

2014

Laporan Pelaksanaan Pembangunan Daerah(LPPD)

Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur



BAB I PENDAHULUAN

A. Dasar Hukum

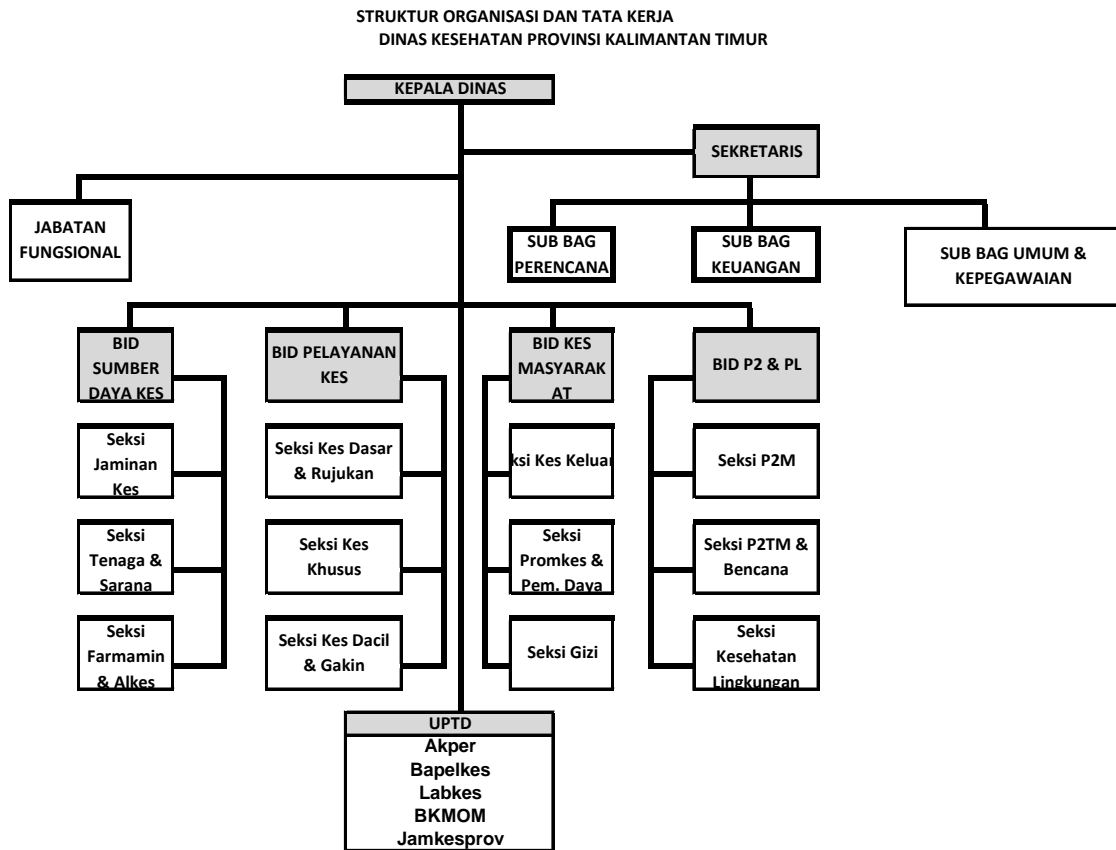
Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Timur adalah unsur pelaksana Pemerintah Propinsi yang dipimpin oleh Kepala Dinas yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah Propinsi Kalimantan Timur yang dibentuk berdasarkan Peraturan Daerah Provinsi Kalimantan Timur Nomor 8 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Dinas Daerah Propinsi Kalimantan Timur. Dasar hukum pelaksanaan program - program kesehatan adalah sebagai berikut :

- A. Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
- B. Undang-Undang Nomor 25 tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional
- C. Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah
- D. Undang-Undang Nomor 33 tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Daerah
- E. Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
- F. Peraturan Pemerintah Nomor 6 tahun 2008 tentang Pedoman Evaluasi Penyelenggaraan Pemerintah Daerah
- G. Peraturan Pemerintah Nomor 7 tahun 2008 tentang Dekonsentrasi dan Tugas Pembantuan
- H. Peraturan Pemerintah Nomor 3 Tahun 2007 tentang LPPD, LKPJ dan ILPPD
- I. Peraturan Pemerintah Nomor 7 tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
- J. Peraturan Pemerintah Nomor 19 tahun 2005 tentang Standar Nasional Pendidikan
- K. Peraturan Pemerintah Nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan
- L. Keputusan Presiden Nomor 40 tahun 2001 tentang Pedoman Kelembagaan dan Pengelolaan Rumah Sakit Daerah
- M. Permenkes Nomor 741/Menkes/Per/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota
- N. Permendagri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah
- O. Kepmenkes Nomor 828/Menkes/SK/IX/2008 tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota

- P. Kepmenkes Nomor 564/Menkes/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga
- Q. Kepmenkes Nomor 131/Menkes/II/SK/2004 tentang Sistem Kesehatan Nasional
- R. Kepmenkes Nomor 1202/Menkes/SK/VIII/2003 tentang Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat
- S. Kepmenkes Nomor 1277/Menkes/SK/X/2001 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan
- T. Kepmenkes Nomor 574/Menkes/SK/IV/2000 tentang Kebijakan Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010
- U. Kepmenkes Nomor 9511/Menkes/SK/VI/2000 tentang Upaya Kesehatan Dasar di Puskesmas

B. Gambaran Umum

A. Struktur Organisasi



2. Tugas dan fungsi

Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur

Tugas Pokok :

Melaksanakan urusan pemerintahan daerah di bidang kesehatan berdasarkan asas otonomi dan tugas pembantuan.

Fungsi :

Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud diatas, Kepala Dinas Kesehatan mempunyai fungsi

- a. perumusan kebijakan teknis bidang kesehatan sesuai dengan rencana strategis yang ditetapkan Pemerintah Daerah;
- b. perencanaan pembinaan dan pengendalian kebijakan teknis bidang kesehatan;
- c. penyelenggaraan urusan pemerintahan dan pelayanan umum bidang kesehatan;
- d. perumusan, perencanaan, pembinaan dan pengendalian kebijakan teknis sumber daya kesehatan;
- e. perumusan, perencanaan, pembinaan dan pengendalian kebijakan teknis pelayanan kesehatan.
- f. perumusan, perencanaan, pembinaan dan pengendalian kebijakan teknis kesehatan masyarakat.
- g. perumusan, perencanaan, pembinaan, dan pengendalian kebijakan teknis pemberantasan penyakit dan penyehatan lingkungan;
- h. penyelenggaraan urusan kesekretariat;
- i. pelaksanaan Unit Pelaksana Teknis Dinas;
- j. pembinaan Kelompok Jabatan Fungsional;
- k. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan bidang tugas dan fungsinya.

Sekretariat

Sekretariat mempunyai tugas pokok melaksanakan penyiapan bahan perumusan kebijakan, koordinasi, perencanaan program dan pelaporan, urusan umum dan kehumasan, kepegawaian, ketatalaksanaan, perlengkapan, dan administrasi keuangan.

Sekretariat dipimpin oleh seorang Sekretaris yang dalam melaksanakan tugasnya berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas.

Untuk menyelenggarakan tugas pokok, Sekretariat mempunyai fungsi :

- a. Penyiapan bahan perumusan kebijakan perancangan program, administrasi umum dan keuangan.
- b. Penyiapan bahan koordinasi perencanaan program, administrasi umum dan keuangan.
- c. Penyiapan bahan koordinasi penyusunan rencana program, monitoring, evaluasi dan pelaporan.
- d. Penyiapan bahan koordinasi administrasi umum dan kepegawaian, ketatalaksanaan, perlengkapan dan pemeliharaan, hukum dan kehumasan serta pengaduan masyarakat.
- e. Penyiapan bahan koordinasi dan bimbingan koordinasi penyusunan anggaran, perbendaharaan, verifikasi dan akuntansi keuangan.
- f. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan bidang tugas dan fungsinya.

Bidang Sumber Daya Kesehatan

Bidang Sumber Daya Kesehatan mempunyai tugas melaksanakan penyiapan bahan perumusan kebijakan, koordinasi, pembinaan, bimbingan, pengendalian, pengembangan teknis pedoman pelaksanaan pemberian jaminan pemeliharaan dan pembiayaan, tenaga dan sarana, farmasi, makanan dan minuman serta alat-alat kesehatan.

Bidang Sumber Daya Kesehatan dipimpin oleh seorang Kepala Bidang yang dalam melaksanakan tugasnya berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas.

Untuk menyelenggarakan tugas pokok, Bidang Sumber Daya Kesehatan mempunyai fungsi:

- a. penyiapan bahan koordinasi perencanaan program peningkatan pelaksanaan jaminan pemeliharaan dan pembiayaan kesehatan, bina tenaga dan sarana kesehatan, farmasi makanan dan minuman serta alat kesehatan.
- b. penyiapan bahan koordinasi perencanaan program peningkatan pelaksanaan jaminan pemeliharaan dan pembiayaan kesehatan, bina tenaga dan sarana kesehatan, farmasi makanan dan minuman serta alat kesehatan;
- c. penyiapan bahan pembinaan, bimbingan, pengendalian dan pengaturan teknis jaminan pemeliharaan dan pembiayaan kesehatan ;
- d. penyiapan bahan pembinaan, bimbingan, pengendalian dan pengaturan teknis penyusunan pedoman peningkatan bina tenaga dan sarana kesehatan ;
- e. penyiapan bahan pembinaan, bimbingan, pengendalian dan pengaturan teknis standar kompetensi farmasi makanan dan minuman serta alat-alat kesehatan;

- f. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan bidang tugas dan fungsinya.

Bidang Pelayanan Kesehatan

Bidang Pelayanan Kesehatan mempunyai tugas melaksanakan penyiapan perumusan kebijakan, koordinasi, pembinaan, bimbingan, pengendalian pengembangan teknis penyusunan pedoman pelayanan kesehatan dasar, kesehatan rujukan, kesehatan khusus, kesehatan daerah terpencil, perbatasan dan keluarga miskin.

Bidang Pelayanan Kesehatan dipimpin oleh seorang Kepala Bidang yang dalam melaksanakan tugasnya berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas.

Untuk menyelenggarakan tugas pokok, Bidang Pelayanan Kesehatan mempunyai fungsi :

- a. Penyiapan bahan perumusan kebijakan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan, kesehatan khusus, kesehatan daerah terpencil, perbatasan dan keluarga miskin.
- b. Penyiapan bahan koordinasi perencanaan program pelayanan kesehatan dasar dan rujukan, kesehatan khusus, kesehatan daerah terpencil, perbatasan dan keluarga miskin.
- c. Penyiapan bahan pembinaan, bimbingan, pengendalian, dan pengaturan teknis penyusunan pedoman pelayanan kesehatan dasar dan rujukan.
- d. Penyiapan bahan pembinaan, bimbingan, pengendalian dan pengaturan teknis penyusunan dan penetapan pedoman pelaksanaan standart kesehatan khusus pelayanan kesehatan.
- e. Penyiapan bahan pembinaan, bimbingan, pengendalian dan pengaturan teknis penyusunan dan penetapan standar kesehatan daerah terpencil, perbatasan dan keluarga miskin.
- f. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan bidang tugas dan fungsinya.

Bidang Kesehatan Masyarakat

Bidang Kesehatan Masyarakat mempunyai tugas melaksanakan penyiapan bahan perumusan kebijakan, koordinasi, pembinaan, bimbingan dan pengendalian pengembangan teknis penyusunan kesehatan keluarga, pemberdayaan dan promosi serta kesehatan keluarga, pemberdayaan dan promosi serta kesehatan gizi.

Bidang Kesehatan Masyarakat dipimpin oleh seorang Kepala Bidang yang dalam melaksanakan tugasnya berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas.

Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud, Bidang Kesehatan Masyarakat mempunyai fungsi :

- a. Penyiapan bahan perumusan kebijakan kesehatan keluarga, pemberdayaan dan promosi kesehatan serta gizi.
- b. Penyiapan bahan koordinasi perencanaan program kesehatan keluarga, pemberdayaan dan promosi kesehatan serta gizi.
- c. Penyiapan bahan pembinaan, bimbingan, pengendalian dan pengaturan teknis penyusunan pedoman standar kesehatan keluarga.
- d. Penyiapan bahan pembinaan, bimbingan, pengendalian dan pengaturan teknis peningkatan pemberdayaan dan promosi kesehatan.
- e. Penyiapan bahan pembinaan, bimbingan, pengendalian dan pengaturan teknis penyusunan dan penetapan standarisasi kesehatan gizi.
- f. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan bidang tugas dan fungsinya.

Seksi Gizi mempunyai tugas melakukan pengumpulan dan penyiapan bahan perumusan pedoman pelaksanaan, pengkoordinasian pembinaan dan pengawasan dalam penerapan standard dan sertifikasi teknologi pelayanan gizi.

Bidang Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan

Bidang Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan mempunyai tugas melaksanakan penyiapan bahan perumusan kebijakan, koordinasi, pembinaan, bimbingan, pengendalian pemberantasan penyakit, menular dan bencana imunisasi dan kejadian luar biasa (KLB) serta penyehatan lingkungan.

Bidang Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan dipimpin oleh seorang Kepala Bidang yang dalam melaksanakan tugasnya berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas.

Untuk menyelenggarakan tugas pokok, Bidang Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan mempunyai fungsi :

- a. penyiapan bahan perumusan kebijakan penyakit menular, pengendalian penyakit tidak menular dan bencana serta penyehatan lingkungan.
- b. penyiapan bahan koordinasi perencanaan program penyakit menular, pengendalian penyakit tidak menular dan bencana serta penyehatan lingkungan.
- c. penyiapan bahan pembinaan, bimbingan, pengendalian dan pengaturan teknis penyusunan pedoman dan standar pemberantasan penyakit menular.

- d. penyiapan bahan pembinaan, bimbingan, pengendalian dan pengaturan teknis penyusunan pedoman dan standar imunisasi dan kejadian luar biasa pemberantasan penyakit tidak menular.
- e. penyiapan bahan pembinaan, bimbingan, pengendalian dan pengaturan teknis penyusunan pedoman dan standar penyehatan lingkungan.
- f. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan bidang tugas dan fungsinya.

B. Jumlah Pegawai, Kualifikasi Pendidikan, Pangkat dan Golongan, Jumlah Pejabat Struktural dan Fungsional

Sumber daya manusia adalah merupakan unsur yang paling menentukan dalam proses pembangunan, khususnya Sumber Daya Aparatur yang merupakan mesin penggerak berjalannya roda pemerintahan, pembangunan dan pelayanan kepada masyarakat.

