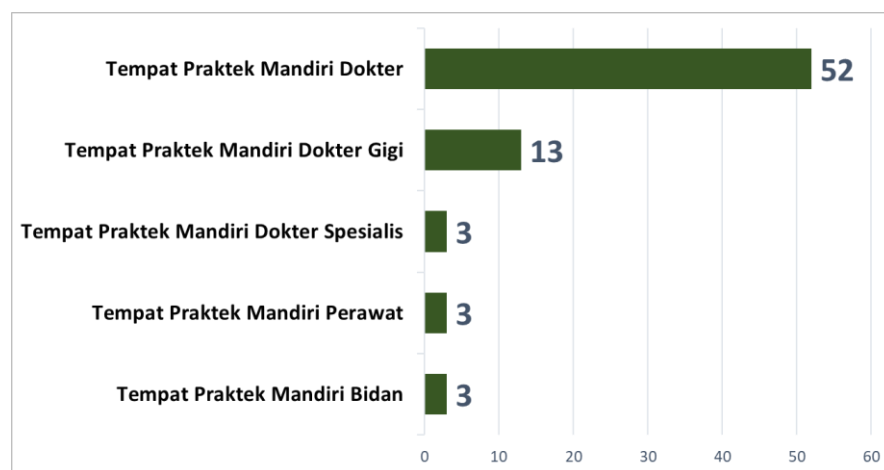
Berdasarkan grafik di atas dapat diketahui bahwa perkembangan tempat praktik mandiri dokter/ dokter gigi (TPMD/TPMDG) di Provinsi Maluku Utara menunjukkan tren peningkatan yang sangat signifikan dalam lima tahun terakhir.

Pada tahun 2020, belum terdapat TPMD/TPMDG. pada tahun 2021 terdapat 1 TPMD/TPMDG, menandai awal perkembangan praktik mandiri dokter dan dokter gigi. peningkatan tajam terjadi pada tahun 2022 dengan jumlah TPMD/TPMDG mencapai 23 unit meningkat 2, 200 %.

Pada tahun 2024 jumlah TPMD/TPMDG kembali meningkat menjadi 59 unit naik 156,52 % di bandingkan dengan tahun 2022. pertumbuhan ini mengindikasikan semakin tingginya kebutuhan layanan kesehatan perorangan serta meningkatnya kepercayaan masyarakat terhadap praktik mandiri dokter dan dokter gigi.

Tahun 2024 TPMD/TPMDG bertambah 74 atau meningkat 25,42 %. meskipun lajunya pertumbuhan namun tren peningkatan tetap berlanjut dan menunjukkan stabilitas pertumbuhan.

Gambar 2.13 Jumlah Tempat Praktik Mandiri Tenaga Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Berdasarkan gambar di atas dapat diketahui bahwa tempat praktik mandiri yang paling banyak di Provinsi Maluku Utara adalah tempat praktik mandiri Tempat Praktik Mandiri Dokter umum. Untuk tempat praktik mandiri yang masih sedikit adalah tempat praktik mandiri bidan dikarenakan jumlah persebaran praktik bidan belum merata di beberapa kabupaten/kota.

Kabupaten/kota yang memiliki jumlah tempat praktik mandiri tenaga kesehatan terbanyak baik dari praktik dokter perorangan, dokter spesialis, dokter gigi, dan bidan adalah Kota Ternate. Hal ini merupakan tantangan tersendiri bagi dinas kesehatan baik kabupaten/kota maupun provinsi untuk menata distribusi fasilitas pelayanan kesehatan secara merata dan bermutu dalam upaya meningkatkan akses masyarakat terhadap mutu pelayanan kesehatan.

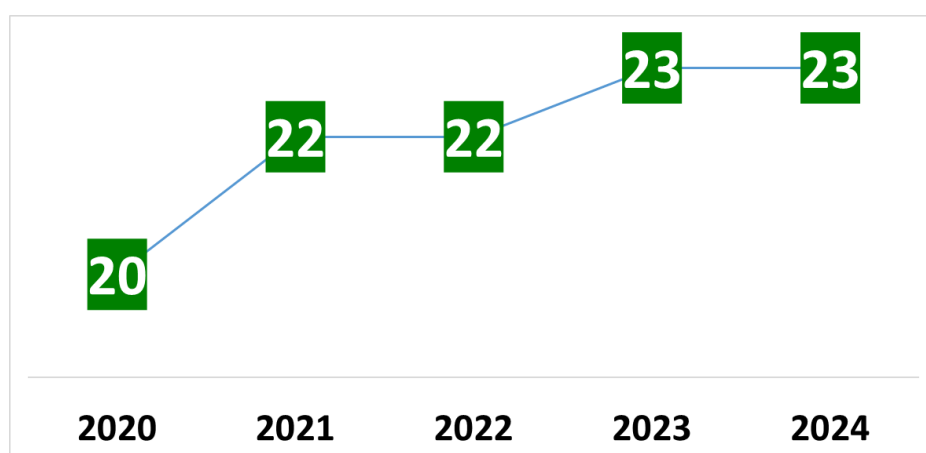
## D. RUMAH SAKIT

Berdasarkan Peraturan Pemerintah RI No. 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan, Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Klasifikasi rumah sakit dapat dikelompokkan berdasarkan kemampuan pelayanan, fasilitas kesehatan, sarana penunjang dan sumber daya manusia.

Perkembangan jumlah Rumah sakit di Maluku Utara selama periode 2020 - 2024 menunjukkan tren peningkatan yang relatif lambat dan stabil. pada tahun 2020 tercatat 20 RS, meningkat pada tahun 2021 menjadi 22 RS (10, 00 %), peningkatan ini mencerminkan adanya penambahan fasilitas pelayanan kesehatan rujukan pada periode tersebut. pada tahun 2022 jumlah RS tetap sebanyak 22 unit. kondisi ini menunjukkan fokus pembangunan cenderung pada optimalisasi fasilitas yang sudah ada.

Pada tahun 2024 jumlah RS meningkat menjadi 23 unit bertambah 4, 55 % dibandingkan pada tahun sebelumnya. peningkatan ini relatif kecil namun menunjukkan adanya penambahan layanan rujukan secara bertahap. tahun 2024 jumlah RS tetap sebanyak 23 unit yang menandakan kondisi jumlah rumah sakit relatif stabil dengan fokus pada penguatan yang telah ada.

Gambar 2.14 Tren Rumah Sakit Di Maluku Utara Tahun 2020–2024

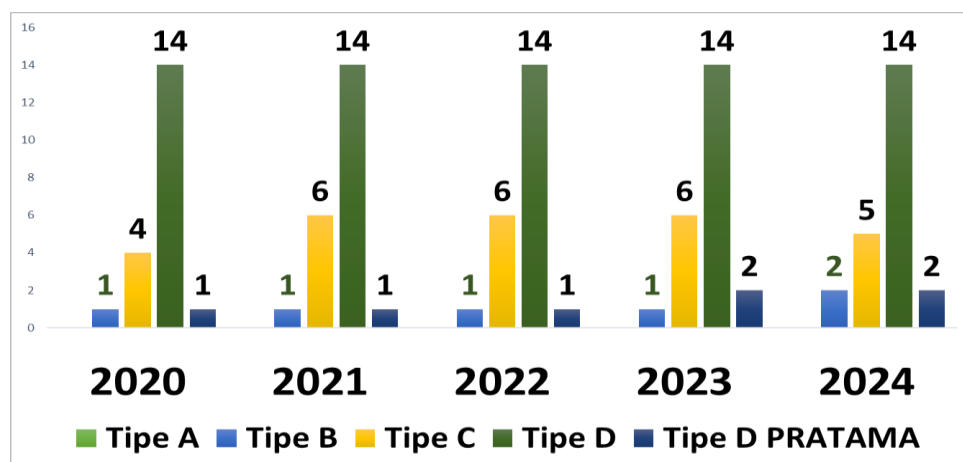


Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

## 1. Klasifikasi Rumah Sakit

Berdasarkan jenis layanan yang diselenggarakan, rumah sakit dikategorikan menjadi rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Adapun klasifikasi Rumah Sakit berdasarkan kemampuan pelayanan, ketersediaan fasilitas kesehatan, sarana penunjang serta sumberdaya manusia, rumah sakit di klasifikasikan dalam Tipe A, B, C, D dan D Pratama, yang dapat dilihat pada grafik berikut.

Gambar 2.15 Klasifikasi Rumah Sakit di Maluku Utara Tahun 2020-2024:



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

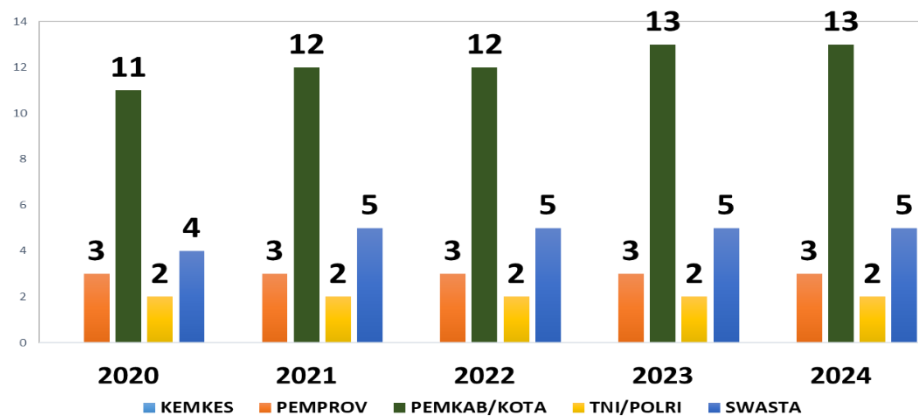
Berdasarkan data di atas menunjukkan selama periode 2020 - 2024, klasifikasi rumah sakit menunjukkan tren peningkatan kualitas layanan, khususnya pada peningkatan jumlah rumah sakit tipe B dan stabilitas rumah sakit tipe C dan D. perubahan ini mencerminkan upaya penguatan sistem rujukan, pemenuhan standar pelayanan, serta peningkatan kapasitas sarana, prasarana dan SDM kesehatan. Tahun 2024 peningkatan signifikan rumah sakit tipe B mencerminkan keberhasilan peningkatan layanan rujukan tingkat lanjut, termasuk layanan spesialisik dan sub spesialisik terbatas. bertambahnya tipe D pratama menunjukkan komitmen pemerataan akses layanan kesehatan, terutama di wilayah terpencil dan kepulauan. pada Tahun 2024 kombinasi tipe B yang meningkat dan tipe D pratama bertambah memperlihatkan perbaikan keseimbangan antara layanan rujukan dan aksesibilitas wilayah.

Tantangan yang dihadapi ketergantungan rujukan pada rumah sakit tipe B masih relatif tinggi, perlu penguatan rumah sakit tipe C agar tidak terjadi kesenjangan layanan. perlu strategi percepatan peningkatan kelas rumah sakit tipe C ke tipe B, penguatan sarpras dan layanan spesialistik pada rumah sakit tipe C dan D serta optimalisasi rujukan terintegrasi berbasis wilayah dan kebutuhan layanan.

## 2. Rumah Sakit Berdasarkan Kepemilikan

Rumah Sakit berdasarkan kepemilikan dikelompokkan sesuai instansi/lembaga penyelenggara meliputi Pemerintah Pusat (Kementerian Kesehatan, Kementerian Lain, BUMN, dan TNI/POLRI), Pemerintah Daerah (Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota), dan Swasta. selama periode lima tahun ini rumah sakit yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan sebanyak tidak ada, Pemerintah Provinsi memiliki 3 RS, Pemerintah Kabupaten/Kota sebanyak 11 RS, dan swasta 4 RS sedangkan RS TNI/Polri sebanyak 2 RS. Di tahun 2024 terdapat penambahan 2 RS milik Pemerintah Kabupaten Kota dan 1 RS milik Swasta.

Gambar 2.16 Jumlah Rumah Sakit Berdasarkan Kepemilikan di Maluku Utara Tahun 2020-2024



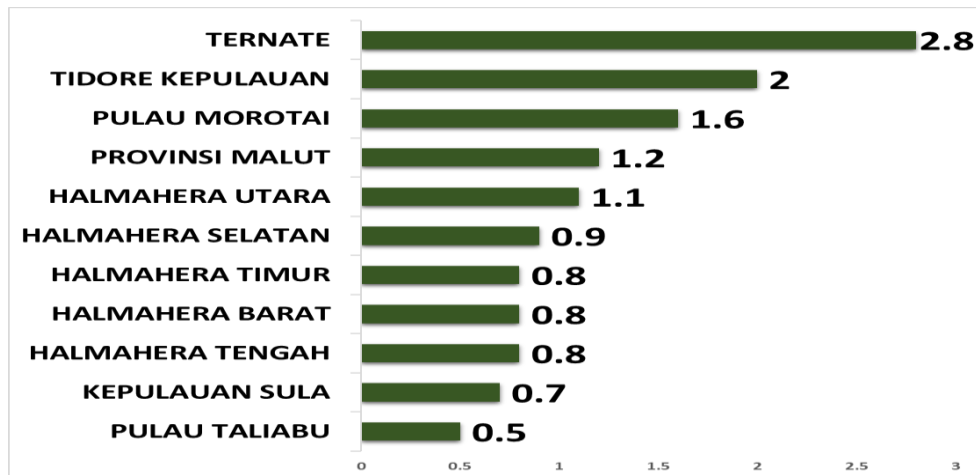
Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

## 3. Rasio Jumlah Tempat Tidur Rumah Sakit per 1000 Penduduk.

Rasio Tempat Tidur Rumah Sakit (TT RS), merupakan indikator penting untuk menilai ketersediaan layanan rawat inap terhadap jumlah penduduk. Pada tahun 2024 dan 2024 rasio Tempat Tidur rumah sakit secara umum relatif stabil, dengan beberapa kabupaten/ Kota mengalami

penurunan, sebagian meningkat dan sebagian lainnya tidak mengalami perubahan. secara agregat rasio tempat tidur maluku utara tahun 2024 sebesar 1, dan tahun 2024. hal ini menunjukan bahwa secara provinsi belum terjadi penambahan tempat tidur rumah sakit yang signifikan dibandingkan dengan pertumbuhan atau perubahan jumlah penduduk. Pulau taliabu (rasio 0,5 - 0,5 ) dan kepulauan sula (0,7 - 0,7) menunjukan rasio rendah dan tidak mengalami perubahan. kondisi ini mengindikasikan keterlambatan daya tampung layanan rawat inap, sehingga berpotensi meningkatkan rujukan ke daerah lain. Halmahera tengah (1,4 - 0,8) mengalami penurunan cukup signifikan yang dapat disebabkan oleh peningkatan jumlah penduduk atau berkurangnya tempat tidur efektif. Halmahera Barat dan Halmahera Utara juga mengalami penurunan walaupun tidak terlalu signifikan. dan halmahera barat juga mengalami penurunan meskipun tidak mengalami kabupaten pulau morotai (2,0 - 1,6), tidore kepulauan (2,2 - 2,0) dan Kota ternate (3,2 - 2,8) masih memiliki rasio relatif tinggi, namun tren penurunan menunjukan tekanan beban layanan rumah sakit terutama di wilayah rujukan. kab. Halmahera Timur (0,5 - 0,8) menunjukan perbaikan rasio, yang mengindikasikan adanya penambahan kapasitas tempat tidur atau optimalisasi layanan RS. provinsi maluku utara rasio tempat tidur RS relatif stabil mencerminkan tidak adanya perubahan dalam kapasitas tempat tidur RS. Terdapat kesenjangan rasio Tempat tidur RS yang cukup besar dari 0,5 di pulau Taliabu hingga 2,8 di Kota Ternate. Dibandingkan dengan rasio TT provinsi maluku Utara (1,2) masih di bawah standar ideal WHO (TT per 1000 penduduk). hanya kota ternate yang mendekati standar tersebut, meskipun mengalami penurunan. secara provinsi rasio tempat tidur stagnan di angka 1.2 selama periode 2020-2024, beberapa wilayah menunjukan tren penurunan yang perlu di waspadai, sementara peningkatan di Halmahera Timur menjadi contoh perbaikan. fokus kebijakan kedepan perlu di arahkan pada pemerataan kapasitas tempat tidur rumah sakit, bukan hanya pada wilayah perkotaan dan rujukan.

Gambar 2.17 Rasio Tempat Tidur Rumah Sakit Di Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

#### 4. Akreditasi Rumah Sakit

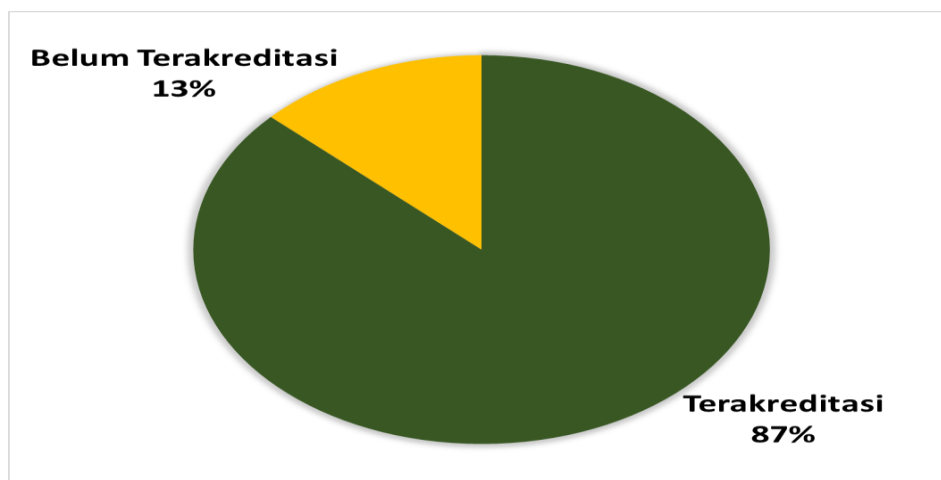
Rumah sakit berkewajiban dalam memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar pelayanan. rumah sakit harus memperhatikan mutu dan keselamatan pasien. Prinsip pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan memiliki karakter aman, tepat waktu, efektif, efisien, berorientasi pada pasien, adil, dan terintegrasi. Pemenuhan mutu dapat dilakukan melalui Peningkatan Mutu Internal (PMI) dan Peningkatan Mutu Eksternal (PME).

Salah satu upaya dalam menilai mutu pelayanan kesehatan khususnya di rumah sakit adalah dengan melalui akreditasi. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit, akreditasi adalah pengakuan terhadap mutu pelayanan rumah sakit setelah dilakukan penilaian bahwa rumah sakit telah memenuhi standar akreditasi.

Pengaturan akreditasi bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit secara berkelanjutan dan melindungi keselamatan pasien rumah sakit, meningkatkan perlindungan bagi masyarakat, sumber daya manusia di rumah sakit, dan rumah sakit sebagai institusi, meningkatkan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis, dan mendukung program pemerintah di bidang kesehatan. Setiap rumah sakit wajib terakreditasi dan dilakukan oleh rumah sakit paling lambat setelah beroperasi 2 tahun sejak memperoleh izin operasional untuk pertama kali.

Data RPJMN tahun 2020-2024, salah satu sasaran yang ingin dicapai adalah pemerataan pelayanan kesehatan melalui peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan baik pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) maupun Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTL) dan ditargetkan 100% rumah sakit telah terakreditasi pada tahun 2024. Berdasarkan data pada Tahun 2024, 87 % (20 RS). Berikut Gambaran Status Akreditasi Rumah Sakit di Maluku Utara Tahun 2024:

Gambar 2.18 Presentase Akreditasi Rumah Sakit Di Maluku Utara Tahun 2024



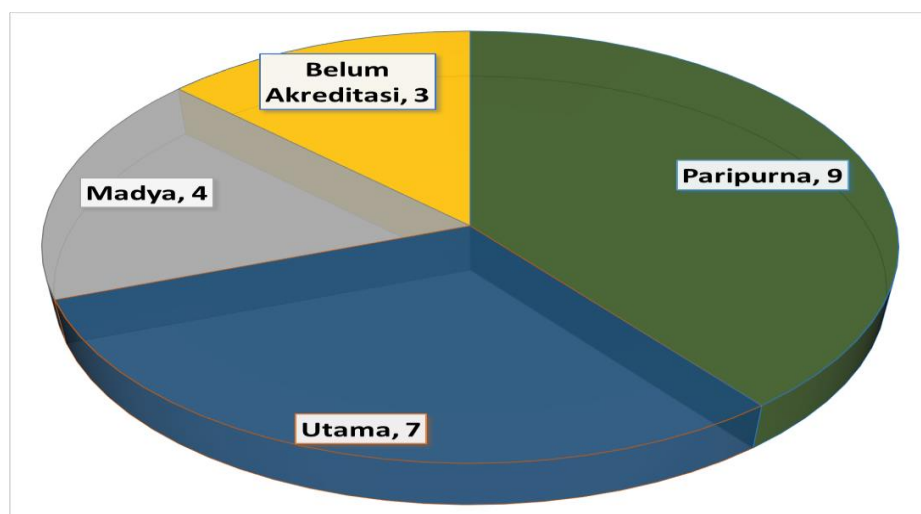
Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Berdasarkan grafik di atas menunjukkan jumlah rumah sakit provinsi Maluku Utara sebanyak 23 unit. Dengan 20 rumah sakit (87,0 %) telah terakreditasi, sementara 3 rumah sakit (13,0 %) belum terakreditasi. Kondisi ini menunjukkan bahwa sebagian besar rumah sakit telah memenuhi standar mutu dan keselamatan pelayanan kesehatan. 7 rumah sakit kabupaten telah mencapai akreditasi 100 % capain ini menunjukkan komitmen kuat pemerintah daerah dan manajemen rumah sakit dalam pemenuhan standar pelayanan, meskipun sebagian wilayah memiliki jumlah RS terbatas. sedangkan 3 rumah sakit belum terakreditasi tersebar di Halsel, Ternate dan Tidore kepulauan. Upaya kedepan difokuskan pada pendampingan akreditasi RS, agar pemerataan mutu layanan kesehatan dapat tercapai secara menyeluruh.

## 5. Tingkat Kelulusan Akreditasi Rumah Sakit

Tingkatan akreditasi dibagi menjadi 4 (empat) tingkatan yaitu Tingkat Madya, Utama, Paripurna dan tidak lulus akreditasi. Rumah sakit yang telah lulus akreditasi menunjukkan bahwa mutu rumah sakit di Maluku Utara semakin baik. Namun, harapannya rumah sakit tetap berkomitmen menjaga mutu pelayanan rumah sakit khususnya pasca pelaksanaan akreditasi rumah sakit dan 3 rumah sakit yang belum terakreditasi didorong untuk melakukan survei akreditasi. Berikut gambaran tingkat kelulusan akreditasi rumah sakit di Maluku Utara Tahun 2024:

Gambar 2.19 Tingkat Akreditasi Rumah Sakit Provinsi Maluku Utara, Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

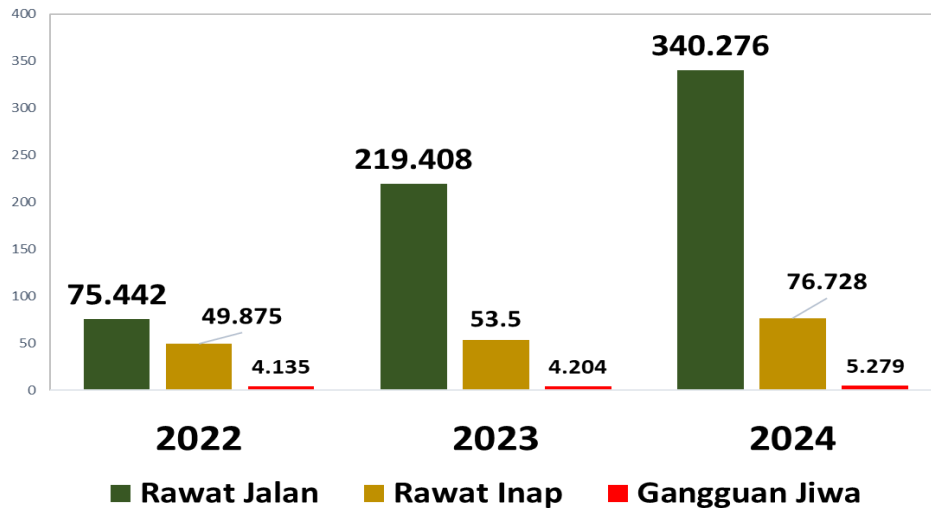
Berdasarkan data di atas menunjukkan dari total 23 unit rumah sakit, sebanyak 20 rumah sakit (87,0 %) telah akreditasi, dengan variasi predikat mulai dari madya, utama hingga paripurna. Predikat paripurna mendominasi dengan 9 rumah sakit (39,1 %), diikuti akreditasi utama sebanyak 7 rumah sakit (30,4%), dan akreditasi madya sebanyak 4 rumah sakit (17,4 %) sementara itu masih terdapat 3 rumah sakit (13,0%) yang belum terakreditasi.

## 6. Kunjungan Rumah Sakit

Pelayanan rumah sakit terdiri pelayanan dasar medik, pelayanan spesialis, dan pelayanan penunjang. Salah satu pelayanan dasar medik adalah pelayanan rawat jalan, rawat inap dan gangguan jiwa.

Berikut gambaran kunjungan rawat jalan, rawat inap, dan gangguan jiwa di Maluku Utara tahun 2022-2024 seperti pada tabel dibawah ini :

Gambar 2.20 Jumlah Kunjungan Rawat Jalan, Rawat Inap, Dan Gangguan Jiwa Tahun 2022-2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Berdasarkan grafik diatas menunjukkan pada tahun 2024, seluruh jenis pelayanan rumah sakit di Maluku Utara menunjukkan peningkatan jumlah kunjungan yang cukup signifikan di bandingkan tahun 2024. peningkatan ini terjadi pada rawat jalan, rawat inap, maupun gangguan jiwa, yang mencerminkan meningkatnya pemanfaatan layanan rumah sakit oleh masyarakat. kunjungan rawat jalan meningkat dari 219,408 kunjungan pada tahun 2024 menjadi 340,276 kunjungan di tahun 2024 atau naik 120,868 kunjungan (55,1%). peningkatan ini cukup tajam mengindikasikan meningkatnya akses dan kepercayaan masyarakat terhadap layanan rumah sakit, optimalisasi layanan spesialistik dan sub spesialistik serta kemungkinan meningkatnya cakupan peserta JKN dan rujukan dari FKTP.

Kunjungan rawat Inap juga meningkat dari 53,500 pasien pada tahun 2024 menjadi 76, 728 pasien pada tahun 2024 atau bertambah 43,4 %. pelayanan gangguan jiwa kenaikan ini menunjukkan meningkatnya kasus yang membutuhkan perawatan lanjutan, bertambahnya kapasitas kayanan rawat inap serta meningkatnya peran rumah sakit sebagai fasilitas rujukan. pelayanan jumlah kunjungan gangguan jiwa meningkat dari 4,204 kunjungan menjadi 5,279

kunjungan atau naik 25,6 %, peningkatan ini menunjukkan meningkatnya kesadaran masyarakat terhadap kesehatan jiwa, bertambahnya akses layanan kesehatan jiwa dan kemungkinan pebingkatan deketsi dan rujukan kasus gangguan jiwa.

## 7. Indikator Pelayanan Rumah Sakit

Indikator pelayanan rumah sakit dapat dipakai untuk mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu, dan efisiensi pelayanan rumah sakit. Berikut nilai indikator pelayanan rumah sakit di Maluku Utara tahun 2020–2024 :

Tabel 2. 2 Nilai Indikator Pelayanan Rumah Sakit Di Maluku Utara Tahun 2020 – 2024

Indikator	2020	2021	2022	2023	2024	Standar KEMENKES
<b>BOR</b> ( <i>Bed Occupation Rate</i> )	34,2	40,2	40,1	25,2	45.3	60-85%
<b>BTO</b> ( <i>Bed Turn Over</i> )	32,3	32,4	30,8	27	48	40-50 kali
<b>TOI</b> ( <i>Turn Over Interval</i> )	11,2	12,5	18,1	10	4	1-3 hari
<b>ALOS</b> ( <i>Average Length of Stay</i> )	3,8	9	3,3	4	3	6-9 hari
<b>GDR</b> ( <i>Gross Death Rate</i> )	0,03	0,04	0,02	17,1	23.0	< 45/1000 penderita keluar
<b>NDR</b> ( <i>Net Death Rate</i> )	0,03	0,03	0,02	15,8	15.3	< 25/1000 penderita keluar

*Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024*

Berdasarkan tabel di atas kinerja pelayanan rumah sakit pada tahun 2024 menunjukkan perbaikan signifikan dibandingkan dengan tahun 2023, khususnya pada indikator pemanfaatan tempat tidur dan perputaran pasien. Namun demikian sebagian besar indikator masih belum sepenuhnya memenuhi standar ideal kementerian kesehatan yang mengindikasikan perlunya penguatan tata kelola pelayanan dan efisiensi manajemen tempat tidur serta meningkatnya mutu layanan klinis secara berkelanjutan.

BOR tahun 2024: 25, 2 % dan 2024: 45, 3 % menunjukkan terjadi peningkatan BOR sebesar 20,1 poin dari tahun 2024 ke 2024, hal ini menunjukkan bahwa pemanfaatan tempat tidur rumah sakit meningkat secara signifikan, sejalan dengan meningkatnya jumlah kunjungan rawat inap. namun capaian tahun 2024 masih berada dibawah standar ideal yang mengindikasikan. kapasitas tempat tidur belum dimanfaatkan secara optimal, distribusi pasien belum merata antar rumah sakit kemungkinan adanya keterbatasan rujukan atau preferensi masyarakat ke rumah sakit tertentu.

BTO (frekuensi penggunaan tempat tidur) 2024 ; 27 kali, 2024 48 kali menunjukkan BTO mengalami peningkatan dan pada tahun 2024 telah memenuhi standar idel hal ini menunjukkan bahwa perawatan pasien rawat inap semakin baik, efiseinsi pemanfaatan tempat tidur meningkat dan proses pelayanan menjadi lebih cepat dan efektif.

TOI ( rata-rata hari tempat tidur kosong), TOI menurun drastis dari 10 hari menjadi 4 hari menandakan waktu tempat tidur kosong semakin pemdek dan peningkatan kecepatan pengisian tempat tidur setelah pasien keluar. Namun nilai TOI tahun 2024 masih sedikit di atas standar ideal yang menunjukkan bahwa masih ada jeda pelayanan akibat proses administrasi dan sistem rujukan dan penjadwalan rawat inap perlu dioptimalkan.

ALOS (rata-rata lama dirawat), mengalami penurunan artinya pelayanan medis relatif cepat, kasus yang ditangani didominasi penyakit yang lama rawat singkat atau adanya kecenderungan rujukan lanjutan ke rumah sakit yang lebih besar.namun ALOS yang jauh dibawah standar juga dapat menunjukkan keterbatasan layanan kasus kompleks dan potensi rujukan dini sebelum kondisi pasien benar-benar stabil.

GDR (Angka Kematian Kasar RS), 2024: 17,1 %, 2024: 23,0 % menunjukkan terjadi peningkatan GDR, namun angka tersebut masih jauh di bawah ambang batas standar ideal, hal ini menunjukkan bahwa tingkat kematian secara umum masih terkendali dan peningkatan kemungkinan disebabkan oleh bertambahnya jumlah pasien rawat inap dan kasus berat.

NDR ( angka kematian <48 jam dirawat), tahun 2024: 15, 8 %, tahun 2024: 15,3 %, terjadi penurunan NDR yang menunjukkan perbaikan kualitas perawatan pasien, manajemen klinis kasus rawat inap dan peningkatan deteksi dan penanganan komplikasi. untuk itu diperlukan penguatan sistem

rujukan, pemerataan pemanfaatan tempat tidur dan peningkatan kualitas layanan kasusu kompleks.

## **E. KETERSEDIAAN OBAT DAN VAKSIN**

### **1. Persentase Puskesmas dengan Ketersediaan Obat Esensial**

Persentase Puskesmas dengan ketersediaan obat esensial merupakan indikator penting dalam menjamin keberlangsungan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Ketersediaan obat esensial di Puskesmas menunjukkan kemampuan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dalam menyediakan obat yang aman, bermutu dan terjangkau.

Persentase Puskesmas dengan ketersediaan obat esensial menggambarkan kemampuan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dalam menjamin pelayanan kesehatan yang berkesinambungan. Pengukuran indikator ini dilakukan berdasarkan 40 obat indikator esensial yang mengacu pada daftar obat esensial nasional dan kebutuhan pelayanan kesehatan dasar Puskesmas.

Persentase ketersediaan obat esensial merupakan persentase jumlah 40 indikator yang harus tersedia di Kabupaten/Kota. Pemantauan ketersediaan obat esensial yang merupakan obat pendukung program HIV, program Kesehatan Jiwa, Program Filariasis dan Kecacingan, program Kesehatan Ibu dan Anak, program gizi, program TB Paru, program Malaria serta obat pelayanan dasar esensial. Laporan yang disampaikan pada bulan Desember atau bulan terakhir pada tahun pelaporan.

Tabel 2.3 Daftar Obat Esensial yang harus tersedia di Puskesmas Tahun 2024 - 2024

<b>NO.</b>	<b>NAMA OBAT</b>	<b>SATUAN</b>
1	Albendazol/Pirantel Pamoat	Tablet
2	Alopurinol	Tablet
3	Amlodipin/Kaptopril	Tablet

<b>NO.</b>	<b>NAMA OBAT</b>	<b>SATUAN</b>
4	Amoksisilin 500 mg	Tablet
5	Amoksisilin sirup	Botol
6	Amitriptilin tablet salut 25 mg (HCl)	Tablet
7	Asam Askorbat (Vitamin C)	Tablet
8	Asiklovir	Tablet
9	Betametason salep	Tube
10	Difenhidramin Inj. 10 mg/ml	Ampul
11	Furosemid 40 mg/Hidroklorotiazid (HCT)	Tablet
12	Glibenklamid/Metformin	Tablet
13	Hidrokortison krim/salep	Tube
14	Ketokonazol tablet 200 mg	Tablet
15	Magnesium Sulfat injeksi	Vial
16	Oksitosin Injeksi	Ampul
17	Parasetamol sirup 120 mg/5 ml	Botol
18	Parasetamol 500 mg	Tablet
19	Prednison 5 mg	Tablet
20	Salbutamol	Tablet
21	Salep Mata/Tetes Mata Antibiotik	Tube
22	Simvastatin	Tablet
23	Diazepam injeksi 5 mg/ml	Ampul
24	Diazepam	Tablet
25	Epinefrin (Adrenalin) injeksi 0,1 % (sebagai HCl)	Ampul
26	Garam Oralit serbuk	Kantong

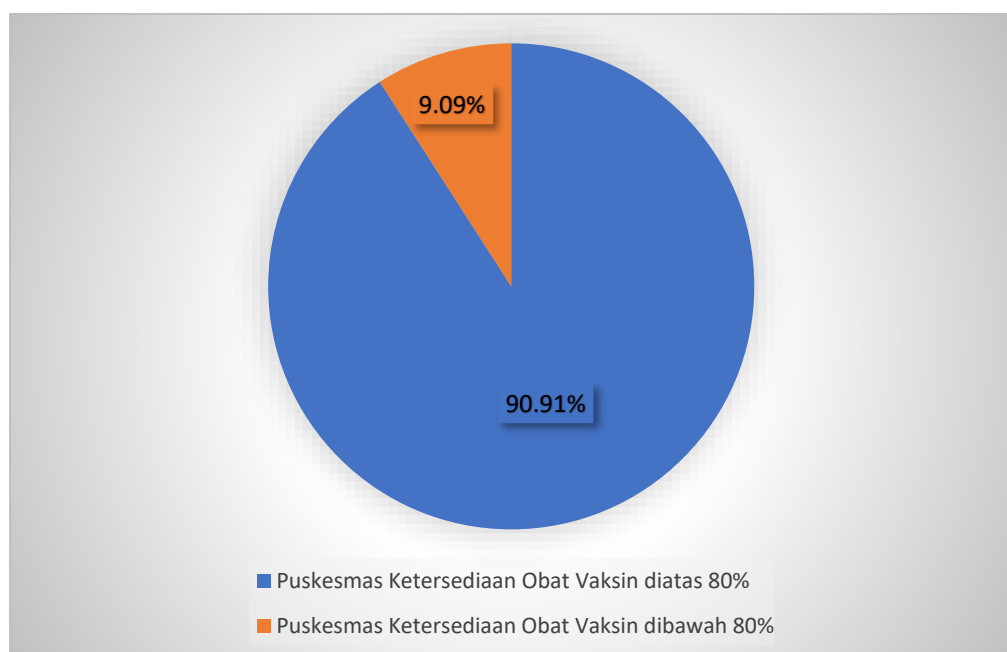
NO.	NAMA OBAT	SATUAN
27	Kotrimoksazol (dewasa) kombinasi tablet / Kotrimoksazol suspensi	Tablet/B otol
28	OAT FDC Kat 1	Paket
29	Retinol 100.000/200.000 IU	Kapsul
30	Vitamin B6 (Piridoksin)	Tablet
31	Antasida tablet kunyah/antasida suspensi	Tablet/Boto I
32	Deksametason tablet/deksametason injeksi	Tablet/Via I/Ampul
33	Dihidroartemisin+piperakuin (DHP) dan primaquin	Tablet
34	Fitomenadion (Vitamin K) injeksi	Ampul
35	Klorfeniramina Maleat (CTM) tablet 4 mg	Tablet
36	Lidokain inj	Vial
37	Metilergometrin Maleat injeksi 0,200 mg-1 ml	Ampul
38	Natrium Diklofenak	Tablet
39	Tablet Tambah Darah	Tablet
40	Zinc 20 mg	Tablet

*Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024*

Berdasarkan laporan yang diterima setiap bulan puskesmas yang memiliki ketersediaan obat esensial sesuai standar sampai dengan bulan desember Tahun 2024 dari total 150 Puskesmas di Provinsi Maluku Utara ada 143 Puskesmas yang telah melapor ketersediaan obat dan vaksin esensial. Hasil dari laporan dari puskesmas tersebut di dapatkan hasil 130 puskesmas yang memiliki ketersediaan obat dan vaksin esensial diatas 80% dan 13 puskesmas yang persediaan obat dan vaksin esensialnya dibawah 80%.

Ketersediaan obat esensial sesuai standar sampai dengan bulan Desember Tahun 2024 dari total 150 Puskesmas di Provinsi Maluku Utara terdapat 145 Puskesmas yang melapor ketersediaan obat esensial dan vaksin. Hasil laporan tersebut ada 133 puskesmas yang memiliki ketersediaan obat dan vaksin esensial diatas 80% dan 12 Puskesmas yang ketersediaan obat dan vaksin esensial dibawah 80%.

Gambar 2.21 Persentase Ketersediaan obat dan vaksin esensial di Puskesmas di Provinsi Maluku Utara tahun 2024

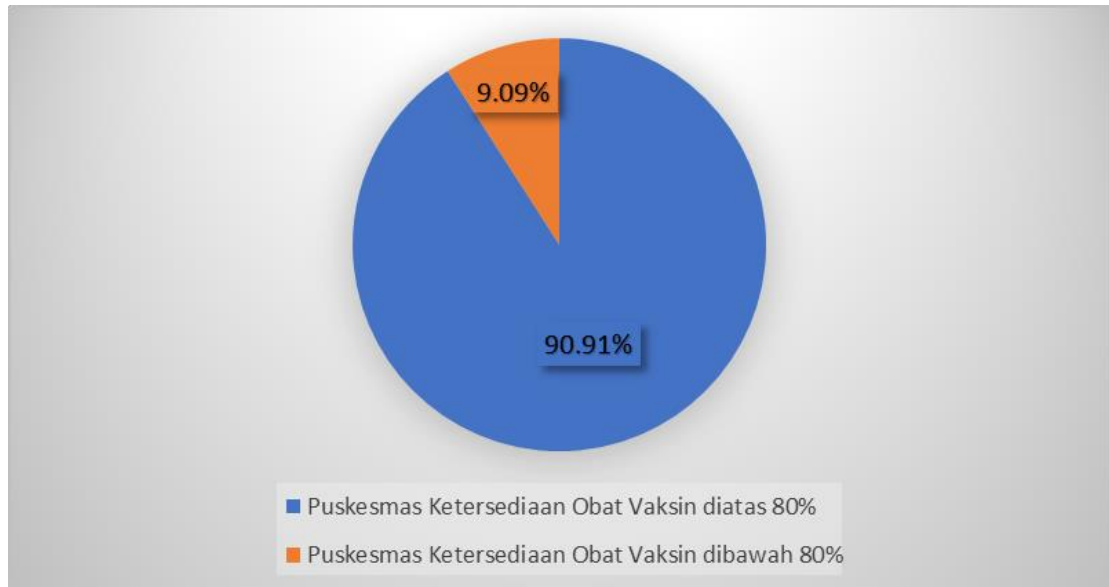


*Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024*

Berdasarkan gambar diatas, ketersediaan obat dan vaksin esensial di Puskesmas yang ada di Provinsi Maluku Utara tahun 2024 sebesar 90,91% dan nilai ini belum mencapai target Nasional yaitu sebesar 94%.

Untuk Kabupaten/kota yang persentase jumlah Puskesmas di bawah 80 % terhadap ketersediaan obat essensialnya di bawah 80% sebesar 7 Kabupaten/Kota dan 3 Kabupaten/Kota yang puskesmasnya ketersediaan obatnya dibawah 80%.

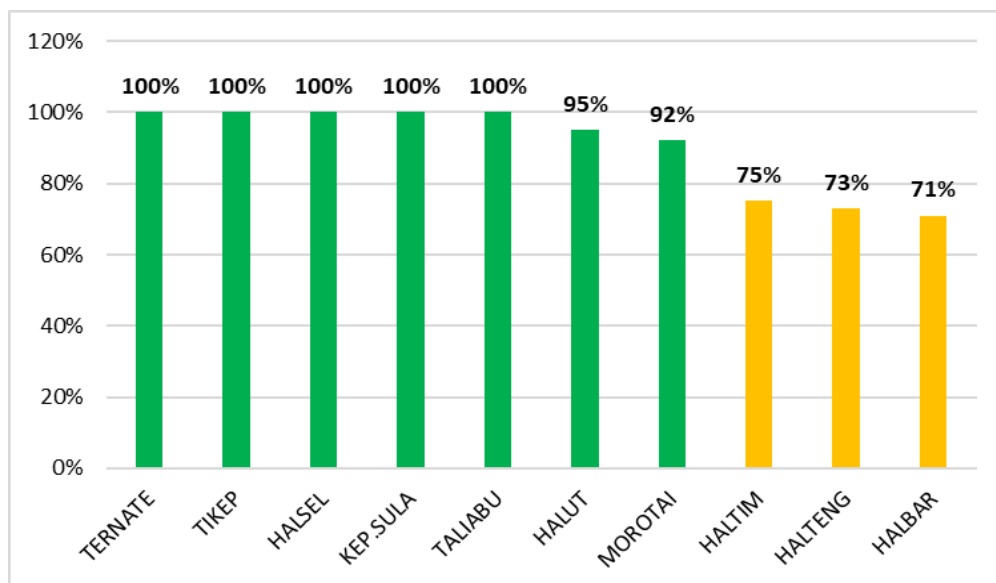
Gambar 2.22 Persentase Ketersediaan obat dan vaksin esensial di Puskesmas di Provinsi Maluku Utara tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Berikut gambar diatas menggambarkan ketersediaan obat dan vaksin esensial di Puskesmas yang ada di Provinsi Maluku Utara tahun 2024 sebesar 90,91% dan nilai ini belum mencapai target Nasional yaitu sebesar 96%.

Gambar 2.23 Persentase Puskesmas dengan ketersediaan obat dan vaksin esensial diatas 80% menurut Kabupaten/Kota, 2024

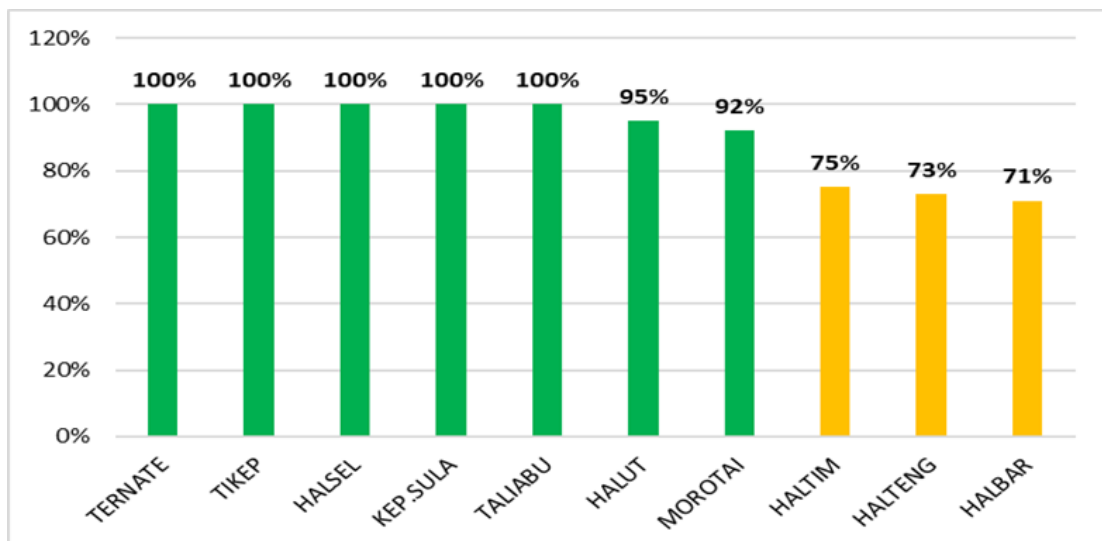


Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Dari gambar diatas dapat dilihat dari total puskesmas di Kabupaten/Kota tersebut, masih ada puskesmas yang ketersediaan obat esensialnya dibawah 80% yakni :

- a. Kab. Halmahera Barat terdapat 28,57 % atau 4 Puskesmas dari total 14 puskesmas, yang memiliki beberapa item obat yang kosong.
- b. Kabupaten Halmahera Tengah terdapat 27,27% atau 3 Puskesmas dari total 11 puskesmas, yang item obat yg kosong.
- c. Kabupaten Halmahera Timur terdapat 25% atau 4 Puskesmas dari total 12 puskesmas, yang item obat yg kosong.

Gambar 2.24 Persentase Puskesmas dengan ketersediaan obat dan vaksin esensial diatas 80% menurut Kabupaten/Kota, 2024



Dari gambar diatas dapat dilihat bahwa untuk persentase Kabupaten/kota dengan Puskesmas yang memiliki ketersediaan obat sesuai standart diatas 80 % yaitu sebanyak 7 Kabupaten/Kota dan yang tidak mncapai atau presentase dibawah 80 % yaitu sebanyak 3 Kabupaten/Kota.

Diantaranya sebagai berikut :

a. Kabupaten/kota dengan Puskesmas yang memiliki ketersediaan obat sesuai standart diatas 80 % yaitu :

1. Kota Ternate (100%)
2. Kota Tidore Kepulauan (100%)
3. Kab. Halmahera Selatan (100%)
4. Kepulauan Sula (100 %)
5. Pulau Taliabu (100%)
6. Kab. Halmahera Utara (95%)
7. Pulau Morotai (92%)

b. Kabupaten/kota dengan Puskesmas yang memiliki ketersediaan obat sesuai standart dibawah 80 % yaitu :

1. Kab.Halmahera Tengah (73%)
2. Kab. Halmahera Barat (71,35 %)
3. Kab.Halmahera Timur (75 %)

## **2. Persentase Kabupaten/Kota dengan Ketersediaan Obat Esensial**

Pemantauan ketersediaan obat esensial di Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota dilakukan terhadap 40 item obat indikator yang merupakan obat pendukung program kesehatan ibu dan anak, program gizi, program TB paru, program malaria, serta obat pelayanan kesehatan dasar esensial dan terdapat di dalam formularium nasional. Laporan yang disampaikan yaitu laporan pada bulan Desember atau laporan bulan terakhir pada tahun pelaporan.

Berdasarkan laporan yang diterima setiap bulan persentase kabupaten/kota dengan ketersediaan obat esensial sampai dengan bulan desember Tahun 2024 sebesar 85% dimana memenuhi dari target nasional yaitu sebesar 83 % (target nasional pada Tahun 2024). Terdapat 3 kabupaten/kota dengan persentase dengan ketersediaan obat esensial kurang dari 85% sebagai berikut :

- a. Kota Ternate ( 77,5%)
  - 1) Terdapat item obat dengan stok kosong.
  - 2) Ketersediaan obat di puskesmas dipenuhi melalui dana kapitasi masing-masing puskesmas.
- b. Kabupaten Halmahera Tengah (77,5 %)
  - 1) Terdapat item obat yang telah didistribusikan habis ke Puskesmas.
  - 2) Telah dilakukan pengadaan obat tetapi kekosongan obat di distributor.
- c. Kabupaten Taliabu (52,5%) :
  - 1) Terdapat item obat yang telah didistribusikan habis ke Puskesmas.
  - 2) Telah dilakukan pengadaan obat tetapi kekosongan obat di distributor.

Ketersediaan obat dan vaksin esensial di Puskesmas yang ada di Provinsi Maluku Utara tahun 2024 sebesar 90,91% dan nilai ini belum mencapai target Nasional yaitu sebesar 96%.

### **3. Persentase Puskesmas dengan Ketersediaan Vaksin Imunisasi Dasar Lengkap (IDL)**

Pemantauan ketersediaan vaksin Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) di puskesmas dilakukan terhadap 5 item vaksin indikator yang merupakan vaksin pendukung program imunisasi dasar yang meliputi : Vaksin Hepatitis B, Vaksin BCG, Vaksin DPT-HB-HIB, Vaksin Polio, Vaksin Campak/Campak Rubella. Laporan yang disampaikan yaitu laporan pada Bulan November atau laporan bulan terakhir pada tahun pelaporan.

Berdasarkan persentase kabupaten/kota dengan ketersediaan vaksin IDL pada bulan Desember Tahun 2024 dan Tahun 2024 sebesar 80 %, artinya telah mencapai target nasional yaitu sebesar 100%.

## **F. SARANA KEFARMASIAN DAN ALAT KESEHATAN**

Salah satu indikator penting dalam menggambarkan ketersediaan sarana pelayanan kesehatan yang dimiliki suatu wilayah adalah jumlah sarana produksi dan distribusi sediaan farmasi.

### **1. Sarana Produksi Kefarmasian dan Alat Kesehatan**

Sarana Produksi Kefarmasian dan Alat Kesehatan ini menggambarkan tingkat ketersediaan sarana pelayanan kesehatan yang melakukan upaya produksi di bidang Kefarmasian dan Alat Kesehatan antara lain industri farmasi, Industri Obat Tradisional (UKOT), Usaha Kecil Obat Tradisional / Usaha Mikro Obat Tradisional (UKOT/UMOT), produksi Alat Kesehatan (Alkes), dan produksi Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (PKRT).

Untuk cakupan Sarana Produksi Kefarmasian dan Alat Kesehatan di Maluku Utara sampai dengan Tahun 2024 dan Tahun 2024 belum terdapat sarana produksi Kefarmasian dan Alat Kesehatan. Seluruh kebutuhan obat dan alat kesehatan di wilayah ini masih dipasok dari luar daerah. Kondisi ini menunjukkan bahwa sektor produksi kefarmasian dan alat kesehatan belum berkembang secara lokal, sehingga ketergantungan terhadap pasokan dari daerah lain masih tinggi.

### **2. Sarana Distribusi Kefarmasian dan Alat Kesehatan**

Sarana Distribusi Kefarmasian dan Alat Kesehatan meliputi fasilitas atau unit usaha yang melakukan kegiatan pengadaan, penyimpanan, penyaluran dan atau penyerahan sediaan farmasi dan alat kesehatan sesuai ketentuan peraturan perundang - undangan yang berlaku. Sarana distribusi kefarmasian dan alat kesehatan antara lain :Pedagang Besar Farmasi (PBF), PBF Cabang, Penyalur Alat Kesehatan (PAK), Penyalur Alat Kesehatan Diagnostik, Distributor Impor Alat Kesehatan, dll.

Tabel 2. 4 Data Sarana Distribusi Kefarmasian Dan Alat Kesehatan Tahun 2024 dan 2024

No	Sarana	Jumlah
1	Pedagang Besar Farmasi	4
2	Apotek	147
3	Toko Obat	105
4	Penyalur Alat Kesehatan (PAK)	3
5	Cabang Penyalur Alat Kesehatan	1
6	Toko Alat Kesehatan	2

*Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024*

Berdasarkan tabel diatas Sarana Distribusi Kefarmasian dan Alkes di Maluku Utara untuk sarana Apotek dengan jumlah 147 dan sarana Toko Obat dengan jumlah 105 sarana tersebut itu sudah mencakup jumlah Apotek dan Toko Obat yang ada di 10 Kabupaten/Kota, sedangkan untuk Sarana Distribusi Pedagang Besar Farmasi (PBF), Toko Alat Kesehatan, PAK dan Cabang PAK hanya berada di Kota Ternate saja.

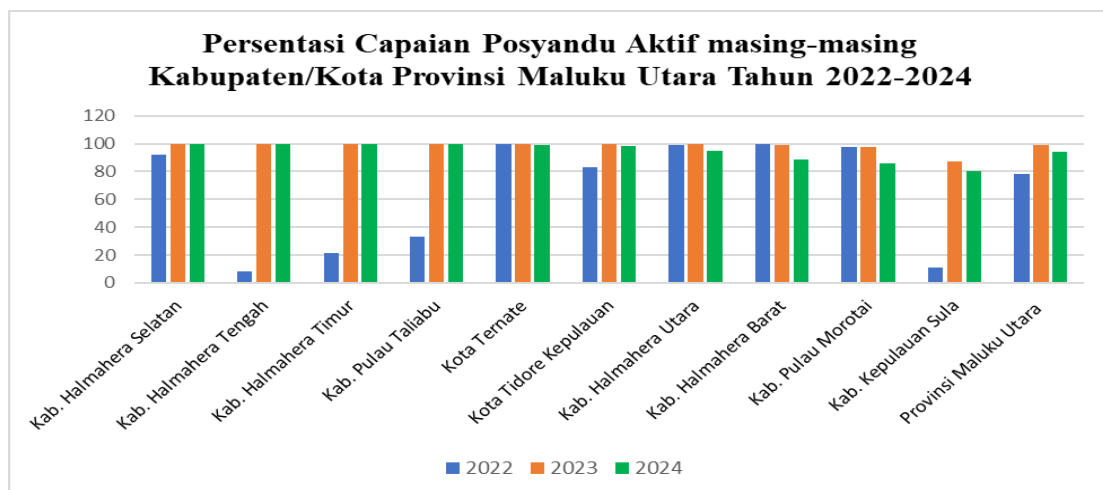
Jumlah sarana distribusi Pedagang Besar Farmasi (PBF) yang terbanyak di Maluku Utara sampai dengan Tahun 2024 dan Tahun 2024 adalah Kota Ternate yaitu sejumlah 4 (empat) sarana. Sedangkan Kabupaten/Kota yang lain tidak memiliki sarana distribusi alkes. PAK dan PAK cabang juga hanya terdapat di kota ternate yaitu PAK sebanyak 3 (tiga) sarana sedangkan PAK cabang hanya ada 1 (satu) sarana.

Untuk Sarana Toko Alkes di Maluku Utara pada Tahun 2024 dan Tahun 2024 yang terbanyak terdapat di Kota Ternate yaitu sejumlah 2 (dua) sarana., sedangkan Kabupaten/kota yang lain tidak memiliki sarana toko alkes.

## G. UPAYA KESEHATAN BERSUMBER DAYA MASYARAKAT

Posyandu merupakan salah satu Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang hingga saat ini eksis di tengah-tengah masyarakat. Dengan adanya integrasi layanan primer, posyandu sebagai Lembaga Kemasyarakatan Desa (LKD) memiliki tugas dan fungsi mendekatkan layanan promotif dan preventif kepada siklus kehidupan meliputi ibu hamil, ibu melahirkan dan menyusui, bayi, balita dan anak prasekolah, usia sekolah dan remaja, serta usia dewasa dan lanjut usia.

Gambar. 2.25 Persentase Posyandu Aktif masing-masing Kabupaten/kota Tahun 2022-2024

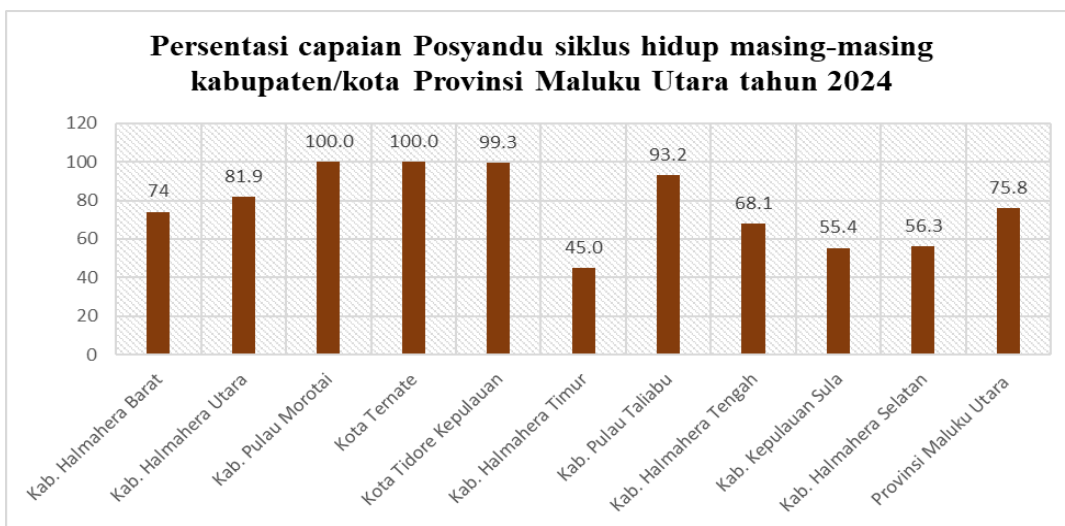


Grafik 2.25 menunjukkan bahwa capaian Posyandu Aktif di Provinsi Maluku Utara selama periode 2022–2024 mengalami peningkatan yang signifikan pada hampir seluruh kabupaten/kota, khususnya dari tahun 2022 ke 2024. Pada tahun 2024, sebagian besar kabupaten/kota telah mencapai cakupan 100 persen Posyandu Aktif, termasuk Halmahera Selatan, Halmahera Tengah, Halmahera Timur, Pulau Taliabu, Kota Ternate, Kota Tidore Kepulauan, Halmahera Utara, Halmahera Barat, dan Pulau Morotai. Capaian ini menunjukkan keberhasilan konsolidasi program Posyandu sebagai layanan kesehatan berbasis masyarakat.

Namun demikian, pada tahun 2024 terlihat adanya variasi capaian dan kecenderungan penurunan di beberapa wilayah. Beberapa kabupaten/kota masih mampu mempertahankan capaian tinggi mendekati atau mencapai 100 persen, sementara wilayah lain mengalami penurunan cukup nyata, seperti

Pulau Morotai, Halmahera Barat, Halmahera Utara, dan Kepulauan Sula. Secara agregat, capaian Posyandu Aktif Provinsi Maluku Utara pada tahun 2024 berada pada kisaran 95 persen, sedikit menurun dibandingkan capaian tahun 2024 yang mencapai 100 persen.

Gambar 2.26 Persentase Posyandu Siklus Hidup masing-masing Kabupaten/kota Tahun 2024.



Gambar 2.26 menunjukkan bahwa capaian Posyandu Siklus Hidup di Provinsi Maluku Utara tahun 2024 berada pada tingkat sedang hingga tinggi, dengan capaian provinsi sebesar 75,8 persen. Beberapa kabupaten/kota telah mencapai cakupan sangat tinggi, bahkan mendekati atau mencapai 100 persen, yaitu Kota Ternate (100%), Kabupaten Pulau Morotai (100%), dan Kota Tidore Kepulauan (99,3%). Kabupaten Pulau Taliabu juga menunjukkan kinerja baik dengan capaian 93,2 persen. Capaian ini mengindikasikan bahwa pendekatan Posyandu Siklus Hidup telah diimplementasikan secara relatif optimal di wilayah-wilayah tersebut.

Sebaliknya, sejumlah kabupaten masih menunjukkan capaian rendah hingga sedang, terutama Kabupaten Halmahera Timur (45,0%), Kabupaten Kepulauan Sula (55,4%), Kabupaten Halmahera Selatan (56,3%), dan Kabupaten Halmahera Tengah (68,1%). Kabupaten Halmahera Barat dan Halmahera Utara berada pada capaian menengah masing-masing sebesar 74,0 persen dan 81,9 persen. Variasi capaian ini mencerminkan adanya ketimpangan implementasi Posyandu Siklus Hidup antar wilayah di Provinsi Maluku Utara.



## **BAB III**

### **TENAGA KESEHATAN**

Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) merupakan komponen kunci untuk menggerakkan pembangunan kesehatan di Maluku Utara. SDMK berperan dalam meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap individu, keluarga dan masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang optimal. SDMK juga sebagai pelaksana upaya dan pelayanan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional menjelaskan bahwa SDMK adalah tenaga kesehatan (termasuk tenaga kesehatan strategis) dan tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya dalam upaya dan manajemen kesehatan. Gambaran SDMK Maluku Utara pada bab ini meliputi jumlah tenaga kesehatan baik di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan, registrasi tenaga kesehatan, pendayagunaan tenaga kesehatan.

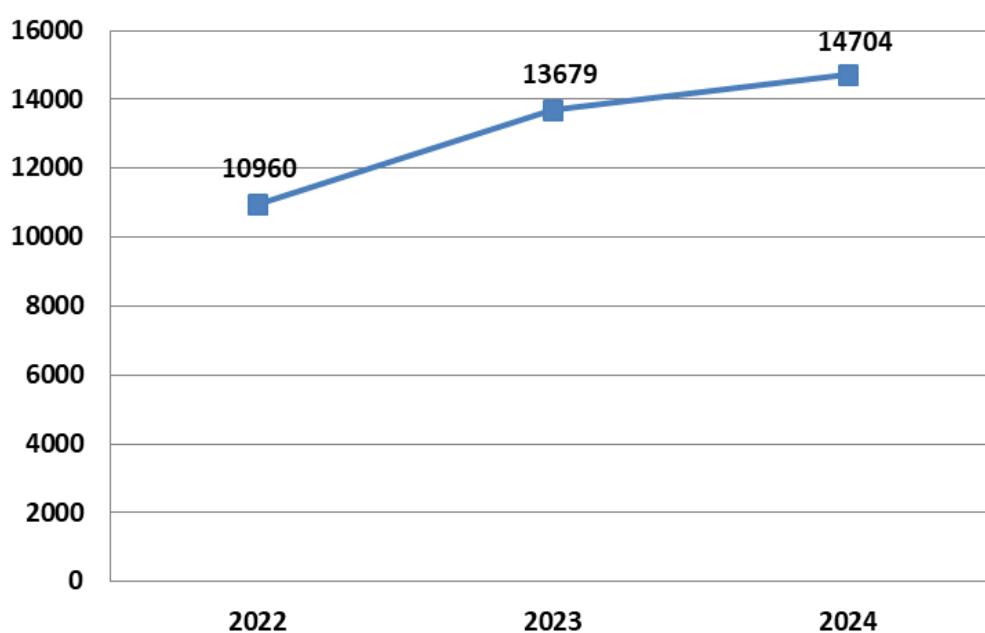
#### **A. JUMLAH TENAGA KESEHATAN**

Berdasarkan Undang-undang Nomor 17 tahun 2024 Tentang Tenaga Kesehatan menyatakan bahwa pembangunan kesehatan masyarakat dimaksudkan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya berdasarkan prinsip kesejahteraan, pemerataan, nondiskriminatif, partisipatif, dan berkelanjutan dalam rangka pembangunan sumber daya manusia (SDM) yang berkualitas dan produktif, mengurangi kesenjangan, memperkuat pelayanan kesehatan bermutu, meningkatkan ketahanan kesehatan, menjamin kehidupan yang sehat, serta memajukan kesejahteraan seluruh warga negara dan daya saing bangsa bagi pencapaian tujuan pembangunan nasional.

Standar kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) di Rumah Sakit dan Puskesmas dapat dilihat pada Permenkes Nomor 56 tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perijinan Rumah sakit, dan Permenkes Nomor 43 tahun 2020 tentang Puskesmas. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2022 Tentang Rencana Strategis Menteri Kesehatan Tahun 2025 – 2029 sasaran yang akan dicapai adalah **Meningkatnya kuantitas dan kualitas SDM kesehatan.**

Dari hasil rekapitulasi SDMK berdasarkan pelayanan di gambar 3.1 menunjukkan jumlah SDMK di Maluku Utara pada Tahun 2024 sejumlah 14.704 orang yang terdiri dari tenaga kesehatan sejumlah 13.065 orang (88,85%) dan tenaga penunjang kesehatan 1.639 orang (11,14%). Proporsi tenaga kesehatan terbesar ialah tenaga keperawatan (31,41%) dari total tenaga kesehatan lainnya, sedangkan proporsi tenaga kesehatan terkecil ialah tenaga keterampilan fisik (0.53%) dari total tenaga kesehatan. Jumlah SDMK Tahun 2024 mengalami peningkatan daripada tahun 2023 yang masih 13.679 orang. Peningkatan jumlah seiring dengan tren kenaikan kelengkapan pendataan SDMK ke dalam Sistem Informasi SDMK. Gambaran distribusi SDMK lengkap di Maluku Utara Tahun 2024 ditunjukkan pada lampiran 13 s.d 18.

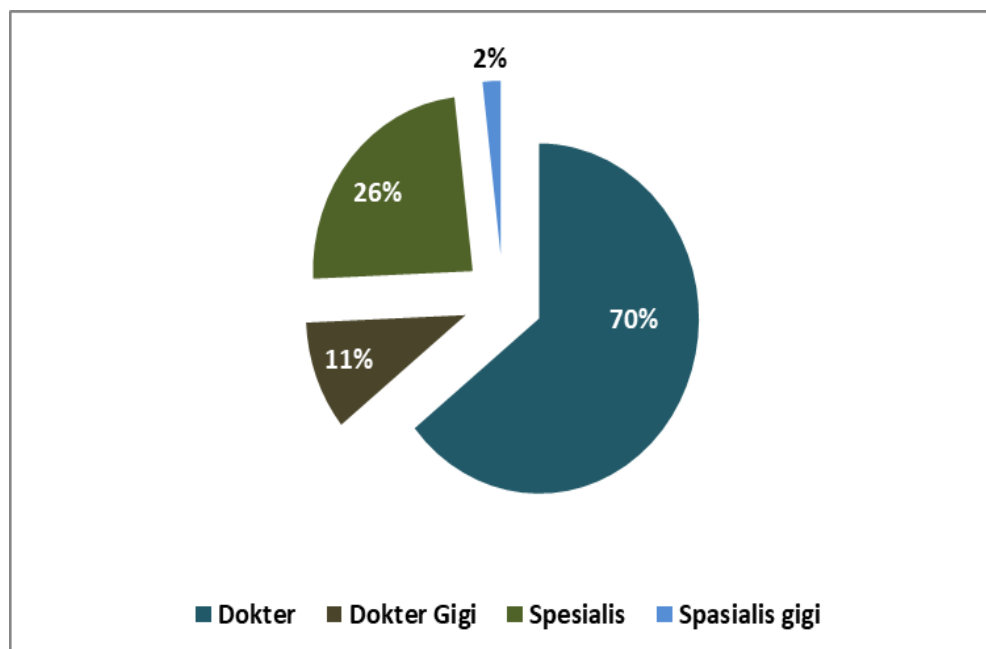
Gambar 3. 1 Tren Jumlah Sumber Daya Manusia Kesehatan di Maluku Utara Tahun 2022- 2024



Sumber : SI-SDMK nPer 31 Desember 2024

Tenaga medis yang diuraikan pada gambar 3.1 merupakan tenaga yang memberikan pelayanan di fasyankes sesuai fungsinya. Jumlah tenaga medis di Maluku Utara sejumlah 758 orang, dengan proporsi tertinggi yakni dokter sebesar 70%. Sebesar 23,74% tenaga medis berada di wilayah Kota Ternate Sedangkan wilayah dengan tenaga medis terkecil yakni Pulau Taliabu 2,24%. Tiga wilayah dengan jumlah tenaga medis terendah di antaranya Halmahera Timur, Kepulauan Sula dan Halmahera Tengah.

Gambar 3.2 Persentase Jumlah Tenaga Medis Di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : SI-SDMK nPer 31 Desember 2024

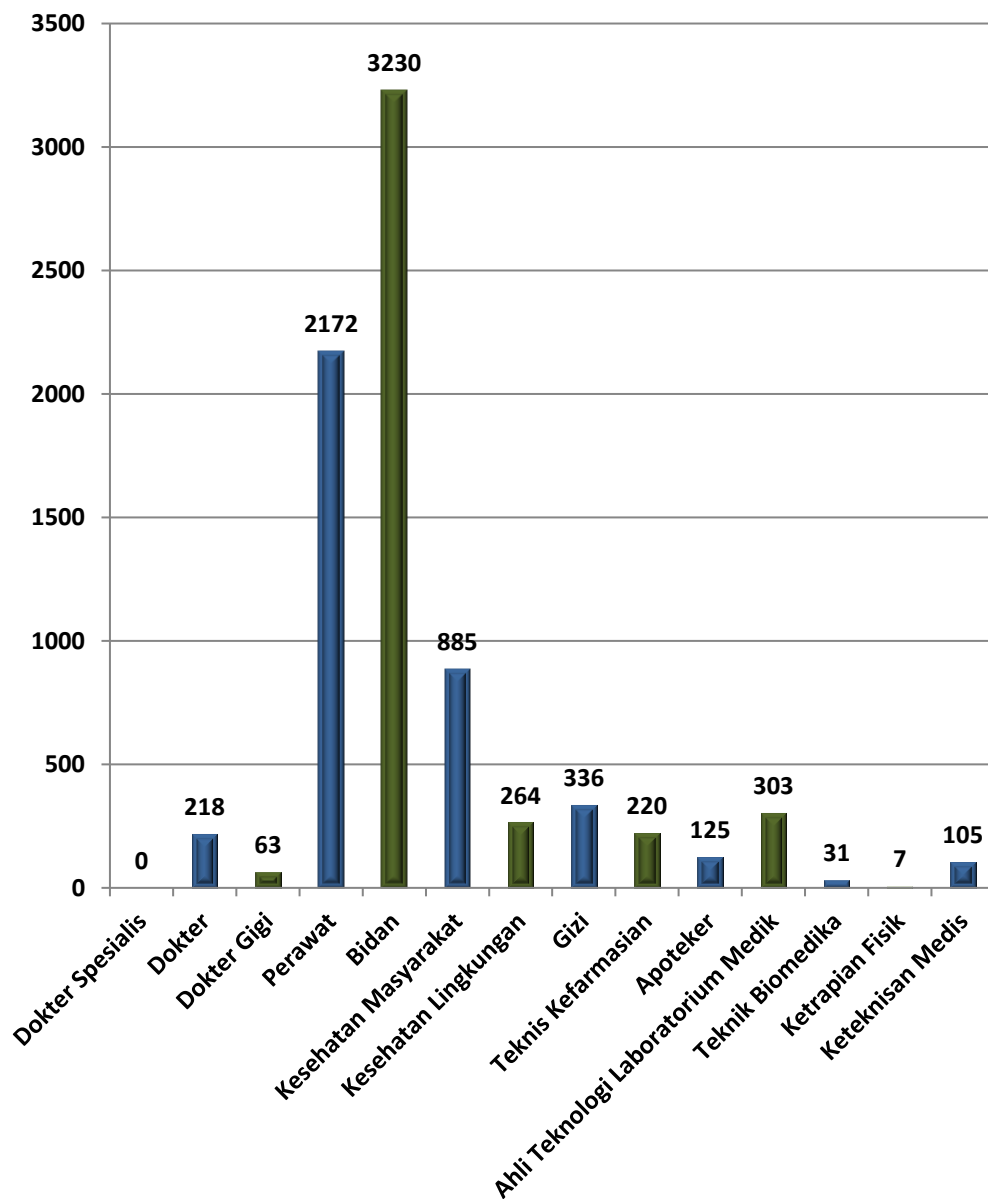
## 1. Tenaga Kesehatan Di Puskesmas

Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Dengan demikian, untuk mendukung fungsi dan tujuan puskesmas diperlukan SDM yang terdiri dari tenaga kesehatan maupun tenaga penunjang kesehatan.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2020 tentang Puskesmas, jenis tenaga kesehatan yang ada di puskesmas paling

sedikit keterisian terdiri dari 9 jenis tenaga kesehatan strategis yaitu dokter, dokter gigi, perawat, bidan, promosi kesehatan dan ilmu perilaku, tenaga kesehatan lingkungan, tenaga gizi, tenaga kefarmasian dan Ahli Teknologi Laboratorium Medik (ATLM).

Gambar 3.3 Jumlah Tenaga Kesehatan Di Puskesmas Di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

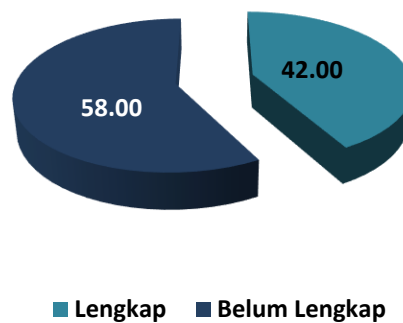


Sumber : SI-SDMK nPer 31 Desember 2024

Jumlah tenaga kesehatan Puskesmas yang bertugas di Maluku Utara pada Tahun 2024 sejumlah 7959 orang. Proporsi terbesar yakni bidan 41%, sedangkan proporsi terendah yakni Keterampilan Fisik sebanyak 0,87%.

Pemerintah berupaya untuk meningkatkan pemerataan distribusi tenaga kesehatan terutama di wilayah Indonesia Timur tuntas sampai tahun 2025. Kebijakan dengan paradigma sehat yang berorientasi promotif dan preventif telah dipacu untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang lebih baik. Puskesmas di Maluku Utara telah mencapai 42,00% memenuhi kelengkapan 9 jenis tenaga kesehatan strategis.

Gambar 3.4 Persentase Pemenuhan 9 Jenis Tenaga Kesehatan Strategis Di Puskesmas Di Provinsi Maluku Utara



Sumber : SI-SDMK nPer 31 Desember 2024

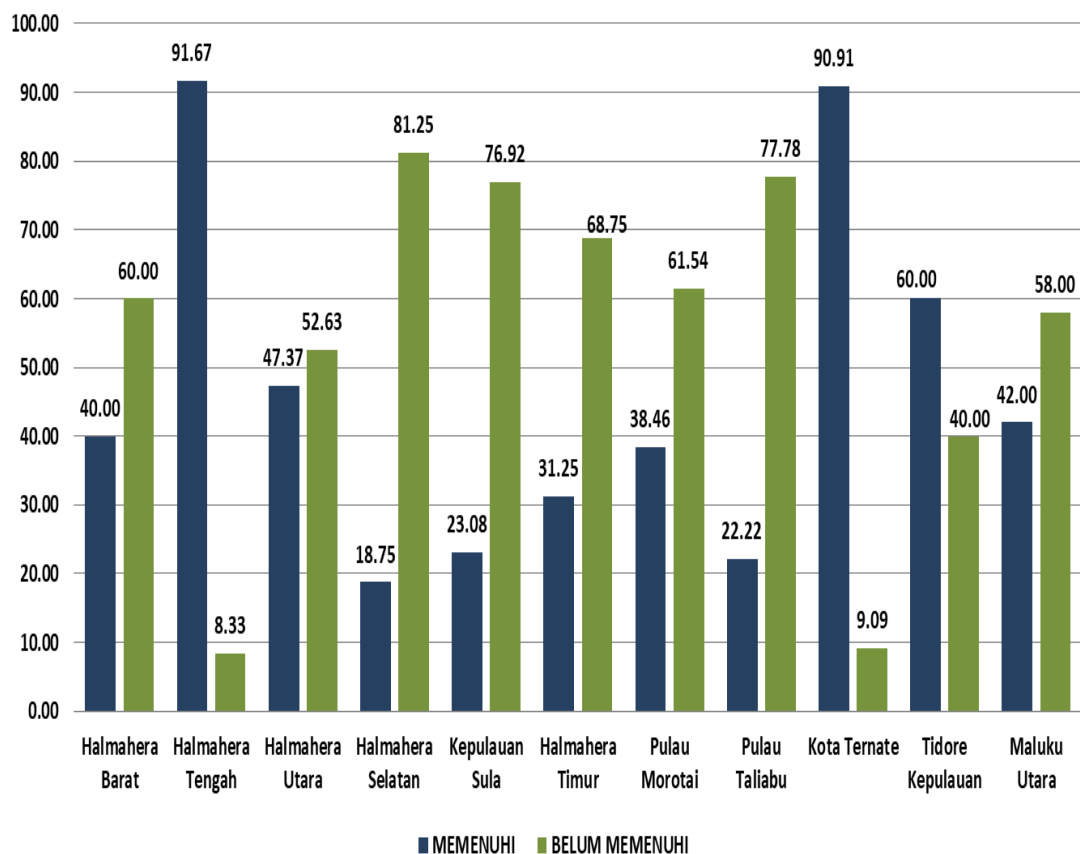
Tabel 3.1 Tabel Jumlah 9 Jenis Tenaga Kesehatan Strategis Di Puskesmas Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

KAB/KOTA	Dokter	Dokter Gigi	Perawat	Bidan	Promosi Kesehatan	Tenaga Kesehatan Lingkungan	ATLM	Tenaga Gizi	Tenaga Kefarmasian
Halmahera Barat	21	6	131	290	11	18	14	24	25
Halmahera Tengah	23	11	157	185	8	19	26	25	29
Halmahera Utara	32	9	239	430	22	25	21	31	26
Halmahera Selatan	42	6	515	765	47	68	84	61	64
Kepulauan Sula	11	3	212	243	10	22	25	30	27
Halmahera Timur	14	5	222	278	26	27	24	40	43
Pulau Morotai	19	5	119	214	8	17	21	17	21
Pulau Taliabu	8	2	230	225	9	9	14	18	37
Kota Ternate	26	10	161	304	20	30	33	42	38
Tidore Kepulauan	22	6	186	296	26	29	41	48	35
<b>Maluku Utara</b>	<b>218</b>	<b>63</b>	<b>2172</b>	<b>3230</b>	<b>187</b>	<b>264</b>	<b>303</b>	<b>336</b>	<b>345</b>

Sumber : SI-SDMK Per 31 Desember 2024

Dari 10 kabupaten/kota di wilayah Maluku Utara, ada 10 (Jumlah) kabupaten/kota yang sudah memenuhi dan belum memenuhi seluruh Puskesmasnya dengan 9 jenis tenaga kesehatan strategis.