Komposisi pegawai Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur beserta Unit Pelaksana Teknis Daerah adalah sebagai berikut :

Tabel 1. Kualifikasi Tingkat Pendidikan Pegawai Dinas Kesehatan Tahun 2014

No	Kualifikasi Pendidikan	Gender		Jumlah
		L	P	
1	Sekolah Dasar (SD)	15	4	19
2	Sekolah Lanjutan Tk. Pertama (SLTP)	5	0	5
3	Sekolah Lanjutan Tk. Atas (SLTA)	47	22	69
4	Diploma Satu (D-1)	12	4	16
5	Diploma Tiga (D-3)	10	19	19
6	Diploma Empat (D-4)	1	1	2
7	Sarjana (S-1)	38	39	77
8	Pasca Sarjana (S-2)	17	11	28
	Jumlah	145	100	245

Sumber : Data Kepegawaian Dinas Kesehatan Tahun 2014

Tabel 2. Kualifikasi Tingkat Pendidikan Pegawai Dinas Kesehatan Menurut UPTD Tahun 2014

No	Kualifikasi Pendidikan	Dinkes	Labkes	Bapelkes	BKMOM	Akper	Jamkes	Jumlah
1	Sekolah Dasar (SD)	5	6	3	-	4	1	19
2	Sekolah Lanjutan Tk. Pertama (SLTP)	4	-	1	-	-	-	5
3	Sekolah Lanjutan Tk. Atas (SLTA)	35	18	8	5	1	2	69
4	Diploma Satu (D-1)	11	1	1	2	-	1	16
5	Diploma Tiga (D-3)	7	4	1	12	5	-	29
6	Diploma Empat (D-4)	1	-	-	-	1	-	2
7	Sarjana (S-1)	36	10	12	4	13	2	77
8	Pasca Sarjana (S-2)	9		4	7	7	1	28
	Jumlah	108	39	30	30	31	7	245

Tabel 3. Pangkat Golongan Pegawai Dinas Kesehatan Beserta UPTD Pada Tahun 2014

No	Pangkat dan Golongan	Dinkes	Labkes	Bapelkes	BKMOM	Akper	JAMKES	Jumlah
1	I/a Juru Muda	1	1	2	-	2	-	6
2	I/b Juru Muda Tk. I	3	4	1	-	-	1	9
3	I/c Juru	1	-	-	-	1	-	2
4	I/d Juru Tk. I	1	-	1	-	-	-	2
5	II/a Pengatur Muda	4	2	6	2	-	-	14
6	II/b Pengatur Muda Tk. I	13	3	2	1	2	-	21
7	II/c Pengatur	1	3	-	6	-	-	10
8	II/d Pengatur Tk. I	4	1	-	3	5	-	13
9	III/a Penata Muda	6	7	3	3	-	-	19
10	III/b Penata Muda Tk. I	36	7	4	5	7	2	61
11	III/c Penata	21	4	3	2	10	1	41
12	III/d Penata Tk. I	11	4	5	4	3	1	28
13	IV/a Pembina	3	2	-	2	1	2	10
14	IV/b Pembina Tk. I	3	1	2	1	-	-	7
15	IV/c Pembina Utama Muda	-	-	1	1	-	-	2
Jumlah		108	39	31	30	31	7	245

Tabel 4. Pejabat Struktural dan Fungsional Pegawai Dinas Kesehatan Beserta UPTD Pada Tahun 2014

No	Struktural dan Fungsional	Dinkes	Labkes	Bapelkes	BKMOM	Akper	Jamkes	Jumlah
1	Eselon II.A	1	-	-	-	-	-	1
2	Eselon III.A	5	1	1	1	1	1	7
3	Eselon IV.A	15	3	3	3	3	1	28
4	Fungsional Kesehatan	-	11	2	13	1	-	31
5	Non Struktural/Fungsional	89	24	24	13	25	5	192
Jumlah		110	39	30	30	31	7	246

C. Standar Operasional Prosedur (SOP)

Standar Operasional Prosedur adalah pedoman atau acuan untuk melaksanakan tugas pekerjaan sesuai dengan fungsi dan alat penilaian kinerja instansi pemerintah berdasarkan indikator indikator teknis, administratif dan prosedural sesuai dengan tata kerja, prosedur kerja dan sistem kerja pada unit kerja yang bersangkutan. Tujuan SOP adalah menciptakan komitmen mengenai apa yang dikerjakan oleh satuan unit kerja instansi pemerintahan untuk mewujudkan good governance.

Standar operasional prosedur tidak saja bersifat internal tetapi juga eksternal, karena SOP selain digunakan untuk mengukur kinerja organisasi publik yang berkaitan dengan ketepatan program dan waktu, juga digunakan untuk menilai kinerja organisasi publik di mata masyarakat berupa responsivitas, responsibilitas, dan akuntabilitas kinerja instansi pemerintah. (terlampir)

D. Visi dan Misi

Visi pembangunan Bidang Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur adalah ***Kesehatan untuk semua dalam mewujudkan derajat kesehatan masyarakat Kalimantan Timur terbaik di luar Jawa Bali.***

Makna dari visi tersebut adalah bahwa akses pelayanan kesehatan komprehensif yang bermutu dapat dengan mudah diperoleh masyarakat dan tercapainya sasaran MDGs pada akhir tahun 2014 dengan pencapaian diatas rata-rata nasional dan lebih baik di kawasan luar Jawa Bali.

Untuk mencapai Visi tersebut, ditetapkan Misi sebagai berikut :

1. Memfasilitasi pemeliharaan dan peningkatan upaya kesehatan yang bermutu, terjangkau, dan berkeadilan,
2. Mendorong dan menggerakkan pemberdayaan masyarakat untuk hidup sehat dan membangun kemitraan dengan lintas sektor.
3. Mengembangkan sumber daya kesehatan yang memadai dan berkesinambungan.
4. Memantapkan manajemen kesehatan yang dinamis dan akuntabel.

Untuk menentukan faktor-faktor penentu keberhasilan misi ini diperlukan tahapan dan langkah kegiatan yang harus mempertimbangkan nilai-nilai luhur aparatur pemerintah khususnya yang menjadi komitmen jajaran kesehatan, walaupun tidak dalam satu kesatuan organisasi diantaranya adalah :

- 1). Adanya rasa kebersamaan, tanggung jawab dan keterbukaan sebagai kondisi yang mendukung untuk pelaksanaan layanan prima meningkat;
- 2). Pemahaman layanan prima oleh seluruh aparat kesehatan, dan mereka terlibat (commit) serta berkontribusi dalam pelaksanaan layanan prima;
- 3). Adanya perasaan puas dan bangga dikalangan aparat kesehatan jika melaksanakan layanan prima;

Seluruh aparatur dari pimpinan sampai pelaksanaan harus mempunyai prinsip keterbukaan baik program, pembiayaan, hambatan dan keberhasilan.

E. Strategi dan Arah Kebijakan

Dalam upaya mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan, Dinas kesehatan Provinsi Kalimantan Timur menyusun strategi yang mengacu pada faktor kekuatan dan kelemahan internal serta faktor peluang dan ancaman eksternal. Faktor-faktor tersebut dianalisis dengan menggunakan pendekatan SWOT (*strengths, weaknesses, opportunities, threats*), yaitu sebagai berikut :

Analisis Lingkungan Internal dan eksternal (Kekuatan dan Kelemahan)

1. Kekuatan (*Strengths*)

Berdasarkan hasil analisis terhadap faktor internal, teridentifikasi beberapa kekuatan yang harus dimanfaatkan secara baik, antara lain:

- Komitmen dan motivasi kerja pegawai dan pimpinan yang cukup tinggi.

- Ketersediaan anggaran dan fasilitas penunjang yang cukup memadai.
- Sarana teknologi informasi yang cukup memadai

2. Kelemahan (*Weaknesses*)

Dalam menjalankan tugas dan fungsi Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur hingga saat ini masih dijumpai berbagai kelemahan internal yang harus ditekan serendah mungkin, yaitu antara lain:

- Belum terstandarisasinya pelaksanaan kegiatan di SKPD (ISO 9001: 2008).
- Kualifikasi dan kuantitas SDM yang belum memadai.

3. Peluang (*Opportunities*).

Hasil analisis terhadap faktor eksternal menemukan berbagai peluang yang perlu dimanfaatkan dalam strategi dan kebijakan Dinas Kesehatan, antara lain :

- Komitmen pimpinan daerah yang cukup baik terhadap program kesehatan.
- Adanya Perda No. 20 tahun 2008 tentang Sistem Kesehatan Provinsi.

4. Ancaman (*Threats*)

Dalam menjalankan tugas dan fungsi Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur hingga saat ini masih dijumpai berbagai kelemahan internal yang harus ditekan serendah mungkin, yaitu antara lain:

- Persepsi stakeholder yang kurang tepat tentang konsep pembangunan kesehatan.
- Formasi tenaga tidak sesuai dg kualifikasi yg dibutuhkan.

Sebagai satu cara untuk mewujudkan tujuan dan sasaran, maka strategi yang ditetapkan terdiri atas :

1. Memfasilitasi peningkatan dan pemerataan jumlah sarana/fasilitas/ jaringan dan kualitas pelayanan kesehatan.
2. Meningkatkan pencegahan dan pengendalian penyakit menular, tidak menular dan wabah sejak dini dengan penguatan sistem surveillance dan mendorong partisipasi masyarakat dalam upaya penyehatan lingkungan.
3. Menggerakkan dan memberdayakan Masyarakat di Bidang Kesehatan melalui Peningkatan Pemahaman, kesadaran, kemauan Masyarakat untuk hidup sehat.
4. Memfasilitasi pemerataan dan pengembangan sumber daya kesehatan.

Peningkatan koordinasi dan kemitraan terhadap pelaku pembangunan kesehatan.

Dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan, kebijakan tercantum didalam RPJMD Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2013 – 2018 sebagai berikut :

- 1) Dalam rangka mewujudkan misi ***“Menjamin pemeliharaan dan peningkatan upaya kesehatan yang bermutu, terjangkau dan berkeadilan”***, maka ditetapkan kebijakan :
 - a. Meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan RS, Puskesmas serta fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dan mengembangkan jaringan pelayanan kesehatan yang terintegrasi.
 - b. Peningkatan kualitas manajemen pelayanan kesehatan dan memfasilitasi penyediaan pelayanan Puskesmas 24 jam serta Rumah Sakit Pratama.
 - c. Peningkatan upaya-upaya pencegahan dan penanggulangan penyakit menular dan penyakit tidak menular melalui pemeliharaan dan peningkatan kesehatan masyarakat.

- 2) Dalam rangka mewujudkan misi ***“Meningkatkan kesadaran masyarakat untuk hidup sehat dan membangun kemitraan dengan lintas sektor”***, maka ditetapkan kebijakan :
 - a. Peningkatan pencapaian derajat kesehatan melalui promosi kesehatan dan membangun kemitraan dengan lintas sektor.

- 3) Dalam rangka mewujudkan misi ***“Menjamin ketersediaan sumber daya kesehatan yang memadai dan berkesinambungan”***, maka ditetapkan kebijakan
 - a. Peningkatan kualitas dan pemerataan tenaga kesehatan.
 - b. Mengembangkan sistem pembiayaan dan fasilitasi penyediaan bantuan pembiayaan khususnya masyarakat miskin.

BAB II

PROGRAM DAN KEGIATAN

A. PROGRAM DAN KEGIATAN

Untuk mendukung kebijakan yang telah ditetapkan maka program yang dilaksanakan pada tahun 2014 adalah sebagai berikut :

1). Program Upaya Kesehatan Masyarakat

- a) Revitalisasi Sistem Kesehatan, melalui kegiatan pelatihan kursus singkat pemberian asi eksklusif, lokakarya rumusan kebijakan dan regulasi & evaluasi program.
- b) Monitoring & evaluasi dan pelaporan
- c) Peningkatan kesehatan khusus/kerja
- d) Pelayanan kefarmasian dan alat kesehatan
- e) Peningkatan pelayanan dan penanggulangan masalah kesehatan.

2). Program Standarisasi Pelayanan Kesehatan

- a) Evaluasi & pengembangan standar pelayanan kesehatan, melalui kegiatan bimbingan akreditasi Rumah Sakit, bimbingan program standarisasi pelayanan kesehatan, pelayanan kesehatan spesialis di DTPK dan sertifikasi tenaga kesehatan.

3). Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular

- a) Pelayanan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular, melalui kegiatan Pelatihan konseling dan testing HIV (VCT), Pelatihan IMAI/HIV AIDS, pengadaan reagen/logistik sífilis dan HIV, Pengadaan kelambu berinsektisida, Sosialisasi pengobatan penderita HIV dengan ART, Sosialisasi pengobatan penderita malaria dengan ACT
- b) Peningkatan surveillance epidemiologi dan penanggulangan wabah, melalui Pembuatan buku pedoman penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan KLB/wabah dan bencana, Pembuatan buletin epidemiologi, Penyusunan profil penanggulangan bencana, Surveilan terpadu penyakit puskesmas/rumah sakit, Penggandaan buku pedoman

penyakit tidak menular, Sistem kewaspadaan dini penyakit potensial KLB dan Surveilans kesehatan haji embarkasi/debarkasi

- c) Monitoring, evaluasi dan pelaporan melalui kegiatan Pertemuan evaluasi program Pengendalian penyakit, dan Asistensi teknis surveilans kesehatan haji.

4). Program Pengembangan Lingkungan Sehat

- a) Pengkajian pengembangan lingkungan sehat, melalui kegiatan seleksi dan fasilitasi program kab/kota sehat, Pemantauan kualitas lingkungan, Pengawasan kualitas limbah rumah sakit
- b) Penyuluhan menciptakan lingkungan sehat
- c) Sosialisasi kebijakan lingkungan sehat, melalui pengembangan wilayah sehat, Kabupaten/Kota sehat dan pasar sehat
- d) Monitoring, evaluasi dan pelaporan, melalui pertemuan evaluasi kota sehat.

5). Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

- a) Penyuluhan masyarakat pola hidup sehat, melalui pameran dan kampanye kesehatan, liputan dan siaran radio, serta penyuluhan kelompok dan keliling, Pencetakan poster, leaflet, booklet, naskah koran, spanduk, banner dan billboard.
- b) Peningkatan pemanfaatan sarana kesehatan dalam promosi kesehatan dengan melaksanakan Rakor pokjantal posyandu.
- c) Peningkatan pendidikan tenaga penyuluh kesehatan, melalui workshop desa siaga, pemantauan pola hidup bersih dan sehat.
- d) Monitoring, evaluasi dan pelaporan kegiatan program promosi kesehatan, Monev desa siaga

6). Program Perbaikan Gizi Masyarakat

- a) Penyusunan peta informasi masyarakat kurang gizi, melalui kegiatan penyusunan peta informasi masyarakat kurang gizi, Konfirmasi/penyelidikan kasus gizi buruk dan Pengumpulan data peta rawan gizi.
- b) Penanggulangan KEP, anemia gizi besi, GAKY, kurang Vitamin A dan kekurangan zat gizi mikro lainnya, melalui kegiatan Sosialisasi dan

advokasi penanggulangan gizi buruk, Pelatihan tatalaksana gizi buruk bagi tenaga kesehatan di puskesmas perawatan, Pengadaan larutan penanggulangan gizi buruk, Pengadaan makanan pendamping ASI

- c) Pemberdayaan masyarakat untuk mencapai keluarga sadar gizi, melalui pertemuan Sosialisasi dan advokasi peningkatan ASI eksklusif, Semiloka peningkatan ASI eksklusif.
- d) Monitoring, evaluasi dan pelaporan program gizi dan penggunaan garam beriodium

7). Program Obat dan Perbekalan Kesehatan

- a) Pengadaan obat dan perbekalan kesehatan seperti obat gizi, obat anti tuberkulosis, obat malaria dan obat buffer stock
- b) Peningkatan pemerataan obat dan perbekalan kesehatan, melalui Pembinaan teknis program farmasi dan makanan, Pengiriman/distribusi dan pemusnahan obat
- c) Peningkatan mutu pelayanan farmasi komunitas dan RS, melalui pertemuan implementasi pelayanan informasi obat di sarana pelayanan
- d) Monitoring, evaluasi dan pelaporan, melalui monitoring pelaksanaan penggunaan obat rasional, Monitoring pelaksanaan pelayanan informasi obat.

8). Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Aparatur/Sumber Daya Kesehatan

- a) Pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan, untuk pelayanan kesehatan di puskesmas dan jaringannya, serta rumah sakit Kab/Kota terutama di daerah terpencil dan bencana, melalui pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan, yaitu pelatihan bidan/fasilitator untuk Desa Siaga, Pelatihan petugas pemeriksa kesehatan calon jamaah haji, pemutakhiran data tenaga kesehatan, Bantuan beasiswa pendidikan kesehatan dalam negeri.
- b) Pendidikan dan pelatihan formal, melalui kursus - kursus singkat/pelatihan bidang kesehatan,
- c) Bimbingan teknis implementasi peraturan perundang-undangan, melalui Workshop perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan, Pembinaan akreditasi sarana, institusi pendidikan dan diklat kesehatan, Monev data

perijinan sarana dan tenaga kesehatan, Peningkatan kemampuan pengelola keuangan

- d) Pembinaan teknis dan pelayanan pendidikan dan pelatihan kesehatan oleh Balai Pelatihan Kesehatan
- e) Pelaksanaan pendidikan kesehatan oleh Akademi Keperawatan

9). Program Fasilitas Pindah/Purna Tugas PNS

- a. Pemindahan tugas PNS, melalui penempatan tenaga kesehatan PTT

10). Program Kebijakan dan Manajemen Pembangunan Kesehatan

- a) Penyusunan, pengkajian dan pengembangan data dan informasi kesehatan, dengan pengumpulan data profil kesehatan dan indikator SPM bidang kesehatan, pertemuan pengembangan sistem informasi kesehatan
- b) Pembinaan/penyusunan program, rencana kerja dan anggaran dengan mengembangkan penyusunan perencanaan yang terpadu melalui Musrenbang kesehatan, pertemuan evaluasi kinerja pembangunan kesehatan, mengadakan rapat kerja tingkat daerah dan nasional serta Pengembangan sistem kesehatan daerah, Pembinaan perencanaan dan pemantauan evaluasi pelaksanaan pembangunan kesehatan, Konsultasi pembinaan perencanaan dan penyusunan program kesehatan
- c) Monitoring dan evaluasi melalui pengumpulan data perencanaan dan evaluasi pelaksanaan SPM di kab/kota, penyusunan laporan akuntabilitas kinerja instansi pemerintah (LAKIP), Laporan tahunan pelaksanaan pemerintah daerah bidang kesehatan (LPPD)

11). Program Kemitraan Peningkatan Pelayanan Kesehatan

- a) Kemitraan asuransi kesehatan masyarakat, melalui rapat koordinasi teknis pengelola pembiayaan kesehatan, sosialisasi pola pengelolaan keuangan BLUD, pertemuan penyusunan pola tarif unit pelayanan kesehatan, advokasi, sosialisasi dan fasilitasi pembelajaran pengelola keuangan BLUD.
- b) Kemitraan pengobatan bagi pasien kurang mampu, melalui pertemuan rakor dan midterm pengelolaan jamkesmas/jamkesda, bantuan transport rujukan bagi petugas dan keluarga pasien, bimbingan teknis pengelolaan pembiayaan

- c) Monitoring, evaluasi dan pelaporan pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat.

12). Program Peningkatan Pengembangan Sistem Pelaporan Capaian Kinerja dan Keuangan

- a. Penyusunan laporan capaian kinerja dan ikhtisar realisasi kinerja SKPD, berupa LAKIP, LPPD dan laporan indikator kinerja, serta Monev pelaksanaan pembangunan kesehatan.
- b. Penyusunan pelaporan keuangan triwulan dan semesteran
- c. Penyusunan pelaporan bulanan prognosis realisasi anggaran, berupa laporan bulanan kegiatan dan anggaran.
- d. Penyusunan pelaporan keuangan akhir tahun

B. Tingkat Pencapaian Standar Pelayanan Minimal/Pencapaian Indikator Kinerja Program

Upaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor demografi, pelayanan kesehatan, sumber daya kesehatan serta lingkungan fisik dan sosial ekonomi yang bersifat dinamis dan kompleks. Selanjutnya digambarkan realisasi pelaksanaan program melalui indikator kinerja program sebagai berikut :

PENCAPAIAN INDIKATOR KINERJA SASARAN PROGRAM

TAHUN 2014

NO	SASARAN RENSTRA	INDIKATOR KINERJA	Rencana Tingkat Capaian Target	Realisasi	Keterangan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1	Tercapainya cakupan pelayanan kesehatan yang berkualitas bagi ibu dan anak	Cakupan Kunjungan Ibu Hamil (K4)	95 %	80,71 %	
		Cakupan Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan yang memiliki kompetensi	90 %	83,71 %	
		Cakupan Kunjungan Bayi	90 %	74,02 %	
		Cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani	90 %	66,53 %	
		Cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani	100 %	75,76 %	
		Cakupan pelayanan nifas	90 %	76,62 %	
		Cakupan pelayanan anak balita	90 %	52,78 %	
		Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan	100 %	100 %	
		Cakupan penjangkaran kesehatan siswa SD dan setingkat	100 %	69 %	
		Cakupan Pemberian Makanan Pendamping ASI	70 %	52,78 %	
2	Peningkatan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas	Cakupan Peserta Aktif KB	90 %	63,89 %	
		Cakupan pelayanan kesehatan dasar masyarakat miskin	97 %	62,74 %	
3	Peningkatan cakupan pelayanan kesehatan rujukan di Rumah Sakit yang berkualitas	Cakupan pelayanan gawat darurat level 1 yang harus diberikan sarana kesehatan (RS) di kab/kota	100 %	65,28 %	
		Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin	100 %	89 %	97 %
4	Menurunnya angka kesakitan, kematian dan kecacatan akibat penyakit menular dan tidak menular	Desa/Kelurahan Universal Child Immunization (UCI)	100 %	68,14 %	
		Cakupan desa/Kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi < 24 jam	100 %	70 %	
		Penemuan penderita pneumonia balita	100 %	23,38 %	
		Penemuan pasien baru TB BTA positif	>70 %	46,72 %	
		Penemuan penderita Diare	100 %	90,97 %	
		Acute Flacid Paralysis (AFP) Rate per 100.000 penduduk <15 th	≥2	2.08	
		Penderita DBD yang ditangani	100 %	80,76 %	

5	Tumbuhnya kesadaran dan kemauan masyarakat untuk berperan aktif dalam upaya kesehatan masyarakat	Cakupan Desa Siaga Aktif	60 %	63,92 %	
---	--	--------------------------	------	---------	--

C. ALOKASI DAN REALISASI ANGGARAN

Alokasi anggaran pembangunan dan rutin sektor kesehatan di Provinsi Kalimantan Timur berasal dari berbagai sumber dari APBN dan APBD. Pada tahun 2014 Anggaran kesehatan baik alokasi maupun realisasi adalah sebagaimana tabel dibawah ini :

Alokasi dan Realisasi Anggaran Kesehatan Tahun 2014

a. Dana Dekonsentrasi APBN

No	Sumber Dana	Alokasi	Realisasi	%	Keterangan
	Dana Dekonsentrasi (APBN)				
1	Program Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya Kementrian	6.737.060.000	3.910.324.243	60,54	
2	Program Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak	9.180.785.000	5.156.753.767	64,90	
3	Program Pembinaan Upaya Kesehatan	1.298.060.000	627.654.100	48,35	
4	Program Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan	5.482.567.000	3.805.906.650	69,42	
5	Program Kefarmasian dan Alat Kesehatan	1.575.904.000	1.336.670.382	89,53	
6	Program Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan	115.940.000	68.945.350	59,47	
	TOTAL Anggaran	24.389.316.000	14.906.254.492	61,12	

B. Dana APBD Provinsi

No	Sumber Dana	Alokasi	Realisasi	%	Keterangan
	Dana APBD Provinsi				
	BTL	28.233.208.736	26.581.293.547	94,15	
1	Dinas Kesehatan Provinsi Kaltim	21.138.426.750	15.627.785.348	73,93	
2	UPTD Balai Laboratorium Kesehatan Daerah	6.642.909.375	5.778.584.485	86,99	
3	UPTD Akademi Keperawatan Pemprov. Kaltim	5.810.306.250	5.039.698.420	86,74	
4	UPTD Balai Kesehatan Mata dan Olah Raga Masyarakat	8.234.221.250	7.720.115.849	93,00	
5	UPTD Balai Pelatihan Kesehatan	7.283.250.000	6.773.622.775	99,00	
6	UPTD Jaminan kesehatan provinsi	21.216.350.000	20.849.230.978	98,54	
	TOTAL Anggaran APBD	101.058.672.361	88.370.331.402	87,44	

D. PERENCANAAN PEMBANGUNAN BIDANG KESEHATAN

Sasaran dan kebijakan serta program kegiatan yang akan dilaksanakan kedepan pada Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur, menuju Visi dan Misi yang telah ditetapkan maka diambil suatu langkah-langkah sebagai berikut :

1. Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas dan jaringannya

Bidang Pelayanan Kesehatan indikator program yang akan dicapai adalah sebagai berikut :

1. Presentase puskesmas yang mampu PONED
2. Presentase puskesmas 24 jam sesuai standard
3. Peningkatan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan di kabupaten DTPK
4. Presentase puskesmas terpencil dan sangat terpencil yang dibina
5. Presentase Rumah Sakit kabupaten/kota yang melaksanakan PONEK
6. Jumlah rumah sakit pratama yang dibangun
7. Cakupan puskesmas yang melaksanakan upaya kesehatan kerja
8. Cakupan puskesmas yang melaksanakan keperawatan pelayanan kesehatan jiwa
9. Cakupan puskesmas yang melaksanakan pelayanan olahraga masyarakat
10. Cakupan pelayanan pemeriksaan mata masyarakat
11. Presentase puskesmas dengan kemampuan pelayanan laboratorium dasar
12. Jumlah ruang lingkup akreditasi laboratorium
13. Jenis pemeriksaan laboratorium
14. Presentase pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin
15. Jumlah kebutaan katarak yang dioperasi

2. Pemenuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan

Terpenuhinya Sumber Daya Kesehatan yang merata, bermutu, dan berstandar kompetensi, terdiri dari :Dinas Kesehatan Prov/ Kab/ Kota, Balai Pelatihan Kesehatan, Unit Pelayanan Kesehatan, Unit/ Lembaga pelatihan kesehatan di Kab/ Kota dan Organisasi Profesi kesehatan

Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas serta pembinaan dan pemberian dukungan manajemen pemerintah dan pemerintah daerah melalui Pembiayaan Jaminan Kesehatan dengan indikator: Persentase penduduk (termasuk seluruh penduduk miskin) memiliki jaminan kesehatan sebesar 100%;

Sasaran dari Program Kefarmasian dan Alkes tersebut adalah supaya penggunaan obat Rasional mencapai 75%, ketersediaan obat esensial nasional mencapai 100%; Penggunaan obat generik di sarana pelayanan kesehatan mencapai 80%; Cakupan sarana farmasi dan alkes memenuhi standar mencapai 80%; Cakupan pengolahan makanan dan minuman yang memenuhi syarat mencapai 60%. Salah satu sasaran Program Kefarmasian dan Alkes dalam Rencana Strategis Dinkes Prov.Kaltim tahun 2014-2018 adalah meningkatnya sediaan farmasi dan alkes yang memenuhi standar dan terjangkau oleh masyarakat dengan indikator sasarannya yakni persentase ketersediaan obat dan vaksin sebesar 100%. Oleh karena itu Dinkes Prov.Kaltim berupaya untuk memenuhi kebutuhan obat melalui pengadaan obat-obatan untuk buffer stok dan obat program.

3. Kesehatan Masyarakat

Sasaran program Bidang Kesehatan Masyarakat tahun 2014 terdiri dari ibu hamil, ibu bersalin, bayi, anak balita, anak usia sekolah dan remaja, lanjut usia serta mencakup 31 (tiga puluh satu) indikator kinerja yang mengacu pada Resntra Provinsi Kaltim Tahun 2014-2018, yang terdiri dari :

1. SEKSI KESEHATAN KELUARGA

- 1) 85 % Cakupan kunjungan Ibu hamil (K4)
- 2) 87 % Ibu bersalin ditolong oleh tenaga kesehatan kompeten (PN)
- 3) 85 % Cakupan penanganan Neonatal
- 4) 62% Cakupan penanganan neonatal Komplikasi
- 5) 80% Cakupan pelayanan kesehatan bayi
- 6) 50% Cakupan pelayanan anak balita
- 7) 63% Cakupan SD/MI melaksanakan penjangkauan kesehatan Siswa kelas 1
- 8) 100 % Kab/Kota memiliki 4 Puskesmas PKPR
- 9) 100 % Kab/Kota memiliki minimal 2 Puskesmas mampu tatalaksana KTA
- 10) 100 % Kab/Kota memiliki minimal 2 Puskesmas melaksanakan SDIDTK
- 11) 20 % Kab/Kota memiliki 2 Puskesmas menjadi Santun Lanjut Usia
- 12) 100 % Puskesmas melaksanakan konseling lanjut usia

2. SEKSI PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN

- 1) Rumah tangga ber PHBS
- 2) Jumlah pelaksanaan penyuluhan Pola Hidup Sehat
- 3) % Penyelenggaraan Promosi Kesehatan di RS

- 4) % Institusi pendidikan mempromosikan kesehatan
- 5) 60% Cakupan Posyandu aktif
- 6) Cakupan Desa Siaga aktif
- 7) Jumlah tenaga promosi kesehatan yang terlatih
- 8) Jumlah tema pesan dalam komunikasi informasi dan edukasi kepada masyarakat

3. SEKSI GIZI

- 1) 100 % Balita Gizi Buruk yang mendapat perawatan
- 2) Terlaksananya pemantauan status Gizi di Kabupaten / Kota
- 3) 54,3 % Balita ditimbang Berat Badannya seluruhnya (D/S)
- 4) 63 % balita 0 – 6 bulan mendapat ASI Eksklusif
- 5) 53 % balita usia 6 – 59 bulan mendapat kapsul vitamin A
- 6) 65 % ibu hamil yang mendapat Fe 90 tablet
- 7) 97,76 % Rumah Tangga mengkonsumsi garam beryodium
- 8) 100 % Penyediaan buffer stock MP-ASI untuk Gizi darurat
- 9) 100 % Kabupaten / Kota yang melaksanakan Surveilans Gizi