Gambar 3.5 Puskesmas Di Maluku Utara Yang Belum Memenuhi 9 Jenis Tenaga Kesehatan Strategis Tahun 2024



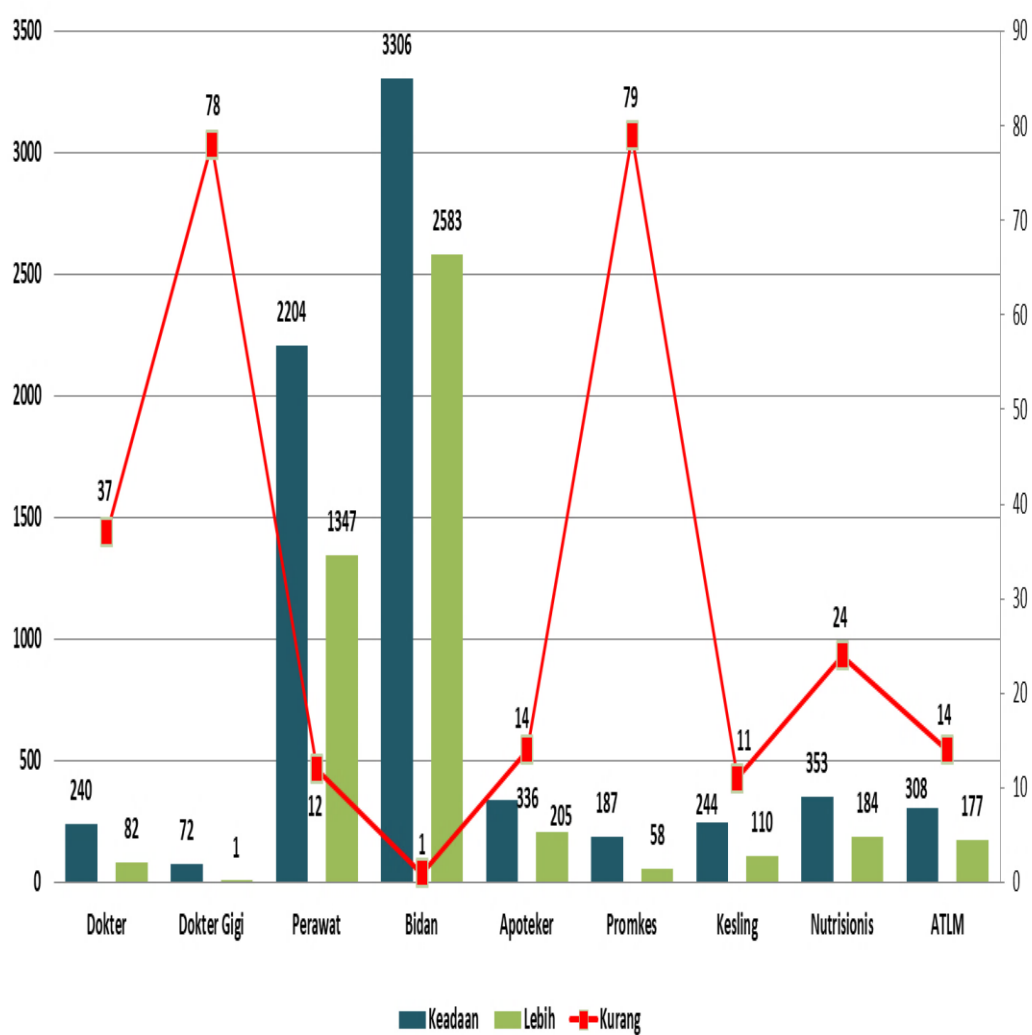
Sumber : SI-SDMK Per 31 Desember 2024

Kelengkapan 9 Jenis tenaga kesehatan strategis jika di suatu Puskesmas minimal ada satu jenis. Tenaga yang paling kecil pemenuhannya berturut-turut ialah kesehatan lingkungan, dokter gigi, ATLM, Promkes, dan gizi.

Pemenuhan tenaga yang masih rendah cenderung dialami oleh pemerintah kabupaten. Pemenuhan kebutuhan yang masih rendah serta pemerataan tenaga kesehatan yang belum merata disebabkan diantaranya kurangnya perhatian dari pemangku kepentingan di daerah serta kemampuan keuangan daerah dan minat tenaga kesehatan terhadap keberadaan fasyankes sangat terpencil dan perbatasan. Pemerintah kota cenderung memenuhi kebutuhan 9 jenis tenaga kesehatan strategis. Upaya pemenuhan 9 jenis tenaga kesehatan strategis perlu ditingkatkan

mengingat hal tersebut telah menjadi indikator kinerja. Kecukupan tenaga kesehatan di Puskesmas diatur pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2020 yang menyebutkan standar kebutuhan minimal. Peraturan Menteri Kesehatan tersebut membedakan antara Puskesmas rawat inap dan Puskesmas non rawat inap.

Gambar 3.6 Jumlah Kekurangan Jenis Tenaga Kesehatan Di Puskesmas Di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

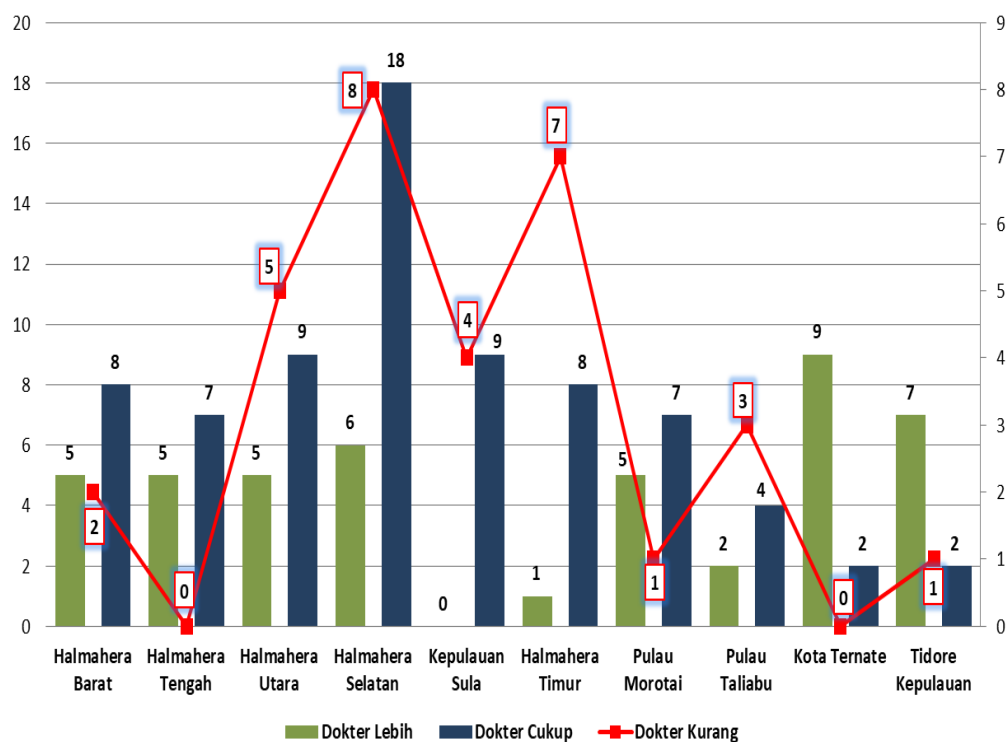


Sumber : SI-SDMK Per 31 Desember 2024

Pada standar Puskesmas rawat inap maupun non rawat inap, minimal memiliki sembilan jenis tenaga kesehatan strategis dengan satu dokter baik di kawasan perkotaan, pedesaan, maupun kawasan terpencil dan sangat terpencil. Sementara itu, pada puskesmas rawat inap minimal dua orang dokter baik pada kawasan pedesaan, maupun kawasan terpencil dan sangat terpencil. Kategori kecukupan Maluku Utara dalam

memenuhi kebutuhan sembilan jenis tenaga kesehatan startegis didasarkan pada standar kebutuhan minimal di 150 (jumlah PKM KAB/KOTA) Puskesmas sebagai berikut: 37,78% Cukup, 59,52% Kurang, dan 21,39% lebih.

Gambar 3.7 Persentase Puskesmas Dengan Kekurangan Dokter Menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

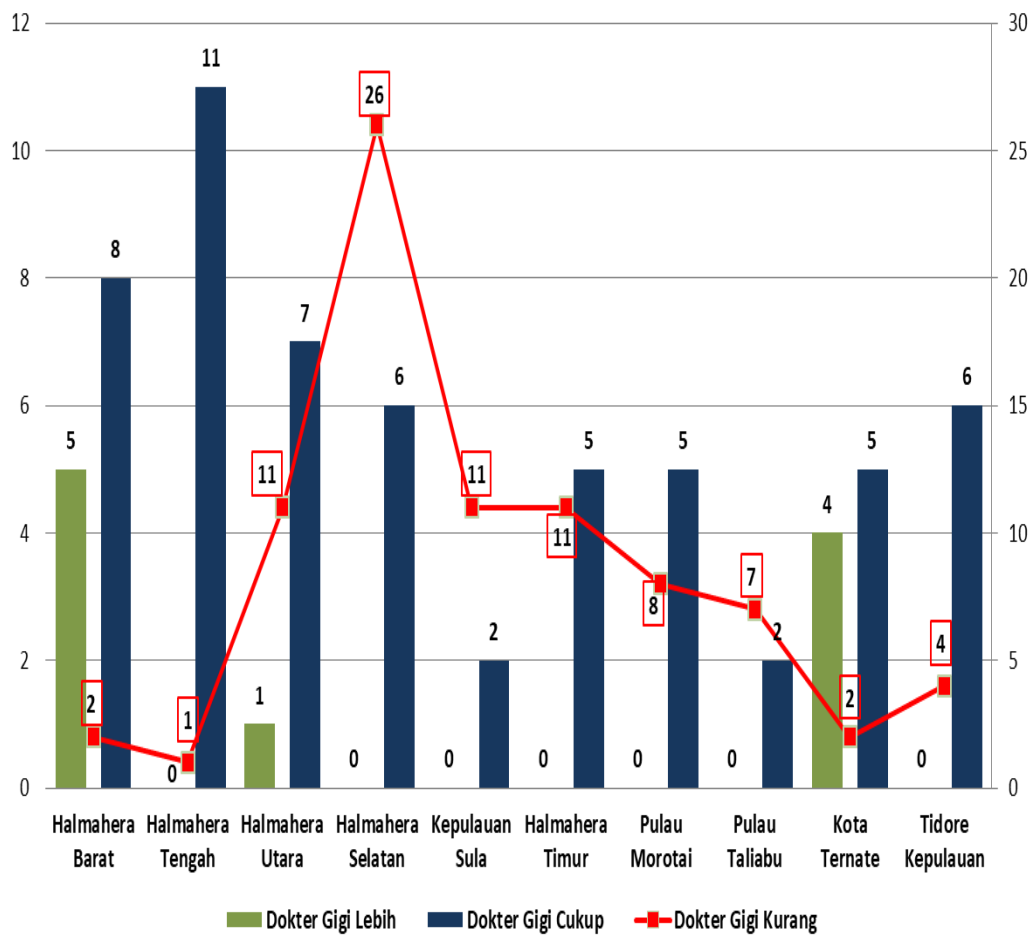


Sumber : SI-SDMK Per 31 Desember 2024

Dilihat dari proporsi puskesmas hampir 20,66% wilayah di Maluku Utara jumlah dokter masih kurang dari standar. Sebesar 79,33% Puskesmas di Kabupaten/Kota sudah memiliki jumlah dokter di bawah standar dan masih terdapat 31 dari 150 (Total Jumlah PKM) Puskesmas yang belum ada dokternya. Di sisi lain terdapat Puskesmas dengan jumlah dokter yang melebihi standar. Puskesmas tersebut umumnya dalam wilayah kota (bukan kabupaten). Jumlah dokter di kota yang cenderung tinggi dikarenakan jumlah penduduk yang lebih padat, fasilitas pelayanan kesehatan di kota dan kemampuan keuangan pemerintah daerah dalam pengadaan tenaga kesehatan. Selain itu, wilayah kota cukup diminati oleh tenaga kesehatan untuk berpraktik.

Standar kecukupan dokter gigi di Puskesmas yakni minimal satu orang, baik di Puskesmas rawat inap dan non rawat inap dan di wilayah perkotaan, pedesaan, maupun di kawasan terpencil dan sangat terpencil. Kategori kecukupan Maluku Utara dalam memenuhi kebutuhan dokter gigi didasarkan pada standar kebutuhan minimal di 150 (Total Jumlah PKM) Puskesmas sebagai berikut: 55,33% kurang, 38,00% cukup, dan 6,66% lebih.

Gambar 3.8 Persentase Puskesmas Dengan Kecukupan Dokter Gigi Menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

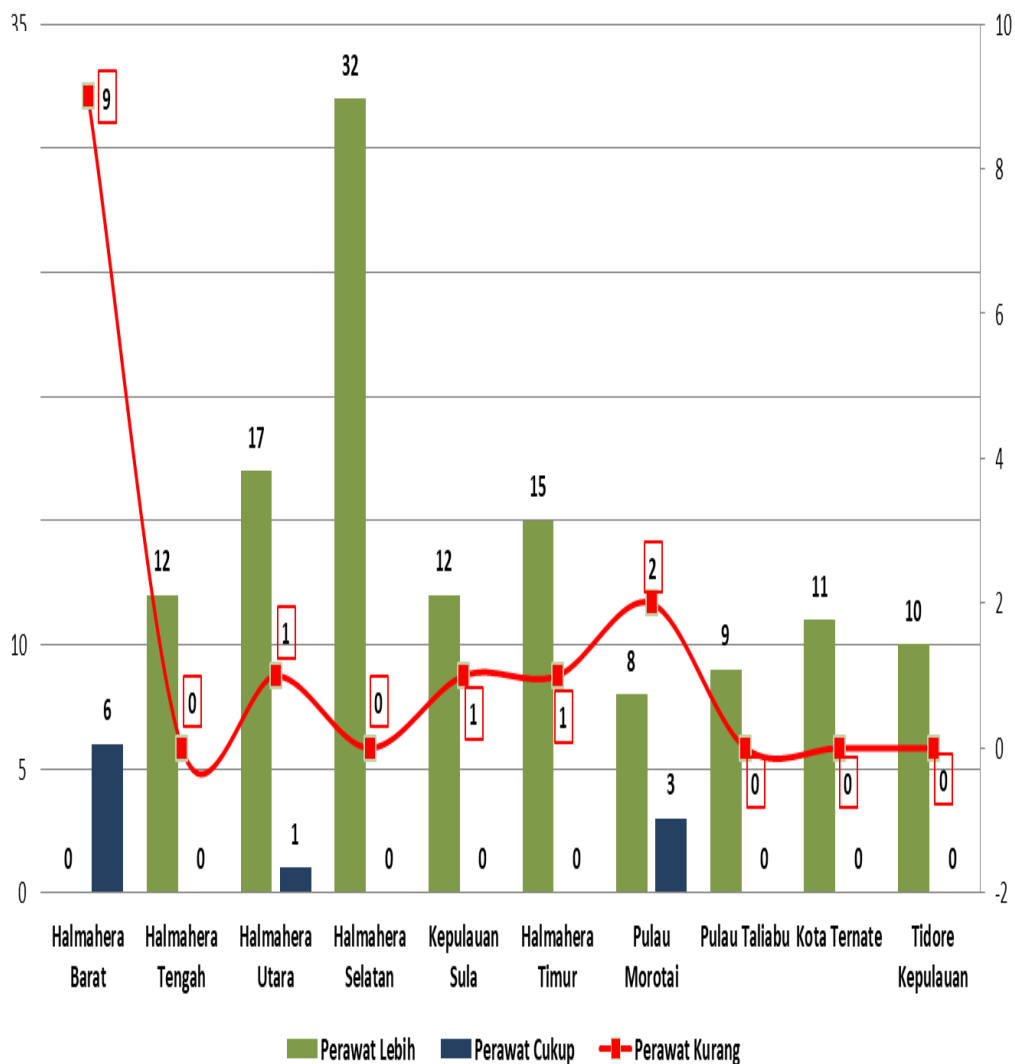


Sumber : SI-SDMK Per 31 Desember 2024

Dilihat dari proporsi Puskesmas, 55,33% wilayah di Maluku Utara masih terdapat Puskesmas belum memiliki dokter gigi. Lima wilayah dengan Puskesmas kurang dokter gigi paling rendah antara lain Halmahera Selatan (17,33%), Halmahera Timur (7,33%), Halmahera Utara (7,33%), Kepulauan Sula (7,33%) dan Pulau Taliabu ( 4,66%)

Puskesmas memiliki lengkap jika telah memiliki minimal lima perawat untuk Puskesmas non rawat inap dan minimal delapan perawat untuk Puskesmas rawat inap. Kondisi ini merupakan standar minimal wilayah perkotaan, pedesaan, dan kawasan terpencil dan sangat terpencil. Kategori kecukupan Maluku Utara dalam memenuhi kebutuhan perawat didasarkan pada standar kebutuhan minimal di 150 (Total Jumlah PKM) Puskesmas sebagai berikut: 9,33 % kurang, 6,66% cukup, dan 84,00% lebih.

Gambar 3.9 Persentase Puskesmas Dengan Kecukupan Perawat Menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

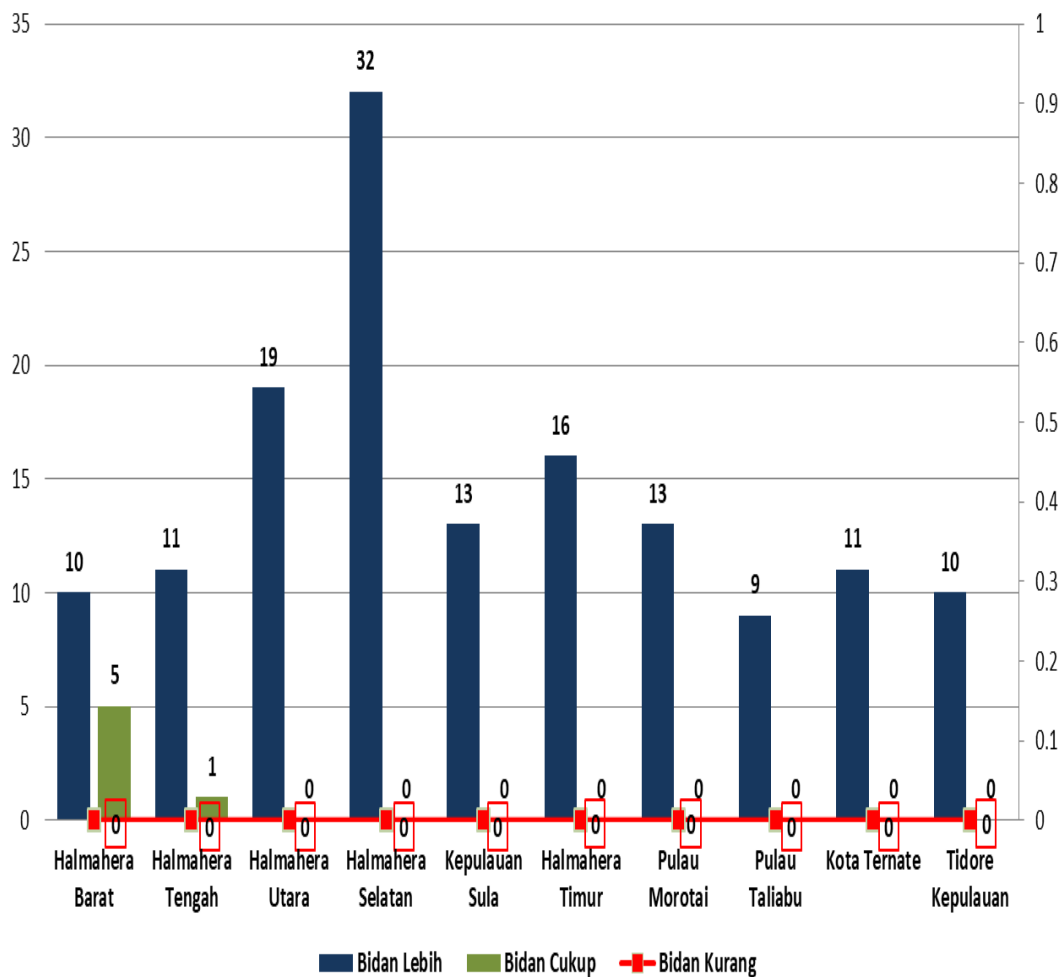


Sumber : SI-SDMK Per 31 Desember 2024

Dilihat dari proporsi Puskesmas, hampir seluruh Puskesmas di wilayah Maluku Utara dengan jumlah perawat melebihi standar minimal meskipun masih ada Dua wilayah dengan Puskesmas yang kurang sedikit. Wilayah tersebut meliputi Kab Halmahera Barat (6,00%), Kab Pulau Morotai (1,33%)

Jumlah standar bidan di Puskesmas non rawat inap minimal empat orang dan di Puskesmas rawat inap minimal 7 orang. Kondisi ini merupakan standar minimal di wilayah perkotaan, pedesaan, dan kawasan terpencil dan sangat terpencil. Kategori kecukupan Maluku Utara dalam memenuhi kebutuhan bidan didasarkan pada standar kebutuhan minimal di 150 (Total Jumlah PKM) Puskesmas sebagai berikut: 2,66% kurang, 2,66% cukup, dan 94,66% lebih.

Gambar 3.10 Persentase Puskesmas Dengan Kecukupan Bidan Menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

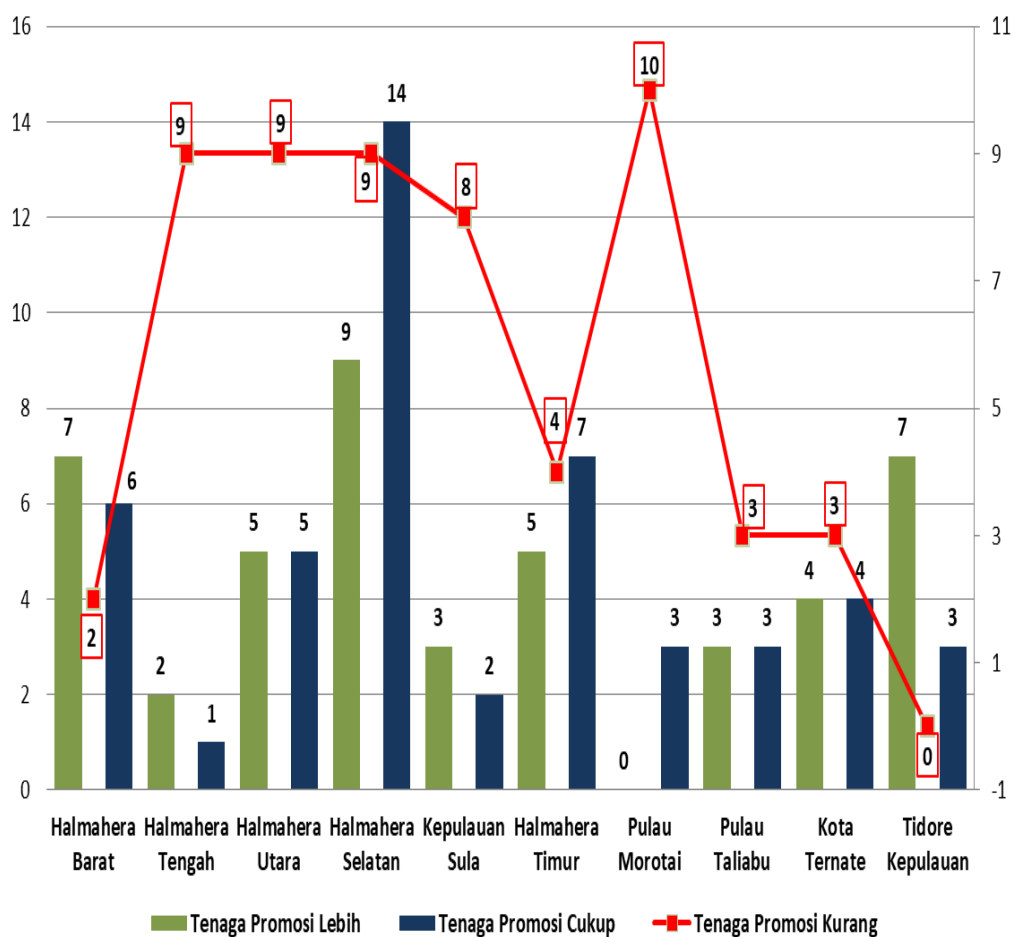


Sumber : SI-SDMK Per 31 Desember 2024

Dilihat dari proporsi Puskesmas, hampir seluruh Puskesmas di wilayah Maluku Utara dengan jumlah bidan melebihi standar minimal meskipun masih ada dua wilayah dengan Puskesmas yang sudah cukup yakni Daerah Kab Halmahera Barat (3,33%) dan Kab Halmahera Tengah (0,66%) yang tenaga bidannya pas tidak lebih

Standar kebutuhan minimal tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku di Puskesmas perkotaan non rawat inap ialah dua orang dan yang non rawat inap satu orang, sedangkan untuk Puskesmas pedesaan, terpencil dan sangat terpencil ialah satu orang. Kategori kecukupan Maluku Utara dalam memenuhi kebutuhan tenaga promosi kesehatan didasarkan pada standar kebutuhan minimal di 150 (Jumlah PKM) Puskesmas sebagai berikut: 38% kurang, 32% cukup, dan 30% lebih.

Gambar 3.11 Persentase Puskesmas Dengan Kecukupan Tenaga Promosi Kesehatan Dan Ilmu Perilaku Menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

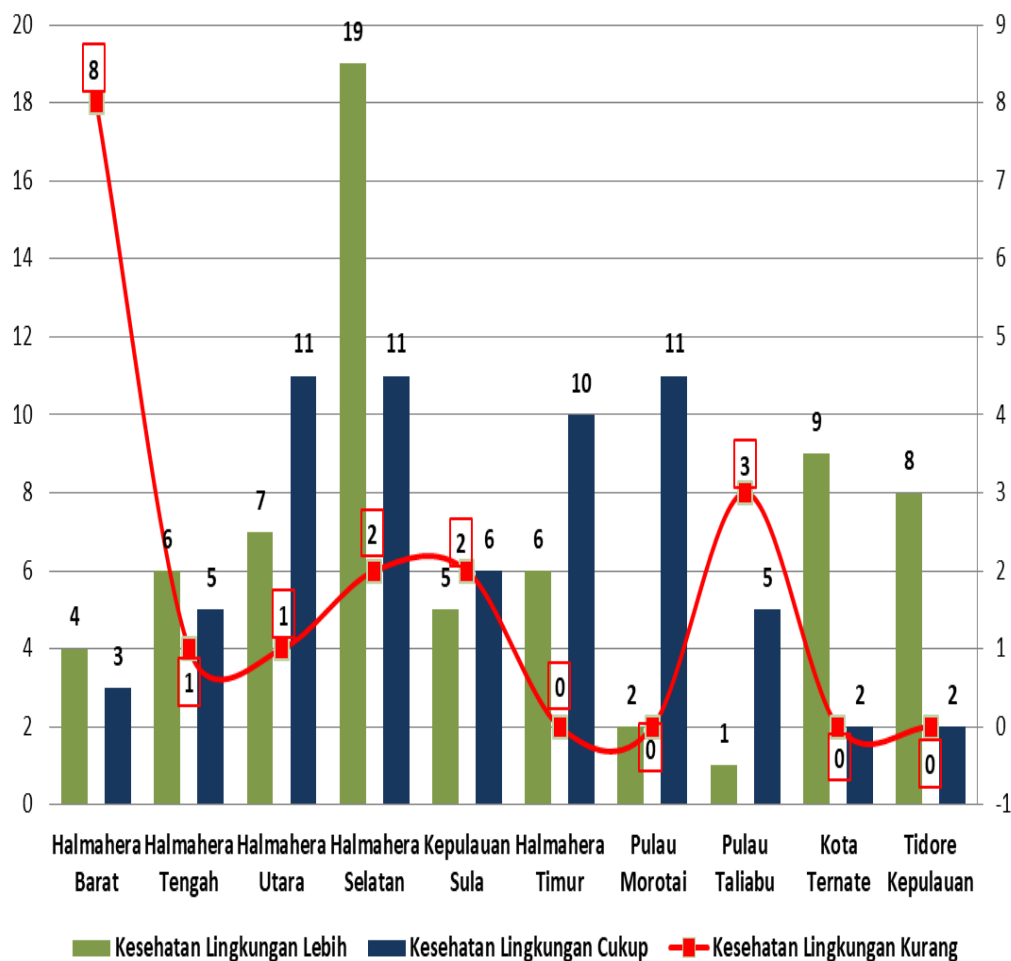


Sumber : SI-SDMK Per 31 Desember 2024

Dilihat dari proporsi Puskesmas, masih terdapat wilayah Maluku Utara dengan Puskesmas memilikijumlah tenaga promosi kesehatan yang kurang dari standar minimal. Lima teratas wilayah dengan kekurangan diantaranya Daerah Kab Pulau Morotai (6,66%), Kab Kepulauan Sula (5,33%), Kab Halmahera Tengah (6%), Kab Halmahera Utara (6%), dan Daerah Kab Halmahera Selatan (6%).

Standar kebutuhan minimal tenaga sanitasi lingkungan di Puskesmas untuk semua tipe Puskesmas ialah satu orang. Kategori kecukupan Maluku Utara dalam memenuhi kebutuhan tenaga sanitasi lingkungan didasarkan pada standar kebutuhan minimal di 150 (Total Jumlah PKM) Puskesmas sebagai berikut: 11,33% kurang, 44% cukup, dan lebih 44,66%

Gambar 3.12 Persentase Puskesmas Dengan Kecukupan Tenaga Sanitasi Lingkungan Menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

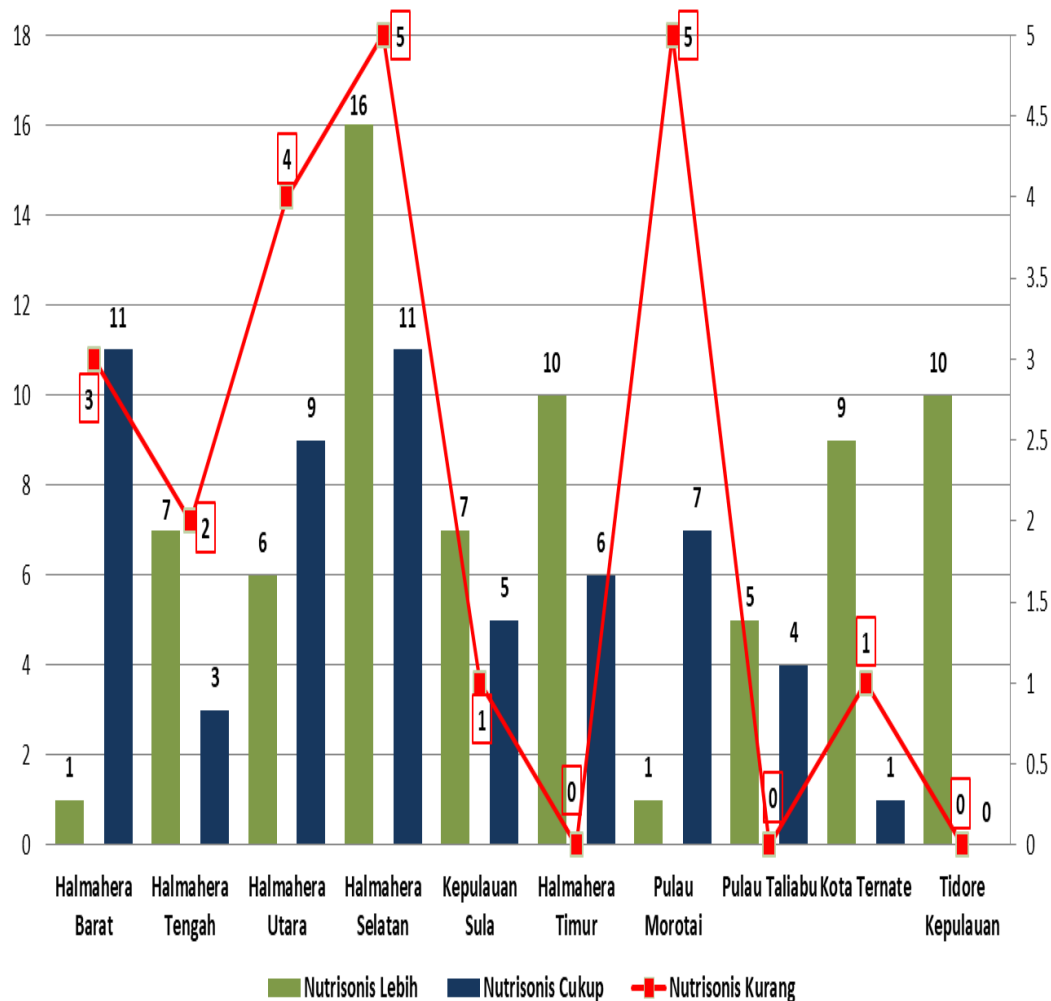


Sumber : SI-SDMK Per 31 Desember 2024

Dilihat dari proporsi masih terdapat Puskesmas memiliki jumlah tenaga sanitasi lingkungan kurang dari standar kebutuhan minimal. Empat teratas wilayah dengan Puskesmas yang kurang tersebut antara lain: Daerah Kab Halmahera Selatan (1,33%), Kab Halmahera Selatan (1,33%), Kab Halmahera Barat (5,33%), Kab Pulau Taliabu (2%),

Standar kebutuhan minimal nutrisionis di Puskesmas untuk tipe Puskesmas rawat inap ialah dua orang sedangkan non rawat inap satu orang. Kategori kecukupan Maluku Utara dalam memenuhi kebutuhan tenaga nutrisionis didasarkan pada standar kebutuhan minimal di 150 (Total Jumlah PKM) Puskesmas sebagai berikut: 14% kurang, 38% cukup, dan 48% lebih.

Gambar 3.13 Persentase Puskesmas Dengan Kecukupan Nutrisionis Menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

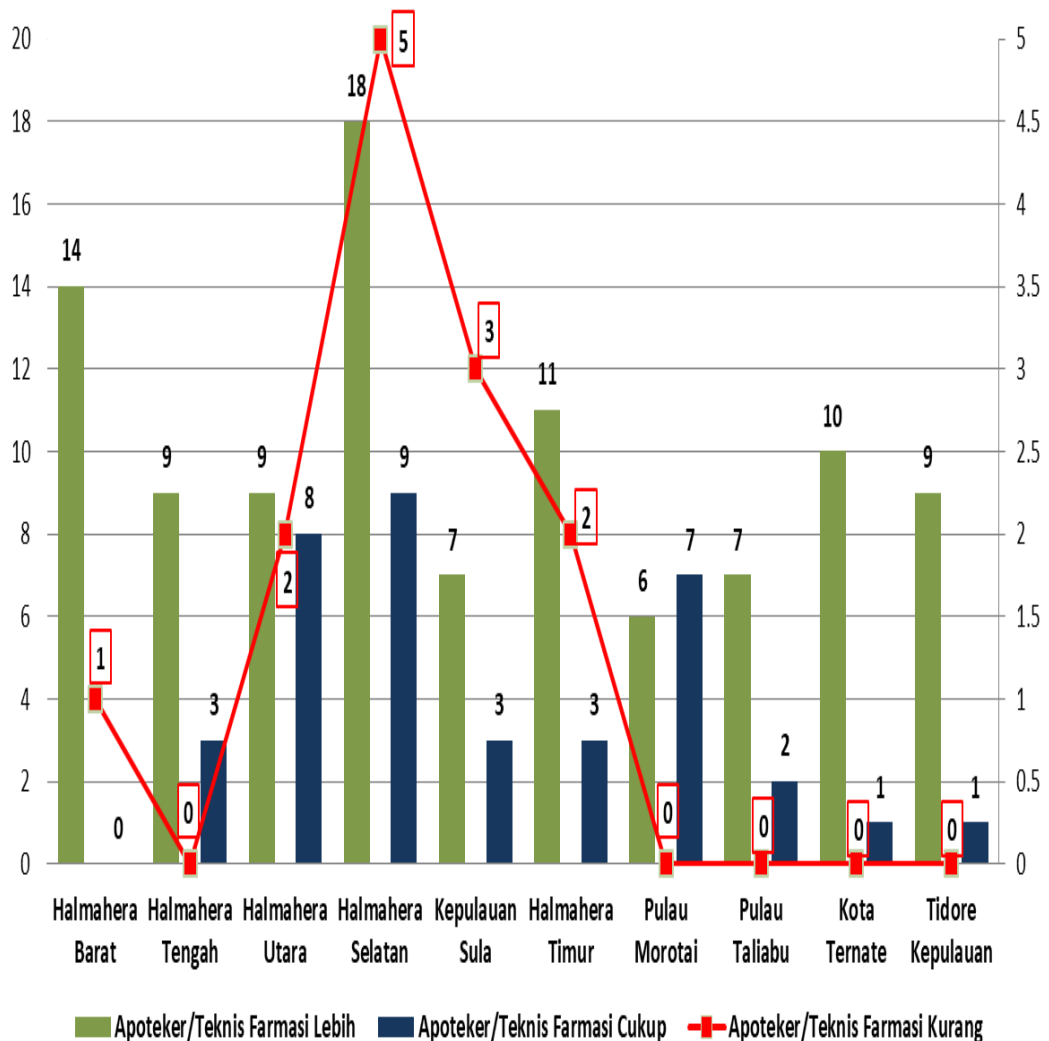


Sumber : SI-SDMK Per 31 Desember 2024

Dilihat dari proporsi masih terdapat Puskesmas memiliki jumlah tenaga nutrisisionis kurang dari standar kebutuhan minimal. Tujuh teratas wilayah dengan Puskesmas yang kurang tersebut antara lain; Kab Halmahera Utara (2,66%), Kab Halmahera Barat (2%), Kab Halmahera Tengah (1,33%), Kab Kepulauan Sula (0,66%), Kab Halmahera Selatan (3,33%), dan Kab Pulau Morotai (3,33%), Kota Ternate (0,66%)

Standar kebutuhan minimal tenaga apoteker/teknis farmasi di Puskesmas untuk semua tipe Puskesmas ialah satu orang. Kategori kecukupan Maluku Utara dalam memenuhi kebutuhan tenaga farmasi didasarkan pada standar kebutuhan minimal di 150 Puskesmas sebagai berikut: 8,66 % kurang, 24,66 % cukup, dan lebih 66,66 %.

Gambar 3.14 Persentase Puskesmas Dengan Kecukupan Tenaga Apoteker/Teknis Farmasi Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

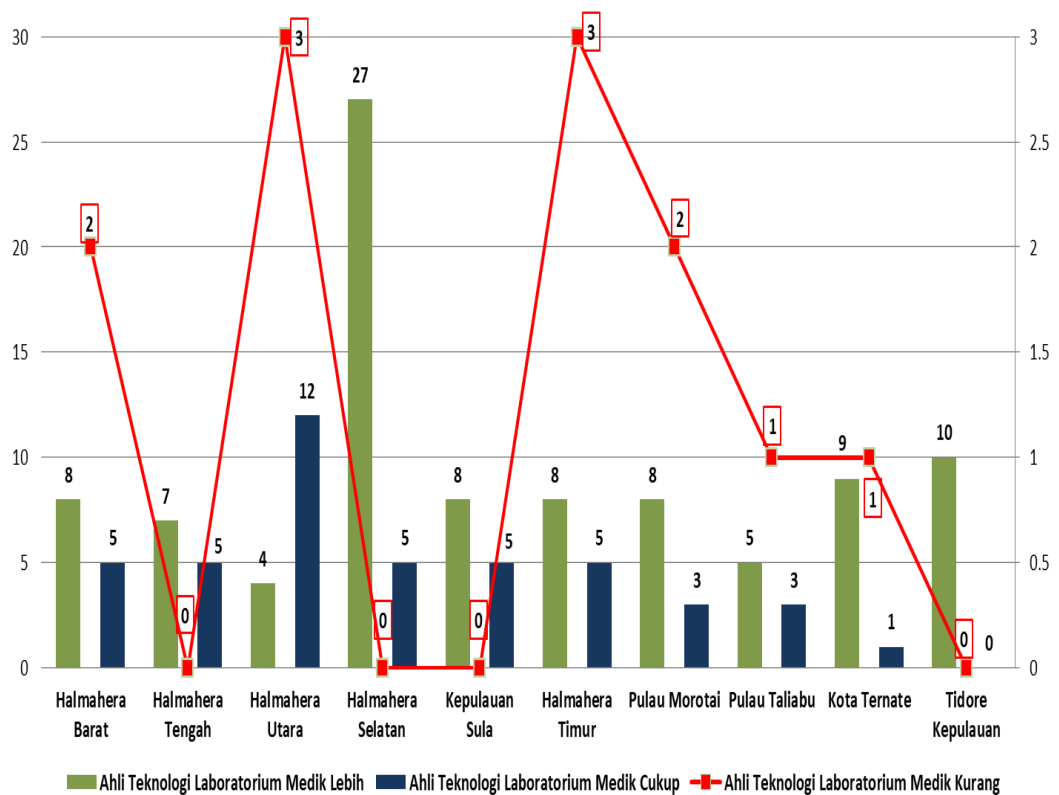


Sumber : SI-SDMK Per 31 Desember 2024

Timur dengan Puskesmas memiliki jumlah tenaga Apoteker/Teknis Farmasi kurang dari standar kebutuhan minimal. Lima teratas wilayah dengan Puskesmas yang kurang tersebut antara lain: Kab Halmahera Barat (0,66%), Kab Kepulauan Sula (2%), Kab Halmahera Selatan (3,33%), Kab Halmahera Utara (1,33%) dan Kab Halmahera Timur (1,33%)

Kecukupan Ahli Teknologi Laboratorium Medik (ATLM) di Puskesmas Standar kebutuhan minimal ATLM di Puskesmas untuk semua tipe Puskesmas ialah satu orang. Kategori kecukupan Maluku Utara dalam memenuhi kebutuhan ATLM didasarkan pada standar kebutuhan minimal di 150 Puskesmas sebagai berikut: 8 % kurang, 29,33% cukup, dan 62,66 % lebih.

Gambar 3.15 Persentase Puskesmas Dengan Kecukupan ATLM Menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



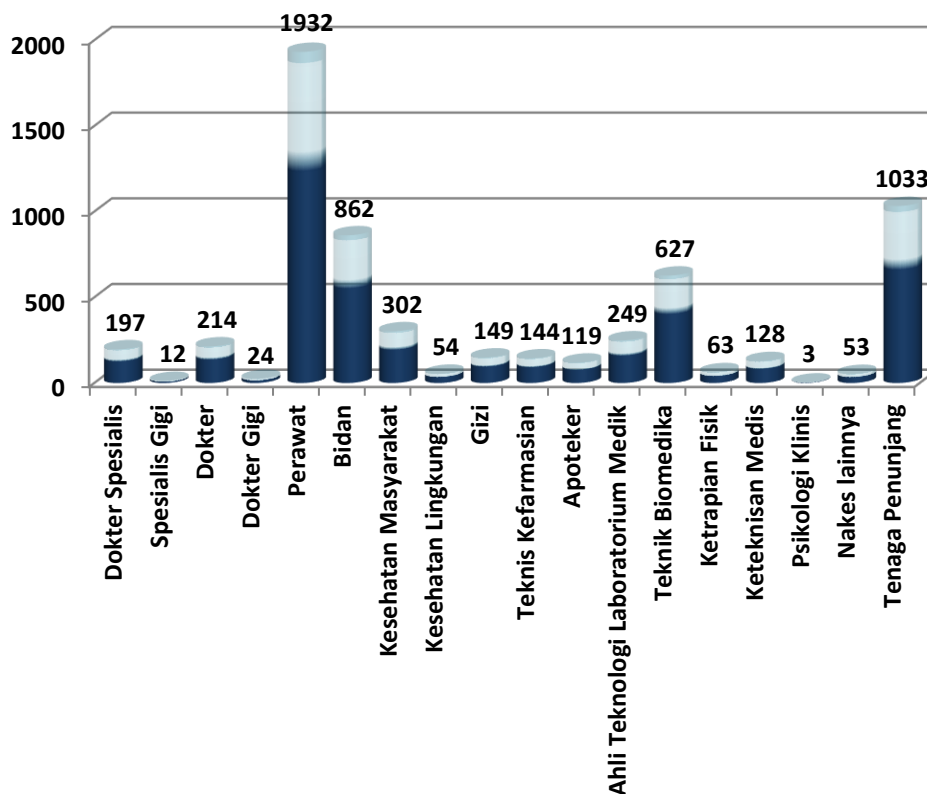
Sumber : SI-SDMK Per 31 Desember 2024

Dilihat dari proporsi Puskesmas, masih terdapat wilayah Puskesmas memiliki jumlah tenaga ATLM kurang dari standar kebutuhan minimal. Enam teratas wilayah dengan Puskesmas yang kurang tersebut antara lain: Kab Halmahera Utara (2%), Kab Halmahera Barat (1,33%), Kab Pulau Morotai (1,33%), Kab Halmahera Timur (2%), Kab Pulau Taliabu (0,66%), Kota Ternate (0,66%).

**2. Tenaga Kesehatan Di Rumah Sakit**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. SDM di rumah sakit terdiri dari tenaga medis (dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis), tenaga kefarmasian, tenaga keperawatan, tenaga kesehatan lain dan tenaga non kesehatan. Gambar 3.16 berikut menunjukkan proporsi jenis SDM di rumah sakit.

Gambar 3.16 Jumlah Sumber Daya Manusia Kesehatan Rumah Sakit Di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

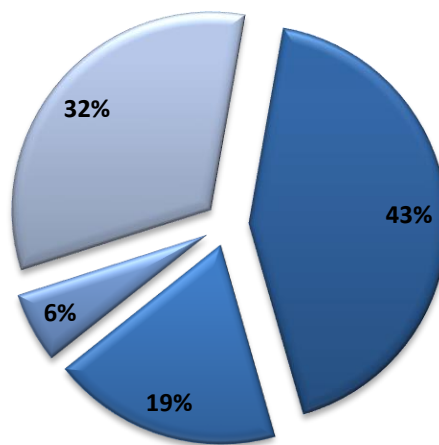


Sumber : SI-SDMK Per 31 Desember 2024

Terdapat Tenaga Kesehatan dan Tenaga Penunjang Kesehatan di Rumah Sakit Kabupaten/Kota sebanyak 6165 orang di rumah sakit, yang terdiri dari 5132 tenaga kesehatan dan 1033 tenaga penunjang kesehatan. Proporsi tenaga kesehatan terbesar ialah keperawatan 31,33 % disusul Kebidanan 13,92 %, dan Teknik Biomedika 10,17 %. Rincian lengkap mengenai jumlah SDM di rumah sakit dapat dilihat dalam lampiran tabel 13 s.d 18.

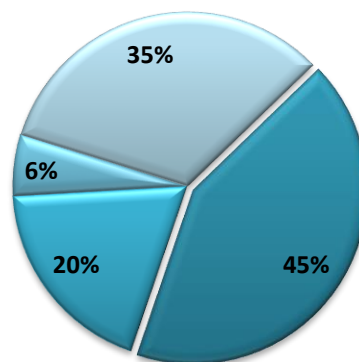
Gambar 3.17 Jumlah Dokter Spesialis Dan Dokter Gigi Spesialis Pada Rumah Sakit Di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

■ Spesialis Dasar ■ Spesialis Penunjang ■ Spesialis Gigi ■ Spesialis Lainnya



Sumber : SI-SDMK Per 31 Desember 2024

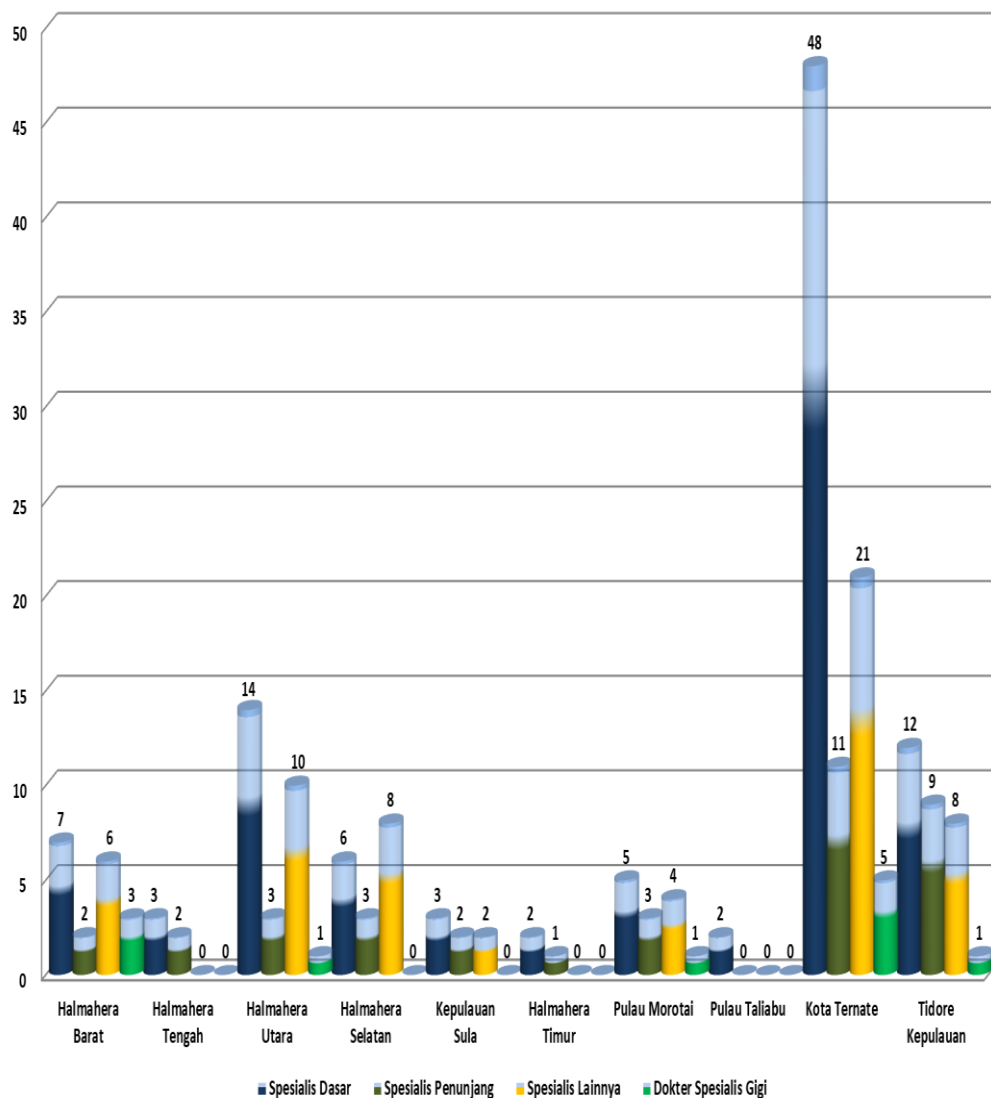
Gambar 3.18 Persentase Dokter Spesialis Dan Dokter Gigi Spesialis Di Rumah Sakit Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



■ Spesialis Dasar ■ Spesialis Penunjang ■ Spesialis Gigi ■ Spesialis Lainnya

Sumber : SI-SDMK Per 31 Desember 2024

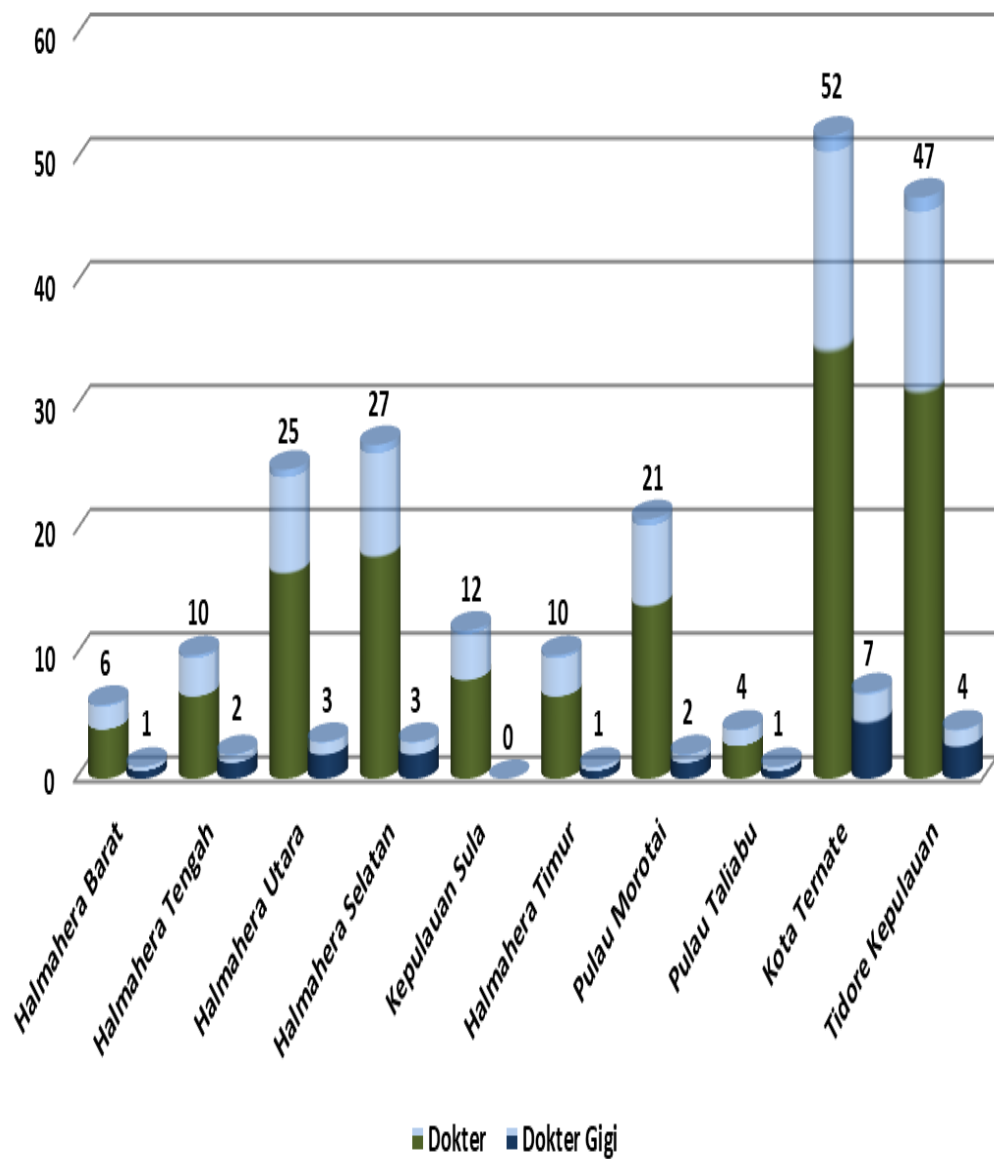
Gambar 3.19 Jumlah Dokter Spesialis Dan Dokter Gigi Spesialis Di Rumah Sakit Menurut Kabupaten / Kota Di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : SI-SDMK Per 31 Desember 2024

Jumlah distribusi dokter spesialis di rumah sakit Kabupaten/Kota Se-Maluku Utara pada Tahun 2024 sejumlah 208 orang yang terdiri dari Spesialis Dasar sebanyak 112, Spesialis Penunjang sebanyak 36, Spesialis Lainnya sebanyak 59 dan Spesialis Gigi sebanyak 11. Dari proporsi Rumah Sakit, masih terdapat wilayah Rumah Sakit yang kurang spesialis dasar dan spesialis penunjang dari standar kebutuhan minimal. Empat teratas wilayah dengan Rumah sakit yang kurang tersebut antara lain : Kab Halmahera Tengah (2,02%), Kab Halmahera Timur (1,35), Kab Kepulauan Sula (2,02%) dan Kab Pulau Taliabu (1,35%)

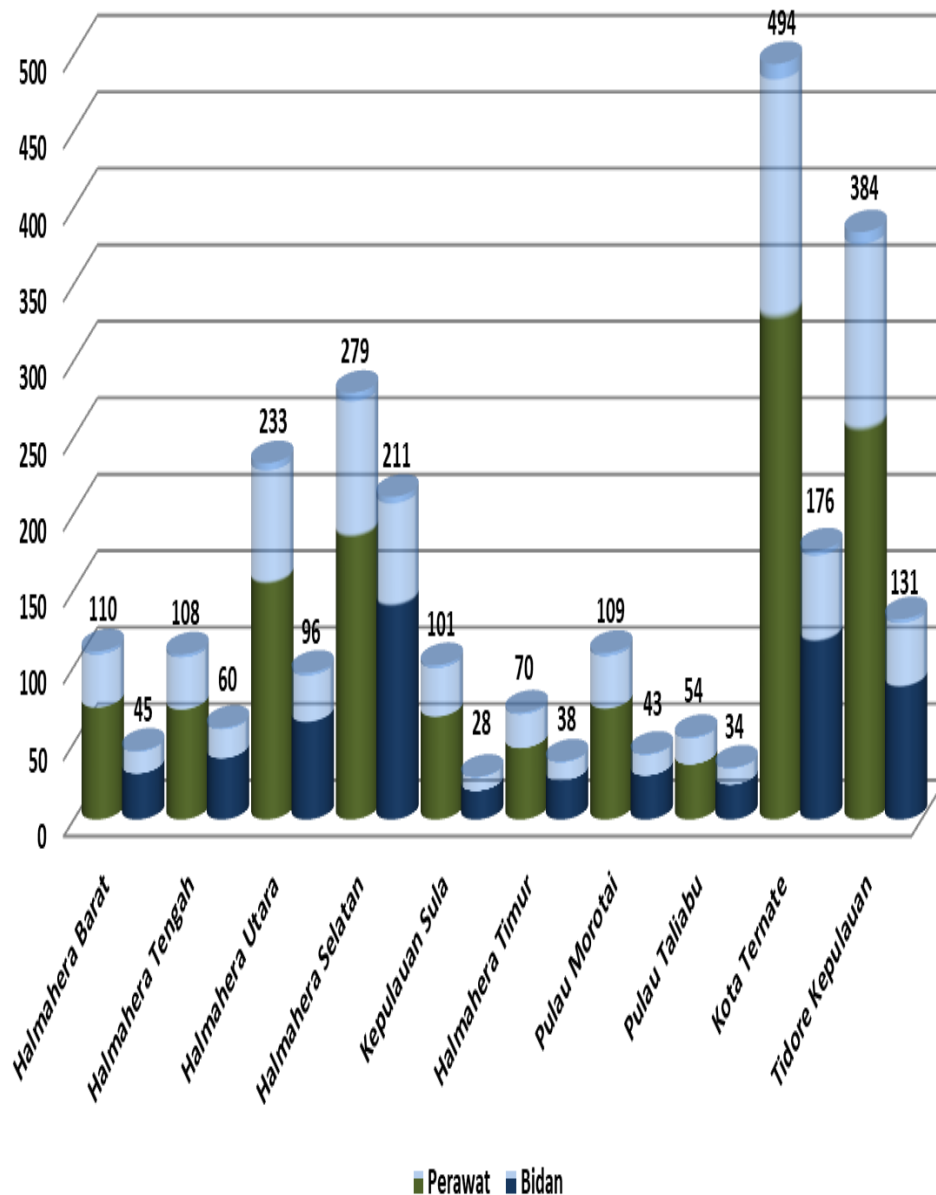
Gambar 3.20 Jumlah Dokter Umum Dan Dokter Gigi Di Rumah Sakit Menurut Kabupaten / Kota Di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : SI-SDMK Per 31 Desember 2024

Jumlah distribusi Dokter Umum dan Dokter Gigi di rumah sakit Kabupaten/Kota Se-Maluku Utara pada Tahun 2024 sejumlah 238 orang yang terdiri dari Dokter Umum 214 dan Dokter Gigi sebanyak 24. Dari proporsi Rumah Sakit, masih terdapat wilayah Rumah Sakit yang kurang Dokter Umum dan Dokter Gigi dari standar kebutuhan minimal. Tiga teratas wilayah dengan Rumah sakit yang kurang tersebut antara lain : Kab Halmahera Barat (2,94%), Kab Kepulauan Sula (4,20%) dan Kab Pulau Taliabu (2,10%)

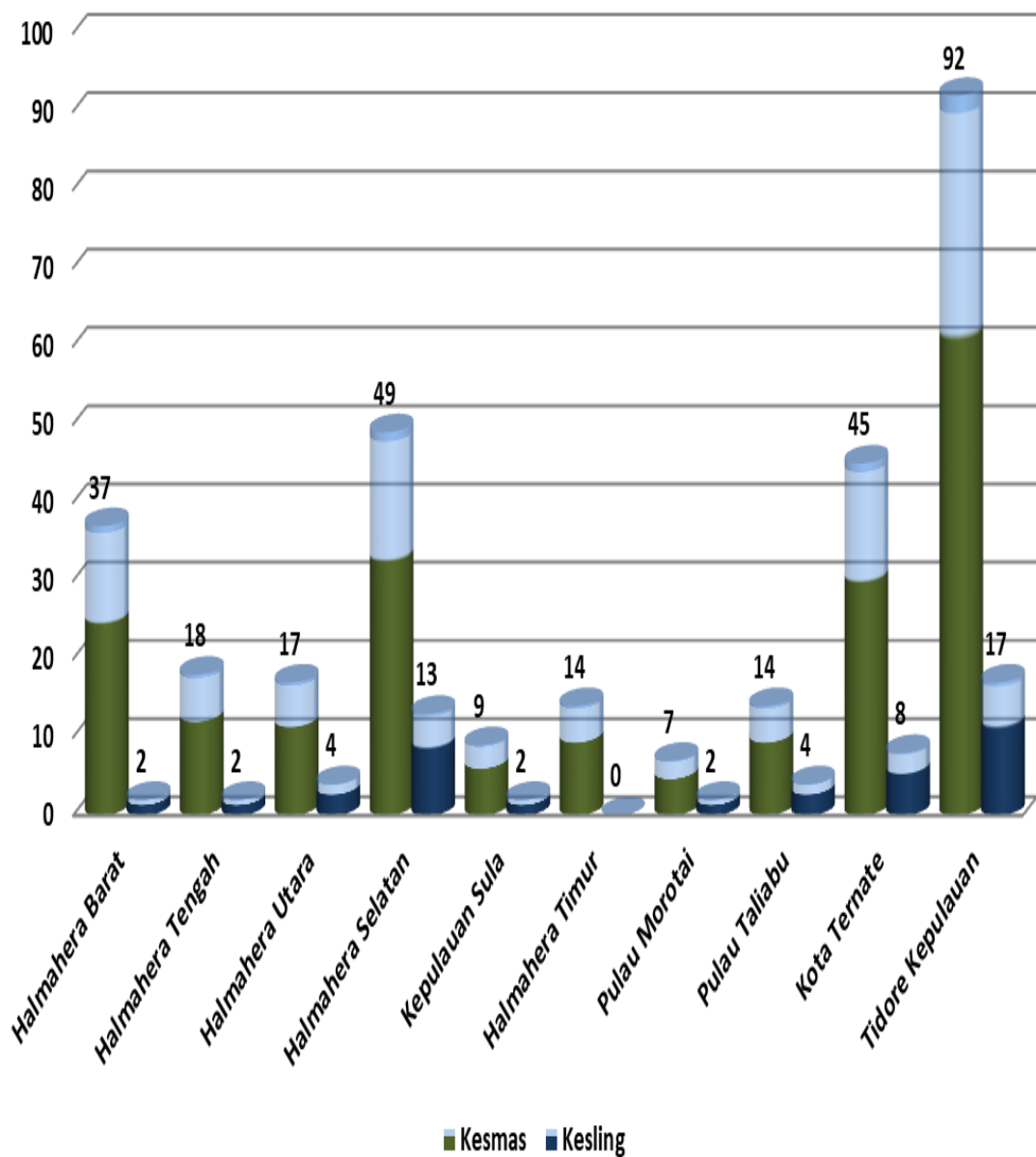
Gambar 3.21 Jumlah Perawat Dan Bidan Di Rumah Sakit Menurut Kabupaten / Kota Di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : SI-SDMK Per 31 Desember 2024

Jumlah distribusi Perawat dan Bidan di rumah sakit Kabupaten/Kota Se-Maluku Utara pada Tahun 2024 sejumlah 2804 orang yang terdiri dari Perawat sebanyak 1942 dan Bidan sebanyak 862. Dari proporsi Rumah Sakit, Tenaga Kesehatan terbesar yaitu Perawat dan Bidan dari standar kebutuhan minimal. Tiga teratas wilayah dengan Rumah sakit yang memiliki perawat dan bidan terbesar tersebut antara lain : Kab Halimahera Selatan (17,47%), Kota Ternate (23,89%) dan Kota Tidore Kepulauan (18,36%)

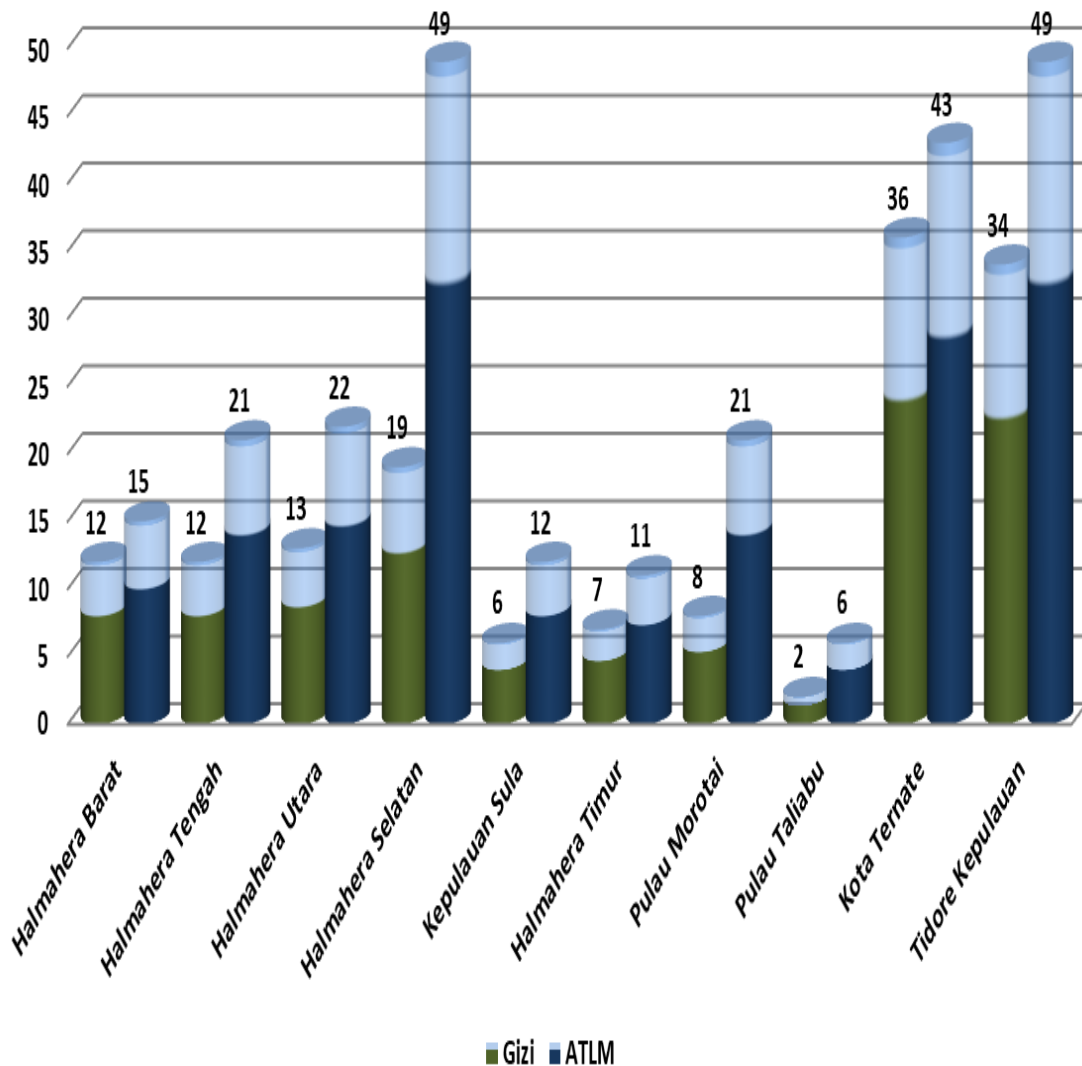
Gambar 3.22 Jumlah Kesehatan Masyarakat Dan Kesehatan Lingkungan Di Rumah Sakit Menurut Kabupaten / Kota Di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : SI-SDMK Per 31 Desember 2024

Jumlah distribusi Tenaga Kesehatan Masyarakat dan Kesehatan Lingkungan di rumah sakit Kabupaten/Kota Se-Maluku Utara pada Tahun 2024 sejumlah 356 orang yang terdiri dari Kesmas sebanyak 302 dan Kesling sebanyak 54. Dari proporsi Rumah Sakit, masih terdapat wilayah Rumah Sakit yang kurang Kesmas dan Kesling dari standar kebutuhan minimal. Tiga teratas wilayah dengan Rumah sakit yang kurang tersebut antara lain : Kab Halmahera Timur (3,93%), Kab Kepulauan Sula (3,08%) dan Kab Pulau Morotai (2,56%)

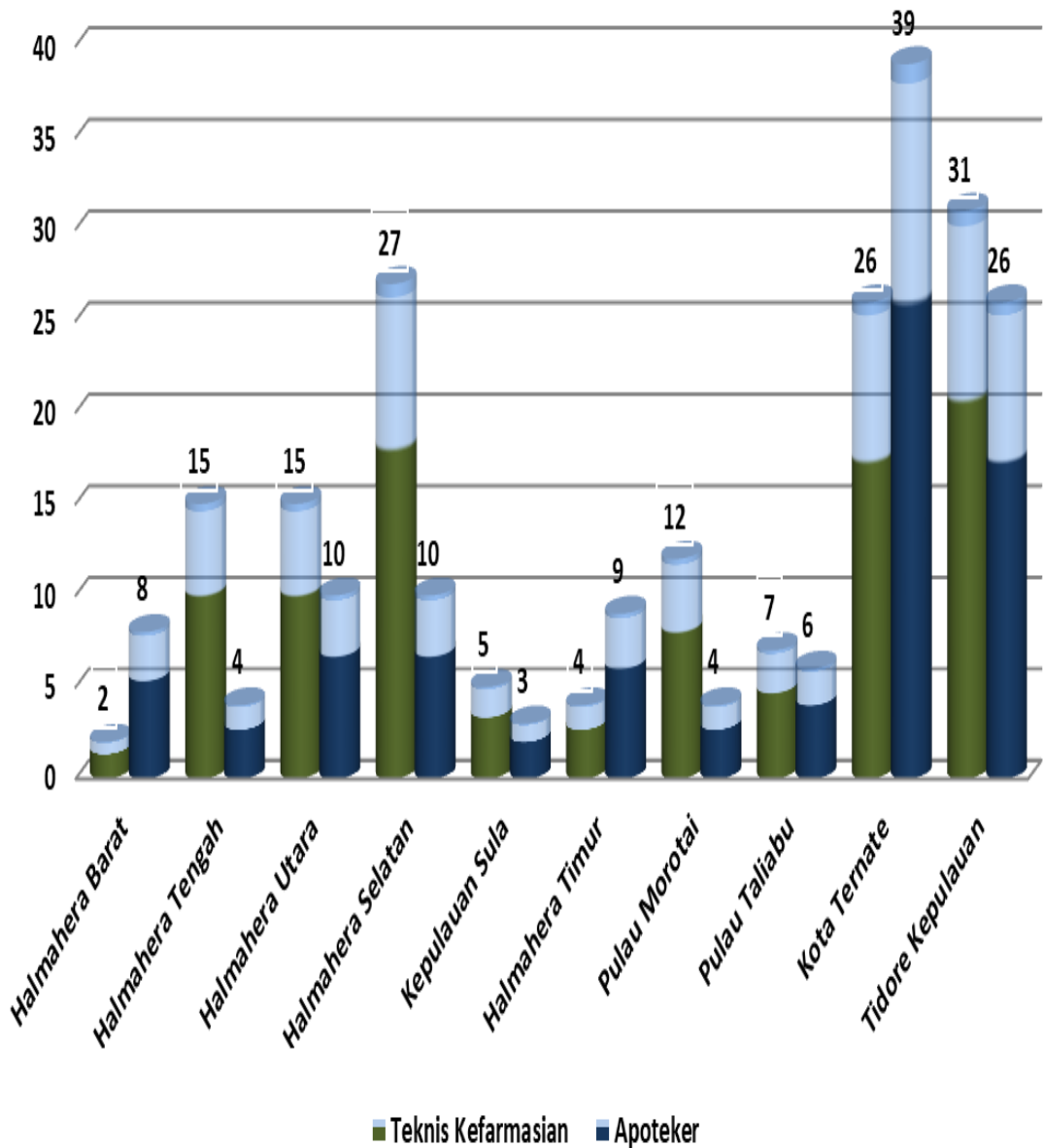
Gambar 3.23 Jumlah Nutrisionis/Gizi Dan Ahli Teknologi Laboratorium Medik (ATLM) Di Rumah Sakit Menurut Kabupaten / Kota Di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : SI-SDMK Per 31 Desember 2024

Jumlah distribusi Tenaga Nutrisionis/Gizi dan Ahli Teknologi Laboratorium Medik di rumah sakit Kabupaten/Kota Se-Maluku Utara pada Tahun 2024 sejumlah 398 orang yang terdiri dari Nutrisionis/Gizi sebanyak 149 dan Ahli Teknologi Laboratorium Medik sebanyak 249. Dari proporsi Rumah Sakit, masih terdapat wilayah Rumah Sakit yang kurang Nutrisionis/Gizi dan Ahli Teknologi Laboratorium Medik dari standar kebutuhan minimal. Tiga teratas wilayah dengan Rumah sakit yang kurang tersebut antara lain : Kab Halmahera Timur (4,52%), Kab Kepulauan Sula (4,52%) dan Kab Pulau Taliabu (2,01%)

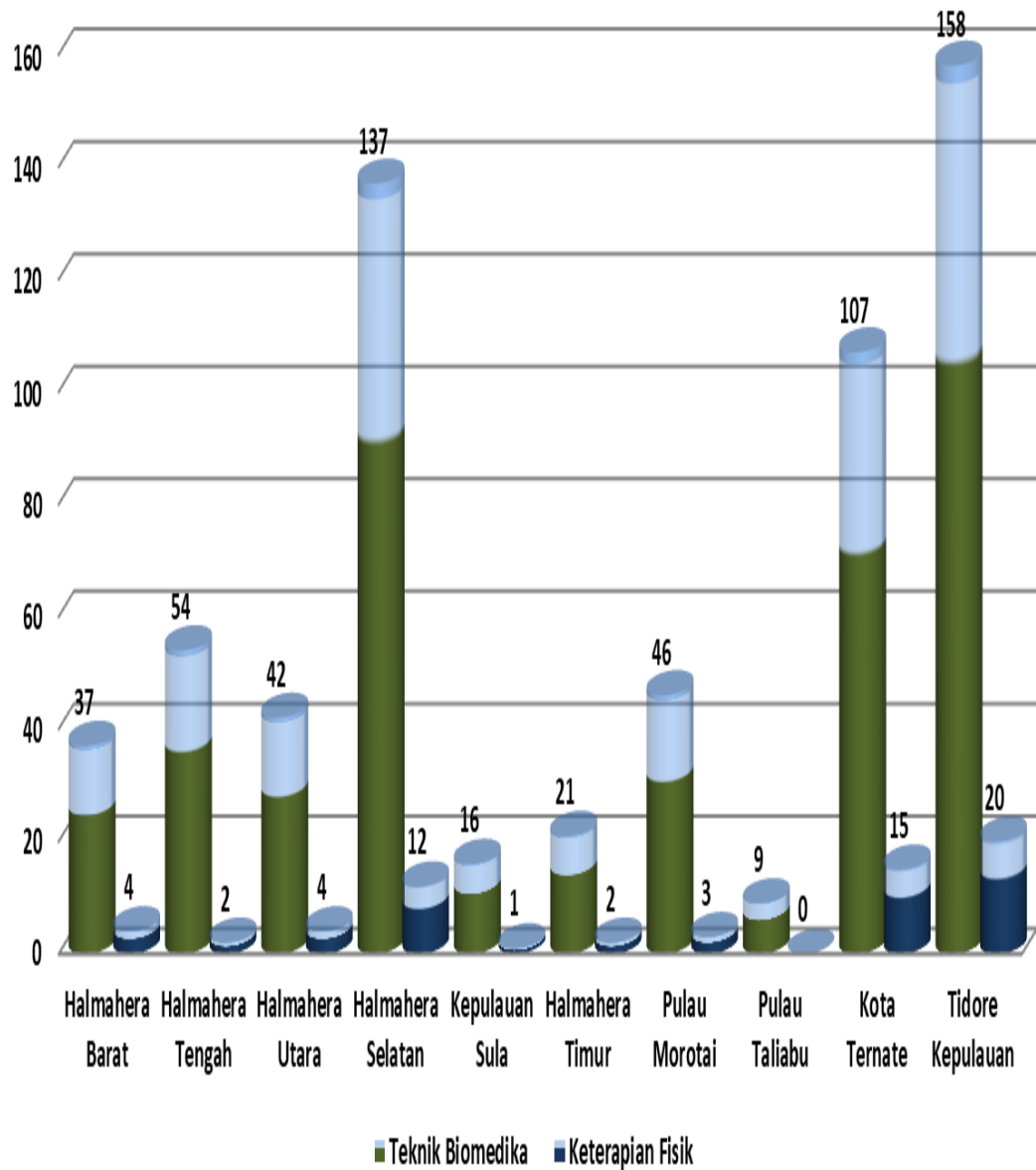
Gambar 3.24 Jumlah Teknis Kefarmasian Dan Apoteker Di Rumah Sakit Menurut Kabupaten / Kota Di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : SI-SDMK Per 31 Desember 2024

Jumlah distribusi Tenaga Teknis Kefarmasian dan Apoteker di rumah sakit Kabupaten/Kota Se-Maluku Utara pada Tahun 2024 sejumlah 263 orang yang terdiri dari Teknis Kefarmasian sebanyak 144 dan Apoteker sebanyak 119. Dari proporsi Rumah Sakit, masih terdapat wilayah Rumah Sakit yang kurang Teknis Kefarmasian dan Apoteker dari standar kebutuhan minimal. Tiga teratas wilayah dengan Rumah sakit yang kurang tersebut antara lain : Kab Halmahera Timur (4,94%), Kab Kepulauan Sula (3,04%) dan Kab Pulau Taliabu (4,94%)

Gambar 3.25 Jumlah Teknik Biomedika Dan Keterampilan Fisik Di Rumah Sakit Menurut Kabupaten / Kota Di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

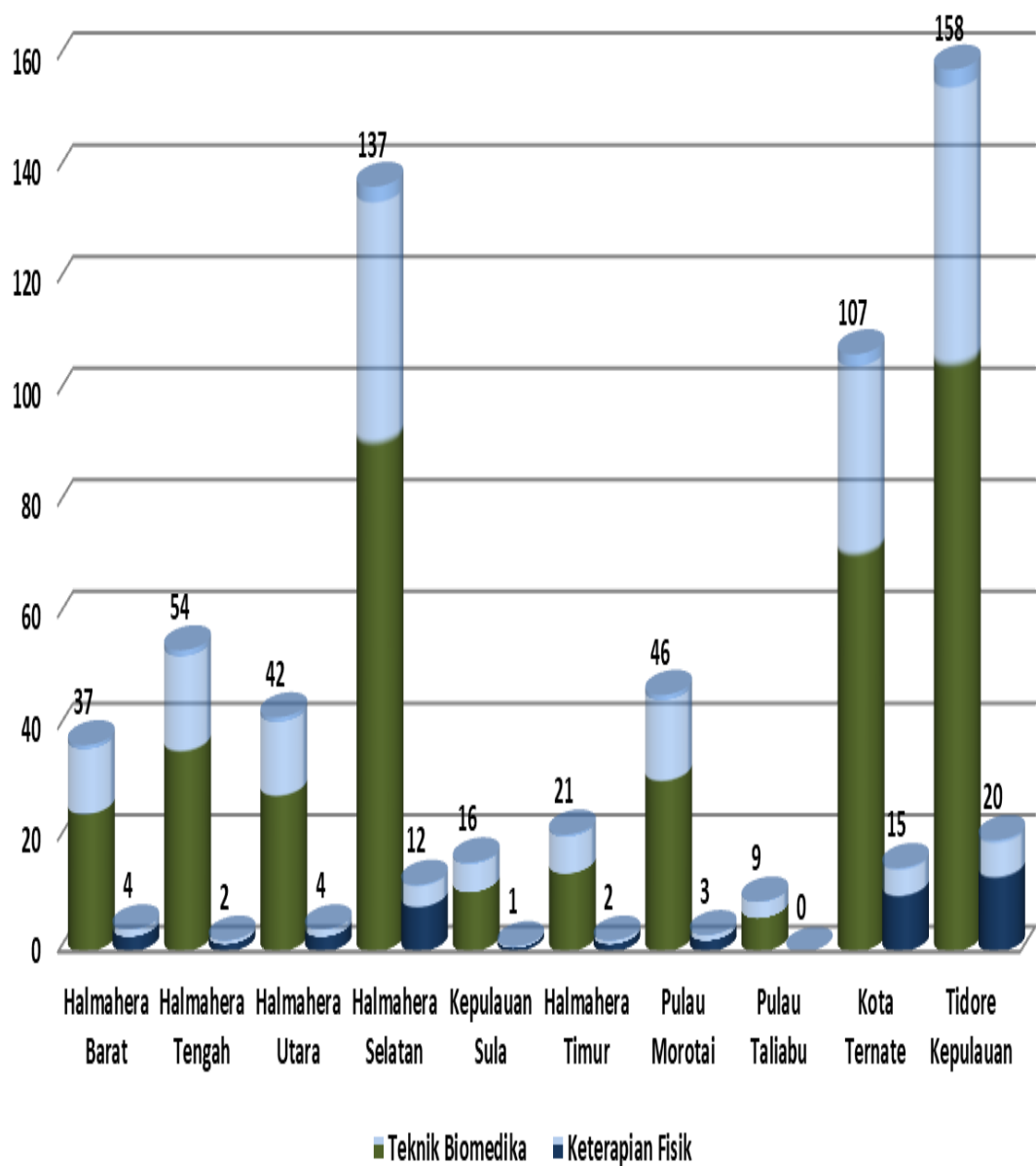


Sumber : SI-SDMK Per 31 Desember 2024

Jumlah distribusi Tenaga Teknik Biomedika dan Keterampilan Fisik di rumah sakit Kabupaten/Kota Se-Maluku Utara pada Tahun 2024 sejumlah 690 orang yang terdiri dari Teknik Biomedika sebanyak 627 dan Keterampilan Fisik sebanyak 63. Dari proporsi Rumah Sakit, masih terdapat wilayah Rumah Sakit yang kurang Teknik Biomedika dan Keterampilan Fisik dari standar kebutuhan minimal. Tiga teratas wilayah

dengan Rumah sakit yang kurang tersebut antara lain : Kab Halmahera Timur (3,33%), Kab Kepulauan Sula (2,46%) dan Kab Pulau Taliabu (1,30%)

Gambar 3.26 Jumlah Psikologi Klinis Dan Keteknisan Medis Di Rumah Sakit Menurut Kabupaten / Kota Di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

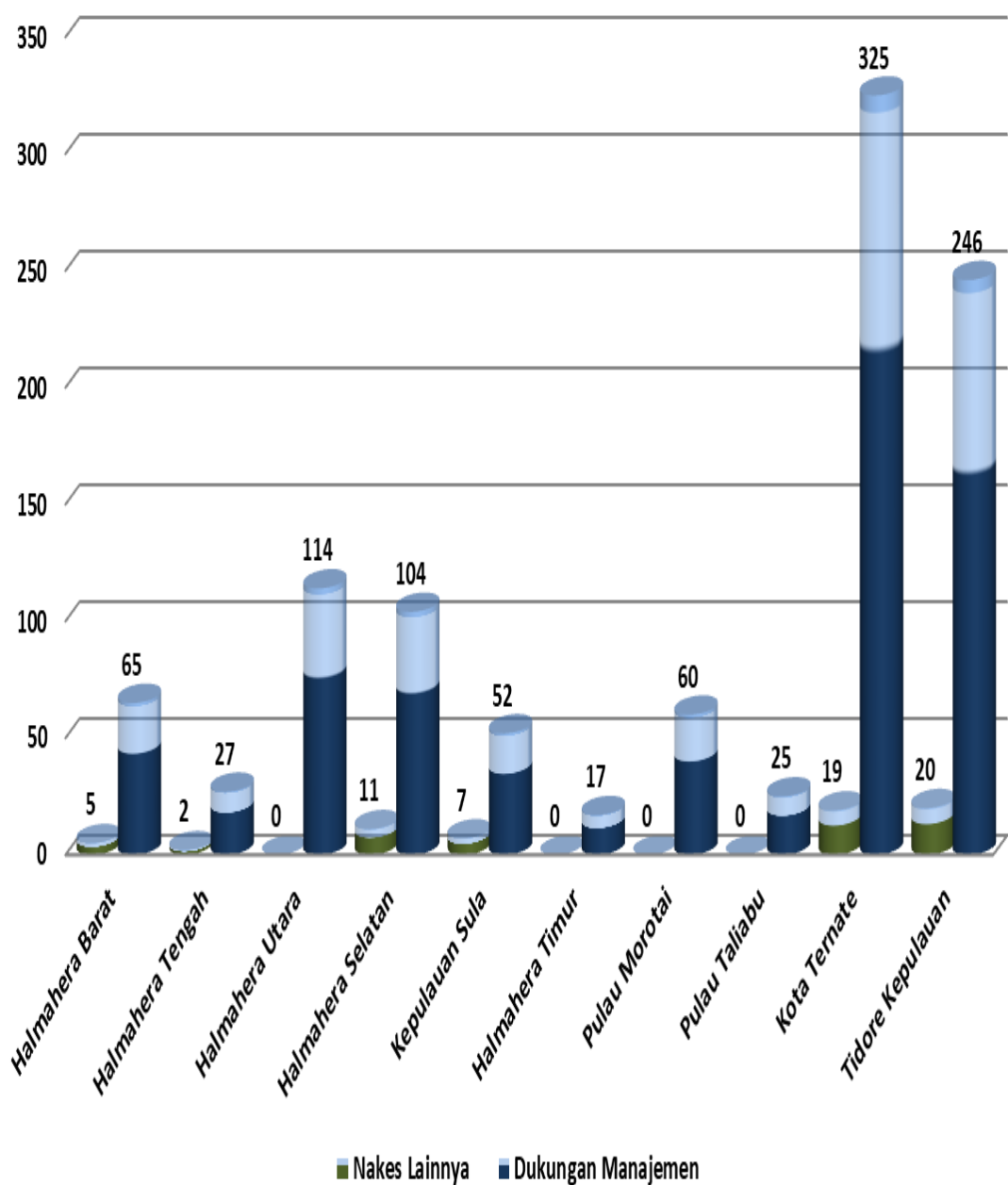


Sumber : SI-SDMK Per 31 Desember 2024

Jumlah distribusi Tenaga Psikologi Klinis dan Keteknisan Medis di rumah sakit Kabupaten/Kota Se-Maluku Utara pada Tahun 2024 sejumlah 134 orang yang terdiri dari Psikologi Klinis sebanyak 0 dan Keteknisan Medis sebanyak 128.