4. Pengendalian Penyakit menular, Tidak menular & Penyehatan lingkungan

Sasaran Program Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan tahun 2014-2018 adalah menurunnya angka kesakitan, kematian dan kecacatan akibat penyakit, dengan indikator kinerja sasaran sebagai berikut:

SASARAN	INDIKATOR		TARGET				
			2014	2015	2016	2017	2018
Menurunnya angka kesakitan, kematian dan kecacatan akibat penyakit	1	Persentase Angka Kesakitan	11,5	11	10,5	10	9,36
	2	Persentase pasien HIV yang mendapat pengobatan ARV/profilaksis	85	90	95	100	100
	3	Annual Parasite Incidence(API) malaria per 1000 penduduk	1,5	1,4	1,3	1,2	1
	4	Angka notifikasi TB	141	155	170	187	206
	5	Angka keberhasilan pengobatan tuberkulosis	85	87	89	91	93
	6	Angka kesakitan DBD	50	49	48	47	46

7	Persentase pelaksanaan sistim kewaspadaan dan respon kejadian luar biasa (SKDR-KLB)	70	80	90	100	100
8	Cakupan UCI desa	77	81	85	90	95
9	Persentase respon alert SKDR-KLB	80	85	90	95	95
10	Penemuan Acute Flacid Paralisis Rate	>2	≥2	≥2	≥2	≥2
11	Persentase spesimen adekuat Rutin dan KLB	80	85	90	95	100
12	Persentase Kabupaten/Kota yang melaksanakan Posbindu PTM	40	60	80	90	100
13	Persentase respon cepat bencana	100	100	100	100	100
14	Persentase Kabupaten/Kota yang memiliki Perbub/Perwali tentang KTR	40	60	80	90	100
15	Kabupaten/Kota memenuhi tatanan wilayah sehat	50	70	70	80	80
16	Persentase Tempat Pengolahan Makanan (TPM) yang memenuhi syarat	75	77,5	80	82,5	85
17	Persentase air bersih yang memenuhi syarat	60	62,5	65	67,5	70
18	Persentase air minum yang memenuhi syarat	80	82,5	85	87,5	90
19	Persentase rumah sehat	73	73,5	74	74,5	75
20	Jumlah RS yang dibina dalam melaksanakan pengelolaan limbah sesuai dokumen UKL-UPL	5	10	10	10	10
21	Persentase desa SBS (Stop Buang Air Besar Sembarangan) dalam STBM (Sanitasi Total berbasis masyarakat)	5	10	15	20	25
22	Persentase Tempat-Tempat Umum yang memenuhi syarat	83	83,5	84	84,5	85

D. KONDISI SARANA DAN PRASARAA YANG DIGUNAKAN

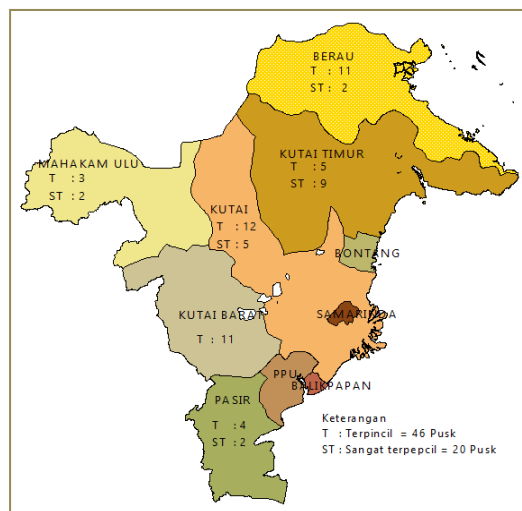
Untuk menunjang pelaksanaan tugas pokok dan fungsinya, Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur dilengkapi dengan sarana dan prasarana berupa gedung kantor, kendaraan dinas, inventarisasi dan fasilitas lainnya. Sarana dan prasarana tersebut sebagian besar dalam kondisi baik dan diharapkan semuanya dapat dimanfaatkan secara optimal.(daftar inventaris barang terlampir).

E. PERMASALAHAN DAN SOLUSI

Dalam rangka meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan maka daerah dengan kategori terpencil dan sangat terpencil dengan jumlah sebanyak 46 masuk daerah terpencil dan 20 masuk dalam kategori sangat terpencil telah tersedia puskesmas dengan perincian pada masing-masing kabupaten dapat terlihat dalam gambar berikut :

Gambar 2.1

Peta Distribusi Puskesmas Terpencil Dan Sangat Terpencil Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2014



Ket :
T : Terpencil = 46 Pusk
ST : Sangat Terpencil = 20 Pusk

Dari gambar diatas dapat dilihat bahwa sebageian besar kabupaten yang ada di Kaltim terdapat puskesmas terpencil maupun sangat terpencil bahkan di Kabupaten Mahakam Hulu semua puskesmasnya merupakan Puskesmas Terpencil dan Puskesmas Sangat Terpencil. Sesuai dengan tujuan pembangunan kesehatan diantaranya adalah meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan maka keberadaan puskesmas terpencil dan sangat terpencil harus mendapatkan pembinaan yang memadai agar keadilan terhadap pelayanan kesehatan bagi masyarakat pada daerah ini dapat tercapai dengan baik. Sebagai gambaran bahwa puskesmas yang berada di daerah terpencil telah membaik pelayanannya adalah dengan terpilih salah satu puskesmas terpencil di Kaltim sebagai Puskesmas Berprestasi Juara ke dua Nasional tahun 2014 yaitu Puskesmas Muara Kedang Kabupaten Kutai Barat.

Selain membenahan pada pelayanan kesehatan dasar, maka upaya penyediaan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan lanjutan juga telah diupayakan, standar mutu pelayanan rumah sakit yang telah disepakati yaitu akreditasi versi 2012 yang fokus kepada mutu pelayanan, dan sampai dengan tahun 2014 rumah sakit yang telah di assesment oleh KARS sebanyak 4 (empat) rumah sakit yaitu RSUD A. Wahab Syahrani Samarinda dan RSUD Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, RSUD Sangatta, dan RSUD Husada Bontang . Berikut ini ditampilkan data distribusi jumlah rumah sakit yang ada di Kaltim sampai dengan tahun 2014.

puskesmas mampu Penanganan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED).

Gambaran cakupan puskesmas mampu Poned adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1
Distribusi Pukesmas Mampu Poned Menurut Kabupaten dan Kota Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2014

No	Kab/Kota	Jlh Pusk	Jlh Pusk 24 Jam Perawatan	Jlh Pusk Terlatih Poned	Jlh Pusk Poned Aktif	Persentase
1	Paser	17	9	7	7	77,8
2	PPU	11	9	2	0	0,0
3	Kubar	18	13	6	1	7,7
4	Kukar	32	15	19	2	13,3
5	Kutim	21	18	14	14	77,8
6	Mahulu	5	5	0	0	0,0
7	Berau	18	11	9	7	63,6

8	Balikpapan	27	7	8	7	100
9 P	Samarinda	24	4	3	0	0,0
10 a	Bontang	6	1	4	0	0,0
KALTIM		179	92	72	37	40,2

a tabel 2.1 dapat dilihat bahwa cakupan puskesmas mampu poned Provinsi Kalimantan Timur tahun 2014 sebesar 40,2% sedangkan target sesuai dengan renstra sebesar 60%. Berdasarkan data ini maka dapat dikatakan capaian renstra untuk tahun 2014 belum tercapai namun demikian bila dilihat distribusi menurut kabupaten/kota telah ada yang mencapai target, bahkan terdapat kabupaten/kota yang belum tersedia puskesmas ponednya yaitu Kabupaten Penajam Paser Utara, Kabupaten Mahakam Hulu dan Kota Bontang. Kendala yang dihadapi terkait dengan tidak aktifnya puskesmas yang sudah dilatih Poned diantaranya adalah tenaga yang sudah terlatih mengalami mutasi, sarana dan prasarana yang tidak mendukung (Poned Kit tidak tersedia), beberapa puskesmas berubah fungsi dari puskesmas perawatan menjadi puskesmas biasa. Upaya yang dilakukan agar keradaan Puskesmas Poned dapat dipertahankan adalah sebagai berikut : penetapan puskesmas sebagai puskesmas Poned sebaiknya melalui SK Bupati/Walikota hal ini penting sehingga semua sumber daya yang dimiliki dapat dipertahankan atau ditingkatkan, pembinaan secara berkesinambungan baik oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota maupun oleh Dinas Kesehatan Provinsi, pembinaan oleh Rumah Sakit sebagai penerima rujukan.

Penilaian kinerja Puskesmas Poned perlu dilakukan untuk dapat menilai apakah program ini dapat berjalan atau tidak, selanjutnya indikator kinerja yang dapat digunakan untuk menilai keberhasilannya adalah sebagai berikut :

- a) Cakupan Pasien yang dirujuk dari masing-masing wilayah puskesmas yang tercakup dalam kluster regional sistem rujukan
- b) Cakupan pasien yang dapat ditangani di puskesmas mampu Poned sesuai kewenangannya.
- c) Cakupan pasien yang dirujuk ke Rumah Sakit Ponek melalui Puskesmas mampu Poned
- d) Jumlah rujukan balik pasien emergensi/komplikasi dari RS PONEK ke Puskesmas (Puskesmas mampu Poned dan atau Puskesmas jejaring)
- e) Jumlah kasus yang dirujuk balik dari Puskesmas mampu Poned

Pembangunan Rumah Sakit Pratama dalam upaya semakin mendekatkan pelayanan kepada masyarakat khususnya pada daerah yang sulit dijangkau dan juga dalam kategori DTPK maka Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur telah mengalokasikan anggaran untuk pembangunan 7 buah rumah sakit.

Tabel 2.2
Distribusi Alokasi Pembangunan Rumah Sakiit Pratama Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2014

No	Lokasi/Kab/Kota	Jumlah Dana	Keterangan
1	Long Ampung Kab. Malianu	30.000.000.000,-	Realisasi 0% hal ini terkendala kerana pematangan lahan baru dapat diselesaikan pada akhir tahun (sumber dana APBD II)
2	Batu Engau Kab. Paser	20.000.000.000,-	Realisasi 0% hal ini terkendala pada dokumen perencanaan belum dapat diselesaikan.
3	Long Bagun, Kab. Makam Ulu	10.000.000.000,-	Realisasi 0% terkendala oleh kondisi lahan yang telah disiapkan oleh Pemkab Mahulu dan ternyata berdasarkan hasil survey lapangan oleh Bappeda Provinsi hasilnya dinyatakan kondisi lahan tidak representatif.
4	Talisayan, Kab. Berau	20.000.000.000,-	Realisasi fisik 100%
5	Sangkulirang, Kab. Kutim	20.000.000.000,-	Realisasi fisik telah mencapai 80%, sisa pekerjaan 20% adalah pekerjaan pembangunan IPAL
6	Krayan, Kab. Nunukan	20.000.000.000,-	Realisasi ± 60% sisa pekerjaan 40% akan dilanjutkan pada tahun 2015 dengan menggunakan dana APBD II kendala yang ada karena kesulitan material.
7	Linggang Bigung, Kab. Kubar	15.000.000.000,-	Realisasi fisik telah mencapai 81% dan sisa pekerjaan sebesar 19% untuk kegiatan pemasangan keramik, pembuatan rumah genset, pembanguan IPAL dll

Sumber : laporan DKK Kabupaten tahun 2014

Tabel 2.3
Distribusi Data Kesakitan Pada Pekerja Informal Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2014

No	Uraian	Jumlah Kasus Menurut Kab/Kota			
		Samarinda	Balikpapan	Bontang	Kutim
1	Pekerja sakit yang dilayani	33.718	13.607	9.060	89.381
2	Kasus penyakit umum pada pekerja	31.808	8.022	7.692	30.840
3	Kasus di duga penyakit akibat kerja pada pekerja	940	4.898	2.309	638
4	Kasus penyakit akibat kerja pada pekerja	137	22	116	277
5	Kasus kecelakaan akibat kerja pada pekerja	234	167	63	606

Sumber : Laporan DKK Kab/Kota Tahun 2014

Berdasarkan pada tabel diatas dapat diketahui bahwa kasus kecelakaan kerja tertinggi berada pada Kabupaten Kutai Timur sebanyak 606 kasus, sedangkan kejadian terkecil terdapat di Kota Bontang yaitu sebesar 63 kasus. Berdasarkan pada data ini maka pembinaan kesehatan kerja pada waktu-waktu yang akan datang akan lebih difokuskan kepada Kabupaten Kutai Timur guna menekan kecelakaan akibat kerja ini.

Upaya-upaya yang telah dilakukan agar target yang telah ditetapkan tersebut dapat tercapai diantaranya adalah :

- a) Pertemuan koordinasi kesehatan kerja kabupaten/kota tingkat Provinsi Kaltim, kegiatan ini bertujuan untuk menyamakan persepsi dan integrasi program agar kabupaten yang belum melaksanakan program kesehatan kerja dapat terdorong untuk segera melaksanakan program ini . Pertemuan ini dilaksanakan di Hotel Gran Sawit Samarinda dan diikuti oleh peserta sebanyak 21 orang dengan perincian 15 orang peserta kabupaten/kota dan 6 orang peserta local.
- b) Pertemuan koordinasi lintas sektor lintas program, pertemuan ini dilakukan dengan harapan agar program kesehatan kerja bisa mendapatkan dukungan dari lintas sektor terkait. Pertemuan ini telah dilaksanakan di Kota Balikpapan dan Kabupaten Kutai Timur.

Program Pelayanan Kesehatan Jiwa, program kerja meliputi penanganan kasus gangguan jiwa baik ringan maupun berat kasus terbanyak berada di Kota Samarinda sementara kasus orang dipasung terbanyak ada di Kabupaten Kutai Barat yaitu sebesar 7 orang. Dengan adanya penguatan puskesmas sebagai pelayanan kesehatan primer melalui peningkatan kapasitas petugasnya maka diharapkan kasus kasus gangguan jiwa ringan harus dapat ditangani di puskesmas tanpa harus merujuk ke rumah sakit jiwa. Pada kasus-kasus penderita dipasung kendala utama yang menyebabkan hal itu terjadi adalah karena ketersediaan obat untuk gangguan jiwa berat di kabupaten/kota yang tidak tersedia, oleh karena itu untuk bisa membebaskan orang-orang yang dipasung tersebut Dinas Kesehatan Provinsi telah mendistribusikan obat-obat sesuai dengan kebutuhannya, dan diharapkan apabila kondisi penderita sudah stabil pemasangan itu bisa dilepaskan.

Hal-hal yang masih dirasakan sebagai kendala dalam program kesehatan jiwa adalah sebagai berikut :

1. Belum tersedianya psikofarmaka di pelayanan kesehatan
2. Belum semua puskesmas mempunyai perawat terlatih CMHN
3. Kurangnya dukungan keluarga dalam menunjang kesembuhan pasien
4. Kurangnya dukungan lintas sektor.

Program Pembinaan ke puskesmas terpencil dan sangat terpencil . Kabupaten Mahakam Hulu merupakan salah satu kabupaten yang semua puskesmasnya masuk dalam kategori terpencil dan sangat terpencil, sehingga keberadaan sarana pelayanan kesehatan perlu mendapatkan perhatian yang memadai, agar masyarakat di daerah tersebut bisa mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu pula. Keterbatasan tenaga dokter dan dokter gigi merupakan merupakan hambatan tersendiri dalam upaya pemenuhannya. Hal ini kemungkinan disebabkan kondisi daerah yang sulit dijangkau sehingga menyebabkan daerah tersebut menjadi tidak diminati. Memperhatikan hal tersebut maka pemerintah Kabupaten Mahakam Hulu melalui anggaran yang daerahnya telah melakukan kontrak dengan 9 (sembilan) tenaga dokter dan dokter gigi dengan perincian : 2 dokter dan 1 dokter gigi untuk Puskesmas Long Hubung, 2 dokter untuk Puskesmas Laham, 3 dokter untuk Puskesmas Ujoh Bilang, 2 dokter untuk Puskesmas Long Pahangai, 1 dokter Puskesmas Longapari. Disamping itu pada tahun 2014 ini diadakan rehabilitasi puskesmas, rumah dokter dan rumah paramedis.

Sarana transportasi utama dan satu satunya yang bisa dipergunakan di Kabupaten Mahakam Hulu adalah melalui jalan sungai, dengan kondisi ini bila terjadi musim kemarau maka sungai tersebut tidak bisa dipergunakan karena terjadi pendangkalan. Hal ini akan menghambat pemberian pelayanan kesehatan karena distribusi obat pada puskesmas-puskesmas di daerah hulu tidak bisa dilakukan, oleh karena itu untuk mengantisipasi kondisi tersebut Pemerintah Kabupaten Mahakam Hulu telah membangun depo logistik obat di Kecamatan Data Dawai.

Pemerintah Provinsi melalui Dinas Kesehatan Provinsi Kaltim, juga berupaya agar akses dan mutu pelayanan kesehatan pada daerah-daerah tersebut semakin dirasakan oleh masyarakat, kegiatan-kegiatan yang dilakukan pada tahun 2014 adalah sebagai berikut :

- a. Pelayanan Kesehatan Udara/Dokter Terbang
- b. Pembinaan ke puskesmas terpencil dan sangat terpencil
- c. Pelayanan Kesehatan Bagi Penduduk Miskin.

Beberapa masalah yang dihadapi seksi Tenaga dan sarana dalam rangka pencapaian indikator antara lain :

- 1).Cakupan upaya pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat belum mencapai target SPM.
- 2).Upaya pelayanan kesehatan masih berorientasi pada akses belum pada mutu pelayanan secara optimal.
- 3).Sumber daya kesehatan khususnya tenaga kesehatan dokter, bidan dan lainnya kecuali perawat secara rasio masih kurang memadai dan penyebarannya tidak merata.
- 4).Belum sepenuhnya terpenuhi ketenagaan minimal 2 orang dokter, 6 orang perawat, dan 4 orang bidan dalam rangka pelaksanaan puskesmas 24 jam.

Beberapa kegiatan yang perlu mendapatkan perhatian adalah :

1. Pengembangan Regulasi Dan Akreditasi

Penerapan standarisasi dan akreditasi tenaga dan sarana kesehatan (Rumah Sakit Umum, Rumah Sakit Khusus, Laboratorium dan lain-lain) harus dilaksanakan dengan tepat dan benar, baik secara teknis, prosedur, maupun ketentuan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku.

2. Program tubel dan beasiswa

Peserta PPDS dan PPDGS angkatan XIV tahun 2014 sebanyak 65, dan perlu sosialisasi ke semua pemangku kepentingan agar dapat diikuti oleh tenaga dokter dan dokter gigi yang memenuhi persyaratan sehingga kebutuhan rumah sakit akan tenaga dokter spesialis dapat terpenuhi.

3. Program UPK pada SMK Kesehatan di Prov. Kaltim.

Dari hasil cakupan indikator kinerja diatas hampir semua telah melewati target sesuai dengan Renstra Dinkes Prov.Kaltim. Yang menjadi masalah adalah di proses pengadaan obat dengan e-Catalog System yang sampai saat ini belum terpecahkan antara lain penolakan dari Industri Farmasi, habisnya kuota dan keterlambatan kedatangan obat.Hal ini mempengaruhi ketersediaan obat ditingkat Kab/Kota, sehingga permintaan buffer stok meningkat.Disampimng itu penggunaan obat rasional (POR) di unit pelayanan dasar (Puskesmas) masih belum optimal, dapat dilihat dari hasil rekapan Dinkes Kab/Kota, dimana penggunaan antibiotika masih cukup tinggi. Penggunaan obat generik sudah cukup bagus diatas 90%, sedangkan cakupan sarana distribusi obat yang sudah sesuai dengan standar dan CDOB sudah diatas 80%.

Pelayanan kefarmasian di Puskesmas juga masih sangat rendah, hal ini disebabkan tenaga apoteker yang punya kewenangan melakukan pelayanan kefarmasian masih jarang di Puskesmas terutama Puskesmas Perawatan. Apoteker di Puskesmas mempunyai kewajiban melakukan Pelayanan Informasi Obat (PIO), Monitoring Efek Samping Obat (MESO), melakukan konseling dan Visite baik mandiri maupun bersama tenaga kesehatan lain sesuai PP 51 tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian. Kalaupun melakukan pekerjaan kefarmasian di Puskesmas,kebanyakan Apoteker tidak melakukan pendokumentasian, sehingga tidak ada bukti otentik telah dilakukan pelayanan kefarmasian.Sedangkan cakupan sarana kefarmasian yang memenuhi standar meningkat, karena pada tahun anggaran 2014 ini telah dialokasikan dana untuk kegiatan pembinaan dan perizinan untuk sarana distribusi kefarmasian dan alkes serta industri obat tradisional . Yang menjadi masalah adalah belum adanya alokasi dana untuk kegiatan pengawasan distribusi alkes. Seperti kita ketahui bahwa alkes mulai dari perizinan, pembinaan dan pengawasan sepenuhnya menjadi kewenangan Dinas Kesehatan. Kedepan sangat diharapkan tersedia dana untuk kegiatan pengawasan alkes, baik pre market maupun post market. Untuk kegiatan monitoring IRT-P diarahkan kepada pembinaan terhadap tenaga/SDM yang menangani sertifikasi IRT-P ` di Dinkes Kab/Kota. Yaitu pembinaan dalam rangka pemberian pembekalan penyuluhan kepada pelaku usaha IRT-P.

Pada kenyataan dilapangan ternyata banyak pelaku usaha yang belum memiliki sertifikat penyuluhan tetapi telah memproduksi dan mengedarkan makanan atau minuman.

Agar semua data yang diperlukan terutama yang berasal dari Kab/Kota bisa tepat waktu, maka Dinkes Prov.Kaltim berkoordinasi dengan Dinkes Kab/Kota baik lisan maupun melalui surat, dengan harapan dapat segera ditindak lanjuti.

Khusus untuk ketersediaan obat tingkat Provinsi di akhir tahun 2014 mencapai 153%, hal ini disebabkan karena kedatangan obat buffer stok bersumber APBD dan APBN (pengadaan Pusat) datangnya bersamaan di akhir tahun (Desember 2014).

Diharapkan untuk tahun 2015 pengadaan bisa dilaksanakan di awal tahun dengan catatan e-Catalogue 2015 sudah dilaksanakan.

Pengadaan obat buffer stok diperuntukkan untuk mengantisipasi kekosongan obat dan perbekalan kesehatan di pelayanan kesehatan dasar (Puskesmas) melalui Dinkes Kab/Kota. Dan juga digunakan pada saat terjadinya Kejadian Luar Biasa (KLB) atau bencana, serta untuk keperluan bagi Puskesmas di daerah pemekaran, yang di Prov.Kaltim adalah Kabupaten Mahakam Ulu (Mahulu) sebagai pemekaran dari Kabupaten Kutai Barat.

Pada tahun anggaran 2014 buffer stok obat selain APBD juga mendapat buffer stok dari Pusat yang usul kebutuhannya disusun oleh Seksi Farmakmin Dan Alkes. Yang menjadi permasalahan di dalam pengadaan obat buffer stok Prov.Kaltim adalah sistem pengadaan, dimana mulai tahun 2013 telah diberlakukan pengadaan obat melalui e-catalog sistem, yaitu pembelian obat secara elektronik atau e-purchasing. Sistem ini sebenarnya bagus, selain menekan tingkat biaya obat juga dapat menghindari mark-up harga obat, karena kontrak payung dilakukan oleh Pusat antara Pemerintah (LKPP) dengan Industri Farmasi, kontrak payung dilaksanakan berdasarkan RKO (Rencana Kebutuhan Obat) Nasional yang berasal dari RKO Provinsi se Indonesia.

Namun pada pelaksanaan industri farmasi sering menolak permintaan obat dengan alasan habis kuota atau waktu kedatangan obat sudah melewati batas kontrak sehingga tidak dapat lagi diterima.

Sedangkan untuk obat yang diperlukan namun tidak tercantum dalam e-catalog dapat dilaksanakan dengan cara lain sesuai Peraturan Presiden No.54 tahun 2010 tentang Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah sebagaimana telah diubah terakhir dengan Peraturan Presiden No.70 tahun 2010.

Kesulitannya harus dibuat survey pasar atau menyusun HPS dengan minimal 3 (tiga) pembanding. Hal ini memerlukan waktu yang tidak sedikit. Masalah ini juga dialami

oleh Dinkes Kab/Kota dan RSUD dalam pengadaan obat-obatan sektor Pemerintah, yang pada akhirnya akan mempengaruhi tingkat ketersediaan obat-obatan.

Adapun kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan SKDR-KLB adalah masih ada software kab/kota yang mengalami masalah tetapi secara bertahap dapat diperbaiki baik oleh pusat maupun provinsi, selain hal itu masih ada beberapa kab/kota yang belum mempunyai petugas dalam mengentry laporan SKDR-KLB dari puskesmas di wilayahnya sehingga laporan SKDR-KLB tidak dilaporkan ke provinsi maupun ke pusat, petugas yang sudah dilatih dimutasi atau bukan pengelola program SKDR.

Pelaksanaan SKDR-KLB di tingkat puskesmas baru mencapai 71,8% (rata-rata nasional 60,6%) karena belum adanya petugas puskesmas yang bertugas dalam program surveilans maupun belum adanya signal telekomunikasi khususnya Handphone yang ada di wilayah puskesmas, hal ini juga mempengaruhi pencapaian pelaksanaan SKDR-KLB di tingkat kabupaten kota maupun provinsi.

Kegiatan yang dilaksanakan agar capaian target pelaksanaan SKDR-KLB dapat memenuhi target 100% antara lain peningkatan kapasitas petugas surveilans puskesmas maupun kab/kota di Kaltim juga monitoring, evaluasi maupun bimbingan teknis bagi petugas surveilans serta pertemuan evaluasi yang diadakan tiap akhir tahun pelaksanaan.

Target desa UCI secara nasional adalah 100%, sampai saat ini Kaltim belum bisa mencapai target nasional karena masih tinggi angka DO di beberapa kab/kota yaitu $\geq 5\%$. Selain hal tersebut juga masih ditemukan permasalahan yang lain yaitu pencatatan dan pelaporan imunisasi luar wilayah masih kurang maksimal dan masih ada penolakan imunisasi dari orang tua bayi. Oleh karena itu perlu dilakukan kegiatan advokasi dan sosialisasi terhadap masyarakat mengenai pentingnya imunisasi dan secara intensif melakukan peningkatan kapasitas kepada petugas puskesmas dalam hal pencatatan dan pelaporan imunisasi maupun keterampilan teknis melakukan vaksinasi pada bayi dan balita.

Penemuan Kasus Non Polio AFP Rate per 100.000 anak usia < 15 tahun

Penemuan kasus non AFP rate dengan target penemuan kasus $\geq 2/100.000$ anak usia ≤ 15 tahun untuk tahun 2014 belum tercapai, target penemuan kasus AFP tahun 2014 adalah sebanyak 23 kasus dan capaian penemuan kasus sebanyak 14 kasus, sehingga presentase pencapaian hanya 60,87 % dari target. Hal ini disebabkan karenamutasi petugas puskesmas maupun kab/kota yang sudah terlatih dan kurangnya sosialisasi kepada masyarakat mengenai AFP. Sehingga perlu dilakukan refresing kepada petugas mengenai AFP dan digiatkan kembali sosialisasi AFP pada kader posyandu.

Masih adanya pasien yang dropout dan menghentikan pengobatan ARV antara lain disebabkan :

1) Akses terhadap layanan ARV yang masih jauh

Hal ini disebabkan belum semua Kabupaten kota memiliki rumah sakit layanan ARV. Sampai saat ini baru 4 Kabupaten/Kota yang memiliki rumah sakit layanan ARV antara lain Kota Balikpapan (RSUD Kanujoso Djatiwibowo dan RS Tentara), Kota Samarinda (RSUD Abdul Wahab Syahrani dan RS Dirgahayu), Kota Bontang (RSUD Taman Husada) dan Kabupaten Kutai Timur (RSUD Sangatta).

Untuk mengatasi hal tersebut maka strategi/upaya yang akan dilakukan adalah dengan menyiapkan/mengaktifasi semua rumah sakit pemerintah di Kabupaten yang belum memiliki rumah sakit layanan ARV atara lain Kabupaten Kutai barat (RSUD Harapan Insan Sendawar), Kabupaten Penajam Paser Utara (RSUD Penajam), Kabupaten Paser (RSUD Panglima Sebaya), Kabupaten Berau (RSUD Abul Rivai) dan Kabupaten Kutai Kartanegara (RSUD Parikesit).

2) Kurangnya pengetahuan pasien ODHA terhadap ARV

Hal ini disebabkan belum optimalnya peran konselor dalam memberikan konseling secara menyeluruh terhadap berbagai hal yang berkaitan dengan pengobatan ARV antara lain efek samping obat, pengobatan seumur hidup dan minum obat setiap hari tidak boleh putus. Upaya yang harus dilakukan untuk mengatasi hal tersebut adalah dengan meningkatkan kapasitas konselor di layanan ARV.

3) Belum optimalnya peran pendamping dari LSM atau keluarga.

Hal ini disebabkan jumlah pendamping dari LSM atau keluarga masih sangat terbatas. Selain itu karena adanya stigma terhadap pasien HIV sehingga pasien tidak mau membuka diri pada orang lain termasuk keluarganya. upaya mengatasi hal tersebut maka perlu dilakukan peningkatan promosi dan sosialisasi tentang HIV-AID'S kepada masyarakat.

Kondisi endemisitas malaria di Provinsi Kalimantan Timur bervariasi dan ini mengharuskan perbedaan strategi pengendalian yang lebih sesuai antara satu wilayah dengan wilayah lainnya (berdasarkan mapping API dan criteria daerah endemisitas). Sehingga dalam kegiatan masing-masing kabupaten/kota tergantung pada criteria daerah endemis malaria.

Untuk mencapai pengendalian malaria, maka perlu diterapkan strategi pengendalian sebagai berikut :

1) Penemuan dini berdasarkan konfirmasi laboratorium atau dengan menggunakan Rapid Test Diagnostik (RDT) pada daerah terpencil dan pengobatan yang tepat yaitu dengan menggunakan Artesunat Combination Teraphy (ACT).