Dari proporsi Rumah Sakit, masih terdapat wilayah Rumah Sakit yang kurang Psikologi Klinis dan Keteknisan Medis. Empat teratas wilayah dengan Rumah sakit yang kurang tersebut antara lain : Kab Halmahera Barat (2,98%), Kab Kepulauan Sula (2,98%), Kab Pulau Morotai (2,98%) dan Kab Pulau Taliabu (1,49%)

Gambar 3.27 Jumlah Nakes Lainnya Dan Dukungan Manajemen Di Rumah Sakit Menurut Kabupaten / Kota Di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : SI-SDMK Per 31 Desember 2024

Jumlah distribusi Tenaga Nakes Lainnya dan Dukungan Manajemen di rumah sakit Kabupaten/Kota Se-Maluku Utara pada Tahun 2024 sejumlah 1099 orang yang terdiri dari Nakes Lainnya sebanyak 64 dan Dukungan Manajemen sebanyak 1035. Dari proporsi Rumah Sakit yang terbesar Nakes Lainnya dan Dukungan Manajemen. Tiga teratas wilayah dengan Rumah sakit yang memiliki tenaga tersebut antara lain : Kab Halmahera Selatan (10,46%), Kota ternate (31,30%) dan Kota Tidore Kepulauan (24,20%).

Berikut rumah sakit Kabupaten Kota di Provinsi Maluku Utara sebanyak 15 Rumah Sakit milik pemerintah daerah, yang harus memiliki lengkap Dokter Spesialis Dasar dan Dokter Spesialis Penunjang sesuai ( Indikator 3 Renstra Badan PPSDMK 2024-2024 ) 3 Rumah Sakit (20,%) dan yang belum terpenuhi sebanyak 12 RS (80%) Untuk lebih jelasnya terlihat pada tabel 3.2 berikut:

DATA JUMLAH RSUD YANG BELUM LENGKAP DOKTER SPESIALIS 4 DASAR 3 PENUNJANG DI WILAYAH MALUKU UTARA  
TAHUN 2024

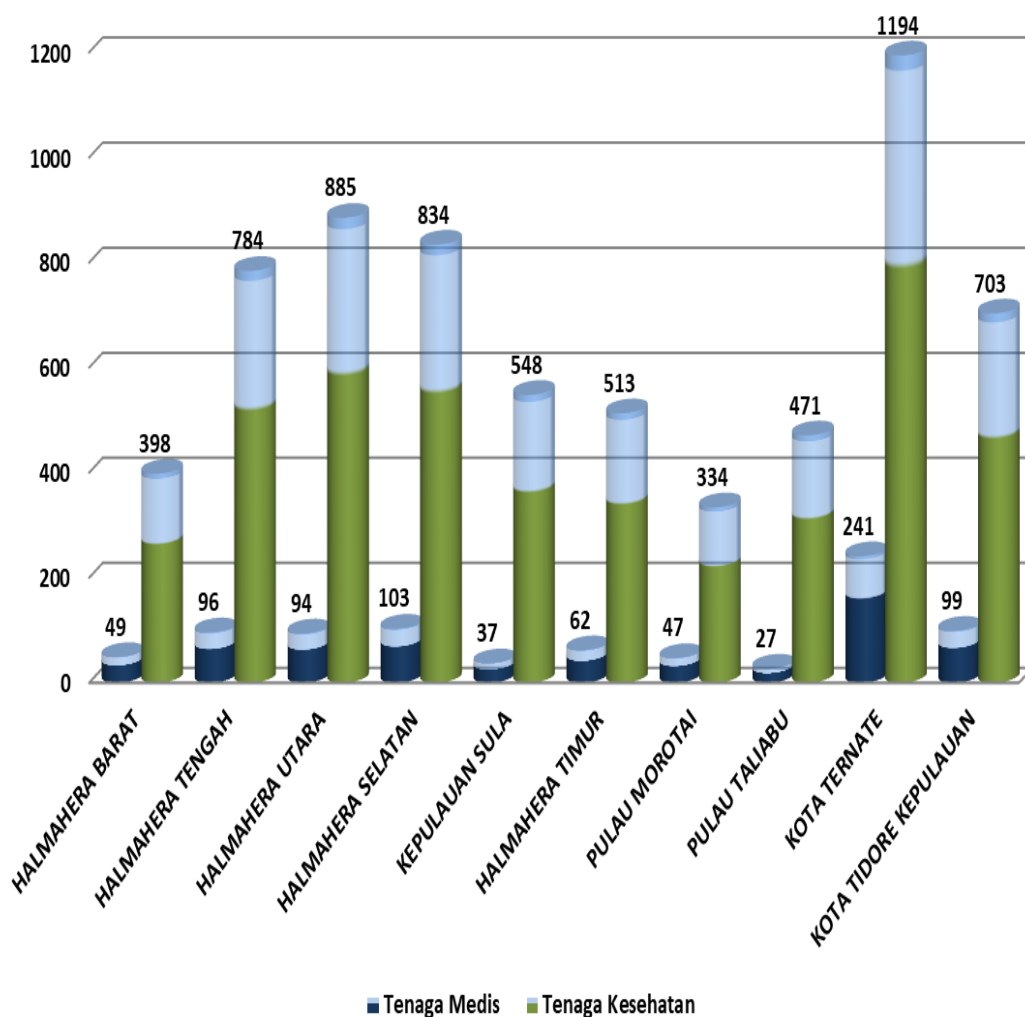
No	Kabupaten/Kota	Total	TAHUN 2024		
			Lengkap	Belum Lengkap	%
1	KAB. HALMAHERA BARAT	1	0	1	0.00
2	KAB. HALMAHERA TENGAH	1	0	1	0.00
3	KAB. HALMAHERA UTARA	1	1	0	100.00
4	KAB. HALMAHERA SELATAN	3	0	3	0.00
5	KAB. KEPULAUAN SULA	1	0	1	0.00
6	KAB. HALMAHERA TIMUR	1	0	1	0.00
7	KAB. PULAU MOROTAI	2	0	2	0.00
8	KAB. PULAU TALIABU	1	0	1	0.00
9	KOTA TERNATE	2	1	1	50.00
10	KOTA TIDORE KEPULAUAN	2	1	1	50.00
MALUKU UTARA		15	3	12	20.00

Sumber : SI-SDMK Per 31 Desember 2024

**B. REGISTRASI TENAGA KESEHATAN**

Setiap tenaga kesehatan yang menjalankan praktik wajib memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) yang berlaku selama lima tahun dan dapat diregistrasi ulang. Hal tersebut telah diatur oleh Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan setelah tenaga kesehatan yang mengajukan dianggap telah memenuhi persyaratan yang ditentukan. Surat Tanda Registrasi (STR) diterbitkan secara Nasional oleh Konsil Kedokteran Indonesia (KKI), Komite Farmasi Nasional (KFN) dan Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia (MTKI). Berikut merupakan rekapitulasi data tenaga kesehatan di berbagai kabupaten/kota di Maluku Utara Tahun 2024 yang memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) :

Gambar 3.28 Jumlah Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan Provinsi Maluku Utara Yang Memiliki STR Tahun 2024

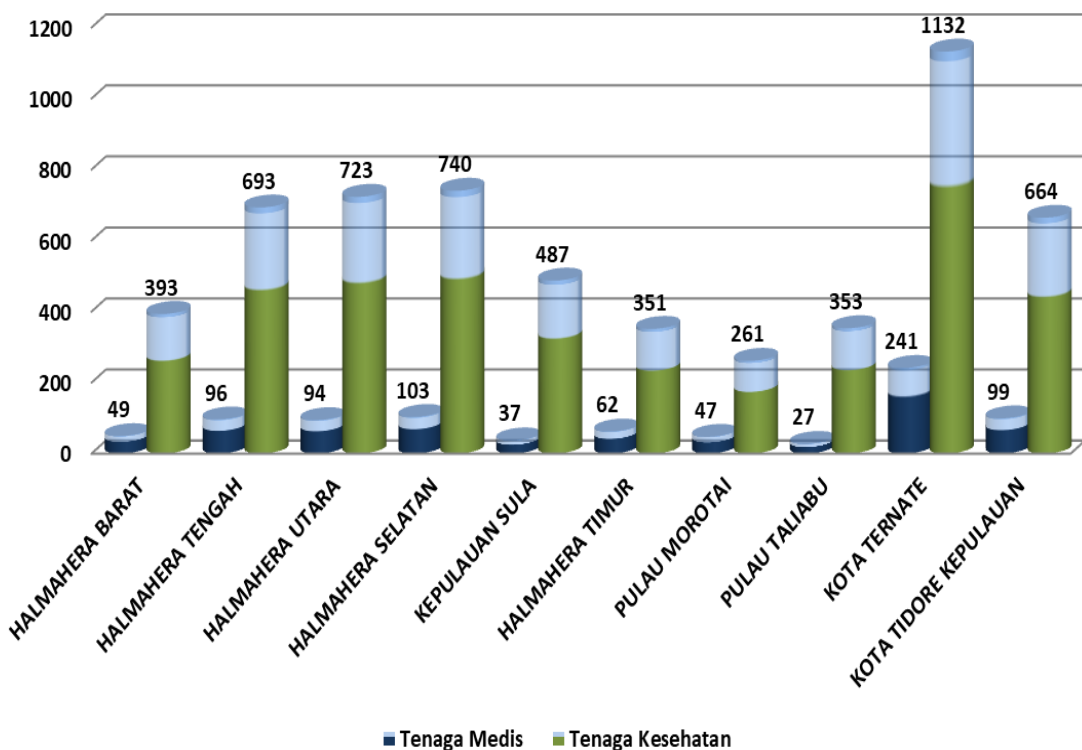


Sumber : SI-SDMK Per 31 Desember 2024

Berdasarkan gambar 3.28 dijelaskan bahwa rata-rata kabupaten/kota di Maluku Utara Tahun 2024 telah mencapai lebih dari 51,13% tenaga medis dan tenaga kesehatan yang memiliki Surat Tanda Registrasi (STR). Masih 16,24 % tenaga medis dan tenaga kesehatan yang belum memiliki STR. 34,88% Tenaga yang belum tercatat pemilik STR tersebut bisa jadi karena belum mengupdate data STR seumur hidup dalam sistem informasi. Data tersebut bersumber dari Aplikasi SI-SDMK kabupaten/kota di Maluku Utara. Selain STR, setiap tenaga kesehatan yang melaksanakan praktik wajib memiliki Surat Izin Praktik (SIP).

Berikut merupakan rekapitulasi data tenaga kesehatan di berbagai kabupaten/kota di Maluku Utara Tahun 2024 yang memiliki Surat Izin Praktik (SIP) :

Gambar 3.29 Persentase Tenaga Kesehatan Provinsi Maluku Utara Yang Memiliki SIP Tahun 2024



Sumber : DPM.PTSP Kab/Kota Per 31 Desember 2024

Berdasarkan gambar 3.29 dijelaskan bahwa rata-rata kabupaten/kota di Maluku Utara telah mencapai lebih dari 45,23 % tenaga medis dan tenaga kesehatan yang memiliki Surat Izin Praktik (SIP). Masih 13,87 % tenaga kesehatan yang belum memiliki SIP. 31,36

% tersebut bisa jadi karena belum tercatat dalam sistem informasi. Data bersumber dari DPM.PTSP Kabupaten/Kota di Maluku Utara.

## C. PENINGKATAN KOMPETENSI DAN KUALIFIKASI SDM KESEHATAN

### 1. Pendayagunaan Tenaga Kesehatan di Provinsi Maluku Utara

Pendayagunaan SDM meliputi: Pendayagunaan SDM di dalam negeri, pendayagunaan SDM ke luar negeri, pengembangan pola karir tenaga kesehatan dan pengembangan sistem insentif. Pendayagunaan tenaga kesehatan dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat sesuai tugas dan fungsi masing-masing. Pendayagunaan dilakukan dengan memperhatikan aspek pemerataan, pemanfaatan dan pengembangan. Penempatan tenaga kesehatan oleh pemerintah atau pemerintah daerah dilaksanakan dengan cara :

- a. Pengangkatan sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS);
- b. Pengangkatan sebagai pegawai pemerintah dengan Perjanjian Kerja (PPPK); atau
- c. Penugasan khusus.

Pendayagunaan Tenaga Kesehatan Warga Negara Indonesia ke Luar Negeri dapat dilakukan dengan mempertimbangkan keseimbangan antara kebutuhan tenaga kesehatan di Indonesia dan peluang kerja bagi Tenaga Kesehatan Warga Negara Indonesia di luar negeri. Pendayagunaan Tenaga Kesehatan Warga Negara Asing dilakukan dengan mempertimbangkan:

- a. Alih teknologi dan ilmu pengetahuan; dan
- b. Ketersediaan Tenaga Kesehatan setempat.

Pendayagunaan tenaga kesehatan dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing berdasarkan ketentuan peraturan perundang undangan dengan memperhatikan aspek pemerataan, pemanfaatan, dan pengembangan, termasuk pengembangan karier.

Pendayagunaan tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan milik pemerintah diupayakan dalam bentuk rekrutmen pegawai secara PNS,

PPPK, upaya terobosan (penugasan khusus, task shifting, team based, dll) sedangkan untuk sektor swasta melakukan rekrutmen dan penempatan tenaga kesehatan sesuai kebutuhannya.

Pemerintah dapat memfasilitasi upaya pemenuhan tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan swasta dengan kriteria yang telah ditetapkan. Pendayagunaan tenaga kesehatan ke luar negeri harus memperhatikan beberapa aspek: sebagai kebijakan alternatif dalam rangka optimalisasi pemanfaatan tenaga kesehatan dan memperhatikan asas saling menguntungkan baik antara Indonesia dengan negara lain yang menjadi mitra maupun antara tenaga kesehatan dengan pihak yang mendayagunakan tenaga kesehatan

Adapun kendala dalam hal penempatan tenaga kesehatan sebagai berikut:

- a. Retensi untuk daerah dengan geografis sulit masih rendah.
- b. Kurangnya partisipasi Pemda dalam penyediaan fasilitas, distribusi, monitoring dan evaluasi.
- c. Sedikitnya peminat tenaga kesehatan khususnya untuk DTPK (Daerah Terpencil Perbatasan Kepulauan).
- d. Tingginya biaya operasional untuk mobilisasi tenaga kesehatan di daerah dengan geografis sulit.

## **2. Penugasan Khusus (Nusantara Sehat)**

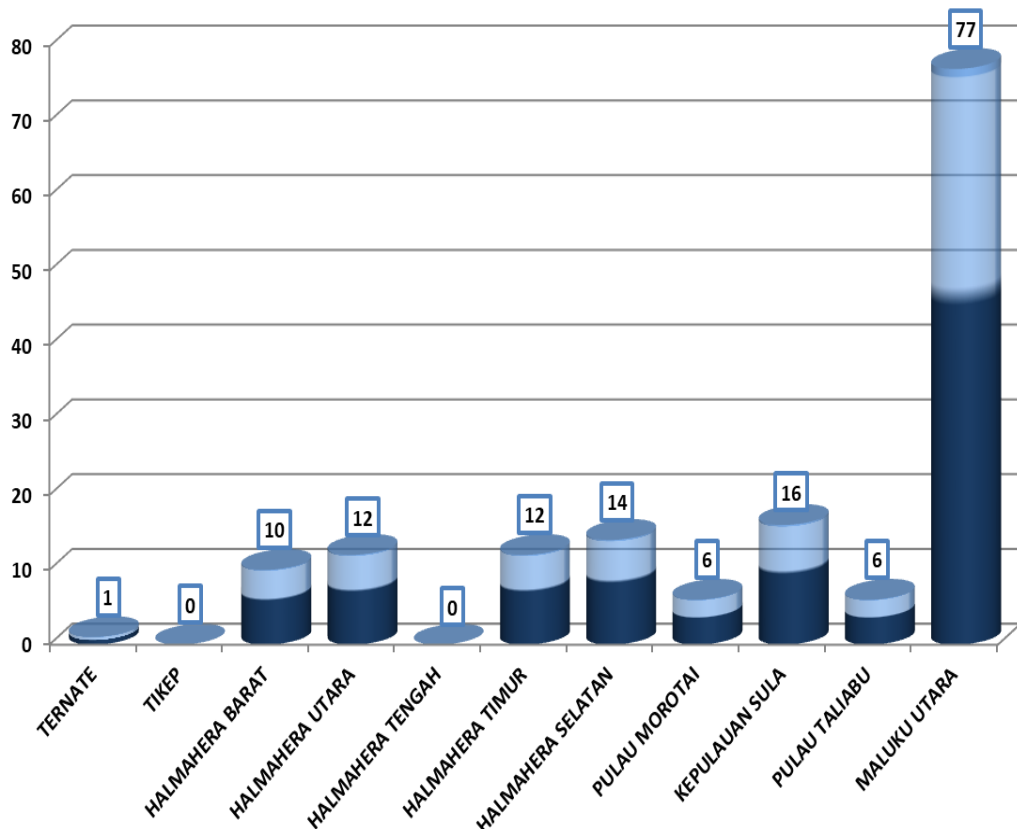
Sumber Daya Kesehatan merupakan faktor penting dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat Indonesia. Oleh karena itu penanganan SDM Kesehatan mendapatkan perhatian khusus dari pemerintah. Adanya Program Sumber Daya Kesehatan bertujuan untuk meningkatkan jumlah, jenis, mutu, dan penyebaran tenaga kesehatan serta pemberdayaan profesi kesehatan.

Pemenuhan tenaga kesehatan di wilayah Maluku Utara selain dari pengadaan tenaga ASN terdiri dari PNS dan PPPK, juga melalui pemenuhan tenaga yang berasal dari penugasan khusus. Penugasan khusus yang dimaksud adalah tenaga Nusantara Sehat (berbasis tim dan individu) dan Pendayagunaan Dokter Spesialis (PGDS). Program ini berlangsung setiap tahun, bergantung pada pengusulan wahana yang akan dijadikan lokasi penempatan dokter spesialis.

Program pemerintah pusat lainnya sebagai upaya pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan yakni Nusantara Sehat berbasis tim dan individu. Beberapa kabupaten/kota di Provinsi Maluku Utara telah menerima tenaga Nusantara Sehat, yaitu di 8 Kabupaten/Kota, di antaranya Daerah Kota (Kota Ternate) serta di Daerah Kabupaten yaitu (Kab Halmahera Barat, Kab Halmahera Utara, Kab Halmahera Timur, Kab Halmahera Selatan) dan daerah kepulauan (Kab Kepulauan Sula, Kab Pulau Morotai, Kab Pulau Taliabu).

Oleh karena itu, tujuan utama program Nusantara Sehat (Tenaga Kesehatan Penugasan Khusus Individu) adalah mewujudkan layanan kesehatan primer yang dapat dijangkau oleh setiap anggota masyarakat, terutama mereka yang berada di daerah terpencil dengan kontrak kerja dengan Kementerian Kesehatan selama 3 tahun. Berikut adalah data jumlah tenaga kesehatan Nusantara Sehat dari 10 kabupaten/kota di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024:

Gambar 3.30 Penugasan Khusus Nusantara Sehat Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

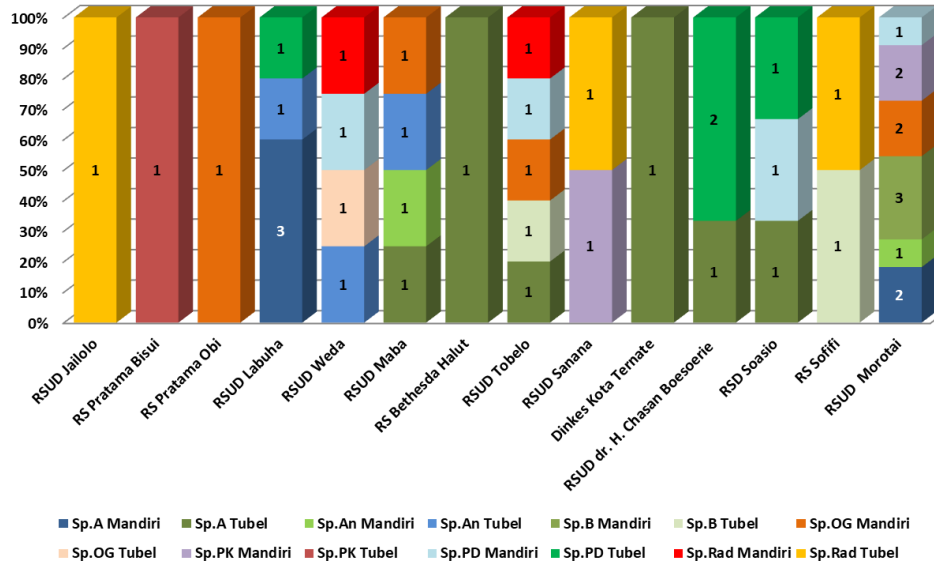
Berdasarkan gambar 3.30 diketahui bahwa total tenaga Nusantara Sehat di Provinsi Maluku Utara sejumlah 77 orang. Wilayah Maluku Utara yang menerima Tenaga Nusantara sehat di 8 Kabupaten/Kota. Data tersebut bersumber dari Dokumen Deskripsi 10 Kabupaten/Kota di Maluku Utara Tahun 2024.

### **3. Pendayagunaan Dokter Spesialis**

Program pemerintah pusat sebagai upaya pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan yakni Program Pendayagunaan Dokter Spesialis di Daerah yang masih kekurangan dokter spesialis dasar dan penunjang. Di beberapa kabupaten/kota di Provinsi Maluku Utara telah menerima Pendayagunaan Tenaga Dokter Spesialis, yaitu di 10 Kabupaten/Kota dan Provinsi, di antaranya Daerah Provinsi, Daerah Kota (Kota Ternate, Kota Tidore Kepulauan) serta di Daerah Kabupaten yaitu (Kab Halmahera Barat, Kab Halmahera Tengah, Kab Halmahera Utara, Kab Halmahera Timur, Kab Halmahera Selatan) dan daerah kepulauan (Kab Kepulauan Sula, Kab Pulau Morotai, Kab Pulau Taliabu)

Oleh karena itu, tujuan utama program Pendayagunaan Dokter Spesialis adalah mewujudkan layanan kesehatan primer di RSUD yang dapat dijangkau oleh setiap anggota masyarakat, terutama mereka yang berada di daerah terpencil dengan kontrak kerja dengan Kementerian Kesehatan selama 2 tahun. Berikut adalah data jumlah penyagunaan Dokter Spesialis dari 10 kabupaten/kota dan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024:

Gambar 3.31 Pendayagunaan Dokter Spesialis Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Berdasarkan gambar 3.31 diketahui bahwa jumlah Pendayagunaan Dokter Spesialis di Provinsi Maluku Utara sejumlah 44 tenaga. Wilayah Maluku Utara yang menerima Pendayagunaan Dokter Spesialis di 10 Kabupaten/Kota dan Provinsi. Data tersebut bersumber dari Dokumen Deskripsi 10 Kabupaten/Kota di Maluku Utara Tahun 2024.

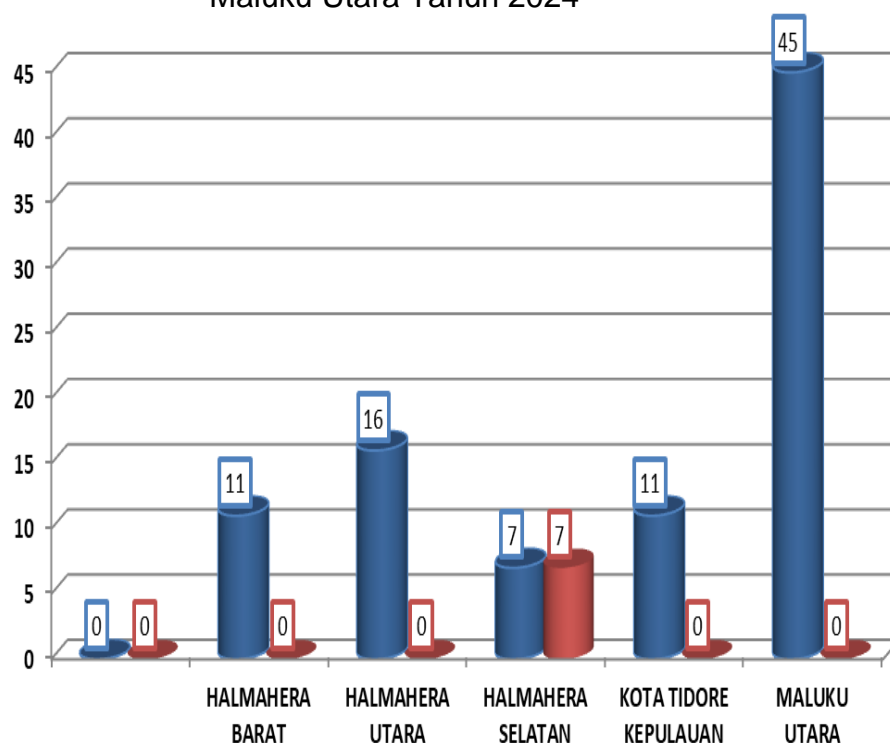
#### 4. Program Internship Dokter Indonesia

Program Internship Dokter Indonesia (PIDI) dan Program Internship Dokter Gigi Indonesia (PIDGI) merupakan salah satu upaya pemerintah melalui Kementerian Kesehatan dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di Indonesia khususnya di bidang kesehatan. Program ini merupakan proses pematangan mutu profesi dokter umum dan dokter gigi untuk menerapkan kompetensi yang diperoleh selama pendidikan, secara terintegrasi, komprehensif, mandiri serta menggunakan pendekatan kedokteran keluarga dalam rangka pemahiran dan penyelarasan antara hasil pendidikan dengan praktik di lapangan.

Program Internship Dokter Indonesia (PIDI) dan Program Insternship Dokter Gigi Indonesia (PIDGI) memiliki kontribusi secara tidak langsung dalam pemenuhan kebutuhan tenaga medis di fasilitas

kesehatan terutama Puskesmas dan Rumah Sakit. Wahana yang ditunjuk sebagai wahana tentunya memiliki kriteria, sehingga tidak semua Puskesmas atau Rumah Sakit bisa mendapatkan tenaga internship. Wahana lebih difokuskan dan yang sudah dipetakan bisa terisi dengan dokter spesialis sesuai dengan kebutuhan. Tenaga dokter umum yang mengikuti PIDI dan PIDGI Provinsi Maluku Utara Tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Gambar 3.32 Program Internship Dokter Indonesia (PIDI) Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



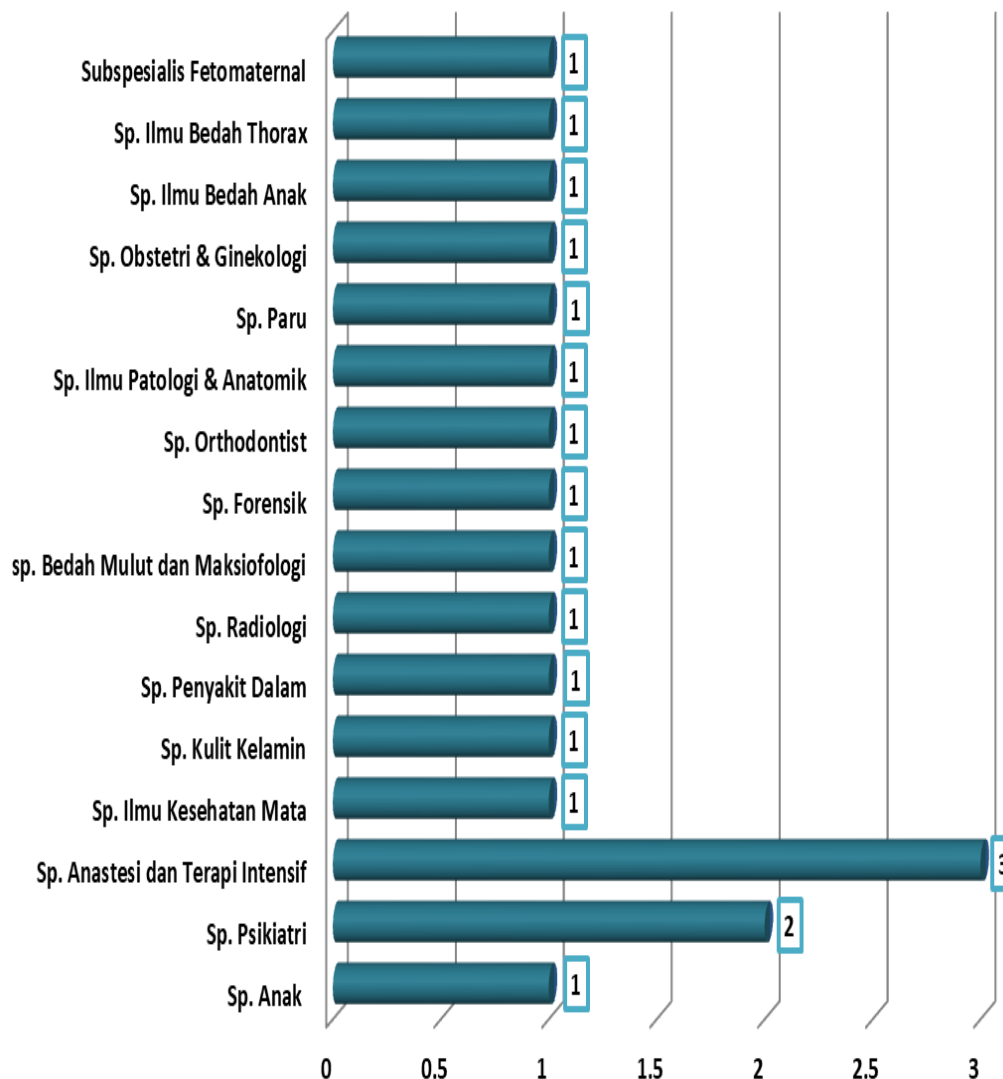
Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Berdasarkan gambar 3.32 diketahui bahwa Program Internship Dokter Indonesia (PIDI) dan Program Internship Dokter Gigi Indonesia (PIDGI) di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024 sebanyak 45 orang. Dengan terbanyak terletak di 2 Kabupaten (Halmahera Utara dan Halmahera Selatan) dengan total Dokter Internship 30 orang. Data bersumber dari Dokumen Deskripsi 10 Kabupaten/Kota di Maluku Utara.

## 5. Program Pendidikan Dokter Spesialis

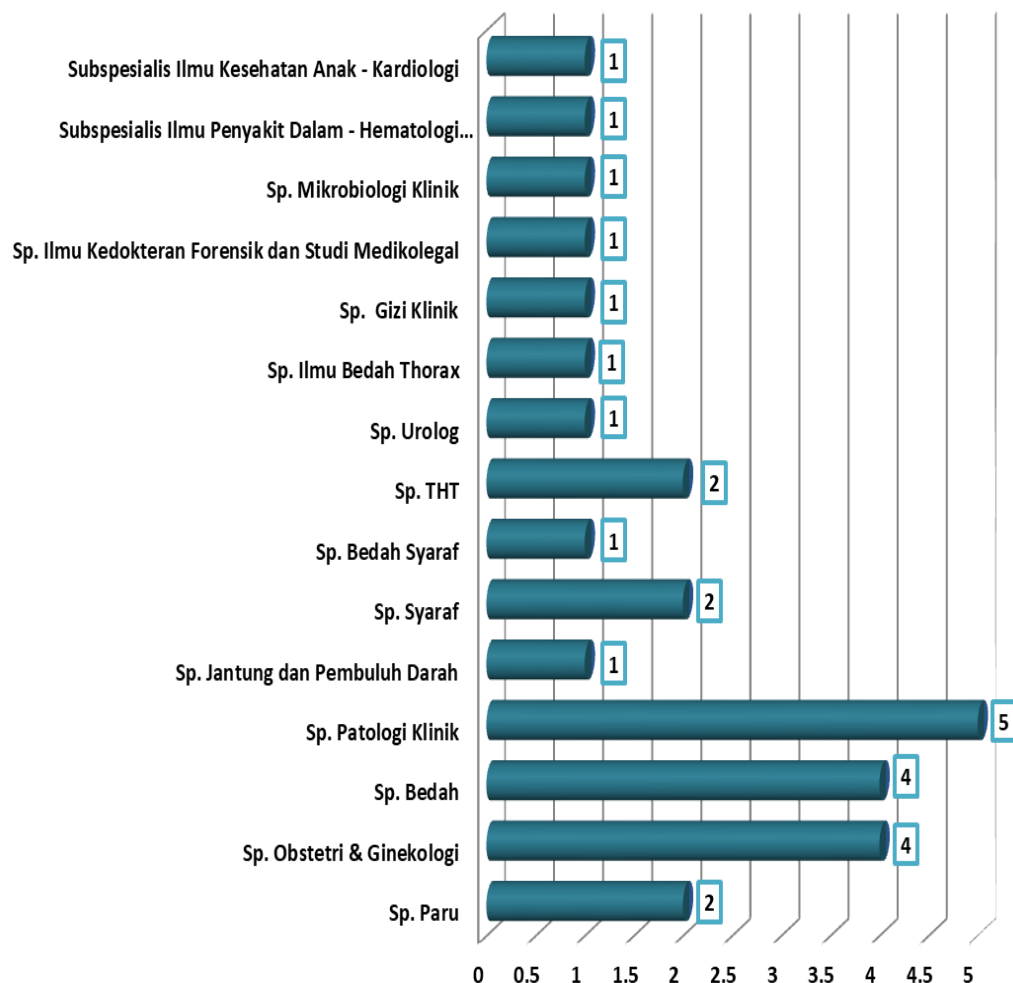
Program pemerintah yaitu Pendayagunaan Dokter Spesialis (PDGS) meliputi bantuan Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) dan bantuan Pendidikan Profesi Dokter Gigi Spesialis (PPDGS) yang mana tahapan lanjut pendidikan seorang dokter dan dokter gigi umum untuk menjadi spesialis. Di Maluku Utara Tahun 2024 terdapat total 2 bantuan Pendidikan Dokter spesialis melalui Program tersebut di antaranya adalah sebagai berikut:

Gambar 3.33 Program Pendidikan Dokter/Dokter Gigi Spesialis Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Gambar 3.34 Program Pendidikan Dokter/Dokter Gigi Spesialis yang Mengikuti PPDSPDG Kementerian Kesehatan Sesuai Peminatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Berdasarkan gambar 3.33 dan 3.34 diketahui bahwa terdapat 65 dokter spesialis yang masih aktif yaitu Penerima Bantuan Program Pendidikan Dokter Spesialis, diantaranya 46 dokter spesialis Penerima Bantuan Program Pendidikan Dokter Spesialis Kementerian Kesehatan RI, sedangkan untuk 19 dokter spesialis Penerima Bantuan Program Pendidikan Dokter Spesialis di Maluku Utara dari 16 ilmu spesialis. Data bersumber dari Dokumen Deskripsi 10 Kabupaten/Kota di Maluku Utara.

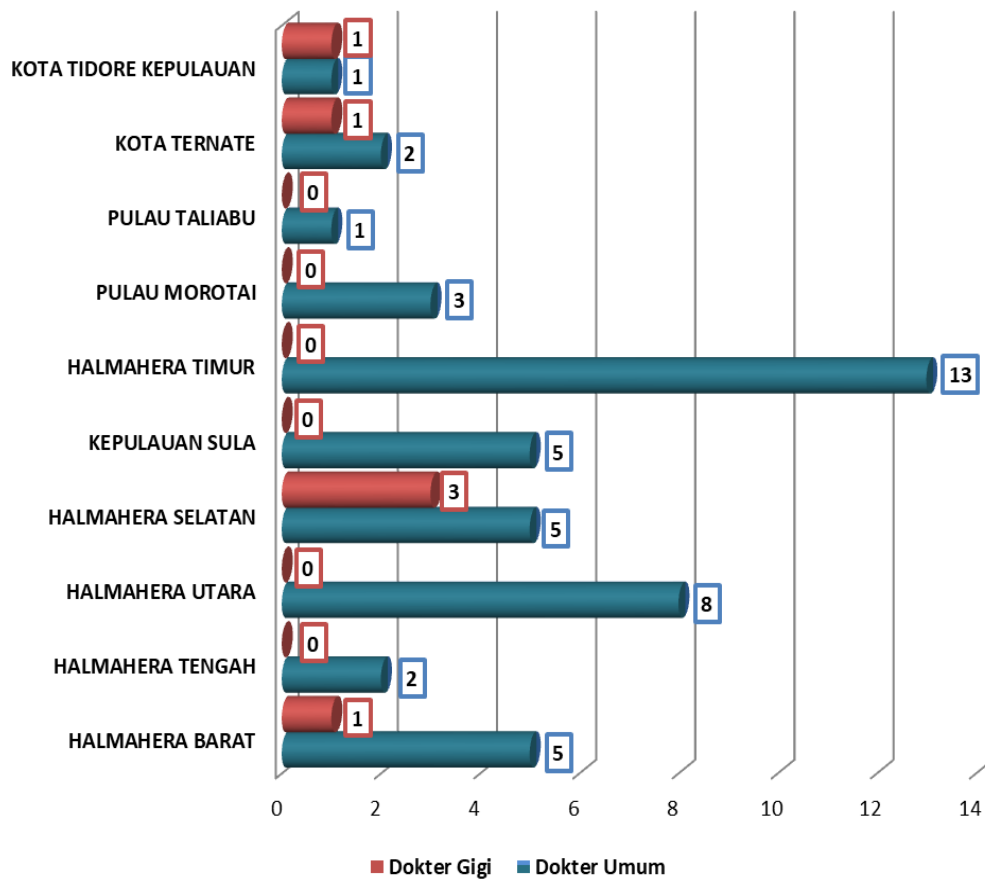
## 6. Program Pendidikan Afirmasi Tenaga Medis

Dalam upaya mewujudkan pemerataan akses layanan kesehatan yang berkualitas, Kementerian Kesehatan RI kembali menggulirkan Program Bantuan Pendidikan Afirmasi bagi calon Dokter Umum dan Dokter Gigi di Provinsi Maluku Utara untuk tahun anggaran 2024. Program ini dirancang untuk memutus mata rantai kekurangan tenaga medis di Puskesmas Kabupaten/Kota dengan mengutamakan putra-putri daerah sebagai ujung tombak pelayanan.

Melalui Program Bantuan Afirmasi ini, diharapkan masalah klasik seperti kekosongan dokter di Puskesmas Kabupaten/Kota Se-Maluku Utara terutama di daerah tertinggal, perbatasan dan kepulauan dapat teratasi secara sistematis. Investasi pada pendidikan dokter umum dan dokter gigi adalah kunci utama dalam menurunkan angka kesakitan dan meningkatkan angka harapan hidup masyarakat di Maluku Utara.

Program ini secara khusus menyasar mahasiswa kedokteran dan kedokteran gigi yang berasal dari Maluku Utara atau mereka yang memiliki komitmen kuat untuk mengabdikan diri di Provinsi Maluku Utara. Fokus utamanya adalah mengisi kekosongan tenaga dokter umum dan dokter gigi di Puskesmas yang berada di daerah tertinggal, perbatasan dan kepulauan (DTPK) agar standar pelayanan kesehatan nasional dapat dirasakan oleh seluruh lapisan masyarakat. Berikut data penerima afirmasi tenaga medis di Maluku Utara tahun 2024 sebagai berikut :

Gambar 3.35 Program Pendidikan Afiriasi Dokter Umum/Dokter Gigi Kementerian Kesehatan Sesuai Peminatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

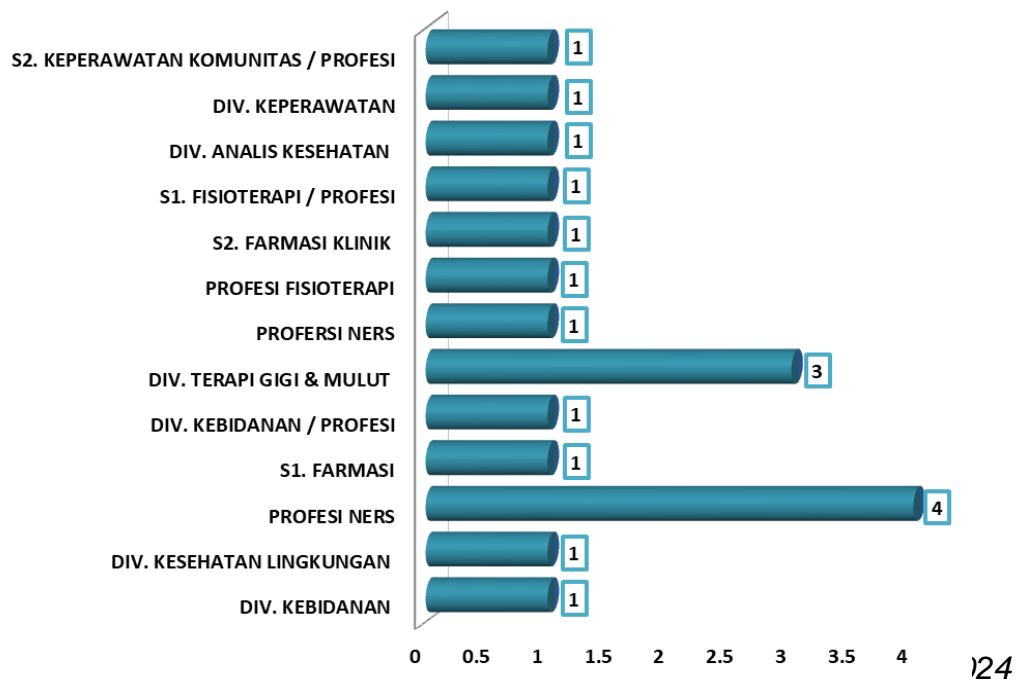
Berdasarkan gambar 3.35 diketahui bahwa terdapat 51 tenaga medis yang masih aktif di beberapa universitas kedokteran dan kedokteran gigi yaitu Penerima Bantuan Pendidikan Afiriasi Tenaga Medis Kementerian Kesehatan RI, diantaranya dokter umum sebanyak 45 orang sedangkan dokter gigi sebanyak 6 orang di Maluku Utara Tahun 2024. Data bersumber dari Dokumen Deskripsi 10 Kabupaten/Kota di Maluku Utara

### 7. Program Pendidikan Beasiswa Tugas Belajar

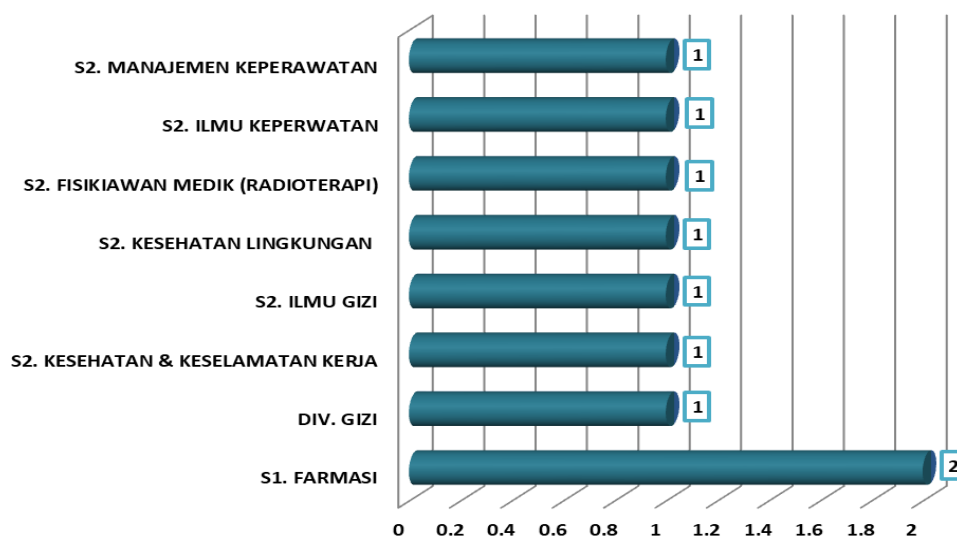
Tahun 2024 menjadi momentum krusial bagi Maluku Utara dalam memperkuat sistem kesehatan daerah melalui peningkatan kualitas SDM Kesehatan Melalui Program beasiswa dari pemerintah maupun kementerian kesehatan ini dirancang bukan sekadar bantuan finansial, melainkan sebuah investasi jangka panjang untuk menjawab ketimpangan distribusi SDM Kesehatan di Kabupaten/Kota dan

Provinsi Maluku Utara yang memiliki kualifikasi pendidikan setara dengan standar nasional. Melalui Program tersebut di antaranya adalah sebagai berikut:

Gambar 3.36 Program Pendidikan Beasiswa Kementerian Kesehatan Sesuai Peminatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Gambar 3.37 Program Pendidikan Beasiswa Pemerintah Daerah Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Berdasarkan gambar 3.36 dan 3.37 diketahui bahwa terdapat 27 SDM Kesehatan yang masih aktif yaitu Penerima Bantuan Program Pendidikan Beasiswa Tugas Belajar, diantaranya 18 SDM Kesehatan

Penerima Bantuan Program Pendidikan Beasiswa Tugas Belajar Kementerian Kesehatan RI, sedangkan untuk 9 SDM Kesehatan Penerima Bantuan Program Pendidikan Beasiswa Tugas Belajar di Pemerintah Daerah Provinsi Maluku Utara. Data bersumber dari Dokumen Deskripsi 10 Kabupaten/Kota di Maluku Utara.

## 8. Meningkatkan Kompetensi Melalui Pelatihan Kesehatan

**Transformasi SDM Kesehatan** untuk meningkatkan kualitas layanan di daerah kepulauan dan terpencil (DTPK). Tahun 2024 menjadi titik balik bagi penguatan kapasitas tenaga kesehatan di Maluku Utara. Mengingat tantangan geografis yang unik, Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bekerja sama dengan Balai Besar Pelatihan Kesehatan Makassar Kementerian Kesehatan RI menyelenggarakan rangkaian pelatihan berbasis kompetensi guna memastikan setiap tenaga kesehatan di Kabupaten/Kota mendapatkan standar layanan medis yang sama. Melalui Program Pelatihan tersebut di antaranya adalah sebagai berikut :

Gambar 3.38 Program Peningkatan Kompetensi Melalui Pelatihan Kesehatan di Kabupaten/Kota dan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

NO	NAMA PELATIHAN	JUMLAH PELATIHAN	JUMLAH NAKES TERLATIH	SUMBER ANGGARAN	KETERANGAN
1	DINAS KESEHATAN PROVINSI MALUKU UTARA	15	536	DAK/DK/GF/SHOPI/BBPKM	
2	DINAS KESEHATAN KOTA TERNATE	4	107	DAK	
3	DINAS KESEHATAN KOTA TIDORE KEPULAUAN	3	69	DAK	
4	DINAS KESEHATAN KAB. HALMAHERA SELATAN	5	131	DAK	
5	DINAS KESEHATAN KAB. HALMAHERA TENGAH	2	53	DAK	
6	DINAS KESEHATAN KAB. HALMAHERA UTARA	3	75	DAK	
7	DINAS KESEHATAN KAB. HALMAHERA TIMUR	6	119	DAK	
8	DINAS KESEHATAN KAB. KEPULAUAN SULA	6	155	DAK	
9	DINAS KESEHATAN KAB. HALMAHERA BARAT	-	-	DAK	Anggaran tidak dicairkan (kas kosong)
10	DINAS KESEHATAN KAB. PULAU MOROTAI	-	-	DAK	Anggaran tidak dicairkan (kas kosong)
11	DINAS KESEHATAN KAB. PULAU TALIABU	-	-	DAK	Anggaran tidak dicairkan (kas kosong)
JUMLAH		44	1.245		

Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Berdasarkan gambar 3.38 Pemerintah Provinsi Maluku Utara terus berkomitmen meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan melalui serangkaian program pelatihan bagi tenaga kesehatan (nakes).

Upaya ini merupakan sinergi antara tingkat provinsi dan kabupaten/kota untuk memastikan standar kompetensi yang merata di seluruh wilayah.

Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara menjadi motor utama dalam penguatan kapasitas SDM dengan menyelenggarakan 15 paket pelatihan yang berhasil melatih sebanyak 536 tenaga kesehatan. Program di tingkat provinsi ini didukung oleh sumber pendanaan yang beragam, meliputi DAK, DK, GF, SHOPI, dan BBPKM. Sedangkan untuk tingkat daerah, pemanfaatan Dana Alokasi Khusus (DAK) menjadi instrumen vital dalam pelaksanaan pelatihan kesehatan. Beberapa daerah menunjukkan keaktifan yang signifikan, antara lain :

- Kabupaten Kepulauan Sula: Menyelenggarakan 6 pelatihan untuk 155 nakes.
- Kabupaten Halmahera Selatan: Melaksanakan 5 pelatihan untuk 131 nakes.
- Kabupaten Halmahera Timur: Menjalankan 6 pelatihan bagi 119 nakes.
- Kota Ternate: Melatih sebanyak 107 nakes melalui 4 paket pelatihan.
- Kabupaten Halmahera Utara : Melatih sebanyak 75 nakes melalui 3 paket pelatihan
- Kota Tidore Kepulauan : Melatih sebanyak 69 nakes melalui 3 paket pelatihan
- Kabupaten Halmahera Tengah : Melatih sebanyak 53 nakes melalui 2 paket pelatihan

Meskipun sebagian besar Kabupaten/Kota berhasil melakukan pengembangan SDM, terdapat kendala administratif dan fiskal di tiga wilayah. Kabupaten Halmahera Barat, Kabupaten Pulau Morotai, dan Kabupaten Pulau Taliabu tidak dapat melaksanakan pelatihan kesehatan pada tahun 2024. Hal ini disebabkan oleh anggaran yang tidak dapat dicairkan akibat kondisi kas daerah yang kosong, meskipun sumber dana DAK telah dialokasikan.

## **9. Tenaga Kerja Kesehatan Indonesia**

Pendayagunaan tenaga kesehatan ke luar negeri harus memperhatikan aspek-aspek: sebagai kebijakan alternatif dalam rangka optimalisasi pemanfaatan tenaga kesehatan dan memperhatikan asas saling menguntungkan baik antara Indonesia dengan negeri lain yang menjadi mitra maupun antara tenaga kesehatan dengan pihak yang mendayagunakan tenaga kesehatan. Dari 10 kabupaten/kota di Provinsi Maluku Utara tidak ada data TKKI.

## **10. Tenaga Kesehatan Warga Negara Asing (TKWNA)**

Pendayagunaan tenaga kesehatan juga dilakukan dalam rangka pemenuhan permintaan tenaga kesehatan dari luar negeri, yang dilaksanakan dengan memperhatikan keserasian antara kebutuhan tenaga kesehatan di dalam negeri dan kemampuan pengadaannya. Dalam hal ini pendayagunaan tenaga kesehatan diutamakan pada pemenuhan kebutuhan dalam negeri. Dari 10 kabupaten/kota di Provinsi Maluku Utara tidak ada data TKWNA



## **BAB IV PEMBIAYAAN KESEHATAN**

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya bagi masyarakat. Dalam mewujudkan hal ini dilakukan penyelenggaraan kesehatan yang terdiri atas upaya kesehatan, sumber daya kesehatan dan pengelolaan kesehatan.

Upaya kesehatan dilakukan dalam bentuk Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat, sedangkan sumber daya kesehatan dimanfaatkan untuk mendukung penyelenggaraan kesehatan. Salah satu sumber daya kesehatan adalah pendanaan kesehatan.

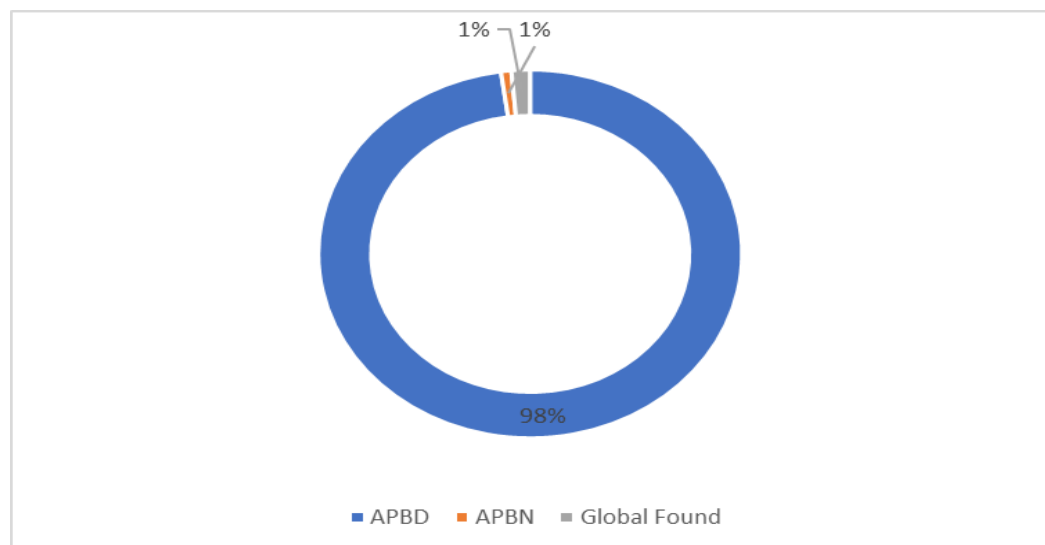
Undang-Undang Nomor 17 tahun 2024 tentang Kesehatan, pasal 401 menerangkan bahwa pendanaan kesehatan bertujuan untuk mendanai pembangunan kesehatan secara berkesinambungan dengan jumlah mencukupi, teralokasi secara adil dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

### **A. ANGGARAN DINAS KESEHATAN**

Anggaran kesehatan di Provinsi Maluku Utara merupakan anggaran yang pembiayaannya bersumber dari Anggaran Pemerintah Daerah Provinsi Maluku Utara (APBD Provinsi), APBN Dekonsentrasi dan bantuan luar negeri. Pada tahun 2024 alokasi APBD Provinsi untuk Dinas Kesehatan mendapatkan Pagu Anggaran untuk dana APBD sebesar Rp. 205.444.234.235. Tingkat realisasi keuangan yang bersumber APBD sebesar Rp.186.813.420.398 atau 91%. Realisasi ini disebabkan oleh salah satunya adalah lambatnya revisi anggaran perubahan.

Disamping APBD Provinsi, pembiayaan kesehatan di Provinsi Maluku Utara juga berasal dari APBN Dana Dekonsentrasi, dimana pada Tahun 2024 alokasi Dana Dekonsentrasi Provinsi Maluku Utara adalah sebesar Rp.1.884.519.000 dengan realisasi sebesar Rp.1.768.675.000 atau 93.85%. sedangkan untuk dana anggaran bantuan luar negeri berasal dari Global Fund untuk Malaria, TB dan HIV sebesar Rp. 3.395.131.870 dengan dealisasi sebesar 93.20%

Gambar 4. 1 Sumber Pembiayaan Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Dari gambaran realisasi pembiayaan Dinas kesehatan Provinsi Maluku Utara tersebut, sumber anggaran terbesar adalah dari APBD Provinsi Maluku Utara. Persentase realisasi APBD tahun anggaran 2024 sebesar yaitu 91 % dibandingkan sumber Anggaran Dekonsentrasi yakni 93,85 % dan anggaran bantuan Luar Negeri dari Global Fund (GF) yakni sebesar 93.20%.

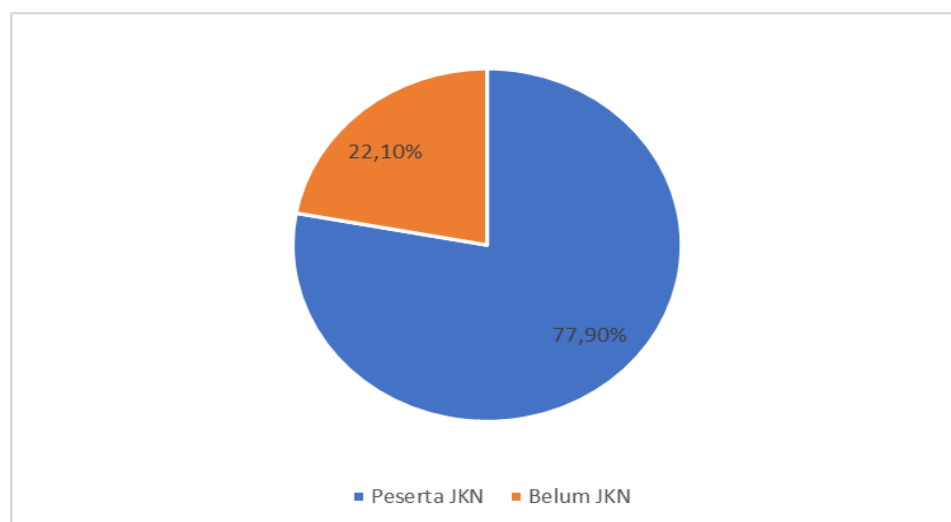
## B. BELANJA KESEHATAN DAN JAMINAN KESEHATAN

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan salah satu wujud dari Jaminan Sosial Nasional yang diamanatkan oleh Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Di dalam Undang-Undang SJSN mengamanatkan bahwa

seluruh penduduk wajib menjadi peserta jaminan kesehatan termasuk WNA yang tinggal di Indonesia lebih dari enam bulan. Peserta merupakan setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia yang telah membayar iuran atau yang iurannya dibayar pemerintah.

Cakupan kepesertaan JKN penduduk Maluku Utara sampai akhir Tahun 2024 masih belum memenuhi target UHC (Universal Health Coverage) sebesar 98% Dari total jumlah penduduk Maluku Utara pada Tahun 2024 sebanyak 1.374.859 jiwa, 77,90% telah menjadi peserta JKN dan 22,10% belum menjadi anggota JKN.

Gambar 4. 2 Cakupan Kepesertaan Jaminan Kesehatan Penduduk Di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

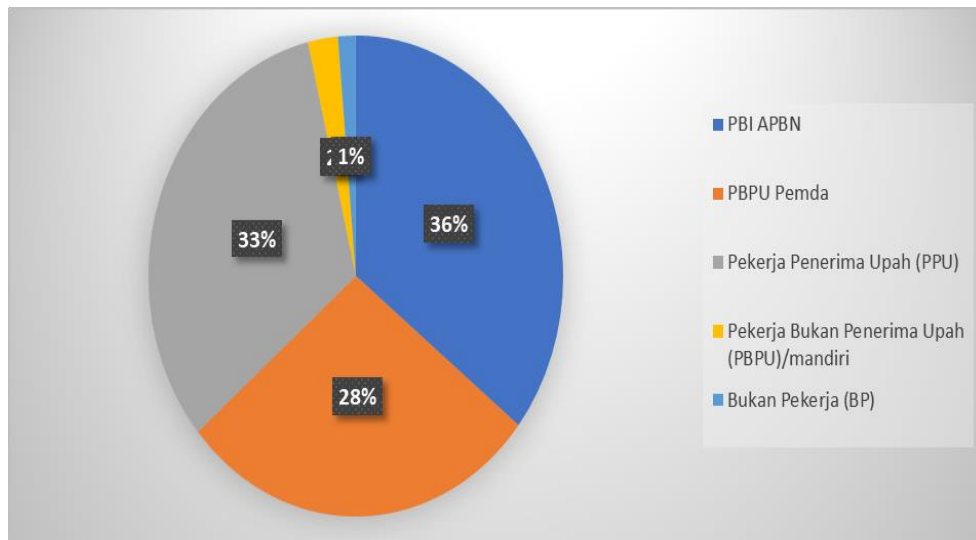


Sumber : BPJS Kesehatan per 1 Desember 2024

Peserta program JKN terdiri atas beberapa segmen yaitu segmen peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI JK) adalah fakir miskin dan orang tidak mampu yang didaftarkan dan iurannya dibayarkan oleh pemerintah, segmen peserta Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP) yang didaftarkan dan iurannya dibayarkan oleh pemerintah daerah, segmen Pekerja Penerima Upah (PPU) dan anggota keluarganya baik pekerja pemerintah maupun swasta yang iurannya dibayarkan secara sharing antara pekerja dan pemberi kerja serta segmen Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan anggota keluarganya, serta bukan pekerja dan anggota keluarganya yang membayar iuran secara mandiri.

Kepesertaan JKN pada Tahun 2024 masih didominasi oleh segmen PBI JK sebanyak 381.753 Jiwa atau 35.65% dari total peserta, berikut gambaran rincian kepesertaan :

Gambar 4.3 Capaian JKN berdasarkan Segmen Kepesertaan

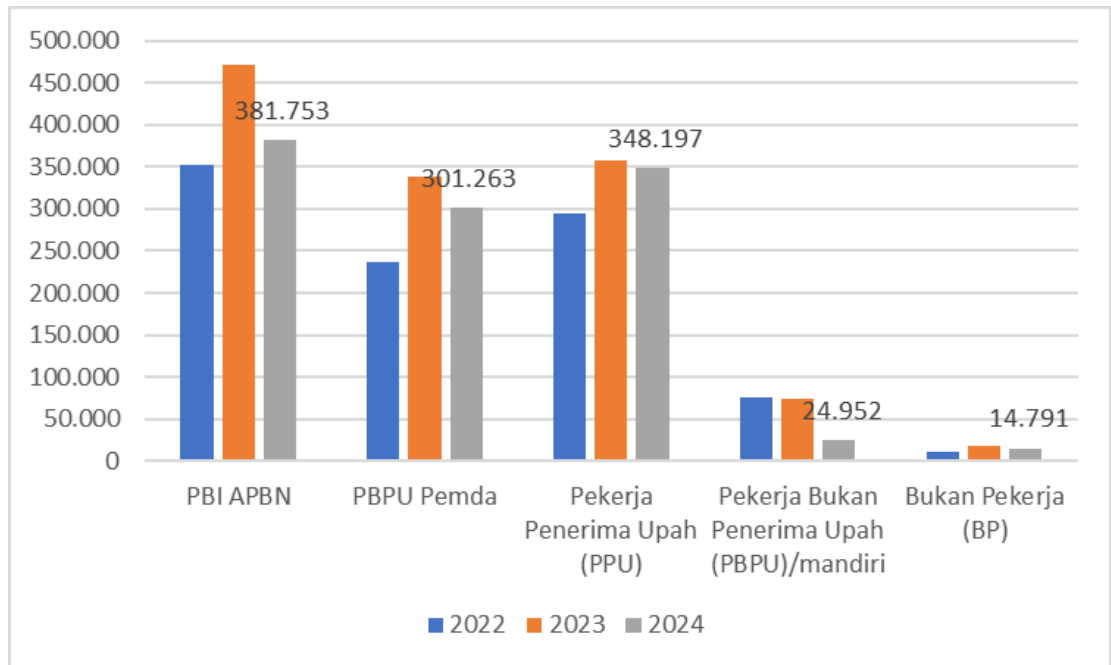


Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Pada akhir Tahun 2024, diperoleh data status kepemilikan masyarakat Maluku Utara dalam Program JKN dari Penerima Bantuan Iuran APBN (PBI JK) sebanyak 381.753 jiwa (35,65%), PBPU Pemda 301.263 jiwa (28,13%), Pekerja Penerima Upah (PPU) yaitu 348.197 jiwa (32,51%), Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) mandiri 24.952 jiwa (2,33%) serta Bukan Pekerja sebanyak 14.791 (1,38%). Yang dimaksud dengan Pekerja Penerima Upah (PPU) meliputi PPU PN yaitu ASN, TNI/POLRI sebanyak 177.601 jiwa, dan PPU BU yaitu pekerja di sektor formal baik BUMN/BUMD maupun swasta sebanyak 170.596 jiwa, sedangkan Bukan Pekerja terdiri dari BP PN yaitu Pensiunan ASN yaitu 14.599 jiwa dan BP Non ASN yaitu 192 jiwa.

Berkaitan dengan pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional, pada Tahun 2024 pemerintah provinsi telah mengalokasikan dana bersumber dari APBD sebanyak Rp. 44.652.361.400,-. Hingga dengan akhir Tahun 2024 realisasi anggaran untuk pembayaran kontribusi iuran PBI JK sebesar Rp. 35.934.152.800,-

Gambar 4. 4 Perkembangan Jenis Kepesertaan Jaminan Kesehatan Penduduk Di Provinsi Maluku Utara Tahun 2021-2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Perkembangan jenis kepesertaan Jaminan Kesehatan mengalami fluktuatif dari data tahun 2022-2024. PBI APBN mengalami penurunan di tahun 2024 yang di tahun sebelumnya sempat mengalami kenaikan, di PBI APBD juga mengalami penurunan disebabkan karena kemampuan daerah dalam membayar premi kepesertaan yang menjadi tanggungannya. Untuk kepesertaan PBPU mandiri mengalami penurunan karena sebagian peserta tidak memiliki kemampuan untuk membayar iuran sehingga dialihkan menjadi PBPU Pemda.

Pada akhir Desember 2024, terdapat 8 (tujuh) kabupaten/kota yang sudah mencapai UHC, yaitu :

Table 4. 1 Kabupaten/Kota UHC Di Provinsi Maluku Utara Per Desember 2024

No	Kabupaten /Kota	Jumlah Penduduk	Peserta JKN	Cakupan
1.	TERNATE	207.781	168.930	81,30%
2	TIDORE KEPULAUAN	120.605	96.729	80,20%
3	HALMAHERA TENGAH	99.647	92.057	92,38%

No	Kabupaten /Kota	Jumlah Penduduk	Peserta JKN	Cakupan
4	HALMAHERA BARAT	138.673	124.510	89,79%
5	HALMAHERA UTARA	204.419	143.902	70,40%
6	HALMAHERA TIMUR	99.224	85.831	86,50%
7	PULAU MOROTAI	81.860	76.233	93,13%
8	KEPULAUAN SULA	100.391	79.450	79,14

*Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024*

Masih terdapat 2 (dua) kabupaten/kota yang belum mencapai UHC di Maluku Utara yaitu Kabupaten Halmahera Selatan dan Pulau Taliabu. Berdasarkan roadmap dalam RPJMN diharapkan capaian UHC pada tahun 2024 sebesar 98% dari total penduduk namun karena keterbatasan anggaran di daerah sehingga target ini belum dapat tercapai secara maksimal. Untuk mencapai percepatan UHC baik di tahun 2025 dibutuhkan strategi tertentu baik dengan meningkatkan komunikasi, koordinasi, maupun kolaborasi dengan seluruh pemangku kepentingan, pembentukan sistem jaring pembiayaan yang efektif dan efisien. Oleh karena itu, upaya dari setiap pihak yang terkait dengan JKN haruslah berjalan secara sinergis.

Di sisi lain diharapkan dengan upaya meningkatkan jumlah kepesertaan masyarakat dalam JKN berkorelasi positif terhadap upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan di semua fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk aspek ketersediaan sarana prasarana di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) baik puskesmas, dokter praktik mandiri, dokter gigi swasta, klinik pratama dan juga Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) yang mencakup Rumah Sakit Umum maupun khusus dan juga klinik utama harus tersedia dalam jumlah yang cukup dan merata sehingga akses peserta/penduduk terhadap faskes lebih mudah dan terjangkau.

Demikian pula untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan maka ketersediaan tenaga medis dan paramedis serta tenaga penunjang

kesehatan yang lainnya harus dapat memenuhi standar yang telah ditentukan.

Tantangan dalam pelayanan kesehatan pada program Jaminan Kesehatan Nasional dapat bervariasi di berbagai wilayah, beberapa hal berikut merupakan temuan hasil monitoring JKN di beberapa kabupaten/kota.

### **1. Penguatan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama**

Fungsi FKTP sebagai gatekeeper untuk mengendalikan akses peserta ke tingkat perawatan kesehatan yang lebih tinggi tidak bisa hanya dilihat dari jumlah kunjungan saja, namun juga dilihat dari kualitas FKTP memberikan layanan kepada peserta. Kualitas layanan ini bisa dilihat dari ketersediaan sumber daya (tenaga medis dan non-medis yang berkualifikasi, peralatan medis, obat-obatan, dan fasilitas yang memadai), hingga kapasitas FKTP mampu memberikan pelayanan secara berkelanjutan pada tingkat ini. Selain pentingnya penguatan pada sisi mutu pelayanan, pengendalian biaya juga penting dilakukan sebagai upaya menjaga kesehatan keuangan pembiayaan JKN dengan memperkuat pelayanan di FKTP untuk menekan angka rujukan dari FKTP ke FKRTL.

Berdasarkan hasil Monitoring dan Evaluasi Program Jaminan Sosial Nasional oleh Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara di Provinsi Maluku Utara, terdapat beberapa tantangan diantaranya :

1. Kurang meratanya persebaran lokasi Fasilitas Kesehatan;
2. Keterbatasan Sarana dan Prasarana serta SDM Kesehatan;
3. Kondisi geografis yang menyebabkan terhambatnya proses kredensialing dan rekredensialing di fasilitas kesehatan.

Berdasarkan hal tersebut, Pemerintah daerah perlu memastikan pemerataan fasilitas kesehatan, pemenuhan sarana dan prasarana di FKTP, dan ketersediaan tenaga kesehatan di daerahnya berjalan dengan baik. Selain itu, pemerataan fasilitas kesehatan juga perlu masuk dalam indikator capaian kinerja, sehingga setiap daerah dan peserta JKN khususnya yang terdapat di daerah tertinggal, terluar dan terdepan (3T) juga dapat memperoleh kemudahan layanan kesehatan.

## 2. Penguatan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut

Berdasarkan Monitoring dan Evaluasi Program Jaminan Sosial Nasional Kesehatan di Provinsi Maluku Utara, terdapat beberapa tantangan pada FKRTL sebagai berikut :

1. Banyaknya FKRTL yang belum sesuai standar baik SDM maupun sarana dan prasarannya;
2. Perbedaan Klaim antara pihak Rumah Sakit dengan biaya yang dapat diklaim oleh BPJS Kesehatan;
3. Lamanya proses distribusi obat di luar Pulau Jawa;
4. Kosongnya obat di Rumah Sakit sehingga pasien harus membeli diluar;
5. Belum meratanya persebaran apotek PRB;

Berdasarkan hal tersebut, beberapa hal yang perlu menjadi perhatian pemangku kepentingan adalah sebagai berikut :

1. Pemerintah daerah perlu mendorong rumah sakit untuk melaksanakan amanat pada PP 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitian;
2. Pemerintah daerah perlu memastikan pemerataan fasilitas kesehatan, pemenuhan sarana dan prasarana rumah sakit, dan ketersediaan tenaga kesehatan di daerahnya berjalan dengan baik;
3. Peninjauan kembali tarif pelayanan di Rumah Sakit sehingga klaim yang dibayarkan tidak merugikan
4. Perlu adanya kebijakan untuk mengantisipasi keterlambatan penetapan harga obat dengan mengizinkan fasilitas kesehatan dapat membeli obat dengan harga lama sampai dengan penetapan harga obat baru berlaku dan tidak berlaku surut.
5. Perlu dibangun regional distribution untuk pengadaan obat oleh pengelola e-katalog guna memotong waktu pendistribusian, khususnya untuk daerah 3T (Tertinggal, Terdepan, Terluar).

Selain pentingnya penguatan pada sisi mutu pelayanan pada FKRTL, pengendalian biaya juga penting dilakukan sebagai upaya menjaga kesehatan keuangan Jaminan Kesehatan dengan memperkuat sinergisitas antara kebijakan KMKB (Kendali Mutu Kendali Biaya) dengan komponen kesehatan seperti tenaga kesehatan, standar pelayanan, pengaturan biaya dan efektifitas penggunaan sarana dan prasarana kesehatan yang ada di fasilitas kesehatan, serta pencegahan dan penanganan fraud.

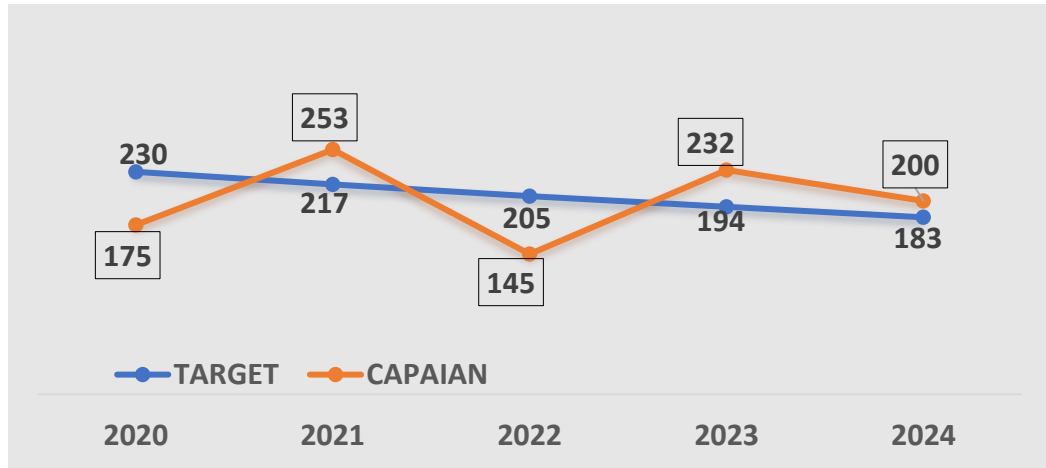


## **BAB V** **KESEHATAN KELUARGA**

### **A. KESEHATAN IBU**

Pencapaian AKI di Maluku Utara selama lima tahun sesuai target Rencana Strategis (RENSTRA) Dinas Kesehatan Maluku Utara Tahun 2020-2024 menunjukkan fluktuasi yang cukup signifikan yaitu pada tahun 2020 capaian AKI sebesar 175/ 100.000 KH lebih rendah dari target tahun 2020 (230/100.000kh) yang menunjukkan kinerja yang baik namun pada tahun 2021, terjadi kenaikan capaian AKI menjadi 253/ 100.000 KH melampaui target tahun 2021 (217/100.000 KH). Kondisi ini mengindikasikan adanya gangguan pelayanan kesehatan ibu, yang kemungkinan dipengaruhi oleh dampak pandemi COVID-19 terhadap akses layanan dan sistem rujukan. Pada tahun 2022 Capaian AKI menurun signifikan menjadi 145/ 100.000 KH, jauh lebih baik dari target tahun 2022 (205/ 100.000 KH). Hal ini menunjukkan adanya pemulihan layanan kesehatan ibu serta penguatan program KIA pasca pandemi. Selanjutnya pada tahun 2024, Capaian AKI kembali meningkat menjadi 232/100.000 KH, melampaui target tahun 2024 (194/100.000 KH), yang menandakan masih belum stabilnya upaya pengendalian kematian ibu, dan pada tahun 2024 Capaian AKI sebesar 200/100.000 KH, masih lebih tinggi dari target tahun 2024 (183/100.000 KH), namun menunjukkan penurunan jika dibanding tahun 2024.

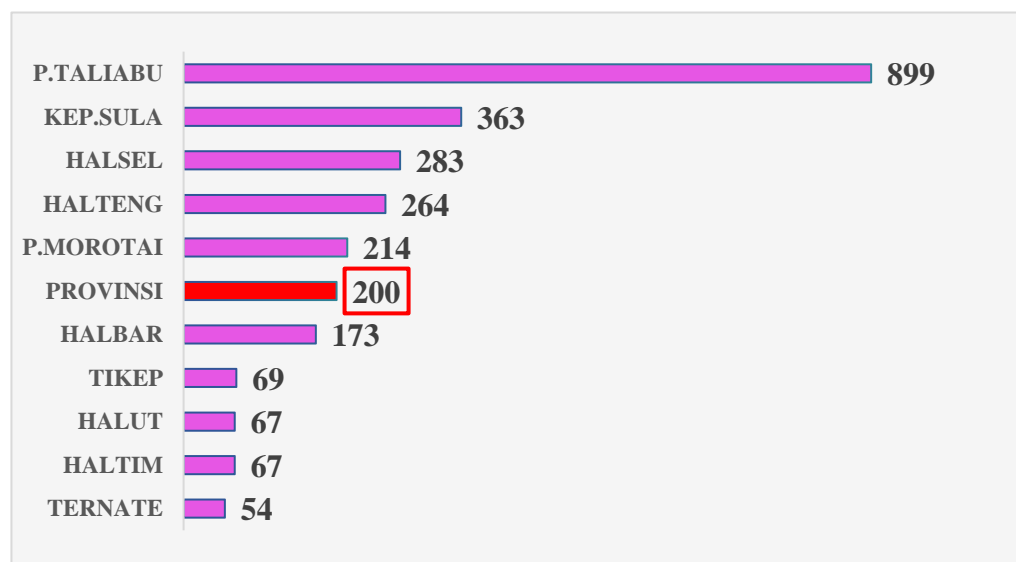
Gambar 5. 1 Angka Kematian Ibu (AKI) Per 100.000 Kelahiran Hidup Di Provinsi Maluku Utara Tahun 2020-2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Apabila dilihat dari jumlah kematian ibu yang terjadi, pada Tahun 2024 jumlah kematian ibu di Maluku Utara sebanyak 42 kematian. Dengan daerah tertinggi kematian ibu adalah Kabupaten Pulau Taliabu Sedangkan untuk penyebab kematian terbanyak adalah Perdarahan (31%), HDK (20%), Infeksi (11%), Kehamilan Muda (7%), Komplikasi Non Obstetrik (7%) dan komplikasi obstetrik lainnya (24%).