- 2) Penurunan risiko penularan dengan memanfaatkan Forum Gebrak Malaria, namun sampai saat ini pembentukan forum tersebut masih belum berjalan dengan baik.
- 3) Memperkuat system surveilans, monitoring dan evaluasi
- 4) Memperkuat SDM melalui pelatihan dan pengembangan teknologi.
- 5) Advokasi dan sosialisasi terhadap penentu kebijakan maupun lintas terkait lainnya.
- 6) Penggalangan kemitraan dengan melibatkan sector swasta (CSR dari perusahaan dalam hal manajemen dan tatalaksana kasus malaria.
- 7) Pemberdayaan dan penggerakan masyarakat dengan melibatkan kader-kader desa untuk melakukan surveilans malaria.

Angka notifikasi TB , beberapa permasalahan yang dihadapi dalam meningkatkan penemuan kasus baru TB antara Lain :

- 1) Masih adanya kesenjangan dalam mengakses layanan DOTS berkualitas terutama pada kelompok unreach population yaitu masyarakat dengan TB yang berobat ke layanan swasta (masyarakat yang mempunyai perilaku pencarian pelayanan kesehatan ke swasta/Dokter Praktek Swasta), penderita TB di daerah terpencil, rutan/lapas, penderita TB anak, penderita TB-HIV dan lain-lain.
- 2) Masih terdapat sebagian masyarakat yang belum terpapar akses pelayanan pengendalian TB dengan strategi DOTS
- 3) Belum berjalannya secara optimalnya Public Private Mix dalam pelayanan TB

Adapun upaya pemecahan masalah yang dapat dilaksanakan meliputi :

- 1) Meningkatkan jangkauan layanan DOTS berkualitas melalui pendekatan layanan publik dan private secara komprehensif dan intensifikasi pelacakan kasus(contact tracing)
- 2) Meningkatkan pelibatan RS dalam layanan DOTS berkualitas melalui akreditasi RS
- 3) Meningkatkan pelibatan dokter praktek swasta dan dokter spesialis dalam layanan DOTS berkualitas
- 4) Peningkatan pengetahuan masyarakat melalui penyuluhan dan peningkatan akses pelayanan TB dengan strategi DOTS dengan mendekatkan sarana pelayanan kesehatan antara lain dengan pos TB desa

Beberapa permasalahan yang dihadapi dalam upaya peningkatan keberhasilan program TB antara lain :

- 1) Belum semua RS menerapkan strategi DOTS
- 2) Masih adanya masyarakat dengan TB yang berobat ke layanan swasta dengan layanan DOTS yang kurang berkualitas (masyarakat yang mempunyai perilaku pencarian pelayanan kesehatan ke swasta/dokter praktek swasta).
- 3) Belum optimalnya peran PMO

Untuk mengatasi hal tersebut maka upaya yang dilakukan antara lain :

- 1) Pelibatan rumah sakit dalam layanan TB berkualitas dengan memasukan komponen TB dalam Akreditasi RumahSakit
- 2) Memperluas layanan TB dengan melibatkan Dokter Praktek/Klinik dan Rumah sakit swasta
- 3) Penguatan jejaring koordinasi Public Private Mix di tingkat Provinsi dan kabupaten.
- 4) Penguatan sistem komunitas melalui inisiasi pembentukan jaringan orang terdampak TB (JEPATI) dan Peningkatan Integrasi Pelayanan TB dalam POSKESDES.

Tingginya angka kesakitan di Provinsi Kalimantan Timur kemungkinan disebabkan :

- 1) tingginya mobilisasi penduduk. Seperti kita ketahui beberapa faktor risiko terjadinya penularan dan semakin berkembangnya penyakit DBD adalah pertumbuhan jumlah penduduk yang tidak memiliki pola tertentu, faktor urbanisasi yang tidak terencana dan terkontrol dengan baik, semakin majunya system transportasi sehingga mobilisasi penduduk sangat mudah, system pengelolaan limbah dan penyediaan air menjadi tidak memadai, berkembangnya penyebaran dan kepadatan nyamuk, kurangnya system pengendalian nyamuk yang efektif, serta melemahnya system kesehatan masyarakat.
- 2) Kurangnya kerja gotong royong dalam rangka meningkatkan kebersihan lingkungan sekitar pada masyarakat perkotaan berbeda dengan masyarakat pedesaan, hal ini disebabkan oleh sikap acuh masyarakat perkotaan terhadap kerjasama dalam kebersihan lingkungan juga mampu meningkatkan perkembangbiakan nyamuk DBD.
- 3) Selain faktor lingkungan tersebut diatas imunologi seseorang, strain/serotype virus yang menginfeksi, usia dan riwayat genetic juga berpengaruh terhadap penularan penyakit DBD ini.
- 4) Perubahan iklim (climate change) global yang menyebabkan kenaikan rata-rata temperature, perubahan pola musim hujan dan kemarau juga disinyalir menyebabkan risiko terhadap penularan DBD bahkan berisiko terhadap munculnya KLB DBD. Kalimantan Timur merupakan salah satu provinsi yang mengalami kenaikan Indeks Curah Hujan (ICH), sehingga angka kesakitan DBD juga meningkat tajam.

Upaya untuk mengatasi permasalahan tersebut antara lain :

- 1) Peningkatan sistem surveilans vektor dan penyakit
- 2) Mengoptimalkan peran jumentik dan pemberdayaan masyarakat dalam PSN
- 3) Peningkatan Kapasitas petugas dalam pelayanan penderita DBD

Capaian TPM yang memenuhi syarat masih rendah meskipun data yang diperoleh merupakan sampling dari keberadaan TPM. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa sebagian dari TPM yang ada belum memenuhi persyaratan hygiene sanitasi. Kegiatan yang telah dilaksanakan pada tahun 2014 yaitu Evaluasi dan Fasilitasi Pembinaan Pengawasan Faktor Risiko TPM yang sesuai standar. Beberapa masalah yang diidentifikasi dalam monitoring TPM yaitu:

- belum ada daftar/register TPM yang berada di wilayah kerja Puskesmas
- belum ada perencanaan monitoring TPM secara berkelanjutan karena kegiatan yang dilakukan terbatas pada uji petik/sampling
- Kemampuan petugas yang terbatas dalam melaksanakan inspeksi sanitasi
- belum ada tindakan tegas terhadap TPM yang telah mendapatkan sertifikat namun tidak mampu memenuhi persyaratan hygiene sanitasi

Berdasarkan permasalahan tersebut perlu dilakukan tindak lanjut sebagai berikut:

- Penguatan SDM puskesmas dalam melakukan Inspeksi Sanitasi dan pemetaan TPM di wilayah kerjanya sehingga memudahkan monitoring TPM.
- Register dan pemetaan TPM sebagai dasar membuat perencanaan pelatihan bagi pengelola TPM yang belum pernah dilatih dan pengawasan terhadap TPM yang telah mendapatkan sertifikat laik sehat.
- Bagi petugas Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota diberikan bantuan teknis dalam pengelolaan laporan melalui sistem pelaporan e-monev Higiene Sanitasi Pangan tahun 2015.

Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan telah tercapai dari target 87% pada tahun 2014 sebesar 92,45%. Akan tetapi pertolongan persalinan oleh dukun bayi masih ada sebesar 10,86% di Kutai Barat. Kematian ibu pada tahun 2013 sebesar 125 sedangkan pada tahun 2014, jumlah kematian sebesar 108 atau 155 per 100.000 kelahiran hidup. Apabila dibandingkan dengan tahun 2013 maka terjadi penurunan angka kematian ibu. Cakupan pelayanan kesehatan neonatal untuk 10 Kab/kota sudah baik, namun cakupan penanganan komplikasi neonatal masih ada 6 kabupaten yang capaiannya dibawah target yaitu 62%. Demikian pula dengan pelayanan kesehatan bayi ada 7 Kab/kota yang tidak dapat memenuhi target yang ditentukan sebesar 80%. Jumlah kematian dengan lahir mati sebesar 526 kasus dan kematian neonatal sebesar 509 kasus perlu menjadi perhatian para pemegang program, karena dari 569 kasus penyebab kematian neonatal misalnya dengan BBLR, asfiksia dan iterus. Dengan kejadian kasus tersebut maka perlu dilakukan integrasi program yang akan

dilakukan pada setiap ibu hamil pada saat ANC. Cakupan penjangkaran anak sekolah secara keseluruhan dari 10 kab/kota sudah mencapai target. Hanya saja perlu menjadi perhatian hasil dari setiap pemeriksaan yang dilakukan pada waktu penjangkaran harus dilaporkan demikian juga dengan kegiatan pelayanan kesehatan remaja.

Cakupan indikator Seksi Pemberdayaan dan Promosi Kesehatan.

- a. Untuk pengembangan desa siaga belum mencapai target yang telah ditentukan dimana angka capaian 70,71%. Permasalahan yang terjadi pada desa siaga karena dengan adanya pemekaran desa dan kelurahan diberbagai daerah sehingga daerah tersebut belum menjadi desa/kelurahan yang aktif. Terdapat pemekaran desa dan kelurahan di berbagai daerah, sehingga desa dan kelurahan baru belum menjadi Desa dan Kelurahan Siaga Aktif. Pengembangan Desa Siaga Aktif dari tahap Pratama ke Madya berjalan lambat. Monitong yang dilakukan belum melihat kelestarian Desa dan Kelurahan Siaga Aktif akan tetapi masih menitikberatkan pada ada tidaknya Desa dan Kelurahan Siaga Aktif. Pokjanal Desa dan Kelurahan Siaga Aktif yang telah terbentuk belum semua berperan aktif dalam melakukan pembinaan terhadap Desa Siaga Aktif.
- b. Untuk capaian Rumah Tangga ber perilaku hidup bersih dan sehat ditargetkan pada tahun 2014 sebesar 65% namun hanya tercapai sebesar 54,0%. Indikator PHBS terlalu banyak dan sulit diukur. Terbatasnya sumber daya (anggaran dan kapasitas) sehingga belum dapat mendorong secara langsung kenaikan PHBS Rumah Tangga. Kurangnya kemampuan advokasi dan kemitraan petugas promosi kesehatan di daerah. Belum adanya sistem pengumpulan data PHBS serta kurang fokusnya program promosi kesehatan yang tertuang dalam rencana kegiatan pertahun.

Cakupan indikator Seksi Gizi

- a. Upaya Kegiatan program perbaikan Gizi yang sudah dilakukan berdasarkan Indikator Capaian Program dibandingkan target Renstra Dinkes Provinsi Kaltim tahun 2014, telah menunjukkan adanya peningkatan jika dibandingkan pada tahun sebelumnya. Walaupun terjadi peningkatan, namun masih ada kabupaten/Kota yang capaiannya dibawah target, kecuali indikator cakupan Garam beriyodium sudah diatas target yaitu (97,62 %). Salah satu penyebab rendahnya kinerja tersebut adalah belum semua Puskesmas memiliki tenaga gizi, dan Sedangkan Kabupaten/Kota yang lainnya harus tetap menjadi Prioritas dalam pembinaan program gizi yang akan datang.

Berdasarkan hasil evaluasi pelaksanaan Kegiatan program di Bidang Kesmas menurut capaian indikator kinerja masing-masing Program, masih ada beberapa indikator yang belum mencapai target. Dalam rangka optimalisasi pencapaian target indikator kinerja sesuai Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Kaltim Tahun 2014 – 2018, maka ada beberapa hal yang perlu direkomendasikan oleh bidang Kesmas yaitu sebagai berikut :

a. Seksi Kesga

- 1) Meningkatkan pendataan sasaran ibu hamil, bayi, balita, dan melaporkan semua kegiatan secara berjenjang yang dimulai dari Bidan Di Desa, Puskesmas Pembantu, Puskesmas Induk, Puskesmas PONEK dan RS Pemerintah dan Swasta.
- 2) Diharapkan kepada semua pelaksana KIA untuk menggunakan Kohor ibu, bayi dan balita di setiap unit pelayanan.
- 3) Diharapkan semua ibu hamil supaya menggunakan Buku KIA dan stiker P4K disemua Fasilitas kesehatan
- 4) Perlunya dilaksanakan mapping untuk kebutuhan Bidan bagi Kabupaten/Kota.

- 5) Penguatan Bidan Koordinator dimasing-masing Kab/Kota untuk melakukan supervisi fasilitasi.
 - 6) Dengan jumlah kematian ibu 108 orang diharapkan setiap Kabupaten /Kota supaya pada tahun yang akan datang agar melaksanakan Audit Maternal Perinatal untuk membahas kasus kematian yang terjadi dimasing-masing Kabupaten
 - 7) Kerjasama dan koordinasi Lintas Program dan Lintas sector terkait dalam program kesehatan keluarga (ibu & anak) harus tetap dilaksanakan dan perlu diingkatkan lagi.
 - 8) Integrasi Program Kesehatan Keluarga dengan Program Kesehatan yang lain adalah merupakan suatu keharusan untuk Tahun 2015.
 - 9) Upaya penurunan jumlah kematian neonatal, bayi dan balita tetap merupakan suatu prioritas dalam MDGs dan Post MDGs (SDGs). Untuk itu perlu diusulkan kegiatan – kegiatan yang mempunyai daya ungkit dalam menurunkan Angka kematian neonatal, bayi dan balita.
- b. Seksi Promkes
- 1) Melakukan pelatihan fasilitator pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan kepada 60 orang petugas puskesmas.
 - 2) Melakukan pelatihan bagi fasilitator pelatihan kader posyandu. Sampai saat ini telah dilatih 30 orang fasilitator pemberdayaan kader posyandu.
 - 3) Melakukan advokasi dan koordinasi secara berkesinambungan untuk meningkatkan komitmen seluruh kabupaten agar membentuk dan mengaktifkan Pokjandal Desa dan Kelurahan Siaga Aktif
 - 4) Melakukan revisi terhadap indikator PHBS.
 - 5) Menggalang kerjasama dengan lebih banyak dunia usaha, NGO, dan ormas untuk berperan aktif dalam mencapai indikator PHBS yang spesifik
 - 6) Melakukan pelatihan advokasi dan kemitraan bagi petugas promkes provinsi, kabupaten/kota, dan puskesmas secara berjenjang
 - 7) Menyusun atau mengembangkan sistem pengumpulan data PHBS.
- c. Seksi Gizi
- 1) Menjamin ketersediaan tenaga gizi di setiap puskesmas dan penempatan tenaga sesuai tupoksi petugas.
 - 2) Menjamin kompetensi tenaga gizi sesuai standar, terutama update ilmu gizi terkini, yaitu melalui peningkatan kapasitas SDM Puskesmas dan RS yang meliputi Pemantauan Pertumbuhan Balita, Asuhan Gizi terstandar (talaksana gizi buruk dan ilmu dietetik terkini) serta konselor ASI.
 - 3) Menjamin ketersediaan fasilitas kesehatan yang menolong persalinan untuk melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD).
 - 4) Menjamin seluruh institusi yang mempekerjakan wanita menyediakan ruang laktasi.
 - 5) Adanya komitmen Kabupaten/Kota dengan puskesmas untuk memantau pertumbuhan di posyandu dan merujuk balita BGM, 2 T ke puskesmas serta dilakukan konseling gizi.
 - 6) Peningkatan upaya preventif & promotif melalui penguatan kelembagaan pokjandal posyandu yang dilaksanakan secara berjenjang mulai

Provinsi,kab/Kota, kecamatan s/d kelurahan/desa serta penguatan pemberdayaan masyarakat dan puskesmas dan jaringannya dalam peningkatan ibu balita datang ke posyandu (D/S).

- 7) Dalam rangka percepatan MDG's 1,4,5,6 dan 7 perlu adanya pembinaan secara terpadu dengan lintas program dan lintas sektor terkait.
- 8) Penguatan kerjasama antara lintas sector dan lintas program terkait dan stake holder pada 1000 Hari Pertama Kehidupan di Kabupaten/Kota.
- 9) Menjamin adanya penganggaran kegiatan program perbaikan gizi masyarakat untuk semua siklus kehidupan, terutama pada 1000 Hari Pertama Kehidupan, baik di Provinsi maupun di Kabupaten/Kota.

BAB III
PELAKSANAAN TUGAS PEMBANTUAN

A. TUGAS PEMBANTUAN YANG DITERIMA

1. Dasar Hukum

Kepmenkes Nomor : 71/MENKES/SK/II/2014 tentang alokasi anggaran dana dekonsentrasi dan tugas pembantuan pelaksanaan program pembangunan kesehatan di provinsi dan kabupaten/kota tahun 2014.

2. Instansi Pemberi Tugas Pembantuan

Kementerian Kesehatan RI

3. SKPD yang melaksanakan Tugas Pembantuan

- Dinas Kesehatan Kabupaten Berau
- Dinas Kesehatan Kota Samarinda
- Dinas kesehatan Kota penajam paser Utara
- Dinas Kesehatan Kota Balikpapan
- Dinas Kesehatan Kota Bontang
- Dinas Kesehatan Kota Paser
- Dinas Kesehatan Kota Mahulu
- Dinas Kesehatan Kota Kutai Kertanegara
- Dinas Kesehatan Kota Kutai Timur
- Dinas Kesehatan Kota Kutai Barat

4. Program dan Kegiatan

- Program Bina Upaya Kesehatan
 - Kegiatan Peningkatan Sarana dan Prasarana
- Program Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak
 - Kegiatan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) untuk Puskesmas

5. Sumber dan Jumlah Anggaran

No	Tahun	Program/Kegiatan	Jumlah	Keterangan
1.	2014	Program Bina Upaya Kesehatan	3.000.000.000	Realisasi : 1.451.317.713 (48,38%)
2.	2014	Program Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak	26.579.800.000	Realisasi : 23.814.984.555 (89,6%)
		TOTAL	29.579.800.000	25.266.302.268 (85,4%)

6. Permasalahan dan Solusi

- a. Pelaksanaan Program Bina Upaya Kesehatan Tahun 2014 :
 - Keterlambatan penerbitan DIPA oleh Kementerian Kesehatan baik TP APBN murni maupun APBN Tambahan.
 - Koordinasi antara pengelola di puskesmas dan kabupaten kota belum optimal
- b. Pelaksanaan Program Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak Tahun 2014 :
 - Keterlambatan penyelesaian dokumen pelaksanaan (DIPA, SK Satker)

B. TUGAS PEMBANTUAN YANG DIBERIKAN (Tidak ada)

1. Dasar Hukum
2. Urusan Pemerintahan yang ditugaspembantuan kepada Kabupaten/Kota dan Desa untuk Provinsi atau kepada Desa untuk Kabupaten/Kota
3. Sumber dan Jumlah Anggaran
4. Sarana dan Prasarana

BAB IV

TUGAS UMUM PEMERINTAHAN

A. KERJASAMA ANTAR DAERAH

Masalah kesehatan tidak hanya merupakan tanggung jawab pemerintah saja tetapi juga seluruh lapisan masyarakat sehingga diperlukan koordinasi yang sifatnya lintas program maupun lintas sektor, dengan melakukan kemitraan baik pemerintah, swasta maupun LSM, dan organisasi massa di tingkat propinsi dan kabupaten/kota.

Pelaksanaan koordinasi melalui peningkatan kerja sama antar daerah (Provinsi dan Kabupaten/Kota) dan kemitraan merupakan salah satu strategi dalam rangka meningkatkan pelaksanaan program kesehatan dalam mencegah dan menanggulangi masalah-masalah kesehatan, khususnya peningkatan mutu dan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin, penanganan masalah HIV/AIDS, Penyalahgunaan NAPZA, Masalah Rokok, dan masalah-masalah kesehatan akibat bencana dan kejadian luar biasa (wabah). Strategi koordinasi kegiatan juga dilaksanakan dalam rangka meningkatkan kemitraan terutama dengan tokoh-tokoh masyarakat (termasuk tokoh agama, tokoh politik, budayawan, dan lain-lain), Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), serta kalangan wartawan, jurnalis dan reporter (baik media massa cetak, radio maupun televisi)

Salah satu dampak dari pelaksanaan program kesehatan adalah terciptanya suasana kondusif untuk mendukung perubahan perilaku masyarakat guna diterapkannya perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), menuju keluarga atau rumah tangga sehat. Jadi setiap kegiatan tersebut akan berujung pada penciptaan dan pemeliharaan ketentraman dan ketertiban umum. Sebagai perwujudan paradigma sehat dimana salah satu kegiatan program kesehatan harus mengutamakan terciptanya perilaku masyarakat untuk mencegah timbulnya masalah-masalah kesehatan dan ketentraman masyarakat melalui upaya promotif dan preventif, tanpa mengabaikan terciptanya perilaku masyarakat untuk mengatasi masalah yang sudah terjadi melalui upaya-upaya kuratif dan rehabilitatif.

Disamping itu kegiatan sistem kewaspadaan dini melalui sistem surveilan epidemiologi berupaya secepat mungkin untuk mendeteksi kemungkinan terjadinya wabah sehingga apabila tetap terjadi diupayakan agar dampak yang timbul dapat ditekan serendah mungkin sehingga tidak meluas dan masyarakat tidak panik. Termasuk dalam hal ini promosi kesehatan (informasi) terkait penyebaran penyakit menular dan masalah kesehatan, apabila disosialisasikan dengan baik dan meluas kepada seluruh masyarakat

maka hal ini juga akan mengurangi kecemasan pada masyarakat yang akhirnya akan tetap terpelihara suasana yang tertib.

B. KERJASAMA DAERAH DENGAN PIHAK KETIGA

Dalam rangka meningkatkan kapasitas Dinas Kesehatan Provinsi dalam pelaksanaan desentralisasi bidang kesehatan khususnya dalam peningkatan pelayanan kesehatan ibu dan anak, maka dipandang perlu untuk pengembangan sistem bidang kesehatan. Melalui kerja sama dengan pihak ketiga khususnya yang dikoordinir/difasilitasi oleh Adelheid University Australia melakukan pengembangan Sistem Jaminan Kesehatan Semesta dan Pengembangan Manajemen Mutu di Dinas Kesehatan Provinsi.

Selanjutnya melalui beberapa kelompok kerja Kesehatan juga menjadi *leading sector* dalam pelaksanaan koordinasi terutama terhadap masalah-masalah penyakit menular seperti HIV/AIDS dengan KPAD, penyakit TB melalui PPTI dan masalah gizi masyarakat.

C. KOORDINASI DENGAN INSTANSI VERTIKAL DI DAERAH

1. Politeknik Kesehatan Samarinda

Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur melalui program Sumber Daya Kesehatan melakukan upaya peningkatan kualitas dan kuantitas tenaga kesehatan melalui pengembangan sarana dan prasarana pendidikan tenaga kesehatan. Untuk peningkatan kualitas Sumber Daya Manusia Tenaga Kesehatan di Kalimantan Timur maka terbentuk beberapa institusi pendidikan yaitu salah satu diantara adalah Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Dalam perkembangannya Politeknik Kesehatan telah membuka beberapa jurusan yaitu : Jurusan Keperawatan, Kebidanan, Analis Kesehatan, Prodi D-4 Medikal Bedah, D-4 Gawat Darurat. Koordinasi yang telah dilakukan pada tahun 2014 antara lain adalah :

- Pelaksanaan penerimaan mahasiswa baru
- Pelaksanaan program khusus AKPER dan AKBID Kab./Kota.
- Pelaksanaan SIPTK (Sistem Informasi Pendidikan Tenaga Kesehatan).
- Pelaksanaan Porseni Mahasiswa
- Pelaksanaan Ujian semester dan ujian akhir.
- Pelaksanaan yudisium
- Pelaksanaan visitasi pembukaan Prodi dan Progsus.

- Pelaksanaan Tes Program Khusus
- Pelaksanaan PPS (Program Pengenalan Studi)
- Pelaksanaan Wisuda

2. Fakultas Kedokteran Universitas Mulawarman

Dinas Kesehatan bekerja sama dengan Fakultas Kedokteran Universitas Mulawarman sebagai pelaksanaan pendidikan dan riset kedokteran.

3. Kantor Kesehatan Pelabuhan

Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur melakukan koordinasi dengan Kantor Kesehatan Pelabuhan (KKP) dalam rangka :

- Surveilans penyakit yang potensial menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB)/wabah di pelabuhan laut dan udara serta lintas batas darat dan pengendalian dampak kesehatan lingkungan.
- Bekerja sama dalam pelaksanaan Pekan Imunisasi Nasional dengan lokasi disekitar pelabuhan laut dan udara
- Pelayanan Kesehatan di Pelabuhan laut dan udara
- Pelaksanaan pelayanan kesehatan haji (Embarkasi dan Debarkasi) di Asrama Haji, yaitu : kebersihan lingkungan, kamar hunian, pengelolaan dan pengawasan gizi jemaah, pemberantasan nyamuk dan serangga lain, pengawasan air bersih, pemberian imunisasi, pelayanan kesehatan di poli dan rujukan serta pendataan dan pelaporan kegiatan.

4. Balai Besar Pengawas Obat dan Makanan

Kerjasama yang dilakukan dengan Balai Besar Pengawas Obat dan Makanan didasarkan pada tugas pokok dan fungsi Balai Besar Pengawas Obat dan Makanan sebagai berikut :

- Koordinasi antara Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk menindaklanjuti temuan Balai Besar POM mengenai obat yang sub standart maupun obat yang tidak memenuhi syarat lainnya seperti obat yang tidak terdaftar yang beredar di wilayah Kalimantan Timur.
- Koordinasi mengenai tindak lanjut adanya temuan penyimpangan dalam sistem distribusi obat.

- Koordinasi antara Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Balai Besar POM untuk pelaksanaan sertifikasi Industri Rumah Tangga Pangan (IRTP)
- Koordinasi untuk menanggulangi apabila ada kasus-kasus keracunan makanan.
- Koordinasi mengenai tindak lanjut temuan Balai Besar POM mengenai bahan berbahaya (bahan tambahan yang biasa digunakan pada makanan yang tidak diizinkan oleh Kemenkes) yang masih digunakan oleh Industri Rumah Tangga Pangan (IRTP) maupun penjual makanan jajanan.

5. Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN)

- Penyediaan obat dan alat kontrasepsi bagi keluarga miskin
- Penyediaan sarana dan prasarana pelayanan Keluarga berencana (IUD KIT, Meja Gynekologi)
- Peningkatan ketrampilan teknis bagi pengelola program KB dengan mengadakan pelatihan pemasangan dan pencabutan Implan, pemasangan dan pencabutan IUD.
- Peningkatan jaga mutu pelayanan KB sesuai standart.
- Pencatatan dan pelaporan pelayanan KB.



BAB V PENUTUP

A. KESIMPULAN DAN SARAN

Sebagai bagian penutup dari laporan Pelaksanaan Program dan Kegiatan Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur tahun 2014 dapat disimpulkan bahwa secara umum sasaran strategis yang telah ditetapkan pada tahun 2014 belum sepenuhnya dapat dicapai oleh Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur. Selain keberhasilan yang didapat pada tahun 2014 juga terdapat pencapaian kinerja yang masih belum mencapai target. Secara ringkas seluruh capaian kinerja tersebut diatas, baik yang berhasil maupun yang masih belum berhasil, telah memberikan pelajaran yang sangat berharga bagi kami untuk meningkatkan kinerja di masa-masa mendatang khususnya dalam penyerapan anggaran agar kedepan dapat lebih efisien dan efektif dalam memanfaatkan sumberdaya dan dana untuk mewujudkan tujuan dan sasaran yang ditetapkan.

Diharapkan Laporan kinerja program dan kegiatan ini dapat memacu pelaksanaan *Good Governance* dan *Clean Government* yang melibatkan seluruh *Stakeholder*, sehingga kedepan akan tercipta sasaran dan hasil kerja yang dapat dipertanggungjawabkan.

Oleh karena disarankan agar meningkatkan koordinasi secara lintas program dan lintas sektor untuk mengatasi masalah diatas, terutama dalam proses penyelesaian dokumen anggaran agar dapat diselesaikan tepat waktu. Disamping itu diperlukan peranan Pemerintah Daerah dan Legislatif dalam menyikapi dalam memenuhi kebutuhan sumber daya kesehatan (tenaga dan pembiayaan) sesuai kebutuhan.

Demikian Laporan Pelaksanaan Program dan Kegiatan Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur ini kami buat sebagai sumber informasi penting dalam pengambilan keputusan guna peningkatan kinerja, serta dapat dijadikan salah satu acuan bagi pihak-pihak yang berkepentingan.

Samarinda, Februari 2014

KEPALA DINAS KESEHATAN

dr. Hj. Rini Retno Sukesi, M.Kes
NIP. 195906021987092001

**TATARAN PENGAMBIL KEBIJAKAN
DALAM RANGKA EKPPD TERHADAP LPPD TAHUN 2014**

PROVINSI : KALIMANTAN TIMUR
NAMA SKPD : DINAS KESEHATAN PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
URUSAN YANG DILAKSANAKAN:

Diisi oleh SKPD Teknis, yang melaksanakan 1 (satu) urusan

	ASPEK	FOKUS	NO	IKK	Rumus	Jenis Data	Capaian Kinerja	KETERANGAN
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
2	KESELARASAN DAN EFEKTIFITAS HUBUNGAN ANTARA PEMERINTAHAN DAERAH DAN PEMERINTAH, SERTA ANTARA PEMERINTAH DAERAH DAN PEMERINTAH DAERAH DALAM RANGKA PENGEMBANGAN OTONOMI DAERAH	Implementasi Standar Pelayanan Minimal (SPM)	6	Rata-rata jumlah urusan yang sudah diterapkan SPM nya berdasarkan pedoman yang diterbitkan oleh pemerintah	Total urusan yang sudah diterapkan SPM pada seluruh Kab/Kota dibagi jumlah Kab/Kota yang wajib menyampaikan LPPD	- Total Urusan yang sudah diterapkan SPM pada seluruh Kab/Kota 1. 10 Kab/Kota : 8 indikator SPM	8 indikator	1. SPM Kesehatan
12		Belanja untuk pelayanan dasar		Jumlah belanja untuk pelayanan dasar dibagi jumlah total belanja	Total belanja pelayanan dasar APBD tahun2014	$\frac{Rp. 1.055.303.377.091}{Rp. 12.217.683.000.000,-} = 0,86\%$		
13		Belanja untuk urusan pendidikan dan kesehatan		Jumlah belanja urusan pendidikan dan kesehatan dibagi jumlah total belanja	Total belanja urusan pendidikan dan kesehatan 1. Ur. Pendidikan..... 2. Ur. Kesehatan.....			