Gambar 5. 2 Angka Kematian Ibu (AKI Per 100.000 Kelahiran Hidup) per Kabupaten/Kota Di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

## 1. Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil

Pelayanan kesehatan ibu hamil merupakan bagian integral dari upaya peningkatan derajat kesehatan ibu dan anak. Pelayanan antenatal care (ANC) yang berkualitas dan berkesinambungan berperan penting dalam mendeteksi dini risiko kehamilan, mencegah komplikasi, serta menurunkan angka kematian ibu. Dalam rangka mendukung pencapaian tujuan pembangunan kesehatan dan peningkatan akuntabilitas kinerja pemerintah daerah, diperlukan gambaran menyeluruh mengenai capaian pelayanan kesehatan ibu hamil di Provinsi Maluku Utara. Profil ini disusun untuk memberikan informasi capaian indikator pelayanan kesehatan ibu hamil, khususnya kunjungan pemeriksaan kehamilan K4 dan K6 pada Tahun 2024.

Provinsi Maluku Utara memiliki karakteristik wilayah kepulauan dengan tantangan geografis yang beragam, mulai dari wilayah perkotaan hingga daerah terpencil dan pulau-pulau kecil. Kondisi ini berpengaruh terhadap akses dan pemerataan pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan kesehatan ibu hamil. Pelayanan kesehatan ibu hamil dilaksanakan melalui jejaring fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan lanjutan dengan dukungan tenaga kesehatan, khususnya bidan, dokter, serta kader kesehatan di masyarakat.

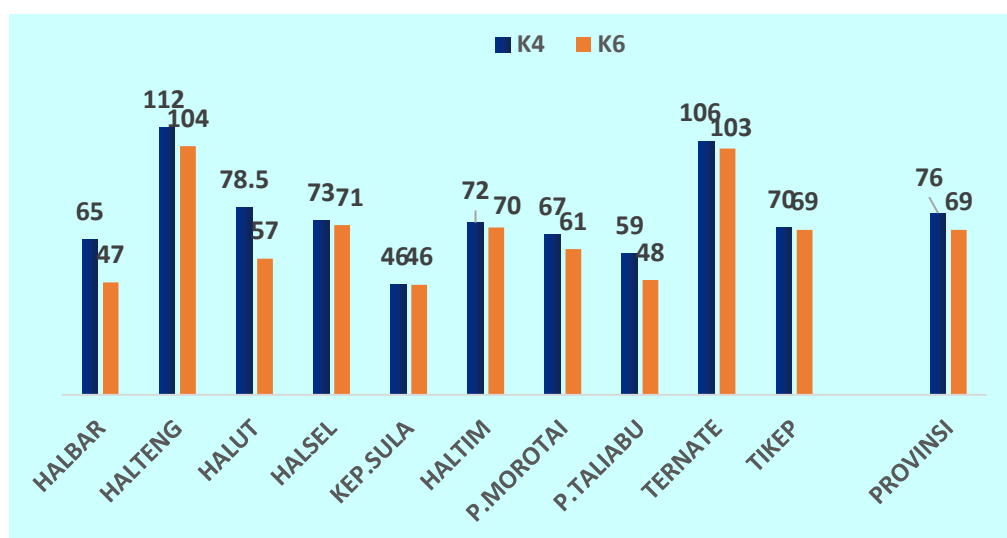
Kunjungan K4 adalah pelayanan kesehatan ibu hamil yang dilakukan minimal empat kali selama masa kehamilan sesuai standar pelayanan Kesehatan. Sedangkan kunjungan K6 merupakan pengembangan standar pelayanan *antenatal care* yang mencakup minimal enam kali pemeriksaan kehamilan, sebagai upaya peningkatan mutu dan kesinambungan pelayanan kesehatan ibu hamil.

Target pelayanan kesehatan ibu hamil di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024 ditetapkan sebesar 95% untuk indikator K4 dan K6 sesuai dengan standar pelayanan minimal dan arah kebijakan pembangunan kesehatan. Berdasarkan hasil pelaporan Tahun 2024, capaian pelayanan kesehatan ibu hamil di Provinsi Maluku Utara adalah sebagai berikut: - Cakupan K4 Provinsi: 76% - Cakupan K6 Provinsi: 69%. Apabila dibandingkan dengan target Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara tahun 2024 yaitu 95%, maka capaian tersebut

belum memenuhi target, baik pada indikator K4 maupun K6. Terdapat selisih sebesar 19% pada K4 dan 26% pada K6, yang menunjukkan masih perlunya penguatan upaya pelayanan kesehatan ibu hamil, khususnya dalam meningkatkan kesinambungan kunjungan *antenatal care* hingga persalinan.

Berikut adalah gambaran capaian kunjungan keempat (K4) 10 kabupaten/kota.

Gambar 5.3 Perkembangan Capaian K4 Dan K6 Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Dari Gambar tersebut di atas dapat dikatakan bahwa pada tahun 2024 hampir semua kabupaten/kota juga belum mencapai target 95%. Hal ini dapat dilihat Capaian K4 dan K6 antar kabupaten/kota menunjukkan variasi yang cukup signifikan terutama Kota Ternate dan Kabupaten Halmahera Tengah mencatat capaian sangat baik dengan nilai di atas 100%, bukan hanya mencerminkan akses pelayanan yang baik serta optimalisasi pelaksanaan program kesehatan ibu, namun kedua kabupaten kota tersebut juga memiliki akses mobilisasi masyarakat yang cukup tinggi sehingga melebihi target sasaran yang sudah di tentukan oleh pusdatin Kementerian Kesehatan. Hal ini berbeda dengan Kabupaten kota lain di Maluku Utara.

Grafik tersebut diatas terlihat Kabupaten Halmahera Selatan dan Halmahera Timur menunjukkan capaian cukup stabil dengan selisih kecil antara K4 dan K6. Sementara Kabupaten Halmahera Utara, Pulau

Morotai, Pulau Taliabu, dan Halmahera Barat masih menghadapi tantangan dalam mempertahankan kesinambungan kunjungan ibu hamil hingga K6. Begitu pula dengan Kabupaten Kepulauan Sula merupakan wilayah dengan capaian terendah baik pada indikator K4 maupun K6, sehingga memerlukan perhatian dan intervensi khusus.

Secara umum, capaian K4 lebih tinggi dibandingkan K6 di hampir seluruh kabupaten/kota. Hal ini menunjukkan bahwa akses awal pelayanan kehamilan relatif baik, namun kesinambungan pelayanan masih perlu ditingkatkan.

Beberapa faktor yang mempengaruhi capaian pelayanan kesehatan ibu hamil antara lain:

- 1) Kondisi geografis dan akses transportasi, khususnya di wilayah kepulauan. Akses ibu hamil ke fasilitas kesehatan masih terkendala geografis yang terdiri dari banyaknya pulau dan desa tertinggal
- 2) Ketersediaan dan distribusi tenaga kesehatan.
- 3) Meski dilakukan kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan, tidak semua terpenuhi karena keterbatasan Sumber Daya Manusia (SDM).
- 4) Tingkat kesadaran dan kepatuhan ibu hamil dalam melakukan pemeriksaan lanjutan. Cakupan Kunjungan Keempat (K4) dan K6 Ibu hamil dihitung selama hamil sampai melahirkan
- 5) Kualitas pencatatan dan pelaporan pelayanan kesehatan ibu hamil.
- 6) Penentuan sasaran ibu hamil dari Pusdatin lebih besar dari pada sasaran riil, namun sudah menjadi kesepakatan nasional sehingga sasaran tersebut yang di gunakan sebagai dasar acuan perhitungan cakupan pelayanan.

Kabupaten/kota yang di bawah rata-rata provinsi diharapkan agar meningkatkan pendataan dan pendampingan pada ibu hamil di wilayah kerjanya dengan melakukan kunjungan rumah dan disarankan untuk melakukan *Antenatal Care* (ANC) terpadu ke puskesmas agar penyakit penyerta pada ibu hamil dapat terdeteksi lebih awal dan dapat kontak dengan petugas pada trimester I supaya ibu hamil

mendapatkan pelayanan yang berkualitas (ANC terpadu) dan minimal 1 kali diperiksa oleh dokter.

Dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan ibu hamil, telah dilakukan berbagai upaya antara lain:

- a. Penguatan peran bidan dan kader kesehatan dalam pendampingan ibu hamil.
- b. Pelaksanaan pelayanan kesehatan keliling dan kunjungan rumah.
- c. Peningkatan edukasi kesehatan ibu dan keluarga.
- d. Penguatan monitoring dan evaluasi pelayanan KIA di tingkat kabupaten/kota.

## **2. Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin**

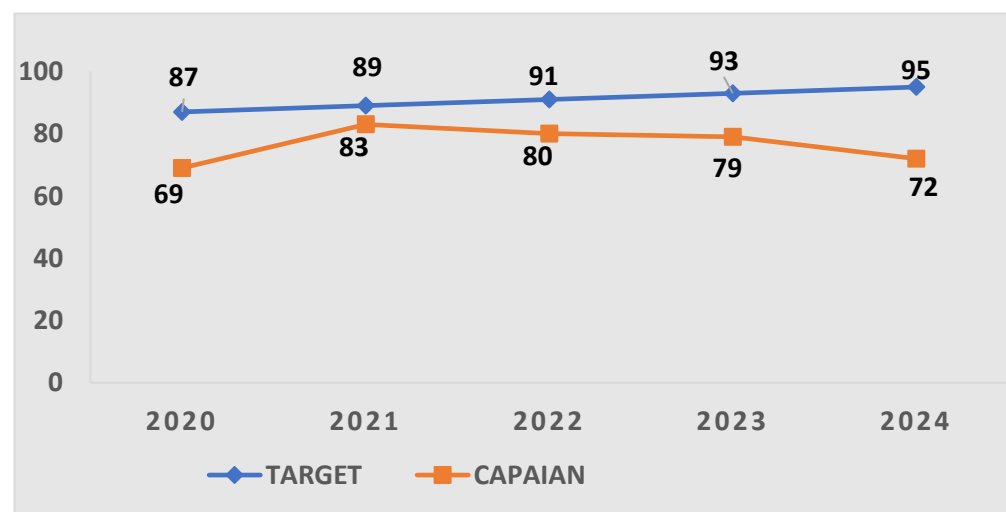
Pelayanan kesehatan ibu bersalin merupakan salah satu komponen utama dalam upaya penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan peningkatan keselamatan ibu dan bayi baru lahir. Persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan menjadi standar penting untuk mencegah komplikasi persalinan serta memastikan penanganan kegawatdaruratan maternal dan neonatal secara tepat waktu. Gambaran perkembangan pelayanan kesehatan ibu bersalin di Provinsi Maluku Utara selama periode Tahun 2020–2024, berdasarkan indikator pertolongan persalinan di fasilitas kesehatan dengan membandingkan antara target dan capaian Capaian pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan dan cakupan pertolongan persalinan oleh Tenaga Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan merupakan gambaran tingkat perlindungan dalam pelayanan kesehatan ibu Bersalin.

Provinsi Maluku Utara merupakan wilayah kepulauan dengan kondisi geografis yang beragam, terdiri dari wilayah perkotaan, perdesaan, dan pulau-pulau kecil. Karakteristik ini mempengaruhi akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, khususnya layanan persalinan yang aman dan berkualitas. Pelayanan kesehatan ibu bersalin dilaksanakan melalui rumah sakit, puskesmas rawat inap, puskesmas PONED, serta fasilitas pelayanan kesehatan lainnya yang

didukung oleh tenaga kesehatan terlatih, seperti dokter dan bidan. Indikator pelayanan kesehatan ibu bersalin yang digunakan sebagai indikator yaitu persentase persalinan di fasilitas kesehatan dibandingkan dengan seluruh persalinan yang terjadi dalam satu tahun.

Indikator ini menjadi salah satu indikator kinerja utama dalam program kesehatan ibu dan digunakan untuk menilai keberhasilan penyelenggaraan pelayanan persalinan yang aman. Tren persalinan di fasilitas Kesehatan provinsi Maluku Utara seperti terlihat pada gambar di bawah ini.

Gambar 5. 4 Tren Cakupan Pertolongan Persalinan Di Fasilitas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2020 – 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Dari Gambar 5.4 tersebut dapat terlihat Capaian menunjukkan fluktuasi dan belum mampu mengikuti peningkatan target yang ditetapkan. Capaian pelayanan kesehatan ibu bersalin di fasilitas kesehatan selama periode Tahun 2020–2024 adalah sebagai berikut : Tahun 2020 : 69% - Tahun 2021 : 83% - Tahun 2022 : 80% - Tahun 2023 : 79% - Tahun 2024 : 72%. Selama periode Tahun 2020–2024, capaian pelayanan kesehatan ibu bersalin di Provinsi Maluku Utara belum mencapai target pada seluruh tahun pelaporan. Capaian tertinggi terjadi pada Tahun 2021 sebesar 83%, namun selanjutnya mengalami penurunan hingga mencapai 72% pada Tahun 2024. Kesenjangan antara target dan capaian semakin besar seiring peningkatan target

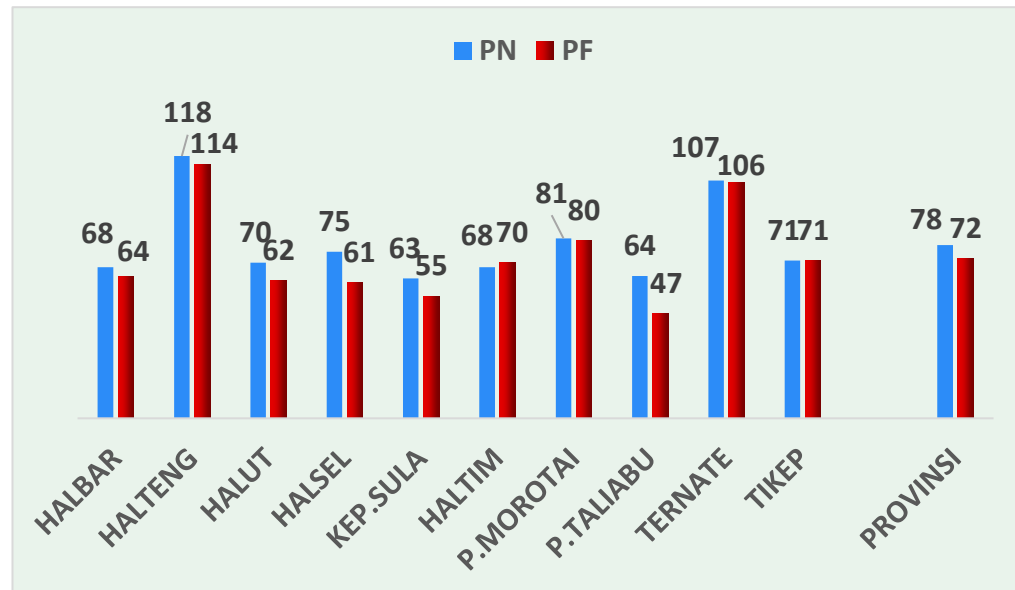
setiap tahunnya. Pada Tahun 2024, terdapat selisih sebesar 23% antara target 95% dan capaian 72%. Kondisi ini menunjukkan perlunya penguatan upaya pelayanan kesehatan ibu bersalin, khususnya dalam meningkatkan pemanfaatan fasilitas kesehatan oleh masyarakat.

Beberapa faktor yang mempengaruhi capaian pelayanan kesehatan ibu bersalin antara lain:

- a. Keterbatasan akses geografis dan transportasi di wilayah kepulauan dan terpencil.
- b. Ketersediaan fasilitas kesehatan yang mampu memberikan pelayanan persalinan 24 jam.
- c. Faktor sosial budaya dan preferensi masyarakat terhadap persalinan di luar fasilitas kesehatan.
- d. Kesiapan tenaga kesehatan dan sistem rujukan maternal.
- e. Faktor eksternal yang mempengaruhi pemanfaatan layanan kesehatan

Berdasarkan data Tahun 2024, capaian pertolongan persalinan di Provinsi Maluku Utara sesuai indicator kinerja program yaitu Persalinan oleh Tenaga Kesehatan (PN) : 78% dan Persalinan di Fasilitas Kesehatan (PF) : 72%. dengan target 95%, maka PN masih memiliki selisih 17% dari target sedangkan PF masih memiliki selisih 23% dari target. Hal ini menunjukkan bahwa capaian pelayanan persalinan di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024 belum memenuhi target yang ditetapkan, khususnya pada indikator persalinan di fasilitas kesehatan. Berikut gambaran indicator persentase persalinan di fasilitas Kesehatan dengan persalinan di tolong oleh tenaga Kesehatan di kabupaten kota tahun 2024 sebagai berikut :

Gambar 5. 5 Cakupan Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan (PN) dan Persalinan Di Fasilitas Kesehatan (PF) Per Kabupaten/Kota Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Gambar 5.5 menjelaskan perbandingan capaian PN dan PF antar kabupaten/kota menunjukkan variasi yang cukup signifikan. Kota Ternate dan Kabupaten Halmahera Tengah mencatat capaian sangat tinggi, dengan nilai PN dan PF melebihi target 95%. Kondisi ini mencerminkan akses pelayanan yang baik dan pemanfaatan fasilitas kesehatan yang optimal. Sementara Kabupaten Pulau Morotai dan Halmahera Timur menunjukkan capaian PN dan PF yang relatif seimbang, namun sebagian masih berada di bawah target. Sedangkan Kabupaten Halmahera Barat, Halmahera Utara, Halmahera Selatan, Kepulauan Sula, dan Pulau Taliabu menunjukkan capaian PN dan PF rendah, terutama pada indikator PF, sehingga memerlukan intervensi prioritas.

Secara umum, capaian persalinan oleh tenaga kesehatan (PN) lebih tinggi dibandingkan persalinan di fasilitas kesehatan (PF). Hal ini menunjukkan bahwa masih terdapat persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan namun belum dilaksanakan di fasilitas kesehatan. Selisih PN dan PF di hampir seluruh kabupaten/kota mengindikasikan adanya kendala akses, preferensi masyarakat, dan keterbatasan

fasilitas kesehatan yang mampu memberikan pelayanan persalinan secara optimal.

Beberapa permasalahan utama yang mempengaruhi capaian pertolongan persalinan antara lain:

- a. Kondisi geografis kepulauan dan keterbatasan sarana transportasi rujukan.
- b. Belum meratanya fasilitas kesehatan dengan layanan persalinan 24 jam.
- c. Faktor sosial budaya dan kebiasaan persalinan di luar fasilitas kesehatan.
- d. Keterbatasan sarana pendukung dan tenaga kesehatan di wilayah terpencil.

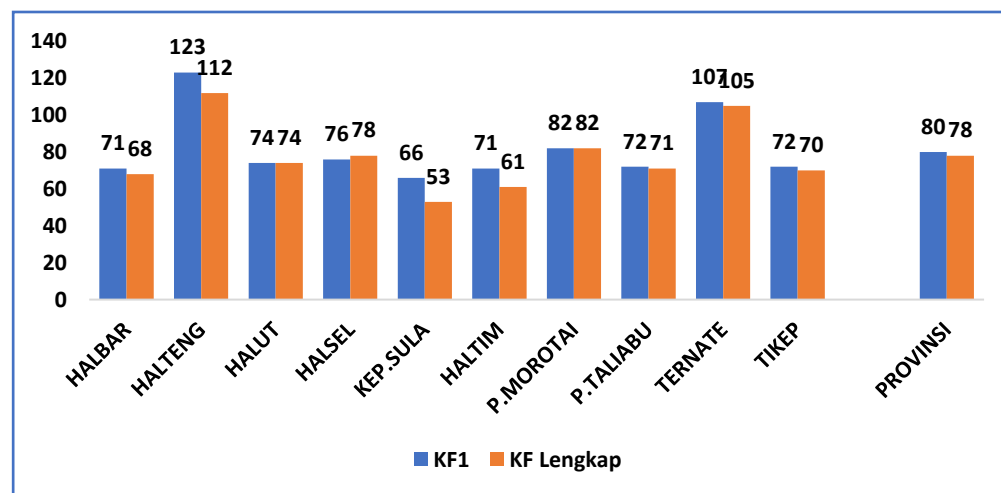
### **3. Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas**

Pelayanan kesehatan ibu nifas merupakan bagian penting dari upaya penurunan Angka Kematian Ibu (AKI). Masa nifas merupakan periode rawan terjadinya komplikasi pascapersalinan seperti perdarahan, infeksi, dan gangguan kesehatan lainnya. Oleh karena itu, kunjungan nifas secara berkesinambungan, baik kunjungan nifas pertama (KF1) maupun kunjungan nifas lengkap, menjadi indikator penting dalam menilai kinerja pelayanan kesehatan ibu. Profil ini menyajikan gambaran capaian Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024 dengan target provinsi sebesar 90%. Melalui analisis perbandingan antara capaian kunjungan nifas pertama (KF1) dan kunjungan nifas lengkap, baik di tingkat provinsi maupun kabupaten/kota.

Pada Tahun 2024, capaian Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas di Provinsi Maluku Utara adalah sebagai berikut: - KF1 Provinsi : 80% - KF Lengkap Provinsi : 78% dibandingkan dengan target 90%, capaian KF1 masih terdapat gap sebesar 10%, sedangkan KF Lengkap terdapat gap sebesar 12%. Hal ini menunjukkan bahwa secara agregat, kinerja

pelayanan kesehatan ibu nifas di Provinsi Maluku Utara belum mencapai target yang ditetapkan, khususnya dalam menjamin keberlanjutan kunjungan nifas hingga lengkap. Berikut Gambar capaian persentase kunjungan Nifas pertama (KF1) dan Kunjungan Nifas Lengkap (KFL) Provinsi Maluku Utara.

Gambar 5. 6 Persentase Kunjungan Ibu Nifas pertama (KF1) dan Kunjungan Nifas Lengkap (KFL) Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Berdasarkan data kabupaten/kota, capaian Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas menunjukkan variasi sebagai berikut:

- Kabupaten/Kota dengan capaian melampaui target ( $\geq 90\%$ ) yaitu Kabupaten Halmahera Tengah: KF1 123%, KF Lengkap 112% dan Kota Ternate: KF1 107%, KF Lengkap 105%. Capaian ini menunjukkan kinerja pelayanan nifas yang sangat baik, serta mengindikasikan optimalnya akses layanan dan sistem pencatatan, termasuk kemungkinan pelayanan lintas wilayah.
- Kabupaten/Kota dengan capaian mendekati target (80–89%) yaitu Kabupaten Pulau Morotai: KF1 82%, KF Lengkap 82%. Wilayah ini menunjukkan kesinambungan pelayanan yang cukup baik, namun masih memerlukan penguatan untuk mencapai target 90%.
- Kabupaten/Kota dengan capaian di bawah target ( $< 80\%$ ) yaitu Halmahera Barat: KF1 71%, KF Lengkap 68%, Halmahera

Utara: KF1 74%, KF Lengkap 74%, Halmahera Selatan: KF1 76%, KF Lengkap 78%, Kepulauan Sula: KF1 66%, KF Lengkap 53%, Halmahera Timur: KF1 71%, KF Lengkap 61%, Pulau Taliabu: KF1 72%, KF Lengkap 71%, dan Tidore Kepulauan: KF1 72%, KF Lengkap 70%. Wilayah-wilayah ini memerlukan perhatian dan intervensi lebih lanjut karena masih terdapat gap yang cukup besar terhadap target 90%, terutama pada indikator KF Lengkap.

Perbandingan capaian KF1 dan KF Lengkap menunjukkan bahwa: pertama; secara umum, capaian KF Lengkap lebih rendah dibandingkan KF1, yang menandakan belum optimalnya kesinambungan pelayanan nifas. Kedua selisih capaian paling besar terjadi di Kabupaten Kepulauan Sula dan Halmahera Timur, yang mengindikasikan adanya kendala dalam keberlanjutan kunjungan nifas lanjutan. Dan yang ketiga; Kabupaten/Kota dengan capaian tinggi cenderung memiliki sistem pemantauan ibu nifas yang lebih baik dan akses layanan yang lebih memadai.

Beberapa permasalahan yang mempengaruhi pencapaian target Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas antara lain:

- 1) Kondisi geografis kepulauan yang mempengaruhi akses ibu nifas ke fasilitas pelayanan kesehatan.
- 2) Keterbatasan tenaga kesehatan dan sarana transportasi di wilayah terpencil.
- 3) Rendahnya pemahaman ibu dan keluarga mengenai pentingnya kunjungan nifas lengkap.
- 4) Belum optimalnya sistem pencatatan, pelaporan, dan penelusuran ibu nifas pascapersalinan.

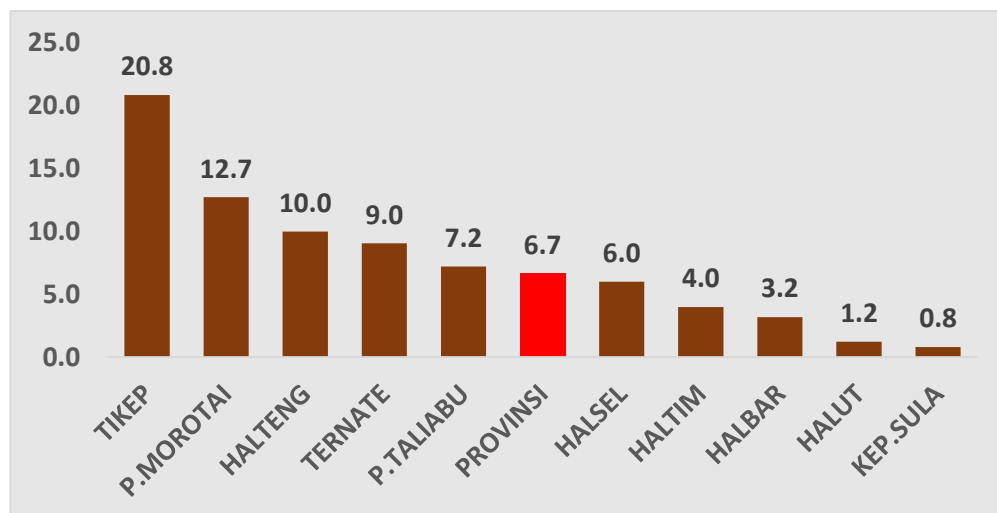
#### **4. Pelayanan Komplikasi Kebidanan**

Pelayanan komplikasi kebidanan merupakan komponen krusial dalam upaya penurunan Angka Kematian Ibu (AKI). Komplikasi

kebidanan dapat terjadi pada masa kehamilan, persalinan, maupun nifas dan membutuhkan penanganan cepat, tepat, serta sesuai standar di fasilitas pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, cakupan pelayanan komplikasi kebidanan menjadi indikator penting dalam menilai kapasitas sistem kesehatan dalam menangani kasus obstetri berisiko. Profil ini menyajikan gambaran capaian Pelayanan Komplikasi Kebidanan di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024 berdasarkan data kabupaten/kota, sebagai bahan evaluasi kinerja dan perencanaan peningkatan mutu pelayanan kesehatan ibu

Pelayanan komplikasi kebidanan adalah persentase ibu dengan komplikasi kebidanan yang mendapatkan penanganan sesuai standar oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Indikator ini mencerminkan kemampuan sistem rujukan, kesiapan fasilitas kesehatan, serta respons tenaga kesehatan dalam menangani kasus obstetri komplikatif. Berikut gambaran pelayanan komplikasi kebidanan terlihat pada gambar di bawah ini.

Gambar 5. 7 Persentase Penanganan komplikasi kebidanan di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Pada Tahun 2024, capaian Pelayanan Komplikasi Kebidanan di Provinsi Maluku Utara tercatat sebesar 6,7%. Capaian ini menunjukkan bahwa masih terdapat keterbatasan dalam penemuan dan penanganan kasus komplikasi kebidanan secara optimal di tingkat provinsi. Sedangkan untuk Capaian Pelayanan Komplikasi Kebidanan antar

kabupaten/kota menunjukkan variasi yang cukup signifikan, antarlain Kota Tidore Kepulauan mencatat capaian tertinggi sebesar 20,8%, menunjukkan relatif baiknya penemuan dan penanganan kasus komplikasi kebidanan dibandingkan wilayah lain. Di susul oleh Kabupaten Pulau Morotai dan Kabupaten Halmahera Tengah masing-masing mencapai 12,7% dan 10,0%, mencerminkan kinerja pelayanan yang cukup baik. Selanjutnya Kota Ternate mencapai capaian 9,0%, mendekati rata-rata provinsi, Kabupaten Pulau Taliabu mencapai 7,2%, sedikit di atas capaian provinsi. Kabupaten Halmahera Selatan (6,0%) dan Halmahera Timur (4,0%) masih berada di bawah rata-rata provinsi. Dan paling rendah yaitu Kabupaten Halmahera Barat, Halmahera Utara, dan Kepulauan Sula menunjukkan capaian rendah masing-masing sebesar 3,2%, 1,2%, dan 0,8%, yang mengindikasikan perlunya perhatian dan intervensi lebih intensif.

Capaian Pelayanan Komplikasi Kebidanan yang rendah di sebagian besar kabupaten/kota belum tentu berarti baik namun dapat dipengaruhi oleh kemungkinan beberapa faktor, antara lain: 1. Keterbatasan deteksi dini komplikasi kebidanan di tingkat pelayanan dasar. 2. Belum optimalnya sistem rujukan obstetri dan neonatal emergensi, khususnya di wilayah kepulauan. 3. Keterbatasan sumber daya manusia terlatih dan sarana pendukung pelayanan kegawatdaruratan obstetri. 4. Masih rendahnya pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan untuk kasus komplikasi kebidanan. Selain itu ada permasalahan seperti : kondisi geografis kepulauan yang menyulitkan akses rujukan cepat, kesenjangan kapasitas fasilitas kesehatan antar wilayah, keterbatasan logistik dan peralatan penunjang pelayanan obstetri emergensi, sistem pencatatan dan pelaporan kasus komplikasi kebidanan yang belum optimal.

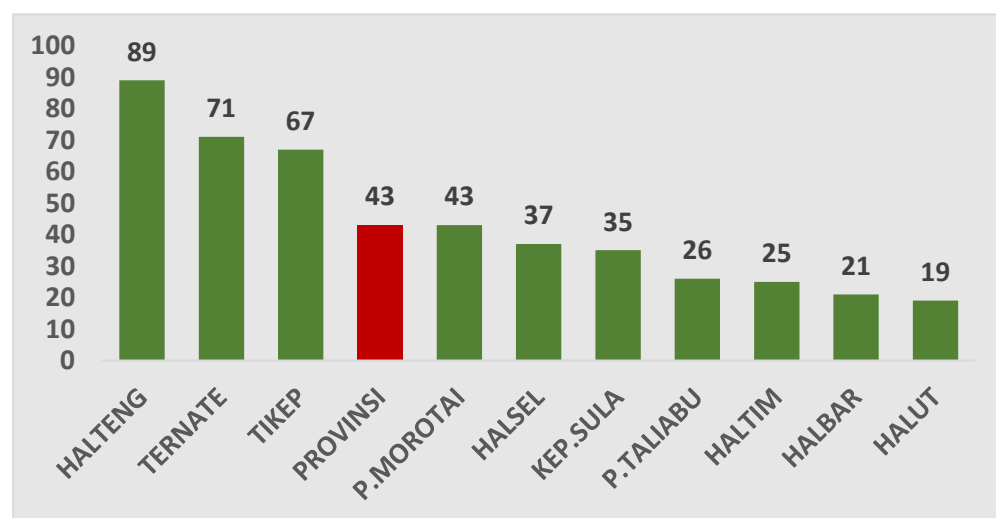
## **5. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Calon Pengantin**

Pelayanan Kesehatan Reproduksi Calon Pengantin (Catin) merupakan upaya promotif dan preventif yang strategis dalam mempersiapkan kesehatan reproduksi sebelum kehamilan. Pelayanan ini bertujuan untuk mendeteksi dini faktor risiko kesehatan, mencegah

penyakit menular dan tidak menular, serta meningkatkan kesiapan calon ibu dan calon ayah dalam membangun keluarga sehat. Capaian pelayanan kesehatan reproduksi calon pengantin berkontribusi langsung terhadap penurunan Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB), serta pencegahan stunting. Profil ini menyajikan gambaran capaian Pelayanan Kesehatan Reproduksi Calon Pengantin Provinsi Maluku Utara Tahun 2024 dengan target capaian sebesar 90%.

Pelayanan Kesehatan Reproduksi Calon Pengantin adalah persentase calon pengantin yang mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi sesuai standar, meliputi pemeriksaan kesehatan, skrining faktor risiko, konseling kesehatan reproduksi, serta edukasi kesiapan kehamilan. Indikator ini mencerminkan efektivitas integrasi pelayanan kesehatan dengan proses pencatatan pernikahan serta koordinasi lintas sektor antara sektor kesehatan, Kantor Urusan Agama (KUA), dan pemerintah daerah. Capaian presentase pelayanan Kesehatan reproduksi cantin di Provinsi Maluku Utara dapat di gambarkan sebagai berikut .

Gambar 5. 8 Persentase Pelayanan Kesehatan Reproduksi Calon Pengantin di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Pada Tahun 2024, capaian Pelayanan Kesehatan Reproduksi Calon Pengantin di Provinsi Maluku Utara tercatat sebesar 43%. Jika dibandingkan dengan target 90%, masih terdapat gap sebesar 47%.

Hal ini menunjukkan bahwa capaian pelayanan kesehatan reproduksi calon pengantin secara provinsi masih jauh dari target yang ditetapkan dan memerlukan percepatan pelaksanaan program. Capaian pelayanan kesehatan reproduksi calon pengantin antar kabupaten/kota menunjukkan kesenjangan yang cukup besar, sebagai berikut:

- a. Kabupaten/Kota dengan capaian mendekati target ( $\geq 80\%$ ) Kabupaten Halmahera Tengah: 89%, Kabupaten ini hampir mencapai target 90%, menunjukkan implementasi program yang relatif optimal.
- b. Kabupaten/Kota dengan capaian menengah (60–79%) Kota Ternate: 71%, Kota Tidore Kepulauan: 67%, Wilayah ini menunjukkan pemanfaatan layanan yang cukup baik, namun masih memerlukan penguatan untuk mencapai target.
- c. Kabupaten/Kota dengan capaian rendah ( $< 60\%$ ); Pulau Morotai: 43%, Halmahera Selatan: 37%, Kepulauan Sula: 35%, Pulau Taliabu: 26%, Halmahera Timur: 25%, Halmahera Barat: 21%, dan Halmahera Utara: 19%. Kabupaten/kota dalam kelompok ini memerlukan perhatian dan intervensi prioritas karena memiliki gap yang besar terhadap target 90%.

Analisis capaian menunjukkan bahwa: 1). Tidak ada kabupaten/kota yang telah mencapai target 90%. 2). Capaian provinsi masih di bawah 50%, mencerminkan belum optimalnya implementasi pelayanan kesehatan reproduksi calon pengantin secara menyeluruh. 3). Wilayah dengan capaian rendah umumnya memiliki keterbatasan akses layanan, koordinasi lintas sektor yang belum optimal, serta rendahnya kesadaran calon pengantin terhadap pentingnya pemeriksaan kesehatan pranikah. Selain itu ada beberapa permasalahan terkait pelayanan Kesehatan reproduksi calon pengantin antara lain :

- a. Belum optimalnya integrasi pelayanan kesehatan calon pengantin dengan proses administrasi pernikahan.
- b. Keterbatasan sosialisasi dan edukasi kepada calon pengantin mengenai pentingnya pemeriksaan kesehatan pranikah.

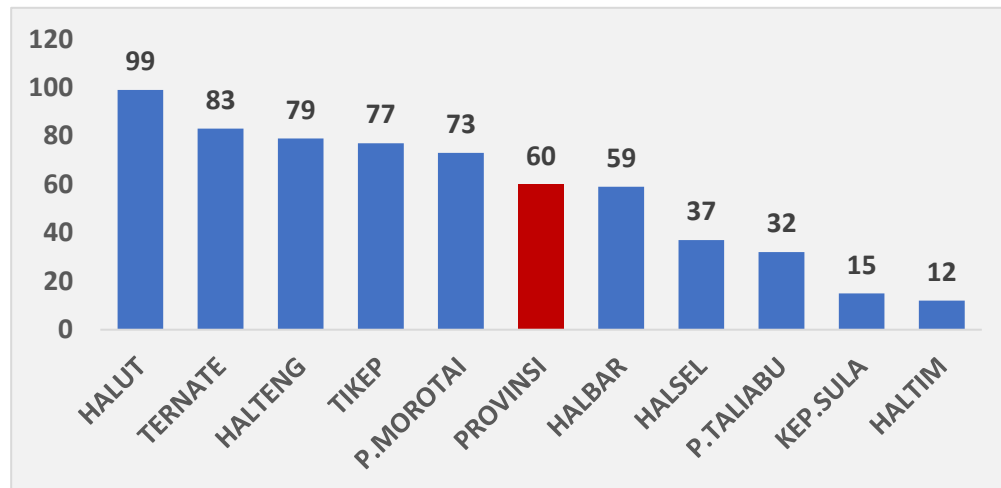
- c. Akses layanan kesehatan yang terbatas di wilayah kepulauan dan daerah terpencil.
- d. Keterbatasan sumber daya dan dukungan lintas sektor dalam pelaksanaan program.
- e. Sistem pencatatan dan pelaporan yang belum sepenuhnya optimal.

## 6. Pelayanan Keluarga Berencana (KB)

Pelayanan Keluarga Berencana (KB) merupakan salah satu upaya strategis dalam pengendalian pertumbuhan penduduk serta peningkatan kualitas kesehatan ibu dan anak. Pelayanan KB berperan penting dalam menurunkan risiko kehamilan yang tidak direncanakan, kehamilan berisiko tinggi, serta berkontribusi terhadap penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Profil ini menyajikan gambaran capaian Pelayanan Keluarga Berencana di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024 dengan target capaian sebesar **90%**, sebagai bahan evaluasi kinerja dan dasar perumusan kebijakan peningkatan pelayanan kesehatan masyarakat.

Pelayanan Keluarga Berencana adalah persentase Pasangan Usia Subur (PUS) yang mendapatkan pelayanan KB sesuai standar, baik metode kontrasepsi jangka pendek maupun jangka panjang, melalui fasilitas pelayanan kesehatan dan jejaring pelayanan KB. Indikator ini mencerminkan akses, pemanfaatan, serta keberlanjutan pelayanan KB di masyarakat. Adapun gambaran cakupan pelayanan KB Aktif dapat dilihat pada gambar berikut:

Gambar 5. 9 Persentase Pelayanan Keluarga Berencana (KB) di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Pada Tahun 2024, capaian Pelayanan Keluarga Berencana di Provinsi Maluku Utara tercatat sebesar **60%**. Jika dibandingkan dengan target **90%**, masih terdapat gap sebesar **30%**, yang menunjukkan bahwa capaian pelayanan KB secara provinsi belum memenuhi target yang ditetapkan. Capaian Pelayanan Keluarga Berencana antar kabupaten/kota menunjukkan variasi yang cukup signifikan, sebagai berikut:

Kabupaten/Kota dengan capaian melampaui target ( $\geq 90\%$ ) ; Kabupaten Halmahera Utara: 99%. Kabupaten ini telah melampaui target 90% dan dapat menjadi praktik baik (best practice) dalam pelaksanaan pelayanan KB. Kabupaten/Kota dengan capaian menengah (70–89%) ; Kota Ternate: 83%, Kabupaten Halmahera Tengah: 79%, Kota Tidore Kepulauan: 77%, dan Kabupaten Pulau Morotai: 73%. Wilayah-wilayah ini menunjukkan capaian yang cukup baik, namun masih memerlukan penguatan untuk mencapai target 90%. Sedangkan Kabupaten/Kota dengan capaian rendah ( $< 70\%$ ) ; Kabupaten Halmahera Barat: 59%, Kabupaten Halmahera Selatan: 37%, Kabupaten Pulau Taliabu: 32%, Kabupaten Kepulauan Sula: 15%, Kabupaten Halmahera Timur: 12%. Kabupaten/kota dalam kelompok ini memerlukan perhatian dan intervensi prioritas karena memiliki gap yang besar terhadap target 90%.

## 7. Pelayanan Imunisasi Tetanus Difteri bagi Wanita Usia Subur (WUS)

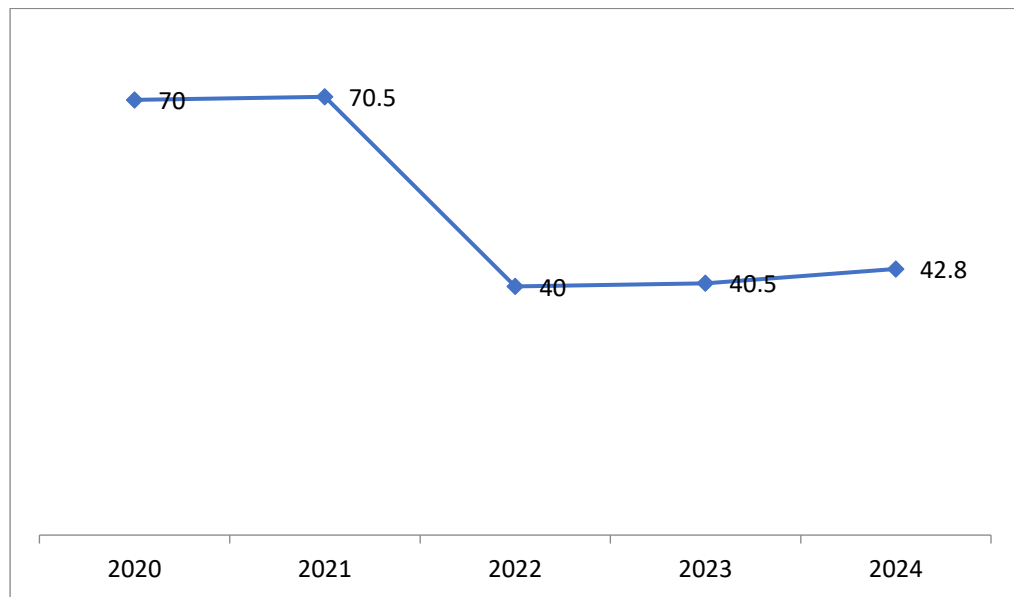
Imunisasi Td+ pada Ibu hamil bertujuan melindungi ibu hamil dan bayi yang dilahirkan terhadap penyakit tetanus. Tetanus neonatorum: terjadi pada neonatus (bayi usia <28 hari). Tetanus maternal: terjadi pada kehamilan dan dalam 6 minggu setelah melahirkan. Infeksi tetanus ini tidak menimbulkan kekebalan alamiah. Kekebalan terhadap tetanus hanya diperoleh melalui kekebalan buatan. Secara pasif dengan suntikan anti tetanus serum dan secara aktif melalui pemberian imunisasi dengan vaksin yang mengandung tetanus toxoid.

Hal ini tidak akan terjadi jika ibu hamil telah mempunyai kekebalan terhadap imunisasi tetanus dengan status T mulai dari T2 sampai dengan T5.

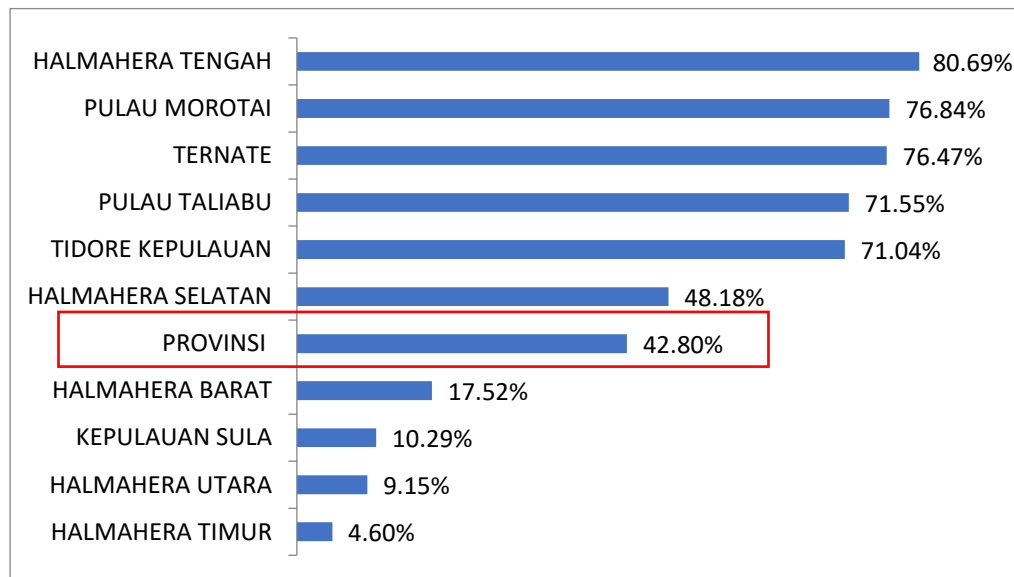
Target minimal terbentuknya kekebalan kelompok terhadap imunisasi tetanus difteri pada ibu hamil pada Tahun 2024 adalah minimal 90 %.

Pencapaian indikator imunisasi T2+ Ibu hamil provinsi Maluku Utara yaitu sebesar (42,80%), belum mencapai target. Capaian tahun 2024 ini turun dimana pelayanan tetap diberikan namun catatan dan pelaporan dengan menggunakan aplikasi ASIK tidak maksimal

Gambar 5.10 Trand pencapaian imunisasi Td pada ibu hamil dari tahun 2020 – 2024 :



Gambar 5. 11 Persentase Wanita Usia Subur Yang Memiliki Status Imunisasi T2+ Per Kabupaten Kota Di Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Pencapaian tertinggi oleh Kabupaten Halmahera Tengah sebesar (80,69%) sedangkan pencapaian terendah ada pada Kabupaten Halmahera Timur sebesar (4,60%). Pencapaian imunisasi T2 + ibu hamil rendah karena persepsi bahwa yang dilaporkan hanya jika memberikan imunisasi Td. Jika tidak melakukan imunisasi Td dan hanya melakukan screening pada ibu hamil saat Kunjungan K1 maka tidak dilaporkan. Upaya yang dilakukan adalah sosialisasi tata cara skrining status

imunisasi Td serta tata cara mencatat dan melaporkan capaian screening dan pemberian Imunisasi Td ibu hamil.

## **8. Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) pada Ibu Hamil**

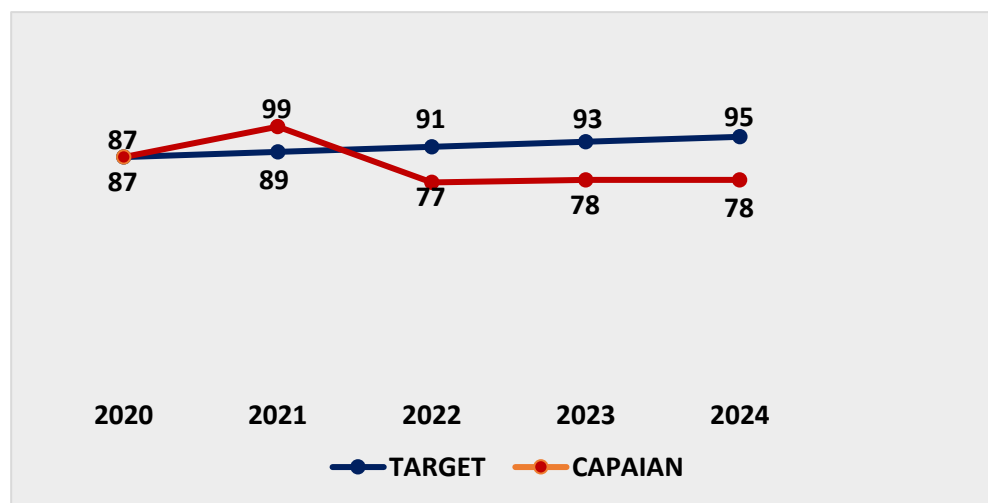
Pelayanan Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) pada ibu hamil merupakan salah satu intervensi gizi spesifik yang bertujuan mencegah anemia kehamilan serta menurunkan risiko komplikasi ibu dan bayi. Indikator ini menjadi bagian penting dalam upaya peningkatan derajat kesehatan ibu dan pencapaian target nasional kesehatan ibu hamil. Target cakupan pelayanan TTD pada ibu hamil di Provinsi Maluku Utara ditetapkan meningkat secara bertahap setiap tahun yaitu 95% pada tahun 2024.

Pelayanan Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) pada ibu hamil memiliki keterkaitan erat dengan cakupan kunjungan antenatal care serta kejadian anemia pada ibu hamil. Ketiga indikator ini membentuk satu rantai pelayanan kesehatan ibu yang saling memengaruhi dan menentukan kualitas outcome kehamilan. Cakupan K4 dan K6 mencerminkan akses dan kontinuitas ibu hamil terhadap pelayanan kesehatan. Semakin tinggi cakupan K4/K6, semakin besar peluang ibu hamil memperoleh pelayanan esensial, termasuk pemeriksaan status gizi, skrining anemia, serta distribusi dan edukasi konsumsi TTD. Sebaliknya, cakupan K4/K6 yang belum optimal akan berdampak langsung pada rendahnya intensitas pemberian dan pemantauan konsumsi TTD.

Berdasarkan capaian di Provinsi Maluku Utara, meskipun cakupan pelayanan ibu hamil pada K4 dan K6 relatif terjaga, capaian Pemberian TTD belum sepenuhnya sejalan dengan target yang ditetapkan. Hal ini mengindikasikan bahwa keberhasilan akses pelayanan ANC (kunjungan ibu hamil) belum sepenuhnya diikuti dengan efektivitas intervensi gizi spesifik, khususnya kepatuhan konsumsi TTD oleh ibu hamil. Kondisi tersebut berimplikasi terhadap kejadian anemia pada ibu hamil. Anemia kehamilan umumnya dipengaruhi oleh rendahnya asupan zat besi, ketidakpatuhan konsumsi

TTD, serta keterlambatan deteksi dan tindak lanjut. Dengan capaian TTD yang belum optimal dan fluktuatif, risiko anemia ibu hamil cenderung tetap tinggi, meskipun kontak pelayanan ANC telah dilakukan. Capaian pemberian TTD bagi ibu hamil di Provinsi Maluku Utara dapat terlihat pada gambar berikut ini.

Gambar 5. 12 Tren Capaian Pemberian Table Tambah Darah (TTD) Pada Ibu Hamil Provinsi Maluku Utara Tahun 2020-2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Tren Target menunjukkan peningkatan konsisten dari 87% (2020) menjadi 95% (2024), mencerminkan komitmen pemerintah daerah dalam memperkuat pelayanan kesehatan ibu hamil. Sementara tren Capaian mengalami fluktuasi yaitu pada Tahun 2020, capaian sesuai dengan target (87%), pada Tahun 2021, capaian melampaui target secara signifikan (99%), menunjukkan kinerja optimal program, namun dari Tahun 2022–2024, capaian mengalami penurunan dan stagnasi pada kisaran 77–78%, sehingga terjadi kesenjangan yang semakin lebar terhadap target.

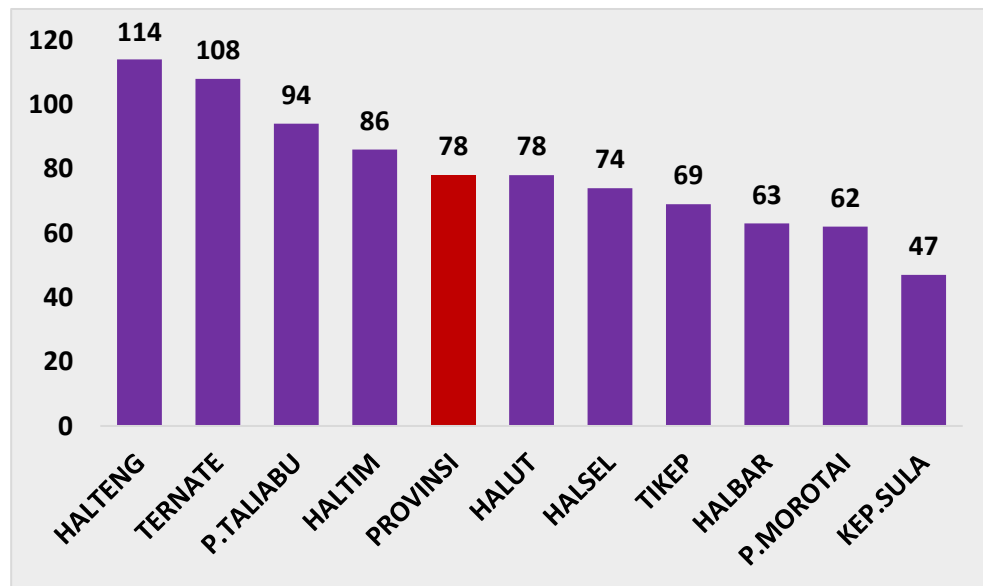
Pada tahun 2024, selisih antara target dan capaian mencapai 17 poin persentase, yang menunjukkan tantangan serius dalam keberlanjutan dan kualitas pelaksanaan program. Pada tahun 2024, capaian Pemberian TTD pada ibu hamil di Provinsi Maluku Utara sebesar 78%, masih berada di bawah target 95% yang telah ditetapkan.

Beberapa faktor yang diduga berkontribusi terhadap belum tercapainya target antara lain:

- a. Kepatuhan konsumsi TTD ibu hamil yang masih rendah, meskipun distribusi telah dilakukan.
- b. Keterbatasan edukasi dan konseling gizi terkait manfaat dan cara konsumsi TTD yang benar.
- c. Distribusi TTD yang belum merata, terutama di wilayah kepulauan dan daerah sulit akses.
- d. Pemantauan dan pencatatan konsumsi TTD yang belum optimal di fasilitas pelayanan kesehatan.
- e. Dampak lanjutan pascapandemi terhadap intensitas kunjungan ibu hamil ke fasilitas kesehatan.

Secara umum, kinerja pelayanan Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) pada ibu hamil di Provinsi Maluku Utara selama periode 2020–2024 menunjukkan peningkatan target yang konsisten, namun capaian belum stabil dan cenderung stagnan dalam tiga tahun terakhir dan belum mencapai target tahun 2024. Diperlukan langkah strategis dan terukur untuk menutup kesenjangan antara target dan realisasi agar kontribusi program terhadap penurunan anemia dan peningkatan kesehatan ibu hamil dapat optimal. Berikut capaian Pemberian tablet tambah darah pada Ibu hamil Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024 dengan jelas terlihat pada gambar berikut ini.

Gambar 5. 13 Capaian Pemberian Tablet Tambah Darah Pada Ibu Hamil Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Berdasarkan gambar di atas, capaian Pemberian TTD pada ibu hamil Provinsi Maluku Utara tahun 2024 sebesar 78%, masih 17 poin persentase di bawah target 95%. Hal ini menunjukkan bahwa kinerja pelayanan belum optimal dan masih memerlukan penguatan intervensi lebih spesifik. Sementara untuk capaian kabupaten kota, terdapat ketimpangan capaian antar kabupaten/kota, dengan variasi capaian yang cukup besar antara lain ; Kabupaten Halmahera Tengah (114%) dan Kota Ternate (108%) berhasil melampaui target, yang mengindikasikan pengelolaan program, distribusi TTD, serta pemantauan konsumsi ibu hamil berjalan sangat baik. Sedangkan di kabupaten Pulau Taliabu (94%) berada sangat dekat dengan target, sehingga memerlukan penguatan minimal untuk mencapai standar yang ditetapkan. Sebagian besar kabupaten/kota lainnya masih berada di bawah target, dengan capaian terendah di kabupaten Kepulauan Sula (47%), yang menunjukkan adanya kendala serius baik dari aspek akses pelayanan, distribusi TTD, maupun kepatuhan konsumsi.

Kondisi ini menggambarkan bahwa keberhasilan program belum merata dan masih dipengaruhi oleh faktor geografis, kapasitas layanan kesehatan, serta efektivitas edukasi dan pendampingan ibu hamil serta beberapa permasalahan yang teridentifikasi antara lain:

- a. Distribusi dan ketersediaan TTD yang belum merata, terutama di wilayah kepulauan dan terpencil.
- b. Rendahnya kepatuhan konsumsi TTD oleh ibu hamil.
- c. Kualitas konseling gizi dan pemantauan konsumsi TTD yang belum optimal.
- d. Pencatatan dan pelaporan cakupan yang masih perlu penguatan validitas data.
- e. Ketergantungan capaian pada kunjungan ANC yang belum sepenuhnya berkualitas.

Capaian Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) pada ibu hamil di Provinsi Maluku Utara tahun 2024 masih belum mencapai target sehingga dapat dikatakan bahwa Keberhasilan program masih terpusat pada beberapa kabupaten/kota, sementara sebagian besar wilayah memerlukan intervensi yang lebih intensif dan terarah.

## **B. KESEHATAN ANAK**

Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan salah satu indikator utama dalam Profil Kesehatan yang menggambarkan derajat kesehatan masyarakat serta kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak. AKB mencerminkan risiko kematian bayi sebelum mencapai usia satu tahun per 1.000 kelahiran hidup dan menjadi indikator penting dalam evaluasi pembangunan kesehatan di Provinsi Maluku Utara. Analisis AKB periode lima tahunan diperlukan untuk melihat kecenderungan capaian, efektivitas program, serta menjadi dasar perencanaan intervensi kesehatan bayi yang berkelanjutan. Gambar berikut merupakan tren Angka Kematian Bayi Per 1000 Kelahiran Hidup di Provinsi Maluku Utara..

Gambar 5. 14 Tren Angka Kematian Bayi Per 1.000 Kelahiran Hidup Provinsi Maluku Utara Tahun 2020-2024



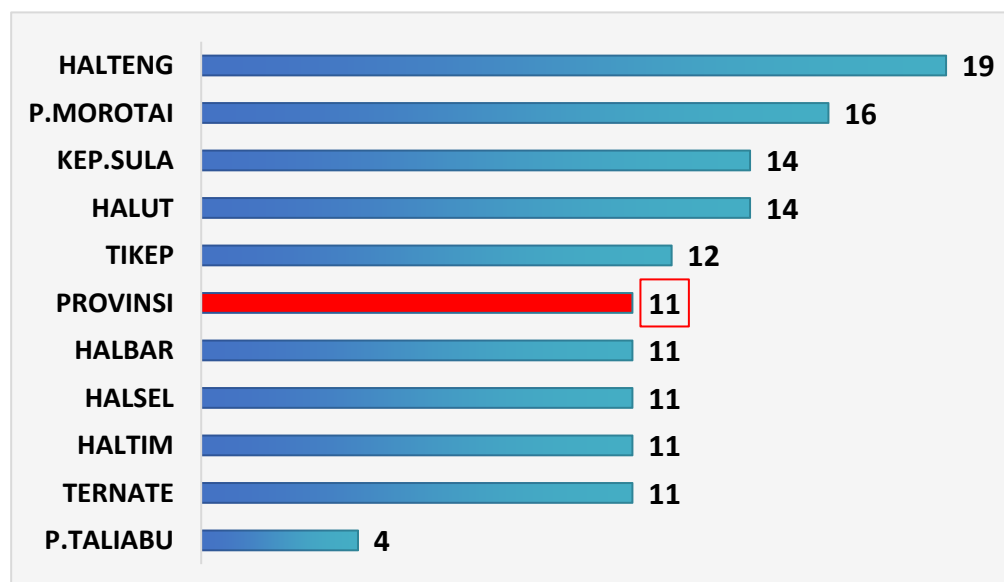
Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Selama periode lima tahun, capaian AKB Provinsi Maluku Utara relatif stabil dengan kecenderungan menurun. Pada tahun 2020 dan 2021, capaian AKB berada pada angka 13 per 1.000 kelahiran hidup, lebih rendah dibandingkan target yang ditetapkan, menunjukkan kinerja program kesehatan bayi yang cukup baik begitu pula pada tahun 2022, capaian AKB menurun menjadi 12 per 1.000 kelahiran hidup yang merupakan capaian terendah selama periode analisis dan mencerminkan perbaikan pelayanan kesehatan bayi. Sedangkan pada tahun 2024, terjadi sedikit peningkatan capaian AKB menjadi 13 per 1.000 kelahiran hidup, namun masih berada di bawah target tahun tersebut. Sementara pada tahun 2024, capaian AKB kembali menurun menjadi 11 per 1.000 kelahiran hidup, sekaligus menjadi capaian terbaik selama lima tahun terakhir.

Berdasarkan perbandingan antara target dan capaian, dapat disimpulkan bahwa selama periode 2020–2024 target AKB selalu tercapai. Hal ini menunjukkan bahwa upaya penurunan kematian bayi di Provinsi Maluku Utara berjalan relatif efektif dan konsisten. Penurunan target yang diikuti dengan capaian yang tetap lebih rendah dari target mengindikasikan adanya kesesuaian antara perencanaan dan pelaksanaan program kesehatan bayi. Capaian AKB yang relatif stabil

dan cenderung menurun dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain; Peningkatan cakupan dan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan bayi, khususnya pelayanan persalinan dan neonatal, penguatan pelayanan kesehatan bayi melalui imunisasi dasar lengkap, pemantauan tumbuh kembang, serta penanganan penyakit infeksi, perbaikan sistem rujukan dan tata laksana kasus bayi risiko tinggi, meningkatnya kesadaran masyarakat terhadap perawatan bayi baru lahir. Namun demikian, fluktuasi kecil yang terjadi pada tahun 2024 menunjukkan bahwa upaya pengendalian AKB tetap memerlukan penguatan dan kewaspadaan berkelanjutan. Berikut ini gambaran Angka Kematian Bayi (Per 1000 Kelahiran Hidup) per Kabupaten Kota di Provinsi Maluku Utara tahun 2024.

Gambar 5. 15 Angka Kematian Bayi (Per 1000 Kelahiran Hidup) Per Kabupaten/Kota Di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Berdasarkan data kabupaten/kota, Angka Kematian Bayi (AKB) tahun 2024 menunjukkan variasi yang cukup lebar. Kabupaten Halmahera Tengah mencatat AKB tertinggi yaitu 19 per 1.000 KH, diikuti oleh Kabupaten Pulau Morotai sebesar 16 per 1.000 KH. Selanjutnya, Kabupaten Kepulauan Sula dan Kabupaten Halmahera Utara masing-masing mencatat AKB sebesar 14 per 1.000 KH, yang masih berada di atas rata-rata provinsi. Kabupaten/Kota dengan AKB sedikit di atas atau setara dengan rata-rata provinsi antara lain Kota

Tidore Kepulauan (12 per 1.000 KH) serta Kabupaten Halmahera Barat, Kabupaten Halmahera Selatan, Kabupaten Halmahera Timur, dan Kota Ternate, yang masing-masing mencatat AKB sebesar 11 per 1.000 KH, sama dengan angka provinsi. Sementara itu, Kabupaten Pulau Taliabu mencatat AKB terendah yaitu 4 per 1.000 KH, yang menunjukkan kondisi relatif lebih baik dibandingkan kabupaten/kota lainnya.

Secara umum, capaian AKB Provinsi Maluku Utara tahun 2024 menunjukkan bahwa sebagian besar kabupaten/kota telah berada pada kisaran satu digit hingga awal belasan, meskipun masih terdapat beberapa wilayah dengan AKB yang relatif tinggi. Perbedaan AKB antarwilayah ini dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain ; akses dan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan bayi, terutama pelayanan neonatal esensial, cakupan dan kualitas pelayanan persalinan oleh tenaga kesehatan, status gizi ibu hamil dan bayi, kondisi geografis dan keterjangkauan layanan kesehatan, sistem rujukan maternal dan neonatal.

Kabupaten dengan AKB tinggi perlu menjadi perhatian dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bayi, khususnya pada masa neonatal dan awal kehidupan bayi. Dengan demikian maka dapat disimpulkan bahwa tahun 2024, AKB Provinsi Maluku Utara sebesar 11 per 1.000 kelahiran hidup menunjukkan capaian yang relatif stabil, namun masih terdapat disparitas antar kabupaten/kota. Upaya peningkatan kesehatan bayi perlu terus difokuskan pada penguatan pelayanan kesehatan ibu dan anak secara merata, terutama di wilayah dengan AKB di atas rata-rata provinsi.

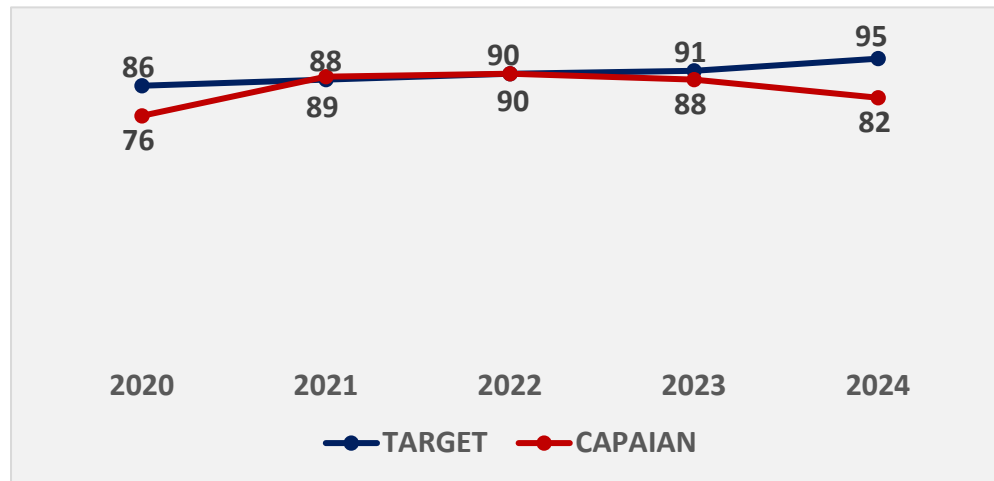
## **1. Pelayanan Kesehatan Neonatal**

Pelayanan Kesehatan Neonatal merupakan komponen strategis dalam upaya menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB), khususnya kematian pada periode neonatal yang masih menjadi penyumbang terbesar kematian bayi. Pelayanan ini berperan penting dalam memastikan bayi baru lahir memperoleh asuhan esensial, pemantauan kesehatan secara berkelanjutan, serta penanganan dini terhadap komplikasi yang berpotensi mengancam kelangsungan hidup bayi.

Keterkaitan antara pelayanan kesehatan neonatal dengan kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) sangat erat, mengingat bayi BBLR memiliki risiko morbiditas dan mortalitas yang lebih tinggi dibandingkan bayi dengan berat lahir normal. Pelayanan neonatal yang optimal menjadi instrumen utama untuk mendeteksi, memantau, dan menangani kondisi bayi BBLR secara tepat waktu, sehingga dapat mencegah terjadinya komplikasi lanjutan.

Cakupan dan kualitas pelayanan kesehatan neonatal mencerminkan efektivitas kesinambungan pelayanan kesehatan ibu dan anak, mulai dari masa kehamilan, persalinan, hingga perawatan bayi baru lahir. Pelayanan neonatal yang tidak optimal berpotensi menyebabkan keterlambatan penanganan risiko kesehatan bayi, yang pada akhirnya dapat berdampak pada tingginya AKB, terutama pada kelompok bayi dengan kondisi BBLR. Dengan demikian, penguatan pelayanan kesehatan neonatal, khususnya melalui peningkatan cakupan dan mutu kunjungan neonatal lengkap, menjadi faktor kunci dalam pengendalian AKB dan penurunan dampak BBLR. Keberhasilan indikator pelayanan neonatal tidak hanya mencerminkan kinerja layanan kesehatan bayi, tetapi juga kualitas sistem pelayanan kesehatan ibu dan anak secara menyeluruh di Provinsi Maluku Utara. Berikut tren Capaian Kunjungan Neonatal Pertama (KN1) Kabupaten/Kota Provinsi Maluku Utara Tahun 2020-2024.

Gambar 5. 16 Tren Capaian Kunjungan Neonatal Pertama (KN1) Kabupaten/Kota Provinsi Maluku Utara Tahun 2020-2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

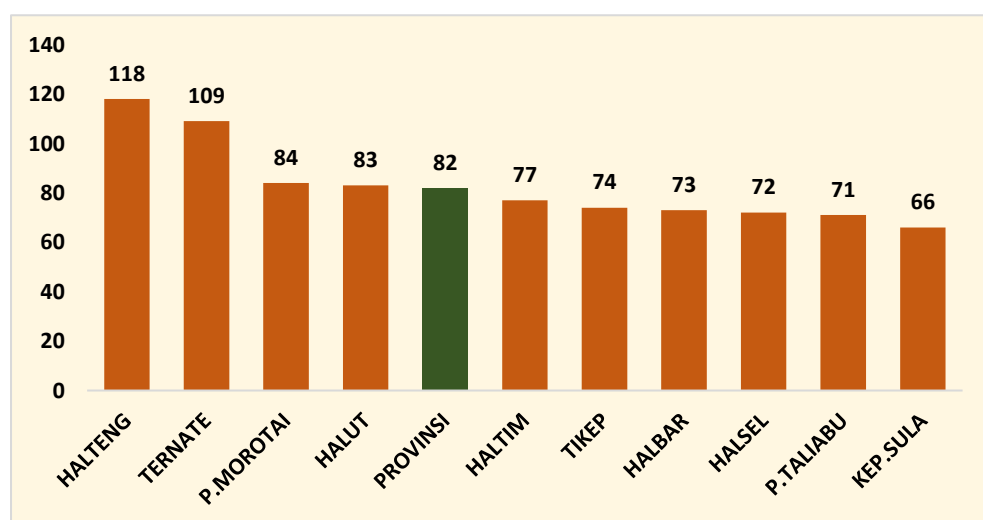
Tren Capaian KN1 bersifat fluktuatif dari Tahun 2020, capaian KN1 sebesar 76%, masih berada di bawah target dan Tahun 2021, capaian meningkat signifikan menjadi 89%, melampaui target yang ditetapkan. Sementara Tahun 2022, capaian mencapai 90%, sesuai dengan target. Sedangkan pada Tahun 2024, capaian menurun menjadi 88%, berada di bawah target. Begitu pula pada Tahun 2024, capaian kembali menurun menjadi 82%, sehingga selisih terhadap target mencapai 13 poin persentase. Secara umum, capaian KN1 menunjukkan bahwa meskipun kinerja sempat optimal pada periode 2021–2022, namun terjadi penurunan capaian dalam dua tahun terakhir, yang mengindikasikan perlunya penguatan pelayanan neonatal dini.

Kunjungan Neonatal Pertama (KN1) merupakan fondasi dari seluruh rangkaian pelayanan kesehatan neonatal. Keberhasilan KN1 sangat dipengaruhi oleh cakupan persalinan di fasilitas Kesehatan, ketersediaan tenaga kesehatan saat dan setelah persalinan, sistem rujukan dan tindak lanjut neonatal dini. Capaian KN1 yang belum optimal berpotensi menyebabkan keterlambatan deteksi komplikasi neonatal dini seperti asfiksia, hipotermia, infeksi, dan gangguan menyusui, yang merupakan penyebab utama kematian neonatal.

Dengan demikian, capaian KN1 memiliki hubungan langsung terhadap keberhasilan penurunan AKB, khususnya kematian neonatal dini.

Beberapa faktor yang memengaruhi capaian KN1 antara lain; belum seluruh persalinan diikuti dengan pelayanan neonatal dini sesuai standar, keterbatasan tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan, terutama pada jam tertentu dan wilayah terpencil, tantangan geografis yang memengaruhi akses pelayanan neonatal segera setelah kelahiran, belum optimalnya pencatatan dan pelaporan KN1, kesinambungan pelayanan antara fasilitas persalinan dan pelayanan lanjutan yang belum sepenuhnya optimal, sehingga dapat di simpulkan bahwa Capaian Pelayanan Kesehatan Neonatal melalui indikator Kunjungan Neonatal Pertama (KN1) di Provinsi Maluku Utara selama periode 2020–2024 menunjukkan kinerja yang belum stabil. Pada tahun 2024, capaian KN1 sebesar 82% masih belum mencapai target 95%, sehingga diperlukan upaya penguatan pelayanan neonatal dini secara lebih terarah dan berkelanjutan. Berikut gambaran capaian pelayanan kesehatan melalui kunjungan neonatal pertama (KN1) per kabupaten kota di Maluku Utara Tahun 2024 sebagai berikut :

Gambar 5. 17 Capaian Kunjungan Neonatal Pertama (KN1) Kabupaten/Kota Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Dari gambar 5.19, terlihat jelas capaian KN1 tahun 2024 sebesar 82%, masih di bawah target 95%. Terdapat ketimpangan capaian yang cukup signifikan antar kabupaten/kota, dengan rentang capaian dari

66% hingga 118%. Kabupaten Halmahera Tengah (118%) dan Kota Ternate (109%) berhasil melampaui target, yang menunjukkan bahwa pelayanan persalinan dan tindak lanjut neonatal dini berjalan dengan baik, didukung oleh ketersediaan fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan yang memadai. Sebaliknya, sebagian besar kabupaten/kota masih berada di bawah target, terutama Kepulauan Sula (66%), Pulau Taliabu (71%), dan Halmahera Selatan (72%). Kondisi ini mengindikasikan adanya kendala akses pelayanan neonatal dini, terutama di wilayah kepulauan dan daerah dengan tantangan geografis.

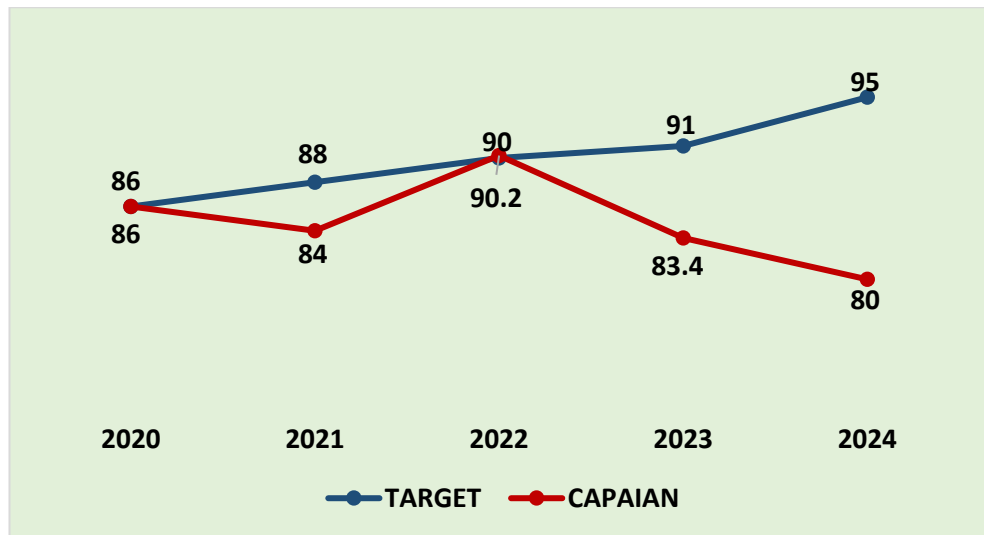
Capaian KN1 sangat dipengaruhi oleh keberhasilan pelayanan persalinan di fasilitas kesehatan serta kesinambungan pelayanan nifas. KN1 yang belum optimal berpotensi menyebabkan keterlambatan deteksi komplikasi neonatal dini, yang merupakan faktor risiko utama kematian neonatal. Wilayah dengan capaian KN1 rendah berpotensi memiliki risiko AKB yang lebih tinggi, terutama apabila tidak diimbangi dengan cakupan kunjungan neonatal lanjutan (KNL) dan sistem rujukan yang efektif. Beberapa permasalahan terkait pelayanan Kesehatan neonatal antara lain : belum seluruh persalinan diikuti dengan pelayanan neonatal dini sesuai standar, keterbatasan tenaga kesehatan dan sarana pelayanan neonatal di wilayah tertentu, kendala geografis dan akses pelayanan di wilayah kepulauan, belum optimalnya pencatatan dan pelaporan KN1, dan kesinambungan pelayanan persalinan–nifas–neonatal yang belum merata. Sehingga dapat disimpulkan bahwa capaian Pelayanan Kesehatan Neonatal melalui indikator KN1 di Provinsi Maluku Utara tahun 2024 menunjukkan bahwa kinerja pelayanan belum merata antar wilayah dan secara provinsi masih belum mencapai target 95%. Penguatan pelayanan neonatal dini perlu difokuskan pada wilayah dengan capaian rendah untuk menjamin pemerataan layanan dan penurunan risiko kematian neonatal.

## 2. Pelayanan Kesehatan Bayi dan Kesehatan Anak Balita

### a. Pelayanan Kesehatan Bayi

Pelayanan Kesehatan Bayi merupakan bagian penting dari upaya peningkatan derajat kesehatan anak dan penurunan Angka Kematian Bayi (AKB). Pelayanan ini mencakup pemantauan pertumbuhan dan perkembangan bayi, pencegahan penyakit, serta deteksi dini dan penanganan masalah kesehatan sejak usia dini. Capaian Pelayanan Kesehatan Bayi menjadi indikator kinerja yang mencerminkan keberhasilan kesinambungan pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA), mulai dari masa kehamilan, persalinan, pelayanan neonatal, hingga perawatan bayi. Berikut tren pelayanan kesehatan bayi dari tahun 2020-2024 Provinsi Maluku Utara.

Gambar 5. 18 Tren Cakupan Pelayanan Kesehatan Bayi Provinsi Maluku Utara Tahun 2020-2024



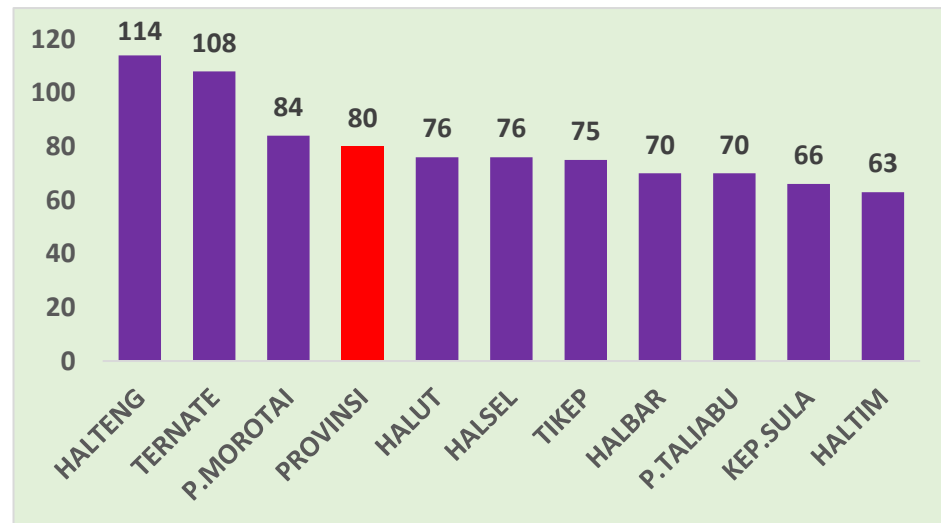
Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Tren Capaian menunjukkan fluktuasi yang cukup signifikan yaitu pada tahun 2020, capaian sebesar 86%, telah memenuhi target sedangkan tahun 2021, capaian menurun menjadi 84%, berada di bawah target. Sementara tahun 2022, capaian meningkat dan melampaui target dengan capaian 90,2%, sedangkan pada tahun 2024, capaian kembali mengalami penurunan signifikan menjadi 83,4% begitu juga

pada tahun 2024, capaian menurun lebih lanjut menjadi 80%, sehingga selisih dengan target mencapai 15 poin persentase.

Secara umum, meskipun capaian sempat optimal pada tahun 2022, namun dua tahun terakhir menunjukkan tren penurunan, yang mengindikasikan perlunya penguatan pelayanan kesehatan bayi secara berkelanjutan. Capaian Pelayanan Kesehatan Bayi sangat dipengaruhi oleh keberhasilan indikator pelayanan kesehatan ibu dan neonatal, khususnya cakupan persalinan di fasilitas Kesehatan, pelayanan kesehatan neonatal (KN1 dan Kunjungan Neonatal Lengkap), pelayanan kesehatan ibu nifas. Penurunan capaian Pelayanan Kesehatan Bayi pada tahun 2024–2024 mengindikasikan adanya tantangan dalam kesinambungan pelayanan pascaneonatal, baik dari aspek akses, kepatuhan kunjungan, maupun kualitas pemantauan kesehatan bayi. Beberapa permasalahan yang berpotensi memengaruhi capaian antara lain; belum optimalnya kesinambungan pelayanan dari neonatal ke pelayanan bayi, keterbatasan akses pelayanan kesehatan bayi di wilayah tertentu, terutama daerah kepulauan, kepatuhan kunjungan bayi ke fasilitas pelayanan kesehatan yang masih rendah, tantangan dalam pencatatan dan pelaporan pelayanan kesehatan bayi, dampak faktor sosial dan geografis terhadap pemanfaatan layanan kesehatan. Berikut capaian pelayanan kesehatan bayi per kabupaten kota di Provinsi Maluku Utara tahun 2024.

Gambar 5.19 Cakupan Pelayanan Kesehatan Bayi per Kabupaten Kota di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Berdasarkan data di atas maka capaian Pelayanan Kesehatan Bayi Provinsi Maluku Utara tahun 2024 sebesar 80%, masih berada di bawah target 95%. Terdapat ketimpangan capaian yang cukup signifikan antar kabupaten/kota, dengan rentang capaian dari 63% hingga 114%. Kabupaten Halmahera Tengah (114%) dan Kota Ternate (108%) berhasil melampaui target, yang menunjukkan pelaksanaan pelayanan kesehatan bayi berjalan optimal, didukung oleh akses fasilitas kesehatan dan ketersediaan tenaga kesehatan yang memadai. Sebaliknya, sebagian besar kabupaten/kota lainnya masih belum mencapai target, terutama Halmahera Timur (63%), Kepulauan Sula (66%), serta Halmahera Barat dan Pulau Taliabu (70%). Kondisi ini mengindikasikan adanya tantangan dalam akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan bayi, khususnya di wilayah kepulauan dan daerah dengan keterbatasan geografis.

Capaian Pelayanan Kesehatan Bayi sangat berkaitan dengan keberhasilan pelayanan neonatal. Rendahnya capaian pelayanan bayi berpotensi meningkatkan risiko keterlambatan deteksi masalah kesehatan bayi, yang dapat berdampak pada peningkatan risiko kesakitan dan kematian bayi. Wilayah dengan capaian pelayanan bayi rendah perlu menjadi prioritas intervensi

untuk menjamin kesinambungan pelayanan dari neonatal ke pelayanan bayi, sebagai bagian dari upaya penurunan AKB. Beberapa permasalahan yang mempengaruhi capaian pelayanan bayi antara lain : belum optimalnya kesinambungan pelayanan neonatal ke pelayanan bayi, keterbatasan akses pelayanan kesehatan bayi di wilayah tertentu, kepatuhan kunjungan bayi yang masih rendah, tantangan pencatatan dan pelaporan cakupan pelayanan bayi, faktor geografis dan sosial yang memengaruhi pemanfaatan layanan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa capaian Pelayanan Kesehatan Bayi di Provinsi Maluku Utara tahun 2024 menunjukkan bahwa kinerja pelayanan belum merata antar wilayah dan secara provinsi masih belum mencapai target 95%. Diperlukan penguatan intervensi yang lebih terfokus pada kabupaten/kota dengan capaian rendah guna meningkatkan pemerataan dan kualitas pelayanan kesehatan bayi.

b. Pelayanan Kesehatan Anak Balita

Pelayanan Kesehatan Balita melalui pengukuran pertumbuhan dan perkembangan merupakan komponen kunci dalam menjamin kualitas tumbuh kembang anak, khususnya pada periode emas kehidupan (0–59 bulan) yang sangat menentukan kondisi kesehatan, kecerdasan, dan produktivitas di masa mendatang. Pertumbuhan dan perkembangan balita tidak terjadi secara otomatis, melainkan sangat dipengaruhi oleh akses dan kualitas pelayanan kesehatan yang diterima secara rutin dan berkesinambungan.

Pengukuran pertumbuhan balita (berat badan, tinggi/panjang badan, dan status gizi) serta pemantauan perkembangan (motorik, bahasa, sosial, dan kognitif) melalui pelayanan SDIDTK merupakan instrumen utama pelayanan kesehatan balita yang berfungsi sebagai alat deteksi dini terhadap gangguan gizi, keterlambatan perkembangan, dan risiko stunting. Tanpa pelayanan kesehatan balita yang optimal, gangguan pertumbuhan dan perkembangan sering tidak teridentifikasi

secara dini, sehingga intervensi menjadi terlambat dan berdampak jangka panjang.

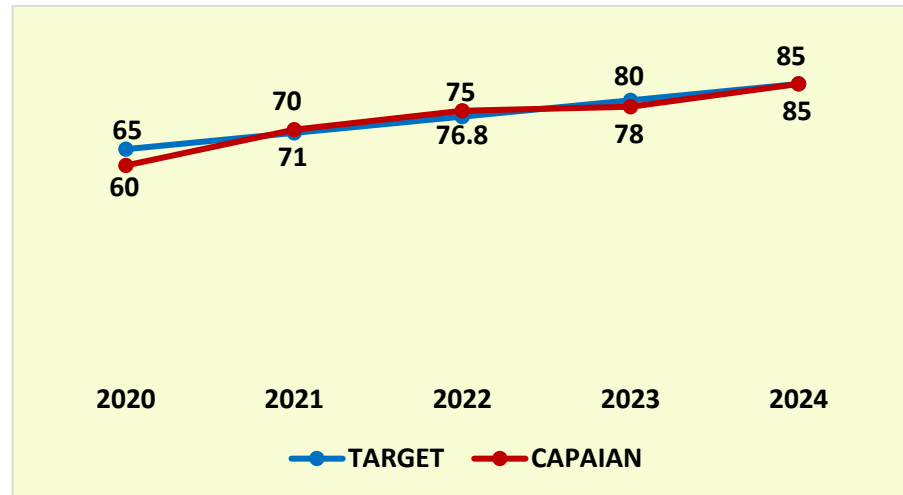
Pelayanan kesehatan balita yang berkualitas memungkinkan tenaga kesehatan dan kader melakukan:

- 1) Pemantauan pertumbuhan secara berkala untuk menilai kecukupan gizi dan pola pertumbuhan anak.
- 2) Skrining perkembangan balita untuk mendeteksi dini keterlambatan perkembangan.
- 3) Intervensi tepat waktu, baik berupa konseling gizi, rujukan, maupun stimulasi perkembangan.
- 4) Edukasi kepada orang tua terkait pola asuh, pemberian makan, dan stimulasi yang sesuai usia.

Dengan demikian, pertumbuhan dan perkembangan balita merupakan outcome langsung dari efektivitas pelayanan kesehatan balita. Capaian pelayanan yang tinggi mencerminkan meningkatnya jangkauan pemantauan tumbuh kembang anak, sedangkan capaian yang rendah berpotensi meningkatkan risiko masalah gizi kronis, keterlambatan perkembangan, serta stunting.

Dalam konteks Provinsi Maluku Utara, penguatan pelayanan kesehatan balita melalui pengukuran pertumbuhan dan perkembangan menjadi strategi penting dalam mendukung upaya peningkatan derajat kesehatan anak dan percepatan penurunan stunting. Oleh karena itu, pemantauan capaian indikator ini secara berkelanjutan menjadi dasar evaluasi kinerja pelayanan kesehatan balita serta perumusan kebijakan dan intervensi yang lebih tepat sasaran. Berikut adalah tren pelayanan kesehatan balita sebagai gambaran pertumbuhan dan perkembangan balita di Provinsi Maluku Utara.

Gambar 5. 20 Tren persentase Balita yang di pantau pertumbuhan dan perkembangannya Provinsi Maluku Utara Tahun 2020-2024



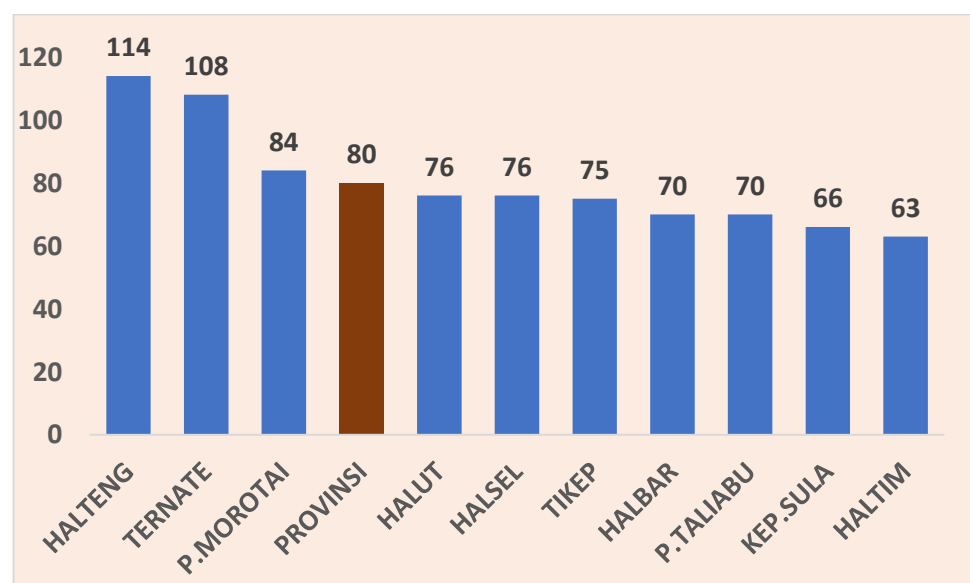
Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Tren Capaian menunjukkan kecenderungan meningkat secara bertahap yaitu pada tahun 2020, capaian sebesar 60%, masih berada di bawah target. Selanjutnya pada tahun 2021, capaian meningkat menjadi 71%, dan berhasil melampaui target. Begitu juga pada tahun 2022, capaian kembali meningkat menjadi 76,8%, melampaui target yang ditetapkan. Sedangkan tahun 2024, capaian sedikit menurun menjadi 78%, namun masih relatif mendekati target dan meningkat di tahun 2024, capaian mencapai 85%, sesuai dengan target yang ditetapkan. Secara umum, capaian pelayanan kesehatan balita menunjukkan tren peningkatan positif, dengan keberhasilan mencapai target pada tahun 2024.

Pengukuran pertumbuhan dan perkembangan balita merupakan instrumen utama dalam pencegahan dan penanganan stunting. Capaian yang baik pada indikator ini mencerminkan meningkatnya cakupan pemantauan status gizi dan perkembangan anak, sehingga memungkinkan intervensi gizi dan stimulasi perkembangan dilakukan secara tepat waktu. Peningkatan capaian hingga mencapai target pada tahun 2024 menunjukkan penguatan sistem pelayanan kesehatan balita yang

berkontribusi terhadap upaya percepatan penurunan stunting di Provinsi Maluku Utara. Walaupun demikian masih terdapat beberapa tantangan yang masih dihadapi antara lain; konsistensi kehadiran balita dalam kegiatan pemantauan rutin, kualitas pencatatan dan pelaporan hasil pengukuran, ketersediaan alat ukur dan tenaga terlatih di seluruh wilayah, akses pelayanan di wilayah terpencil dan kepulauan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa Capaian Pelayanan Kesehatan Balita melalui pengukuran pertumbuhan dan perkembangan di Provinsi Maluku Utara selama periode 2020–2024 menunjukkan tren peningkatan yang positif. Pada tahun 2024, capaian telah mencapai target 85%, yang menunjukkan kinerja pelayanan yang semakin baik dan berkontribusi terhadap peningkatan kualitas tumbuh kembang anak. Sebagai gambaran pelayanan kesehatan balita di kabupaten kota melalui capaian indikator pertumbuhan dan perkembangan balita tahun 2024 dapat dilihat pada gambar berikut.

Gambar 5. 21 Persentase Balita yang di pantau pertumbuhan dan perkembangannya per Kabupaten Kota di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Berdasarkan data tahun 2024, capaian pelayanan pertumbuhan dan perkembangan balita menunjukkan variasi

antarwilayah kabupaten kota antara lain ; Kabupaten/Kota dengan capaian sangat tinggi (>100%) yaitu Kabupaten Halmahera Tengah (114%) dan Kota Ternate (108%) Capaian di atas 100% mengindikasikan tingginya mobilisasi di kedua wilayah tersebut selain optimalnya jangkauan pelayanan kesehatan balita, didukung oleh ketersediaan fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan, serta partisipasi masyarakat dalam kegiatan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita. Sedangkan untuk Kabupaten/Kota dengan capaian sedang (75–84%) yaitu Kabupaten Pulau Morotai (84%), Kabupaten Halmahera Utara (76%), Kabupaten Halmahera Selatan (76%), Kota Tidore Kepulauan (75%). Wilayah ini telah menjangkau sebagian besar sasaran balita, namun masih memerlukan penguatan kesinambungan kunjungan, kualitas pencatatan, serta intensifikasi peran Posyandu agar capaian dapat meningkat secara berkelanjutan. Sementara Kabupaten/Kota dengan capaian rendah (<75%) yaitu kabupaten Halmahera Barat (70%), Kabupaten Pulau Taliabu (70%), Kabupaten Kepulauan Sula (66%), dan Kabupaten Halmahera Timur (63%). Capaian yang relatif rendah mengindikasikan adanya kendala akses pelayanan, keterbatasan tenaga kesehatan, kondisi geografis, serta kemungkinan rendahnya kunjungan balita ke fasilitas pelayanan kesehatan dan Posyandu.

Capaian indikator pertumbuhan dan perkembangan balita sangat erat kaitannya dengan kualitas dan jangkauan pelayanan kesehatan balita. Wilayah dengan capaian tinggi menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan balita berjalan efektif dalam menjangkau sasaran balita secara rutin, melakukan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan secara berkala, memberikan edukasi kepada orang tua terkait gizi dan pola asuh, melaksanakan intervensi dini terhadap balita berisiko. Sebaliknya, capaian yang rendah berpotensi menyebabkan keterlambatan deteksi masalah pertumbuhan dan perkembangan, sehingga meningkatkan risiko gizi kurang, stunting, serta gangguan perkembangan yang berdampak jangka panjang terhadap kualitas

sumber daya manusia. Sementara masih ada beberapa permasalahan yang memengaruhi capaian pelayanan kesehatan balita antara lain; ketimpangan akses pelayanan kesehatan dan Posyandu antarwilayah, keterbatasan tenaga kesehatan dan kader terlatih di daerah tertentu, rendahnya kesadaran orang tua terhadap pentingnya pemantauan tumbuh kembang balita, tantangan geografis dan transportasi, khususnya di wilayah kepulauan. Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa capaian pelayanan kesehatan balita melalui pemantauan pertumbuhan dan perkembangan di Provinsi Maluku Utara tahun 2024 menunjukkan kinerja cukup baik namun belum merata. Ketimpangan antar kabupaten/kota masih menjadi tantangan utama yang perlu ditangani secara terarah agar seluruh balita memperoleh hak pelayanan kesehatan yang optimal.

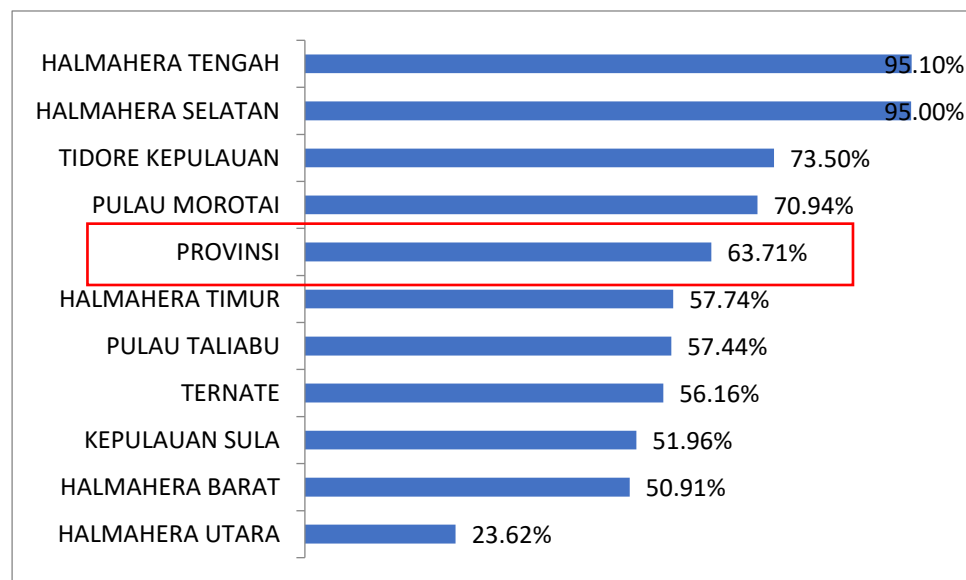
### 3. Imunisasi

#### a. Imunisasi Dasar pada Bayi

Imunisasi Program adalah imunisasi yang diwajibkan kepada seseorang sebagai bagian dari masyarakat dalam rangka melindungi yang bersangkutan dan masyarakat sekitarnya dari penyakit yang dapat dicegah dengan Imunisasi. Imunisasi Program terdiri atas Imunisasi rutin, Imunisasi tambahan, dan Imunisasi khusus. Salah satu indikator dalam Program Imunisasi Rutin adalah Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) pada bayi. Dikatakan Imunisasi dasar lengkap pada bayi jika bayi telah mendapatkan imunisasi satu dosis imunisasi Hepatitis B, satu dosis imunisasi BCG, tiga dosis imunisasi DPT-HB/DPT-HB-Hib, empat dosis imunisasi polio, dan satu dosis imunisasi campak rubella.

Untuk pencapaian indikator bayi diimunisasi dasar lengkap dengan target minimal di Tahun 2024 adalah sebesar (100%), Terdapat penurunan pencapaian indikator bayi diimunisasi dasar lengkap antara tahun 2024 dibandingkan Tahun 2024. pencapaian 2024(83%) di tahun 2024(63,71%). Secara terperinci pencapaian indikator bayi diimunisasi dasar lengkap per kabupaten/kota seperti pada gambar di bawah ini :

Gambar 5. 22 Persentase Bayi Usia 0-11 Bulan Yang Mendapatkan Imunisasi Dasar Lengkap Per Kabupaten/Kota Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Pencapaian tertinggi dicapai oleh Kabupaten Halmahera Tengah sebesar (95,10%) sedangkan pencapaian terendah ada pada Kabupaten Halmahera Utara sebesar (23,62%) hal ini disebabkan banyaknya penolakan masyarakat terutama imunisasi yang diberikan dengan cara di suntikan ganda, pengelola program yg sering terjadi pergantian, kurangnya dukungan pengambil kebijakan terkait program di level Puskesmas, belum terintegrasi program serta pemahaman masyarakat setelah imunisasi anak menjadi sakit dan rewel karena terjadi demam (KIPI). Upaya yang dilakukan yaitu pemberian penyuluhan maupun konseling tentang manfaat dan pentingnya imunisasi, bahaya jika anak tidak mendapatkan imunisasi lengkap, serta cara menanggulangi demam setelah imunisasi serta mengajak untuk selalu terintegrasi dengan program terkait.

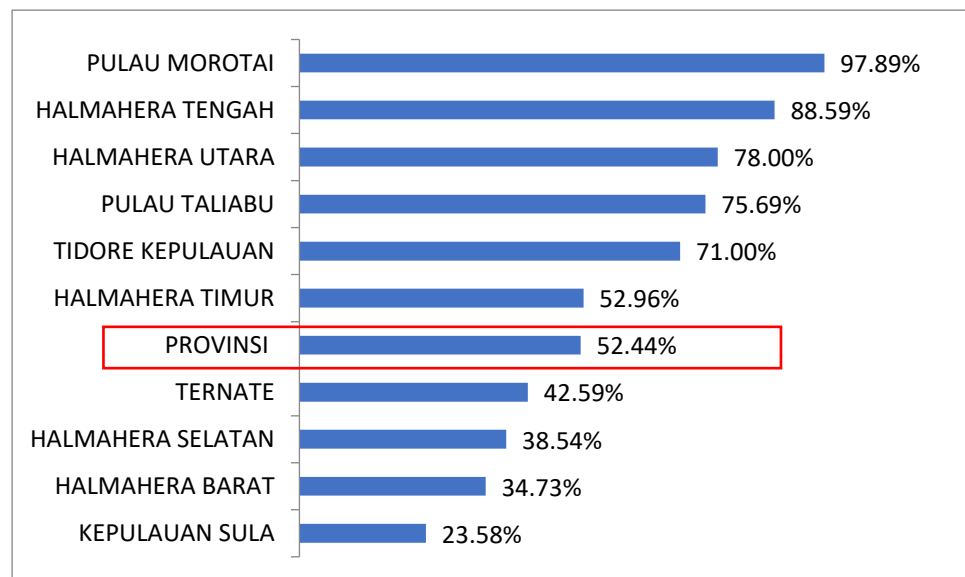
b. Imunisasi Lanjutan Lengkap Baduta

Imunisasi lanjutan merupakan kegiatan yang bertujuan untuk menjamin terjaganya tingkat imunitas pada anak baduta (anak usia di bawah dua tahun), anak usia sekolah, dan wanita usia subur (WUS) termasuk ibu hamil. Hasil serologi yang didapat pada anak yang

diberikan DPTHB-Hib pada usia 18-24 bulan berdasarkan penelitian di Jakarta dan Bandung (Rusmil et al,2014) diketahui Anti D 99,7%, Anti T 100 %, HBsAg 99,5%. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa Imunisasi DPT harus diberikan 3 kali dan tambahan pada usia 15-18 bulan untuk meningkatkan titer antibodi pada anak-anak. Penyakit lain yang membutuhkan pemberian imunisasi lanjutan pada usia baduta adalah campak. Penyakit campak adalah penyakit yang sangat mudah menular dan mengakibatkan komplikasi yang berat. Vaksin campak memiliki efikasi kurang lebih 85%, sehingga masih terdapat anak-anak yang belum memiliki kekebalan dan menjadi kelompok rentan terhadap penyakit campak.

Imunisasi lengkap pada Baduta juga menjadi salah satu indikator program Imunisasi rutin dengan target (100%). Pencapaian persentase anak usia 12-24 bulan yang mendapat imunisasi lanjutan baduta lengkap di Provinsi Maluku Utara capaian tahun 2024 sangat rendah dari target(52,44%).

Gambar 5. 23 Persentase Anak Usia 12-24 Bulan Yang Mendapat Imunisasi Lanjutan Baduta Lengkap Per Kabupaten/Kota Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Untuk capaian imunisasi Baduta dari 10 kab/kota, kabupaten Pulau Morotai mendekati target 100%. 9 kabupaten Kota masih dibawah target cakupan Hal ini disebabkan karena mobilitas

penduduk/ orang tua yang tinggi (pindah tempat) juga karena setelah 18 bulan banyak orang tua yang tidak lagi datang berkunjung di posyandu.

Kabupaten Kepulauan Sula termasuk Kabupaten yang cakupan imunisasi baduta yang sangat rendah dikarenakan sistem pencatatan dan pelaporannya belum maksimal , serta Kabupaten pencapaian rendah untuk program imunisasi rutin baik pada imunisasi dasar lengkap bayi juga imunisasi lanjutan baduta hal ini disebabkan selain banyaknya penolakan masyarakat terutama imunisasi yang diberikan dengan cara penyuntikan ganda, serta pemahaman bahwa setelah imunisasi anak menjadi sakit dan rewel karena terjadi demam ringan. Selain hal ini, masyarakat banyak yang belum mengetahui bahwa imunisasi dasar masih belum cukup untuk memberikan perlindungan terhadap penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi, dan diperlukan imunisasi lanjutan pada baduta usia 18 sampai 24 bulan untuk meningkatkan titer antibodi pada bayi yang semakin menurun setelah usia 15 bulan khususnya terhadap penyakit difteri dan campak.

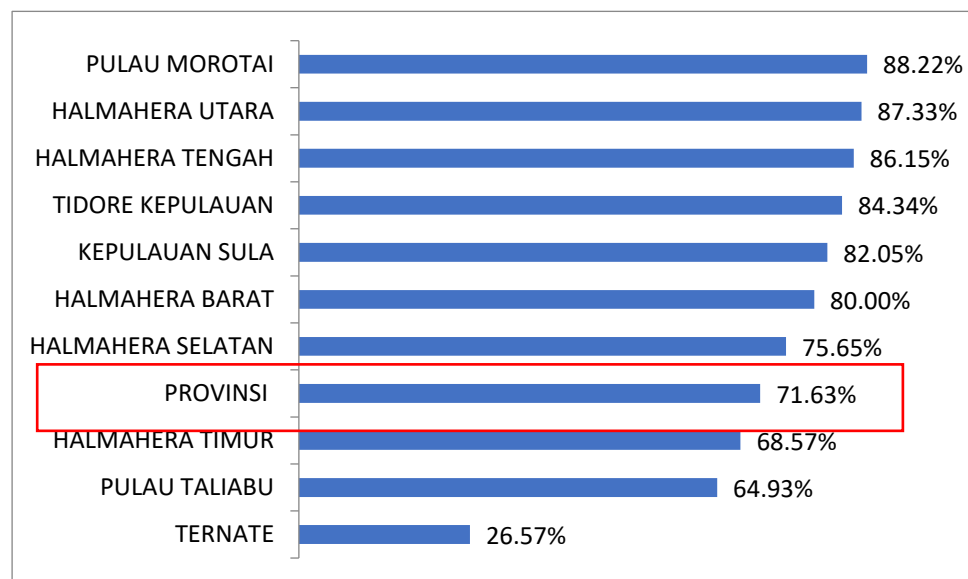
Upaya yang dilakukan pemberian penyuluhan maupun konseling tentang manfaat dan pentingnya imunisasi lanjutan lengkap pada baduta sebelum usia 24 bulan, bahaya jika anak tidak mendapatkan imunisasi lengkap, serta cara menanggulangi demam setelah imunisasi. Penyuluhan ini dengan melibatkan organisasi kemasyarakatan seperti muslimat NU, aisyiyah dan PKK.

c. Imunisasi Lanjutan Lengkap di Usia Sekolah Dasar

Hasil serologi campak sebelum dilakukan imunisasi campak pada anak sekolah dasar diketahui titer antibodi terhadap campak adalah 52,60% – 65,56%. Setelah Imunisasi campak pada BIAS (Bulan Imunisasi Anak Sekolah) diketahui titer antibodi meningkat menjadi 96,69% – 96,75% (SRH, 2009). Hasil serologi difteri sebelum dilakukan imunisasi difteri pada anak sekolah dasar diketahui titer antibodi adalah 20,13% – 29,96% setelah imunisasi difteri pada BIAS diketahui titer antibodi meningkat menjadi 92,01%– 98,11% (SRH, 2011).

Untuk pencapaian indikator persentase anak yang mendapatkan imunisasi lanjutan lengkap di usia sekolah dasar di Tahun 2024 di tingkat provinsi dengan target minimal (80%), dilihat dari imunisasi tetanus difteri pada anak kelas 5 sekolah dasar. Untuk tingkat provinsi tercapai imunisasi Td kelas 5 sekolah dasar hanya (71,63%). pencapaian di tingkat kabupaten/kota seperti dalam gambar di bawah ini.

Gambar 5. 24 Persentase Anak Yang Mendapatkan Imunisasi Lanjutan Lengkap Di Usia Sekolah Dasar Per Kabupaten Kota Di Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Cakupan imunisasi anak Usia Sekolah Dasar (SD) belum capai target dimana cakupan masih dibawah target(90%) yakni hanya (71,63%).

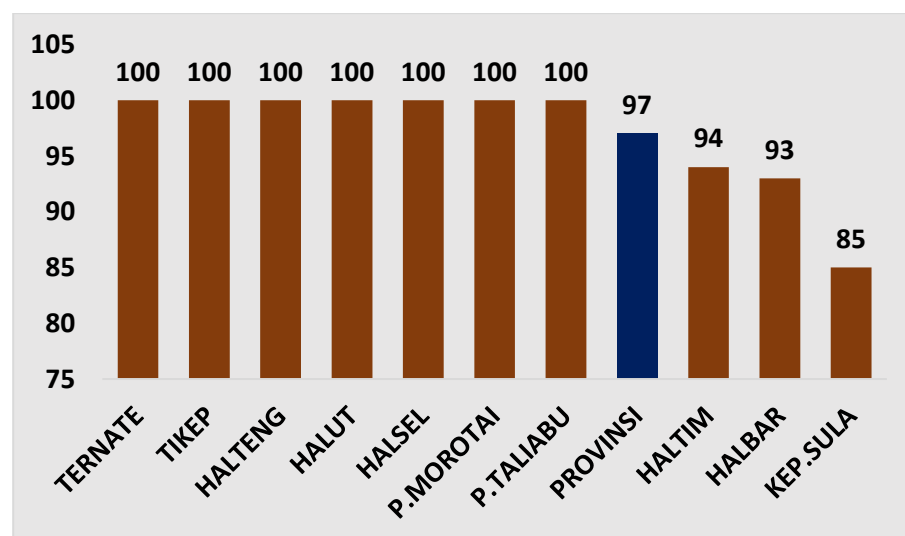
Pencapaian hampir mencapai target Nasional pada kabupaten Pulau Morotai (88,22%) sedangkan pencapaian terendah pada Kabupaten Kota Ternate sebesar (26,57%). Imunisasi BIAS di Kota Ternate dan semua kabupaten belum capai target disebabkan ada orang tua yang masih menolak imunisasi pada anaknya, vaksin yang tersedia tidak mencukupi di Kabupaten dan Puskesmas

#### 4. Pelayanan Kesehatan Usia Sekolah dan Remaja

##### a. Penjaringan Kesehatan Anak sekolah

Program Pelayanan Kesehatan Usia Sekolah dan Remaja bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan anak usia sekolah dan remaja melalui upaya promotif dan preventif, khususnya deteksi dini faktor risiko kesehatan. Salah satu indikator kinerja utama program ini adalah Persentase Puskesmas yang melaksanakan penjaringan kesehatan, yang mencerminkan kesiapan fasilitas pelayanan kesehatan dalam menjangkau sasaran usia sekolah dan remaja secara sistematis. Pada tahun 2024, target nasional indikator ini ditetapkan sebesar 90%. Capaian Provinsi Maluku Utara mencapai 97%, yang berarti melampaui target nasional dan menunjukkan kinerja program yang sangat baik. Berikut gambaran pelaksanaan penjaringan anak sekolah melalui indikator Persentase Puskesmas Melaksanakan Penjaringan Kesehatan Provinsi Maluku Utara tahun 2024.

Gambar 5. 25 Persentase Puskesmas Melaksanakan Penjaringan Kesehatan di Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

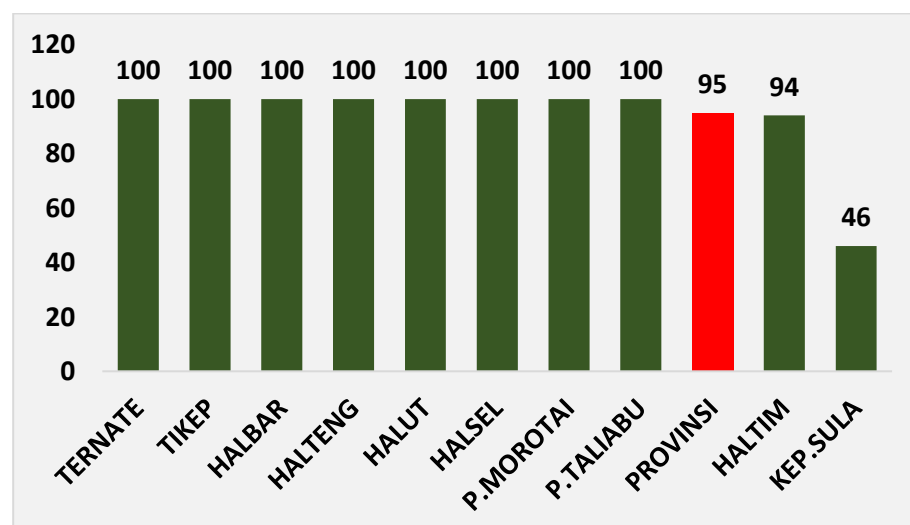
Berdasarkan data capaian tahun 2024, kinerja kabupaten/kota terhadap target nasional 90% dapat dianalisis bahwa sebagian besar kabupaten/kota telah mencapai bahkan

melampaui target , yang menunjukkan pelaksanaan penjangkaran kesehatan telah terintegrasi dengan baik dalam kegiatan rutin Puskesmas. Sementara Kabupaten/Kota yang belum mencapai target adalah Kabupaten Kepulauan Sula (85%). Capaian Kepulauan Sula masih berada di bawah target , yang mengindikasikan perlunya penguatan pelaksanaan penjangkaran kesehatan di seluruh Puskesmas. Tingginya capaian indikator ini menunjukkan bahwa Puskesmas di Provinsi Maluku Utara secara umum telah berperan aktif dalam deteksi dini masalah kesehatan anak usia sekolah dan remaja, identifikasi faktor risiko gizi dan anemia, pencegahan penyakit tidak menular sejak usia dini, peningkatan akses layanan promotif dan preventif berbasis sekolah. Sementara Kabupaten/kota yang melampaui target mencerminkan kuatnya komitmen pemerintah daerah dan efektivitas koordinasi lintas sektor, khususnya dengan satuan pendidikan. Sebaliknya, wilayah yang belum mencapai target berpotensi mengalami keterlambatan deteksi masalah kesehatan pada kelompok usia sekolah dan remaja. Walaupun demikian masih ada permasalahan dan tantangan yang masih dihadapi dalam pelaksanaan penjangkaran kesehatan diantaranya ketidaklaksanaan penjangkaran kesehatan secara menyeluruh di seluruh Puskesmas, keterbatasan tenaga kesehatan dan waktu pelaksanaan kegiatan di beberapa wilayah, tantangan geografis dan aksesibilitas, terutama di wilayah kepulauan, koordinasi lintas sektor dengan sekolah yang belum optimal di beberapa kabupaten/kota. Untuk itu dapat disimpulkan bahwa secara keseluruhan, pelaksanaan penjangkaran kesehatan usia sekolah di Provinsi Maluku Utara tahun 2024 menunjukkan kinerja sangat baik dan melampaui target 90%. walaupun masih terdapat satu kabupaten/kota yang belum mencapai target sehingga memerlukan perhatian dan intervensi lebih lanjut untuk memastikan pemerataan pelayanan.

b. Pelayanan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)

Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) merupakan upaya strategis lintas sektor dalam meningkatkan derajat kesehatan peserta didik melalui kegiatan promotif dan preventif yang terintegrasi di satuan pendidikan. Pelaksanaan pembinaan UKS oleh Puskesmas secara rutin dan berkelanjutan menjadi salah satu indikator penting dalam menilai keberhasilan program UKS di daerah. Indikator Persentase Puskesmas Melaksanakan Pembinaan ke Sekolah minimal 4 kali dalam setahun menggambarkan intensitas pembinaan UKS oleh Puskesmas, termasuk pembinaan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), deteksi dini masalah kesehatan siswa, serta penguatan lingkungan sekolah sehat. Target nasional indikator ini pada tahun 2024 ditetapkan sebesar 90%. Capaian Provinsi Maluku Utara mencapai 95%, yang berarti melampaui target nasional dan menunjukkan kinerja program UKS yang sangat baik. Berikut gambaran pelaksanaan penjarangan anak sekolah melalui indikator Persentase Puskesmas Melaksanakan pembinaan ke sekolah 4 kali setahun Provinsi Maluku Utara tahun 2024.

Gambar 5. 26 Persentase Puskesmas Melaksanakan Penjarangan Kesehatan di Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Berdasarkan data capaian tahun 2024, capaian indikator UKS per kabupaten/kota dapat dianalisis hamper semua Kabupaten Kota sudah mencapai bahkan melampaui target 90% sehingga dapat dikatakan capaian optimal ini menunjukkan bahwa pembinaan UKS oleh Puskesmas telah dilaksanakan secara rutin, terjadwal, dan terintegrasi dengan kegiatan sekolah di sebagian besar wilayah. Namun masih ada satu Kabupaten yang belum capai bahkan lebih rendah di banding Kabupaten/Kota lainnya yaitu Kabupaten Kepulauan Sula (46%). Capaian Kabupaten Kepulauan Sula mengindikasikan perlunya penguatan pembinaan UKS secara lebih intensif dan terstruktur selain sistim pencatatan dan pelaporan masih belum maksimal.

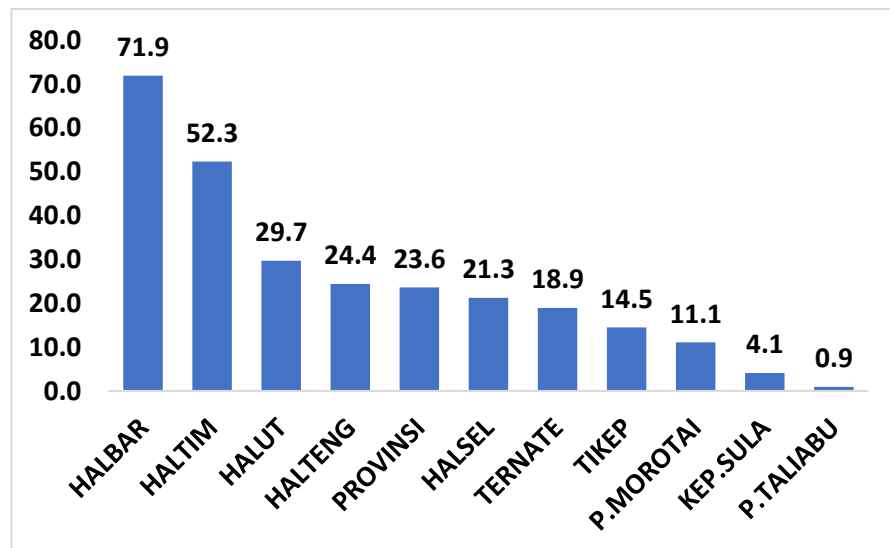
Pelaksanaan pembinaan UKS secara rutin oleh Puskesmas memiliki keterkaitan langsung dengan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan anak usia sekolah. Melalui UKS, Puskesmas berperan dalam meningkatkan pengetahuan dan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) peserta didik, melakukan deteksi dini masalah gizi, anemia, dan gangguan kesehatan lainnya, mencegah penyakit menular dan tidak menular di lingkungan sekolah, mewujudkan lingkungan sekolah yang sehat dan aman. Wilayah dengan capaian pembinaan UKS yang tinggi menunjukkan bahwa sistem pelayanan kesehatan anak usia sekolah telah berjalan secara komprehensif. Sebaliknya, capaian yang rendah berpotensi menurunkan efektivitas UKS dan memperbesar kesenjangan layanan kesehatan antarwilayah. Walaupun rata-rata seluruh Kabupaten Kota telah mencapai target namun masih perlu dilakukan pembinaan dan pemantauan terkait pembinaan sekolah, masih banyak permasalahan dan tantangan yang memengaruhi pelaksanaan pembinaan UKS diantaranya keterbatasan tenaga kesehatan dan waktu pelaksanaan pembinaan di beberapa wilayah, tantangan geografis dan aksesibilitas, khususnya di wilayah kepulauan, koordinasi lintas sektor (kesehatan–pendidikan) yang belum optimal di sebagian daerah,

keterbatasan dukungan operasional dan pembiayaan kegiatan UKS dll. Dari capaian diatas dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan pembinaan UKS oleh Puskesmas di Provinsi Maluku Utara tahun 2024 menunjukkan kinerja sangat baik dan melampaui target nasional 90%. Namun demikian, masih terdapat ketimpangan capaian antar kabupaten/kota, khususnya di Kepulauan Sula, yang memerlukan perhatian dan intervensi lebih lanjut.

c. Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut Anak Usia Sekolah

Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut Anak Usia Sekolah merupakan bagian penting dari upaya promotif dan preventif dalam menjaga kesehatan peserta didik. Penjaringan kesehatan gigi dan mulut di sekolah bertujuan untuk mendeteksi dini masalah kesehatan gigi, khususnya karies gigi, yang berpotensi mengganggu kualitas hidup, status gizi, konsentrasi belajar, serta kehadiran anak di sekolah. Hasil penjaringan anak usia sekolah di Provinsi Maluku Utara tahun 2024 menunjukkan bahwa masalah karies gigi masih ditemukan pada sebagian anak, dengan variasi yang cukup besar antar kabupaten/kota. Kondisi ini menggambarkan perbedaan akses, perilaku, dan intensitas pelayanan kesehatan gigi dan mulut di masing-masing wilayah. Berikut gambaran salah satu hasil pelaksanaan penjaringan anak sekolah yaitu pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut.

Gambar 5. 27 Persentase Hasil Pemeriksaan Kesehatan Gigi dan Mulut Anak Usia Sekolah melalui Penjaringan Kesehatan di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Berdasarkan data tahun 2024, persentase anak usia sekolah dengan masalah karies gigi per kabupaten/kota dengan persentase karies gigi tinggi yaitu Kabupaten Halmahera Barat (71,9%), Kabupaten Halmahera Timur (52,3%), dan Kabupaten Halmahera Utara (29,7%). Tingginya persentase karies gigi di wilayah ini mengindikasikan masih rendahnya perilaku pemeliharaan kesehatan gigi, keterbatasan akses pelayanan kesehatan gigi dan mulut, serta belum optimalnya kegiatan promotif dan preventif di sekolah. Sementara Kabupaten/Kota dengan persentase karies gigi sedang yaitu Kabupaten Halmahera Tengah (24,4%), Kabupaten Halmahera Selatan (21,3%), dan Kota Ternate (18,9%), kabupaten/kota ini menunjukkan bahwa meskipun sebagian besar anak telah terjangkau penjaringan, namun masalah karies gigi masih ditemukan dan memerlukan penguatan edukasi serta tindak lanjut pelayanan. Sedangkan Kabupaten/Kota dengan persentase karies gigi rendah yaitu Kota Tidore Kepulauan (14,5%), Kabupaten Pulau Morotai (11,1%), Kabupaten Kepulauan Sula (4,1%), dan Kabupaten Pulau Taliabu (0,9%). Rendahnya persentase karies gigi di wilayah ini dapat

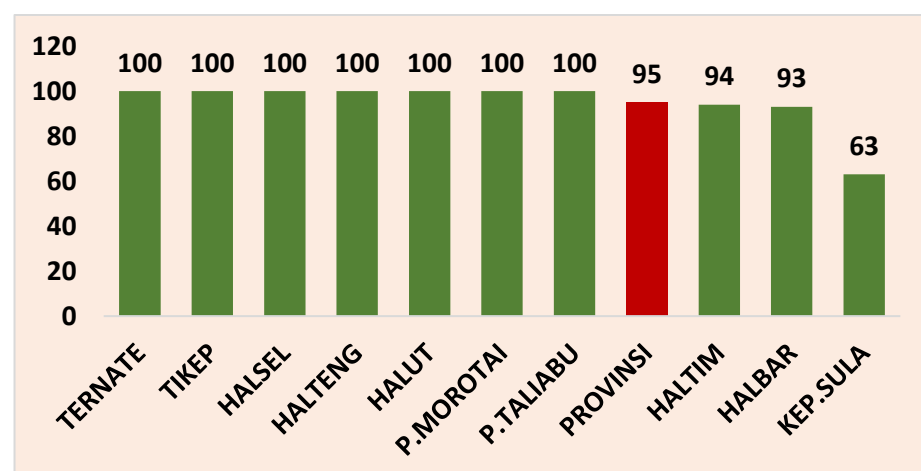
mencerminkan perilaku pemeliharaan kesehatan gigi yang lebih baik atau efektivitas kegiatan promotif dan preventif. Namun demikian, perlu dicermati kemungkinan faktor lain seperti keterbatasan cakupan penjangkaran atau pencatatan.

Hasil penjangkaran karies gigi mencerminkan kualitas dan jangkauan pelayanan kesehatan gigi dan mulut anak usia sekolah. Wilayah dengan persentase karies gigi tinggi menunjukkan perlunya penguatan pelayanan, khususnya dalam edukasi perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) terkait kebersihan gigi dan mulut, kegiatan sikat gigi massal dan penggunaan pasta gigi berfluor, peningkatan akses pelayanan kesehatan gigi di Puskesmas dan sekolah, dan tindak lanjut rujukan dan perawatan anak dengan karies gigi. Sebaliknya, wilayah dengan persentase karies gigi rendah perlu memastikan keberlanjutan kegiatan promotif dan preventif, serta memastikan bahwa data penjangkaran telah mencerminkan kondisi riil di lapangan. Masih banyak permasalahan dan kendala yang memengaruhi kondisi kesehatan gigi dan mulut anak usia sekolah diantaranya rendahnya kesadaran dan perilaku pemeliharaan kesehatan gigi sejak dini, keterbatasan tenaga kesehatan gigi di beberapa wilayah, belum optimalnya integrasi program kesehatan gigi dan mulut dengan UKS, dan tantangan geografis yang memengaruhi akses pelayanan kesehatan gigi. Dari data hasil penjangkaran tersebut dapat disimpulkan bahwa kesehatan gigi dan mulut anak usia sekolah di Provinsi Maluku Utara tahun 2024 menunjukkan bahwa masalah karies gigi masih menjadi isu kesehatan yang perlu mendapat perhatian serius, dengan variasi capaian yang signifikan antar kabupaten/kota. Penguatan pelayanan kesehatan gigi dan mulut berbasis sekolah menjadi kunci untuk menurunkan prevalensi karies gigi dan meningkatkan kualitas kesehatan anak usia sekolah.

## d. Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)

Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) merupakan upaya strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan remaja melalui pelayanan yang ramah, mudah diakses, dan sesuai dengan kebutuhan remaja. Program PKPR berfokus pada upaya promotif, preventif, dan kuratif, termasuk kesehatan reproduksi remaja, pencegahan anemia, kesehatan mental, serta pencegahan perilaku berisiko. Indikator Persentase Puskesmas Melaksanakan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja digunakan untuk mengukur ketersediaan dan keberlangsungan layanan PKPR di tingkat Puskesmas. Target nasional indikator ini pada tahun 2024 ditetapkan sebesar 90%. Capaian Provinsi Maluku Utara mencapai 95%, yang berarti melampaui target nasional dan mencerminkan kinerja program PKPR yang sangat baik. Berikut gambaran pelaksanaan penjangkaran anak sekolah melalui indikator Persentase Puskesmas Melaksanakan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja Provinsi Maluku Utara tahun 2024.

Gambar 5. 28 Persentase Puskesmas Melaksanakan Penjangkaran Kesehatan di Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Berdasarkan data capaian tahun 2024, kinerja kabupaten/kota terhadap target nasional 90% dapat dianalisis bahwa hampir Kabupaten/Kota yang telah melampaui target 90%

dengan demikian menunjukkan bahwa hampir seluruh Puskesmas telah menyelenggarakan pelayanan PKPR secara aktif dan berkesinambungan kecuali Kabupaten Kepulauan Sula (63%). Capaian Kepulauan Sula masih berada jauh di bawah target nasional, yang mengindikasikan perlunya penguatan signifikan dalam pelaksanaan pelayanan PKPR.

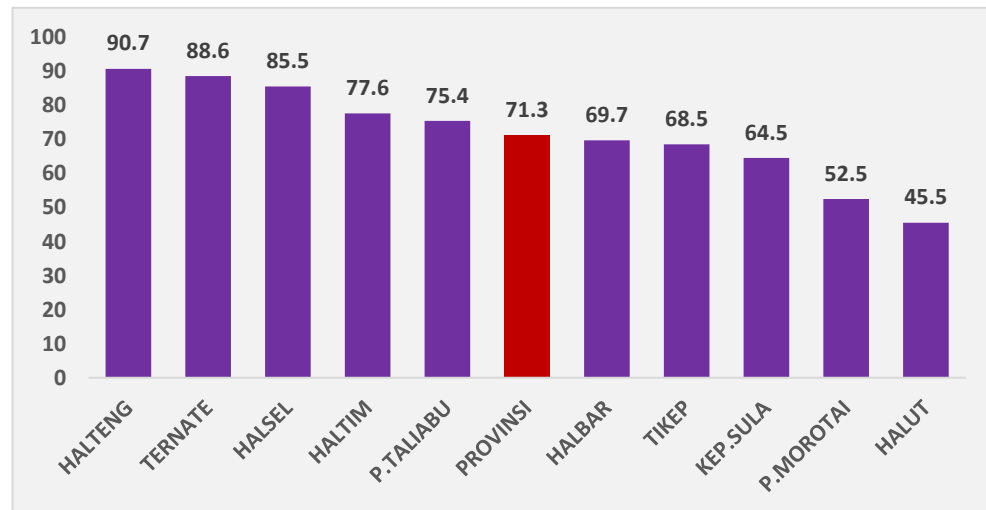
Tingginya persentase Puskesmas yang melaksanakan PKPR menunjukkan meningkatnya akses remaja terhadap pelayanan kesehatan yang ramah dan responsif. Program PKPR berperan penting dalam peningkatan pengetahuan dan perilaku hidup sehat pada remaja, pencegahan anemia remaja dan masalah gizi, pencegahan kehamilan remaja dan penyakit menular seksual, deteksi dini masalah kesehatan mental dan perilaku berisiko. Kabupaten/kota dengan capaian tinggi mencerminkan kuatnya komitmen pemerintah daerah dan efektivitas integrasi PKPR ke dalam pelayanan Puskesmas. Sebaliknya, capaian yang rendah berpotensi menimbulkan kesenjangan layanan kesehatan remaja dan meningkatkan risiko masalah kesehatan pada kelompok usia remaja. Namun masih ada beberapa permasalahan yang memengaruhi capaian indikator PKPR diantaranya keterbatasan tenaga kesehatan terlatih dalam pelayanan kesehatan remaja, tantangan geografis dan aksesibilitas wilayah, khususnya di daerah kepulauan, rendahnya pemanfaatan layanan PKPR oleh remaja di beberapa wilayah, koordinasi lintas sektor dan lintas program yang belum optimal. Dengan demikian secara umum disimpulkan pelaksanaan Program PKPR di Provinsi Maluku Utara tahun 2024 menunjukkan kinerja sangat baik dan melampaui target nasional 90%. Namun demikian, masih terdapat ketimpangan capaian antarwilayah, terutama di Kepulauan Sula, yang memerlukan perhatian dan intervensi lebih lanjut untuk memastikan pemerataan pelayanan kesehatan remaja.

### C. GIZI

Program Gizi Masyarakat merupakan salah satu pilar utama pembangunan kesehatan yang berfokus pada perlindungan tumbuh kembang balita sejak dini. Salah satu indikator kunci dalam program ini adalah Persentase Balita Ditimbang (D/S), yang mencerminkan tingkat jangkauan pelayanan pemantauan pertumbuhan balita melalui Posyandu dan fasilitas pelayanan kesehatan dasar. Indikator D/S memiliki nilai strategis karena menjadi pintu masuk utama sistem surveilans gizi balita. Tingginya capaian D/S memastikan bahwa pertumbuhan balita dapat dipantau secara rutin dan berkesinambungan, sehingga gangguan gizi seperti gizi kurang, wasting, dan stunting dapat dideteksi secara dini dan ditangani tepat waktu. Sebaliknya, rendahnya capaian D/S secara langsung melemahkan kemampuan sistem kesehatan dalam mengenali dan mengendalikan masalah gizi balita.

Target minimal 85% ditetapkan untuk menjamin bahwa sebagian besar balita di suatu wilayah telah terjangkau layanan pemantauan pertumbuhan. Pencapaian target ini tidak hanya mencerminkan kinerja Posyandu dan kader, tetapi juga menggambarkan tingkat partisipasi keluarga, dukungan pemerintah daerah, serta efektivitas penggerakan masyarakat dalam upaya perbaikan gizi. Pada tahun 2024, capaian Persentase Balita Ditimbang (D/S) di Provinsi Maluku Utara sebesar 71,3%, yang menunjukkan bahwa masih terdapat sebagian besar balita yang belum terpantau pertumbuhannya secara rutin. Kondisi ini mengindikasikan adanya tantangan dalam jangkauan pelayanan gizi, khususnya di wilayah dengan keterbatasan akses geografis dan rendahnya partisipasi masyarakat. Apabila tidak ditangani secara sistematis, capaian D/S yang rendah berpotensi menghambat upaya penurunan stunting dan peningkatan kualitas sumber daya manusia di Provinsi Maluku Utara. Dengan demikian, penguatan capaian indikator D/S menjadi agenda prioritas Program Gizi Masyarakat, karena keberhasilan indikator ini akan menentukan efektivitas intervensi gizi lanjutan dan keberhasilan pencapaian target pembangunan kesehatan daerah.

Gambar 5. 29 Persentase Balita Ditimbang (D/S) Per-Kab/Kota di Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Berdasarkan data tahun 2024, capaian indikator D/S per kabupaten/kota menunjukkan Kabupaten/Kota yang telah mencapai atau melampaui target minimal 85% adalah Kabupaten Halmahera Tengah (90,7%), Kota Ternate (88,6%), dan Kabupaten Halmahera Selatan (85,5%) dapat dikatakan Wilayah ini menunjukkan tingkat partisipasi balita dalam kegiatan penimbangan yang baik, mencerminkan peran aktif Posyandu, kader, dan dukungan masyarakat. Sementara Kabupaten/Kota dengan capaian mendekati target yaitu Kabupaten Halmahera Timur (77,6%) dan Kabupaten Pulau Taliabu (75,4%). Wilayah ini memerlukan penguatan kegiatan Posyandu dan peningkatan kehadiran balita agar dapat mencapai target minimal. Sedangkan Kabupaten/Kota dengan capaian rendah yaitu Kabupaten Halmahera Barat (69,7%), Kota Tidore Kepulauan (68,5%), Kabupaten Kepulauan Sula (64,5%), Kabupaten Pulau Morotai (52,5%), dan Kabupaten Halmahera Utara (45,5%). Hal ini menunjukkan masih terbatasnya partisipasi balita dalam penimbangan rutin, yang berpotensi menghambat deteksi dini masalah gizi.

Persentase balita ditimbang merupakan indikator kunci dalam pemantauan status gizi balita. Capaian D/S yang tinggi memungkinkan pemantauan pertumbuhan balita secara rutin dan berkesinambungan, deteksi dini gizi kurang, wasting, dan stunting, pelaksanaan intervensi

gizi yang tepat waktu, dan edukasi orang tua terkait pemberian makan dan pola asuh. Sebaliknya, capaian D/S yang rendah berpotensi menyebabkan masalah gizi tidak terdeteksi sejak dini, meningkatkan risiko gizi kurang dan stunting, serta berdampak pada kualitas tumbuh kembang balita. Selain permasalahan diatas ada beberapa permasalahan yang memengaruhi capaian indikator D/S diantaranya rendahnya kehadiran balita ke Posyandu secara rutin, keterbatasan jumlah dan kapasitas kader Posyandu di beberapa wilayah, tantangan geografis dan aksesibilitas wilayah, khususnya daerah kepulauan, dan Kurangnya pemahaman masyarakat tentang pentingnya penimbangan rutin balita. Sehingga dapat disimpulkan bahwa Capaian indikator Persentase Balita Ditimbang (D/S) di Provinsi Maluku Utara tahun 2024 menunjukkan kinerja belum optimal dan belum mencapai target minimal 85%. Ketimpangan capaian antar kabupaten/kota masih menjadi tantangan utama dalam pelaksanaan Program Gizi Masyarakat

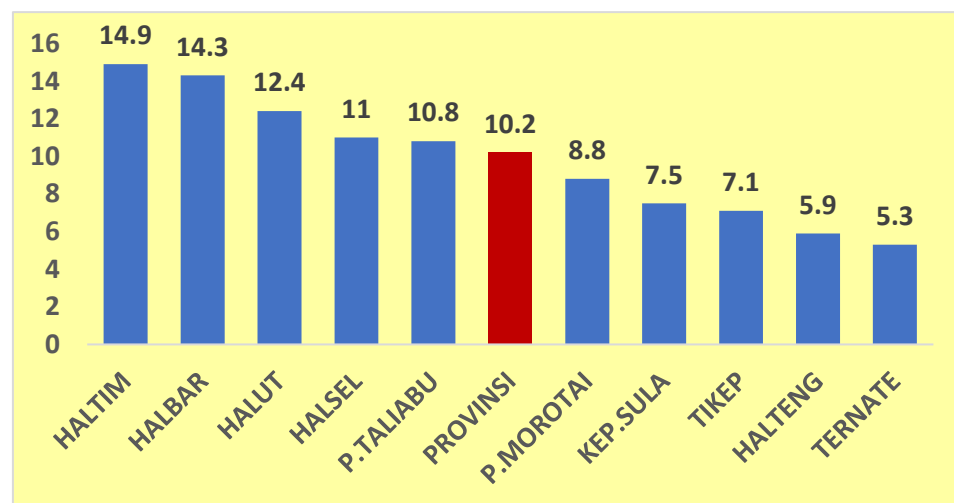
### 1. Prevalensi *Underweight* pada Balita

Prevalensi balita *underweight* (berat badan menurut umur di bawah standar) merupakan indikator penting dalam Program Gizi Masyarakat yang mencerminkan status gizi akut dan kronis pada balita. Indikator ini menjadi salah satu ukuran keberhasilan intervensi gizi spesifik dan sensitif, termasuk pemantauan pertumbuhan, pemberian makanan tambahan, edukasi gizi keluarga, serta pelayanan kesehatan ibu dan anak. Target prevalensi *underweight* ditetapkan maksimal 14%, dengan prinsip bahwa semakin rendah angka prevalensi, semakin baik capaian kinerja program gizi. Oleh karena itu, capaian di atas target menunjukkan masih adanya permasalahan gizi balita yang perlu mendapatkan perhatian khusus.

Pada tahun 2024, prevalensi balita *underweight* Provinsi Maluku Utara tercatat sebesar 10,2%, yang berarti telah berada di bawah target nasional 14%. Capaian ini menunjukkan bahwa secara agregat, Program Gizi Masyarakat di Provinsi Maluku Utara telah berjalan cukup efektif dalam menekan kasus gizi kurang pada balita.

Namun demikian, capaian provinsi tersebut masih menyembunyikan disparitas antar kabupaten/kota yang cukup signifikan, sehingga diperlukan analisis lebih lanjut pada level wilayah. Gambaran prevalensi balita *underweight* per kabupaten kota sesuai gambar dibawah ini.

Gambar 5. 30 Prevalensi Balita *Underweight* Per-Kabupaten/Kota di Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Berdasarkan data per kabupaten/kota, capaian prevalensi *underweight* menunjukkan variasi yaitu Kabupaten/Kota dengan Prevalensi *underweight* masih tinggi dari Target yaitu Kabupaten Halmahera Timur (14,9%) dan Kabupaten Halmahera Barat (14,3%). Dua kabupaten ini masih mencatat prevalensi balita *underweight* di atas ambang batas target 14%, yang mengindikasikan perlunya penguatan intervensi gizi secara lebih terarah, khususnya pada kelompok balita berisiko. Sementara Kabupaten/Kota dengan Prevalensi di bawah target yaitu Kabupaten Halmahera Utara (12,4%), Kabupaten Halmahera Selatan (11,0%), dan Kabupaten Pulau Taliabu (10,8%). Wilayah-wilayah ini telah berada di bawah target, namun masih membutuhkan upaya pemantapan program agar penurunan prevalensi dapat berlanjut dan berkelanjutan. Sedangkan Kabupaten/Kota dengan Capaian Baik (Prevalensi Rendah) yaitu Kabupaten Pulau Morotai (8,8%), Kabupaten Kepulauan Sula (7,5%), Kota Tidore Kepulauan (7,1%),

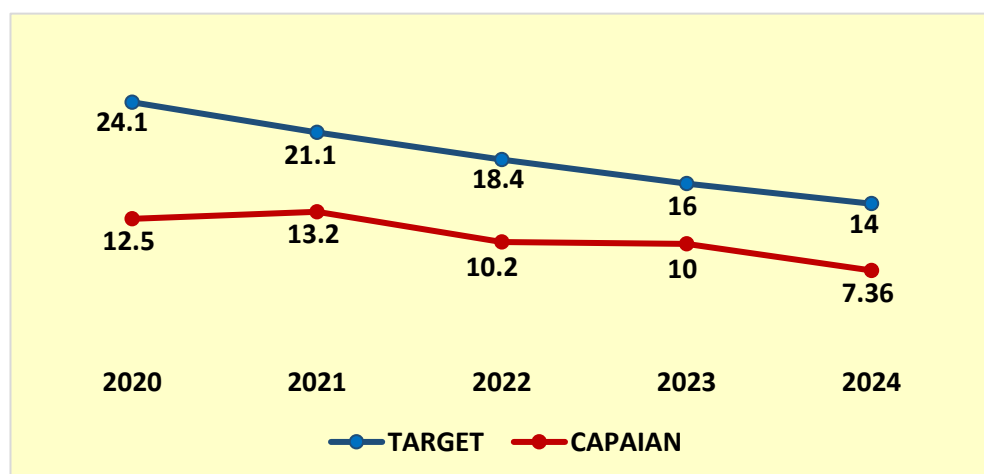
Kabupaten Halmahera Tengah (5,9%), dan Kota Ternate (5,3%). Kabupaten/kota tersebut menunjukkan capaian yang sangat baik, mencerminkan efektivitas pemantauan pertumbuhan, partisipasi masyarakat dalam Posyandu, serta dukungan lintas program dan lintas sektor dalam upaya perbaikan gizi balita.

Meskipun capaian provinsi sudah memenuhi target, masih terdapat beberapa isu dan tantangan diantaranya ketimpangan capaian antar wilayah, terutama di kabupaten dengan prevalensi di atas target, keterbatasan akses pelayanan gizi dan kesehatan dasar di wilayah tertentu, masih perlunya penguatan pemantauan pertumbuhan balita secara rutin dan berkualitas, dan faktor sosial ekonomi dan pola asuh keluarga yang memengaruhi status gizi balita. Namun secara umum, capaian prevalensi balita underweight di Provinsi Maluku Utara tahun 2024 telah memenuhi target yang ditetapkan, dengan angka provinsi sebesar 10,2%. Namun, keberhasilan ini belum merata di seluruh kabupaten/kota. Oleh karena itu, fokus kebijakan ke depan perlu diarahkan pada wilayah dengan prevalensi di atas dan mendekati target, melalui penguatan intervensi gizi spesifik, peningkatan cakupan pemantauan pertumbuhan, serta sinergi lintas sektor dalam penanggulangan masalah gizi balita.

## 2. Prevalensi *Stunting* pada Balita

Stunting merupakan permasalahan gizi kronis yang berdampak jangka panjang terhadap kualitas sumber daya manusia dan menjadi salah satu prioritas pembangunan kesehatan di Provinsi Maluku Utara. Upaya percepatan penurunan stunting dilaksanakan melalui intervensi gizi spesifik dan sensitif yang terintegrasi, dengan pemantauan kinerja menggunakan dua sumber data utama, yaitu E-PPGBM sebagai data rutin layanan dan Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) sebagai data survei nasional. Berikut adalah trend capaian indikator Prevalensi Balita Stunting Di Provinsi Maluku Utara Tahun 2020- 2024 versi aplikasi E-PPGBM.

Gambar 5. 31 Tren Prevalensi Balita Stunting Per-Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara Tahun 2020- 2024

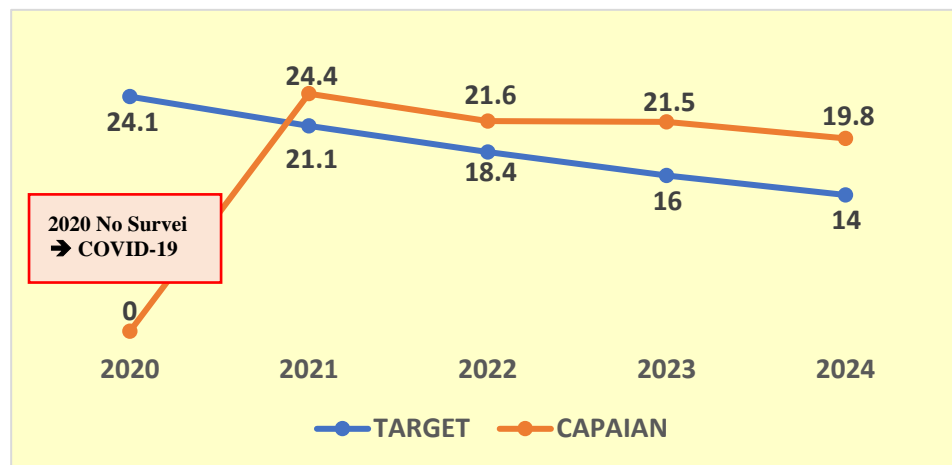


Sumber : E-PPGBM Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Berdasarkan hasil analisis data E-PPGBM, prevalensi stunting balita di Provinsi Maluku Utara menunjukkan tren penurunan yang sangat signifikan dan konsisten dalam lima tahun terakhir. Pada tahun 2024, prevalensi stunting tercatat sebesar 7,36%, jauh di bawah target nasional sebesar 14%. Capaian ini mencerminkan bahwa intervensi gizi spesifik melalui pelayanan kesehatan dasar, Posyandu, serta pemantauan pertumbuhan balita telah berjalan efektif dan berada dalam jalur pencapaian target. Data E-PPGBM menggambarkan keberhasilan kinerja operasional sektor kesehatan dalam menjangkau

balita yang aktif mengakses pelayanan. Sementara data tren SSGI adalah berikut :

Gambar 5. 32 Tren Prevalensi Balita Stunting Per-Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara Tahun 2020- 2024



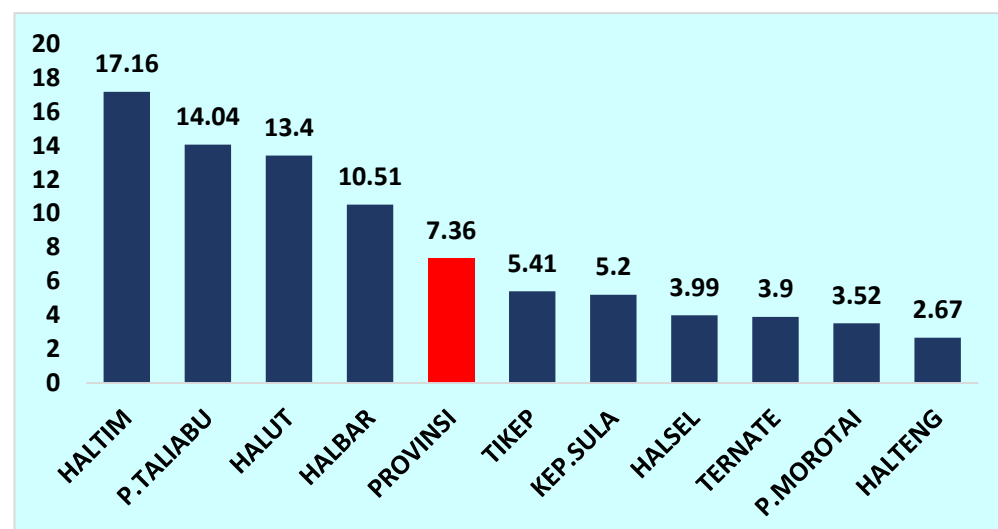
Sumber : Survei (/SSGI) TAHUN 2021– 2024

Namun demikian, berdasarkan hasil Survei Status Gizi Indonesia (SSGI), prevalensi stunting di Provinsi Maluku Utara tahun 2024 tercatat sebesar 19,8%. Meskipun angka ini menunjukkan tren penurunan dibandingkan tahun-tahun sebelumnya, capaian tersebut masih berada di atas target nasional 14%. Data SSGI menggambarkan kondisi stunting secara populasi dan menangkap pengaruh faktor struktural di luar sektor kesehatan, seperti kondisi sosial ekonomi, sanitasi lingkungan, ketahanan pangan rumah tangga, serta pola asuh keluarga.

Perbedaan capaian antara data E-PPGBM dan SSGI tidak menunjukkan adanya inkonsistensi kinerja, melainkan mencerminkan perbedaan ruang lingkup dan pendekatan pengukuran. E-PPGBM menilai hasil dari balita yang telah terjangkau layanan kesehatan, sementara SSGI menilai kondisi seluruh populasi balita, termasuk kelompok yang belum terakses layanan secara optimal. Oleh karena itu, capaian E-PPGBM menegaskan bahwa program telah berjalan efektif, sedangkan hasil SSGI menegaskan bahwa tantangan stunting masih memerlukan penguatan intervensi lintas sektor.

Secara keseluruhan, gambaran stunting di Provinsi Maluku Utara menunjukkan bahwa upaya penurunan stunting telah berada pada jalur yang benar, dengan kinerja pelayanan kesehatan yang kuat sebagaimana tercermin dalam data E-PPGBM. Namun demikian, hasil survei SSGI mengindikasikan bahwa upaya percepatan masih perlu ditingkatkan, terutama melalui penguatan intervensi gizi sensitif dan kolaborasi lintas sektor, agar penurunan stunting dapat lebih merata dan berkelanjutan di seluruh wilayah. Sebagai gambaran capaian indikator Prevalensi Balita Stunting Per-Kabupaten/Kota sebagai berikut :

Gambar 5. 33 Prevalensi Balita Stunting Per-Kabupaten/Kota Provinsi Maluku Utara dan Nasional Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Berdasarkan data tahun 2024, capaian prevalensi stunting balita di Provinsi Maluku Utara menunjukkan variasi antar kabupaten/kota, dengan uraian sebagai berikut: untuk kabupaten/kota dengan Prevalensi di Atas Target 14% yaitu Kabupaten Halmahera Timur: 17,16%, dan Kabupaten Pulau Taliabu: 14,04%. Kedua kabupaten ini masih belum mencapai target nasional, sehingga menjadi prioritas intervensi. Kondisi ini mengindikasikan masih adanya tantangan pada faktor determinan stunting, seperti akses pelayanan gizi, kondisi sosial ekonomi, dan faktor lingkungan. Selanjutnya untuk kabupaten kota Mendekati Target 14% yaitu Kabupaten Halmahera Utara: 13,4%, dan Kabupaten Halmahera Barat: 10,51%. Kedua Kabupaten ini telah

mencapai target, namun masih memerlukan penguatan upaya pencegahan agar prevalensi stunting dapat terus ditekan dan tidak mengalami peningkatan kembali. Sedangkan Kabupaten Kota dengan Capaian Baik <10% yaitu Kota Tidore Kepulauan: 5,41%, Kabupaten Kepulauan Sula: 5,20%, Kabupaten Halmahera Selatan: 3,99%, Kota Ternate: 3,90%, Kabupaten Pulau Morotai: 3,52%, dan Kabupaten Halmahera Tengah: 2,67%. Keenam kabupaten kota ini menunjukkan capaian sangat baik, jauh di bawah target nasional, yang mencerminkan efektivitas pelaksanaan intervensi gizi spesifik, pemantauan pertumbuhan balita, serta dukungan lintas sektor yang relatif kuat. Sementara untuk Capaian Tingkat Provinsi Maluku Utara yaitu 7,36%, berada jauh di bawah target 14%, menunjukkan bahwa secara agregat Program Gizi Masyarakat telah berjalan sangat efektif.

Sebagian besar kabupaten/kota di Provinsi Maluku Utara telah berhasil menurunkan prevalensi stunting hingga berada di bawah target nasional, bahkan beberapa wilayah menunjukkan capaian yang sangat rendah (<5%). Hal ini menandakan bahwa intervensi gizi spesifik melalui layanan kesehatan dasar dan pemantauan pertumbuhan balita telah memberikan dampak positif. Namun demikian, masih terdapat ketimpangan capaian antar wilayah, khususnya pada kabupaten yang prevalensi stuntingnya masih di atas target. Kondisi ini menunjukkan perlunya pendekatan wilayah prioritas, dengan penguatan intervensi gizi sensitif dan kolaborasi lintas sector dengan adanya beberapa isu ketimpangan capaian antar kabupaten/kota masih cukup nyata, kabupaten kota dengan prevalensi di atas target memerlukan penguatan intervensi terpadu, kabupaten kota dengan capaian sangat baik perlu menjaga keberlanjutan program agar tidak terjadi rebound stunting. Dapat disimpulkan bahwa pada tahun 2024, prevalensi stunting balita di Provinsi Maluku Utara secara umum telah melampaui target nasional 14%, dengan capaian provinsi sebesar 7,36%. Sebagian besar kabupaten/kota menunjukkan kinerja yang sangat baik, namun masih terdapat beberapa wilayah yang belum mencapai target dan perlu menjadi fokus prioritas kebijakan ke depan.

### 3. Prevalensi *Wasting* pada Balita

Prevalensi *wasting* pada balita merupakan indikator dalam Program Gizi Masyarakat yang mencerminkan kondisi gizi akut akibat kekurangan asupan gizi dalam jangka pendek dan/atau penyakit infeksi. *Wasting* memiliki dampak langsung terhadap peningkatan risiko kesakitan dan kematian balita, sehingga penanganannya menjadi prioritas utama pelayanan kesehatan dasar. Indikator ini berfungsi sebagai *early warning system* terhadap kerentanan gizi balita, karena perubahan prevalensi *wasting* dapat terjadi secara cepat seiring dengan perubahan kondisi kesehatan, lingkungan, dan ketahanan pangan rumah tangga. Oleh karena itu, pengendalian *wasting* menjadi tolok ukur utama kecepatan dan efektivitas intervensi gizi spesifik, seperti pemantauan pertumbuhan balita, tatalaksana gizi buruk dan gizi kurang, serta pengendalian penyakit infeksi. Target prevalensi *wasting* ditetapkan maksimal 7%, dengan prinsip bahwa semakin rendah angka *wasting*, semakin baik kualitas perlindungan kesehatan balita. Pencapaian target ini menunjukkan bahwa sistem pelayanan kesehatan mampu melakukan deteksi dini kasus gizi akut, menyediakan tatalaksana gizi yang tepat dan berkelanjutan, dan menjamin akses balita terhadap pelayanan kesehatan dan gizi dasar. Indikator prevalensi *wasting* tidak hanya mencerminkan capaian program sektor kesehatan, tetapi juga menggambarkan ketahanan sistem pelayanan dalam merespons risiko kesehatan balita secara cepat dan tepat. Oleh karena itu, keberhasilan menekan prevalensi *wasting* merupakan prasyarat penting dalam menjaga kelangsungan penurunan stunting dan peningkatan kualitas tumbuh kembang balita di Provinsi Maluku Utara. Berikut adalah trend capaian indikator Prevalensi Balita *Wasting* (Bb/Tb) Usia 0-59 Bulan Di Provinsi Maluku Utara Tahun 2020- 2020 versi aplikasi E-PPGBM.

Gambar 5. 34 Prevalensi Balita Wasting (Bb/Tb) Usia 0-59 Bulan Menurut Kab/Kota di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



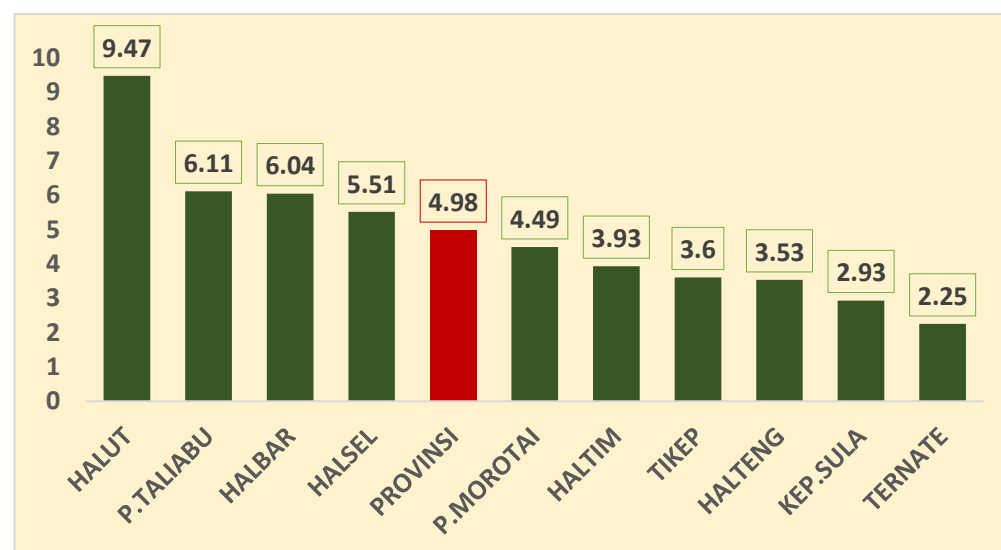
Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Berdasarkan data lima tahun terakhir, prevalensi wasting di Provinsi Maluku Utara menunjukkan tren penurunan yang konsisten dan berkelanjutan, dengan uraian sebagai berikut: pada tahun 2020, target 8,7% dengan capaian Capaian: 6,4% artinya capaian sudah berada di bawah target, menunjukkan respons awal program terhadap kasus gizi akut. Selanjutnya pada tahun 2021 target: 7,8% hasil Capaian: 6,1% artinya terjadi penurunan dibanding tahun sebelumnya, menandakan keberlanjutan upaya penanganan wasting. Selanjutnya Tahun 2022 dengan target: 7,5% hasil Capaian: 6,03% hal ini menunjukkan penurunan relatif stabil, mencerminkan konsistensi intervensi gizi spesifik. Berikutnya pada Tahun 2024 dengan target: 7,3% dan hasil Capaian: 5,5% menunjukkan penurunan semakin signifikan, menunjukkan peningkatan efektivitas layanan deteksi dan tatalaksana wasting. Sedangkan pada Tahun 2024 dengan target: 7,0% hasil Capaian: 4,9% menunjukkan Capaian jauh melampaui target, menandakan kinerja Program Gizi Masyarakat sangat baik. Secara keseluruhan, prevalensi wasting berhasil ditekan secara konsisten dan berada di bawah target pada seluruh periode 2020–2024.

Penurunan prevalensi wasting hingga 4,9% pada tahun 2024 menunjukkan bahwa Program Gizi Masyarakat di Provinsi Maluku Utara telah efektif dalam deteksi dini kasus gizi akut, mampu menjalankan tatalaksana wasting secara berkesinambungan, didukung

oleh peningkatan cakupan pelayanan kesehatan balita, dan memperkuat fungsi rujukan dan pemulihan gizi. Capaian ini menunjukkan bahwa intervensi gizi spesifik terhadap kondisi gizi akut telah berjalan optimal. Meskipun capaian sangat baik, beberapa isu tetap perlu diperhatikan risiko wasting dapat meningkat sewaktu-waktu akibat penyakit infeksi dan kerentanan pangan, diperlukan pemantauan pertumbuhan balita yang berkelanjutan, dan penguatan edukasi gizi keluarga perlu terus dilakukan untuk mencegah kasus baru. Sehingga dapat disimpulkan bahwa capaian prevalensi wasting pada balita di Provinsi Maluku Utara tahun 2024 sebesar 4,9% menunjukkan bahwa target maksimal 7% telah terlampaui secara signifikan. Tren penurunan yang konsisten sejak tahun 2020 menegaskan bahwa Program Gizi Masyarakat berjalan efektif dalam menekan gizi akut pada balita. Ke depan, fokus kebijakan diarahkan pada pemeliharaan capaian, penguatan surveilans gizi, serta pencegahan kasus wasting baru, guna menjamin keberlanjutan hasil yang telah dicapai. Lebih lengkap gambaran capaian indikator Prevalensi Balita Wasting (Bb/Tb) Usia 0-59 Bulan Per-Kabupaten/Kota sebagai berikut:

Gambar 5. 35 Prevalensi Balita Wasting (Bb/Tb) Usia 0-59 Per-Kabupaten/Kota Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Berdasarkan data tahun 2024, capaian prevalensi wasting balita di Provinsi Maluku Utara menunjukkan variasi antar kabupaten/kota, dengan uraian sebagai berikut: Kabupaten/Kota dengan Prevalensi di Atas Target 7%, adalah Kabupaten Halmahera Utara: 9,47%, kategori belum mencapai target, sehingga menjadi prioritas penanganan wasting. Kondisi ini mengindikasikan masih adanya kasus gizi akut yang memerlukan penguatan pemantauan pertumbuhan, tatalaksana gizi, dan pencegahan penyakit infeksi serta sistem pencatatan dan pelaporan yang belum maksimal. Selanjutnya Kabupaten/Kota yang mendekati Target 7% yaitu Kabupaten Pulau Taliabu: 6,11%, Kabupaten Halmahera Barat: 6,04%, dan Kabupaten Halmahera Selatan: 5,51%, ketiga kabupaten ini telah mencapai target, namun masih berada pada zona waspada, sehingga diperlukan upaya pencegahan berkelanjutan untuk menurunkan prevalensi lebih lanjut. Sedangkan Kabupaten/Kota dengan capaian Baik (<5%) yaitu Kabupaten Pulau Morotai: 4,49%, Kabupaten Halmahera Timur: 3,93%, Kota Tidore Kepulauan: 3,60%, Kabupaten Halmahera Tengah: 3,53%, Kabupaten Kepulauan Sula: 2,93%, dan Kota Ternate: 2,25%, yang menunjukkan capaian sangat baik, mencerminkan efektivitas deteksi dini dan tatalaksana wasting yang berjalan optimal. Sementara capaian Tingkat Provinsi Maluku Utara yaitu 4,98% berada jauh di bawah target 7%, menunjukkan bahwa secara agregat Program Gizi Masyarakat telah berjalan sangat efektif.