Samarinda, Februari 2015

Kepala Dinas Kesehatan,
Provinsi Kalimantan Timur,

dr. Hj. Rini Retno Sukesi, M.Kes
NIP. 19590602 198709 2 001

**TATARAN PELAKSANA KEBIJAKAN
DALAM RANGKA EKPPD TERHADAP LPPD TAHUN 2014**

PROVINSI : KALIMANTAN TIMUR
NAMA SKPD : DINAS KESEHATAN PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
URUSAN YANG DILAKSANAKAN:

Diisi oleh SKPD Teknis, yang melaksanakan 1 (satu) urusan

	ASPEK	FOKUS	NO	IKK	Rumus	Jenis Data	Capaian Kinerja	KETERANGAN
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
1	KEBIJAKAN TEKNIS PENYELENGGARA AN URUSAN PEMERINTAHAN	Program Nasional ¹ (yang melekat di kementerian/LPND) yang harus dilaksanakan oleh SKPD	1	Jumlah Program Nasional yg dilaksanakan oleh SKPD	Jumlah program Nasional yang dapat dilaksanakan oleh SKPD dibagi jumlah program Nasional x 100%	- Jumlah program Nasional (RKP), sebanyak 12 program. - Jumlah program nasional yang dilaksanakan SKPD, sebanyak 7 program (7: 12 x 100%)	83,33%	Lihat Program Nasional RKP 2013 untuk masing-masing urusan, terlampir.
		Kesesuaian dengan kebijakan teknis yang ditetapkan oleh pemerintah cq Kementerian / LPNK	2	Keberadaan Standard Operating Procedure (SOP)	Ada atau tidak ada	Apabila Ada, sebutkan ada banyak 5 SOP yang terdiri dari:	Ada 5 SOP / Tidak Ada :	SOP adalah petunjuk tertulis mengenai apa yang harus dilakukan, kapan, dimana, oleh siapa, bagaimana cara melakukan, apa saja yang diperlukan dan menjadi pedoman bagi setiap pejabat atau pegawai dalam melaksanakan tugas dan fungsinya. SOP harus memenuhi Norma Standar Prosedure Kriteria (NSPK) yang ditetapkan oleh Menteri pembina teknis
2	KETAATAN TERHADAP PERATURAN PER UNDANG- UNDANGAN	Jumlah PERDA yang harus dilaksanakan SKPD menurut Peraturan Menteri (PERMEN)	3	Jumlah PERDA pelaksanaan yang ada terhadap PERDA yang harus dilaksanakan menurut PERMEN	Jumlah PERDA pelaksanaan PERMEN yang ada dibagi jumlah PERDA yang harus dilaksanakan menurut PERMEN x 100%	- PERDA pelaksanaan sebanyak 1 - PERDA yang seharusnya, sebanyak 1 (x100%)	100 %	
3	PENATAAN KELEMBAGAAN DAERAH	Pengisian struktur jabatan	4	Rasio struktur jabatan dan eselonering yang terisi	Jumlah jabatan yang ada (yang diisi) dibagi jumlah jabatan yang ada x 100%	- Jabatan yang ada sebanyak 39 - Jabatan yang harus ada, sebanyak 39	100 %	
			5	Keberadaan jabatan fungsional dalam struktur organisasi SKPD	Ada atau tidak ada jabatan fungsional dalam struktur organisasi SKPD : Ada	Apabila Ada, sebutkan nama bidang/jabatan fungsional,	Sedang dalam proses pengusulan JFT	Mengacu kondisi SKPD terakhir/updated Tahun 2014.
4	PENGELOLAAN KEPEGAWAIAN DAERAH	Tingkat kompetensi SDM dalam menyelenggarakan tugas SKPD yang relevan dengan urusan terkait	6	Rasio PNS Provinsi	Jumlah PNS SKPD terhadap Total PNS Provinsi	- PNS SKPD , sebanyak 246 personil - Total PNS Provinsi, sebanyak 7163 personil	3,42%	Mengacu kondisi SKPD terakhir/updated Tahun 2014.

¹ Program Nasional yang dimaksud disini adalah Turunan Program Nasional yang tercantum dalam RKP yang ditetapkan oleh Kementerian/LPND terkait.

ASPEK	FOKUS	NO	IKK	Rumus	Jenis Data	Capaian Kinerja	KETERANGAN
		7	Pejabat yang telah memenuhi persyaratan pendidikan pelatihan kepemimpinan	Jumlah pejabat yang memenuhi persyaratan pendidikan pelatihan kepemimpinan dibagi jumlah total pejabat SKPD yang ada x 100%	- Pejabat yang memenuhi syarat di Kaltim, sebanyak 39 org. - Pejabat yang ada, sebanyak 39 org.	100 %	Mengacu kondisi terakhir/updated Tahun 2014.
		8	Pejabat yang telah memenuhi persyaratan kepangkatan	Jumlah pejabat yang memenuhi persyaratan kepangkatan dibagi Jumlah total pejabat SKPD yang ada x 100%	- Pejabat yang memenuhi kepangkatan, sebanyak 39 org. - Jabatan yang ada, sebanyak 39 jbt.	100 %	Mengacu kondisi terakhir/updated Tahun 2014.
5	PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH						
	Kelengkapan dokumen perencanaan pembangunan yang dimiliki oleh SKPD	9	Keberadaan dokumen perencanaan pembangunan di SKPD -RENSTRA SKPD -RENJA SKPD -RKA-SKPD	Ada atau tidak ada dokumen perencanaan SKPD berikut jumlahnya	Apabila Ada. Sebutkan dokumen yang ada tahun 2014, sebanyak 5 jenis, yg terdiri dari: 1. RENSTRA SKPD DINKES Prov. Kaltim 2. RENJA SKPD DINKES Kaltim 3. RKA SKPD DINKES Prov.Kaltim 4. DPA SKPD Dinkes Prov. Kaltim	4 jenis dokumen	
	Sinkronisasi Program RENJA SKPD dengan Program RKPD	10	Jumlah Program RKPD yang diakomodir dalam RENJA SKPD	Jumlah Program RKPD yang diakomodir dalam RENJA SKPD dibagi jumlah program dalam RENJA SKPD yang ditetapkan pada RPJMD x 100%	- Program RKPD yang diakomodir dalam Renja SKPD, sebanyak 24 program. - Program Renja SKPD yang ditetapkan dalam RPJMD, sebanyak 8 Program	100 %	Mengacu dokumen RKPD tahun 2014 dan Renja-SKPD ybs.
	Sinkronisasi program RKA SKPD dengan Program RENJA SKPD	11	Jumlah Program RENJA RKPD yang diakomodir dalam RKA SKPD	Jumlah Program RENJA RKPD yang diakomodir dalam RKA SKPD dibagi jumlah program dalam RKA SKPD x 100%	- Program RENJA RKPD yang diakomodir dalam RKA SKPD, sebanyak 24 program. - Program dalam RKA SKPD, sebanyak 25 program.	100 %	Mengacu dokumen RKA-SKPD tahun 2014 dan Renja-SKPD ybs.
	Perencanaan Pelaksanaan Program dan Anggaran	12	Jumlah Program RENJA SKPD diakomodir dalam DPA SKPD	Jumlah Program RENJA SKPD yang diakomodir dalam DPA SKPD dibagi jumlah program dalam DPA SKPD x 100%	- Program RENJA SKPD yang diakomodir dalam DPA SKPD, sebanyak 24 program. - Program dalam DPA SKPD, sebanyak 24 program.	100 %	Mengacu dokumen RKA-SKPD tahun 2014 dan dokumen DPA-SKPD ybs tahun 2014.
6	PENGELOLAAN KEUANGAN DAERAH						
	Alokasi anggaran	13	Anggaran SKPD terhadap total belanja APBD	Alokasi anggaran SKPD dibagi total APBD x 100%	- Total Anggaran SKPD, sebesar Rp. 101.058.672.361,- - Realisasi: - Total Belanja APBD, sebesar Rp	0,82%	Mengacu APBD tahun 2014 terakhir.

ASPEK	FOKUS	NO	IKK	Rumus	Jenis Data	Capaian Kinerja	KETERANGAN	
					12.217.683.000.000,- - Realisasi Rp.11.206.226.283.596			
	Besaran belanja modal	14	Belanja modal terhadap total belanja SKPD	Belanja modal dibagi total belanja SKPD x 100%	- Belanja Modal SKPD, sebesar Rp. 11.993.217.875,- - Realisasi : - Total Belanja SKPD, sebesar Rp. 101.058.672.361,-	0, 10 %		
	Besaran belanja pemeliharaan	15	Total Belanja pemeliharaan dari total belanja barang dan jasa	total belanja pemeliharaan dari total belanja barang dan jasa SKPD) x 100%	- Total belanja pemeliharaan SKPD, sebesar Rp. 1.876.116.600 - Realisasi : Rp. 1.717.689.200 - Total belanja barang dan jasa SKPD, sebesar Rp. 53.074.238.750,-	10,9%		
		16	Total Belanja pemeliharaan dari total belanja SKPD	total belanja pemeliharaan dibagi total belanja SKPD x 100%	- total belanja pemeliharaan SKPD, sebesar Rp. 1.876.116.600 Total belanja SKPD, sebesar Rp.72.825.461.625,-	1,2%		
	Laporan keuangan SKPD	17	Keberadaan laporan keuangan SKPD (Neraca, Calk)	Ada atau tidak ada laporan keuangan SKPD berikut komponen yang ada (Neraca, Calk)	Laporan keuangan ada, sebanyak 4 jenis, sbb: 1. SPJ Fungsional Bendahara Pengeluaran 2. Laporan Realisasi Anggaran 3. Neraca 4. CALK	Ada sebanyak 4 jenis :	Teliti apakah Laporan Keuangan yang ada sudah lengkap (Neraca, LRA, CaLK)	
7	PENGELOLAAN BARANG MILIK DAERAH	Manajemen asset SKPD	18	Keberadaan inventarisasi barang atau asset SKPD	Ada atau tidak ada inventarisasi barang atau asset SKPD	Rekap Mutasi Barang 2014	Ada Laporan	
		Penggunaan Asset SKPD	19	Jumlah yang tidak digunakan oleh SKPD	Jumlah asset yang tidak digunakan SKPD dibagi total asset yang dikuasai SKPD x 100 %	- Asset yang tidak digunakan, sebanyak (Rp.27.380.530.516,-) - Asset yang dikuasai SKPD, sebanyak -- (Rp. ,,-)		Inventarisasi dilakukan minimal 1 kali dalam 5 Tahun.
8	PEMBERIAN FASILITASI TERHADAP PARTISIPASI MASYARAKAT	Bentuk-bentuk fasilitas / prasarana partisipasi masyarakat	20	Jumlah fasilitas / prasarana informasi :	Jumlah fasilitas / prasarana partisipasi 9	Sebutkan jenisnya : 10. Papan Pengumuman 11. Front Office 12. Website Dinkes Prov. Kaltim kaltim.info 13. Brosur Promosi kesehatan 14. Buku Saku profil Dinkes Prov. Kaltim 15. Buku Profil Dinkes Prov. Kaltim 16. Ruang PPID 17. Aplikasi SIK 18. Media Informasi/Eletronik	Jumlah sebanyak 9 jenis.	Sebutkan jenis fasilitas/ prasarana informasi yang ada, tidak terbatas pada daftar yang ada.
1. Papan Pengumuman 2. Front Office 3. Website Dinkes Prov. Kaltim kaltim.info 4. Brosur Promosi kesehatan 5. Buku Saku profil Dinkes Prov. Kaltim 6. Buku Profil Dinkes Prov. Kaltim 7. Ruang PPID 8. Aplikasi SIK 9. Media Informasi/Eletronik								

	ASPEK	FOKUS	NO	IKK	Rumus	Jenis Data	Capaian Kinerja	KETERANGAN
		Responsivitas terhadap partisipasi masyarakat	21	Keberadaan Survey Kepuasan Masyarakat	Ada atau tidak adanya Hasil Survey Kepuasan Masyarakat terhadap Pelayanan publik	Apabila Ada, sebutkan survey kepuasan tentang -----		Survey kepuasan masyarakat/pelanggan yang dilakukan oleh Pemda.

Samarinda, Februari 2015

Kepala Dinas Kesehatan,
Provinsi Kalimantan Timur,

dr. Hj. Rini Retno Sukesi, M.Kes
NIP. 19590602 198709 2 001

TATARAN PELAKSANAAN KEBIJAKAN
ASPEK TINGKAT CAPAIAN PENYELENGGARAAN URUSAN WAJIB DAN URUSAN PILIHAN
DALAM RANGKA EKPPD TERHADAP LPPD TAHUN 2014

NO	ASPEK	FOKUS	NO	IKK	Rumus	Jenis Data	Perhitungan	Capaian Kinerja	Sumber Data
1	Kebijkasanaan Teknis Penyelenggaraan Urusan Wajib Bidang Kesehatan	Tercapainya cakupan pelayanan kesehatan yang berkualitas bagi ibu dan anak	1	Cakupan Komplikasi Kebidanan yang ditangani	Jumlah Capaian Kinerja Kabupaten dan Kota	Laporan audit maternal dan	$\frac{757.55\%}{9}$	84%	- Dinkes dan RS
			2	Cakupan Pertolongan Persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki	Jumlah Capaian Kinerja Kabupaten dan Kota	Laporan pelayanan	$\frac{837.10\%}{9}$	93%	- Dinkes dan RS
			3	Cakupan Desa/kelurahan Universal Child Immunization (UCI)	Jumlah Capaian Kinerja Kabupaten dan Kota	Laporan rutin program	$\frac{681.38\%}{9}$	76%	- Dinkes dan RS
			4	Cakupan Balita Gizi Buruk mendapat perawatan sesuai standar	Jumlah Capaian Kinerja Kabupaten dan Kota	Laporan KLB gizi buruk	$\frac{900}{9}$	100%	- Dinkes dan RS
		Menurunnya angka kesakitan, kematian dan kecacatan akibat penyakit menular dan tidak menular	5	Cakupan Kunjungan bayi	Jumlah Capaian Kinerja Kabupaten dan Kota	Laporan program	$\frac{740.17\%}{9}$	82%	- Dinkes dan RS
			6	Cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit TB BTA +	Jumlah Capaian Kinerja Kabupaten dan Kota	Laporan program	$\frac{467.71\%}{9}$	52%	Dinkes kab/kota,
			7	Cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit DBD	Jumlah Capaian Kinerja Kabupaten dan Kota	Laporan program	$\frac{807.58\%}{9}$	90%	Dinkes kab/kota,
		Peningkatan cakupan pelayanan kesehatan rujukan di Rumah Sakit	8	Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin	Jumlah Capaian Kinerja Kabupaten dan Kota	Laporan program	$\frac{176.66\%}{9}$	20%	Dinkes kab/kota,