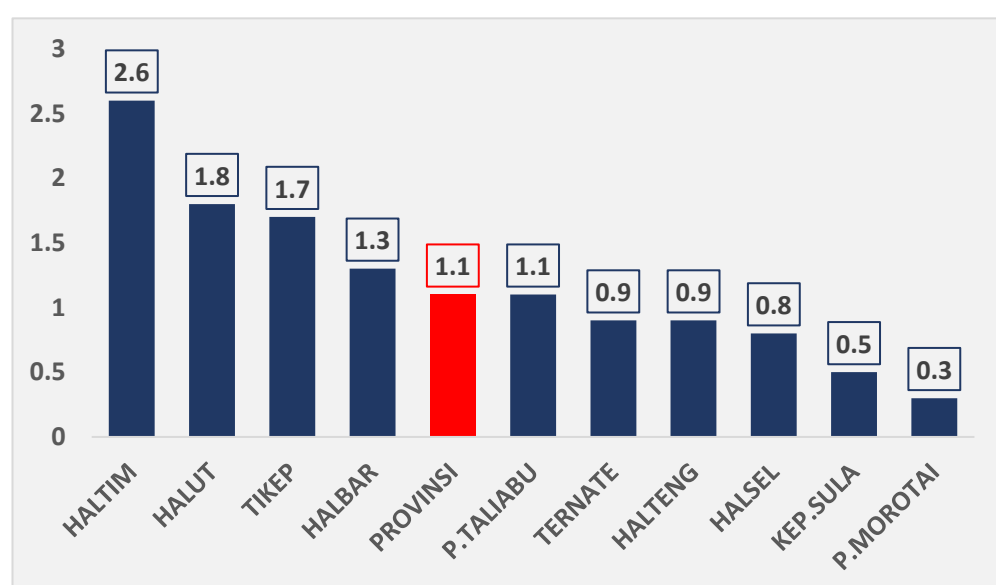
Sebagian besar kabupaten/kota di Provinsi Maluku Utara telah berhasil menekan prevalensi wasting hingga berada di bawah target nasional. Hal ini menandakan bahwa sistem pelayanan kesehatan balita, khususnya dalam deteksi dini dan penanganan gizi akut, telah berjalan dengan baik. Namun demikian, masih terdapat ketimpangan capaian antar wilayah, dengan Halmahera Utara sebagai satu-satunya wilayah yang prevalensi wastingnya masih di atas target. Kondisi ini menunjukkan perlunya intervensi terfokus berbasis wilayah, terutama pada penguatan pemantauan pertumbuhan balita dan respons cepat terhadap kasus gizi akut. Selain itu ada beberapa isu permasalahan yang perlu menjadi perhatian yaitu masih terdapat kabupaten/kota dengan prevalensi wasting di atas target, risiko peningkatan wasting

dapat muncul sewaktu-waktu akibat penyakit infeksi dan kerentanan pangan, dan Perlu menjaga keberlanjutan capaian di wilayah dengan prevalensi rendah. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa untuk tahun 2024, prevalensi wasting balita di Provinsi Maluku Utara secara umum telah melampaui target maksimal 7%, dengan capaian provinsi sebesar 4,98%. Mayoritas kabupaten/kota menunjukkan kinerja yang baik hingga sangat baik, namun masih terdapat wilayah prioritas yang memerlukan penguatan intervensi guna memastikan pengendalian wasting yang merata dan berkelanjutan.

#### 4. Prevalensi *Overweight* pada Balita

Prevalensi overweight pada balita merupakan indikator penting untuk menilai keseimbangan status gizi sejak usia dini. Overweight pada balita tidak hanya mencerminkan kelebihan asupan energi, tetapi juga menjadi indikator awal risiko penyakit tidak menular di masa depan, seperti diabetes dan hipertensi. Dalam konteks pembangunan kesehatan, overweight balita menandai terjadinya transisi masalah gizi, di mana persoalan gizi kurang masih berlangsung bersamaan dengan mulai meningkatnya gizi lebih (*double burden of malnutrition*).

Gambar 5. 36 Prevalensi Balita Overweight Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Survei Kesehatan Indonesia Tahun 2024

Berdasarkan gambar di atas, pada tahun 2024 prevalensi overweight balita di Provinsi Maluku Utara tercatat sebesar 1,1%, yang secara umum masih tergolong rendah. Capaian ini menunjukkan bahwa secara makro, masalah gizi lebih pada balita belum menjadi isu dominan dibandingkan stunting dan wasting. Namun demikian, variasi capaian antar kabupaten/kota menunjukkan bahwa fenomena overweight mulai muncul di wilayah tertentu dan memerlukan perhatian dini.

Kabupaten Halmahera Timur mencatat prevalensi overweight tertinggi sebesar 2,6%, diikuti oleh Halmahera Utara (1,8%) dan Tidore Kepulauan (1,7%). Capaian ini mengindikasikan adanya perubahan pola konsumsi dan pola asuh, khususnya di wilayah dengan akses pangan lebih baik, urbanisasi yang meningkat, serta paparan makanan olahan dan tinggi gula/lemak yang semakin luas. Sebaliknya, beberapa kabupaten/kota seperti Pulau Morotai (0,3%), Kepulauan Sula (0,5%), dan Halmahera Selatan (0,8%) menunjukkan prevalensi yang sangat rendah. Kondisi ini menggambarkan bahwa tantangan utama di wilayah tersebut masih didominasi oleh gizi kurang, sehingga isu overweight belum menonjol.

Meskipun prevalensi overweight balita di Provinsi Maluku Utara masih rendah, terdapat beberapa permasalahan strategis yang perlu dicermati yaitu munculnya Gejala Awal Double Burden of Malnutrition, beberapa kabupaten/kota mulai menunjukkan prevalensi overweight yang lebih tinggi dari rata-rata provinsi, sementara pada saat yang sama masih menghadapi masalah stunting dan wasting. Kondisi ini berpotensi menimbulkan beban gizi ganda apabila tidak ditangani secara seimbang, perubahan Pola Konsumsi dan Pola Asuh Balita, peningkatan akses terhadap makanan siap saji, minuman manis, dan camilan tinggi energi namun rendah zat gizi mulai memengaruhi pola makan balita, khususnya di wilayah perkotaan dan semi perkotaan. Edukasi gizi seimbang belum sepenuhnya diterapkan secara konsisten di tingkat keluarga, pemahaman Masyarakat yang Masih Terbatas Persepsi bahwa balita gemuk adalah tanda sehat masih cukup kuat di

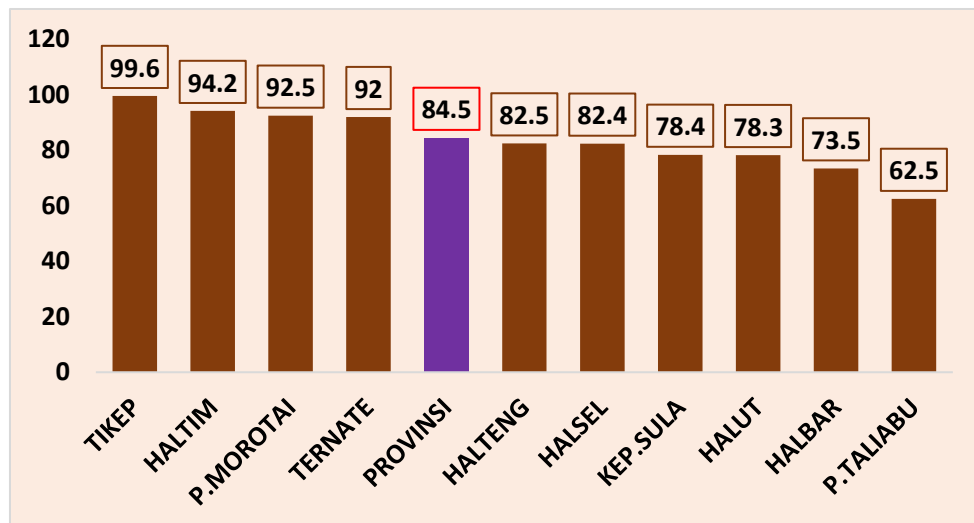
sebagian masyarakat, sehingga risiko overweight sering tidak disadari dan tidak dianggap sebagai masalah kesehatan, fokus Program yang Masih Dominan pada Gizi Kurang, intervensi gizi masih lebih terfokus pada penanganan stunting dan wasting, sementara upaya pencegahan gizi lebih seperti promosi aktivitas fisik dan pengendalian konsumsi gula, garam, dan lemak pada balita belum optimal, belum Optimalnya Integrasi Edukasi Gizi Seimbang, kegiatan pemantauan pertumbuhan di Posyandu dan Puskesmas belum seluruhnya diikuti dengan konseling yang komprehensif terkait pencegahan gizi lebih, sehingga peluang intervensi dini belum dimanfaatkan secara maksimal. Secara keseluruhan, permasalahan utama pada indikator overweight balita di Provinsi Maluku Utara bukan terletak pada tingginya prevalensi, melainkan pada potensi peningkatan di masa mendatang apabila tidak dilakukan langkah pencegahan sejak dini. Oleh karena itu, penguatan edukasi gizi seimbang dan pola asuh sehat perlu dilakukan secara paralel dengan upaya penurunan gizi kurang, agar tidak terjadi pergeseran masalah gizi yang justru menimbulkan tantangan baru.

## **D. UPAYA PENCEGAHAN DAN PENANGANAN MASALAH GIZI**

### **1. Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan Pemberian ASI Eksklusif**

Inisiasi Menyusu Dini (IMD) merupakan intervensi gizi spesifik yang sangat strategis dalam upaya pencegahan masalah gizi sejak awal kehidupan. Pelaksanaan IMD terbukti berperan penting dalam meningkatkan keberhasilan pemberian ASI eksklusif, memperkuat daya tahan tubuh bayi baru lahir, serta menurunkan risiko kejadian gizi kurang, infeksi, dan kematian neonatal. Oleh karena itu, indikator IMD ditetapkan sebagai bagian dari Standar Pelayanan Minimal (SPM) dengan target 100%. Pada tahun 2024, capaian IMD di Provinsi Maluku Utara tercatat sebesar 84,5%, yang menunjukkan bahwa pelaksanaan IMD belum memenuhi target SPM. Kondisi ini mengindikasikan masih adanya celah layanan pada masa persalinan yang berpotensi memengaruhi status gizi bayi sejak hari pertama kehidupan. Sebagai gambaran Bayi Baru Lahir Mendapatkan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) Di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024 sebagai berikut :

Gambar 5. 37 Persentase Bayi Baru Lahir Mendapatkan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Capaian Inisiasi Menyusu Dini (IMD) Provinsi Maluku Utara tahun 2024 sebesar 84,5% menunjukkan bahwa sekitar 15,5% bayi baru lahir belum mendapatkan IMD, padahal indikator ini memiliki target SPM 100%. Artinya, dari setiap 100 persalinan, masih terdapat  $\pm 15$  bayi yang kehilangan intervensi gizi paling awal dan paling esensial dalam siklus kehidupan. Kondisi ini menandakan bahwa pelaksanaan IMD belum menjadi praktik standar universal pada seluruh layanan persalinan, baik di fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun rujukan. Kesenjangan ini menjadi titik kritis karena IMD merupakan intervensi berbiaya rendah namun berdampak tinggi terhadap status gizi dan kelangsungan hidup bayi.

Data menunjukkan disparitas capaian IMD yang signifikan antar kabupaten/kota, dengan rentang capaian dari 62,5% hingga 99,6%. Wilayah dengan capaian sangat tinggi lebih dari 90% seperti Kota Tidore Kepulauan, Kabupaten Halmahera Timur, Kabupaten Pulau Morotai, dan Kota Ternate menunjukkan bahwa IMD dapat dicapai secara optimal apabila protokol persalinan ramah bayi diterapkan secara konsisten, tenaga kesehatan memiliki komitmen dan kompetensi memadai, dukungan manajemen fasilitas kesehatan berjalan efektif. Sementara Wilayah dengan capaian rendah kurang

dari 80%, khususnya Kabupaten Pulau Taliabu, Kabupaten Halmahera Barat, Kabupaten Halmahera Utara, dan Kabupaten Kepulauan Sula, mengindikasikan adanya masalah sistemik, bukan sekadar variasi individual. Rendahnya capaian di wilayah ini mencerminkan, lemahnya integrasi IMD dalam alur pelayanan persalinan, keterbatasan SDM terlatih, terutama di daerah kepulauan dan terpencil, tantangan geografis yang berdampak pada mutu layanan maternal–neonatal. Disparitas ini memperlihatkan bahwa ketidakmerataan kualitas layanan, bukan ketiadaan program, menjadi isu utama dalam capaian IMD.

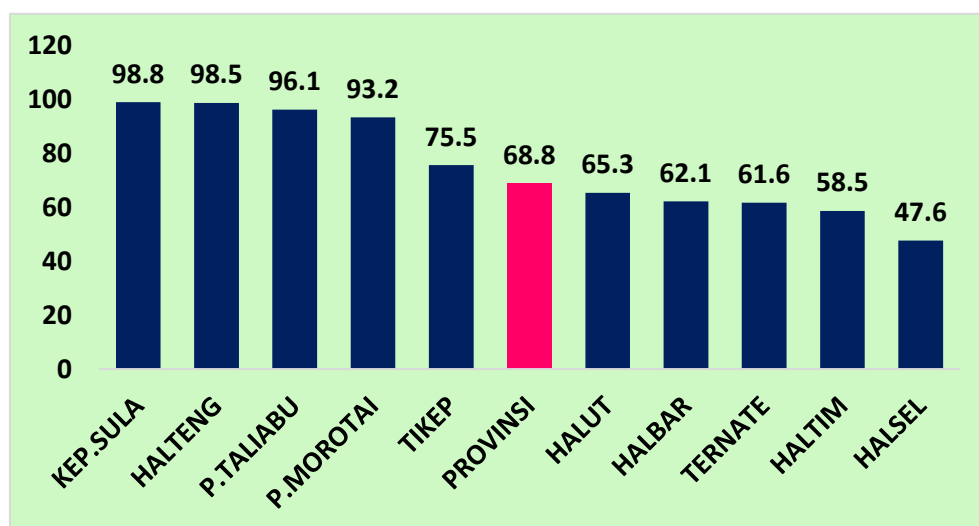
IMD merupakan pintu masuk utama keberhasilan pemberian ASI eksklusif, yang selanjutnya berperan dalam pencegahan wasting, underweight, dan stunting. Bayi yang tidak mendapatkan IMD berisiko seperti mengalami keterlambatan menyusui, gagal mendapatkan kolostrum sebagai sumber antibodi dan zat gizi awal, mengalami gangguan ikatan ibu–anak yang memengaruhi keberlanjutan ASI. Dengan capaian IMD yang masih di bawah target, maka rantai intervensi gizi dini menjadi tidak utuh, sehingga berdampak pada masih ditemukannya masalah gizi balita di beberapa kabupaten/kota. Hal ini mempertegas bahwa perbaikan gizi tidak dapat hanya berfokus pada balita, tetapi harus dimulai sejak proses persalinan.

Berdasarkan pola capaian, beberapa akar permasalahan yang memengaruhi rendahnya IMD dapat dianalisis sebagai berikut: pertama, Faktor Sistem Pelayanan (IMD belum sepenuhnya terintegrasi sebagai indikator mutu layanan persalinan dan Standar Operasional Prosedur Inisiasi Menyusu Dini (SOP IMD) belum dijalankan secara konsisten pada semua jenis persalinan). Kedua, Faktor Sumber Daya Manusia (variasi kompetensi tenaga kesehatan dalam pelaksanaan IMD serta masih adanya persepsi bahwa IMD tidak prioritas pada persalinan tertentu. Ketiga, Faktor Manajerial dan Pengawasan (monitoring dan evaluasi pelaksanaan IMD belum optimal dan pemanfaatan data IMD untuk perbaikan layanan masih terbatas). Keempat, Faktor Sosial dan Budaya (rendahnya pemahaman ibu dan keluarga tentang manfaat IMD dan masih kuatnya kebiasaan

pemberian makanan/minuman selain ASI dini). Secara analitis, capaian IMD Provinsi Maluku Utara tahun 2024 menunjukkan bahwa masalah utama bukan pada ketersediaan kebijakan, melainkan pada konsistensi implementasi dan pemerataan mutu layanan. Selama IMD belum mencapai target SPM 100%, maka risiko terjadinya masalah gizi pada siklus kehidupan berikutnya akan tetap tinggi, khususnya di wilayah dengan capaian rendah dan kondisi geografis menantang.

Persentase Pemberian ASI Eksklusif pada bayi sampai usia 6 bulan merupakan indikator outcome penting dalam Program Gizi Masyarakat yang berperan langsung dalam pencegahan masalah gizi dini, khususnya wasting, underweight, dan stunting. ASI eksklusif memberikan zat gizi optimal, perlindungan imunologis, serta mendukung tumbuh kembang bayi secara optimal pada periode kehidupan paling kritis. Target nasional indikator ASI eksklusif ditetapkan sebesar 60%, yang merefleksikan batas minimal keberhasilan sistem pelayanan kesehatan dan dukungan keluarga dalam menjamin pemenuhan gizi bayi.

Gambar 5. 38 Persentase Pemberian Asi Eksklusif Pada Bayi Sampai Usia 6 Bulan di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

ASI eksklusif merupakan kelanjutan langsung dari keberhasilan IMD, dan menjadi fondasi utama pencegahan masalah gizi pada bayi dan balita. Bayi yang tidak mendapatkan ASI eksklusif berisiko lebih

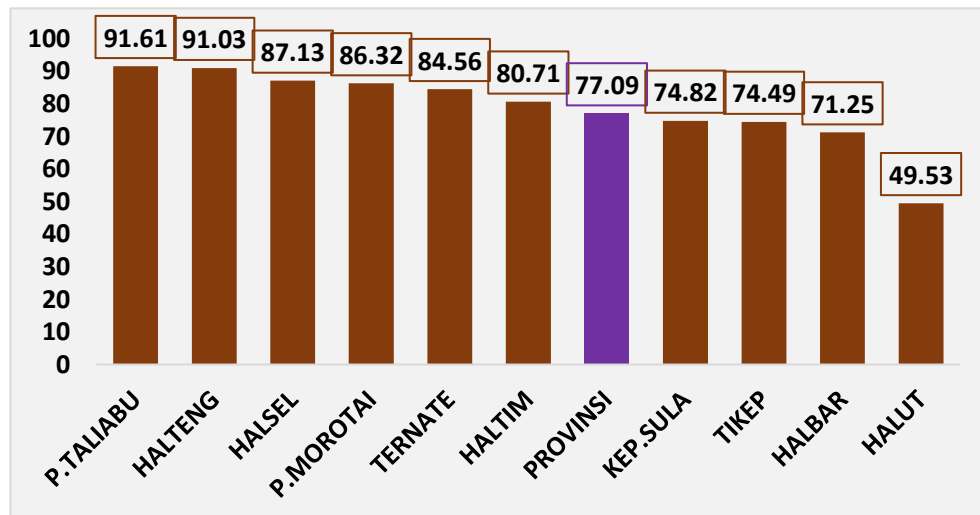
tinggi mengalami: gangguan pertumbuhan berat badan, infeksi berulang yang memperburuk status gizi, kegagalan tumbuh yang berkontribusi terhadap stunting. Dengan masih ditemukannya kabupaten/kota yang belum mencapai target ASI eksklusif, maka rantai intervensi gizi 1.000 HPK belum berjalan optimal, sehingga berpotensi meningkatkan beban intervensi gizi korektif pada usia balita. Masih terdapat beberapa permasalahan yang menjadi isu strategis yaitu; Pertama; Faktor Pelayanan Kesehatan (Konseling ASI belum berkesinambungan dari kehamilan, persalinan, hingga nifas dan Implementasi standar pelayanan ramah ASI belum merata). Kedua; Faktor Sosial dan Lingkungan (rendahnya dukungan keluarga dan lingkungan kerja terhadap ibu menyusui serta pengaruh promosi susu formula yang masih kuat). Ketiga; Faktor Manajerial Program (monitoring dan evaluasi ASI eksklusif belum dimanfaatkan optimal untuk perbaikan wilayah berisiko serta Integrasi ASI eksklusif dengan program KIA dan gizi belum sepenuhnya sinergis).

## 2. Penimbangan Balita

Penimbangan balita (D/S) merupakan indikator input–proses strategis dalam Program Gizi Masyarakat yang menggambarkan cakupan balita yang dipantau pertumbuhan berat badannya secara rutin melalui posyandu dan fasilitas pelayanan kesehatan dasar. Indikator ini menjadi fondasi utama dalam deteksi dini masalah gizi, termasuk gizi kurang, gizi buruk, dan risiko stunting. Cakupan penimbangan balita yang tinggi mencerminkan akses dan partisipasi masyarakat terhadap layanan kesehatan dasar, sekaligus menjadi prasyarat keberhasilan seluruh intervensi gizi spesifik dan sensitif.

Capaian penimbangan balita (D/S) Provinsi Maluku Utara tahun 2024 sebesar 77,09%, menunjukkan bahwa sekitar 23% balita belum terjangkau penimbangan rutin. Kondisi ini mengindikasikan bahwa pemantauan pertumbuhan balita belum berjalan optimal secara menyeluruh, sehingga berpotensi menyebabkan keterlambatan deteksi dan penanganan masalah gizi. Lengkapnya gambaran Cakupan penimbangan balita per kabupaten kotan seperti pada gambar berikut:

Gambar 5. 39 Persentase Balita Yang di Timbang (D/S) per Kabupaten Kota Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

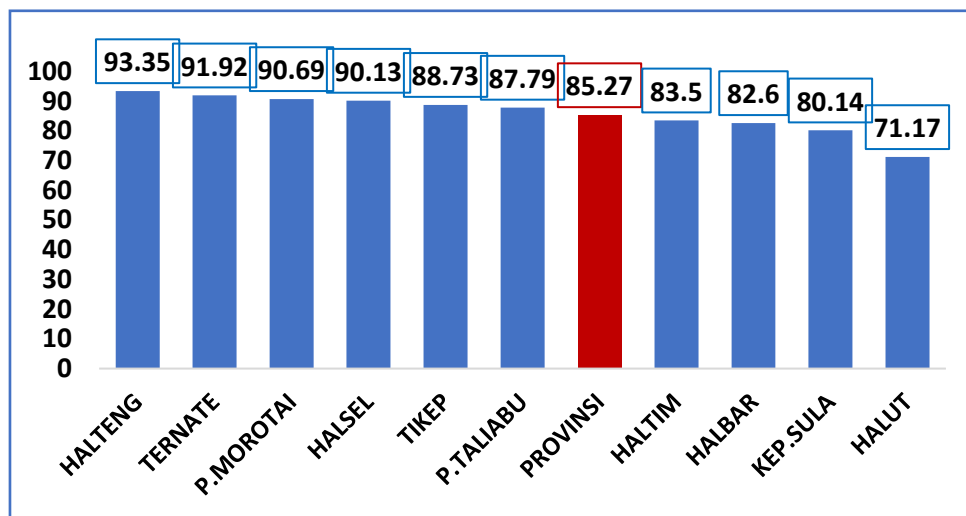
Terdapat variasi capaian yang cukup lebar antar kabupaten/kota, dengan rentang capaian dari 49,53% hingga 91,61%. Kabupaten/kota dengan capaian tinggi lebih dari 85%, seperti Kabupaten Pulau Taliabu, Kabupaten Halmahera Tengah, Kabupaten Halmahera Selatan, dan Kabupaten Pulau Morotai, menunjukkan kinerja posyandu yang relatif aktif dan berfungsi, partisipasi masyarakat yang baik dalam kegiatan penimbangan, serta dukungan lintas sektor di tingkat desa dan kelurahan. Sebaliknya, wilayah dengan capaian rendah, khususnya Kabupaten Halmahera Utara (49,53%), Kabupaten Halmahera Barat, Kepulauan Sula, dan Tidore Kepulauan, mengindikasikan adanya tantangan serius dalam jangkauan dan partisipasi layanan, antara lain: kondisi geografis dan sebaran wilayah yang menyulitkan akses posyandu, penurunan kehadiran balita ke posyandu, dan keterbatasan kader dan sarana pendukung kegiatan penimbangan. Kesenjangan ini menegaskan bahwa ketimpangan akses layanan kesehatan dasar masih menjadi isu utama dalam pemantauan pertumbuhan balita di Provinsi Maluku Utara.

Secara keseluruhan, capaian penimbangan balita (D/S) di Provinsi Maluku Utara tahun 2024 belum optimal dan belum merata antar wilayah. Meskipun beberapa kabupaten/kota telah menunjukkan kinerja baik, capaian provinsi masih membutuhkan penguatan signifikan, khususnya pada wilayah dengan capaian rendah. Penguatan D/S menjadi kunci strategis dalam upaya pencegahan dan penanganan masalah gizi, karena tanpa pemantauan pertumbuhan yang memadai, intervensi gizi tidak dapat dilakukan secara tepat sasaran dan tepat waktu.

### **3. Pemberian Kapsul Vitamin A pada Bayi 6-11 Bulan**

Persentase pemberian Vitamin A pada bayi usia 6–11 bulan merupakan indikator intervensi gizi spesifik yang bersifat preventif dan protektif, berperan penting dalam menjaga daya tahan tubuh bayi, menurunkan risiko infeksi, serta mendukung pertumbuhan dan perkembangan optimal pada periode awal kehidupan. Vitamin A berfungsi sebagai mikronutrien esensial yang berkontribusi pada peningkatan imunitas bayi, pencegahan penyakit infeksi berulang, serta perlindungan terhadap gangguan gizi akut dan kronis. Oleh karena itu, indikator ini menjadi salah satu pilar utama dalam pencegahan masalah gizi dan kematian bayi, serta mendukung keberhasilan intervensi gizi lainnya seperti ASI eksklusif dan pemantauan pertumbuhan.

Gambar 5. 40 Persentase Pemberian Vitamin A Pada Bayi Usia 6–11 Bulan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Capaian pemberian Vitamin A pada bayi usia 6–11 bulan di Provinsi Maluku Utara tahun 2024 sebesar 85,27%. Capaian ini menunjukkan bahwa sebagian besar bayi telah mendapatkan suplementasi Vitamin A, namun masih terdapat sekitar 14,73% bayi yang belum terjangkau pelayanan. Kondisi ini menandakan bahwa meskipun program telah berjalan, cakupan layanan belum sepenuhnya merata dan optimal, sehingga masih terdapat kelompok bayi yang berisiko mengalami kekurangan mikronutrien penting.

Capaian antar kabupaten/kota menunjukkan variasi yang cukup nyata, dengan rentang capaian dari 71,17% hingga 93,35%. Kabupaten/kota dengan capaian tinggi seperti Kabupaten Halmahera Tengah, Kota Ternate, Kabupaten Pulau Morotai, dan Kabupaten Halmahera Selatan, mencerminkan pelaksanaan bulan Vitamin A yang efektif, kinerja posyandu dan puskesmas yang relatif optimal, serta dukungan lintas program dalam menjangkau sasaran bayi. Sebaliknya, kabupaten/kota dengan capaian lebih rendah, terutama Kabupaten Halmahera Utara (71,17%), Kabupaten Kepulauan Sula, Kabupaten Halmahera Barat, dan Kabupaten Halmahera Timur, mengindikasikan kendala akses dan jangkauan pelayanan, khususnya di wilayah kepulauan dan terpencil, kehadiran sasaran bayi yang belum optimal pada kegiatan pelayanan, dan tantangan

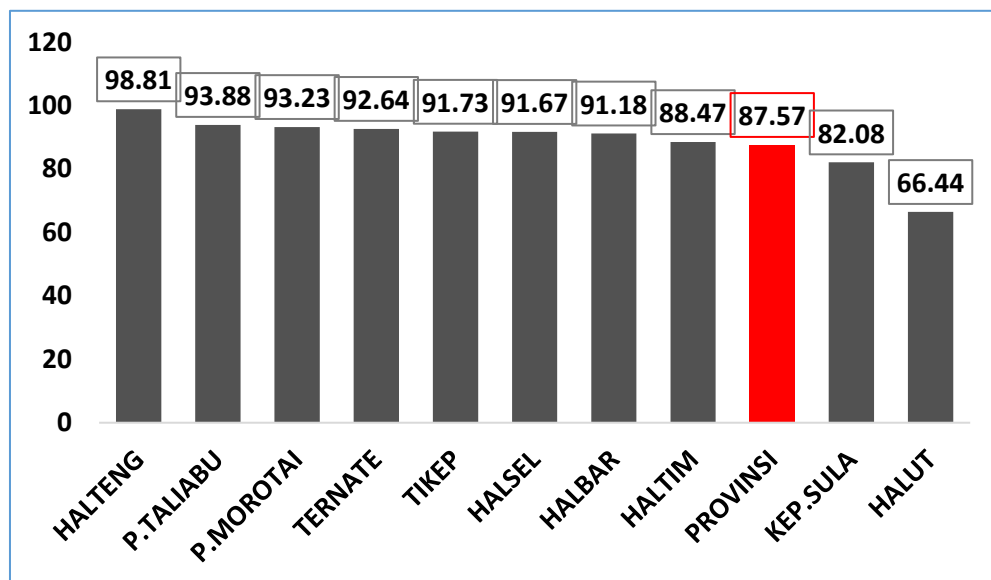
pemutakhiran dan akurasi data sasaran bayi. Disparitas ini menegaskan bahwa tantangan utama bukan pada ketersediaan program, melainkan pada pemerataan kualitas dan jangkauan pelayanan

Secara keseluruhan, capaian pemberian Vitamin A bayi usia 6–11 bulan di Provinsi Maluku Utara tahun 2024 menunjukkan kinerja cukup baik, namun masih memerlukan penguatan pemerataan layanan antar kabupaten/kota. Fokus ke depan perlu diarahkan pada penjangkauan bayi yang belum terlayani, khususnya di wilayah dengan capaian rendah, agar intervensi gizi dasar dapat diterima secara adil dan berkelanjutan.

#### **4. Pemberian Kapsul Vitamin A pada Balita 12-59 Bulan**

Persentase pemberian Vitamin A pada balita usia 12–59 bulan merupakan indikator intervensi gizi spesifik yang bersifat preventif dan berkelanjutan, berperan penting dalam menjaga status gizi, meningkatkan daya tahan tubuh, serta menurunkan risiko kesakitan dan kematian balita. Vitamin A berkontribusi langsung dalam pencegahan infeksi, khususnya diare dan penyakit saluran pernapasan, yang kerap menjadi faktor pemicu gangguan gizi pada balita. Indikator ini juga berfungsi sebagai penopang keberhasilan intervensi gizi lainnya, seperti pemantauan pertumbuhan balita, pemberian ASI, dan pencegahan stunting serta wasting. Gambaran cakupan pemberian kapsul vitamin A pada balita usia 12-59 bulan per Kabupaten Kota Tahun 2024 dapat dilihat pada gambar di bawah ini.

Gambar 5. 41 Persentase Pemberian Vitamin A Pada Balita Usia 12-59 Bulan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Capaian pemberian Vitamin A pada balita usia 12–59 bulan di Provinsi Maluku Utara tahun 2024 sebesar 87,57%, menunjukkan bahwa sebagian besar balita telah terjangkau pelayanan suplementasi Vitamin A. Namun demikian, masih terdapat sekitar 12,43% balita yang belum memperoleh Vitamin A, sehingga berpotensi mengalami kerentanan terhadap penyakit infeksi dan gangguan status gizi. Capaian antar kabupaten/kota memperlihatkan ketimpangan yang cukup nyata, dengan rentang capaian dari 66,44% hingga 98,81%. Kabupaten/kota dengan capaian sangat tinggi seperti Kabupaten Halmahera Tengah, Kabupaten Pulau Taliabu, Kabupaten Pulau Morotai, Kota Ternate, Kota Tidore Kepulauan, Kabupaten Halmahera Selatan, dan Kabupaten Halmahera Barat, mencerminkan konsistensi pelaksanaan bulan Vitamin A, kinerja posyandu dan puskesmas yang efektif, dan dukungan manajerial dan lintas sektor dalam menjangkau sasaran balita. Sebaliknya, kabupaten/kota dengan capaian rendah, terutama Kabupaten Halmahera Utara (66,44%) dan Kabupaten Kepulauan Sula (82,08%), mengindikasikan kendala akses pelayanan akibat kondisi geografis dan sebaran penduduk, partisipasi masyarakat yang belum optimal, dan tantangan dalam pemutakhiran data sasaran balita. Kondisi ini menegaskan bahwa tantangan utama

terletak pada pemerataan jangkauan dan kualitas pelayanan, bukan pada ketersediaan program.

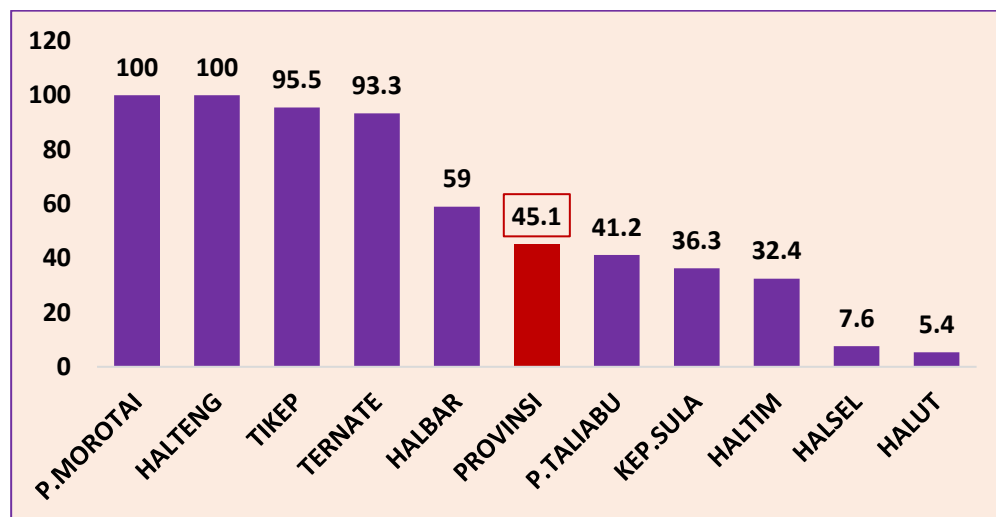
Pemberian Vitamin A pada balita usia 12–59 bulan merupakan bagian penting dari rantai intervensi gizi berkelanjutan. Balita yang tidak memperoleh Vitamin A secara rutin berisiko mengalami penurunan daya tahan tubuh, mengalami infeksi berulang yang memperburuk status gizi, serta mengalami gangguan pertumbuhan yang berkontribusi terhadap wasting dan stunting. Dengan capaian yang belum sepenuhnya optimal dan merata, efektivitas upaya pencegahan dan penanganan masalah gizi balita di Provinsi Maluku Utara menjadi kurang maksimal, terutama di wilayah dengan capaian rendah. Berbagai masalah lain seperti factor pelayanan, sistim pencatatan dan pelaporan serta partisipasi masyarakat mempengaruhi cakupan indikator ini. Secara keseluruhan, capaian pemberian Vitamin A pada balita usia 12–59 bulan di Provinsi Maluku Utara tahun 2024 menunjukkan kinerja cukup baik, namun masih memerlukan penguatan pemerataan layanan antar kabupaten/kota. Upaya peningkatan cakupan, khususnya di wilayah dengan capaian rendah, menjadi krusial untuk memastikan bahwa seluruh balita memperoleh perlindungan gizi yang setara dan mendukung pencapaian target penurunan masalah gizi secara berkelanjutan.

#### **5. Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) bagi Remaja Putri (Rematri)**

Persentase remaja putri (rematri) yang mengonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) merupakan indikator strategis hulu dalam Program Gizi Masyarakat yang berperan penting dalam pencegahan anemia remaja, peningkatan status gizi, serta penyiapan kesehatan reproduksi dan kehamilan sehat di masa depan. Indikator ini memiliki dampak jangka panjang terhadap penurunan risiko anemia pada remaja putri, pencegahan anemia pada ibu hamil, dan penurunan risiko bayi lahir dengan berat badan rendah dan stunting. Dengan demikian, capaian indikator ini menjadi tolok ukur kesiapan sistem kesehatan dalam memutus siklus antargenerasi masalah gizi.

Capaian konsumsi TTD pada remaja putri di Provinsi Maluku Utara tahun 2024 sebesar 45,1%, menunjukkan bahwa lebih dari separuh remaja putri belum mengonsumsi TTD sesuai ketentuan. Capaian ini masih tergolong rendah, sehingga berpotensi mempertahankan tingginya risiko anemia remaja dan dampak lanjutan terhadap kesehatan ibu dan anak. Capaian provinsi yang rendah juga mengindikasikan bahwa implementasi program TTD Rematri belum berjalan merata dan berkelanjutan di seluruh wilayah. Lengkapnya indikator TTD pada remaja putri di Provinsi Maluku Utara tahun 2024 seperti pada gambar berikut ini.

Gambar 5. 42 Persentase remaja putri (rematri) yang mengonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Terdapat kesenjangan capaian yang sangat lebar antar kabupaten/kota, dengan rentang capaian dari 5,4% hingga 100%. Kabupaten/kota dengan capaian sangat tinggi, seperti Kabupaten Pulau Morotai, Kabupaten Halmahera Tengah, Kota Tidore Kepulauan, dan Kota Ternate, menunjukkan bahwa program TTD Rematri dapat dilaksanakan secara optimal, koordinasi lintas sektor (kesehatan–pendidikan) berjalan efektif, serta distribusi dan konsumsi TTD terpantau dengan baik. Sebaliknya, kabupaten/kota dengan capaian sangat rendah, terutama Kabupaten Halmahera Utara (5,4%) dan Kabupaten Halmahera Selatan (7,6%), serta Kabupaten Halmahera Timur, Kabupaten Kepulauan Sula, dan Kabupaten Pulau

Taliabu, mencerminkan adanya permasalahan serius dan sistemik, antara lain lemahnya implementasi program TTD di sekolah dan luar sekolah, rendahnya kepatuhan konsumsi TTD oleh remaja putri, serta keterbatasan pembinaan dan pengawasan konsumsi TTD. Disparitas ini menegaskan bahwa tantangan utama program bukan pada ketersediaan kebijakan, melainkan pada konsistensi pelaksanaan dan pengawasan di lapangan.

Remaja putri yang tidak mengonsumsi TTD secara rutin berisiko tinggi mengalami anemia, yang berdampak pada penurunan konsentrasi dan prestasi belajar, gangguan kesehatan reproduksi, serta risiko anemia saat hamil dan melahirkan. Anemia pada remaja putri berkontribusi terhadap siklus masalah gizi lintas generasi, karena ibu hamil dengan anemia berisiko melahirkan bayi BBLR dan stunting. Oleh karena itu, capaian konsumsi TTD Rematri yang rendah berpotensi melemahkan seluruh upaya pencegahan stunting dan masalah gizi di Provinsi Maluku Utara.

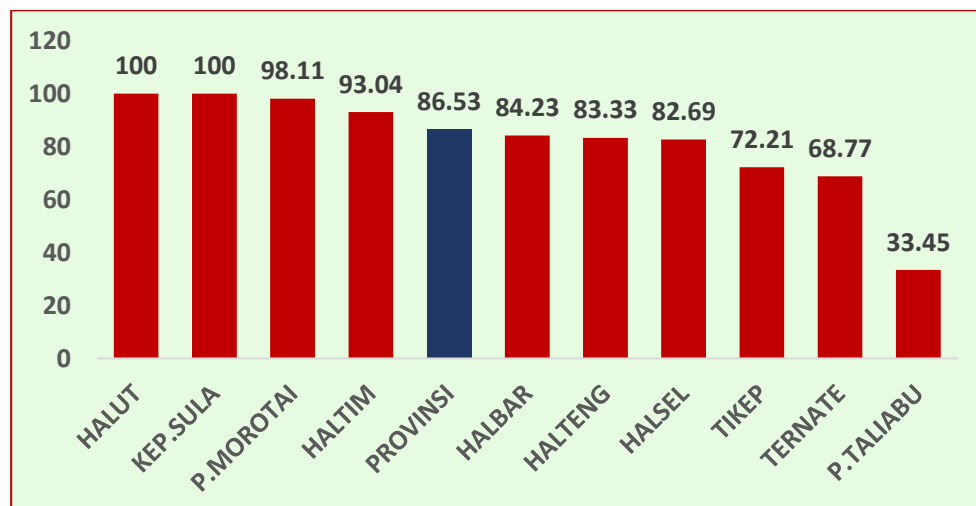
Berdasarkan pola capaian, beberapa faktor utama yang memengaruhi rendahnya konsumsi TTD Rematri antara lain Faktor Implementasi Program (pelaksanaan TTD Rematri belum konsisten di seluruh sekolah dan program di luar sekolah belum terkelola optimal). Kedua; Faktor Kepatuhan dan Perilaku (rendahnya kepatuhan remaja putri dalam mengonsumsi TTD dan persepsi negatif terhadap rasa dan efek samping TTD) dan Ketiga; Faktor Koordinasi Lintas Sektor (sinergi kesehatan–pendidikan belum optimal di semua wilayah serta pengawasan konsumsi TTD masih lemah). Secara keseluruhan, capaian konsumsi TTD pada remaja putri di Provinsi Maluku Utara tahun 2024 masih rendah dan belum merata antar kabupaten/kota. Kondisi ini menegaskan bahwa penguatan program TTD Rematri merupakan prioritas strategis dalam Program Gizi Masyarakat, khususnya sebagai upaya pencegahan masalah gizi dan anemia sejak usia remaja. Tanpa perbaikan signifikan pada indikator ini, maka risiko masalah gizi pada siklus kehidupan berikutnya akan tetap tinggi.

## 6. Pemberian Makanan Tambahan (PMT)

Persentase balita gizi kurang yang mendapatkan makanan tambahan (PMT) merupakan indikator kinerja kunci dalam Program Gizi Masyarakat yang berfokus pada penanganan langsung (intervensi spesifik) masalah gizi balita. Pemberian PMT bertujuan untuk memperbaiki status gizi balita gizi kurang, mencegah perburukan status gizi menjadi gizi buruk, dan mendukung proses tumbuh kembang balita secara optimal. Indikator ini mencerminkan daya jangkau layanan gizi, efektivitas penemuan kasus, serta kesinambungan pelayanan gizi balita di tingkat kabupaten/kota hingga fasilitas pelayanan kesehatan dasar.

Capaian Provinsi Maluku Utara tahun 2024 sebesar 86,53%, menunjukkan bahwa sebagian besar balita gizi kurang telah mendapatkan PMT, namun masih terdapat sekitar 13,47% balita gizi kurang yang belum terlayani. Capaian ini menandakan bahwa program PMT telah berjalan relatif baik, namun belum sepenuhnya menjangkau seluruh sasaran, sehingga masih diperlukan penguatan pelaksanaan di wilayah tertentu. Lengkapnya indikator Persentase balita gizi kurang yang mendapatkan makanan tambahan (PMT) di Provinsi Maluku Utara tahun 2024 seperti pada gambar berikut ini.

Gambar 5. 43 Persentase balita gizi kurang yang mendapatkan makanan tambahan (PMT) Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Analisis per kabupaten/kota menunjukkan disparitas capaian yang cukup lebar, dengan rentang 33,45% hingga 100%. Kabupaten/kota dengan capaian optimal, yaitu Kabupaten Halmahera Utara, Kabupaten Kepulauan Sula, Kabupaten Pulau Morotai, dan Kabupaten Halmahera Timur, mencerminkan penemuan dan penanganan kasus gizi kurang yang responsif, ketersediaan PMT yang memadai, dan pelaksanaan pendampingan dan pemantauan balita gizi kurang yang konsisten. Sebaliknya, kabupaten/kota dengan capaian rendah, khususnya Kabupaten Pulau Taliabu (33,45%), Kota Ternate (68,77%), dan Kota Tidore Kepulauan (72,21%), mengindikasikan keterbatasan jangkauan layanan PMT, belum optimalnya pendataan dan penemuan balita gizi kurang, serta potensi kendala distribusi PMT dan pemantauan kepatuhan konsumsi. Kondisi ini menunjukkan bahwa keberhasilan program PMT belum merata di seluruh wilayah.

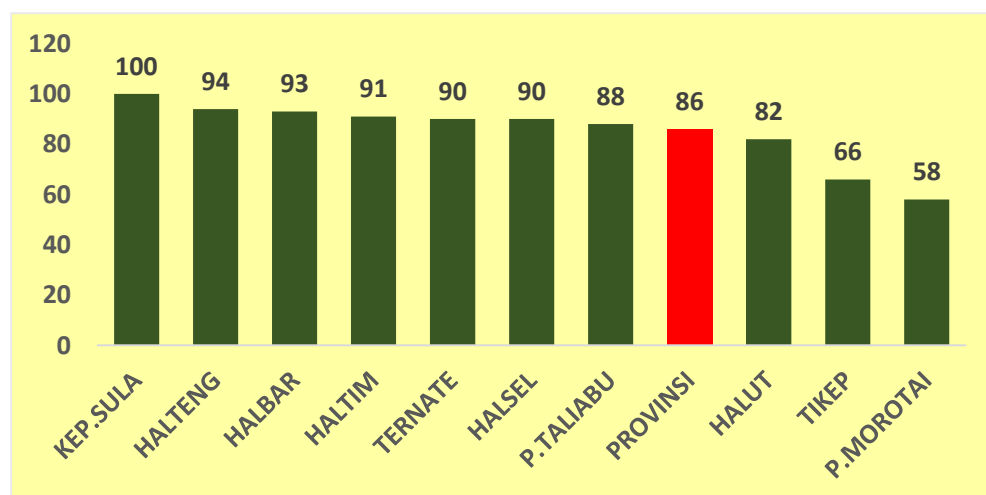
Pemberian PMT yang tepat sasaran dan berkelanjutan merupakan faktor kunci dalam mempercepat perbaikan status gizi balita gizi kurang. Balita yang tidak memperoleh PMT berisiko mengalami gagal tumbuh (*growth faltering*), berkembang menjadi gizi buruk, dan meningkatkan kerentanan terhadap infeksi dan gangguan perkembangan. Oleh karena itu, balita gizi kurang yang belum mendapatkan PMT berpotensi menghambat pencapaian indikator gizi lainnya, termasuk penurunan *wasting* dan *stunting*. Berdasarkan sebaran capaian, permasalahan dalam pelaksanaan PMT balita gizi kurang meliputi kesenjangan jangkauan layanan, manajemen Program PMT serta pemutakhiran data sasaran. Secara umum, capaian pemberian PMT bagi balita gizi kurang di Provinsi Maluku Utara sudah berada pada kategori baik, namun belum sepenuhnya optimal dan merata. Masih adanya kabupaten/kota dengan capaian rendah menunjukkan perlunya penguatan intervensi spesifik gizi balita, terutama pada wilayah dengan keterbatasan akses dan distribusi layanan. Pemenuhan cakupan PMT secara menyeluruh menjadi prasyarat penting untuk mempercepat perbaikan status gizi balita dan mendukung target penurunan masalah gizi di Provinsi Maluku Utara.

## E. USIA LANJUT

Pelayanan kesehatan lanjut usia merupakan bagian dari pelayanan kesehatan masyarakat yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan dan kualitas hidup penduduk usia lanjut melalui upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif secara berkesinambungan. Pelayanan ini dilaksanakan melalui fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, khususnya puskesmas, dengan dukungan kegiatan posyandu lansia serta jejaring pelayanan kesehatan lainnya. Indikator Persentase Lansia yang Mendapatkan Pelayanan Kesehatan digunakan untuk menggambarkan cakupan pelayanan kesehatan bagi penduduk lanjut usia di suatu wilayah.

Adapun cakupan indikator Persentase Lansia yang Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Maluku Utara Tahun 2024 dapat dilihat pada gambar di bawah ini :

Gambar 5. 44 Persentase Lansia yang Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Per Kabupaten Kota Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Dari gambar di atas capaian Persentase Lansia yang Mendapatkan Pelayanan Kesehatan di Provinsi Maluku Utara sebesar 87%. Capaian ini menunjukkan bahwa sebagian besar penduduk lanjut usia telah memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar yang ditetapkan. Namun demikian, capaian tersebut masih menunjukkan

variasi antar kabupaten/kota. Capaian tertinggi dicapai oleh Kabupaten Kepulauan Sula sebesar 100%, diikuti oleh Kabupaten Halmahera Tengah (94%), Kabupaten Halmahera Barat (93%), Kabupaten Halmahera Timur (91%), dan Kabupaten Pulau Morotai (91%). Capaian ini menunjukkan bahwa pelaksanaan pelayanan kesehatan lansia di wilayah tersebut telah berjalan dengan baik dan menjangkau hampir seluruh sasaran. Sementara itu, Kota Ternate dan Kabupaten Halmahera Selatan masing-masing mencapai 90%, sedangkan Kabupaten Pulau Taliabu mencapai 89%. Kabupaten Halmahera Utara mencatat capaian sebesar 82%, masih berada di bawah rata-rata provinsi. Capaian terendah terdapat di Kota Tidore Kepulauan sebesar 66%, yang menunjukkan masih terbatasnya jangkauan pelayanan kesehatan lansia di wilayah tersebut.

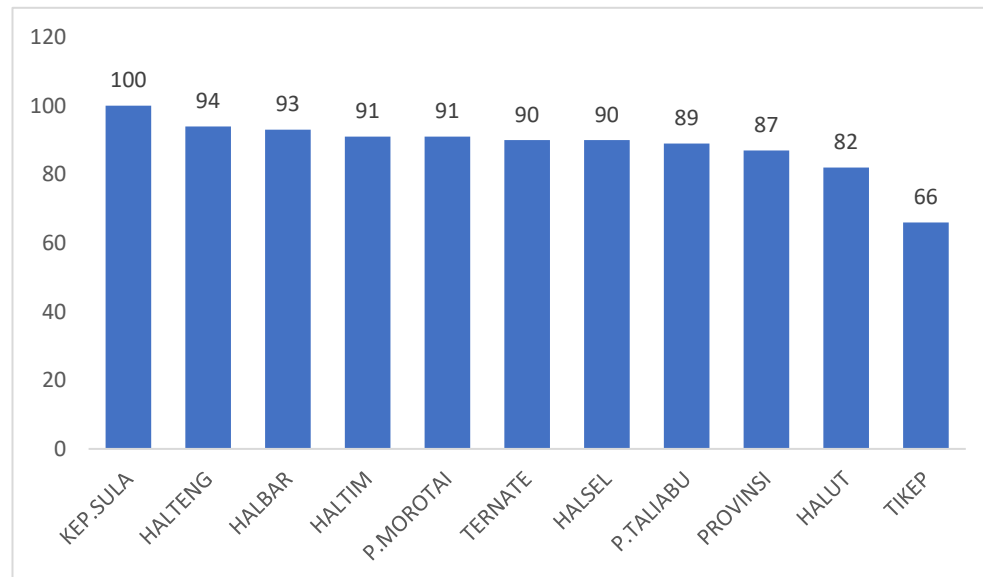
Secara umum, capaian pelayanan kesehatan lanjut usia di Provinsi Maluku Utara tahun 2024 menunjukkan kinerja yang cukup baik, namun belum merata di seluruh kabupaten/kota. Perbedaan capaian antar wilayah dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain kondisi geografis kepulauan, ketersediaan dan keterjangkauan fasilitas pelayanan kesehatan, keaktifan pelaksanaan posyandu lansia, serta tingkat partisipasi penduduk lanjut usia dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Wilayah dengan capaian tinggi umumnya memiliki dukungan layanan kesehatan yang lebih baik serta pelaksanaan kegiatan pelayanan lansia yang lebih aktif. Sebaliknya, wilayah dengan capaian rendah masih memerlukan penguatan dalam aspek akses layanan dan peningkatan kunjungan lansia ke fasilitas kesehatan.

Permasalahan utama dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan lanjut usia di Provinsi Maluku Utara antara lain; belum meratanya akses pelayanan kesehatan lansia, terutama di wilayah kepulauan dan daerah dengan keterbatasan transportasi, kegiatan posyandu lansia yang belum berjalan optimal dan berkelanjutan di seluruh wilayah, rendahnya kesadaran dan partisipasi sebagian penduduk lanjut usia dalam memanfaatkan pelayanan Kesehatan, serta keterbatasan sumber daya, baik tenaga kesehatan maupun sarana dan prasarana

pendukung pelayanan lansia. Upaya yang dilakukan untuk meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan lanjut usia antara lain; penguatan pelayanan kesehatan lansia di puskesmas dan posyandu lansia, peningkatan koordinasi lintas program dan lintas sektor dalam pelayanan lansia, peningkatan edukasi kesehatan bagi penduduk lanjut usia dan keluarga, serta pemantauan dan evaluasi capaian pelayanan kesehatan lansia secara berkala. Kesimpulannya Capaian pelayanan kesehatan lanjut usia di Provinsi Maluku Utara tahun 2024 sebesar 87% menunjukkan bahwa sebagian besar lansia telah memperoleh pelayanan kesehatan. Namun, masih diperlukan upaya peningkatan dan pemerataan pelayanan, khususnya di kabupaten/kota dengan capaian rendah, guna mendukung peningkatan kualitas hidup dan derajat kesehatan penduduk lanjut usia secara berkelanjutan.

Skринing kesehatan pada penduduk lanjut usia ( $\geq 60$  tahun) merupakan upaya deteksi dini faktor risiko dan penyakit tidak menular yang berpotensi menurunkan kualitas hidup lansia. Skринing kesehatan lansia dilaksanakan melalui pelayanan kesehatan dasar di puskesmas, posyandu lansia, serta kegiatan pelayanan kesehatan luar gedung lainnya. Indikator Persentase Lansia  $\geq 60$  Tahun yang Diskринing digunakan untuk menggambarkan cakupan penduduk lanjut usia yang telah memperoleh pemeriksaan kesehatan sesuai standar pelayanan yang ditetapkan.

Gambar 5. 45 Persentase Lansia  $\geq$  60 tahun yang diskriming Per Kabupaten Kota di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Pada tahun 2024, Persentase Lansia  $\geq$ 60 Tahun yang Diskriming di Provinsi Maluku Utara mencapai 87%. Capaian ini menunjukkan bahwa sebagian besar lansia telah mendapatkan layanan skrining kesehatan, meskipun belum seluruhnya merata di semua kabupaten/kota. Capaian tertinggi terdapat di Kabupaten Kepulauan Sula sebesar 100%, yang menunjukkan seluruh sasaran lansia telah dilakukan skrining. Capaian tinggi juga dicapai oleh Kabupaten Halmahera Tengah (94%) dan Kabupaten Halmahera Barat (93%), diikuti oleh Kabupaten Halmahera Timur (91%) dan Kabupaten Pulau Morotai (91%). Sementara itu, Kota Ternate dan Kabupaten Halmahera Selatan masing-masing mencapai 90%, serta Kabupaten Pulau Taliabu sebesar 89%, yang masih berada di sekitar rata-rata provinsi. Kabupaten Halmahera Utara mencatat capaian 82%, sedangkan capaian terendah terdapat di Kota Tidore Kepulauan sebesar 66%.

Secara umum, capaian skrining kesehatan lansia di Provinsi Maluku Utara tahun 2024 menunjukkan kinerja yang cukup baik, dengan sebagian besar kabupaten/kota telah mencapai cakupan di atas 80%. Tingginya capaian di beberapa wilayah mencerminkan optimalnya pelaksanaan pelayanan kesehatan lansia, termasuk pemanfaatan posyandu lansia dan kegiatan skrining aktif oleh

puskesmas. Namun demikian, masih terdapat kesenjangan capaian antar kabupaten/kota. Wilayah dengan capaian rendah mengindikasikan adanya keterbatasan dalam akses pelayanan kesehatan, baik dari sisi geografis, ketersediaan tenaga kesehatan, maupun tingkat partisipasi lansia dalam mengikuti kegiatan skrining kesehatan.

## **F. KESEHATAN JIWA**

Gangguan jiwa berat mencakup skizofrenia dan psikosis akut. Skizofrenia merupakan gangguan jiwa kronik dan kompleks dengan variasi gejala, perjalanan penyakit, serta respons terapi yang beragam. Secara klinis, gejala skizofrenia meliputi gejala positif (waham, halusinasi, dan perilaku tidak terorganisasi), gejala negatif (anhedonia, penarikan diri sosial, dan afek tumpul), gejala afektif (cemas dan mood depresi), serta gejala kognitif (gangguan memori, atensi, dan fungsi eksekutif). Diagnosis skizofrenia ditegakkan apabila gejala berlangsung lebih dari 30 hari, sedangkan psikosis akut memiliki gambaran serupa dengan durasi kurang dari 30 hari, dan penegakan diagnosis dilakukan oleh tenaga profesional yang berwenang.

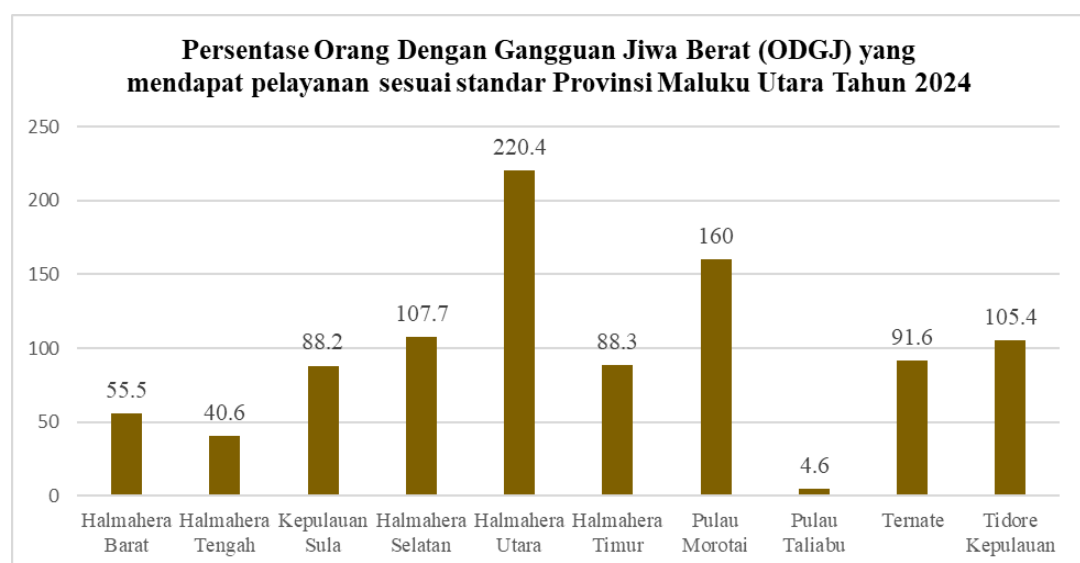
Pelayanan kesehatan jiwa bagi Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat dilaksanakan sesuai standar di fasilitas pelayanan kesehatan, meliputi Puskesmas, klinik, rumah sakit umum dengan layanan kesehatan jiwa, dan rumah sakit jiwa. Bentuk pelayanan mencakup pemeriksaan kesehatan jiwa melalui wawancara psikiatri dan pemeriksaan status mental, pemberian informasi dan edukasi, tatalaksana pengobatan, serta rujukan apabila diperlukan. Pelayanan ini dilaksanakan oleh tim kesehatan jiwa yang sekurang-kurangnya terdiri dari satu orang dokter dan satu orang perawat, termasuk perawat dengan kompetensi keperawatan jiwa.

Cakupan pelayanan kesehatan jiwa bagi ODGJ berat dihitung berdasarkan persentase jumlah ODGJ berat yang mendapatkan pelayanan sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun dibandingkan dengan estimasi jumlah ODGJ berat berdasarkan angka prevalensi Riskesdas terbaru, dikalikan 100 persen. Target pelayanan kesehatan

jiwa bagi ODGJ berat, baik dalam kerangka RPJMN maupun RPJMD, ditetapkan sebesar 90 persen.

Pada tahun 2024, capaian pelayanan kesehatan jiwa bagi ODGJ berat di Provinsi Maluku Utara baru mencapai 42 persen dan belum memenuhi target yang ditetapkan. Dari sepuluh kabupaten/kota, hanya Kota Ternate dan Kabupaten Pulau Morotai yang telah mencapai target SPM dan target nasional dengan capaian 100 persen, sementara delapan kabupaten/kota lainnya masih berada di bawah target. Rendahnya capaian ini dipengaruhi oleh keterbatasan sumber daya manusia kesehatan jiwa, fasilitas dan dukungan operasional yang belum memadai, serta sistem pencatatan dan pelaporan yang belum berjalan optimal.

Gambar 5. 46 Persentase Orang Dengan Gangguan Jiwa Berat (ODGJ) yang mendapat pelayanan sesuai standar Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



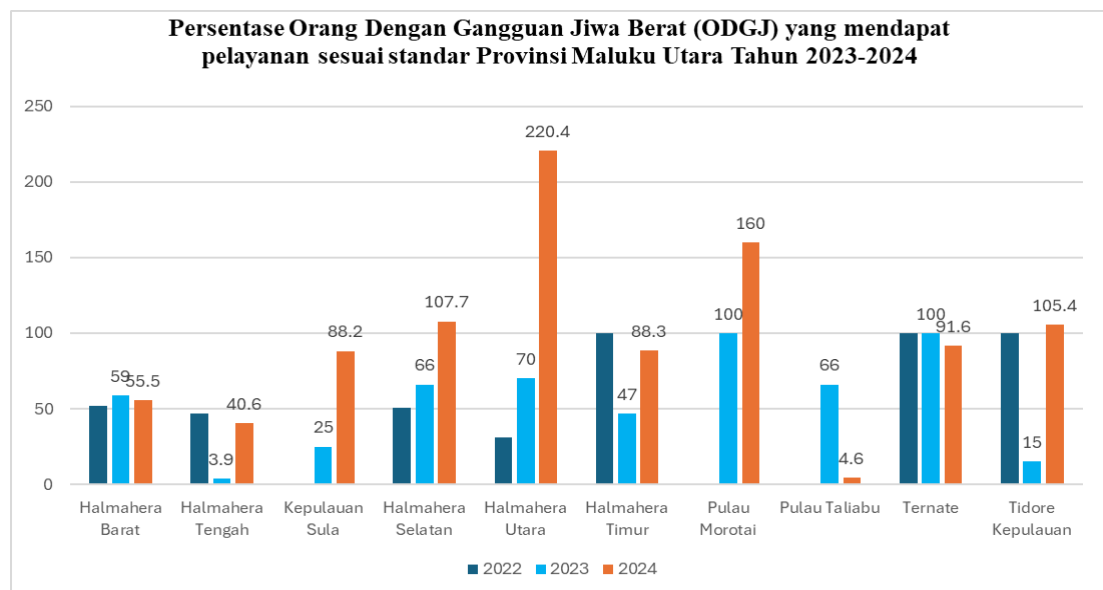
Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Grafik persentase Orang Dengan Gangguan Jiwa Berat (ODGJ) yang mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa sesuai standar tahun 2024 menunjukkan variasi capaian yang sangat lebar antar kabupaten/kota di Provinsi Maluku Utara. Sejumlah daerah mencatat capaian di bawah target nasional 90 persen, seperti Halmahera Barat (55,5%), Halmahera

Tengah (40,6%), Halmahera Timur (88,3%), dan Kepulauan Sula (88,2%). Sementara itu, Pulau Taliabu menunjukkan capaian yang sangat rendah, yaitu 4,6 persen, yang mengindikasikan lemahnya akses dan cakupan pelayanan kesehatan jiwa di wilayah tersebut.

Sebaliknya, beberapa kabupaten/kota justru menunjukkan capaian yang melampaui 100 persen, seperti Halmahera Selatan (107,7%), Tidore Kepulauan (105,4%), dan Pulau Morotai (160%), bahkan Halmahera Utara mencapai 220,4 persen. Kota Ternate berada sedikit di atas target dengan capaian 91,6 persen. Capaian di atas 100 persen ini mengindikasikan bahwa jumlah ODGJ berat yang mendapatkan pelayanan tercatat lebih besar dibandingkan estimasi jumlah ODGJ berat berdasarkan prevalensi yang digunakan sebagai pembagi.

Gambar 5. 47 Persentase Orang Dengan Gangguan Jiwa Berat (ODGJ) yang mendapat pelayanan sesuai standar Provinsi Maluku Utara Tahun 2022-2024



Berdasarkan grafik 5.47 menunjukkan bahwa capaian persentase ODGJ yang mendapatkan pelayanan sesuai standar di Provinsi Maluku Utara selama 2022–2024 menunjukkan pola yang tidak merata antar kabupaten/kota serta fluktuasi yang cukup tajam. Pada tahun 2024, beberapa daerah mencatat capaian sangat tinggi bahkan melebihi 100 persen, seperti Halmahera Utara, Pulau Morotai, Halmahera Selatan, dan Tidore Kepulauan. Kondisi ini mengindikasikan bahwa peningkatan capaian tidak sepenuhnya mencerminkan kinerja layanan, tetapi sangat

mungkin dipengaruhi oleh dinamika pembaruan data sasaran, ketidaktepatan denominator ODGJ, serta perbedaan mekanisme pencatatan dan pelaporan antar wilayah.

Di sisi lain, masih terdapat kabupaten dengan capaian rendah dan tidak stabil, seperti Pulau Taliabu dan Halmahera Tengah, yang mencerminkan adanya hambatan struktural dalam penyelenggaraan layanan kesehatan jiwa. Hambatan tersebut antara lain keterbatasan akses geografis wilayah kepulauan, rendahnya ketersediaan dan kompetensi SDM kesehatan jiwa, serta belum optimalnya jejaring lintas sektor dalam penemuan kasus, rujukan, dan tindak lanjut ODGJ. Fluktuasi capaian dari tahun ke tahun juga menunjukkan bahwa sistem pelayanan dan tata kelola program kesehatan jiwa belum berjalan secara konsisten dan berkelanjutan.

Sebagai tindak lanjut, diperlukan penguatan tata kelola program ODGJ yang difokuskan pada perbaikan kualitas data, standardisasi pelaporan, dan peningkatan kapasitas layanan di tingkat Puskesmas, khususnya di wilayah dengan capaian rendah. Sinkronisasi data lintas sektor, penguatan peran Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat, serta pengembangan layanan proaktif dan bergerak di daerah kepulauan menjadi langkah strategis untuk memastikan bahwa peningkatan cakupan benar-benar mencerminkan pelayanan yang sesuai standar, berkesinambungan, dan berkeadilan bagi seluruh ODGJ di Provinsi Maluku Utara.

## **G. PELAYANAN KESEHATAN TRADISIONAL**

Kesehatan tradisional telah dikenal dan dipraktikkan oleh masyarakat sejak lama, serta hingga saat ini terus berkembang seiring dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi. Perkembangan tersebut ditandai dengan semakin meningkatnya pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional oleh masyarakat sebagai salah satu alternatif dalam upaya pengobatan dan pemeliharaan kesehatan. Kondisi ini menunjukkan bahwa Pelayanan Kesehatan Tradisional memiliki peran strategis sebagai pilihan layanan kesehatan yang relevan, kontekstual, dan berakar pada kearifan lokal masyarakat.

Pelayanan Kesehatan Tradisional juga berkontribusi dalam peningkatan derajat kesehatan masyarakat secara berkesinambungan sepanjang siklus kehidupan (*continuum of care*), mulai dari masa kehamilan, bayi, anak, remaja, usia produktif, hingga lanjut usia. Dengan pendekatan promotif dan preventif yang kuat, pelayanan ini berpotensi mendukung sistem kesehatan secara holistik dan berkelanjutan.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2024 tentang Kesehatan serta Peraturan Pemerintah Nomor 103 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional, Pelayanan Kesehatan Tradisional didefinisikan sebagai pengobatan dan/atau perawatan yang menggunakan cara dan obat yang mengacu pada pengalaman, pengetahuan, serta keterampilan yang diwariskan secara turun-temurun, terbukti secara empiris, dapat dipertanggungjawabkan, dan dilaksanakan sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat. Pelayanan ini dapat diberikan melalui metode keterampilan, penggunaan ramuan, maupun kombinasi antara keduanya.

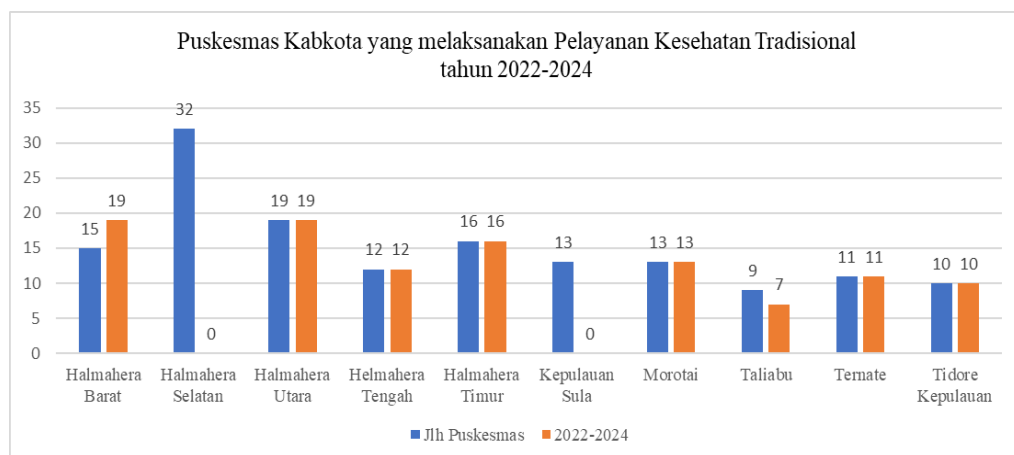
Lebih lanjut, Peraturan Pemerintah Nomor 103 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional mengklasifikasikan jenis pelayanan kesehatan tradisional ke dalam tiga kategori, yaitu Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris, Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer, dan Pelayanan Kesehatan Tradisional Integrasi.

Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris merupakan bentuk pelayanan kesehatan tradisional yang manfaat dan keamanannya telah terbukti secara empiris. Pelayanan ini dilaksanakan oleh Penyehat Tradisional (*Hattra*) yang memiliki pengetahuan dan keterampilan yang diperoleh melalui pewarisan turun-temurun atau pendidikan nonformal. Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris dapat dilakukan di Panti Sehat, sesuai dengan ketentuan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 61 Tahun 2016 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris.

Dalam konteks pembangunan kesehatan di Provinsi Maluku Utara, Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris memiliki potensi besar untuk dikembangkan sebagai bagian dari sistem pelayanan kesehatan yang

responsif terhadap karakteristik wilayah kepulauan, budaya lokal, serta kebutuhan masyarakat. Oleh karena itu, penguatan pembinaan, pengawasan, dan integrasi pelayanan kesehatan tradisional perlu terus dilakukan guna menjamin mutu, keamanan, serta perlindungan bagi masyarakat pengguna layanan.

Gambar 5. 48 Jumlah Puskesmas Melaksanakan Pelayanan Kesehatan Tradisional, Tahun 2024



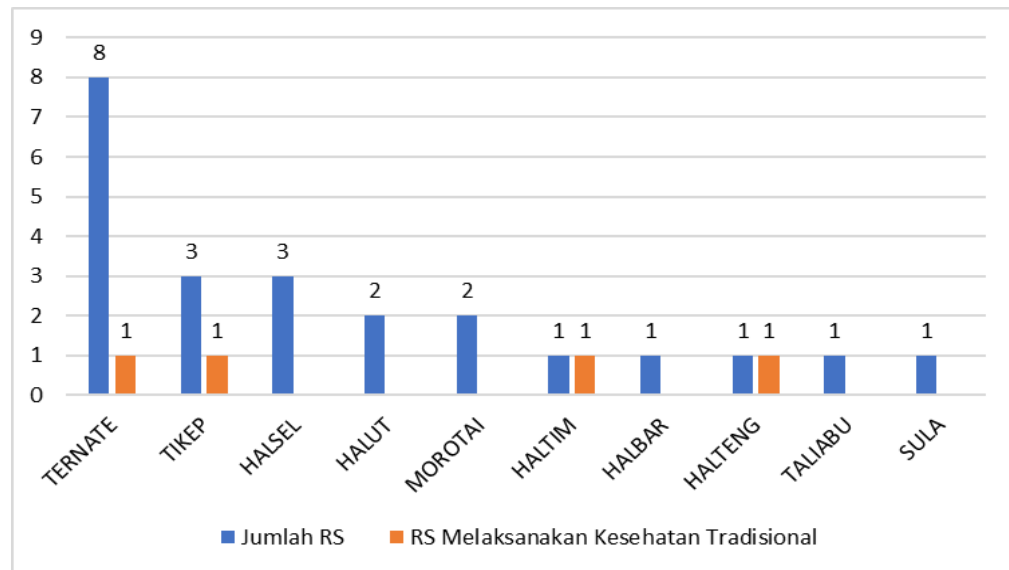
Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Berdasarkan Grafik 5.48 diatas menunjukkan bawah pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Tradisional di Puskesmas Provinsi Maluku Utara belum merata antar kabupaten/kota. Beberapa wilayah telah mencapai cakupan penuh, seperti Halmahera Utara, Halmahera Tengah, Halmahera Timur, Pulau Morotai, Kota Ternate, dan Kota Tidore Kepulauan, di mana seluruh Puskesmas telah menyelenggarakan pelayanan kesehatan tradisional. Kabupaten Halmahera Barat dan Pulau Taliabu menunjukkan capaian sebagian besar Puskesmas telah melaksanakan pelayanan tersebut.

Sebaliknya, Kabupaten Halmahera Selatan dan Kepulauan Sula belum memiliki Puskesmas yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Tradisional selama periode pengamatan. Secara akumulatif di tingkat provinsi, dari total 150 Puskesmas yang ada di Provinsi Maluku Utara, sebanyak 107 Puskesmas atau 71,33 persen telah melaksanakan Pelayanan Kesehatan Tradisional. Temuan ini menunjukkan bahwa meskipun capaian provinsi tergolong cukup baik, masih diperlukan penguatan pembinaan, fasilitasi, dan advokasi kebijakan pada

kabupaten/kota dengan capaian rendah guna mendorong pemerataan layanan di seluruh wilayah.

Gambar 5. 49 Jumlah Rumah Sakit Melaksanakan Pelayanan Kesehatan Tradisional, Tahun 2022-2024



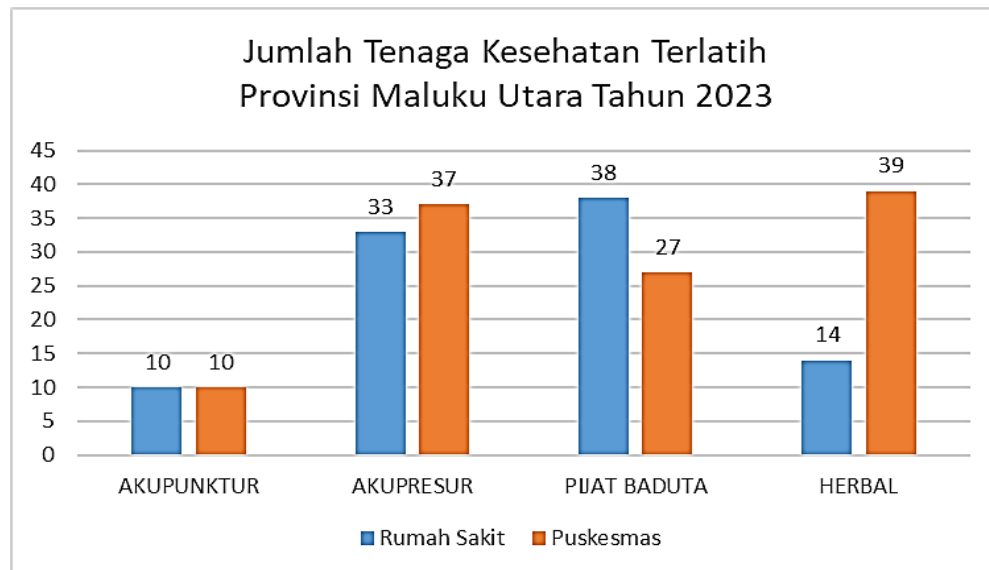
Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2022-2024

Grafik 5.49 menunjukkan bahwa pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Tradisional di Rumah Sakit (RS) Provinsi Maluku Utara masih sangat terbatas dan belum merata antar kabupaten/kota. Dari total 25 Rumah Sakit yang ada, hanya sebagian kecil yang telah menyelenggarakan pelayanan kesehatan tradisional. Kota Ternate sebagai pusat layanan rujukan provinsi memiliki jumlah RS terbanyak (8 RS), namun hanya 1 RS yang melaksanakan pelayanan kesehatan tradisional. Kondisi serupa terlihat di Kabupaten Halmahera Selatan dan Kabupaten Halmahera Tengah, masing-masing memiliki 3 dan 1 RS yang telah melaksanakan pelayanan tersebut.

Sebagian besar kabupaten/kota lainnya, seperti Halmahera Utara, Pulau Morotai, Halmahera Barat, Pulau Taliabu, dan Kepulauan Sula, belum menunjukkan implementasi pelayanan kesehatan tradisional di rumah sakit, meskipun secara kelembagaan RS telah tersedia. Hal ini mengindikasikan bahwa pengembangan pelayanan kesehatan tradisional masih lebih banyak terfokus pada tingkat pelayanan primer,

dan belum terintegrasi secara optimal pada fasilitas pelayanan kesehatan rujukan.

Gambar 5. 50 Jumlah Tenaga Kesehatan Terlatih Pelayanan Kesehatan Tradisional, Tahun 2022-2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2022-2024

Grafik 5.50 menunjukkan variasi jenis Pelayanan Kesehatan Tradisional yang diselenggarakan oleh Rumah Sakit dan Puskesmas di Provinsi Maluku Utara. Secara umum, Puskesmas lebih dominan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan tradisional berbasis promotif dan preventif, khususnya layanan herbal dan akupresur. Layanan herbal merupakan jenis pelayanan yang paling banyak dilaksanakan di Puskesmas (39 unit), jauh lebih tinggi dibandingkan di Rumah Sakit (14 unit). Hal ini mencerminkan kuatnya pemanfaatan ramuan tradisional yang mudah diterapkan dan dekat dengan praktik pelayanan kesehatan primer.

Sebaliknya, Rumah Sakit lebih banyak menyelenggarakan layanan pijat baduta (38 unit) dan akupresur (33 unit), yang relatif lebih terstandar dan memerlukan keterampilan khusus. Layanan akupunktur menunjukkan jumlah yang sama antara Rumah Sakit dan Puskesmas (masing-masing 10 unit), menandakan bahwa jenis layanan ini masih terbatas dan belum

menjadi layanan unggulan di kedua tingkat fasilitas pelayanan kesehatan.

Perbedaan pola layanan ini menunjukkan adanya segmentasi peran antara Puskesmas dan Rumah Sakit dalam pengembangan Pelayanan Kesehatan Tradisional. Puskesmas berperan sebagai ujung tombak layanan berbasis komunitas dan kearifan lokal, sementara Rumah Sakit cenderung mengembangkan layanan yang bersifat komplementer dan rehabilitatif. Namun demikian, masih terdapat peluang besar untuk meningkatkan cakupan dan variasi layanan, khususnya akupunktur dan herbal terstandar di Rumah Sakit, serta penguatan pijat baduta dan akupresur di Puskesmas.

Sebagai tindak lanjut, diperlukan penguatan kapasitas sumber daya manusia melalui pelatihan dan sertifikasi, standarisasi prosedur pelayanan, serta integrasi pelayanan kesehatan tradisional ke dalam sistem rujukan dan pencatatan layanan kesehatan. Langkah ini diharapkan dapat meningkatkan mutu, keamanan, dan pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Tradisional secara lebih optimal dan berkelanjutan di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan di Provinsi Maluku Utara.



## **BAB VI**

### **PENGENDALIAN PENYAKIT**

#### **A. PENYAKIT MENULAR LANGSUNG**

Pengendalian penyakit menular baik penyakit menular langsung maupun penyakit yang ditularkan melalui binatang menjadi perhatian hingga saat ini. Secara umum 3 penyakit menular tertinggi di Maluku Utara yaitu diare pada balita, ISPA, dan TBC. Pengendalian penyakit menular akan sulit diselesaikan jika hanya dari sektor kesehatan saja yang bergerak. Oleh karena itu, perlu upaya terintegrasi baik dari lintas program maupun lintas sektor agar permasalahan kesehatan khususnya terkait penyakit menular dapat dikendalikan.

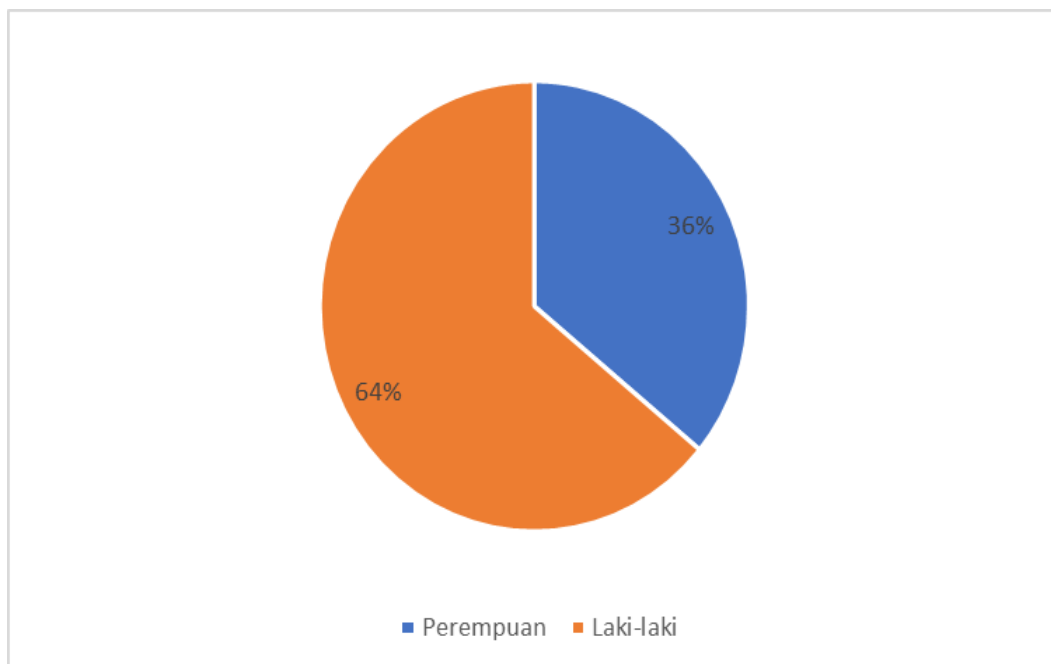
##### **1. Tuberkulosis (TBC)**

Penyakit Tuberkulosis (TBC) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis* yang dapat menyerang paru dan organ lainnya. Penularan bakteri TBC melalui udara ketika pasien TBC batuk, bersin, maupun berbicara saat tidak menggunakan masker. Pasien TBC yang tidak mendapatkan pengobatan secara lengkap dan tuntas, berisiko mengalami kematian dan menjadi sumber penular bagi orang lain. Oleh sebab itu TBC masih menjadi masalah kesehatan di Indonesia dan menimbulkan masalah yang sangat kompleks baik dari segi medis maupun sosial, ekonomi dan budaya. Berdasarkan Global TB Report Tahun 2024, Indonesia menempati urutan ke-2 di dunia yang memiliki beban kasus TBC tertinggi, setelah India.

#### A. Kasus TBC yang ditemukan

Pada Tahun 2024, jumlah kasus TBC yang ditemukan di Maluku Utara sebanyak 4.057 kasus (82,6%). 3 kabupaten/kota dengan jumlah penemuan kasus TBC tertinggi berasal dari Kota Ternate sebanyak 785 kasus (123%), Kabupaten Halmahera Tengah 443 kasus (149%), dan Kabupaten Pulau Morotai sebanyak 254 kasus (101%). sedangkan kabupaten dengan penemuan kasus TB yang rendah yaitu Kab. Pulau Taliabu yaitu 33 kasus (13%).

Gambar 6. 1 Proporsi Kasus TBC Berdasarkan Jenis Kelamin Di Maluku Utara Tahun 2024



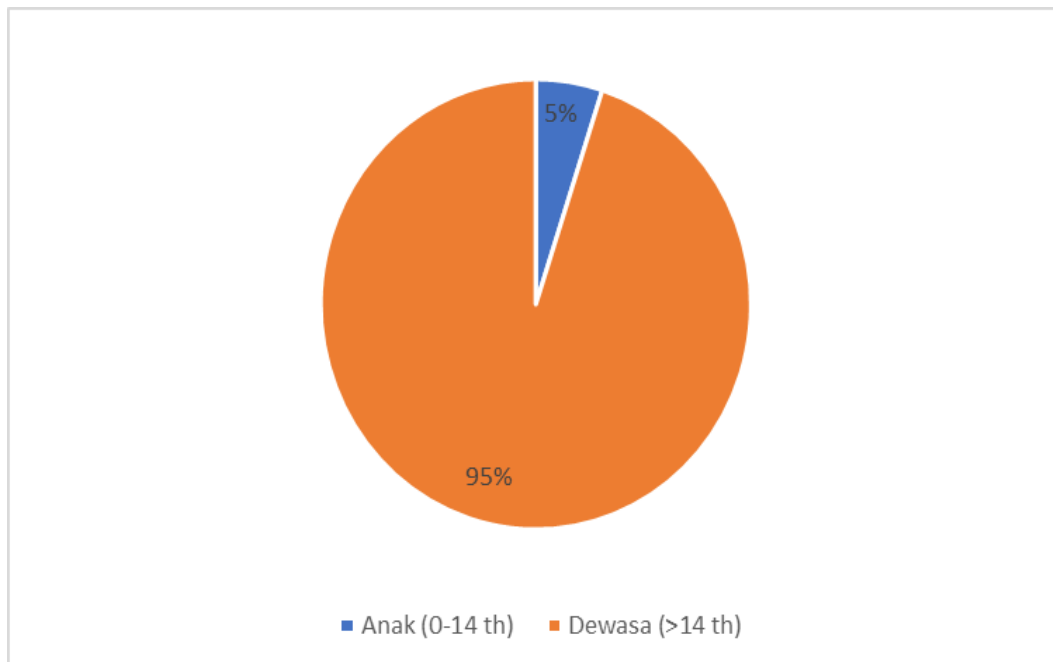
*Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024*

Gambar 6.1 menunjukkan bahwa proporsi kasus TBC pada laki-laki lebih besar dibandingkan perempuan yaitu sebesar 2.576 kasus laki-laki (64 %) dan 1.481 kasus perempuan (36%). Hal ini karena umumnya mobilitas laki-laki di luar rumah lebih tinggi daripada perempuan, selain itu faktor risiko merokok dan mengonsumsi alkohol juga berpengaruh pada penurunan sistem imunitas tubuh.

Gambar 6.2 menunjukkan bahwa sebesar 5 % kasus TBC yang ditemukan adalah usia anak (0-14 tahun) dari seluruh kelompok umur, yaitu sebesar 195 kasus (5%). Penemuan kasus anak di masyarakat menunjukkan bahwa adanya sumber penularan dari

orang dewasa di sekitarnya, sehingga harus segera dilakukan investigasi kontak untuk mencari sumber penularannya.

Gambar 6. 2 Kasus TBC Ditemukan Berdasarkan Usia Anak Dan Dewasa Di Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

#### B. Kasus TBC yang Diobati

Capaian pengobatan kasus TBC diperoleh dari jumlah kasus TBC yang ditemukan, diobati, dan dilaporkan dibagi dengan perkiraan jumlah insiden kasus TBC pada tahun yang sama. Kasus TBC yang ditemukan dan diobati pada Tahun 2024 sebesar 3.401 kasus, TB SO 3.331 (84%) dan TB RO 70 (72%). mengalami kenaikan dibandingkan tahun 2024 yaitu sebanyak 76%. Meskipun ada peningkatan capaian penemuan dan pengobatan TBC Provinsi Maluku Utara Tahun 2024, namun belum mencapai target nasional 90% serta masih ada gap antara capaian penemuan kasus TBC dan capaian pengobatan kasus TBC.

Tidak tercapainya target Capaian pengobatan kasus TBC dapat disebabkan oleh beberapa faktor yakni :

- a. Faktor dari pasien yakni Stigma, Kurangnya pemahaman tentang TBC dan pentingnya pengobatan, Kekhawatiran terhadap

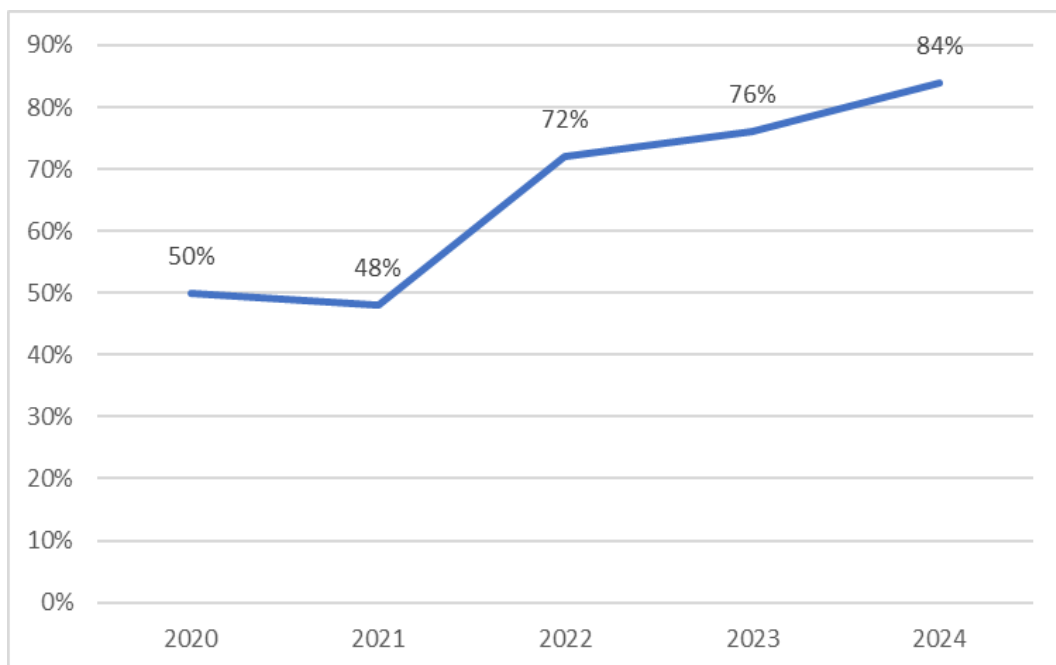
efek samping obat, masalah ekonomi, dan mobilitas tinggi, keterlambatan mencari pengobatan sehingga pasien meninggal sebelum mulai pengobatan.

b. Faktor dari Fasilitas Kesehatan yakni Konseling awal tidak optimal, waktu tunggu hasil pemeriksaan lama, Tidak ada tindak lanjut aktif oleh petugas, tidak ada pendampingan psikososial pada pasien.

c. Faktor Program TB dan Sistem Pelayanan yakni jejaring / Koordinasi yang lemah antara Puskesmas – RS – Lab, Keterlambatan distribusi obat atau stok bermasalah.

Oleh karena itu fasilitas kesehatan yang menemukan kasus TBC harus memberikan KIE pada pasien dan keluarga pasien TBC agar paham pentingnya segera memulai pengobatan TBC sampai tuntas dan meningkatkan koordinasi dengan petugas kesehatan/kader untuk melakukan pelacakan kasus serta Investigasi Kontak pada kasus TBC yang belum melakukan pengobatan.

Gambar 6.3 Cakupan Pengobatan Kasus TBC Di Maluku Utara Tahun 2020 – 2024

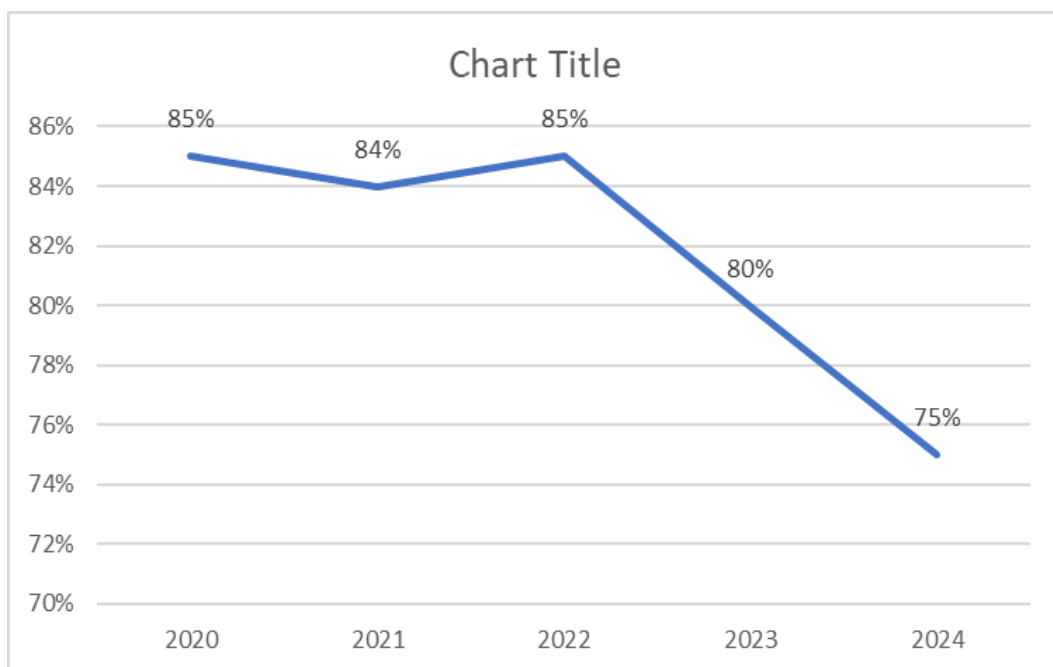


Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

### C. Keberhasilan Pengobatan Kasus TBC SO

Keberhasilan pengobatan TBC SO (*Treatment Success Rate* TBC Sensitif Obat) dievaluasi berdasarkan jumlah semua kasus TBC SO yang sembuh dan pengobatan lengkap di antara semua kasus TBC SO yang diobati dan dilaporkan. Data yang digunakan yaitu data kohort 1 tahun sebelumnya (tahun 2024). Jika merujuk pada target Renstra Kementerian Kesehatan untuk indikator *Treatment Success Rate* pada Tahun 2024 yaitu sebesar 90%, maka angka keberhasilan pengobatan TBC Maluku Utara masih belum mencapai target nasional yakni 80%. Berdasarkan pasien diobati tahun 2024, sebanyak 80% adalah pasien sembuh 17,16 %, pengobatan lengkap 62,58%, pasien lost to follow up 8,84%, pasien meninggal 5,80 %, gagal pengobatan 0,24% dan belum dilakukan evaluasi pengobatan sebesar 5,38%.

Gambar 6. 4 Tren *Treatment Success Rate* TBC SO Maluku Utara Tahun 2020 – 2024

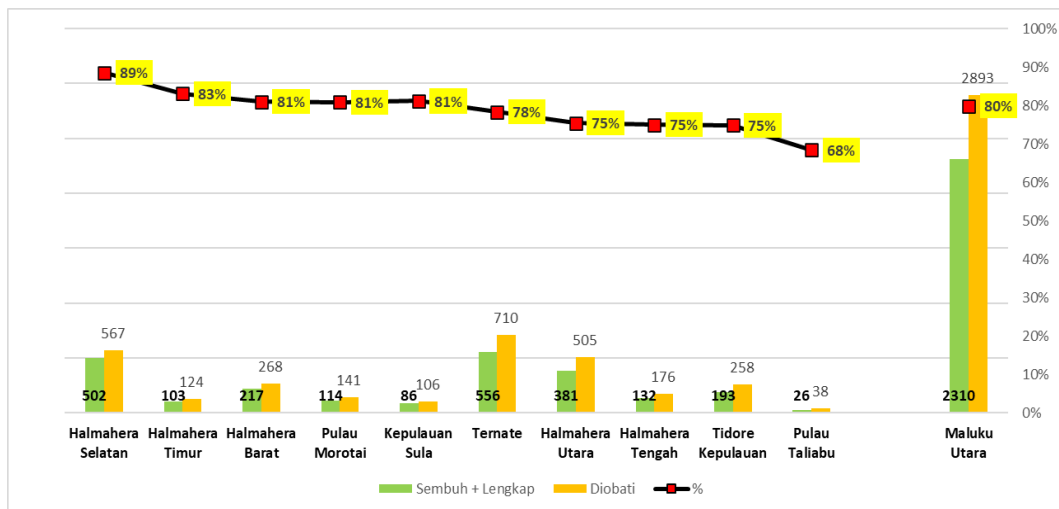


Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Jika dievaluasi setiap kabupaten/kota, maka belum ada kabupaten/kota yang mencapai target nasional dalam keberhasilan pengobatan TBC yaitu 90%. Upaya yang dilakukan adalah melakukan evaluasi rutin terkait capaian keberhasilan pengobatan kasus di setiap kabupaten/kota serta memastikan pencatatan dan

pelaporan di setiap layanan kesehatan dilaksanakan secara lengkap dan tepat waktu. Di samping itu perlu meningkatkan koordinasi dengan petugas kesehatan/kader dalam pendampingan dan pelacakan kasus TBC mangkir. Keberhasilan pengobatan tahun 2024 belum bisa dievaluasi secara keseluruhan karena pengobatan pasien masih berlangsung, dan baru akan tervalidasi hasilnya pada tahun 2025. hal ini berkaitan dengan lamanya surasi pengobatan TBC SO yakni 6-9 Bulan.

Gambar 6. 5 Treatment Success Rate TBC SO Per Kabupaten/Kota Di Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Pada Tahun 2024, Cakupan Keberhasilan Pengobatan yang tertinggi pada Kabupaten Halmahera Selatan dan terendah di Pulau Taliabu. Secara umum keberhasilan pengobatan TB SO menurun dari tahun sebelumnya (2022), hal ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor yakni :

1. Faktor dari pasien yakni Stigma, efek samping obat membuat pasien enggan untuk lanjut minum obat serta kurangnya dukungan keluarga, lingkungan dan PMO/Petugas Kesehatan dalam pendampingan pengobatan, pasien sudah merasa sembuh karena gejala hilang, adanya Komorbid seperti HIV/DM/malnutrisi/penyakit ginjal/paruparu lainnya mempengaruhi respon tubuh terhadap pengobatan, dan Ketidakstabilan ekonomi sehingga sulit konsisten berobat.

2. Faktor dari Fasilitas Kesehatan yakni kualitas tatalaksana tidak optimal misalnya keterlambatan memulai pengobatan sehingga pasien meninggal sebelum menyelesaikan pengobatan, Kesalahan regimen atau penghitungan dosis, Monitoring efek samping tidak konsisten, Tidak ada follow-up intensif oleh petugas/program.

3. Faktor Program TB dan Sistem Pelayanan (manajemen) yakni Tidak ada reminder atau tracing pasien yang absen control, tidak ada kunjungan rumah bagi pasien mangkir yang berisiko putus obat.

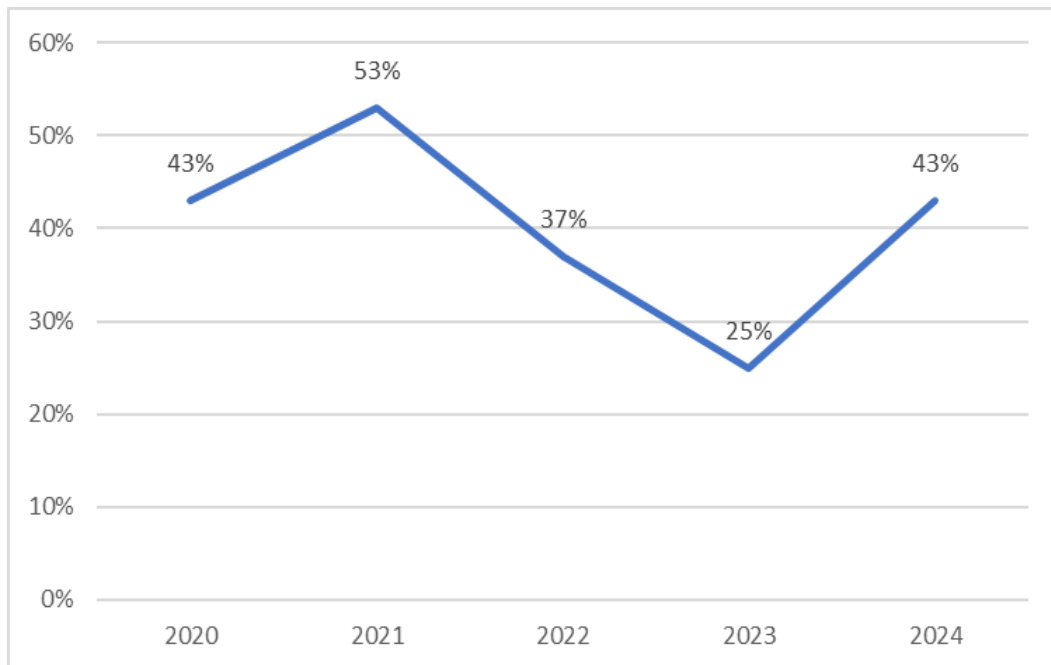
Pemantauan pengobatan pasien telah dilakukan dengan cukup intens dan terkoordinasi dengan baik secara bersama oleh petugas kesehatan di puskesmas, RS, praktek swasta dan keluarga sebagai pendukung pengobatan pasien. Namun untuk meningkatkan cakupan keberhasilan pengobatan TB SO diperlukan penguatan dalam Konseling intensif sebelum memulai pengobatan, edukasi efek samping dan cara mengatasinya serta resiko putus obat, dan dukungan psikososial. Peningkatan kapasitas PJ TB di faskes dalam tatalaksana TB SO dan penguatan jejaring rujukan Klinik-Puskesmas-RS.

#### D. Keberhasilan Pengobatan Kasus TBC RO

Keberhasilan pengobatan TBC RO (*Treatment Success Rate* TBC Rersisten Obat) dievaluasi berdasarkan jumlah semua kasus TBC RO yang sembuh dan pengobatan lengkap di antara semua kasus TBC RO yang diobati dan dilaporkan. Data yang digunakan yaitu data kohort 2 tahun sebelumnya (tahun 2022). Jika merujuk pada target Renstra Kementerian Kesehatan untuk indikator *Treatment Success Rate* pada Tahun 2022 yaitu sebesar 90%, maka angka keberhasilan pengobatan TBC Maluku Utara masih belum mencapai target nasional yakni 37%. Berdasarkan pasien diobati tahun 2022 adalah pasien sembuh 7,02 %, pengobatan lengkap 29,82%, pasien lost to follow up 31,58%, pasien meninggal 26,32 %,

gagal pengobatan 0% dan belum dilakukan evaluasi pengobatan sebesar 5,26%.

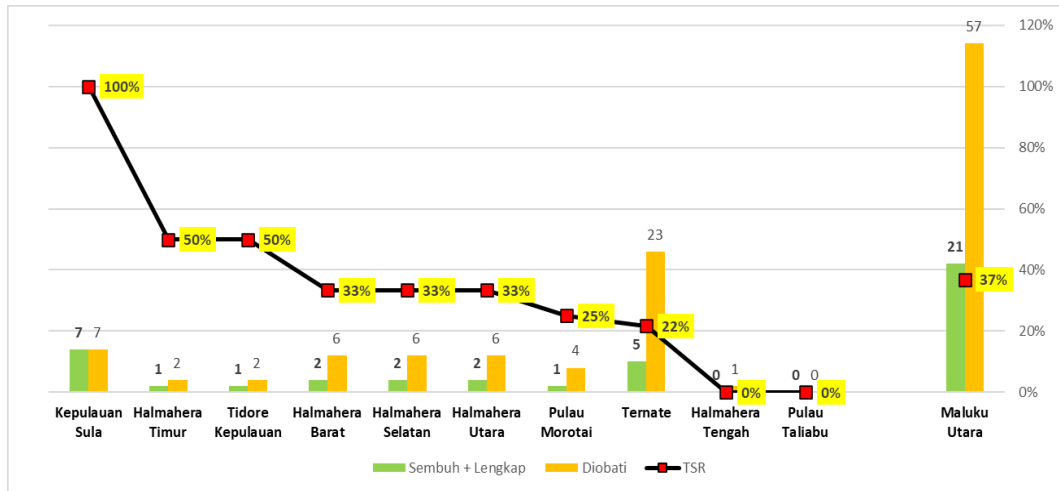
Gambar 6. 6 Tren Treatment Success Rate TBC RO Maluku Utara Tahun 2020 – 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Jika dievaluasi setiap kabupaten/kota, maka belum ada kabupaten/kota yang mencapai target nasional dalam keberhasilan pengobatan TBC yaitu 90%. Upaya yang dilakukan adalah melakukan evaluasi rutin terkait capaian keberhasilan pengobatan kasus TB RO di setiap kabupaten/kota serta memastikan pencatatan dan pelaporan di setiap layanan kesehatan dilaksanakan secara lengkap dan tepat waktu. Di samping itu perlu meningkatkan koordinasi dengan petugas kesehatan/kader dalam pendampingan dan pelacakan kasus TBC mangkir. Keberhasilan pengobatan tahun 2024 belum bisa dievaluasi secara keseluruhan karena pengobatan pasien masih berlangsung, dan baru akan tervalidasi hasilnya secara keseluruhan pada tahun 2026, hal ini berkaitan dengan durasi pengobatan TB RO sekitar 6-24 bulan.

Gambar 6. 7 *Treatment Success Rate TBC RO Per Kabupaten/Kota Di Maluku Utara Tahun 2022*



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Hasil pengobatan pada Tahun 2022, Cakupan Keberhasilan Pengobatan tertinggi pada Kabupaten Kepulauan Sula dan terendah di Kab. Halmahera Tengah dan Kab. Pulau Taliabu karena Kab. Pulau Taliabu adalah satu-satunya Kab./Kota yang belum memiliki layanan TB RO. Secara umum keberhasilan pengobatan TB RO menurun dari tahun 2021, hal ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor yakni :

1. Faktor dari pasien yakni Stigma, efek samping obat yang berat (neuropati, gangguan liver, gangguan pendengaran, gangguan kejiwaan dan lainnya pada pengobatan TB RO) dan lamanya durasi pengobatan TBC RO 18-24 bulan, serta kurangnya dukungan keluarga, lingkungan dan PMO/Petugas Kesehatan dalam pendampingan pengobatan sehingga pasien enggan untuk lanjut minum obat sampai tuntas, pasien sudah merasa sembuh karena gejala hilang, adanya Komorbid seperti HIV/DM/malnutrisi/penyakit ginjal/paruparu lainnya mempengaruhi respon tubuh terhadap pengobatan, dan Ketidakstabilan ekonomi sehingga sulit konsisten berobat.
2. Faktor dari Fasilitas Kesehatan yakni kualitas tatalaksana tidak optimal misalnya keterlambatan memulai pengobatan sehingga pasien meninggal sebelum menyelesaikan

pengobatan, Kesalahan regimen atau penghitungan dosis, Monitoring efek samping tidak konsisten, Tidak ada follow-up intensif oleh petugas/program, Keterbatasan fasilitas untuk pemeriksaan efek samping rutin (audiometri, EKG, lab).

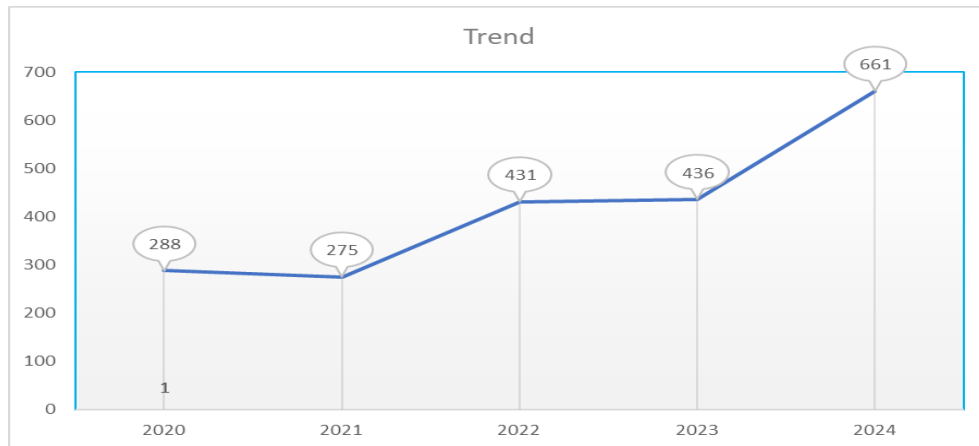
3. Faktor Program TB dan Sistem Pelayanan (manajemen) yakni Tidak ada reminder atau tracing pasien yang absen control, tidak ada kunjungan rumah bagi pasien mangkir yang berisiko putus obat.

pemantauan pengobatan pasien telah dilakukan dengan cukup intens dan terkoordinasi dengan baik secara bersama oleh petugas kesehatan di puskesmas, RS, praktek swasta dan keluarga sebagai pendukung pengobatan pasien. Namun untuk meningkatkan cakupan keberhasilan pengobatan TB RO diperlukan penguatan dalam Konseling intensif sebelum memulai pengobatan, edukasi efek samping dan cara mengatasinya serta resiko putus obat, dan dukungan psikososial. Peningkatan kapasitas PJ TB di faskes dalam tatalaksana TB RO dan penguatan jejaring rujukan Klinik-Puskesmas-RS.

## **2. *Human Immunodeficiency Virus (HIV)***

Dari jumlah estimasi kasus 1.703 dilaporkan temuan sebanyak 661 kasus tahun 2024 dengan capaian penemuan kasus ODHIV sebanyak 38,8% dari target 87% penemuan kasus cenderung meningkat setiap tahunnya. Sejak Bulan September 2013, Provinsi Maluku Utara ditetapkan sebagai wilayah dengan prevalensi HIV yang terkonsentrasi bersama 5 (lima) provinsi lainnya, yaitu DKI Jakarta, Papua, Bali, Riau dan Jawa Barat. Jumlah kumulatif penemuan kasus baru HIV sejak tahun 1989 – 2024 sebesar 3.719 kasus.

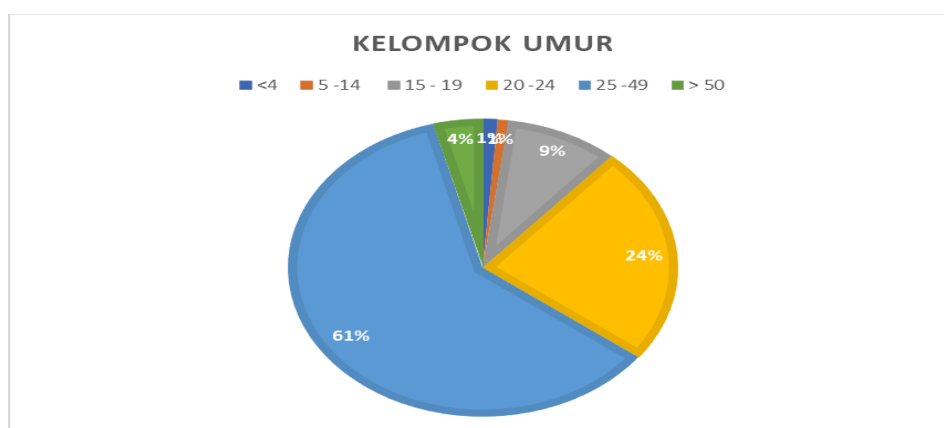
Gambar 6. 8 Tren Penemuan Kasus HIV Baru Di Provinsi Maluku Utara Tahun 2020-2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Jumlah penemuan kasus HIV baru di Maluku Utara pada Tahun 2024 sebesar 661 kasus, dengan proporsi laki-laki 67,7% (447 jumlah total kasus) dan perempuan 32,3% ( 214 jumlah total kasus). Berdasarkan kelompok umur, 61% adalah kelompok umur 25-49 tahun. Hal ini karena mobilitas serta perilaku berisiko pada laki-laki usia produktif lebih tinggi daripada perempuan.

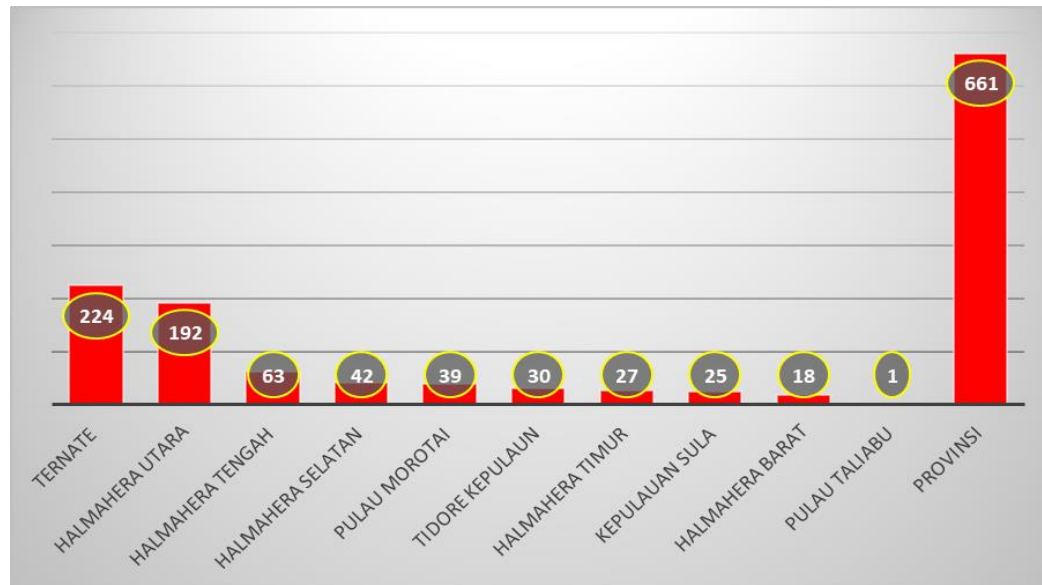
Gambar 6. 9 Proporsi Kasus HIV Baru Berdasarkan Kelompok Umur Di Tingkat Kabupaten/Kota Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Dari 10 kabupaten/kota yang sudah melaporkan adanya kasus HIV, kasus tertinggi berada di Kab/kota Ternate, Halmahera Utara dan Kab/kota Halmahera Tengah

Gambar 6. 10 Penemuan Kasus HIV Baru di Tingkat Kabupaten/Kota Tahun 2024



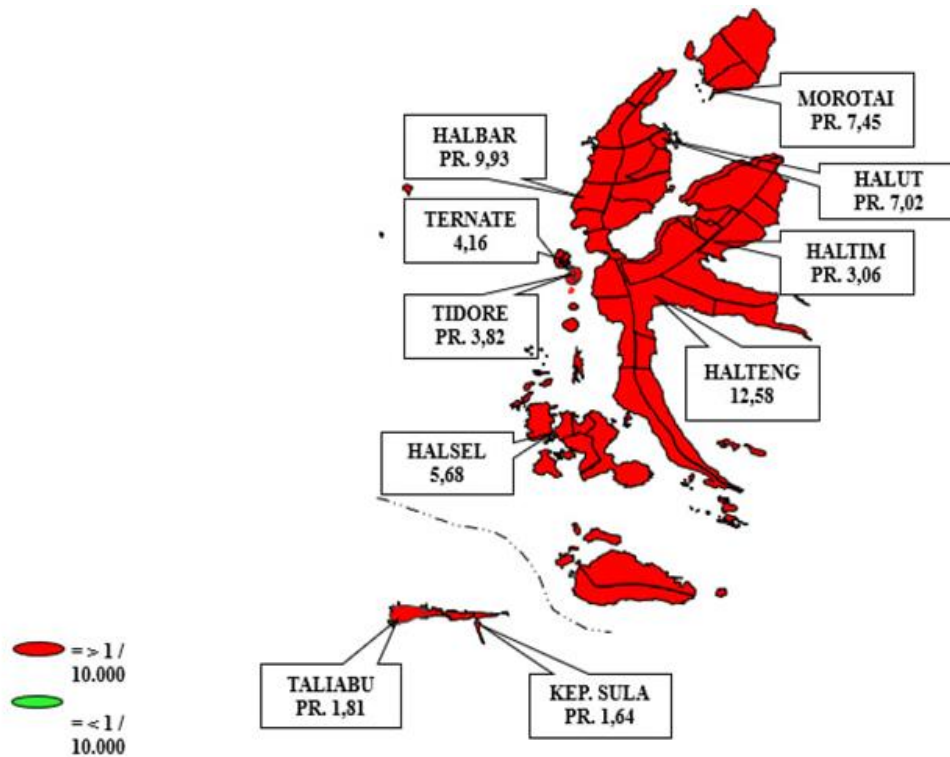
Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Provinsi Maluku Utara telah menyiapkan layanan tes HIV sejumlah 147 layanan baik layanan RS, Puskesmas dan klinik serta menyediakan 96 layanan Perawatan Dukungan Pengobatan (PDP). Pada Tahun 2024 ini terdapat 473 ODHIV (Orang dengan HIV/AIDS) yang mengakses pengobatan ARV (Antiretroviral)

### 3. Kusta

Secara umum penyakit kusta di Provinsi Maluku Utara masih menjadi masalah kesehatan dimana angka prevalensi rate masih <1 per 10.000 penduduk (belum eliminasi), selain itu untuk tingkat Kabupaten/Kota dari 10 Kabupaten/Kota seluruhnya belum mencapai eliminasi, dimana kasus baru masih ditemukan di semua Kabupaten/Kota di Maluku Utara.

Gambar 6. 11 Peta Angka Kesakitan berdasarkan Kabupaten/Kota di Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Penemuan kasus kusta baru sebanyak 637 kasus, menurun sebesar 1.03% (660) kasus dibandingkan tahun 2024. Kasus kusta paling banyak dari tipe MB (Multi Basiler/Kusta basah) yaitu 92% (588 kasus). Berdasarkan jenis kelamin, jumlah kasus laki-laki lebih besar 63.6 % dibandingkan perempuan 36.4%.

Gambar 6. 12 Persentase Kasus Kusta berdasarkan Jenis Kelamin di Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Kasus kusta yang ditemukan tanpa cacat sebanyak 617 kasus (96 %), kasus baru yang ditemukan dalam kondisi cacat tk 2 sebanyak 6 kasus (1%). Semakin besar proporsi ini berarti penemuan kasus baru terlambat ditemukan dan risiko penularan pada kontak erat semakin tinggi. Untuk kecacatan lebih banyak terjadi pada laki-laki yaitu sebanyak 5 kasus dibandingkan pada perempuan yang sebanyak 1 kasus. Hal ini disebabkan karena mobilitas laki-laki lebih tinggi dan berinteraksi dengan banyak orang.

Jumlah kasus baru usia anak (0-14 th) sebanyak 104 anak atau 16% dari seluruh kasus yang ditemukan. Indikator ini menunjukkan bahwa kasus anak masih tinggi, karena aktivitas anak-anak hanya di sekitar rumah dan sekolah.

Target yang telah ditetapkan oleh Kemenkes RI untuk proporsi cacat 2 dan proporsi anak di antara kasus baru adalah <5%. Pada tahun 2024 masih ditemukan anak yang cacat akibat kusta sebanyak 1 anak.

Angka keberhasilan pengobatan kusta sudah mencapai target, yaitu sebesar 82.7% dari target nasional sebesar 95%. Kabupaten/Kota yang belum mencapai target ada 9 Kab/Kota daerah, yaitu Kab. Halmahera Barat, Kab Halmahera Tengah, Kab Halmahera Utara, Kab. Halmahera Timur, Kab. Halmahera Selatan, Kab. Kep. Sula, Kab. Pulau Morotai, Kab. Pulau Taliabu dan Kota Ternate.

Angka keberhasilan pengobatan kusta (RFT rate) yang paling tinggi pada tipe PB (Pausi Basiler/Kusta Kering) sebesar 91.8 % sedangkan pada tipe MB mencapai 81,7 %. Hal ini bisa terjadi karena pada tipe PB masa pengobatannya lebih pendek yaitu 6 bulan dan tidak ada efek samping berupa perubahan warna kulit.

Untuk perbandingan kasus yang menyelesaikan pengobatan berdasarkan jenis kelamin, ternyata pada laki-laki lebih tinggi sebesar 83,2% dibandingkan pada perempuan yaitu sebesar 82,7%.

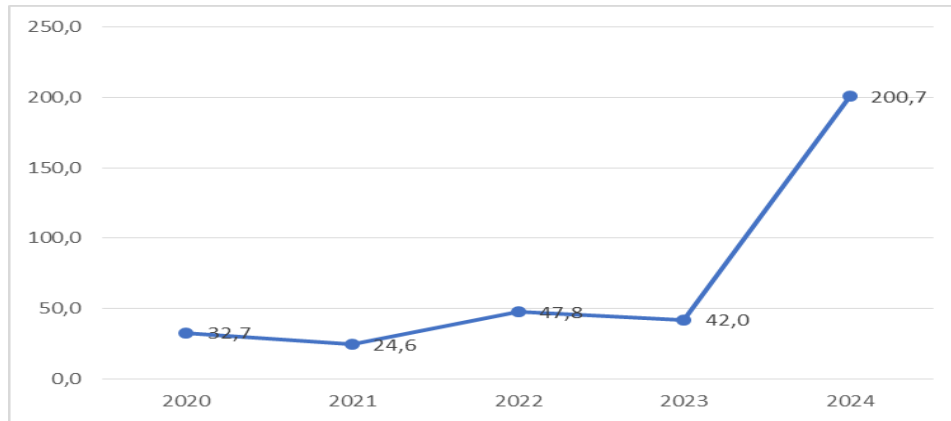
#### 4. Diare

Penyakit diare merupakan masalah kesehatan di dunia termasuk Indonesia. Data UNICEF menunjukkan diare menyumbang sekitar 9% dari seluruh kematian anak dibawah usia 5 tahun di seluruh dunia pada tahun 2021. Hal ini berarti 1.200 balita meninggal setiap hari, atau sekitar 444.000 per tahun, meskipun tersedia solusi pengobatan sederhana yang mudah dilakukan.

Data profil kesehatan Indonesia 2022 menunjukkan diare sebagai penyebab kematian ke-2 yang diketahui pada balita (12-59) bulan dengan proporsi 5,8%, dibawah pneumonia (12,5%). Hasil Survei Status Gizi Indonesia tahun 2022 (SSGI 2022) menunjukkan prevalensi diare pada balita di Indonesia sebesar 10,2%, naik dari SSGI 2021 yang sebesar 9,8%. Sementara itu, dari hasil Survei Kesehatan Indonesia tahun 2024 (SKI 2024), prevalensi diare pada bayi (<1 tahun) diketahui sebesar 6,4%, pada balita (1-4 tahun) 7,6%, dan pada semua umur 4,3%. Terjadi penurunan prevalensi diare pada bayi, balita dan semua umur hasil SKI 2024 dibandingkan dengan hasil Riset Kesehatan dasar tahun 2018 (Riskesdas 2018) yang berturut-turut sebesar 10,6% dan 8%.

Pencegahan kejadian diare pada bayi dan balita berdampak pada peningkatan gizi dan kualitas hidup. upaya pencegahan diare pada bayi dan balita, termasuk mencegah infeksi rotavirus, dilakukan melalui peningkatan upaya meningkatkan cakupan vaksinasi (rotavirus,campak), peningkatan kualitas air dan sanitasi, serta memperbaiki akses dan kualitas perawatan medis. Intervensi pengobatan yang tepat waktu dan tepat dapat menyembuhkan anak-anak dari diare dan menjamin kelangsungan hidup. penggunaan garam rehidrasi dan seng (zinc, terbukti dan terjangkau untuk mencegah kematian akibat diare pada anak-anak, termasuk diare karena rotavirus.

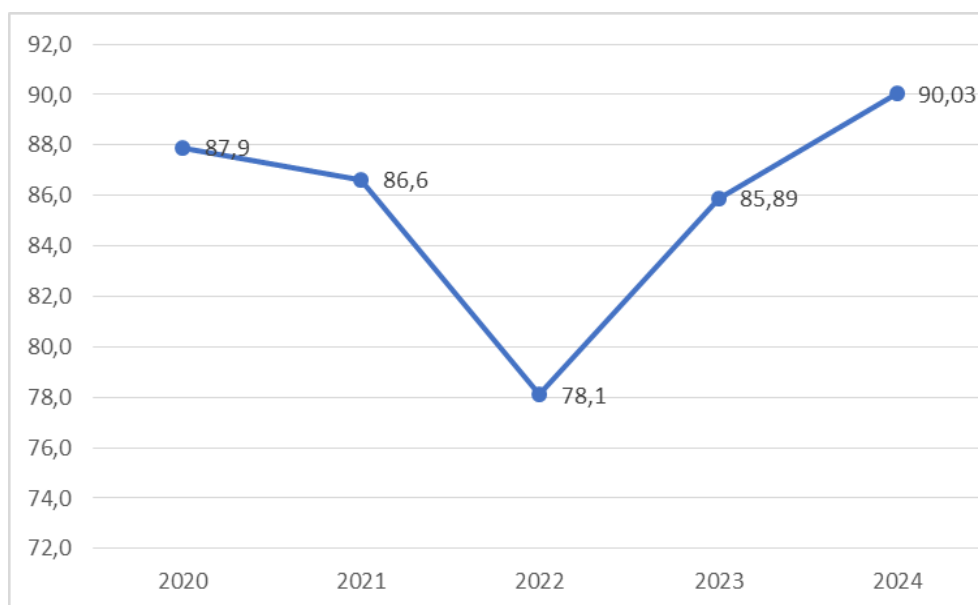
Gambar 6. 13 Persentase Capaian Penderita Diare Semua Umur Dan Balita Tahun 2020-2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Capaian penderita diare semua umur dan balita yang datang ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan pada Tahun 2024 sudah melebihi target nasional (100%). Capaian penderita diare semua umur yang datang ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebanyak 200,7%. Data cakupan melebihi target karena target tahun 2024 berdasarkan data Riskesda yang sudah ditentukan oleh Kementerian Kesehatan, dimana prevalensi Maluku Utara sebesar 5,4%. Data ini diperoleh dari semua penderita diare yang berkunjung di fasilitas kesehatan.

Gambar 6. 14 Cakupan Pemberian Oralit dan Zinc Diare Balita Tahun 2020-2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Untuk menilai kualitas tatalaksana diare pada penderita diare balita adalah dengan melihat capaian pemberian oralit dan zink pada penderita diare balita. target nasional pemberian oralit dan zink pada balita sebesar 85%. Cakupan pemberian oralit dan zink pada balita tahun 2024 sebesar 90,03% sudah mencapai target nasional.

## 5. Pneumonia

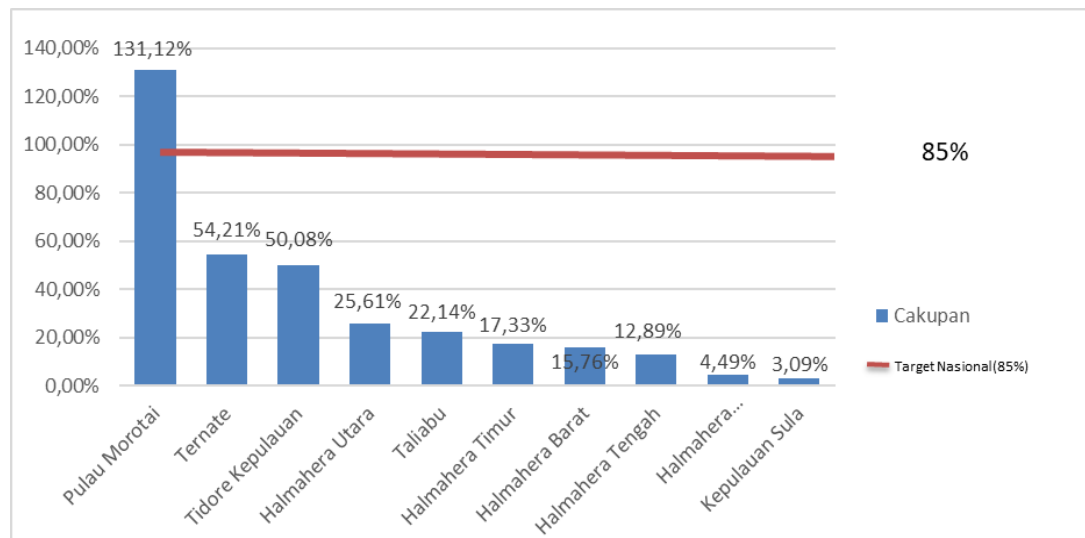
Penyakit ISPA, khususnya Pneumonia adalah termasuk penyakit serius yang berpotensi menyebabkan kematian pada bayi/balita. Berdasarkan Data WHO, Pneumonia merupakan penyebab 15% kematian Balita di dunia, selama 2015 ada 922.000 Balita meninggal karena pneumonia.

Di Maluku Utara, penyakit ISPA termasuk penyakit dengan jumlah penderita terbanyak, namun untuk cakupan penemuan penderita pneumonia sebagai salah satu indikator Prog. ISPA justru jauh dari target nasional. Pada tahun 2024 target nasionalnya 85%, cakupan di Prov. Maluku Utara hanya 30,33%.

Mulai Tahun 2022 ada perubahan indikator utama (Indikator Renstra) program ISPA yang semula adalah persentase kabupaten/kota yang 50% puskesmasnya sudah melaksanakan tatalaksana sesuai standar menjadi persentase pengobatan kasus Pneumonia sesuai standar.

Penemuan dan tatalaksana pneumonia pada balita secara dini diharapkan dapat menekan angka kematian yang diakibatkan karena pneumonia. Pelaksanaan penemuan dan tatalaksana pneumonia ini dapat diketahui dari pencapaian terhadap cakupan penemuan pneumonia balita dan persentase kabupaten/kota yang 50% puskesmasnya melakukan pemeriksaan tatalaksana pneumonia sesuai standar minimal 60% (baik dengan pendekatan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) maupun program).

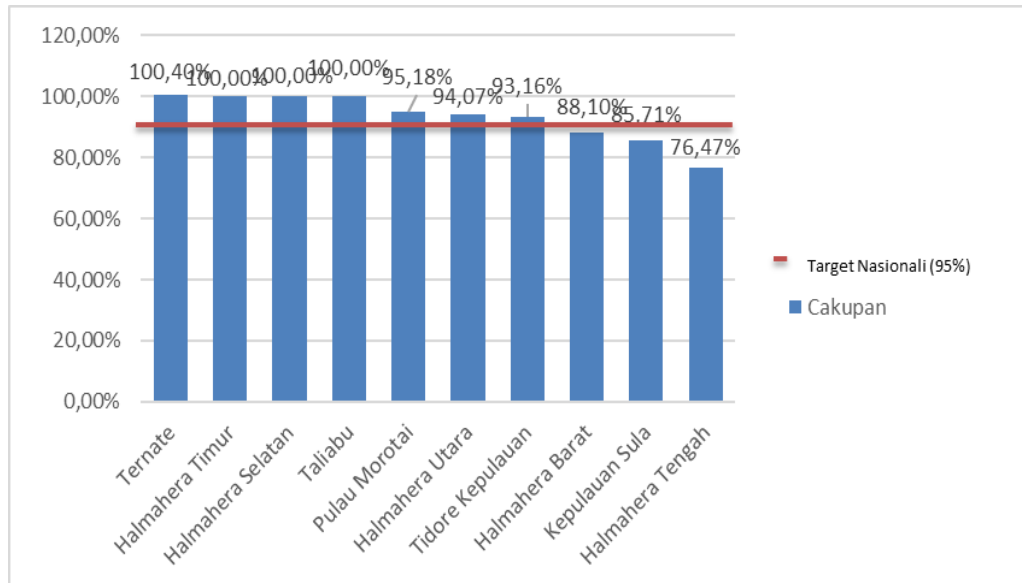
Gambar 6. 15 Persentase Cakupan Penemuan Kasus Pneumonia Balita Berdasarkan Kabupaten/Kota Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Gambar di atas merupakan cakupan penemuan kasus pneumonia balita per kabupaten/kota. Capaian penemuan untuk Provinsi Maluku Utara masih di bawah target nasional 85% yaitu 30,33 %. Ada 1 kabupaten/kota yang sudah mencapai target 131,12% yaitu Kabupaten Pulau Morotai. hal ini disebabkan karena Pulau Morotai telah memiliki Mou dengan RS sehingga data RS dilaporkan berdasarkan wilayah kerja puskesmas. sedangkan Kab/Kota yang lain belum memasukan data dari RS. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi cakupan penemuan yang belum mencapai target di 10 kabupaten/kota antara lain sejak adanya pandemi Covid-19, kunjungan balita ke layanan kesehatan menurun, rendahnya kapasitas petugas dalam melakukan deteksi dini kasus, sistem pelaporan kegiatan belum optimal, dan adanya rotasi pegawai, ketepatan dan kelengkapan pelaporan masih belum optimal.

Gambar 6. 16 Persentase Pengobatan Pneumonia Balita Sesuai Standar Berdasarkan Kabupaten/Kota Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Gambar di atas merupakan presentase pengobatan kasus pneumonia balita sesuai standar per kabupaten/kota. Capaian penemuan untuk Provinsi Maluku Utara Melebihi target nasional 95 % yaitu 100% Ada 3 kabupaten/kota yang sudah mencapai target yakni Kota Ternate dengan cakupan 100,40%, Kab. Halmahera Timur dengan cakupan 100%, Kabupaten Halmahera selatan 100%, dan Kabupaten Pulau Morotai 100% dan hal ini disebabkan karena jumlah kasus pneumonia yang dilaporkan oleh tiga Kabupaten/Kota tersebut secara otomatis yang sudah diobati .

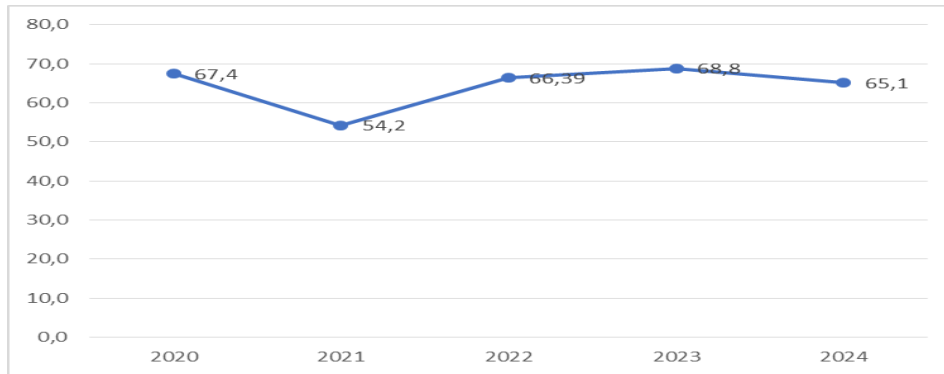
## 6. Hepatitis

Pencegahan dan pengendalian penyakit hepatitis di Indonesia berupa upaya pencegahan penularan hepatitis B dari ibu ke anak secara vertikal melalui kegiatan Deteksi Dini Hepatitis B (DDHB) pada ibu hamil.

Pelaksanaan DDHB pada ibu hamil sudah terintegrasi dengan layanan 3E melalui pemeriksaan ANC pada ibu hamil yang berkunjung ke fasilitas kesehatan. DDHB di Maluku Utara sudah dilaksanakan secara bertahap mulai tahun 2016, dan baru Tahun 2024 kegiatan ini masuk dalam profil kesehatan.

Tahun 2020, karena pandemi Covid-19 maka capaian DDHB ibu hamil mengalami penurunan.

Gambar 6. 17 Persentase Deteksi Dini Hepatitis B Pada Ibu Hamil Di Maluku Utara Tahun 2020-2024

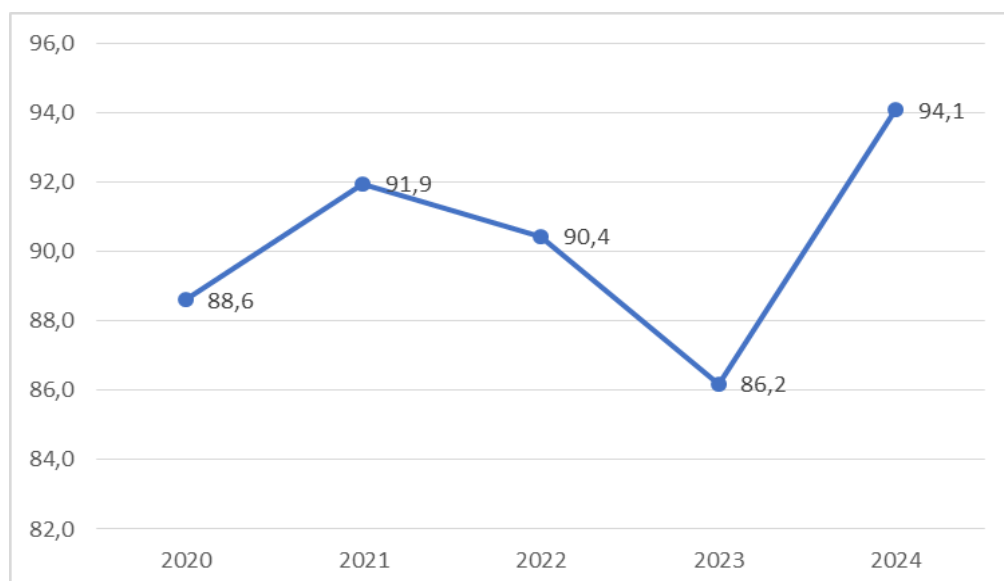


Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Hasil Deteksi Dini Hepatitis B pada ibu hamil di Provinsi Maluku Utara tahun 2024 sebesar 65,1%, masih belum capai target nasional sebesar 80%.

Diharapkan semua bayi yang lahir dari ibu hamil dengan Hepatitis B surface antigen (HbsAg) reaktif mendapatkan HB0 <24 jam dan HBIG <24 jam untuk bisa memutuskan rantai penularan hepatitis B secara vertikal dari ibu ke anak.

Gambar 6. 18 Cakupan Pemberian HBIG pada bayi lahir dari ibu reaktif hepatitis Di Provinsi Maluku Utara Tahun 2020-2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Dari data terlihat adanya peningkatan bayi lahir dari ibu reaktif hepatitis yang mendapatkan HBIG dari tahun 2023 ke tahun 2024. Capaian tahun 2024 sebesar 94,1% dimana masih dibawah target nasional 100%, hal ini disebabkan karena ibu hamil reaktif ada yang tidak menyampaikan ke petugas kesehatan dimana rencana akan melahirkan.

## **B. PENYAKIT YANG DAPAT DICEGAH DENGAN IMUNISASI (PD3I)**

Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) merupakan penyakit yang diharapkan dapat diberantas atau ditekan dengan pelaksanaan program imunisasi. PD3I masih ditemukan di hampir seluruh kabupaten/kota di Provinsi Maluku Utara dan bahkan beberapa di antaranya menyebabkan Kejadian Luar Biasa (KLB). Kegiatan surveilans PD3I menjadi tulang punggung dalam Upaya pengendalian kasus dan KLB PD3I di wilayah.

### **1. Tetanus Neonatorum**

Indonesia pada tahun 2016 berhasil mencapai status eliminasi TMN (Tetanus Maternal dan Neonatal) dan menjadi negara terakhir di Wilayah Regional Asia Tenggara WHO yang divalidasi untuk eliminasi TMN. Saat ini Indonesia terus berupaya untuk mempertahankan status eliminasi TMN. Ada 4 strategi yang direkomendasikan oleh WHO untuk dapat mempertahankan status eliminasi TMN, yaitu penguatan imunisasi rutin, pemberian imunisasi tetanus tambahan (SIA/Supplementary Immunization Activities) di wilayah-wilayah risiko tinggi dengan menargetkan wanita usia subur, mempromosikan persalinan dan perawatan tali pusat yang bersih dan penguatan surveilans TN.

Selama Tahun 2024 dari 10 Kab/Kota terdapat 1 Kabupaten melaporkan 1 kasus tetanus neonatorum (TN) yakni Kabupaten Kepulauan Sula.

### **2. Campak**

Penyakit campak dikenal juga sebagai morbili atau measles, merupakan penyakit yang sangat menular (infeksius) yang disebabkan oleh virus RNA dari genus Morbillivirus dari keluarga Paramyxoviridae

yang sebenarnya mudah mati jika terkena panas dan cahaya. Cara penularannya dari orang ke orang melalui percikan ludah dan transmisi melalui udara terutama melalui batuk, bersin atau sekresi hidung. Masa penularan 4 hari sebelum rash dan 4 hari setelah rash. Masa inkubasi 7-18 hari dan rata-rata 10 hari. Gejala dan tanda-tanda adalah panas badan  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  selama 3 hari atau lebih kemudian timbul ruam serta disertai salah satu atau lebih batuk, pilek dan mata merah/berair.

Jumlah kasus suspek campak di Maluku Utara Tahun 2024 ada 358 kasus. terjadi penurunan kasus dari tahun sebelumnya. Jenis kelamin penderita suspek campak terdiri 221 laki-laki dan 205 perempuan. Incidence rate suspek campak secara umum di Maluku Utara adalah sebesar 27,31 % /100.000 penduduk.

Tingginya angka suspek campak yang dilaporkan disebabkan karena pandemi Covid-19 sudah mulai melandai (berkurang), dan kegiatan imunisasi yang sempat terhambat. Data selengkapnya dapat diperiksa pada tabel 69.

### 3. Difteri

Difteri adalah salah satu penyakit yang sangat menular yang dapat dicegah dengan imunisasi, disebabkan oleh bakteri *Corynebacterium diphtheriae* strain toksigenik. Manusia adalah satu-satunya reservoir *Corynebacterium diphtheriae*. Penularan terjadi secara droplet (percikan ludah) dari batuk, bersin, muntah, melalui alat makan, atau kontak erat langsung dari lesi di kulit.

Provinsi Maluku Utara pada tahun 2024 terdapat 3 kasus Difteri yang tersebar pada 3 Kabupaten yaitu Halmahera Utara, Halmahera Tengah, dan Halmahera Barat. Namun dalam pemeriksaan Laboratorium, 3 kasus tersebut dinyatakan negatif.

### 4. Polio dan *Acute Flaccid Paralysis (AFP)* / Lumpuh Layu

Polio merupakan salah satu PD3I yang dapat dibasmi. Strategi untuk membasmi polio didasarkan atas pemikiran bahwa virus polio akan mati bila ia disingkirkan dari tubuh manusia dengan cara pemberian imunisasi. Strategi yang sama telah digunakan untuk membasmi penyakit cacar (smallpox) pada tahun 1977. Cacar adalah satu-satunya penyakit yang telah berhasil dibasmi.

World Health Assembly (WHA) mendeklarasikan bahwa pencapaian eradikasi polio merupakan kedaruratan kesehatan masyarakat global dan menetapkan agar Direktur Jenderal WHO menyusun strategi eradikasi polio yang komprehensif. Dokumen Rencana Strategis 2013-2018 dan Inisiatif Pencapaian Eradikasi Polio Global, telah disetujui oleh Badan Eksekutif WHO pada Januari 2013. Dalam rencana strategis tersebut dibutuhkan komitmen global bahwa setiap negara perlu melaksanakan strategi-strategi yaitu Pekan Imunisasi Nasional (PIN) Polio, penggantian dari trivalent Oral Polio Vaccine (tOPV) menjadi bivalent Oral Polio Vaccine (bOPV), introduksi Inactivated Polio Vaccine (IPV), dan penarikan seluruh vaksin polio oral (OPV), surveilans AFP (Acute Flaccid Paralysis), dan pengamanan virus polio di laboratorium (Laboratory Containment).

Polio telah berhasil dibasmi di 4 wilayah regional WHO dari total sejumlah 6 wilayah regional WHO: regional Amerika (1998), Pasifik Barat (2000), Eropa (2002), dan Asia Tenggara (2014). Eradikasi polio secara global akan memberi keuntungan secara finansial. Biaya jangka pendek yang dikeluarkan untuk mencapai tujuan eradikasi tidak akan seberapa dibanding dengan keuntungan yang akan didapat dalam jangka panjang. Tidak akan ada lagi anak-anak yang menjadi cacat karena polio. Biaya yang diperlukan untuk rehabilitasi penderita polio dan biaya untuk imunisasi polio akan dapat dihemat.

Untuk meningkatkan sensitivitas penemuan kasus polio, maka pengamatan dilakukan pada semua kelumpuhan yang terjadi secara akut dan sifatnya flaccid (layuh), seperti sifat kelumpuhan pada poliomyelitis. Penyakit-penyakit yang mempunyai sifat kelumpuhan seperti poliomyelitis disebut kasus Acute Flaccid Paralysis (AFP) dan pengamatannya disebut sebagai Surveilans AFP (SAFP). Surveilans AFP adalah pengamatan yang dilakukan terhadap semua kasus lumpuh layuh akut (AFP) pada anak usia <15 tahun yang merupakan kelompok yang rentan terhadap penyakit polio.

Jumlah kasus AFP Non Polio di Maluku Utara pada Tahun 2024 dilaporkan sebanyak 27 kasus, non Polio AFP Rate 5,06 % /100.000 Penduduk usia <15. Jumlah tersebut menurun jika dibandingkan tahun

2024 yang hanya berjumlah 50 kasus dengan NP AFP Rate 11,34 %/100.000 penduduk.

Secara umum penemuan kasus AFP bukan polio untuk Tahun 2024 di Provinsi Maluku Utara sudah di atas target nasional yaitu 38 % /100.000 penduduk usia <15 tahun. Capaian Kinerja AFP Non Polio pada Tahun 2024 sudah mencapai target nasional dimana dari 10 kabupaten/kota 6 Kabupaten Kota telah melaporkan kasus AFP. Pelaksanaan Surveilans Aktif Rumah Sakit (SARS) juga telah berjalan dengan baik.

## 5. Pertusis

Pertusis atau Whooping Cough (dalam bahasa Inggris), di Indonesia lebih dikenal sebagai batuk rejan adalah satu penyakit menular yang menyerang saluran pernapasan. Di dunia terjadi sekitar 30 sampai 50 juta kasus per tahun, dan menyebabkan kematian pada

300.000 kasus (data dari WHO). Penyakit ini biasanya terjadi pada anak berusia di bawah 1 tahun. 90 persen kasus ini terjadi di negara berkembang. Serangan pertusis yang pertama tidak selalu memberikan kekebalan penuh. Jika terjadi serangan pertusis kedua, biasanya bersifat ringan dan tidak selalu dikenali sebagai pertusis.

Provinsi Maluku Utara pada Tahun 2024 tidak ditemukannya kasus, atau *Zero Reporting* pada kasus Pertusis.

## C. PENYAKIT TULAR VEKTOR DAN ZONOSIS

### 1. Demam Berdarah Dengue (DBD)

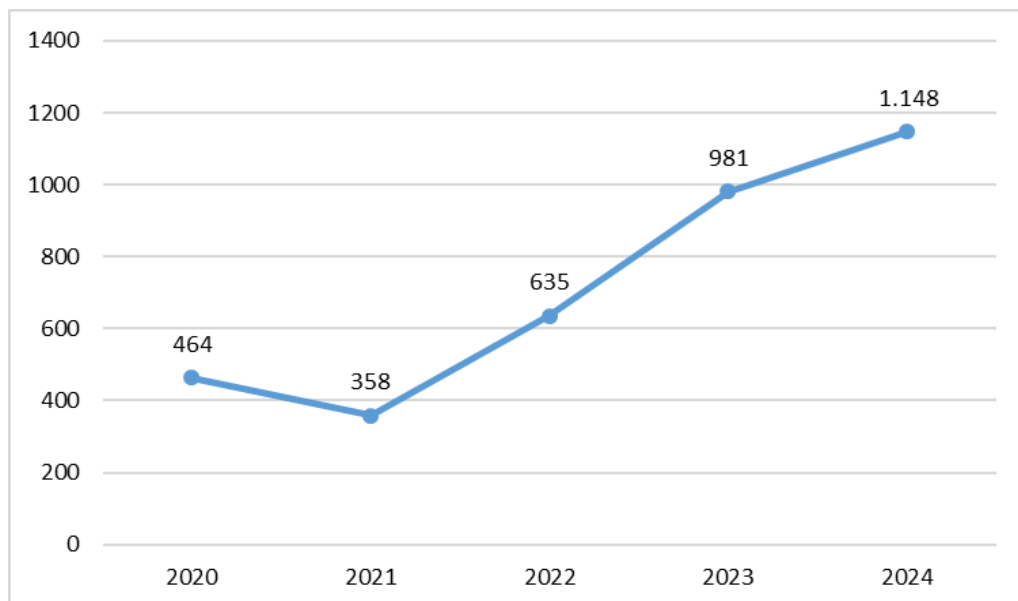
Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit infeksi virus akut yang disebabkan virus dengue ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* yang mengandung virus dengue.

Jumlah kasus DBD di Maluku Utara Tahun 2024 sebanyak 1.148 kasus, terjadi peningkatan sebanyak 167 kasus dibanding tahun sebelumnya. Angka Kesakitan atau Incidence Rate (IR) DBD di Maluku Utara pada Tahun 2024 sebesar 103 per 100.000 penduduk, sedangkan target nasional IR yang sudah ditetapkan yaitu  $\leq 10$  per

100.000 penduduk. Angka kematian atau Case Fatality Rate (CFR) DBD Tahun 2024 sebesar 0,6 %,masih dibawah target CFR sebesar <1%.

Pada Tahun 2024, kasus DBD mengalami peningkatan dibandingkan tahun sebelumnya, karena itu harus selalu dilakukan upaya pengendalian infeksi dengue yang efektif serta meningkatkan kewaspadaan terhadap lonjakan kasus pada tiap periode agar tidak terjadi KLB.

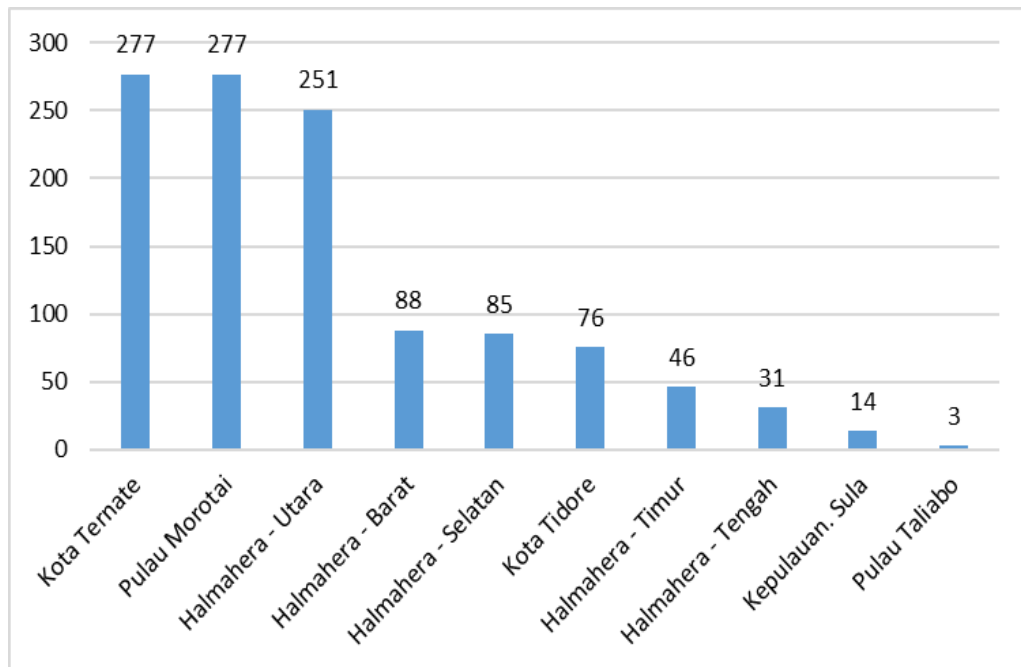
Gambar 6. 19 Tren Kasus DBD Di Maluku Utara Tahun 2020-2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Pada Tahun 2024, tiga kabupaten/kota dengan kasus DBD tertinggi yaitu Kota Ternate ( 277 kasus), Kabupaten Pulau Morotai ( 277 kasus) dan kabuapten Halmahera Utara (251 kasus). sedangkan kasus yang paling rendah terdapat pada kabupaten Pulau Taliabu dengan 3 kasus, sebagaimana tergambar pada grafik berikut ini.

Gambar 6. 20 Jumlah Kasus DBD Berdasarkan Kabupaten/Kota di Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Resiko masih terjadinya penularan kasus DBD di Maluku Utara cenderung dipengaruhi oleh kepadatan penduduk, mobilitas penduduk, urbanisasi, pertumbuhan ekonomi, perilaku masyarakat, perubahan iklim, kondisi sanitasi lingkungan dan ketersediaan air bersih.

Langkah strategi yang dapat dilakukan untuk pencegahan dan pengendalian kasus DBD yaitu dengan :

- a. Penguatan manajemen vektor yang efektif, aman dan berkesinambungan
- b. Peningkatan akses dan mutu tatalaksana dengue
- c. Penguatan surveilans dengue yang komprehensif serta manajemen KLB yang responsif
- d. Peningkatan pelibatan masyarakat yang berkesinambungan melalui Pokja/Pokjanal DBD
- e. Penguatan komitmen pemerintah, kebijakan manajemen program dan kemitraan
- f. Pengembangan kajian, invensi, inovasi, dan riset sebagai dasar kebijakan dan manajemen program berbasis bukti.

## 2. Filariasis

Filariasis limfatik adalah infeksi cacing parasit yang ditularkan oleh 5 (lima) genus nyamuk dan berdampak pada kerusakan sistem limfa di dalam tubuh manusia. Terdapat tiga spesies cacing parasit penyebab filariasis di Indonesia yaitu *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi*, *Brugia timori*. Program pencegahan dan pengendalian penyakit filariasis berupaya untuk mengeliminasi penyakit ini sebelum tahun 2030.

Di Maluku Utara kasus kaki gajah/filariasis kronis pada tahun 2024 tercatat 24 kasus yang tersebar di 10 kabupaten/kota. Kota Ternate sebesar 2 kasus, Kota Tidore Kepulauan sebesar 4 kasus, Kabupaten Halmahera Utara sebanyak 1 kasus, Kabupaten Halmahera Barat sebanyak 6 kasus, Kabupaten Halmahera Selatan sebanyak 1 kasus, Kabupaten Halmahera Tengah sebanyak 1 kasus, Kabupaten Halmahera Timur sebanyak 1 kasus, Morotai sebanyak 3 kasus, Kepulauan Sula sebanyak 5 kasus dan Taliabu sebanyak 0 kasus. sepanjang tahun 2024 kasus baru Filariasis tidak ditemukan. Kasus kronis yang meninggal dunia sebanyak 7 orang.

Sampai dengan survei darah jari terakhir yang telah dilakukan pada kabupaten/kota yang terdapat kasus suspek filariasis, mikrofilaria tidak lagi ditemukan sehingga Maluku Utara ditetapkan sebagai bukan daerah endemis. Oleh karena itu di Provinsi Maluku Utara tidak dilakukan Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) penanggulangan penyakit filariasis, dan untuk penderita klinis kronis diberikan edukasi serta pelatihan mengenai perawatan kecacatan secara mandiri. Hal ini bertujuan untuk mencegah kecacatan yang lebih parah seiring dengan berjalannya waktu.

## 3. Malaria

Tujuan program pengendalian malaria di Indonesia adalah mencapai Eliminasi Malaria pada tahun 2030. Sejak tahun 2024 dari 10 Kabupaten/ Kota di Provinsi Maluku Utara sudah mencapai eliminasi malaria sebanyak 6 Kabupaten/Kota, masih tersisa 4 kabupaten yang belum capai eliminasi malaria yaitu Kabupaten Halmahera Utara, Halmahera Timur, Halmahera Selatan dan Pulau Taliabu.

Hasil surveilans rutin malaria Tahun 2024 menginformasikan terdapat penderita malaria sebanyak 178 kasus positif dan terjadi peningkatan kasus dibandingkan tahun 2024 sebanyak 207 kasus positif. dari 207 kasus positif penularan kasus lokal sebanyak 128 kasus dan kasus import sebanyak 79 kasus.

untuk kasus import yang penularannya berasal dari luar wilayah Provinsi Maluku Utara yaitu daerah endemis malaria seperti Provinsi Papua, Papua Barat. Pada Tahun 2024 tidak ada kematian akibat malaria di Provinsi Maluku Utara.

Tabel 6.1 Pencapaian Hasil Kinerja Program Malaria Provinsi Maluku Utara Tahun 2020–2024

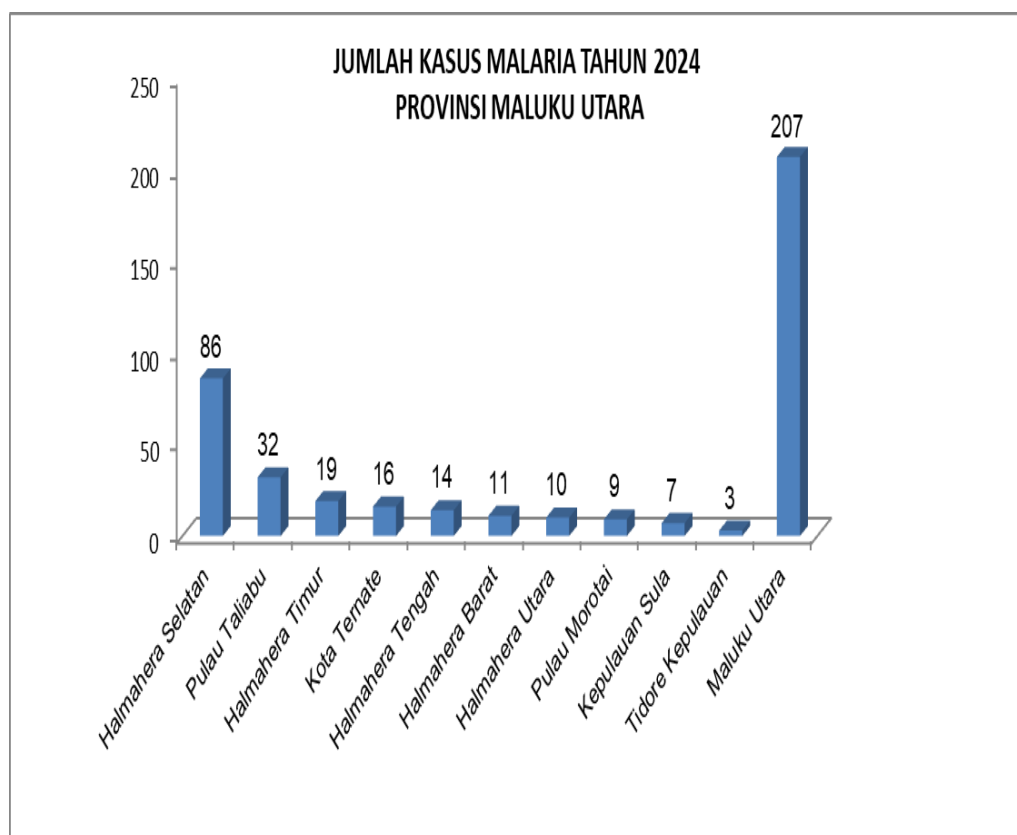
No	Indikator	Satuan	2020	2021	2022	2024	2024
1	Jumlah Sediaan Darah Diperiksa	Ribuan	6533	8289	13574	21118	17445
2	ABER	Persen	0,02	0,02	0,,04	1,41	0,42
3	SPR	Persen	4,9	2,61	4,32	1.15	1,18
4	Penderita Malaria	Orang	299	212	279	244	207
5	API	Permil	0,01	0,01	0,02	0.19	0.15
6	Proporsi Plasmodium Falsiparum	Persen	22,4	23	20.1	36,13	27,32
7	Proporsi Kasus Indigenous	Persen	0	0.4	0	27	52,91
8	Proporsi Malaria Import	Persen	100	100	100	72	47.09
9	Desa HCI	Desa	0	0	0	0	0

Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Dilihat dari tabel diatas menunjukkan bahwa dari sediaan yang diperiksa dari tahun 2020 s/d 2024 secara keseluruhan menggunakan RDT maupun Mikroskop, untuk tahun 2024 ditemukan kasus sebanyak 207 kasus positif dengan kasus Import sebanyak 79 kasus ( 47,0 9%)

dan kasus lokal (Indiginuos) sebanyak 128 kasus ( 52,91 %), kasus malaria lokal terdapat di Kabupaten Halmahera Timur, Halmahera Selatan dan Pulau Taliabu disebabkan karena masih adanya Penambang ilegal, perambah hutan, dan penambang rakyat. sedangkan kasus import kasus yang berada di luar provinsi maluku utara yang ditemukan berasal dari Provinsi Papua dan Papua dan Juga Import dari kabupaten provinsi maluku utara.

Gambar 6. 21 Jumlah Kasus Positif Malaria Berdasarkan Kabupaten/Kota Di Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

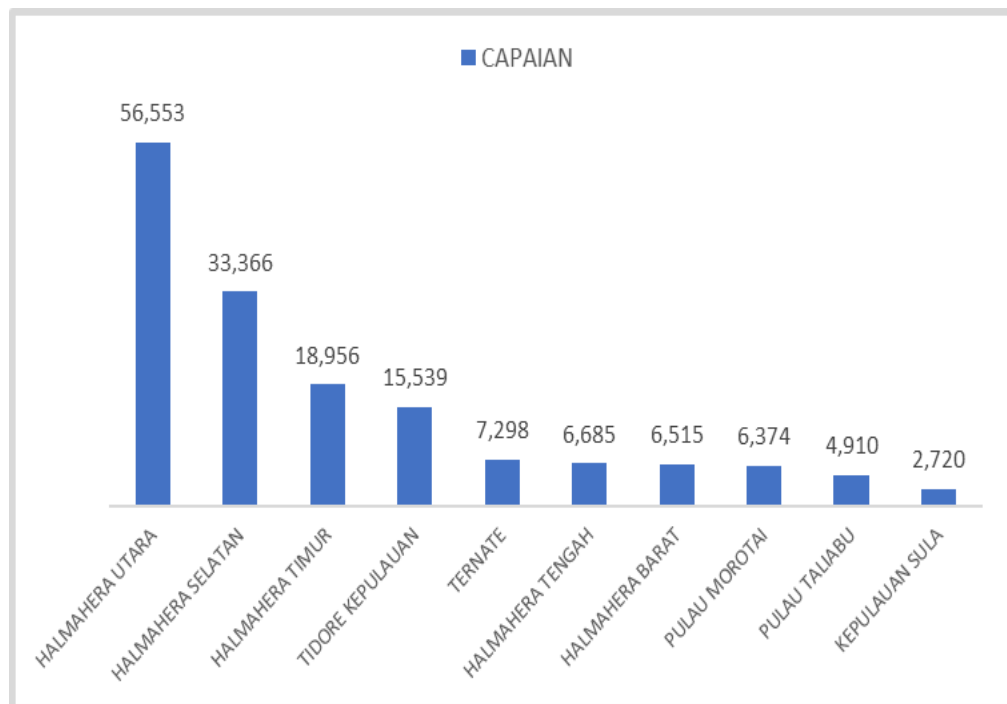
Dari data diatas terlihat bahwa provinsi maluku utara kabupaten halmahera selatan kasus tertinggi sebanyak 86 kasus dan terendah di Kota Tidore Kepulauan sebanyak 3 kasus.

**D. PENYAKIT TIDAK MENULAR**

**1. Pelayanan Kesehatan Usia Produktif menurut Jenis Kelamin**

Pelayanan kesehatan usia produktif (penduduk usia 15 tahun sampai dengan 59 tahun) melalui kegiatan Deteksi Dini Faktor Risiko PTM yang dilaksanakan di FKTP dan UKBM di 10 kabupaten/kota di Maluku Utara selama Tahun 2024 dengan total sasaran sebesar 952,452 jiwa dan sebanyak 159,696 orang (17%) yang sudah terlayani dengan jenis kelamin laki-laki 74,894 (46,9%) dan berjenis kelamin perempuan 84,802 (53,1%). Hasil pemeriksaan kesehatan pada penduduk usia produktif sebanyak 57,093 (36%) orang yang berisiko.

Gambar 6. 22 Jumlah Pelayanan Kesehatan Usia Produktif Berdasarkan Kabupaten Kota Di Maluku Utara Tahun 2024.



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

**2. Tekanan Darah Tinggi (Hipertensi)**

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu keadaan dimana tekanan darah sistolik  $\geq 140$  mmHg dan atau tekanan darah diastolik  $\geq 90$  mmHg (Joint National Committee on Prevention Detection, Evaluasi, and Treatment of High Pressure VII/JNC VII, 2003)

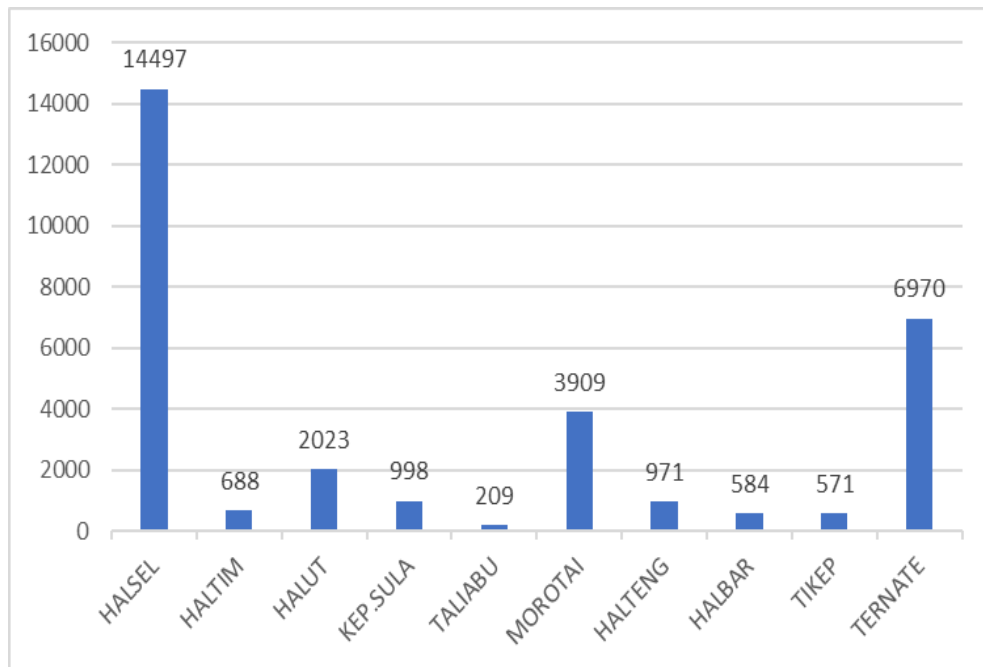
. Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2013, prevalensi penduduk dengan tekanan darah tinggi di Provinsi Maluku Utara sebesar 21 %. Prevalensi hipertensi semakin meningkat seiring dengan penambahan umur. Jika dibandingkan dengan Riskesdas tahun 2013 (24,6%), prevalensi tekanan darah tinggi mengalami peningkatan yang cukup signifikan. Peningkatan prevalensi tekanan darah tinggi ini menjadi tantangan yang besar bagi Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara dalam upaya menurunkan prevalensi tekanan darah tinggi di masyarakat. Karena itu perlu mendorong dan memperkuat Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) melalui pelaksanaan Posbindu PTM. Pentingnya edukasi kepada masyarakat dalam upaya menurunkan risiko tekanan darah tinggi melalui pencegahan dan pengendalian faktor risikonya, seperti merokok, kurang konsumsi buah dan sayur, kurang aktivitas fisik, obesitas.

Tekanan darah tinggi merupakan hasil pengukuran tekanan darah terakhir atau hasil pengukuran minimal 1 kali setahun. Pengukuran dilakukan pada penduduk yang berusia lebih dari atau sama dengan 15 tahun. Pengukuran dapat dilakukan di dalam unit pelayanan kesehatan primer, pemerintahan swasta, di dalam maupun di luar gedung.

Jumlah estimasi penderita hipertensi yang berusia  $\geq 15$  tahun di Provinsi Maluku Utara sekitar 246,389 penduduk, Dari jumlah tersebut, penderita hipertensi yang mendapatkan pelayanan kesehatan sebesar 12,8% atau 28,344 penduduk. Dibandingkan tahun 2022 ada peningkatan sebesar 3,4 % pada penderita hipertensi di Provinsi Maluku Utara yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar pada Tahun 2024.

Adapun capaian pelayanan kesehatan penderita Hipertensi di Maluku Utara Tahun 2024 adalah sebagai berikut :

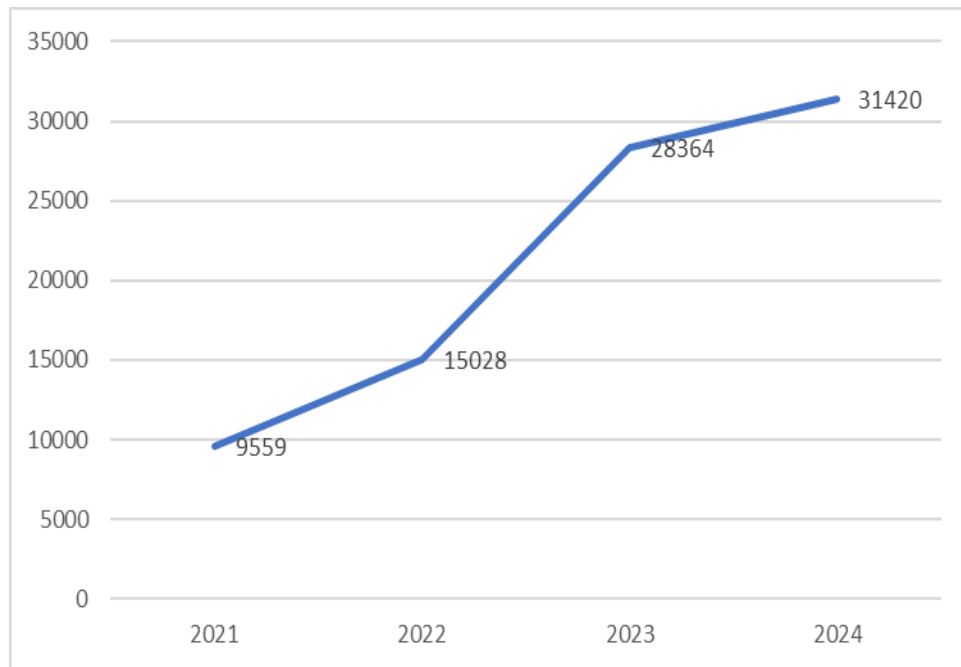
Gambar 6. 23 Capaian Pelayanan Kesehatan Penderita Hipertensi Per Kabupaten/Kota Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Dari gambar di atas dapat dilihat persentase capaian tertinggi terhadap capaian pelayanan kesehatan penderita hipertensi di Provinsi Maluku Utara diduduki oleh Kabupaten Halmahera Selatan dengan capaian 27.2%, sedangkan persentase capaian terendah diduduki oleh Kabupaten Pulau Taliabu dengan capaian 1,7%. Adapun secara rata-rata persentase capaian Provinsi Maluku Utara sebesar 12,8%.

Gambar 6. 24 Tren Pelayanan Kesehatan Penderita Hipertensi di Maluku Utara Tahun 2021-2024



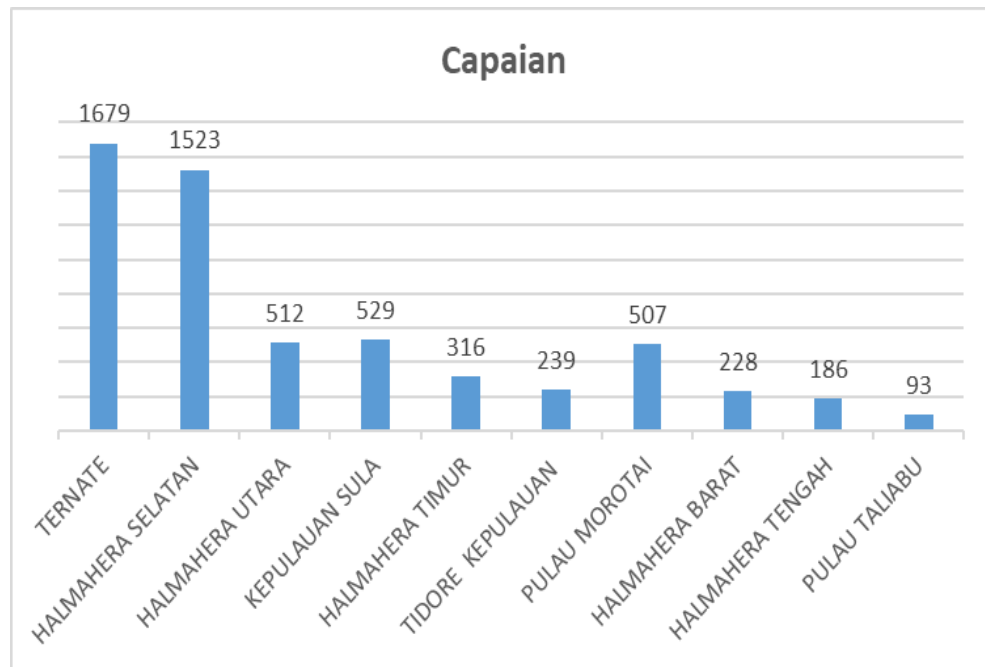
Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Tren pelayanan kesehatan pada penderita hipertensi terjadi kenaikan dari tahun 2021-2024. Hal ini disebabkan karena mulai meningkatnya kesadaran masyarakat untuk datang ke pelayanan kesehatan serta semakin intensifnya penemuan penderita hipertensi yang ada di masyarakat baik melalui Posbindu maupun yang berobat di Puskesmas.

### 3. Diabetes Melitus (DM)

Estimasi Penderita Diabetes Melitus (DM) di Maluku Utara sebesar 9,741 dari penduduk usia 15 tahun ke atas. Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Melitus di FKTP di 10 kabupaten/kota seluruh Maluku Utara sudah mencapai 5,812 kasus (59.7%) dari estimasi penderita DM yang ada.

Gambar 6. 25 Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Melitus (Dm) Per Kabupaten/Kota di Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

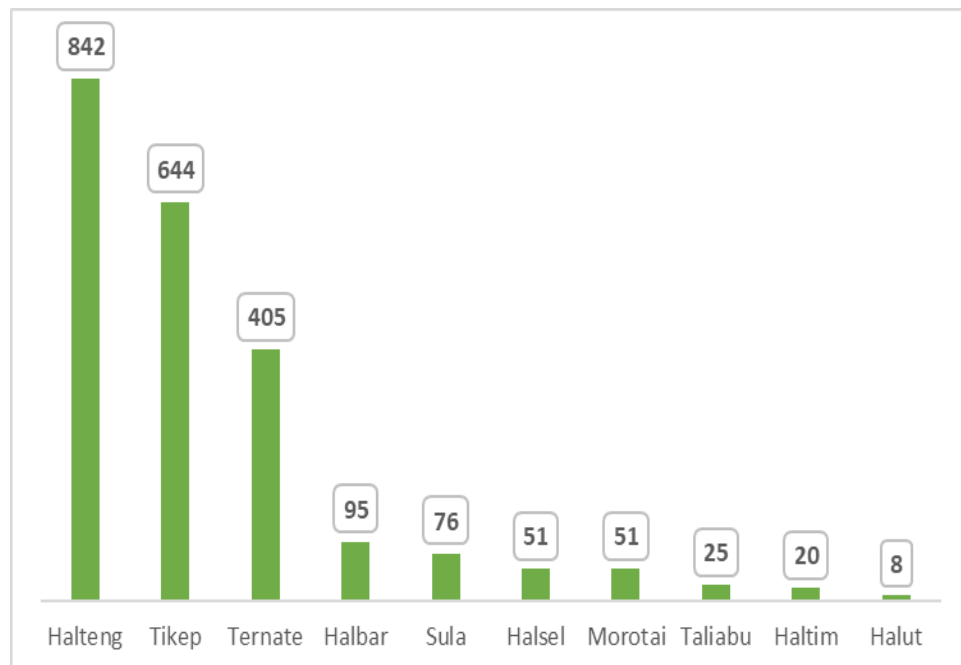
#### 4. Deteksi Dini Kanker Leher Rahim dan Payudara

Kanker leher rahim dan kanker payudara merupakan jenis kanker yang memiliki kontribusi tertinggi terhadap prevalensi kanker pada perempuan di Indonesia. Kedua jenis kanker ini memiliki angka kematian yang tinggi yang disebabkan terlambatnya deteksi dini. Penyintas kanker leher rahim dan kanker payudara pada umumnya terdeteksi pada stadium lanjut. Kanker leher rahim dapat ditemukan pada tahap sebelum kanker (lesi pra-kanker) dengan metode Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA) dan pap smear. Sedangkan deteksi dini kanker payudara dilakukan dengan metode SADANIS yaitu Pemeriksaan Payudara Klinis yang dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih. Deteksi dini kanker leher rahim dengan metode IVA dan kanker payudara dengan pemeriksaan klinis (SADANIS) dapat dilakukan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yaitu Puskesmas. Dengan adanya kegiatan deteksi dini ini maka diharapkan dapat menekan angka kematian pada perempuan yang menjadi kelompok berisiko serta mengurangi beban pembiayaan kesehatan yang disebabkan oleh dua jenis kanker tersebut.

Kanker leher rahim bisa dideteksi sejak dini dengan metode IVA (Inspeksi Visual dengan Asam Asetat). IVA merupakan pemeriksaan dengan cara mengamati dengan menggunakan spekulum, melihat leher rahim atau serviks yang telah dipulas dengan asam asetat atau asam cuka (3-5%). Biasanya, sel-sel dinding serviks yang normal tidak akan mengalami perubahan warna ketika dioleskan asam asetat. Sebaliknya, apabila terdapat masalah pada sel-sel dinding serviks, misalnya merupakan sel pra kanker atau sel kanker, otomatis warna akan berubah menjadi putih. Oleh karena itulah, tes IVA adalah salah satu pemeriksaan dini kanker leher rahim atau serviks yang bisa diketahui hasilnya dengan cepat sehingga pemeriksaan ini dapat dilakukan di puskesmas dan jaringannya. Jika ada hasil abnormal pada dinding serviks maka dapat dilakukan krioterapi atau rujukan ke fasilitas tingkat kesehatan lanjutan untuk penegakan diagnosa.

Target sasaran rencana strategis Kementerian Kesehatan tahun 2020-2024 untuk Pemeriksaan IVA menasar pada wanita usia 30–69 tahun. Di Maluku Utara wanita usia subur 30–69 tahun yaitu sebanyak 229.849 orang perempuan, yang diperiksa IVA pada Tahun 2024 sebanyak 2.217 orang dari hasil IVA positif sebanyak 4 orang. Dari gambar di atas masih banyak kabupaten/kota yang belum maksimal melaksanakan pemeriksaan kanker leher rahim. Dari target 45% wanita usia 30–69 tahun, Hal tersebut banyak faktor yang mempengaruhi, seperti belum semua perempuan usia 30-69 tahun yang sadar akan pentingnya melakukan deteksi sejak dini kanker leher rahim, rasa takut/malu saat melakukan pemeriksaan, dan kurangnya dukungan dari berbagai lintas sektor untuk mendorong sasaran mau melakukan deteksi dini kanker leher rahim.

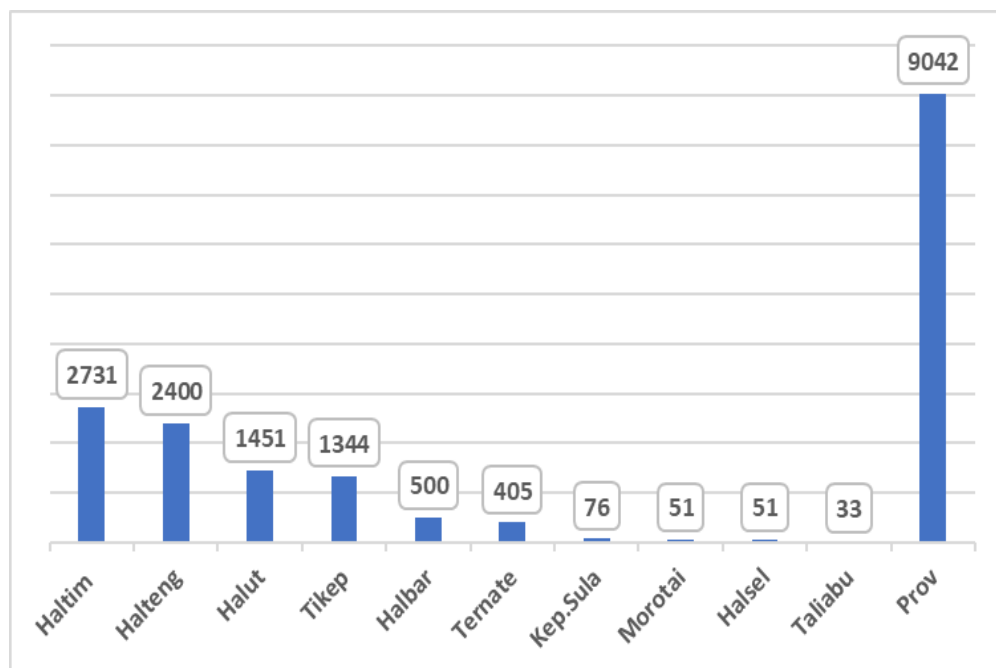
Gambar 6. 26 Persentase Pemeriksaan Inspeksi Visual Asetat (IVA) menurut Kabupaten/Kota Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Kanker payudara bisa dideteksi sejak dini dengan cara Clinical Breast Examination (CBE). CBE adalah pemeriksaan payudara secara manual oleh tenaga kesehatan terlatih. Deteksi dini yang dimaksud dapat dilakukan di Puskesmas dan jaringannya, di dalam maupun di luar gedung. Jika ditemukan tumor/benjolan tidak normal pada payudara, maka diindikasikan kanker payudara dan dilakukan rujukan ke fasilitas kesehatan tingkat lanjutan untuk penegakan diagnosa. Di Provinsi Maluku Utara pada Tahun 2024, jumlah perempuan yang di deteksi dini kanker payudara adalah sebanyak 9.042 orang dari hasil pemeriksaan Pemeriksaan Payudara Klinis (SADANIS) terdapat benjolan sejumlah 18 orang . Dari target 45% wanita usia 30–69 tahun yang dilakukan deteksi dini kanker payudara, Hal tersebut banyak faktor yang mempengaruhi, seperti belum semua perempuan usia 30-50 tahun yang sadar akan pentingnya melakukan deteksi sejak dini kanker payudara, rasa takut/malu saat melakukan pemeriksaan, dan kurangnya dukungan dari berbagai lintas sektor untuk mendorong sasaran mau melakukan deteksi dini kanker payudara.

Gambar 6. 27 Persentase Pemeriksaan Payudara Klinis (SADANIS) menurut Kabupaten/Kota Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Pada deteksi dini kanker leher rahim dengan metode IVA terjadi penurunan persentase cakupan pada Tahun 2024 dibandingkan tahun 2024. Hal ini disebabkan beberapa faktor antara lain perubahan rencana strategis Kementerian Kesehatan pada Tahun 2024 dan membuat beberapa kabupaten/kota fokus pada beberapa program baru, masih rendahnya kesadaran masyarakat untuk melakukan deteksi dini kanker leher rahim, adanya rasa takut dan malu untuk melakukan pemeriksaan, kurangnya komitmen dari pemerintah daerah untuk mendukung pelaksanaan deteksi dini kanker leher rahim. Sedangkan untuk deteksi dini kanker payudara dengan pemeriksaan klinis (SADANIS) terjadi peningkatan cakupan dari tahun ke tahun meskipun masih di bawah target. Diharapkan pada tahun 2025, cakupan deteksi dini kanker leher rahim dan kanker payudara adalah 70% WUS 30–50 tahun yang dilakukan pemeriksaan.

## E. KEJADIAN LUAR BIASA (KLB)

Seluruh kejadian penyakit potensial kejadian luar biasa (KLB) harus mendapat penanganan dan respon cepat 1 x 24 jam sesuai dengan Permenkes No. 1501/MENKES/PER/X/2010 tentang jenis penyakit potensi KLB/wabah. Hal tersebut salah satunya bertujuan untuk mencegah terjadinya penularan yang lebih luas di wilayah dan tidak sampai terjadi KLB.

Berdasarkan laporan di Tahun 2024, diketahui bahwa jumlah KLB yang tercatat dan dilaporkan di wilayah mengalami peningkatan. Salah satunya karena kejadian Covid-19 dimasukkan dalam kriteria KLB, sesuai dengan kriteria utama Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) Covid-19 yang ditetapkan secara global, yaitu apakah Covid-19 terus menjadi 1) kejadian luar biasa; 2) risiko kesehatan masyarakat bagi negara lain melalui penyebaran internasional, dan 3) berpotensi memerlukan tanggapan internasional yang terkoordinasi.

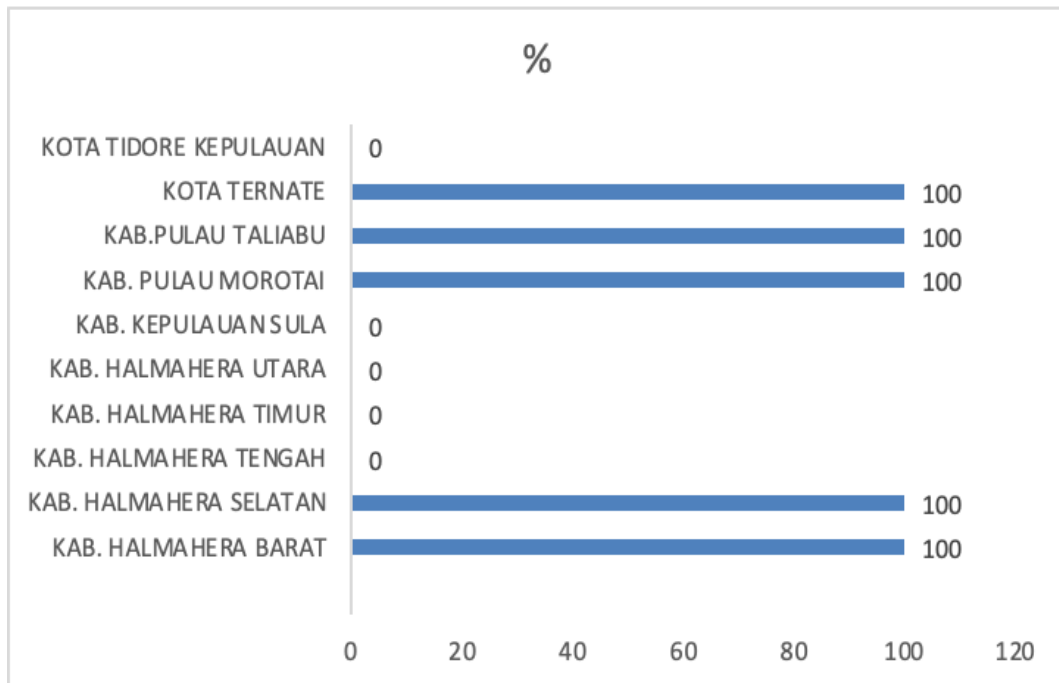
Namun dalam pencatatan dan pelaporan yang ada, belum semua kabupaten/kota memasukkan Covid-19 dalam catatan KLB namun hanya terdapat 9 kabupaten/kota (90 %) sehingga belum merata di seluruh kabupaten/kota. Hal tersebut salah satunya karena memang belum terdapat ketentuan yang jelas terkait pencatatan dan pelaporan Covid-19 sebagai KLB oleh Kementerian Kesehatan.

Selain Covid-19, KLB yang terjadi di Provinsi Maluku Utara pada Tahun 2024 adalah KLB difteri, KLB pertusis, KLB campak – rubella, KLB keracunan pangan. Dari seluruh KLB yang dilaporkan, sudah dilakukan respon dan penanganan cepat 1 x 24 jam secara keseluruhan (100%).

Di lihat data KLB dari Tahun 2020-2024 Seluruh kabupaten kota 100 % pernah terjadi KLB hanya saja KLB yang terjadi berbeda-beda di setiap kabupaten/kota, pada tahun 2020 seluruh kabupaten/kota yang ada di Maluku Utara masih dalam kondisi pandemi Covid-19 sehingga pada tahun itu hanya terdapat satu kasus, Pada Tahun 2021 Masih berjalan kasus Covid-19 dan ada beberapa kasus seperti Campak ,DBD

dan Pertusis untuk Kasus Campak hanya ada di beberapa kabupaten Kota, rata-rata KLB di respon 100% .

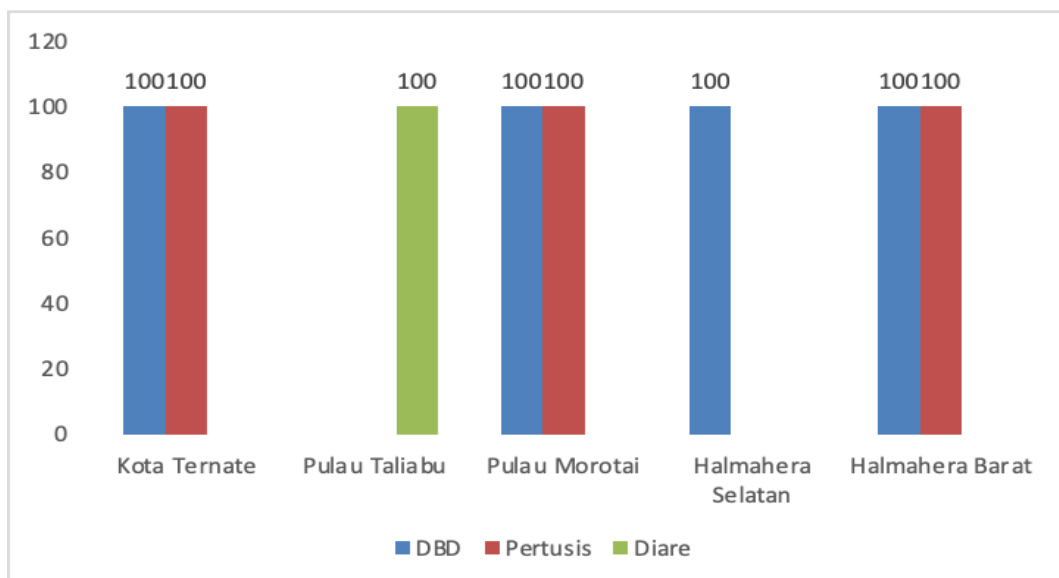
Gambar 6. 28 Persentasi Kabupaten Kota Yang Melaporkan Klb dan di Respon <1x24 Jam Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Dari grafik diatas hanya terdapat 5 Kabupaten Kota yang melaporkan adanya KLB pada tahun 2022 dan di respon 100 % dalam waktu <24 jam.

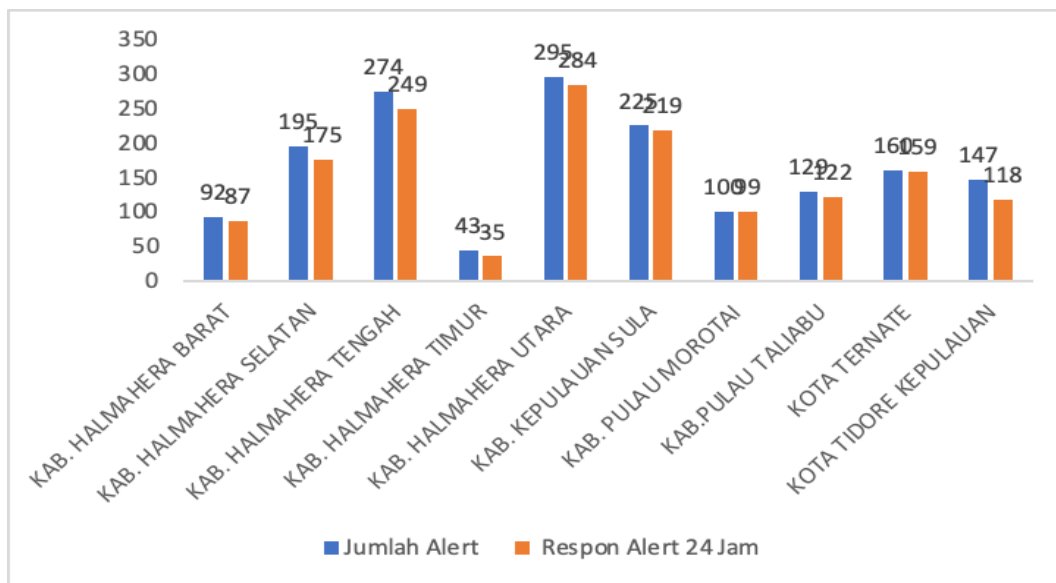
Gambar 6. 29 Presentasi KLB Yang Terjadi dan di Respon Kabupaten/Kota <24 Jam Pada Tahun 2022



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

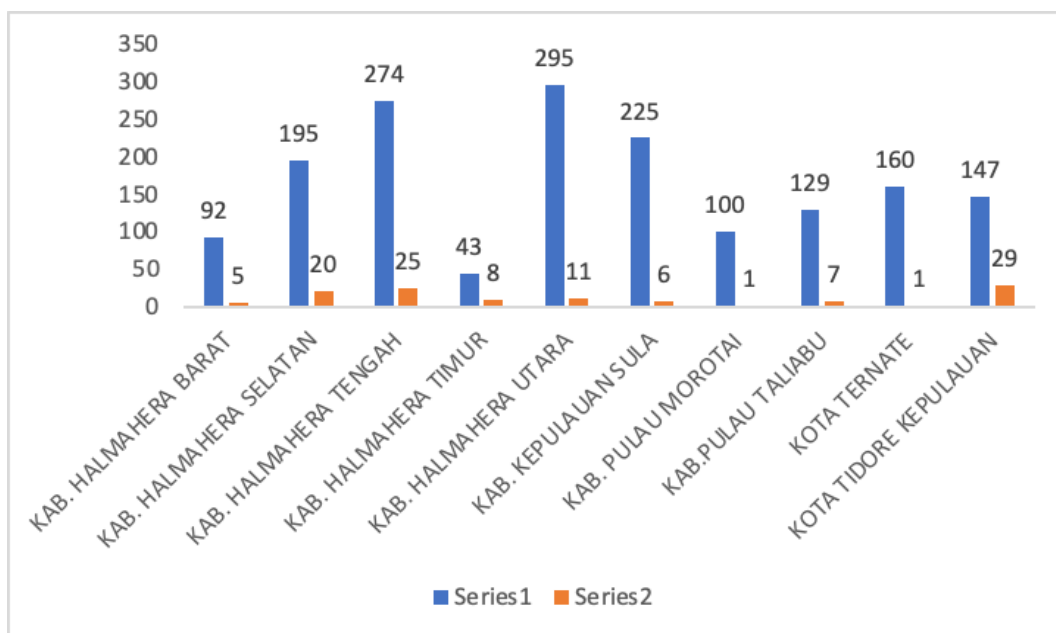
Dari grafik diatas dapat kita lihat di tahun 2022 terdapat tiga Jenis KLB yang ada di beberapa kabupaten kota di wilayah Maluku Utara diantaranya KLB DBD, Pertusis maupun campak dan diare di Kabupaten Pulau Taliabu dan 40 % KLB yang dilaporkan sering terjadi adalah KLB DBD

Gambar 6. 30 Jumlah Alert dan Peningkatan Kasus Menurut Kabupaten Kota <24 Jam Pada Tahun 2024



Dari Garafik capain diatas dapat dilihat Kabupaten Kota sudah 80% mencapai target respon yang sudah ditentukan Nasional yaitu 80%.

Gambar 6. 31 Jumlah Alert dan Peningkatan Kasus Menurut Kabupaten Kota yang merespon >24 Jam Pada Tahun 2024



Dari grafik yang di atas dapat kita lihat bahwa dari sepuluh kabupaten Kota hanya 20% yang tidak merespon Alert >24 jam .

Pada Tahun 2024 Provinsi Maluku Utara tidak Melaporkan adanya Kejadian Luar Biasa ( KLB ) di karenakan Peraturan yang belum memenuhi beberapa persyaratan untuk Penetapan KLB di wilayah kerja sepuluh Kabupaten Kota Sehingga hanya tercatat Peningkatan Kasus dan 80% kasus yang dilaporkan di Respon.



## **BAB VII**

### **KESEHATAN LINGKUNGAN**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2024 Tentang Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan menyatakan bahwa kesehatan lingkungan adalah upaya pencegahan penyakit dan/atau gangguan kesehatan dari faktor risiko lingkungan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat baik dari aspek fisik, kimia, biologi, maupun sosial. Hal tersebut juga selaras dengan teori H.L. Bloom yang menyebutkan bahwa derajat kesehatan ditentukan oleh 40% faktor lingkungan, 30% faktor perilaku, 20% faktor pelayanan kesehatan, dan 10% faktor genetika (keturunan).

Dengan kata lain, kesehatan lingkungan merupakan upaya pencegahan untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan hidup manusia serta untuk menghindarkan dari bahaya penyakit terutama penyakit berbasis lingkungan.

Kesehatan lingkungan diselenggarakan melalui upaya penyehatan, pengamanan, dan pengendalian untuk memenuhi standar baku mutu kesehatan lingkungan dan persyaratan kesehatan. Standar Baku Mutu Kesehatan Lingkungan (SBMKL) merupakan spesifikasi teknis atau nilai yang dibakukan pada media lingkungan yang berhubungan atau berdampak langsung terhadap kesehatan masyarakat; SBMKL diukur menggunakan uji laboratorium/sanitarian kit. Sedangkan persyaratan kesehatan adalah kriteria dan ketentuan teknis kesehatan pada media lingkungan yang diketahui melalui inspeksi kesehatan lingkungan. Hasil dari pemeriksaan SBMKL dan persyaratan kesehatan akan menjadi dasar apakah kesehatan lingkungan diselenggarakan sesuai standar atau tidak.

Pelaksanaan kesehatan lingkungan tidak hanya menjadi tanggung jawab sektor kesehatan, perlunya peran dari sektor lain sangat berpengaruh terhadap perwujudan kualitas lingkungan yang sehat di masyarakat. Selain itu, dibutuhkan kesadaran segenap elemen masyarakat sehingga tujuan dari terciptanya kesehatan secara menyeluruh dapat dirasakan.

## **F. AIR MINUM**

Program Air dan Sanitasi merupakan program prioritas nasional yang mendukung pencapaian Sustainable Development Goals (SDGs) ke-6, yaitu menjamin ketersediaan serta pengelolaan air bersih dan sanitasi yang berkelanjutan untuk semua. Selain itu, pemerintah juga merancang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020 – 2024 yang menyebutkan bahwa target penyediaan akses air minum layak 100% yang didalamnya terdapat akses air minum aman sebesar 15% dan 30% dengan akses perpipaan.

Air minum adalah air yang melalui pengolahan atau tanpa pengolahan yang memenuhi syarat kesehatan dan dapat langsung diminum. Air minum digunakan untuk keperluan untuk keperluan minum, masak, mencuci peralatan makan dan minum, mandi, mencuci bahan baku pangan yang akan dikonsumsi, peturasan, dan ibadah. Sasaran untuk penetapan standar baku mutu kesehatan lingkungan media air minum diperuntukkan bagi penyelenggara dan produsen/penyedia/penyelenggara air minum yang dikelola dengan jaringan perpipaan, bukan jaringan perpipaan, dan komunal, baik institusi maupun non institusi di pemukiman, tempat kerja, tempat rekreasi serta tempat dan fasilitas umum.

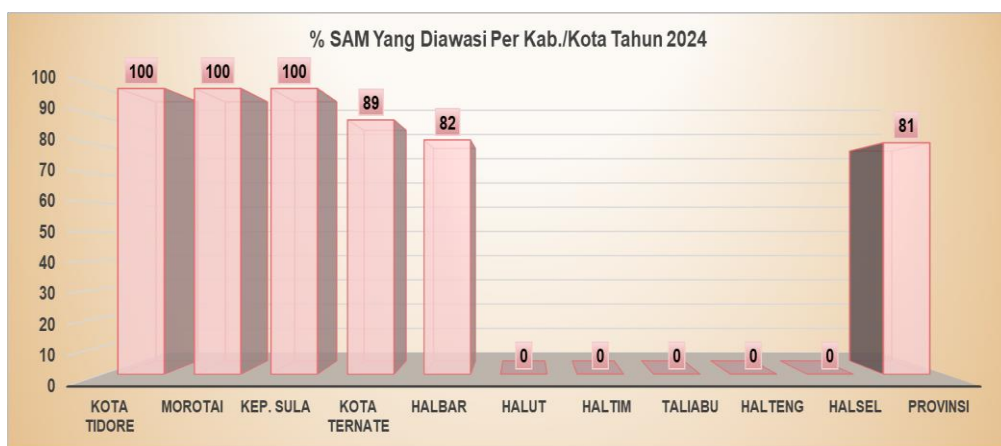
Berdasarkan definisi operasional profil kesehatan, sarana air minum yang dimaksud ialah prioritas pengawasan pada sarana komunal atau berbasis institusi yaitu BUMN/BUMD (misal PDAM) yang bergerak dalam bidang air minum perpipaan, UPT/UPTD yang bergerak dalam bidang air minum perpipaan, Kelompok Pengelola Sarana Air Minum (KPSAM) pedesaan/PAMSIMAS, dan BUMDes yang bergerak dalam bidang air minum perpipaan.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan menyatakan bahwa setiap produsen/ penyedia/penyelenggara air minum atau pangan olahan siap saji wajib memastikan air minum atau pangan olahan siap saji yang diproduksi memenuhi SBMKL dan persyaratan kesehatan.

Standar Baku Mutu Kesehatan Lingkungan (SBMKL) media air minum dituangkan dalam parameter yang menjadi acuan air minum aman. Parameter yang dimaksud meliputi parameter fisik, parameter mikrobiologi, parameter kimia serta radioaktif. SBMKL media air minum merupakan acuan bagi penyelenggara air minum, petugas sanitasi lingkungan di puskesmas, dinas kesehatan provinsi, dinas kesehatan kabupaten/kota, dan pemangku kepentingan terkait dalam menjalankan tugasnya.

Dalam profil kesehatan membahas Sarana Air Minum (SAM) diawasi/diperiksa kualitas air minumnya sesuai standar (aman), yaitu pengawasan eksternal yang dilakukan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota kepada sarana air minum yang diperiksa kualitasnya dan memenuhi syarat di antara seluruh jumlah sarana air minum yang ada.

Gambar 7. 1 Persentase Sarana Air Minum Yang Diawasi/Diperiksa Kualitas Air Minumnya Sesuai Standar Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Capaian indikator pengawasan kualitas air minum ini terdiri dari 3 sarana (PDAM, Non PDAM/KPSPAM dan Non KPSPAM/Bumdes), Pada tahun 2024 Kabupaten/Kota melakukan

pengawasan yaitu Kota Tidore Kepulauan, Pulau Morotai, Kepulauan Sula, Kota Ternate dan Halmahera Barat. Sementara Kabupaten Halmahera Utara, Halmahera Timur, Pulau Taliabu, Halmahera Tengah dan Halmahera Selatan tidak melaporkan jumlah SAM dan tidak melakukan pemeriksaan/pengawasan.

Dari Jumlah keseluruhan sarana air minum yang terdata pada tahun 2024 di 10 kabupaten/kota yaitu 31 sarana air minum, dari jumlah tersebut hanya 25 sarana air minum yang dilakukan pengawasan kualitas air minumnya. Sehingga pada akhir tahun 2024 capaian presentase pengawasan kualitas air minum di Provinsi Maluku Utara adalah 81%.

## **G. AKSES SANITASI LAYAK**

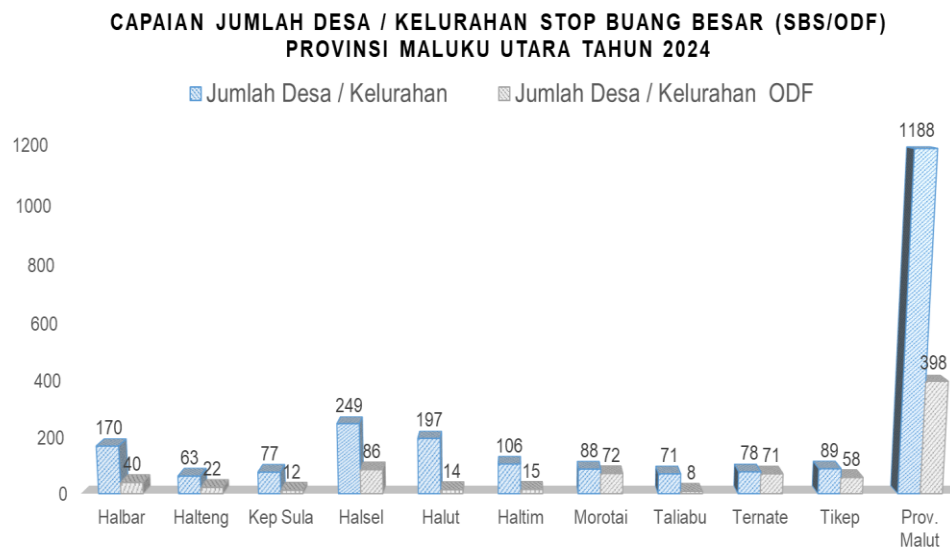
Dalam rangka pelaksanaan komitmen global yang tertuang dalam SDG's Poin 6 yaitu menjamin ketersediaan serta pengelolaan air bersih dan sanitasi yang berkelanjutan serta mendukung pencapaian RPJMN 2020-2024 Agenda 6 yaitu memperkuat infrastruktur untuk mendukung pembangunan ekonomi dan pelayanan dasar, maka dibuatlah Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 3 Tahun 2014 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) untuk mendukung target diatas. Peraturan tersebut memuat dasar pelaksanaan STBM bagi lintas sektor dan lintas program untuk menekan tingginya angka penyakit berbasis lingkungan (diare, ISPA, kulit, gizi buruk, dan sebagainya), Kejadian Luar Biasa (KLB) yang disebabkan kondisi air minum dan sanitasi buruk, serta sebagai upaya untuk menurunkan angka prevalensi stunting.

Implementasi pendekatan perubahan perilaku hidup bersih dan sehat serta peningkatan akses masyarakat terhadap sarana sanitasi yang aman dan layak dengan pemberdayaan masyarakat melalui pemicuan atau dikenal dengan pendekatan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM). Program STBM mencakup lima pilar yaitu stop buang air besar sembarangan, cuci tangan pakai sabun, pengelolaan air minum/makanan rumah tangga, pengelolaan sampah rumah tangga, dan pengelolaan limbah cair rumah tangga. Akan tetapi, fokus Provinsi

Maluku Utara hingga tahun 2024 adalah pencapaian Pilar 1 Stop Buang Air Besar Sembarangan (BABS).

Pada Tahun 2024, Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara telah melakukan berbagai kegiatan baik secara daring maupun luring terkait program STBM.

Gambar 7.2 Capaian Desa/Kelurahan Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Berdasarkan gambar 7.2 di atas, dapat diketahui bahwa capaian Desa/Kelurahan yang stop buang air besar sembarangan (SBS) di Maluku Utara sudah mencapai 398 Desa/Kelurahan (33,5%). Sehingga, masih ada 790 Desa/Kelurahan (66,5%) di Maluku Utara yang masih belum ODF. Jumlah capaian Desa/Kelurahan SBS/ODF tertinggi ada Kab. Halmahera Selatan (86 Desa/Kelurahan) dan Terendah Pada Kabupaten Halmahera Utara (7 Desa/Kelurahan)

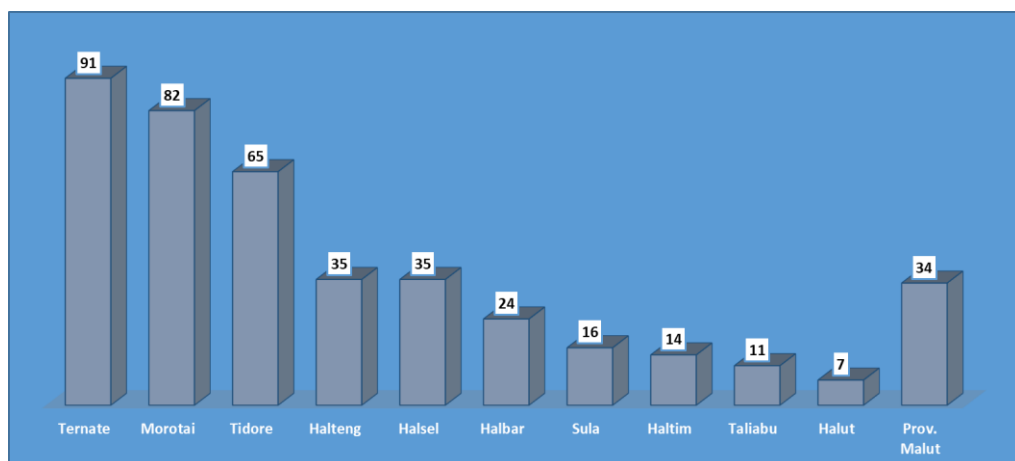
Kab/Kota yang sudah memenuhi capaian target 80% adalah Kab. Pulau Morotai dan Kota Ternate, sedangkan Kab/Kota dengan capaian kurang dari target (80 %) adalah Kabupaten Halmahera Barat, Halmahera Tengah, Kepulauan Sula, Halmahera Utara, Halmahera Selatan, Halmahera Timur, dan Pulau Taliabu dan Kota Tidore Kepulauan.

## H. SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT (STBM)

Perkembangan sanitasi di Indonesia terus meningkat melalui program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM). Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2014 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) menyatakan bahwa STBM adalah pendekatan untuk mengubah perilaku higienis dan saniter melalui pemberdayaan masyarakat dengan cara pemicuan. Peraturan tersebut memuat dasar pelaksanaan STBM bagi lintas sektor dan lintas program untuk menekan tingginya angka penyakit berbasis lingkungan (diare, ISPA, kulit, gizi buruk, dan sebagainya), Kejadian Luar Biasa (KLB) yang disebabkan kondisi air minum dan sanitasi buruk, serta sebagai upaya untuk menurunkan angka prevalensi stunting.

Program pemicuan STBM mencakup lima pilar yaitu stop buang air besar sembarangan, cuci tangan pakai sabun, pengelolaan air minum/makanan rumah tangga, pengelolaan sampah rumah tangga, dan pengelolaan limbah cair rumah tangga. Fokus Provinsi Maluku Utara hingga tahun 2024 adalah pencapaian Pilar 1 Stop Buang Air Besar Sembarangan (BABS). Akan tetapi, kabupaten/kota sudah mulai bergerak ke 5 Pilar STBM meskipun belum memperoleh predikat *Open Defecation Free* (ODF) guna pemenuhan capaian desa/kelurahan 5 Pilar STBM.

Gambar 7. 3 Persentase Desa/Kelurahan ODF / SBS



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Berdasarkan gambar 7.3 diatas dapat diketahui bahwa capaian indikator presentase Desa/Kelurahan Stop Buang Besar (SBS/ODF) tahun 2024 baru mencapai 34% dari target 90% di akhir RPJMN 2020 - 2024. Dari grafik yang ada baru Kota Ternate yang mencapai target (91%) dan paling rendah di Kab Halmahera Utara (7%). Hal ini bertolak belakang dengan capaian sanitasi yang sudah mencapai 84,25%. Akan tetapi beberapa Desa/Kelurahan dilihat pada baseline data sudah SBS/ODF akan tetapi belum dilakukan verifikasi lapangan oleh tenaga sanitasi lingkungan di puskesmas.

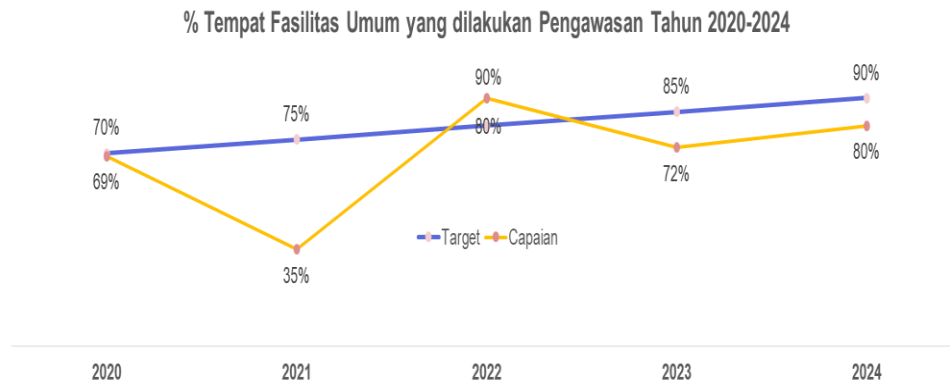
## **I. TEMPAT DAN FASILITAS UMUM (TFU) YANG DILAKUKAN PENGAWASAN SESUAI STANDAR**

Berdasarkan Peraturan Pemerintah RI Nomor 66 Tahun 2014, penyelenggaraan kesehatan lingkungan juga dilakukan di Tempat Fasilitas Umum (TFU). Penyelenggaraan kesehatan lingkungan meliputi penyehatan, pengendalian, dan pengamanan dalam upaya memenuhi standar baku mutu kesehatan lingkungan dan persyaratan kesehatan. TFU adalah lokasi, sarana, dan prasarana antara lain: fasilitas kesehatan; fasilitas pendidikan; tempat ibadah; hotel; rumah makan dan usaha lain yang sejenis; sarana olahraga; sarana transportasi darat, laut, udara, dan kereta api; stasiun dan terminal; pasar dan pusat perbelanjaan; pelabuhan, bandar udara, dan pos lintas batas darat negara; dan tempat dan fasilitas umum lainnya.

Tempat dan Fasilitas Umum (TFU) yang dilakukan pengawasan sesuai standar/Inspeksi Kesehatan lingkungan (IKL) berdasarkan Renstra sasarannya atau yang disebut TFU Prioritas yaitu :

- Pasar yang dimaksud adalah pasar rakyat yang terdaftar di Kementerian Perdagangan/Dinas perdagangan kabupaten/kota.
- Sekolah yang dimaksud adalah sekolah SD/MI dan SMP/MTs yang terdaftar di Kemendikbud/Dinas pendidikan dan Kebudayaan dan Kantor Kementerian Agama kabupaten/kota.
- Puskesmas yang dimaksud adalah puskesmas yang terdaftar (terregistrasi) di Pusdatin Kemenkes.

Gambar 7. 4 Persentase Tempat dan Fasilitas Umum (TFU) Yang Dilakukan Pengawasan Sesuai Standar Tahun 2020-2024

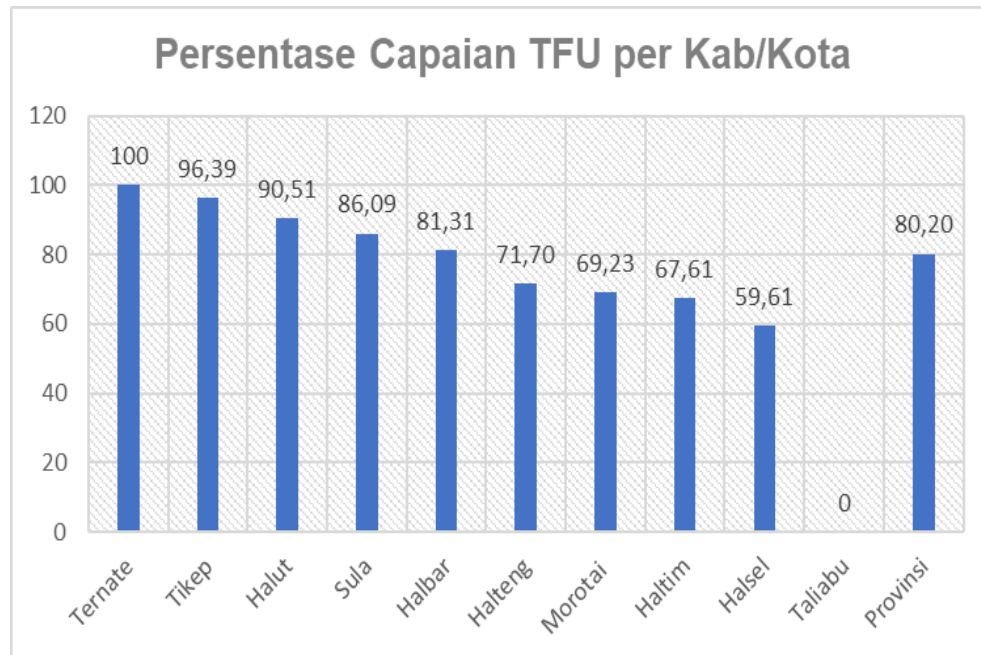


Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Pengawasan sesuai standar adalah inspeksi kesehatan lingkungan yang dilakukan sudah berdasarkan jenis Tempat dan Fasilitas Umum (TFU) masing- masing. Hasil dari Inspeksi Kesehatan lingkungan (IKL) tersebut baik Memenuhi Syarat Kesehatan Lingkungan (MSKL) atau Tidak Memenuhi Syarat Kesehatan Lingkungan (TMSKL) akan direkomendasikan oleh Puskesmas/Dinas Kesehatan kabupaten/kota kepada penyelenggara/ pengelola TFU.

Pada Tahun 2024, Kementerian Kesehatan RI telah menentukan target nasional capaian TFU sebesar 70% TFU sedangkan target capaian TFU Provinsi Maluku Utara yaitu sebesar 90%. Berdasarkan data capaian yang dapat dilihat pada gambar 7.4 dapat diketahui bahwa pada Tahun 2024 capaian target TFU Provinsi Maluku Utara sebesar 80%, dengan target capaian Provinsi dengan persentase 90%, Maka capaian program TFU pada tahun 2024 belum memenuhi target capaian yang direncanakan.

Gambar 7. 5 Persentase Capaian Tempat dan Fasilitas Umum (TFU) per Kab/Kota Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Berdasarkan Gambar 7.5 dapat diketahui bahwa Kab/Kota dengan persentase tertinggi melakukan pengawasan TFU adalah Kota Ternate yaitu sebesar 100% sedangkan persentase capaian pengawasan TFU terendah adalah Kab. Halmahera Selatan sebesar 59,61%

Sesuai dengan alur pelaporan pengawasan Tempat Fasilitas Umum (TFU), maka hasil Inspeksi Kesehatan lingkungan (IKL) baik memenuhi syarat atau tidak memenuhi syarat kesehatan lingkungan harus dilaporkan ke Kepala Instansi masing-masing, untuk kemudian memberikan rekomendasi kepada pengelola TFU tersebut. Harapannya pengelola TFU memprioritaskan perbaikan berdasarkan rekomendasi yang telah diberikan.

## J. TEMPAT PENGELOLAAN PANGAN (TPP)

Kebutuhan pangan pada saat ini sudah mengarah pada keamanan pangan, bukan hanya aspek mutu, rasa, tampilan saja, sehingga pemerintah dituntut untuk lebih meningkatkan pengawasan dan peningkatan pangan siap saji. Sebagai salah satu peran aktif dalam

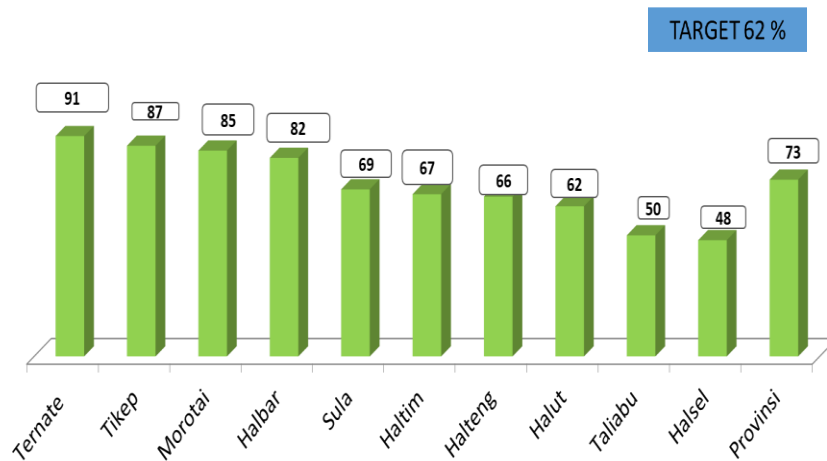
perlindungan konsumen terhadap pangan yang aman dan sehat adalah dengan peningkatan sistem pengawasan yang ketat atas penyediaan pangan pada seluruh Tempat Pengelolaan Pangan (TPP) khususnya pangan siap saji. Penyebaran dan besarnya jumlah TPP yang ada di Maluku Utara, keterbatasan jumlah petugas kesehatan lingkungan, dan geografi Maluku Utara menyebabkan sistem inspeksi saat ini memberikan tantangan tersendiri dalam penerapan pengawasan di lapangan. Sebagai contoh, data TPP berdasarkan profil kesehatan ialah yang terdaftar di aplikasi e-monev TPP sebanyak 1104 TPP.

Dengan adanya Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan, jenis TPP siap saji dikelompokkan menjadi dua yaitu TPP yang memiliki Sertifikat Laik Higiene Sanitasi (SLHS) dan TPP yang memiliki label pengawasan. TPP yang diharuskan memiliki SLHS adalah jasa boga, restoran, Depot Air Minum (DAM), dan TPP Tertentu sedangkan yang memiliki label pengawasan ialah rumah makan/warung, penyediaan makanan keliling tidak tetap (gerai pangan jajanan keliling), dan restoran dan penyediaan makanan keliling lainnya (sentra pangan jajanan, dapur gerap pangan jajanan keliling, dan gerai pangan jajanan).

Selain itu, sistem inspeksi kesehatan lingkungan berubah dengan sistem penilaian berbasis risiko. Harapannya dengan ada sistem baru maka sanitarian lebih mudah dalam mengelompokkan TPP sesuai jenisnya sehingga proses inspeksi lebih efektif.

Dari hasil inspeksi kesehatan lingkungan, maka akan diketahui besaran TPP yang memenuhi persyaratan higiene sanitasi. TPP yang memiliki nilai total lebih dari 80 memiliki arti bahwa TPP tersebut memenuhi syarat higiene sanitasi sesuai dengan indikator yang tertera pada formulir inspeksi kesehatan lingkungan. Hasil pengawasan dan pembinaan dengan menggunakan form IKL pada Tahun 2024 adalah sebagai berikut :

Gambar 7. 6 Tempat Pengelolaan Pangan Yang Memenuhi Syarat Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Berdasarkan gambar 7.6 diatas dapat diketahui bahwa capaian Maluku Utara pada Tahun 2024 adalah 73 % yaitu 1140 TPP yang memenuhi syarat dari total 1563 TPP. Angka tersebut sudah melebihi target TPP memenuhi syarat Tahun 2024 yaitu 62 %. Akan tetapi, masih ada beberapa kabupaten/kota yang belum mencapai target yaitu Kabupaten Pulau Taliabu dan Halmahera Selatan. Kab/Kota yang sudah memenuhi syarat yaitu Kota Ternate, Kota Tidore Kepulauan, Kab. Pulau Morotai, Halmahera Barat, Pulau Sula, Halmahera Timur, Halmahera Tengah dan Halmahera Utara.

## K. KABUPATEN / KOTA SEHAT (KKS)

Kabupaten/kota yang sehat merupakan suatu kondisi kabupaten/kota yang bersih, nyaman, aman, dan sehat untuk dihuni penduduk, yang dicapai melalui terselenggaranya penerapan beberapa tatanan dengan kegiatan yang terintegrasi yang disepakati masyarakat dan pemerintah daerah. Program KKS ini memiliki konsep pembangunan berwawasan kesehatan, berbasis masyarakat, berbasis kinerja, fokus pada proses, dan berkesinambungan.

Tatanan KKS dikelompokkan berdasarkan kawasan dan permasalahan dengan berpedoman pada Penyelenggaraan Kabupaten/Kota Sehat (Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan

Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2005 dan Nomor 1138/Menkes/PB/VIII/2005) yang meliputi Kawasan Pemukiman, Sarana dan Prasarana, Kawasan Sarana Lalu Lintas Tertib dan Pelayanan Transportasi, Kawasan Industri dan Perkantoran Sehat, Kawasan Pariwisata Sehat, Kawasan Pangan dan Gizi, Kehidupan Masyarakat Sehat dan Mandiri, serta Kehidupan Sosial yang Sehat. Akan tetapi, dengan adanya Surat Kemendagri Nomor 440/2007/Bangda Tanggal 22 Maret 2022 tentang Pemberitahuan Awal Pelaksanaan Verifikasi Kabupaten/Kota Sehat Tahun 2022 maka tatanan yang digunakan berubah menjadi 9 tatanan pada Tahun 2022 yaitu :Masyarakat Sehat yang Mandiri

- Pemukiman dan Rumah Ibadat
- Satuan Pendidikan
- Perkantoran dan Industri
- Pasar
- Pariwisata
- Transportasi dan Tertib Lalu Lintas Jalan
- Perlindungan Sosial, dan
- Pencegahan dan Penanganan Bencana

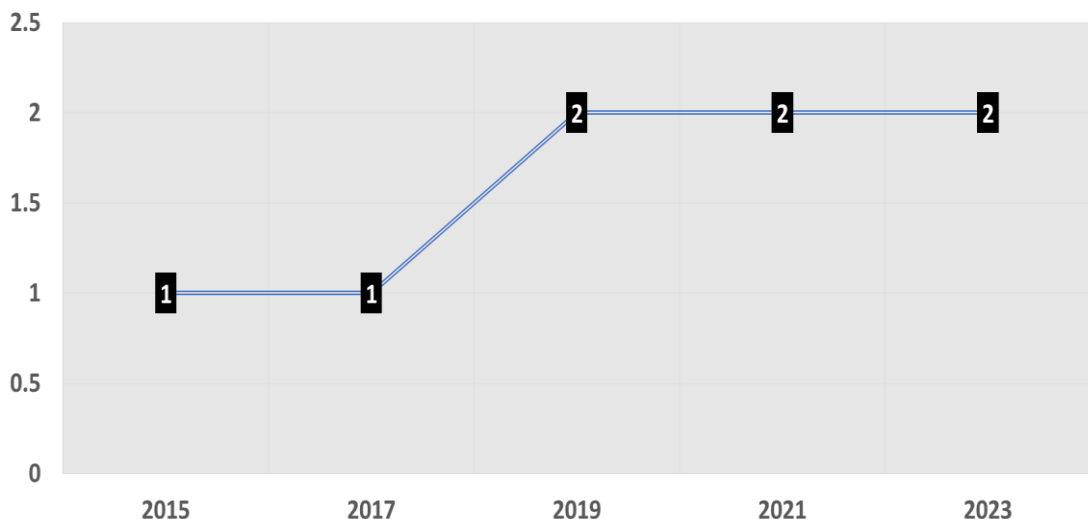
Selain itu, munculnya prasyarat ODF dalam keikutsertaan verifikasi KKS ialah minimal 80% desa/kelurahan ODF swastisaba padapa, minimal 90% desa/kelurahan ODF swastisaba wiwerda, dan minimal 100% desa/kelurahan ODF swastisaba wistara. Sedangkan kriteria pemberian swasti saba ialah :

- Padapa : terpenuhi seluruh indikator pokok dan 71% sd 80% indikator tatanan
- Wiwerda : terpenuhi seluruh indikator pokok dan 81% sd 90% indikator tatanan
- Wistara : terpenuhi seluruh indikator pokok dan 91% sd 100% indikator tatanan

Tim Pembina KKS Provinsi Maluku Utara terdiri dari berbagai OPD yang ada di Maluku Utara dengan leading sector yaitu BAPPEDA beserta anggota yang terdiri dari Dinas Kesehatan, Dinas PU Cipta karya, Dinas Perhubungan, Dinas Kebudayaan dan Pariwisata, Dinas

Perindustrian dan Perdagangan, Dinas Pertanian dan Ketahanan Pangan, Dinas Sosial, Dinas Lingkungan Hidup, Biro Kesejahteraan Rakyat, Dinas Pendidikan, Badan Penanggulangan Bencana Daerah, dan Biro Hukum. Tahun 2024 dilakukan verifikasi tingkat provinsi yang dilakukan tim pembina KKS tingkat provinsi terhadap dokumen kabupaten/kota sehat yang telah dikirim oleh kabupaten/kota. Tahun 2024, dari 10 kabupaten/kota sudah ada 2 kabupaten/kota yang telah mengikuti verifikasi tingkat provinsi. Ada 8 kabupaten/kota yang tidak mengikuti verifikasi tingkat provinsi antara lain Kabupaten Halmahera Barat, Halmahera Utara, Halmahera Selatan, Halmahera Tengah, Halmahera Timur, Kepulauan Sula, Pulau Morotai dan Pulau Taliabu.

Gambar 7. 7 Tren Kabupaten/Kota Sehat Provinsi Maluku Utara Yang Telah Mengikuti Penilaian/Verifikasi Tahun 2015 sd 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Berdasarkan gambar diatas menunjukkan bahwa di Provinsi Maluku Utara baru terdapat 2 Kota yang mengikuti penilaian Kabupaten/Kota Sehat tingkat Nasional yaitu Kota Tidore dan Kota Ternate dan berhasil mendapatkan penghargaan Swastisaba Padapa, untuk Kota Tidore pada tahun 2015 sedangkan Kota Ternate pada tahun 2020 dan 2024

Pada Tahun 2024 belum dilaksanakan penilaian Kab/Kota Sehat, Hal tersebut dikarenakan pelaksanaan penilaian Kabupaten Kota Sehat dilaksanakan pada tahun ganjil.

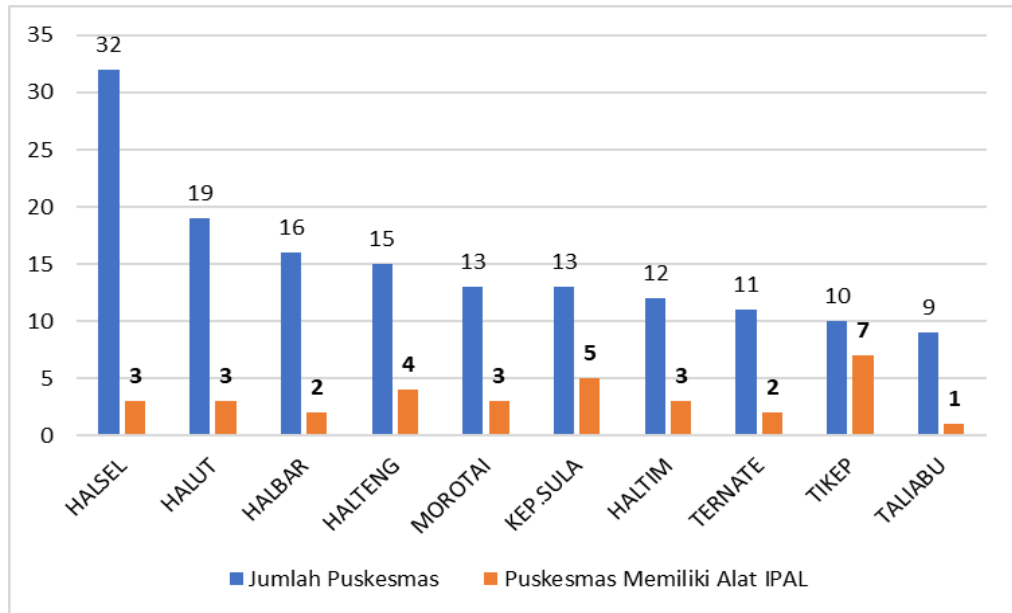
#### **L. PENGELOLAAN LIMBAH DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN**

Undang-undang RI Nomor 17 Tahun 2024 tentang Kesehatan dan Undang-undang RI Nomor 32 Tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup mengamanatkan bahwa Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes) selain memberikan pelayanan kesehatan juga diwajibkan mengelola limbah yang dihasilkan sehingga tidak menjadi dampak negatif bagi kesehatan dan lingkungan. Peraturan Pemerintah RI Nomor 101 Tahun 2014 tentang Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun, pada pasal 5 ayat 2 menyebutkan bahwa limbah medis dikategorikan dalam limbah B3. Oleh karena itu, pengelolaan limbah fasyankes di Indonesia dilaksanakan berdasarkan peraturan yang berlaku tentang pengelolaan limbah Bahan Berbahaya dan Beracun (B3). Peraturan Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan Nomor P.56 Tahun 2015 tentang Tata Cara dan Persyaratan Teknis Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan, telah memberikan kemudahan dan arahan yang jelas dalam mengelola Limbah Bahan berbahaya dan Beracun di Fasyankes.

Dalam mengatasi masalah sanitasi di fasilitas pelayanan kesehatan, petugas melakukan kegiatan sanitasi seperti pembersihan rumah sakit, pengelolaan limbah domestik, pemanfaatan sarana prasarana air bersih air minum dari PDAM dan penampungan sampah domestik pada tempat sampah sementara namun sampah medis beberapa fasyankes mengirimkan limbah medis tersebut ke pihak ke tiga untuk olah sebagaimana mestinya.

1. Pengelolaan Limbah di Puskesmas

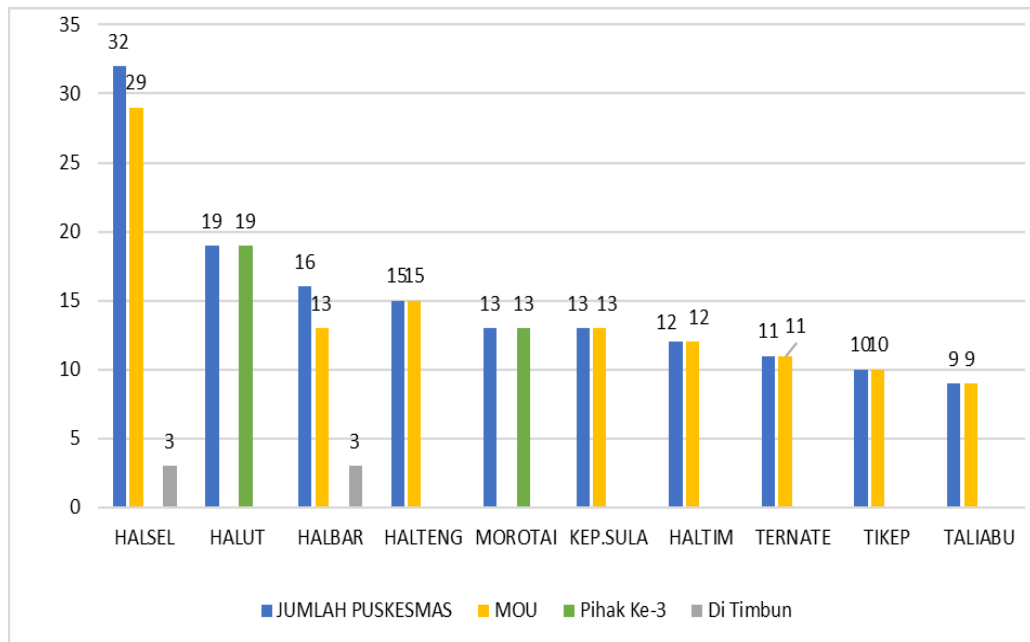
Gambar 7.8 Jumlah Fasyankes Puskesmas Yang Melaksanakan Pegelolaan Limbah Medis Cair Sesuai Standar Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Data diatas menunjukkan bahwa dari 150 Puskesmas yang ada diwilayah Provinsi Maluku Utara Tahun 2024 hanya 22 % atau 33 Puskesmas yang memiliki alat IPAL dan dari 33 Puskesmas tersebut, hanya 5 Puskesmas yang beroperasi IPAL sedangkan 28 Puskesmas tidak beroperasi alat IPAL nya dikarenakan biaya operasional terlalu mahal, dan daya PLN tidak mencukupi.

Gambar 7.9 Jumlah Puskesmas Yang Melaksanakan Pengelolaan Limbah Medis Padat Tahun 2024

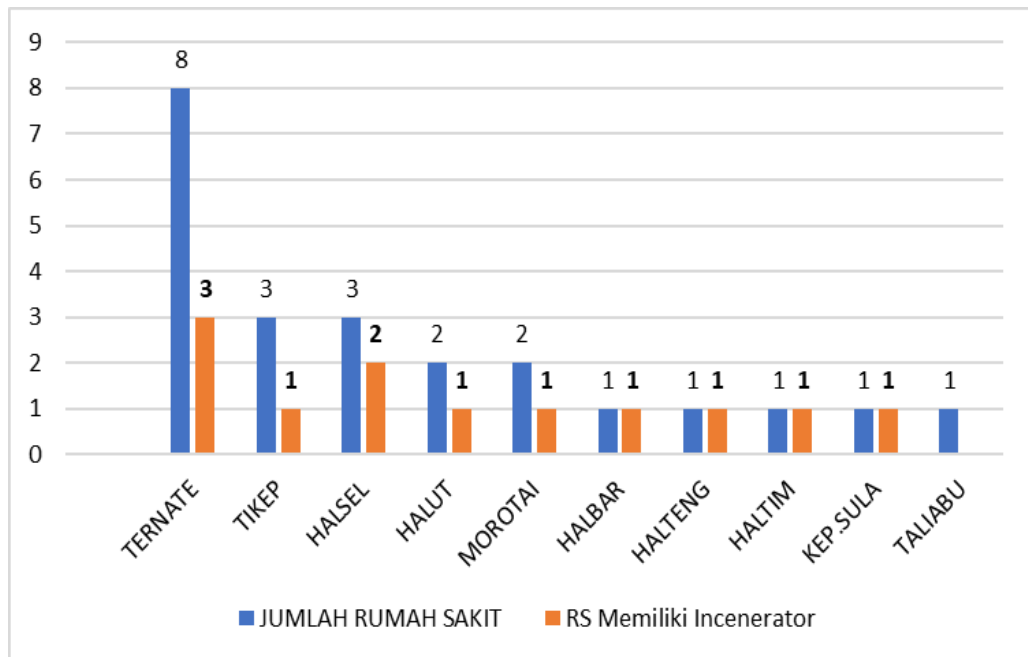


Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Dari 150 Puskesmas di Provinsi Maluku Utara yang telah melaksanakan pengolahan limbah padat sesuai standar melalui MOU dengan TPA Ternate sebanyak 112 Puskesmas dan melalui pengelolaan pihak ke tiga sebanyak 32 Puskesmas sedangkan masih ada 6 Puskesmas yang mengolah limbah medis padat dengan cara menimbun

2. Pengelolaan Limbah di Fasyankes Rumah Sakit

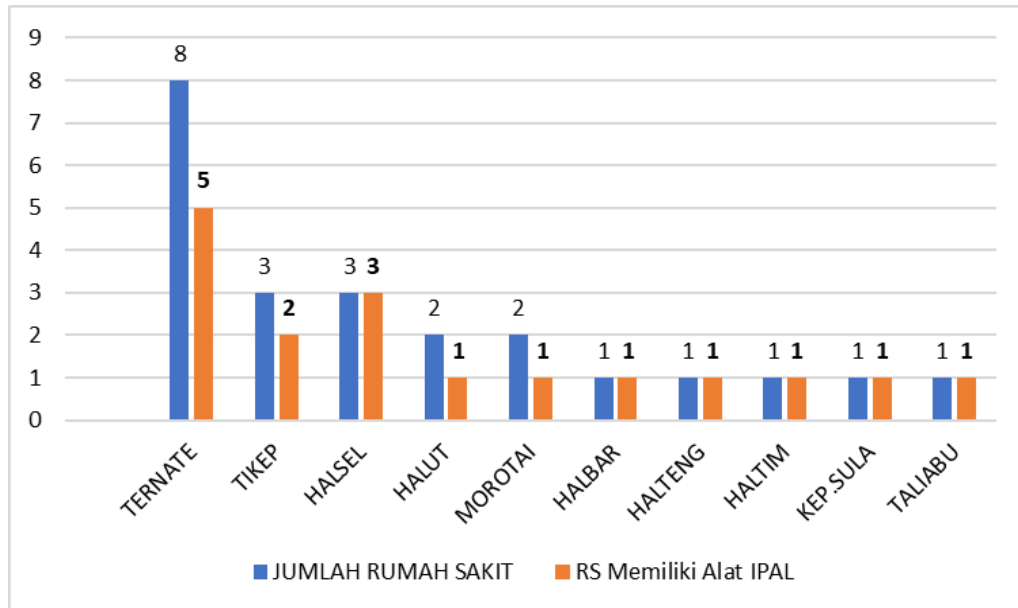
Gambar 7. 10 Grafik Rumah Sakit Yang Memiliki Alat Incenerator untuk Pengelolaan Limbah Medis Padat Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Berdasarkan grafik diatas pada tahun 2024, terdapat 23 rumah sakit baik RS milik pemerintah maupun swasta. Dari jumlah tersebut, 12 rumah sakit atau 52% telah dilengkapi dengan alat *incinerator*. Meski demikian, ke 12 alat *incinerator* ini belum dapat dioperasikan karena masih terkendala izin operasional dari Kementerian Lingkungan Hidup. Sehingga pemusnahan limbah padat dilakukan di TPA Ternate yang memiliki alat *incinerator* dan sudah memiliki izin dengan sistem MOU.

Gambar 7. 11 Grafik Fasyankes RS Yang Memiliki Alat IPAL Provinsi Maluku Utara Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara Tahun 2024

Berdasarkan data diatas, dari total 23 rumah sakit, terdapat 17 rumah sakit atau sekitar 73,9% yang telah memiliki Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL). Sementara itu, sebanyak 6 rumah sakit (26%) lainnya belum dilengkapi dengan IPAL. Akibatnya, limbah cair dari rumah sakit-rumah sakit tersebut ditampung di bak *septic tank*.